



**Textos para Discussão**

# DINÂMICA DEMOGRÁFICA E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA POPULAÇÃO

O Acesso aos Serviços de Saúde



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz

## GOVERNO FEDERAL

Presidente da República  
*Dilma Rousseff*

Ministro da Saúde  
*Arthur Chioro*

Secretaria-Executiva  
*Ana Paula Menezes Sóter*

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz  
*Paulo Gadelha*

Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS  
*Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira*

## SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral  
*Paulo Gadelha*

Coordenação Executiva  
*José Carvalho de Noronha*

Coordenação Editorial  
*Telma Ruth Pereira*

Apoio técnico  
*Renata Macedo Pereira*

Normalização bibliográfica  
*Marcia Carnaval Valporto de Almeida*

Projeto gráfico, capa e diagramação  
*Robson Lima — Obra Completa Comunicação*

## TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com apoio financeiro do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

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

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

O48s Oliveira, Antônio Tadeu Ribeiro de.

Sumário dinâmica demográfica e distribuição espacial da população: o acesso aos serviços de saúde / Antônio Tadeu Ribeiro de Oliveira, Maria Monica Vieira Caetano O'Neill. – Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

14 p.

Bibliografia: p. 14. – (Textos para discussão ; n. 1)

1. Cenário demográfico de saúde brasileiro. 2. Indicadores demográficos de saúde - Brasil. 3. Transição demográfica - Brasil. 4. Projeto Saúde Brasil 2030. 5. Projeto Saúde Amanhã. I. Oliveira, Antônio Tadeu Ribeiro de. II. O'Neill, Maria Monica Vieira Caetano. III. Fundação Oswaldo Cruz. IV. Título. V. Série.

CDU 613.9:314.1



Ministério da Saúde  
**FIUCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz



Textos para Discussão  
Nº 1

# DINÂMICA DEMOGRÁFICA E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA POPULAÇÃO

O Acesso aos Serviços de Saúde

Antônio Tadeu Ribeiro de Oliveira  
Maria Monica Vieira Caetano O'Neill

Rio de Janeiro, Fevereiro de 2015

## AUTORES

### **Antônio Tadeu Ribeiro de Oliveira**

Graduação em Estatística pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1989) e Doutorado em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (2008). Pós-doutorando no Departamento de Ecologia Humana e População da Universidade Complutense de Madri. Atualmente é pesquisador em Informações Geográficas e Estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

### **Maria Monica Vieira Caetano O'Neill**

Graduação em Geografia, doutora em Geografia pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGG/UFRJ). Pesquisadora do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

## SUMÁRIO

Introdução	7
Os Indicadores Demográficos e os Diferenciais Regionais	8
A Oferta e o Acesso aos Serviços de Saúde	11
Considerações Finais	13
Referências Bibliográficas	14



# DINÂMICA DEMOGRÁFICA E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA POPULAÇÃO:

## O Acesso aos Serviços de Saúde

### 1. INTRODUÇÃO

O Brasil vem experimentando transformações importantes em suas componentes demográficas: o processo veloz e continuado na redução dos níveis da fecundidade, que vem impactando na diminuição das taxas de natalidade; o envelhecimento populacional, reflexo da própria redução da fecundidade, do aumento relativo e absoluto da população idosa e da esperança de vida ao nascer (E0); e as mudanças na direção dos fluxos migratórios, que cada vez mais se destinam às cidades médias e com redução na participação relativa nas grandes metrópoles.

Essas transformações, combinadas ao comportamento da distribuição espacial da população, fruto dos novos arranjos locacionais das atividades econômicas pelo território nacional, vêm imprimindo nos últimos 20 anos uma nova dinâmica demográfica ao País, que deve ser mais bem compreendida, inclusive no que tange aos seus impactos na transição epidemiológica e no acesso aos equipamentos e serviços de saúde.

O comportamento dos movimentos migratórios internos ditará, na maioria dos casos, não só o ritmo de crescimento dos espaços sub-regionais e, conseqüentemente, dos respectivos municípios, como também a estrutura por sexo e idade dessas populações, sem esquecer os movimentos pendulares que impactarão a demanda por acesso ao mercado de trabalho e serviços, em especial, os de saúde.

Dessa forma, espera-se que uma política de saúde, com dimensões abrangentes do ponto de vista econômico, social, político e territorial, seja não só eficiente e duradoura, como também inclusiva, no sentido de assistir e incorporar os mais variados segmentos populacionais nas diferentes regiões do País. No caso da saúde, o planejamento sob a ótica territorial permite direcionar a localização de investimentos e serviços (públicos e privados), assim como possibilitar maior acesso da população aos serviços.

