

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO VALE DO PARAÍBA E LITORAL NORTE PAULISTA: DESAFIOS PARA O ALCANCE DA EQUIDADE

HEALTH CARE NETWORK IN THE PARAÍBA VALLEY AND NORTH COAST OF SÃO PAULO: CHALLENGES TO ACHIEVE EQUITY

Micael Henrique da Silva Santos¹
Cilene Gomes²
Vitor Shinji Enomoto Marques³
Fábio Augusto Pires da Silva⁴

Resumo: Considerando o conceito ampliado de saúde e a possibilidade de diálogos interdisciplinares, o Vale do Paraíba e Litoral Norte Paulista tornou-se objeto de investigação a partir de uma análise da distribuição geográfica de profissionais e estabelecimentos de saúde, com o propósito de examinar sua Rede de Atenção à Saúde, a fim de identificar possível desequilíbrio na organização da rede urbana quanto à distribuição dos serviços de saúde e trazer raciocínios e novas suposições para uma discussão preliminar na perspectiva de um planejamento integrado. A metodologia utilizada combinou pesquisa bibliográfica e histórica com análise quantitativa baseada em levantamento de dados estatísticos em fontes como IBGE, RAIS, DATASUS e SEADE. Devido às limitações, os resultados não foram suficientes para afirmar se há um desequilíbrio regional na rede de atenção à saúde. Possíveis linhas de desenvolvimento de pesquisa foram identificadas, e os dados analisados permitem concluir que há uma reprodução histórica de desigualdades socioterritoriais.

Palavras-chave: regionalização; serviços de saúde; região metropolitana; Vale do Paraíba e Litoral Norte; planejamento regional integrado.

Abstract: Considering the expanded concept of health and the possibility of interdisciplinary dialogues, the Paraíba Valley and North Coast of São Paulo became an object of investigation based on an analysis of the geographic distribution of professionals and health establishments, whose objective was to examine their Care Network to Health, in order to identify possible independence in the organization of the urban network regarding the distribution of health services and bring thoughts and new assumptions to a preliminary discussion in the perspective of an integrated planning. The methodology used combined bibliographical and historical research with quantitative analysis based on statistical data from sources such as IBGE, RAIS, DATASUS and SEADE. Due to limitations, the results were not sufficient to state whether there is indeed a regional imbalance in the health care network, however, possible research developments were identified, and data analyzed allow the conclusion that there is a historical reproduction of socio-territorial inequalities.

¹ Doutorando em Planejamento Urbano e Regional pela Universidade do Vale do Paraíba (Univap). E-mail: santos.micael@outlook.com.br.

² Docente-pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional da Universidade do Vale do Paraíba (Univap). E-mail: cilenegomes2011@gmail.com.

³ Graduado em Biomedicina pela Universidade do Vale do Paraíba (Univap). E-mail: vitor.shinji.marques@gmail.com.

⁴ Graduado em Biomedicina pela Universidade do Vale do Paraíba (Univap). E-mail: fabio_silva08@hotmail.com.

Key words: regionalization; health services; metropolitan region; Paraíba Valley and North Coast; integrated regional planning.

Data de submissão: 03.08.2022

Data de aprovação: 05.05.2023

Identificação e disponibilidade:

<https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/4425>,
<http://dx.doi.org/10.18066/revistaunivap.v29i63.4425>).

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um dever do Estado garantido pela Constituição da República Federativa do Brasil (1988/2016), segundo o artigo 196, e pela lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990). O conceito de saúde não se limita à ideia da ausência de doença, ou apenas ao atendimento hospitalar. Envolve diversos fatores interferentes na condição geral do indivíduo, entendido como um ser biopsicossocial: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, as atividades físicas e o lazer, o transporte, enfim, depende do acesso aos bens e serviços essenciais, aos direitos de cidadania (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1948).

Orientado pelos preceitos da política pública de saúde e por programas relacionados ao cumprimento dos princípios de universalização, equidade e integralidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) organiza seus serviços segundo os níveis de atenção primário, secundário e terciário. O nível primário é considerado porta de entrada do SUS e é constituído principalmente por unidades básicas de saúde (UBS) que contemplam ações e serviços de vigilância em saúde e assistência farmacêutica; o nível secundário abrange serviços de média complexidade, que incluem serviços de urgência e emergência; por fim, o nível terciário contempla o cuidado hospitalar (Brasil, 1988; Brasil, 1990). Ressalta-se que a atenção primária, comprovadamente capaz de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população (Gomes et al., 2012; Campos et al., 2014; Protasio et al., 2017), deve se fazer presente em todos os municípios, ao passo os níveis de média e alta complexidade devem ser escalonados, com o estabelecimento de municípios de referência. Trata-se de uma questão de eficiência e efetividade administrativa.

Além disso, a política de saúde (pois inclui promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência e reabilitação) prevenção e promoção da saúde é conduzida pelas diretrizes de descentralização, regionalização e territorialização dos serviços e da gestão, o que lhe atribui um caráter social e territorial significativo na perspectiva da efetivação dos direitos à saúde e ao lugar de vida saudável e, ainda, da possibilidade de intersetorialidade no contexto das ações municipais e de interdisciplinaridade do conhecimento.

As premissas de universalização e equidade na distribuição dos serviços, e de integralidade da assistência, junto à dimensão socio territorial da política têm criado um espaço para diálogos interdisciplinares entre as ciências da saúde, a geografia e o campo da política territorial e do planejamento urbano e regional. A descentralização e a regionalização da gestão e da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) concernem, fundamentalmente, à questão da distribuição geográfica e do atendimento

social entendido como uma das funções públicas de interesse comum nos marcos atuais do planejamento para o desenvolvimento de regiões metropolitanas.

Além disso, vale lembrar que as conexões entre saúde e planejamento urbano no Brasil remontam à passagem do século XIX para o XX, justamente em razão da necessidade de normas para a organização do espaço das cidades em muito orientadas pelos ideais sanitaristas e políticas de saúde coletiva. Os primeiros planejadores eram engenheiros sanitaristas (Leme, 1999) e, desde então, a resolução de problemas que afetam a saúde das populações e a disseminação de doenças infectocontagiosas também depende de normatizações urbanísticas para as construções e, sobretudo, da provisão de habitação e infraestrutura de saneamento ambiental (abastecimento de água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos e poluição do ar), que hoje, ainda, é um dos problemas mais críticos dos assentamentos habitacionais de baixa renda no país e nos países subdesenvolvidos em geral. A qualidade das condições de vida está em boa medida relacionada à salubridade do lugar de vida.

Historicamente, sempre coube ao planejamento urbano e regional a elaboração de planos diretores de desenvolvimento integrado e a criação de normas para a regulação do uso e da ocupação do solo, mas a partir da CF/1988, a política urbana (artigos 182 e 183), centrada na autonomia e atribuições dos municípios, tem como objetivos principais ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e a garantia do bem-estar dos habitantes. O que não se dissocia do dever de prover o que é socialmente necessário para a melhoria das condições de vida e da saúde das populações, embora a intersetorialidade das ações do poder público municipal não seja tão perceptível ou declarada como prática de gestão compartilhada.

Dentre tantas outras, a Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte Paulista (RMVPLN) foi criada, mediante a Lei Complementar Nº 1.166 (São Paulo, 2012), com os seguintes objetivos: promoção do planejamento para o desenvolvimento socioeconômico regional e a melhoria da qualidade de vida das populações; integração do planejamento, da organização e execução das funções públicas de interesse comum; cooperação entre diferentes níveis de governo, mediante a descentralização e articulação de seus órgãos e entidades com atuação na região; utilização racional do território e dos recursos naturais e proteção do meio ambiente e dos bens culturais materiais e imateriais, dentre outros.

Por meio dessa mesma lei, também se estabeleceu a criação do Conselho de Desenvolvimento Metropolitano, que atua junto à Agência de Desenvolvimento Metropolitano do Vale do Paraíba e Litoral Norte, a AGEMVALE (empossada em 2015), responsável pelas deliberações e coordenação de trabalhos para a organização da região metropolitana e a elaboração do Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado (PDUI), centrado nas funções públicas de interesse comum, que derivam dos campos funcionais previamente estabelecidos pelo governo do Estado e pela RMVPLN, dentre eles, o do atendimento social, onde se inclui a saúde (São Paulo, 2012, Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano [Emplasa], 2019).

Tendo em vista o contexto atual do planejamento regional no Vale do Paraíba e Litoral Norte Paulista, norteado pelo Estatuto da MetrÓpole (2015), e a atual política pública de atendimento à saúde, voltada à organização, implantação e o funcionamento da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS), e ao direito de todos os cidadãos à saúde, parte-se do pressuposto de que o ponto de partida para planejar o desenvolvimento regional, no que se refere às diretrizes para a saúde, serão as análises das condições reais de atendimento à população e do que se apresenta como socialmente necessário na região em seu todo e nos diferentes municípios.

Quanto ao objetivo deste artigo, buscou-se, primeiramente, examinar a Rede de Atenção à Saúde na RMVPLN. Na sequência, buscou-se ponderar sobre algumas lacunas ou demandas sociais em saúde, contribuindo para a discussão da saúde como uma função pública de interesse comum, integrada a outras funções (habitação, meio ambiente, saneamento ambiental, transportes), e do próprio desenvolvimento social, concebido para além do sentido estrito de progresso econômico.

O artigo encontra-se organizado em duas seções principais: a primeira, onde se pretende destacar a questão da organização da rede de serviços como ponto de encontro dos interesses no campo da saúde pública e do planejamento regional; a segunda, onde se retrata a distribuição geográfica dos profissionais e estabelecimentos de saúde na Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte Paulista; e além disso, nas considerações finais, são apresentadas, em síntese, as principais constatações que os resultados possibilitaram, mescladas aos potenciais analíticos apreendidos para futuros estudos e investigações.

