



ST5 – POLÍTICAS PÚBLICAS, GESTÃO SOCIAL E PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL

**AS TEORIAS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL
E A INTEGRALIDADE NA SAÚDE**

**THEORIES OF REGIONAL DEVELOPMENT
AND INTEGRALITY IN HEALTH**

Flavio de Matos ROCHA¹, Zelimar Soares BIDARRA²

Resumo: O modelo de atenção à saúde no Brasil, da Constituição de 1988, tem as premissas de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços. O efetivo processo de descentralização teve o desafio de ser consolidado através do processo de regionalização da saúde. Essa lógica da organização dos serviços públicos de saúde, se pautando na divisão da oferta dos serviços em regiões, permitiu a oferta dos serviços à toda a população através da rede urbana de serviços, seguindo tradição histórica da lógica do planejamento público brasileiro, liderado pelo IBGE, inspirada em teorias oriundas das ciências geográficas e econômicas, como a teoria dos lugares centrais e a teoria dos polos de crescimento. Esse modelo de regionalização foi o caminho proposto para atender a noção de integralidade no sistema único de saúde brasileiro. O objetivo desse trabalho é abordar as influências teóricas das teorias de desenvolvimento regional na estruturação do sistema único de saúde brasileiro, e sua proposta de integralidade na saúde.

Palavras-chave: Desenvolvimento regional. Saúde. Integralidade.

Abstract: the health care model in Brazil, from the 1988 Constitution, has the premises of decentralization, regionalization and hierarchy of services. The effective process of decentralization had the challenge of being consolidated through the process of regionalization of health. This logic of the organization of public health services, based on the division of service offerings in regions, allowed the provision of services to the entire population through the urban service network, following the historical tradition of the logic of Brazilian public planning, led by IBGE, inspired by theories from geographic and economic sciences, such as the theory of central places and the theory of growth poles. This model of regionalization was the way proposed to meet the notion of integrality in the Brazilian healthcare system. The objective of this work is to address the theoretical influences of theories of regional development in the structuring of the Brazilian health system, and its proposal for integrality in health.

Keywords: Regional development. Health. Integrality.

¹ Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Agronegócio (Unioeste/Toledo). E-mail: rochaf1@hotmail.com.

² Professora Adjunta do Curso de Serviço Social da Unioeste/Toledo. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Agronegócio (Unioeste/Toledo). Programa de Pós-graduação em Serviço Social (Unioeste/Toledo). E-mail: zelimar@yahoo.com.br.



II SLAEDR SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) é organizado a partir das seguintes premissas: descentralização, regionalização e hierarquização. Emergidas a partir da Constituição de 1988 essas premissas tratam, respectivamente, das atribuições e responsabilidades dos entes federados, da criação de regiões de saúde bem como constituição de redes de atenção à saúde, e dos níveis de complexidade dos serviços (ALVES, 2013).

A organização do SUS dentro da Política Nacional de Saúde enfrentou alguns desafios ao longo de seu processo de implementação. Um deles foi a consolidação do processo de descentralização através da regionalização da saúde, estratégia adotada para que a população tivesse acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção à saúde. A partir dessa lógica, o processo de regionalização da política de saúde brasileira tem se guiado pela estruturação da oferta de serviços de saúde.

A hierarquização dos serviços de saúde ocorre no âmbito dos procedimentos (consultas, exames, cirurgias) que são organizados em níveis de complexidades tecnológicas diferentes: atenção de baixa, média e alta complexidade. Do mesmo modo, ocorre a hierarquização de municípios e sub-regiões para que sejam capazes de atender as demandas de saúde conforme a complexidade dos serviços requeridos.

Assim, os serviços de atenção primária seriam os mais próximos a estarem em todos os municípios, enquanto alguns de média complexidade disponíveis nas regionais de saúde. As macrorregiões devem atender toda a média complexidade e algumas das demandas de alta complexidade, com as cidades polos estaduais atendendo a toda alta complexidade, além de conterem também centros de referências em diversas especialidades de serviços (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

Essa lógica da organização dos serviços públicos de saúde, se pautando na divisão da oferta dos serviços em regiões, segue tradição histórica da lógica do planejamento público, inspirada em teorias oriundas das ciências geográficas e econômicas. Desse modo, o objetivo desse trabalho é abordar as influências teóricas das teorias de desenvolvimento regional na estruturação do sistema único de saúde brasileiro, e sua proposta de integralidade na saúde.

O SUS E A INTEGRALIDADE NA SAÚDE

A política de saúde brasileira é organizada através de princípios doutrinários e princípios organizativos¹. Cunha e Cunha (2001) nos traz que os princípios doutrinários são aquelas diretrizes inscritas no Artº 198 da Constituição Federal de 1988, e os princípios organizativos, os inseridos na Lei Orgânica da Saúde. Para Matta (2007), a partir dos princípios doutrinários, os princípios organizativos definem as estratégias e os meios para concretizar os valores fundamentais do SUS.



OBSERVADR





II SLAEDR SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

Os princípios denominados doutrinários são: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Os princípios denominados de organizativos, são: descentralização; regionalização e hierarquização; e participação da comunidade. O Sistema Único de Saúde (SUS) deve se organizar para atingi-los. Na concepção de estrutura do SUS, a descentralização se torna uma desconcentração de poder político, de atribuições e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal. A descentralização tem sido compreendida e tratada como uma diretriz para a rede regionalizada e hierarquizada.