A análise preliminar, relacionada ao cenário demográfico, sua dinâmica e distribuição espacial, aliada ao exame dos fluxos de internações para procedimentos de alta e média complexidade preparados no contexto do projeto Saúde Brasil 2030, permitiu afirmar que a oferta dos serviços de atendimento à saúde estaria repetindo o padrão de assimetrias mais geral, deixando à margem do acesso à saúde parcela significativa da população. A saúde apresenta uma configuração espacial desigual, beneficiando, de forma diferenciada, grupos sociais e lugares.

A superação das distorções que ocorrem no âmbito da distribuição e acesso a serviços de saúde aflora como uma questão crucial que pressupõe a ação do Estado, através da identificação e classificação de um conjunto de polos urbanos e suas regiões imediatas de articulação urbana a serem incentivados e destinados a ampliar e conformar redes de atendimento à saúde.

## 2. OS INDICADORES DEMOGRÁFICOS E OS DIFERENCIAIS REGIONAIS

### 2.1. OS DIFERENCIAIS NOS NÍVEIS DA FECUNDIDADE

Para escalas espaciais mais agregadas, como são as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, tudo indica que o ritmo de crescimento demográfico e a consequente evolução populacional serão ditados, sobretudo, pelo comportamento do nível da fecundidade, com contribuição menor das componentes mortalidade e migração. Neste sentido, os diferenciais de fecundidade refletirão a velocidade com que cada uma das escalas espaciais analisadas evoluirá demograficamente.

A Região Norte, que historicamente sempre apresentou as maiores taxas de fecundidade total, permaneceu como a única Grande Região na qual o nível da fecundidade se encontrava acima do de reposição, registrando, em 2010, uma Taxa de Fecundidade Total (TFT) de 2,4 filhos por mulher; apenas Rondônia apresentava nível de fecundidade abaixo do de reposição (1,96). De acordo com as projeções, a TFT para as mulheres do Norte atingirá em 2030 a média de 1,64 filho.

No Nordeste, em que pese todas as assimetrias de desenvolvimento econômico e social, apenas duas UFs estavam, em 2010, com níveis de fecundidade acima do de reposição: Maranhão (2,47) e Alagoas (2,22). A TFT média da Região era de 2,02 filhos por mulher. Isto facilitou a convergência de todas as UFs para níveis abaixo da reposição, que seria alcançado por Alagoas (2,04), em 2013, e Maranhão (2,07), em 2017. O que chama a atenção para o caso do Nordeste é que a estimativa para a fecundidade média da Região (1,57 filho) é bem próxima às dos estados do Centro-Sul para o ano de 2030.

As Regiões Sudeste e Sul são as que apresentavam os menores níveis de fecundidade, sendo que todas as Unidades da Federação registravam taxas ao redor de 1,7 filho por mulher, já para o ano de 2010. As estimativas sinalizam que as TFTs para o ano de 2030 serão de 1,45, bem próximas às dos países europeus que experimentam as mais baixas fecundidades.

No Centro-Oeste, embora a média da taxa de fecundidade total (1,83) estivesse, em 2010, abaixo do nível de reposição, duas UFs – Mato Grosso do Sul e Mato Grosso – apresentavam comportamento mais próximo ao do Nordeste, com taxas ao redor de 2,1; já Goiás e o Distrito Federal se assemelhavam mais ao Sudeste, com TFTs em torno de 1,7 filho por mulher. Para o ano 2030, estima-se que nesta Região o nível da fecundidade atingirá valores entre 1,45 e 1,55 filho por mulher.

Em suma, ao se confirmarem os prognósticos implícitos na projeção oficial, as taxas de fecundidade total em todas as Unidades da Federação irão convergir para níveis semelhantes aos observados nos países desenvolvidos, que se encontram abaixo do patamar necessário para a reposição populacional. Enquanto no ano de 2010 as taxas por UF se distribuíam por três faixas de valores, observando-se que em 17 estados estavam acima ou próximas ao nível de reposição, para 2030 o cenário se alterará completamente, quando 9 estados do Centro-Sul apresentarão taxas abaixo de 1,5 filho por mulher e nos demais a TFT não ultrapassará o nível de 1,9. Em função disto, questões decorrentes da diminuição das taxas de natalidade tais como redução do volume da população em idade ativa e envelhecimento irão se generalizar em todo o território nacional num horizonte curto de tempo.

## 2.2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO

Os indicadores de razão de dependência total (RDT) e índice de envelhecimento (IE), que resultam diretamente da evolução das taxas de fecundidade, possibilitam perceber de forma mais nítida a diversidade e os diferenciais regionais na transição demográfica brasileira, corroborando a tese de que a dinâmica demográfica reflete o desenvolvimento econômico, social e cultural das respectivas sociedades.