Na seção a seguir será apresentado o percurso metodológico deste estudo.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo tem como recorte espacial a Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, que está localizada a leste do Estado de São Paulo, ocupa uma área de 16.268 Km² (6,5% do território paulista) e abrange 39 municípios (conforme subseção 3.3), destacando-se no desenvolvimento econômico do Sudeste do Brasil, uma vez que se encontra entre São Paulo e Rio de Janeiro, os dois maiores polos econômicos do país. A rodovia Eurico Gaspar Dutra, que corta a RMVPLN-SP, favorece o deslocamento populacional e o escoamento de mercadorias em geral, com destaque para a produção industrial. Além disso, a região abriga diversas empresas dos ramos automobilístico, aeroespacial, petrolífero e farmacêutico. O Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe), o Departamento de Ciência e Tecnologia Aeroespacial (DCTA) e o Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA) também se localizam na região, tornando-a um polo científico-tecnológico de importância nacional e estadual. Quanto à produção, as atividades industriais contribuem com 7,7% do valor adicionado da indústria paulista, seguidas pelos setores terciário, responsável por 4,1%, e pelo setor primário (1,9%). A região apresenta notável vocação para o desenvolvimento do turismo, sobretudo nas áreas serranas, circuito da fé (Aparecida, Guaratinguetá, Cachoeira Paulista) e litoral (Emplasa, 2015).

Pesquisas bibliográficas foram realizadas para melhor conhecer a região em estudo, com foco em aspectos gerais sobre o planejamento urbano e regional e a política pública de saúde, mediante o acesso à base SciELO e aos periódicos da CAPES, além de revistas específicas da área de saúde pública, como Saúde e Sociedade (USP) e Ciência e Saúde Coletiva (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Os aportes bibliográficos selecionados tiveram o propósito de ressaltar a importância de análises de caráter interdisciplinar e a necessidade destas análises para subsidiar discussões sobre os processos de reformulação e reavaliação das políticas de saúde, bem como os processos de planejamento regional e urbano.

Além da incursão bibliográfica, procedeu-se a quantificação, por meio de levantamentos, organização, mapeamento e análise de dados estatísticos, obtidos, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). A partir dos resultados obtidos foram apreendidos alguns potenciais analíticos para sugerir uma discussão exploratória sobre a importância de análises

circunstanciadas dos serviços de saúde, a partir do conceito ampliado de saúde, que considera as questões sociais e territoriais de uma dada região ou município como dimensão essencial para a melhoria das condições de saúde das diversas populações.

Entretanto, houve o esforço em trazer à baila indicadores de órgãos oficiais nacionais e internacionais, como a OMS e Ministério da Saúde, para fins comparativos.

3 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO: CONVERGÊNCIA ENTRE SAÚDE E PLANEJAMENTO REGIONAL

Segundo a OMS, “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Considerando o modelo de vida das pessoas ao longo da existência com mudanças frequentes e que todos passam por condições de saúde/doença, é possível supor que este conceito da OMS é inatingível e utópico, representando um compromisso social, um objetivo a ser alcançado (Secretaria de Educação Básica [SEB], 2005).

O Estado se compromete com essa abordagem por meio da instituição da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) através da Portaria nº 532, de 14 de março de 2006, do Ministério da Saúde (Brasil, 2006).

3.1 DESCENTRALIZAR, REGIONALIZAR, HIERARQUIZAR: A BUSCA DE EQUIDADE NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nesta subseção, aborda-se o processo de regionalização da saúde, sem esgotar o assunto. Para melhor esclarecimento, faz-se necessária uma revisitação prévia de outro processo, a descentralização.

Regionalização é um tema que, ao longo dos anos, assumiu papel relevante no debate do aprimoramento das políticas na esfera do Sistema Único de Saúde. Parte dessa relevância se deve à alegação de alguns estudiosos de que havia uma fragmentação do sistema de atenção à saúde e que isso poderia ser superado por meio da regionalização, uma vez que haveria maior racionalidade no uso dos recursos (Silva & Mendes, 2004; Wagner, 2006; Dourado & Elias, 2011).

De acordo com Paim (1999), até 1988, a gerência do sistema de saúde brasileiro, ainda fragmentado e centralizador, no âmbito federal era feita pelo Ministério da Saúde (MS); Ministério da Assistência e Previdência Social (MAPS); e Ministério da Educação e Cultura (MEC). Nos estados, as ações de saúde pública como vacinação e intervenções voltadas para as doenças transmissíveis eram instrumentalizadas pelas secretarias estaduais de saúde (SES). Nos municípios, cabia às secretarias municipais de saúde somente o controle dos serviços próprios. Para Coelho (2016), o funcionamento de vários subsistemas de saúde tornava os serviços nos municípios desintegrados e ineficientes, posto que havia diversos comandos.

A partir da segunda metade da década de 1950, iniciou-se, no Brasil, a formulação de propostas de descentralização e participação civil, sobretudo na saúde (Luz, 2000). Entendidas como estratégias de democratização, atrelaram-se ao movimento municipalista, intensificado após o processo de redemocratização do país (Duarte et al., 2015).

Com a Constituição Federal de 1988, a estrutura do Estado Republicano Brasileiro foi redesenhada e o papel dos municípios passou a ter destaque (Viana & Machado, 2009). Os municípios conquistaram

[...] plena autonomia política para eleger o poder Executivo e Legislativo municipal e legislar sobre os temas de âmbito local. A autonomia administrativa obtida permitiu também o pleno poder decisório para o ordenamento dos serviços públicos locais. A autonomia financeira permitiu a implantação de alguns impostos, definição de alíquotas de outros e liberdade significativa para ampliação das rendas municipais cumpridas, obviamente, as determinações da Lei de Responsabilidade Fiscal (Trevisan & Junqueira, 2007, pp. 895-896).

Apesar disso, no setor da saúde,

[...] as decisões operacionais sobre a saúde pública dos brasileiros foram descentralizadas, mas o repasse das verbas para efetivar tais decisões não o foi. [...] Apesar das determinações constitucionais, o objetivo do governo federal central sempre foi o de operar essa política de saúde através de atos administrativos federais sustentados, essencialmente pela realidade do 'orçamento autorizativo' (Trevisan & Junqueira, 2007).

A descentralização foi recomendada não apenas por movimentos democratizantes, mas por organismos internacionais, com a justificativa de que seria otimizada a alocação de recursos (Duarte et al., 2015). Segundo Arretche (2011), houve alta adesão à descentralização na saúde por parte dos municípios brasileiros. Entretanto, há de se ressaltar que a descentralização trouxe à política de saúde avanços e retrocessos. A partir de 1990, Duarte et al. (2015, p. 476) elencam alguns problemas:

a desigualdade de condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde identificadas nos municípios brasileiros tornou o processo extremamente intrincado; a competição entre os entes federados, em muitos casos, não possibilitou a real autonomia municipal nem na gestão dos equipamentos existentes nos seus limites territoriais nem nos recursos financeiros disponibilizados; a falta de cultura participativa da sociedade que não transformou os conselhos de saúde municipais em legítimos condutores da política de saúde local; a herança deixada pela medicina previdenciária, cujos atores continuaram a influenciar a lógica de organização do sistema.

Contudo, os autores reforçam que, em razão da efetivação da descentralização, o acesso da população aos serviços, sobretudo, da Atenção Básica, foi ampliado. Ademais, acrescentam que houve melhora nos indicadores de saúde no Brasil.

Previsto pela CF de 1988 e sancionado pela Lei 8080/90, o processo de descentralização da saúde foi conduzido, a partir de 1990, pelo MS, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB). A NOB 91, 92 e 93 tiveram bastante relevância, porém, apenas a partir da NOB 96

a descentralização é acoplada à estratégia de indução da organização da rede e mudança no modelo de atenção, e estendida às áreas de vigilância epidemiológica e sanitária, sob forte regulação federal, sendo intensificados esforços de resgate do papel dos estados (Viana & Machado, 2009, p. 812).

Uma proposta de regionalização da assistência à saúde surgiu após a publicação e reedição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), respectivamente nos anos de 2001 e 2002 (Brasil, 2002), como possível forma de resolução dos

problemas causados pela descentralização municipalista e tentativa de fazer com que a descentralização proporcionasse equidade no acesso aos serviços de saúde.

Nesse sentido, Kuschner e Chorny (2010) asseveram que organizar os serviços de saúde em redes regionalizadas é uma forma de atender aos princípios da equidade e da integralidade, visando a garantia da eficiência na oferta desses serviços.

Embora geralmente se encontre na literatura o termo 'regionalização' no singular, há dois processos. No processo de regionalização dos serviços, tenta-se organizar os serviços de modo que se tornem eficientes e eficazes, isto é, atinjam a universalização, integralidade e equidade com baixo custo, mas mantendo a qualidade. O outro processo diz respeito à criação de regiões de saúde, que têm por base as características epidemiológicas de determinada população (Duarte et. al., 2015).

De acordo com Duarte et. al. (2015), a regionalização, um dos princípios organizativos do SUS, tornou-se preocupação dos gestores somente no fim da década de 1990 e, notoriamente, foi inspirado pela Teoria das Localidades Centrais de Christaller.

Para Corrêa (2001), não há um padrão espacial que abarque a rede urbana brasileira, considerando a diversidade dos momentos, das razões e dos agentes, quando da criação das cidades, o que, na visão de Duarte et. al. (2015) é um complicador na estruturação de uma rede regionalizada.