A regionalização e a hierarquização são a forma proposta para a organização e gestão dos serviços de saúde a serem prestados à toda a população. A proposta é regionalizar - descentralizando a gestão do sistema por regiões de saúde dentro de cada unidade da federação, e proporcionar atendimento para toda a população através das regionais de saúde. Por sua vez, as regiões de saúde estruturam sistemas de atendimento baseadas em uma relação hierárquica de capacidade de atendimento, em que procedimentos (consultas, exames ou cirurgias) são organizados em níveis de complexidade tecnológica diferente: atenção de baixa, média ou alta complexidade (BAPTISTA, 2007; MATTA, 2007; VIANA, 2013).

A lógica das regionais é que todas atendam ao princípio doutrinário da Integralidade. Para Mello e Viana (2012), a integralidade requer a regionalização para que possa ser implementada. Dessa forma, um conjunto de municípios ao integrarem a uma regional de saúde devem ter acesso a um conjunto de serviços de saúde e, conforme maior a complexidade requerida, a população é encaminhada para o município que concentra maior capacidade tecnológica e de recursos humanos para a realização de consultas, exames ou cirurgias. Há, nesse processo, níveis hierárquicos entre as cidades. Tem dois efeitos positivos: garante racionalidade no uso dos recursos e garante o amplo acesso aos sistemas mais complexos de atendimento hospitalar, principalmente para aquela parte da população distante dos grandes centros urbanos, lugares que concentram maior capacidade tecnológica para procedimentos de alta complexidade (BAPTISTA, 2007; MATTA, 2007; VIANA, 2013).

Sob ponto de vista da organização do sistema e dos serviços através da oferta de saúde, a noção de integralidade é almejada através da busca de que toda regional de saúde consiga o fornecimento de toda a média complexidade hospitalar e ambulatorial, através de um sistema de referência e contrarreferência capaz de encaminhar os pacientes para centros especializados em casos de não oferta de serviço em uma determinada regional de saúde. Desse modo, o sistema com sua rede regionalizada e hierarquizada atinge os preceitos da integralidade.

Entretanto, essa não é a única ideia de integralidade em saúde. Mattos (2006) discute três noções: a) integralidade enquanto prática dos profissionais de saúde; b) integralidade enquanto políticas especiais que respondem a problemas de saúde específicos; c) integralidade enquanto organização dos serviços de saúde. Essa última é a definição que será abordada nesse trabalho, e reflete os esforços brasileiros em organizar a oferta dos serviços de saúde no âmbito do SUS, dentro da perspectiva das regionais de saúde, aproximando os serviços de saúde pública com os serviços assistenciais. Embora este trabalho foque-se na integralidade enquanto organização dos serviços de saúde, faz-se necessários discutir rapidamente as outras duas.



OBSERVADR





II SLAEDR SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

A integralidade enquanto prática dos profissionais de saúde está ligada ao movimento de medicina integral, que enxergava nas boas práticas médicas uma nova concepção para os serviços de saúde, em que os pacientes eram vistos além de seu sistema biológico, causador de sua enfermidade. Os aspectos sociais, psicológicos e todo o entorno do paciente (seu contexto) deveria ser considerado tanto pelo médico quanto pelas equipes de saúde, no âmbito dos serviços prestados (MATTOS, 2006; PAIM, SILVA, 2010; MELLO, VIANA, 2012).

A última abordagem sobre a integralidadeⁱⁱ, enquanto políticas especiais que respondem a problemas de saúde específicos, representa, na acepção de Mattos (2006, p. 63): a “(...) recusa, por parte dos que se engajam na formulação de uma política, em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem.”

Para melhor entender essa abordagem, há um exemplo trazido por Mattos (2006), que se trata da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Embora as mulheres sejam atendidas com ações específicas no âmbito do SUS, principalmente no que se refere a questões materno-infantil, elas não eram atendidas sob o prisma de seus “contextos culturais e as diversas formas de dominação que conferiam especificidades ao adoecimento das mulheres” (Mattos, 2006, p. 62). A saúde da mulher, nessa ótica, deveria ser analisada além das questões biológicas, incluindo questões ligadas à perspectiva de gênero.

Por fim, após abordado rapidamente as ideias sobre a integralidade na saúde, Mello e Viana (2012), que debatem esses conceitos, traz que o conceito de regionalização da saúde está relacionado ao desenvolvimento regional, pela via da cultura do planejamento em saúde. Reforçando a perspectiva desse trabalho de fazer uma aproximação do tema das teorias de desenvolvimento regional e a integralidade na saúde.

CONCEPÇÕES DE REGIÕES E SUAS FUNCIONALIDADES

As teorias desenvolvidas para entender e explicar as diferentes formas de organizações espaciais começaram a considerar as relações espaciais como possíveis de serem observadas apenas por intermédio das relações entre espaços vizinhos, numa espécie de autocorrelação espacial. Aos critérios utilizados para definição de regiões naturais ou geográficas, foram adicionadas novas condições, observando interrelações e conexões entre diferentes espaços, que passam a organizar novos recortes regionais (BEZZI, 2004).