Coelho (2016) destaca a necessidade do papel desempenhado pela esfera estadual no robustecimento de espaços regionais de gestão frente às insuficiências da gestão municipal e às adversidades de cunho regional, porquanto "sem a efetiva coordenação e planejamento regionais, corre-se o risco de que o processo de descentralização se pulverize e perca efetividade, distanciando-se dos principais objetivos do SUS" (Bodstein, 2002, p. 410).

Em 2006, foi publicada a portaria nº 399, que instituiu o Pacto pela Saúde, tendo como um dos eixos o Pacto pela Gestão (Brasil, 2006a), cuja proposta previa uma regionalização solidária e cooperativa. A expansão das experiências de negociação regional, uma das contribuições do Pacto pela Saúde, permitiu que a gestão do sistema de saúde fosse compartilhada (Coelho, 2016).

À vista da Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2006b, pp. 2-3), é nítida a redefinição de papéis interfederativos, que configurou um reordenamento do sistema de saúde brasileiro: "Os municípios [...], como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da atenção básica, pela organização e execução das ações em seu território". Quanto aos estados, dentre suas atribuições na atenção básica, destaca-se "prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família".

Todavia, Artmann e Rivera (2003) advertem para a dualidade das normas operacionais de saúde. Se, por um lado, favoreceram a descentralização, dando maior protagonismo aos municípios, por outro, provocaram uma fragmentação do sistema de saúde, tornando cada vez mais distante uma possível equidade, visto que os critérios de financiamento acabaram privilegiando municípios superpopulosos e com maior capacidade de oferta. Mendes (2001) classificou tal fenômeno como municipalização autárquica.

Partindo dessa urgência de se criar um regulamento que garantisse o acesso da população a todos os níveis de atenção necessários, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 373 (Brasil, 2002), criou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02), trazendo uma lógica de planejamento integrado. Daí em diante, deu-

se início ao debate sobre região, que, mais tarde, definiria o Plano Diretor de Regionalização (PDR) (Coelho, 2016).

Em 2010, por meio da Portaria nº 4279 (Brasil, 2010), foram instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2017).

Silva e Gomes (2013, p. 1114) se propuseram a refletir sobre o processo de regionalização sob o prisma político-administrativo, tendo como recorte a região do Grande ABC. No estudo, tecem uma crítica quanto ao Decreto 7.508/11, argumentando que esse “busca esclarecer os instrumentos para promover a regionalização do SUS mediante rede integrada de atenção. No entanto, não esclarece como estrutura-la em níveis acessíveis ao cidadão”. Para os autores, a regionalização é dificultada por entraves político-administrativos e não pode existir sem a presença de todos os municípios da região e sem o Estado. Sendo assim, é impossível seguir com o desenvolvimento regional se ainda houver sobreposição dos conflitos intermunicipais e entre municípios e o estado aos objetivos da regionalização, algo que ocorre no Grande ABC. Destacam, ainda, três questões a serem enfrentadas pelo Grande ABC:

Uma, que a rede de serviços e ações de saúde considere a diversidade loco-territorial concomitantemente à busca de superação de desigualdades. Outra, que a responsabilidade pública seja formalmente realizada com a participação e o envolvimento da sociedade civil e dos diversos atores que compõem o sistema de saúde no território. E, por fim, garantir a regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais.

Ainda que sejam notórios os avanços no processo de regionalização, Duarte et al. (2015, p. 1166) enfatizam a persistência de “vários desafios equitativos: as enormes desigualdades entre as necessidades em saúde e a distribuição da rede de serviços podem estar refletidas na presença de regiões destituídas da rede necessária para uma atenção integral à saúde (vazios assistenciais)”.

3.2 PLANEJAMENTO REGIONAL-METROPOLITANO E O ATENDIMENTO À SAÚDE COMO FUNÇÃO PÚBLICA DE INTERESSE COMUM

Sob o marco regulatório do Estatuto da Metrópole (Brasil, 2015), cabe às regiões metropolitanas “o planejamento, a gestão e a execução das funções públicas de interesse comum” e a obediência às “normas gerais sobre o plano de desenvolvimento urbano integrado”. Na Lei 1166, que cria a RMVPLN, em seu artigo 12, fica estabelecido que o “Conselho de Desenvolvimento especificará as funções públicas de interesse comum ao Estado e aos Municípios da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, dentre os seguintes campos funcionais: I - planejamento e uso do solo; II - transporte e sistema viário regional; III - habitação; IV - saneamento ambiental; V - meio ambiente; VI - desenvolvimento econômico; VII - atendimento social; VIII - esportes, lazer e cultura; IX - turismo; X - agricultura e agronegócio”.

Consultando as Atas (<http://www.agemvale.sp.gov.br>) das reuniões do referido Conselho, e mesmo o PDUI da RMVPLN, ainda não aprovado pela Assembleia Legislativa do Estado, constata-se que tais funções ainda não foram especificadas, valendo, portanto, os campos funcionais acima apresentados, conforme estabelece a

Lei Complementar 760/1994, estando a saúde incluída na função de atendimento social, que, aliás, tem sido um dos assuntos mais discutidos nessas reuniões, com a presença de representantes da diretoria do Departamento Regional de Saúde (DRS) 17, sediado em Taubaté.

Tais discussões originam-se a partir das demandas trazidas por prefeitos de diferentes municípios, e no geral concentram-se, justamente, na necessidade de reorganização da rede de serviços, sobretudo envolvendo os níveis de atenção de média e alta complexidade. Na RMVPLN, a saúde subdivide-se em: i) Alto do Paraíba (Igaratá, Jacareí, Santa Branca, São José dos Campos, Monteiro Lobato, Caçapava, Jambéiro e Paraibuna); ii) Circuito da Fé e Vale Histórico (Bananal, Arapeí, São José do Barreiro, Areias, Queluz, Canas, Silveiras, Cruzeiro, Piquete, Lavrinhas, Cachoeira Paulista, Lorena, Guaratinguetá, Roseira, Potim, Aparecida, Cunha, Lagoinha); iii) Litoral Norte (Ubatuba, Caraguatatuba, São Sebastião e Ilhabela); iv) Vale do Paraíba e Região Serrana (Campos do Jordão, São Bento do Sapucaí, Santo Antônio do Pinhal, Pindamonhangaba, Taubaté, Tremembé, São Luiz do Paraitinga, Redenção da Serra e Natividade da Serra) (Emplasa, 2015). A questão da distribuição de hospitais regionais e as demandas para a implantação de um hospital regional na Sub-região de Guaratinguetá, que atendesse as pequenas cidades da região do Vale Histórico, foram tópicos bastante discutidos, junto à questão do transporte intermunicipal de pacientes para atendimentos de média e alta complexidade em diversos centros de referência na região ou fora dela.

Nesse sentido, as pactuações interfederativas tornam-se fundamentais para o planejamento, a gestão e a execução das funções de interesse comum de modo a estabelecer prioridades e alcançar, no caso da saúde, a universalização, a equidade e a integralidade da assistência, no plano da regionalização instituída por meio da RRAS-17. Daí a importância de compreender a reorganização da rede de serviços de saúde no contexto mais amplo da própria rede urbana regional do Vale do Paraíba e Litoral Norte, o que também supõe a consideração individualizada da implantação dos programas e serviços em âmbito municipal e da cooperação entre municípios diferentes.

Por isso, também se prevê, no planejamento regional, uma compatibilização entre políticas e planos diretores municipais e o PDUI, no que se refere, em algumas situações, à prevalência de interesses comuns, metropolitanos, sobre interesses locais, da alçada do poder público municipal. Um exemplo pode estar na organização dos transportes para a saúde, que é um interesse comum aos municípios e às populações, e que poderá ser pensado regionalmente e, ao mesmo tempo, compatibilizado às ações municipais.

O que se espera seria justamente fazer convergir PDUI e planos diretores municipais, mas também, as ações de diversos setores que representam o exercício das funções públicas de interesse comum, por meio de políticas públicas e de investimentos, que devem ser concebidos de forma integrada. Desse modo, não se poderia dissociar a provisão planejada dos serviços e equipamentos de saúde pública das políticas de caráter territorial, tais como, a de uso do solo, meio ambiente, habitação, transportes, saneamento ambiental, educação, direitos humanos, enfim. De outro lado, não se pode pensar nos municípios em separado do contexto regional, sobretudo no caso dos serviços de saúde.

As defasagens internas à região e as condições desiguais entre sub-regiões e municípios impõem a perspectiva de ações integradas em favor de mais equidade na oferta de condições socio territoriais e de saúde às populações.

As transformações do meio urbano e regional, segundo a premissa do que é o

socialmente necessário e desejável, são um objeto complexo para o entendimento e as decisões políticas. Daí a necessidade de um planejamento urbano e regional entendido, ele próprio, como processo social e função pública de interesse comum, em vista de uma permanente avaliação de políticas e reorganização socio territorial das condições de vida em todo lugar. Suas metodologias envolvem, por isso, a integração de profissionais de diversas áreas e formações (Lima, 2017; Lima, 2001).

Para atingir e coordenar os objetivos da CF/1988, são muitos os marcos regulatórios e instrumentos a serem considerados. Junto ao Estatuto da Metrópole, e anterior a ele, a Lei Federal nº 10.257/01 conhecida como Estatuto da Cidade constituem os referenciais maiores para se assegurar, de forma integrada, e por meio dos planos diretores e, agora, do PDUI, os direitos de cidadania relacionado às condições de vida social em meio urbano ou rural (Costa Junior, 2010).

O Estado continua a ser um dos principais atores na condução das políticas e atividades de planejamento regional e, por isso, tem o dever de coibir e regular os processos de transformação que agravem as desigualdades, revertendo-os em condições socio territoriais mais equitativas e ajustadas às demandas sociais reais e, portanto, a novas possibilidades de desenvolvimento social e econômico de acordo aos diferentes potenciais encontrados nas diferentes regiões e municípios (Waldvogel, 2016; Silva, 2017).

3.3 REGIONALIZAÇÃO, REDE URBANA E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A criação de regiões metropolitanas, como recortes territoriais para a definição de políticas, planejamento integrado e investimentos, remonta à década de 1970, quando foram instituídas pelo governo federal as nove primeiras regiões metropolitanas do país. Hoje sua institucionalização é uma ação autorizada pela CF/1988 aos estados da federação. Os critérios para isso são discutíveis sob o ponto de vista teórico de entendimento do fenômeno de metropolização, e as razões que determinam essa decisão são apontadas pela literatura: interesses políticos estaduais e regionais ligados à possibilidade de acesso a recursos federais (Costa, 2013).

Essa forma de regionalização sobrepõe-se em dada região a outras divisões territoriais para fins diversos: saúde, educação, segurança pública, gestão de bacias hidrográficas etc. O que implica na sobreposição de esferas de ação política e de uso do território.

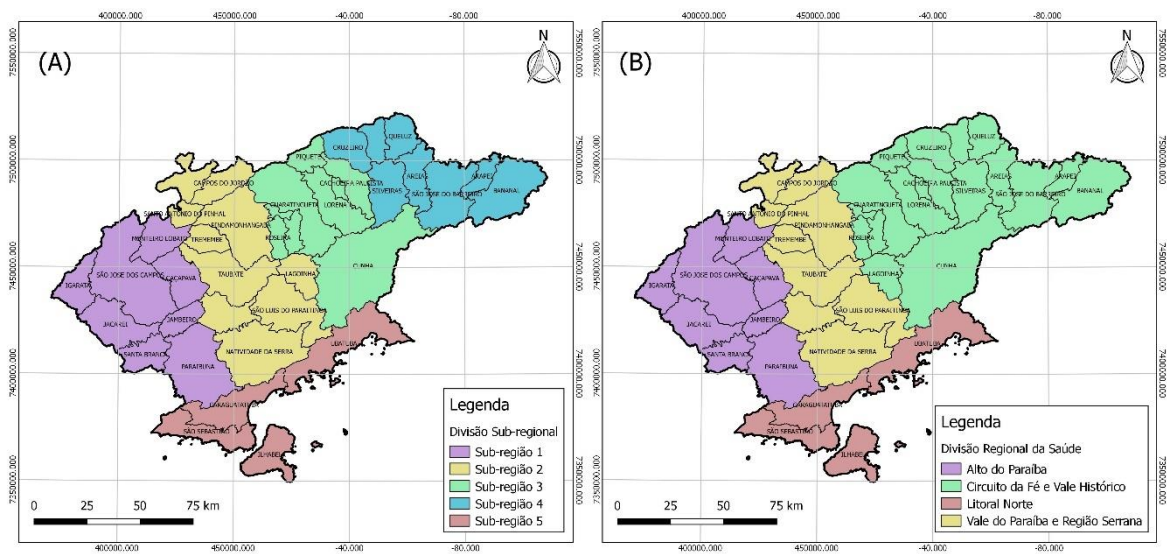
No caso da saúde pública, a regionalização pode ser entendida como instrumento de descentralização da política e da gestão dos serviços públicos de saúde. As divisões regionais de saúde são igualmente definidas por uma abrangência territorial e por uma visão das diferenciações geográficas internas correspondentes a sub-regiões, sob o ponto de vista das características dessas sub-regiões e da rede de serviços aí implantada.

O recorte da RMVPLN, delimitado por 39 municípios, coincide com a divisão da RRAS-17, mas a definição de suas Sub-regiões é um pouco diferente. As RRAS são agrupamentos organizativos de ações e serviços de saúde, que, conectados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, têm como objetivo integrar serviços e organizar sistemas e fluxos de informações dando suporte ao planejamento na região (Brasil, 2010).

A RMVPLN compõe-se de cinco Sub-regiões: Sub-região 1, formada por Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jembeiro, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos; Sub-região 2, formada por Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, Santo Antônio do

Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luiz do Paraitinga, Taubaté e Tremembé; Sub-região 3, formada por Aparecida, Cachoeira Paulista, Canas, Cunha, Guaratinguetá, Lorena, Piquete, Potim e Roseira; Sub-região 4, formada por Arapeí, Areias, Bananal, Cruzeiro, Lavrinhas, Queluz, São José do Barreiro e Silveiras; Sub-região 5, formada por Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba (São Paulo, 2012). A diferença da RRAS-17 está em considerar apenas quatro regiões de saúde, sendo três delas correspondentes às Sub-regiões 1, 2 e 5 da RMVPLN (SP), e a quarta região equivalente às Sub-regiões 3 e 4 juntas, como mostra a Figura 3.

Figura 3 - Divisão Regional da RMVPLN (SP) (A) e da RRAS-17 (B).



Fonte: Emplasa, 2015. Elaborado pelos autores.

Sem entrar no mérito dos critérios para essa definição de Sub-regiões ou regiões de saúde, em princípio, pode-se considerar que a organização da rede de serviços de saúde pública se assenta sobre a rede urbana regional, estudada, no campo dos estudos urbanos e regionais, na condição de um dos elementos organizadores do espaço regional, junto aos sistemas de integração territorial e o sistema da natureza (geografia física). Tais estudos são realizados por diferentes instituições, redes ou grupos de pesquisa, a exemplo dos estudos clássicos do IBGE, intitulados Regiões de Influências das Cidades (REGIC), e se fundamentam nas diferenças e posições hierárquicas entre as cidades, em razão do que confere a elas certo grau de centralidade e força de influência sobre certa abrangência da rede urbana.

Daí derivam as classificações dos centros urbanos, que possuem, como informa o site do IBGE, “determinados equipamentos e serviços e que atraem populações de outras localidades. A oferta diferenciada de bens e serviços entre as cidades faz com que populações se desloquem a centros urbanos bem equipados para adquirirem serviços”. No caso dos últimos dois estudos do REGIC (IBGE, 2008; 2020), as análises que conduzem às classificações basearam-se nos fluxos de bens, serviços e gestão, para conhecimento das relações interurbanas.

Daí as diversas denominações utilizadas por esta instituição para classificar as diferentes cidades: grande metrópole nacional, metrópole, capitais regionais, centros sub-regionais; ou ainda, por pesquisadores diversos, a exemplo de metrópoles, grandes cidades, cidades intermediárias, cidades locais etc.

As dimensões diferenciadas dessas cidades advêm dos processos de

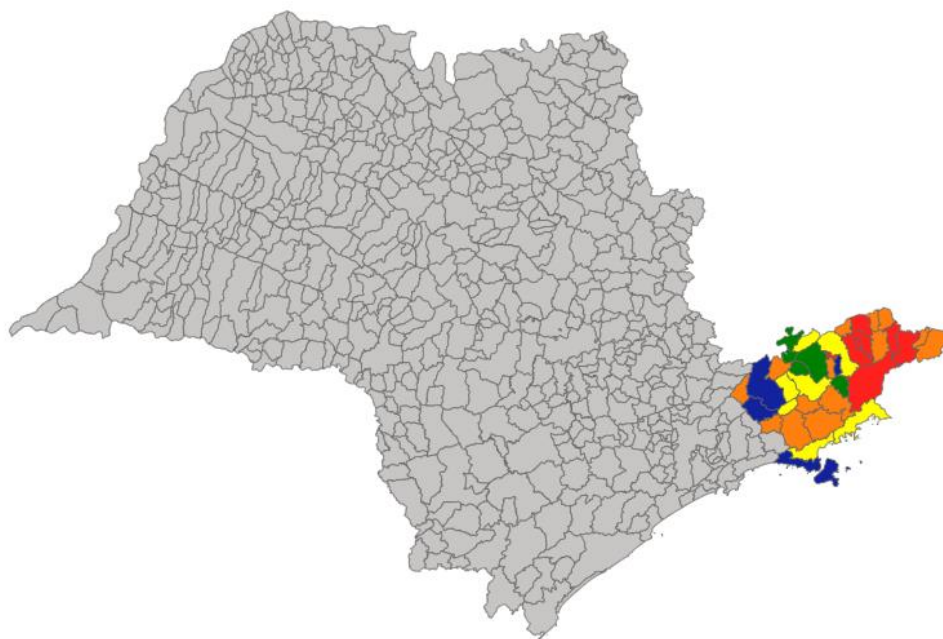
transformação histórica que definem a intensidade e complexidade da urbanização e/ou a metropolização do espaço urbano, e que resultam, em certos períodos, e em cada cidade, a uma dada estrutura demográfica e de atividades produtivas, à localização seletiva de funções de comando e organização político-institucional e às dinâmicas de produção da vida social e do espaço.

Um fato importante a ser reconsiderado nos estudos da formação da rede urbana, em determinada região, é o desequilíbrio desse sistema de cidades, oriundo das contradições e desigualdades sociais e urbanas historicamente constituídas pelo sistema econômico, a localização diferencial dos fatores de desenvolvimento, a distribuição dos serviços mais diversificados e especializados, a renda familiar, a pobreza etc. (Rochefort, 2003). O que também se apresenta pela maior concentração populacional e de riquezas ou benefícios diversos da vida urbana em um número pequeno de cidades.

Esse fato pode ser exemplificado pela rede urbana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, ao se constatar, segundo os dados do IBGE, que 63% da população urbana de toda a região concentrava-se, em 2010, em apenas cinco cidades: São José dos Campos, Taubaté, Jacareí, Guaratinguetá e Pindamonhangaba, e que apenas 6,5% desse mesmo total residiam nas 23 cidades com população igual ou menor de 20 mil habitantes urbanos.