Alguns autores introduzem a noção de sistemasⁱⁱⁱ na geografia e vão aproximá-la da noção de região, observando que sistemas regionais necessitam constantemente de trocas, relações comerciais com outras regiões e lugares, ocorrendo fluxos de mercadorias, mão-de-obra e informações. Movimentos de atração (centrípetos) e movimentos de expulsão (centrífugos) criam estruturas espaciais diferentes. (BEZZI, 2004).

As relações que ocorrem dentro do próprio sistema regional (intra) e desse com seu exterior, geram as características de cada região. Assim, a região tem uma determinada estrutura a partir de uma certa ‘propriedade’ do lugar. Essa ‘propriedade’ vai depender de estruturas locais geradas a partir



OBSERVADR





II SLAEDR SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

da interação do Estado e suas várias formas de regulação (que afetam a estrutura econômica, demográfica e social). Cada regulação dessas, por exemplo, forma um conjunto de fluxos (conexões) e a interação entre essas conexões forma a estrutura da região. São as chamadas relações verticais dentro da mesma região. Já as relações externas do sistema regional, isto é, os fluxos externos à região, dão origem as relações horizontais (conectividade espacial com outros espaços vizinhos) (DUMOLARD, 1982 *apud* BEZZI, 2004).

Essas relações verticais dão origem aos fluxos (mercadorias, pessoas, dinheiro) que quando concentradas em um espaço dentro de uma região dá origem a um nó, criando uma região nodal, dada pela polarização (concentração) desses fluxos. Cada região nodal (polarizada), caracterizada pelos constantes fluxos presentes nela, representam algum tipo de funcionalidade,: produtora de matérias primas para outros centros, fornecedora de máquinas e equipamentos, especializada em serviços educacionais e de saúde, ou apenas centros de consumo de bens finais (VALENTÍ, 1983 *apud* BEZZI, 2004).

Foi nesse contexto que surgiram as perspectivas teóricas contidas na teoria dos lugares centrais (TLC) e a na teoria dos polos de crescimento (TPC), que deram origem as ideias de como se formam as hierarquias urbanas e como podem ser classificadas as regiões. Para Gomes (2000) e Bezzi (2004), a discussão sobre um sistema regional e sobre as funcionalidades dentro desse sistema – sempre influenciadas pelas relações capitalistas – propiciou o surgimento de teorias econômicas para explicar essas funcionalidades.

Entretanto, não são as únicas, há as contribuições teóricas da Nova Geografia Econômica e da teoria da base de exportação, conforme se encontra em Breitbach (1988), Brandão (2012) e Mulligan, Partridge e Carruthers (2012). Porém, nossa pretensão é abordar a TLC e a TPC e sua influência na estruturação da hierarquização dos serviços de saúde no Brasil, permitindo organizar os serviços de saúde em redes hierarquizadas, regionalizadas, atendendo à premissa de integralidade.

A Teoria dos Lugares Centrais (TLC)

A Teoria dos Lugares Centrais (TLC) surgiu como uma teoria de organização espacial, através de Walter Chistaller (1883-1969), inspirada no modelo de localização das atividades agropecuárias de von Thünen (1783-1850), na teoria de localizações das indústrias de Alfred Weber (1868-1958) e na relação espacial da teoria econômica de Oskar Engländer (1924). August Lösch (1906-1945) aproximou a teoria da localização com a base do equilíbrio econômico espacial e Walter Isard (1919-2010) ampliou a perspectiva de análise para além das aglomerações, abordando a organização e estruturação dos espaços, as interações espaciais e as diferenças regionais que vão surgir através desses processos, compreendendo também a relação entre os contextos políticos e os tipos de atividades e onde estas se localizam. Edgar Hoover (1948) e Clark (1985) discutiram a teoria da localização voltada ao setor de serviços, ampliando a perspectiva do demais autores, que focaram nos setores agroindustrial e industrial (BREITBACH, 1988; DUARTE, CONTEL, BALBIM (2013); PEDROSA; 2017; SOUTO *et al.*, 2017).



OBSERVADR





II SLAEDR SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

Para Gama (1983), a teoria proposta por Chistaller (1966) explicava as formas de povoamento, como ele se dá e porque ocorre. Chistaller (1966) formulou algumas proposições inspirado na teoria marginalista e usando conceitos de economia espacial, para abordar questões como tamanho, função e distribuição espacial da ocupação populacional a um dado espaço.

Chistaller fornece maior contribuição para a ideia de região, pois com ele a centralidade ganha destaque não apenas por ser centro de uma localidade, mas por suas funções enquanto centro, isto é, pelas atividades típicas dessa centralidade – comércio e serviços – e as atividades típicas do entorno dessa centralidade – produção agrícola e/ou industriais. A esse entorno atribuiu o nome de “região complementar” (Breitbach, 1988, p. 30). A cidade é o centro em que se obtém bens e serviços de que toda a população de uma dada região necessita, enquanto seu entorno fornece alimentos e matérias-primas, por exemplo.

Uma cidade, enquanto um lugar central, teria a ofertar um conjunto de bens e serviços para suas regiões complementares. Porém, cada cidade tem diferentes tipos de bens e serviços para ofertar. A depender do grau de importância desses bens e serviços, Chistaller atribuiu graus distintos para cada lugar central. Bens e serviços de “ordem mais alta” (denominados de bem central) ao serem produzidos por um lugar central, tem a atribuição de grau de “ordem mais alta”, o mesmo ocorrendo quando se produz bens e serviços de “ordem mais baixa”, atribuindo grau de “ordem mais baixa” a esse outro lugar central. Os lugares centrais de ordem mais alta exercem influência sobre regiões maiores e desempenham maior número de funções centrais, exercendo maior centralidade, por exemplo, do que os lugares centrais de ordem mais baixa (GAMA, 1983, p. 49).

Essa atribuição de diferentes graus dão uma espécie de ordem aos lugares centrais, e os lugares centrais de ordem superior (ordem mais alta, com maior abrangência) são circundados por mercados maiores. Lugares centrais de ordem inferior (ordem mais baixa, com menor abrangência), por mercados menores. Essa diferença entre as ordens dos lugares centrais deu origem a uma hierarquia de lugares centrais, ocorrendo relações e fluxos entre esses lugares, supondo que suas respectivas áreas são sobrepostas. Assim, um lugar central de ordem maior pode dominar alguns outros lugares centrais de ordem inferior, dando origem ao sistema de lugares centrais de Chistaller (GAMA, 1983; BREITBACH, 1988).

O modelo de hierarquia chistalleriano compreende um conjunto de hierarquias, como a urbana, a comercial e a de bens e serviços que fornecem a cada cidade um conjunto diferente de funções, relegando às cidades maiores tipos de serviços mais sofisticados e às cidades menores serviços mais simples. Considera a racionalidade econômica dos consumidores, a distância destes ao centro em que se encontra os bens e serviços e os custos dessa distância - não apenas em quilômetros, mas em custo de acesso, como dificuldade de tráfego, por exemplo. Há outros fatores importantes, como: fatores histórico-sociais, as heranças históricas e a separação administrativa em distritos que são determinantes para o alcance de mercado de cada lugar central (BREITBACH, 1988; ALVES, 2016).

August Lösch, ao continuar desenvolvendo a teoria do lugar central de Chistaller, propôs um modelo de equilíbrio geral através das interrelações de todas as localidades desses lugares centrais.



OBSERVADR





II SLAEDR SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

De acordo com Breitbach (1988, p. 32): “(...) Lösch parte da visão individual do problema da localização tanto do ponto de vista do produtor como do consumidor (...)”. Considera que os consumidores têm preferências homogêneas, sendo também homogêneas a distribuição da população, das matérias-primas e das condições e custos de transporte. A área de abrangência de consumo da população dos produtos de uma firma se atribui o nome de área de mercado. Para essa área de mercado que Lösch propôs como se determinar seus limites, isto é, a área de alcance dos produtos de cada firma.

Lösch observa que através desse mecanismo teórico de localização das atividades produtivas há uma superposição de mercados de diferentes produtos, em que seus centros de produção estão interligados entre si por meio da rede de transporte. Essa interligação cria uma rede de áreas de mercado. Essas áreas de mercado em rede tendem a se aglomerar, criando uma superposição de diversas redes de áreas de mercado, que dão origem a uma valorização dessas aglomerações. Dessa forma, tem-se uma aproximação para com a ideia de lugares centrais de Chistaller, segundo Breitbach (1988, p. 34).

Essa hierarquia de funções e atividades de um lugar central e de sua região de abrangência em Chistaller, assim como a noção de áreas de mercado de Lösch, formam uma base teórica sobre os recortes de regiões.

A Teoria dos Polos de Crescimento (TPC)

A perspectiva da teoria dos polos de crescimento, destacando-se François Perroux (1903-1987) e Boudeville (1919-1975) como seus principais proponentes, traz outras perspectivas sobre a noção de região. O primeiro autor foca-se na apreciação do papel do espaço para a análise econômica, definindo o espaço como homogêneo, de planejamento ou polarizado. O segundo propõe, a partir das noções de espaço apresentado nos estudos de François Perroux, três tipos de regiões: homogêneas, polarizadas e região-piloto. A região passa a ser elemento da estratégia do desenvolvimento, sob o ponto de vista econômico (FERRERA DE LIMA, 2003; ALVES, 2016; SOUTO *et al.*, 2017).

O primeiro avanço de Perroux foi o de construir novas concepções sobre o espaço, reagindo contra as abordagens anteriores, sustentando que há várias relações que definem espaços diferentes. Para Perroux (1955)^{iv}:

(...) o espaço é o conjunto de diferentes relações que definem um objeto. Já que podem existir muitos sistemas de relações definindo um objeto, para qualquer objeto existem diferentes espaços topológicos. Para todo objeto existem muitos conjuntos de relações diferentes, muitos conjuntos de espaços diferentes. (Perroux, 1955 *apud* LASUEN, 1974, p. 115).