Segundo o Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2018), há uma heterogeneidade na rede urbana regional do Vale do Paraíba e Litoral Norte, que pode ser evidenciada por meio do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), como mostra a Figura 1.

Figura 1 – Distribuição dos municípios da RMVPLN por grupos IPRS.
Grupos IPRS ● Desiguais ● Dinâmicos ● Em Transição ● Equitativos ● Vulneráveis



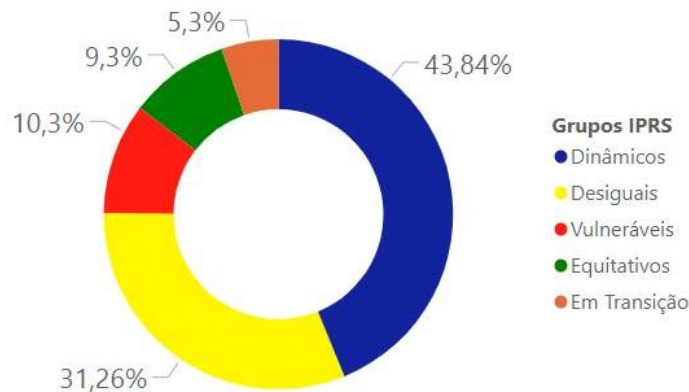
Fonte: SEADE, 2018.

O SEADE classifica como municípios desiguais, aqueles com níveis de riqueza elevados, mas com indicadores sociais insatisfatórios (longevidade/escolaridade baixo); municípios dinâmicos, os que apresentam índice elevado de riqueza e bons

níveis nos indicadores sociais (longevidade e escolaridade médio/alto); municípios em transição, aqueles com baixos níveis de riqueza e indicadores intermediários de longevidade/escolaridade (níveis baixos); municípios equitativos, os que apresentam baixos níveis de riqueza, mas bons indicadores sociais (longevidade e escolaridade médio/alto). Existem, ainda, os municípios vulneráveis. Estes são os mais desfavorecidos do estado, tanto em riqueza como nos indicadores sociais (longevidade e escolaridade baixas) (SEADE, 2018).

Ao olhar para a distribuição da população da RMVPLN por grupos IPRS, no ano de 2018, percebe-se elevada taxa vivendo em municípios desiguais. Também chama a atenção os 10,3% que residiam em municípios classificados como vulneráveis, conforme Figura 2.

Figura 2 – Distribuição da população da RMVPLN por grupos IPRS.



Fonte: SEADE, 2018.

Nesse contexto, a questão da redistribuição ou distribuição mais equitativa dos fatores de desenvolvimento econômico e social torna-se uma questão importante para pensar na regionalização como política de reorganização da rede urbana no contexto de uma dada região. A questão é complexa e merece estudos e análises diversas, realizados no âmbito de colaborações interdisciplinares. Não pretendendo esgotá-la, naturalmente, propõe-se encaminhar aqui uma análise da regionalização a partir da rede de serviços de saúde, tomada pela distribuição dos profissionais e estabelecimentos de saúde na RMVPLN.

4 DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NA RMVPLN

O trabalho é uma dimensão central da vida social. O trabalho social constrói e transforma a vida social, e, por conseguinte, o espaço onde a vida social acontece. Estudos sobre o espaço urbano, tais como o de Lamparelli et al. (2007) revelaram com muita clareza os processos de ampliação da divisão social, técnica e territorial do trabalho no contexto da urbanização capitalista (Sposito, 2000; Santos, 1993) promovida pela industrialização e/ou expansão dos serviços urbanos, mais ou menos diversificados ou especializados, de apoio às atividades produtivas ou às melhores condições de vida das populações.

Dentre esse conjunto variado de atividades prestadoras de serviços urbanos, o

campo da saúde se destaca, neste artigo, por duas variáveis de significado fundamental para ponderar sobre a distribuição geográfica na RMVPLN: o trabalho e o estabelecimento onde se desenvolve a prestação do serviço público e privado de saúde. Nessa análise de dados, deve-se considerar, de antemão, a proporção das ocupações e dos empregos da saúde na divisão do trabalho social retratada pelas estatísticas oficiais.

Segundo o IBGE, em 2010, na RMVPLN aproximadamente 65% das pessoas de 10 anos ou mais estavam ocupadas no setor terciário, ou seja, prestando serviços, e deste total, 6,54% eram trabalhadores da área de saúde. Os dados para o mesmo ano, agora segundo a RAIS, mostram que a maior parte dos profissionais da saúde estavam, na mesma data, concentrados nas áreas de atividades de atendimento hospitalar, atendimento em pronto-socorro e unidades para atendimento de urgência e serviços de assistência social.

Segundo os dados mais recentes do DATASUS (setembro de 2019), a RMVPLN possui 40.194 profissionais que trabalham na prestação de serviços de saúde. Neste total, incluem-se 16.494 (41,04%) profissionais de nível superior, 12.685 (31,56%) de nível técnico e 11.015 (27,40%) são profissionais com qualificação elementar.

Estes profissionais estão distribuídos em 5.598 estabelecimentos, e dentre eles, os que apresentam maior número de registros são: consultórios (3876), Clínicas/Ambulatórios Especializados (581) e Unidades Básicas de Saúde (359), atendendo uma população regional estimada para 2019, de 2.552.610 habitantes.

Pode-se observar, na Tabela 1, as principais ocupações por nível de escolaridade em toda região.

Tabela 1 - Ocupações por nível de escolaridade.

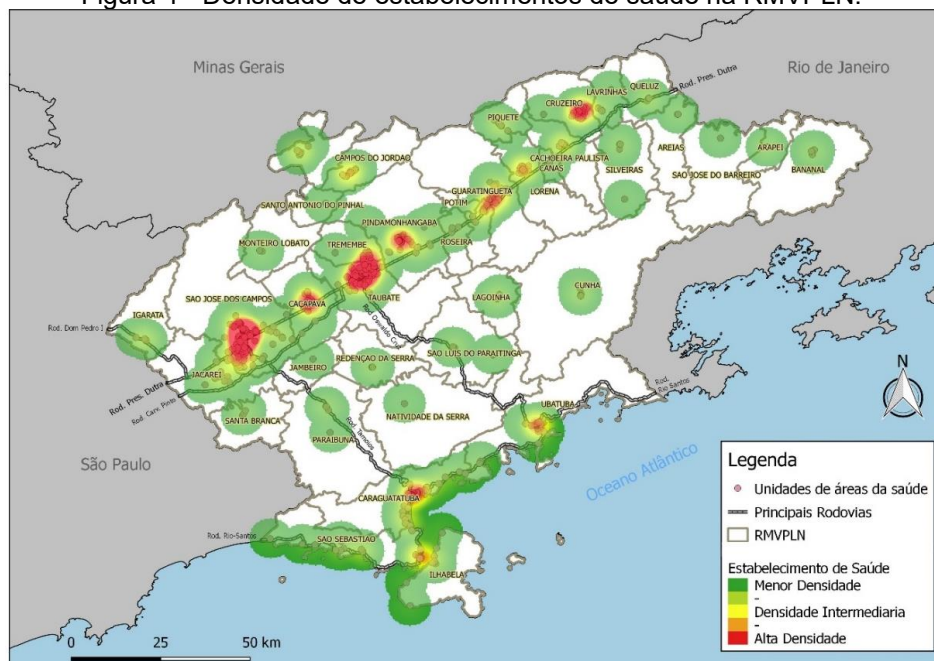
NÍVEL SUPERIOR	%	NÍVEL TÉCNICO/AUXILIAR	%
ANESTESISTA	0,96	AUX. ENFERMAGEM	34,55
ASSISTENTE SOCIAL	1,77	FISCAL SANITÁRIO	0,47
BIOQUÍMICO/FARMACÊUTICO	2,36	TÉC. ENFERMAGEM	53,4
CIRURGIÃO GERAL	0,69	TÉC. E AUX. FARMÁCIA	1,54
CLÍNICO GERAL	11,93	TÉC. E AUX. DE LABORATÓRIO	3,77
ENFERMEIRO	22,24	TÉC. E AUX. FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO	0,41
FISIOTERAPEUTA	7,09	TÉC. E AUX. SAÚDE ORAL	0,68
FONOAUDIÓLOGO	2,26	TÉC. E AUX. RADIOLOGIA MÉDICA	4,97
GINECO/OBSTETRA	1,96	TÉC. E AUX. HEMATOLOGIA/HEMOTERAPIA	0,02
MÉDICO DA FAMÍLIA	1,4	OUTRAS OCUPAÇÕES	0,2
NUTRICIONISTA	1,97	TOTAL	100
ODONTÓLOGO	14,89	NÍVEL ELEMENTAR	%
PEDIATRA	4,7	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	17,58
PSICÓLOGO	7,7	AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	1,37
PSIQUIATRA	0,71	ATENDENTE DE ENFERMAGEM	4,89
RADIOLOGISTA	1,36	ADMINISTRAÇÃO	44,98
SANITARISTA	0,02	SERVIÇO DE LIMPEZA/CONSERVAÇÃO	1,62
OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	11,28	SEGURANÇA	1,31
OUTRAS OCUPAÇÕES	4,69	OUTRAS OCUPAÇÕES ADMINISTRATIVAS	28,26
TOTAL	100	TOTAL	100

Fonte: Datasus, 2019. Elaborado pelos autores.