Dessa forma, se reage contra uma única visão sobre o espaço, o espaço geonômico – espaços geográficos banais ou ‘vulgares’, constituídos por conjuntos de áreas geográficas, em que se tem um par de coordenadas geográficas (cartesianas) que indicam as relações sociais, econômicas e institucionais dentro de um mesmo espaço. Perroux propõe a existência de um tipo específico de espaço, o espaço econômico, e propõe uma tipologia para ele^v: um espaço econômico enquanto



OBSERVADR





II SLAEDR SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

conteúdo de um plano; outro espaço econômico enquanto um conjunto homogêneo e o último, como um campo de forças (BREITBACH,1988).

O espaço enquanto conteúdo de um plano é, na verdade, formado pelas relações comerciais estabelecidas pelas empresas e seus fornecedores. A empresa em si (seu prédio, suas máquinas e equipamentos, sua mão-de-obra) mantém relações de fluxo com outras empresas, que não necessariamente estão presentes no mesmo espaço, ou sequer estão localizadas em espaços contíguos. Logo, a primeira noção de Perroux sobre espaço é estendida para além da área geográfica de uma empresa e voltada para “o complexo de indústrias” (HANSEN, 1974; PERROUX, 1974; BREITBACH,1988).

O espaço enquanto conjunto homogêneo é o espaço compartilhado pelas mesmas características físicas, econômicas, sociais e institucionais, correspondendo a um espaço contínuo com características semelhantes. Características edafoclimáticas, por exemplo, possibilita a existência em um mesmo espaço, de uma mesma produção vegetal ou animal. Atrai empresas com as mesmas características de produção, com perfis semelhantes de mão-de-obra empregada. Ao mesmo tempo, a um dado território nacional (ou mesmo estadual), tem-se todo um espaço regulamentado por normas jurídicas que definem suas institucionalidades (HANSEN, 1974; FERRERA DE LIMA, 2003).

Porém, uma empresa, mesmo localizada fisicamente num espaço com coordenadas cartográficas, pode exercer influência sobre outras em outro espaço cartográfico. Há, nesse sentido, uma zona de influência econômica de uma empresa a outras e estas não precisam estar economicamente conectadas no mesmo espaço. Essa influência exercida por uma empresa, pode ser pensada sobre a influência de um conjunto de empresas, ao qual Perroux denomina de Indústria ou complexo industrial. Nesse mesmo sentido, a aglomeração dessas empresas em polos industriais exerce influência (ou poder) sobre outras. Essa zona de influência é uma espécie de “campo de força” das relações dessas empresas com outras (estando ou não no mesmo espaço contíguo). Essa é a ideia do espaço como um campo de força (HANSEN, 1974; FERRERA DE LIMA, 2003).

Cada aglomeração consiste em “polos” ou centros dos quais emanam forças com poder de atração ou repulsão e cada centro tem seu próprio campo de força e está interligado no campo de força de outros centros. Dessa forma, o espaço econômico, como campo de forças, conduz à noção de polo, que se torna um vetor de forças econômicas (LASUEN, 1974).

Porém, cada polo ao exercer influência dentro de seu campo de força, exerce também uma espécie de domínio. Essa ideia de dominação é central para Perroux, significa uma interdependência, mas contém uma noção de hierarquia nas relações estabelecidas entre cada componente dentro desses polos e entre cada polo. (HANSEN, 1974; LASUEN, 1974).

A ideia de um espaço enquanto campo de força traz o conceito de espaço polarizado (pois é constituído por polos) e este espaço exerce diferentes forças sobre seu entorno. Essas diferentes forças sobre seu entorno nada mais é que um conjunto de interações funcionais entre cada polo e seu entorno, com um conjunto de atividades principais dominando as demais atividades, numa



OBSERVADR





II SLAEDR SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

relação hierárquica^{vi}. Tem-se então uma classificação de centros urbanos hierarquizados de acordo com as funções que desempenham dentro desse espaço polarizado mantém trocas de bens e serviços com o polo que exerce dominação do que com seus vizinhos (HANSEN, 1974; LASUEN, 1974; BREITBACH, 1988).

Com a premissa de que “(...) o crescimento não surge em toda a parte ao mesmo tempo; manifesta-se com intensidades variáveis, em pontos ou pólos de crescimento [...]” (Perroux, 1974, p.100), se tem a busca por uma explicação para a mudança estrutural de uma economia nacional. Porém, o foco de Perroux não se dará em qualquer tipo de indústria, mas sim no que ele considera como uma “Indústria Motriz”^{vii}, que são indústrias que se desenvolvem mais cedo do que as demais, apresentam taxas de crescimento mais elevados do que a média do Produto Nacional e do que a média da Produção Industrial Nacional.

A ação motriz via economias externas, para Perroux, mostra como acontece a expansão e o crescimento de grandes conjuntos de empresas. Dessa forma, uma indústria cujo crescimento influencia o crescimento de outra ou várias outras indústrias, dá-se o nome de “motriz”. A área de influência dessa indústria motriz (e do polo de crescimento) se transforma em uma região motriz. A atuação da indústria motriz transforma seu meio geográfico imediato (PERROUX, 1974).

A região motriz exerce o mesmo efeito sobre as demais regiões que a indústria motriz exerce sobre as demais indústrias, com os mesmos efeitos de atração e repulsão, propiciando características heterogêneas para cada região, sendo elas as responsáveis pelo crescimento de cada região. É nessa perspectiva, na visão de Breitbach (1988), que Perroux chega a elaborar algumas considerações sobre região, sendo ela uma área de influência de um polo de crescimento. E um polo de crescimento é entendido enquanto um conjunto de atividades com suas respectivas relações funcionais - fluxos e subordinações.