No que se refere à distribuição dos estabelecimentos de saúde, a Figura 4

mostra a distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde, por meio de uma escala de densidades ou concentração de estabelecimentos em distintas cidades. Como se observa, as cidades com maiores densidades localizam-se no importante eixo de desenvolvimento e urbanização regional, nas imediações da Rodovia Presidente Dutra, tais como São José dos Campos, Taubaté, Cruzeiro, Pindamonhangaba, Guaratinguetá, Caçapava. No eixo litorâneo, nota-se a maior densidade de estabelecimentos em Caraguatatuba. Além da densidade dos estabelecimentos é possível observar na Tabela 2 o nível de atenção dos estabelecimentos.

Figura 4 - Densidade de estabelecimentos de saúde na RMVPLN.



Fonte: Emplasa, 2015. Elaborado pelos autores.

Complementando o mapa da densidade de estabelecimentos, foi obtida a quantidade de estabelecimentos por nível de atenção. Na Tabela 2 é possível observar que as cidades de Arapeí, Areias, Cachoeira Paulista, Canas, Jambeiro, Lagoinha, Lavrinhas, Monteiro Lobato, Natividade da Serra, Paraibuna, Piquete, Potim, Redenção da Serra, Santa Branca, Santo Antônio do Pinhal, São José do Barreiro e Tremembé não possuem estabelecimentos hospitalares com atendimentos de média ou alta complexidade. Embora seja visível a escassez de serviços de alta complexidade, constata-se que todos os municípios apresentam serviços ambulatoriais de atenção básica e de média complexidade.

Tabela 2 - Total de estabelecimentos de saúde segundo o nível de atenção

Município	Ambulatorial			Hospitalar	
	Básica	Média	Alta	Média	Alta
Aparecida	18	27	1	1	0
Arapeí	3	3	0	0	0
Areias	3	4	1	0	0
Bananal	8	4	0	1	0
Caçapava	235	73	6	6	2
Cachoeira Paulista	27	49	1	0	0
Campos do Jordão	31	55	1	2	0
Canas	2	3	0	0	0
Caraguatatuba	126	141	13	5	1
Cruzeiro	99	189	8	2	3
Cunha	13	16	1	1	0
Guaratinguetá	257	116	13	6	3
Igaratá	4	3	0	1	0
Ilhabela	18	20	2	1	1
Jacareí	319	220	12	7	2
Jambeiro	4	5	0	0	0
Lagoinha	6	7	0	0	0
Lavrinhas	4	5	0	0	0
Lorena	226	65	8	2	1
Monteiro Lobato	4	4	0	0	0
Natividade da Serra	6	3	0	0	0
Paraibuna	6	10	0	0	0
Pindamonhangaba	355	163	9	2	2
Piquete	12	7	1	0	0
Potim	10	5	0	0	0
Queluz	8	6	0	2	0
Redenção da Serra	2	4	0	0	0
Roseira	5	6	0	2	0
Santa Branca	5	9	0	0	0
Santo Antônio do Pinhal	12	6	0	0	0
São Bento do Sapucaí	9	8	0	1	0
São José do Barreiro	4	3	0	0	0
São José dos Campos	213	1724	46	25	15
São Luís do Paraitinga	8	5	0	1	0
São Sebastião	57	152	5	1	0
Silveiras	6	2	0	1	0
Taubaté	248	659	10	12	3
Tremembé	20	37	0	0	0
Ubatuba	36	38	0	2	0
Total	2429	3856	138	84	33

Fonte: DATASUS, 2019. Elaborado pelos autores.

Segmentando as informações segundo as sub-regiões da RMVPLN, observa-se na Tabela 3 que a região que mais concentra profissionais e estabelecimentos de saúde é a sub-região 1 e a com menores quantidades é a sub-região 4. Além disso é possível constatar que embora a sub-região 5 possua um número maior de profissionais do que a sub-região 3, estes estão distribuídos em uma menor quantidade de estabelecimentos.

Tabela 3 - Total de profissionais e estabelecimentos por Sub-região

Local	Profissionais		Estabelecimentos	
	nº	%	nº	%
Sub-Região 1	17921	44,59	2623	46,86
Sub-Região 2	9593	23,87	1418	25,33
Sub-Região 3	5213	12,97	752	13,43
Sub-Região 4	1586	3,95	326	5,82
Sub-Região 5	5881	14,63	479	8,56
RMVPLN	40194	100	5598	100,00

Fonte: Datasus, 2019. Elaborado pelos autores.

Em cada sub-região também foram analisados individualmente os municípios segundo a quantidade de estabelecimentos, profissionais e de população estimada. Na Tabela 4, os dados para a Sub-região 1 revelam que São José dos Campos é identificada como um polo de saúde, tendo o maior número de profissionais e estabelecimentos não apenas dentro da Sub-região, mas também em relação a todas as outras Sub-regiões da RMVPLN. Do total de 12.623 profissionais empregados na área da saúde em São José dos Campos, é dado que 41,04% (5.582) possuem nível superior e 34,71% (4.382) possuem o nível técnico/auxiliar. Além disso, existem 1817 estabelecimentos distribuídos pela cidade, com maior número de Hospitais Gerais, Consultórios, Clínicas e Ambulatórios Especializados. Na mesma sub-região, Monteiro Lobato, município vizinho de São José dos Campos, destaca-se com apenas 55 profissionais da saúde e 6 estabelecimentos, ambos representativos de um baixo nível de especialização. Todavia, embora tais números sejam inexpressivos, a taxa de profissionais por 1000 habitantes do município, igual a 11,8, equipara-se às taxas das maiores cidades da Sub-região 1, ao passo que Santa Branca com 124 profissionais apresenta a menor taxa (8,3) da Sub-região 1.

Tabela 4 – Distribuição de estabelecimentos e profissionais de saúde nos municípios da Sub-região 1 da RMVPLN.

MUNICÍPIOS	Estabelecimentos		Profissionais		População		Profissionais por mil habitantes
	nº	%	nº	%	nº	%	
São José dos Campos	1817	69,27	12623	70,44	721944	65,41	17,48
Jacareí	464	17,69	3496	19,51	233662	21,17	14,96
Caçapava	297	11,32	1311	7,32	94263	8,54	13,91
Monteiro Lobato	6	0,23	55	0,31	4653	0,42	11,82
Igaratá	6	0,23	94	0,52	9534	0,86	9,86
Jambeiro	7	0,27	60	0,33	6602	0,6	0,09
Paraibuna	13	0,5	158	0,88	18222	1,65	8,67
Santa Branca	13	0,5	124	0,69	14788	1,34	8,39
Total	2623	100	17921	100	1103668	100	16,24

Fonte: DATASUS, 2019; IBGE, 2019. Elaborado pelos autores.

Na Sub-região 2, temos outro importante polo de saúde da RMVPLN, a cidade de Taubaté que é sede da Departamento Regional de Saúde, responsável por todos os municípios que integram a região metropolitana, tem uma população de 314.924 habitantes e conta com 6.048 profissionais empregados atuando na saúde, sendo que 2.417 com nível superior. Com relação aos estabelecimentos, Taubaté e São José dos Campos são os únicos municípios da região que possuem Laboratório de Saúde

Pública. Assim como na Sub-região 1, é possível observar que os municípios com menor quantidade de profissionais, a exemplo de Lagoinha, Redenção da Serra, Santo Antônio do Pinhal e Natividade da Serra, não são os piores quando se analisa a taxa de profissionais por mil habitantes e possuem um atendimento de atenção básica, ou seja, menos especializado.

Tabela 5 – Distribuição de estabelecimentos e profissionais de saúde nos municípios da Sub-região 2 da RMVPLN.

MUNICÍPIOS	Estabelecimentos		Profissionais		População		Profissionais por mil habitantes
	nº	%	nº	%	nº	%	
Taubaté	811	57,19	6048	63,05	314924	50,28	19,2
Lagoinha	8	0,56	78	0,81	4896	0,78	15,93
São Bento do Sapucaí	15	1,06	150	1,56	10878	1,74	13,79
Redenção da Serra	5	0,35	53	0,55	3851	0,61	13,76
Pindamonhangaba	416	29,34	2115	22,05	168328	26,88	12,56
Campos do Jordão	83	5,85	617	6,43	52088	8,32	11,85
Santo Antônio do Pinhal	15	1,06	79	0,82	6811	1,09	11,6
São Luiz do Paraitinga	11	0,78	108	1,13	10687	1,71	10,11
Natividade da Serra	7	0,49	55	0,57	6661	1,06	8,26
Tremembé	47	3,31	290	3,02	47185	7,53	6,15
Total	1418	100	9593	100	626309	100	15,32

Fonte: DATASUS, 2019; IBGE, 2019. Elaborado pelos autores.

Na Sub-região 3, o município de Guaratinguetá aparece com 1.980 profissionais e 333 estabelecimentos, as maiores quantidades em relação aos demais municípios, seguido de perto pelo município de Lorena, com 1.594 profissionais, 255 estabelecimentos e a taxa mais elevada, igual a 17,9, profissionais por mil habitantes. De outro lado, destaca-se o município de Potim, que mesmo não sendo o município com menor número de profissionais da RMVPLN, é o município com a taxa menos elevada de profissionais por mil habitantes.

Tabela 6 – Distribuição de estabelecimentos e profissionais de saúde nos municípios da Sub-região 3 da RMVPLN.