Ainda segundo a concepção de Breitbach (1988), Perroux não avançou mais sobre uma conceituação sobre região, mas outros autores avançaram um pouco mais. Boudeville (1973) extrai das noções de espaço e de região motriz de Perroux, uma tipologia de regiões. Basicamente essa tipologia era: a) região homogênea, baseada na ideia de espaço homogêneo; b) região polarizada, ancorada na perspectiva do espaço enquanto campo de forças (polarizado) e c) região plano, na concepção de espaço enquanto conteúdo de um plano.

Boudeville (1973, p.12) apresenta essa tipologia como resultado de um entendimento entre alguns autores^{viii}. Assim, a noção de região pode ser analisada em termos de região homogênea, região polarizada e de região-piloto. A região homogênea corresponde a um espaço contínuo com características semelhantes em cada parte que constitui esse espaço. Essa homogeneidade pode ser de qualquer variável selecionada para constituir essa região.

Na região polarizada (funcional) há a hierarquização das cidades de acordo com as funções desempenhada por cada uma destas, com as menores fornecendo produtos e serviços locais e os centros locais (polos) fornecem bens e serviços a seu espaço polarizado. Outra característica



OBSERVADR





II SLAEDR SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

comum para uma região polarizada é que os centros locais, que são as cidades polos (maiores cidades) são ao mesmo tempo, centro administrativo e centro polarizado (BOUDEVILLE, 1973). Boudeville (1973, p. 16) ainda destaca que, apesar das noções de região homogênea e polarizada serem bem representativas, elas não esgotam a noção econômica de região, pois deixam de lado “(...) o aspecto mais moderno da ciência contemporânea: a decisão. (...)”.

Nessa última asserção de Boudeville (1973), tem-se a noção de região-piloto (ou região-programa). Essa região não surge da realidade, dos fatos em si, pois sua construção não serve para compreender alguma realidade regional espacial ou interpretar fenômenos econômicos com incidência espacial, mas apenas tem como propósito operacionalizar uma decisão administrativa sobre um determinado projeto ou política.

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA ATINGIR A INTEGRALIDADE

A regionalização aparece no desenho institucional^{ix} construído para dar suporte ao Sistema Único de Saúde e como meio para promover o processo de descentralização. Pretende dar ênfase à descentralização dos serviços de saúde em direção aos municípios, mas com viés de organizá-las em regiões geográficas, de modo a estabelecer a hierarquia de serviços conforme seu grau de complexidade. A formação dessas regiões foi induzida pela esfera federal.

Os mecanismos de indução e regulação utilizados, inicialmente, se concentraram no financiamento do sistema de saúde no nível federal, o qual estabeleceu relação direta com o ente municípios, através das Normas Operacionais Básicas (NOBs), na década de 1990. Em vista ao desafio de promover a integralidade, as NOBs foram substituídas pelas normas operacionais de assistência à saúde (NOAS) em 2001 e 2002.

A NOAS 01/2001 e sua reedição como NOAS 01/2002 foca na regionalização e na hierarquização da rede de saúde, abordando a organização de serviços de média e alta complexidade, atribuindo critérios para a existência de cada um. Também estabelece que, a partir de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), cada Secretaria Estadual de Saúde deve ordenar o processo de regionalização da assistência à saúde. O PDR deve estruturar a oferta dos serviços de saúde para todos os níveis de atenção: baixa, média e alta complexidade. Ao estruturar a distribuição da oferta de serviços de saúde deve ter como objetivo a que toda a população tenha acesso a todos níveis de complexidade de serviços, mesmo os municípios que não tenham essa capacidade instalada (SERRA, RODRIGUES, 2007; SANTOS, 2017).

Para tanto, foram organizados agrupamentos de municípios para que quando um município de menor porte precise acessar os serviços de maior complexidade tecnológica - que exigem escala -, seus habitantes possam acessar em um município próximo, de maior porte. Dessa forma, se constitui um módulo assistencial. A conjugação de mais de um módulo assistencial forma uma microrregião. As microrregiões formam as macrorregionais e a junção delas constitui a rede de serviços de todo o estado (SERRA, RODRIGUES, 2007).



OBSERVADR





II SLAEDR SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

A divisão dos Estados em módulos assistenciais, microrregiões, regiões de saúde e macrorregiões depende da organização de cada secretaria de saúde estadual. Bom salientar que, as regionais de saúde foram construídas baseadas nas divisões territoriais existentes no Brasil, a partir das ações e estudos empreendidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As microrregiões foram definidas no estudo denominado de Divisão do Brasil em Mesorregiões e Microrregiões Geográficas. Esse estudo apresentou as divisões regionais dentro dos Estados (CONTEL, 2014).