MUNICÍPIOS	Estabelecimentos		Profissionais		População		Profissionais por mil habitantes
	nº	%	nº	%	nº	%	
Lorena	255	33,91	1594	30,58	88706	24,94	17,97
Guaratinguetá	333	44,28	1980	37,98	121798	34,24	16,26
Cachoeira Paulista	58	7,71	506	9,71	33327	9,37	15,18
Aparecida	41	5,45	527	10,11	36157	10,17	14,58
Roseira	13	1,73	121	2,32	10712	3,01	11,3
Canas	3	0,4	48	0,92	5138	1,44	9,34
Cunha	23	3,06	193	3,7	21547	6,06	8,96
Piquete	14	1,86	110	2,11	13657	3,84	8,05
Potim	12	1,6	134	2,57	24643	6,93	5,44
Total	752	100	5213	100	355685	100	14,66

Fonte: DATASUS, 2019; IBGE, 2019. Elaborado pelos autores.

Com exceção do município de Cruzeiro, a Sub-região 4 compõe-se de mais sete municípios com menor tamanho de população, todos com menos de 15.000 habitantes, 10 ou menos estabelecimentos de saúde e totais de profissionais inferiores a 150 profissionais por município. Cruzeiro, o município mais populoso da Sub-região, conta com 1.033 profissionais e 280 estabelecimentos de saúde, com destaque para um hospital geral, equipamento que o município de Queluz também possui. Contudo, na análise de profissionais por mil habitantes Arapeí, a cidade com menor número de profissionais e estabelecimentos de saúde de toda a Região Metropolitana, possui a melhor relação de profissionais por 1.000 habitantes (19,4) da Sub-região e a terceira melhor da RMVPLN, ainda que os profissionais sejam generalistas, como médico clínico geral, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Tabela 7 – Distribuição de estabelecimentos e profissionais de saúde nos municípios da Sub-região 4 da RMVPLN.

MUNICÍPIOS	Estabelecimentos		Profissionais		População		Profissionais por mil habitantes
	nº	%	nº	%	nº	%	
Arapeí	4	1,23	48	3,03	2469	1,89	19,44
Areias	5	1,53	60	3,78	3886	2,97	15,44
Cruzeiro	280	85,89	1033	65,13	82238	62,94	12,56
Bananal	10	3,07	134	8,45	10945	8,38	12,24
Silveiras	7	2,15	74	4,67	6302	4,82	11,74
São José do Barreiro	5	1,53	47	2,96	4147	3,17	11,33
Queluz	10	3,07	129	8,13	13420	10,27	9,61
Lavrinhas	5	1,53	61	3,85	7260	5,56	8,4
Total	326	100	1586	100	130667	100	12,14

Fonte: DATASUS, 2019; IBGE, 2019. Elaborado pelos autores.

Observando o número de estabelecimentos e profissionais da saúde nos municípios da Sub-região 5, em comparação com municípios de outras Sub-regiões, nota-se que o litoral apresenta quantidades medianas, porém, quando se analisa os profissionais por mil habitantes, Ilhabela e Caraguatatuba destacam-se como os municípios que apresentam as taxas mais elevadas da RMVPLN.

Tabela 8 – Distribuição de estabelecimentos e profissionais de saúde nos municípios da Sub-região 5 da RMVPLN.

MUNICÍPIOS	Estabelecimentos		Profissionais		População		Profissionais por mil habitantes
	nº	%	nº	%	nº	%	
Caraguatatuba	194	40,5	2451	41,68	121532	36,14	20,17
Ilhabela	28	5,85	732	12,45	34970	10,4	20,93
São Sebastião	192	40,08	1405	23,89	88980	26,46	15,79
Ubatuba	65	13,57	1293	21,99	90799	27	14,24
Total	479	100	5881	100	336281	100	17,49

Fonte: DATASUS, 2019; IBGE, 2019. Elaborado pelos autores.

4.1 DEFASAGENS SUB-REGIONAIS E CONDIÇÕES MUNICIPAIS DESIGUAIS

Para uma melhor análise da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, importa chamar atenção ao caso do município de São José dos Campos, que

se destaca em relação à maioria dos municípios da região, com o maior número de pessoas trabalhando na área de saúde e o maior número de estabelecimentos de saúde, dispondo, ainda, de uma estrutura de serviços mais diversificada e especializada. Essa posição na rede urbana regional, como mostra Gomes et al. (2019), o torna centro de referência para grande parte dos municípios da RRAS-17, que não dispõe de uma estrutura de serviços de alta complexidade e, muitas vezes, nem de média complexidade, como é o caso geral dos pequenos municípios da região.

Um estudo desenvolvido por Mutuzoc e Vieira (2012) mostrou as diferenças na disponibilidade de equipamentos de diagnóstico por imagem na RMVPLN. Ao analisarem a quantidade de estabelecimentos de saúde, identificaram que o valor por milhão de habitantes está bem acima do Estado de São Paulo, porém há uma heterogeneidade entre as microrregiões. A microrregião de Paraibuna, segundo os autores, apresenta menor valor (284) por milhão de habitantes, ao passo que a microrregião de Bananal tem o maior índice (609) por milhão de habitantes. São José dos Campos é o município que mais concentra estabelecimentos privados de diagnóstico por imagem. Essa heterogeneidade na disponibilidade de equipamentos entre as microrregiões poderia facilmente ser suprida pela movimentação da população entre os municípios para exames de diagnóstico, porém, Mutuzoc e Vieira (2012) acreditam que concentrar o atendimento preventivo nos municípios ou nas microrregiões seria a melhor solução, posto que isso evitaria custos de transporte para o cidadão e para o poder público. Acrescentam, ainda, que muitos usuários dos serviços públicos de saúde acabam não comparecendo aos exames de diagnóstico quando esses são ofertados em municípios distantes do município de origem, porque consideram o tempo de deslocamento um obstáculo.

A questão da distribuição dos profissionais, estabelecimentos e equipamentos, ligada à organização da rede urbana regional e, particularmente, no que se refere aos serviços de saúde, torna-se, assim, uma questão de grande importância para a superação de defasagens e condições desiguais dos municípios da região em foco, e não apenas dela. Como nos diz Santos (2014, p. 109), para que as populações tenham aquele mínimo de condições sem as quais a vida não é digna, há um caminho a ser trilhado de correção urgente de nossa estrutura social e do próprio Estado como provedor dos serviços sociais como a saúde.

Como se sabe, a história regional se desenvolveu de modo a privilegiar o eixo da Rodovia Presidente Dutra, resultando em grande concentração populacional, de recursos, serviços e riquezas na intensa área urbanizada atravessada pela rodovia. O que tornou as demais localidades regionais defasadas em seu ritmo de desenvolvimento (pela desatenção e/ou incapacidade do Estado) e, por isso, em suas condições de vida relativamente mais deficitárias.

Na RMVPLN essa reorganização necessária da rede de serviços de saúde supõe, portanto, atribuir um novo equilíbrio à rede urbana por meio de uma redistribuição mais equitativa na oferta dos serviços segundo os diferentes níveis de atenção. Nesse sentido, é preciso indagar: como estimar o que é socialmente necessário, em termos de serviços de saúde, aos diferentes municípios? Como avaliar se o que se tem é suficiente ou não?

Ao pesquisar parâmetros gerais para ponderar sobre os resultados dessa pesquisa para a região, no que se refere à quantidade e distribuição de profissionais de saúde, foram identificadas apenas duas publicações a partir das quais essa avaliação poderia ser feita.

A primeira é da (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2008), na qual alerta que países com uma densidade de médicos, enfermeiros e parteiras inferior a 2,28

por mil habitantes geralmente não conseguem atingir, por exemplo, o objetivo de uma taxa de 80% de cobertura para atendimento profissional em partos e imunização infantil.

Na RMVPLN temos uma taxa de 2,17 médicos, chegando bem próximo do recomendado, e somando todos os profissionais de enfermagem temos uma taxa de 5,81, sendo 25% de nível superior, 46% de nível técnico e 29% auxiliar.

A outra publicação é do Ministério da Saúde (2013), sobre o Programa Mais Médicos, que ressalta a inexistência de parâmetros e que devido a esta inexistência o Governo Federal utiliza como referência a proporção encontrada no Reino Unido para avaliar a quantidade de médicos. Seguindo o Reino Unido, como referência para todas as profissões, foram identificados os dados do ONS (Office for National Statistics), para o ano de 2019, e daí, foi possível observar grande defasagem na maioria das profissões quando comparado à RMVPLN, a quantidade de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas por mil habitantes no Reino Unido é quase o dobro do Brasil, e considerando outras profissões, tais como farmacêutico e terapeuta ocupacional, a diferença aumenta ainda mais, sendo respectivamente 6 e 12 vezes maiores. Além destes profissionais, psicólogos apresentam uma taxa bem próxima, sendo a do Reino Unido igual a 0,57 por mil habitantes e, a da RMVPLN, 0,50 por mil habitantes, e a taxa de dentistas é maior na região, com 0,96 por mil habitantes, enquanto no Reino Unido há 0,57 por mil habitantes.

Outras publicações sugerem formas mais complexas de estudo, onde não se avalia apenas a quantidade de profissionais por mil habitantes, seguindo as recomendações da OMS de utilização do método WISN (Workload Indicators of Staffing Need), que leva em conta os tipos de serviços e a complexidade do atendimento.

Além disso, o equacionamento da problemática de reorganização da rede de serviços de saúde da região deve considerar não apenas a distribuição dos estabelecimentos, em quantidade e níveis de atenção adequados, e dos profissionais da saúde, na diversificação e especialização correspondentes, mas também, a organização do serviço de transporte de pacientes para o acesso ao atendimento recomendado em centros de referência fora do domicílio, de forma a minimizar as condições de desconforto aos mesmos.