Ao analisar a pesquisa Regiões de Influência das Cidades (2007), observa-se que há uma correlação entre as regiões centrais que exercem maior influência (considerando fluxos comerciais, de saúde, de transporte etc.) e os municípios sede das regionais de saúde. Isso demonstra que as regionais de saúde foram construídas seguindo a lógica da formação da rede urbana brasileira. E, os estudos para determinação das regiões de influência de cidades, foram influenciados teoricamente pelas noções de centralidade – teoria dos lugares centrais; a definição de regiões sofre influência de todo um conjunto de teorias, inclusive de Perroux e Boudeville, além de que, a própria definição das regiões de saúde foram definidas para atender a uma política de saúde que se propôs a ser regionalizada, criando-se regiões do tipo programa – perspectiva do Boudeville.

Destaca-se que, embora essas teorias exerceram influência sobre a organização dos serviços de saúde, especialmente porque são os fatores explicativos abordados por Perroux que levam a várias formações de cidades polos, a tradição de regionalização do IBGE recebe outras influências, como Michel Rochefort, com sua análise sobre redes e sistemas de cidades (CONTEL, 2014).

CONCLUSÃO

A constituição de regiões de saúde é a peça-chave para integrar as ações do sistema de saúde brasileiro. A regionalização foi uma estratégia organizacional para direcionar as ações de saúde buscando a integralidade e a universalidade dos serviços de saúde para a população.

As regiões de saúde estruturaram sistemas de atendimento baseadas em uma relação hierárquica de capacidade de atendimento, em que procedimentos foram organizados em níveis de complexidade tecnológica diferente, e cada nível de capacidade tecnológica localizado em centros maiores – isto é, que exerciam maior centralidade (ou influência) sobre demais municípios.

Essa noção de hierarquia é claramente inspirada nas teorias dos lugares centrais. A outra estratégia, a da criação de regiões de saúde através da estratégia de descentralização dos serviços de saúde, e a busca do fornecimento do atendimento de todas as complexidades médicas para a maior parte da população, reflete uma visão de planejamento público oriundos da escola de pensamento de desenvolvimento regional inspirada pelo teoria dos polos de crescimento.

Demonstra-se que o conceito de regionalização da saúde está relacionado ao desenvolvimento regional, uma parte pela via da cultura do planejamento em saúde, principalmente nas concepções de criar regiões do tipo “regiões-programas”, inspirada em Boudeville; em parte porque ao



OBSERVADR





II SLAEDR SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

estabelecerem as divisões das regiões de saúde, as unidades federativas brasileiras optaram por manter a lógica da hierarquia dos centros urbanos brasileiros, em que as cidades polos são as que exercem a centralidade sobre a região de saúde, ao mesmo tempo em que devido ao processo histórico do desenvolvimento das cidades brasileiras, concentram tantos os serviços públicos (autarquias e poder judiciário, por exemplo) quanto os serviços de educação e de saúde.

Essas questões apontadas reforçam que, ao adotar a estratégia de regionalização da saúde enquanto caminho operacional para atingir a integralidade – representada pela rede hierarquizada de serviços de saúde – houve inspiração e aproximação com as teorias de desenvolvimento regional e a noção de integralidade prevista como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. L. Direito à saúde: **Efetividade e proibição do retrocesso social**. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2013.

ALVES, L. R. Região, Urbanização e Polarização. In: PIACENTI, C. A.; FERRERA DE LIMA, J.; EBERHARDT, P. H. C. (org.). **Economia e desenvolvimento regional**. Foz do Iguaçu: Editora Parque Itaipu, 2016.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BEZZI, M. L. **Uma (re)visão historiográfica: da gênese aos novos paradigmas**. Santa Maria: Editora da UFSM, 2004.

BRANDÃO, C. A. **Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global**. 2. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2012.

BREITBACH, A. **Estudo sobre o conceito de região**. Porto Alegre: FEE, 1988.

BOUDEVILLE, J. **Os espaços econômicos**. São Paulo: Editora Difusão, 1973.

CONTEL, F. B. As divisões regionais do IBGE no século XX (1942, 1970 e 1990). Terra Brasilis (Nova Série). **Revista da Rede Brasileira de História da Geografia e Geografia Histórica**. n. 3, 2014.

CHRISTALLER, W. **Central place in southern germany**. Nova Iorque: Prentice-Hall, 1966.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.



OBSERVADR





II SLAEDR SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

DUARTE, L. S.; CONTEL, F. B.; BALBIM, R. Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências. In: BOUERI, R.; COSTA, M. A. **Brasil em desenvolvimento: estado, planejamento e políticas públicas**. Rio de Janeiro, IPEA: 2013.

FERRERA DE LIMA, J. A concepção do espaço polarizado. **Interações - Revista Internacional de Desenvolvimento Local**. v. 4, n. 7, p. 7-14, set. 2003.

GAMA, A. Uma ruptura epistemológica na Geografia: a Teoria dos Lugares Centrais. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. 12. p. 41-59, 1983. Disponível em: <https://eg.uc.pt/handle/10316/11670>. Acesso em: 27 jan. 2020.

HANSEN, N. M. Teorias dos polos de desenvolvimento em um contexto regional. In: FAISSOL, E. **Urbanização e regionalização, relações com o desenvolvimento econômico**. Rio de Janeiro, IBGE, 1974.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Regiões de Influência das Cidades**. Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LASUEN, J. R. A respeito de polos de crescimento. In: FAISSOL, E. **Urbanização e regionalização, relações com o desenvolvimento econômico**. Rio de Janeiro, IBGE, 1974.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MEDICI, A. C. Judicialização, integralidade e financiamento da saúde. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 15, edição 2, p.81-87, 2010.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. A. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1219-1239, out./dez. 2012.