Por fim, deve-se considerar a perspectiva de reorganização da rede de serviços de saúde que seja integrada às discussões do planejamento de desenvolvimento integrado da RMVPLN, envolvendo, sobretudo, a questão das relações interfederativas para o planejamento, a organização e a execução das funções públicas de interesse comum. Porque, para além da busca de distribuição adequada dos serviços de saúde, outras condições político-institucionais e socio territoriais interferem nas condições de saúde das populações, tais como as próprias condições do planejamento municipal e, ainda, as condições de habitação, acessibilidade física e social, educação etc. A intersetorialidade prossegue sendo um grande desafio (Silva; Quintanilha; Dalbello-Araujo, 2022) no âmbito da Política, Planejamento e Gestão municipal.

5 CONCLUSÃO

Em vista de ganhos de eficiência e efetividade, embora a atenção primária (médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem), que resolve, comprovadamente, 80% dos problemas de saúde da população, deva estar presente em todos os municípios, os serviços de média e alta complexidade devem ser

escalonados, ou seja, sempre haverá municípios de referência para suprir demandas de outros municípios. Contudo, este estudo trouxe indícios de disparidades na Rede de Atenção à Saúde na região vale-paraibana.

As condições socioterritoriais de concentração e dispersão da rede urbana regional na RMVPLN, estabelecidas historicamente, se reproduzem ao analisarmos os serviços de saúde (distribuição de profissionais e estabelecimentos). As defasagens e condições desiguais do serviço de saúde entre Sub-regiões e municípios reforçam estudos realizados no campo dos estudos urbanos e regionais, atestando desequilíbrios dos processos históricos de formação socio territorial da região.

Na busca de um equacionamento mais completo da problemática, em vista da superação destes desequilíbrios urbano-regionais, são muitas as variáveis que precisam ser analisadas de forma contextual e interdisciplinar. Por isso, o artigo se limita a uma pesquisa exploratória e indicativa da necessidade de futuros desenvolvimentos.

Nesse sentido, admite-se as limitações que concernem aos indicadores selecionados, e pondera-se inclusive sobre algumas variáveis que certamente podem influenciar na análise dos indicadores selecionados, tais como: o uso de fontes secundárias (que podem não refletir com acurácia a realidade local e regional), a heterogeneidade das necessidades de saúde das populações de cada unidade geográfica, o modelo de atenção e o acesso populacional aos serviços.

Cogita-se, também, em futuros estudos, coletar dados de profissionais e estabelecimentos de saúde na Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte Paulista precedentes ao processo de regionalização, a fim de que se possa fazer uma comparação com os dados apresentados neste artigo, contribuindo, desta forma, para a aferição da efetividade de tal processo.

Por isso, considera-se que um primeiro passo foi dado para basear novos estudos e análises conjugados a outros parâmetros e variáveis e, ainda, aos estudos mais gerais sobre a rede urbana regional, o que supõe interdisciplinaridade e acompanhamento do processo de planejamento regional-metropolitano e dos processos de planejamento e organização da rede de serviços de saúde, em conexão à perspectiva de integração das ações e ao conceito ampliado de saúde, que considera as questões sociais e territoriais de uma dada região ou município como dimensão essencial para a melhoria das condições de saúde das diferentes populações.

REFERÊNCIAS

Arretche, M. T. da S. (2011). *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização* (3. ed.) Revan; Fapesp.

Artmann, E., & Rivera, F. J. U. (2003). *Regionalização em saúde e mix público-privado*.

http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf.

Bodstein, R. (2002). Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), 401-412.

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v7n3/13021.pdf

- Campos, R. T. O., Ferrer, A. L., Gama, C. A. P. D., Campos, G. W. D. S., Trapé, T. L., & Dantas, D. V. (2014). Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em debate*, 38, 252-264. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>
- Constituição da República Federativa do Brasil 1988 (2016). Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- Corrêa, R. L. (2001). *Trajetórias geográficas* (2. ed.). Bertrand Brasil.
- Costa Junior, H. (2010). Proposta de metodologia para o planejamento urbano de municípios. *Labor e Engenho*, 4(4), 106-120. https://www.periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/labore/article/view/123/pdf_63.
- Costa, M. A. (2013). Quarenta anos de regiões metropolitanas no Brasil: Um breve balanço exploratório. In: Marco Aurélio Costa, Isadora Tami Lemos Tsukumo (org.). *40 anos de regiões metropolitanas no Brasil*. Ipea.
- Dourado, D. D. A., & Elias, P. E. M. (2011). Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, 45, (1), 204-211. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>
- Dowbor, M. (2009). Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (78), 158-222. <https://doi.org/10.1590/S0102-64452009000300010>
- Duarte, C. M. R., Pedroso, M. D. M., Bellido, J. G., Moreira, R. D. S., & Viacava, F. (2015). Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 31(6), 1163-1174. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00097414>
- Duarte, L. S., Pessoto, U. C., Guimarães, R. B., Heimann, L. S., Carvalheiro, J. D. R., Cortizo, C. T., & Ribeiro, E. A. W. (2015). Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 472-485. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200007>
- Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano. Secretaria Estadual de Governo. (2019). *Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte: Sobre a RMVPLN*. <https://emplasa.sp.gov.br/RMVPLN>.
- Gomes, A. P., Costa, J. R. B., Junqueira, T. D. S., Arcuri, M. B., & Siqueira-Batista, R. (2012). Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(6), 541-549. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000600014>

- Gomes, C., de Paula, A. M., & Nobre, L. (2019). Rede urbana, serviços de saúde e o transporte intermunicipal de beneficiários do SUS: aproximações de análise ao caso da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, SP. *Geopauta*, 3(4), 77-99.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008). *Regiões de influência das cidades*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=240677>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). *Regiões de influência das cidades*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101728>
- Kuschnir, R., & Chorny, A. H. (2010). Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2307-2316. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000500006>
- Lamparelli, C. M., Camargo, R. A., & George, P. C. S. (2007). Nota introdutória sobre a construção de um objeto de estudo: “O Urbano”. Etc, espaço, tempo e crítica. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas*, 1(1). <https://www.yumpu.com/pt/document/read/12880300/nota-introdutoria-sobre-a-construcao-de-um-objeto-de-estudo-uff>
- Lei Complementar nº 1166, de 09 de janeiro de 2012. (2012, 09 de janeiro). Cria a Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, e dá providências correlatas.
- Lei nº 13.089, de 12 de janeiro de 2015. (2015). Institui o Estatuto da MetrÓpole, altera a Lei no 10.257, de 10 de julho de 2001, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2, 13 jan. 2015.
- Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 19 de setembro). Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial da União*, 18055.
- Leme, M. C. (1999). *Urbanismo no Brasil: 1895/1965*. Studio Nobel, FAUUSP, FUPAM.
- Lima, N. T., Gerschman, S., Edler, F. C., & Suárez, J. M. (2005). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. SciELO; Editora FIOCRUZ.
- Luz, M. T. (2000). Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 293-312. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200006>
- Mendes, E. V. (2001). *Os grandes dilemas do SUS* (tomo II). Casa da Qualidade.
- Ministério da Saúde (2017, 28 de setembro). Portaria da Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

- Ministério da Saúde. (2010, 30 de dezembro). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- Ministério da Saúde. (2006a, 28 de março). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, Brasília, nº 61, de 29 de mar. 2006a. Seção 1, página 71.
- Ministério da Saúde. (2002, 27 de fevereiro). Regionalização da assistência à saúde. Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002 (Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar).
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2006b). Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão.
- Mutuzoc, R., & Vieira, E. T. (2012). Heterogeneidade no acesso à saúde no Vale do Paraíba Paulista: um mapeamento do diagnóstico por imagem. *Anais do 17º Encontro de Iniciação Científica*. Universidade de Taubaté.
<http://www.unitau.br/enic/trabalhos/MCH0349.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (1948). *Constituição*. OMS.
- Paim, J. S. (1999). Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: M. Z. Rouquayrol & N. Almeida Filho. *Epidemiologia & Saúde* (5. ed. pp. 489-503). Medsi.
- Portaria n. 532, de 14 de março de 2006. Institui a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *Diário Oficial da União*.
- Protasio, A. P. L., Gomes, L. B., Machado, L. D. S., & Valença, A. M. G. (2017). Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1829-1844.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>.
- Reino Unido. Office for National Statistics. (2019). *Nomis*.
<https://www.nomisweb.co.uk>.
- Rocheffort, M. (2003). Regionalização e rede urbana. *R. RA'E GA*, (7), 115-121.
- Santos, M. (1993). *A urbanização brasileira*. Hucitec.
- Santos, M. (2014). *Espaço e método*. EDUSP.
- Secretaria de Educação Básica. Saúde. (2005). Portal Mec.
<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>.

- Silva, A. M. C. S., Quintanilha, B. C., & Dalbello-Araujo, M. (2022). *Intersetorialidades: múltiplos olhares*. Pedro & João Editores.
- Silva, E. C. D., & Gomes, M. H. D. A. (2013). Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. *Saúde e Sociedade*, 22(4), 1106-1116. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400013>
- Silva, M. V. C. P. & Mendes, E. V. (2004). *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- Silva, S. A. (2014). *O planejamento regional brasileiro pós-constituição federal de 1988: instituições, políticas e atores*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo]. doi:10.11606/D.8.2014.tde-13012015-190859.
- Sistema Estadual de Análise de Dados. (2018). *Índice Paulista de Responsabilidade Social*. SEADE.
- Sposito, M. E. B. (2000). *Capitalismo e urbanização*. Contexto.
- Viana, A. L. A., & Machado, C. V. (2009). Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (3), 807-817.
- Wagner, G. (2006). Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: S. Fleury (org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha* (pp.417-442). FGV
- Waldvogel, B., & Capassi, R. (2016). Projeção populacional como instrumento de planejamento regional: o caso do Estado de São Paulo (pp.2753-2765). *Anais do 11º Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*. <https://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/view/948>