MULLIGAN, G. F.; PARTRIDGE, M. D.; CARRUTHERS, J. I. Central Place theory and its reemergence in regional science. **The Annals of Regional Science**, v. 48, p. 405–431, 2012.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde** (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, p.109-114, ago. 2010.



OBSERVADR





II SLAEDR SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL

VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

PEDROSA, B. V. A recepção da teoria dos polos de crescimento no Brasil. **Terra Brasilis**. Nova Série, 9, 2017.

PERROUX, F. O conceito de polo de desenvolvimento. In: FAISSOL, E. **Urbanização e regionalização, relações com o desenvolvimento econômico**. Rio de Janeiro, IBGE, 1974.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, 2017.

SANTOS, M. **Economia espacial: críticas e alternativas**. 2. ed. São Paulo: Edusp, 2003.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. O Financiamento da Saúde no Brasil. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SOUTO, R. L. S. *et al.* Cidade, região, hierarquia de cidades e redes urbanas: uma proposta de revisão teórica. **Revista de Desenvolvimento Econômico – RDE**, Salvador, ano XIX, v. 2, n. 37, p. 57-81, ago. 2017

VIANA, A.L.D. **Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

ⁱ Descentralização, Integralidade e participação da comunidade aparecem tanto como diretrizes no texto Constitucional como aparecem como princípios na Lei Orgânica da Saúde, o que leva a uma confusão de significados para princípios e diretrizes, que são conceitos diferentes, para Matta (2007).

ⁱⁱ Medici (2010) faz referência a integralidade “partida” e “turbinaada”, entretanto essas considerações são mais resultantes de reflexões sobre dilemas e desafios da política de saúde brasileira do que conceitos ou constructos teóricos historicamente construídos. Ressalta-se a validade das reflexões apresentadas, considerando o contexto da desigualdade financeira entre os entes federativos, entre as unidades federativas e entre os municípios, além da problemática da judicialização da saúde, que impacta nos orçamentos e programações financeiras dos governos, afetando a política de saúde.

ⁱⁱⁱ Hall e Fagen (1956, *apud* Santos 2003, p. 168): “Um sistema pode ser definido como um complexo de elementos em interação, juntamente com os seus atributos próprios e com as suas relações. Uma das tarefas essenciais quando conceituamos o fenômeno como um sistema será, então, a identificação dos seus elementos de base, que agem um sobre os outros, seus atributos e suas relações. Em qualquer que seja o sistema, seu contexto é formado pelo conjunto de todos os objetos cujos atributos mudam com o comportamento do sistema. O que interessa conhecer é o universo de fenômeno formado pelo próprio sistema e mais o contexto em que se insere”.

^{iv} Perroux, F. "Note sur la notion de Pôle de Croissance", em *Economie Appliquée*, janeiro-junho 1955.

^v Lasuen (1974, p. 116) traz os três da seguinte forma: 1) espaço como a área de planejamento das unidades de decisão; 2) espaço como campo de forças atuando sobre as unidades de decisão; 3) espaço como campo de objetos homogêneos. O foco de Perroux é abordar as relações econômicas estabelecidas entre elementos econômicos, e sua análise é sobre os fluxos de relações de uma firma e de um conjunto de firmas no espaço, sendo este não necessariamente contíguo.

^{vi} Ressalta-se aqui uma proximidade lógica dessa hierarquia dos polos de Perroux com a hierarquia dos lugares centrais, embora o objeto de análise seja distinto (para a teoria dos lugares centrais, era a organização espacial em si, para a teoria dos polos de crescimento, é a identificação das razões de crescimento ser diferente para cada lugar).

^{vii} Perroux utiliza “indústria” para falar de um conjunto de empresas relacionadas tecnicamente. Diferencia de “empresa”, para falar de uma unidade industrial individual (Perroux, 1974).

^{viii} Walter Isard (1961), na Conferência Europeia de Bellagio, (OCDE. *Planificação econômica regional*, 1961); John Meyer (1963), em: MEYER, J. *Regional Economics: A Survey*. *American Economic Review*, março, 1963.;



OBSERVADR





II SLAEDR

SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL
VI SIDER SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
III SIDETEG SEMINÁRIO DA REDE IBERO-AMERICANA DE ESTUDOS SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E GOVERNANÇA
04 A 06 DE NOVEMBRO DE 2020

FRIEDMAN E ALONSO, *Regional Development and Planning*, M.I.T. Press, 1964.

^{ix} O tema da regionalização aparece nas seguintes legislações: NOB-SUS 01/1993 – Item g da Introdução – Portaria GM/MS nº 545/1993; Na NOB-SUS 01/1996 – Item 4 – Portaria GM/MS n. 2203/1996; NOAS-SUS 01/2001 e NOAS-SUS 01/2002; no Pacto pela Saúde – Item 2, Diretrizes para a Gestão do SUS, Pacto de Gestão, Portaria GM/MS n. 399/2006; e por fim, no Decreto federal n. 7.508/2011 (BRASIL, 2003; SANTOS, CAMPOS, 2015; REIS *et al.*, 2017).



OBSERVADR