No caso brasileiro, observa-se claramente que o Sudeste e o Sul se encontram num estágio mais avançado da transição demográfica, sendo esperado o aumento nas razões de dependência já nos anos 2010, enquanto o Norte e o Nordeste ainda têm um período de tempo mais longo a usufruir da chamada “janela de oportunidade” demográfica, uma vez que a razão de dependência seguirá diminuindo, em boa parte das Unidades da Federação, até o horizonte da projeção, em 2030. O Centro-Oeste atravessa um estágio intermediário, contudo mais próximo da realidade do Norte-Nordeste, dado que o índice de envelhecimento, apesar da trajetória ascendente, apresentará, na composição do indicador, uma maior participação do segmento jovem, ao passo que as razões de dependência reverterão a tendência de queda ainda na presente década, num modelo mais semelhante ao do Sudeste-Sul.

O comportamento esperado para os indicadores RDTs e IE sinalizam que o Brasil irá experimentar duas ou três transições demográficas simultâneas. Embora tenhamos que nos preparar para o cenário de envelhecimento populacional, os diferenciais regionais demandarão políticas públicas específicas para cada Região. Temos um quadro onde ainda é possível aproveitar o chamado “bônus demográfico”, com aumento continuado da oferta da força de trabalho, em função da tendência de crescimento da população em idade ativa. Essa janela ficará mais tempo aberta nos estados do Norte e Nordeste, justamente os que demandam políticas educacionais mais efetivas em infraestrutura e qualidade, onde o investimento pode gerar um melhor aproveitamento do bônus. No Centro-Sul os investimentos nessa área deveriam estar mais voltados para os aspectos da qualidade e não da estrutura física. Em contrapartida, os investimentos em saúde, proteção social e cuidados com a população idosa devem ser direcionados, em curto-médio prazo, para as Regiões Sudeste e Sul, ficando o Norte e Nordeste para um segundo momento. Já para o Centro-Oeste o ideal é que as políticas nessas áreas sejam combinadas, uma vez que a Região experimenta uma etapa da transição intermediária em relação às demais Regiões.

## 2.3. INDICADORES DE MORTALIDADE

Os indicadores de esperança de vida ao nascer e a taxa de mortalidade infantil (TMI) conseguem sintetizar, com certa propriedade, o estado geral da saúde da população. Ambos indicadores vêm apresentando significativa melhora nas últimas décadas, refletindo, sobretudo, a melhora nas condições de saúde e vida da população, expressas, entre outros, através dos seguintes fatores: maior capilaridade do Sistema Único de Saúde (SUS); expansão dos serviços de saneamento básico, apesar de ainda tímida; maior acesso aos sistemas previdenciário e de proteção social, em geral; aumento real do salário mínimo; e progressiva redução das desigualdades. Em relação à mortalidade infantil, além dos fatores mencionados, poderíamos agregar a ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF), o aumento das consultas pré-natal e do aleitamento materno, bem como das campanhas específicas voltadas para a redução dos óbitos infantis.

Embora venham diminuindo ao longo do tempo, os diferenciais regionais nesses indicadores ainda se fazem presentes, produto das assimetrias regionais no desenvolvimento econômico e social, como apresentado a seguir.

Quando fazemos a comparação da esperança de vida dos brasileiros com outros países observamos que, no ponto de partida, algumas poucas Unidades da Federação do Norte e do Nordeste encontravam-se ligeiramente abaixo da média mundial (70,1 anos), ao passo que as UFs do Sul, Sudeste e o Distrito Federal se acercavam de valores próximos à média dos países desenvolvidos (77,7 anos). Para 2030, espera-se que os estados do Sul, Espírito Santo, São Paulo e o Distrito Federal superem a média dos países desenvolvidos (80,4 anos) e que os demais estados apresentem valores acima do esperado para a média mundial (73,5 anos).

O Brasil assumiu como meta, no âmbito dos Objetivos do Milênio (ODM), que a taxa mortalidade infantil, no ano de 2015, seria de 15 óbitos infantis para cada mil nascidos vivos, meta que para a média do País foi atingida em 2013, como já mencionado. Contudo, muitas das Unidades da Federação ainda estão longe de alcançar esse valor, particularmente aquelas localizadas nas Regiões Norte e Nordeste.

Comparando-se o indicador com o observado no cenário internacional, embora abaixo da TMI média mundial (37,0‰), em 2010 o Brasil estava muito distante dos países desenvolvidos que registravam, em média, taxas na ordem de 6‰. Em 2010, a maior parte das UFs apresentava valores superiores a 20‰ (12 UFs) e entre 15 e 20‰ (7 UFs). Em 2030 nos afastaremos bastante da taxa média mundial (26,0‰) e nos aproximaremos um pouco mais das taxas a serem experimentadas pelos países desenvolvidos (4,0‰), especialmente os estados do Centro-Sul, onde se espera que o indicador seja da ordem de 6,5‰.

## 2.4. MOBILIDADE ESPACIAL DA POPULAÇÃO

Em relação aos movimentos internos, observa-se que a participação relativa das pessoas que se deslocam de um município a outro vem diminuindo desde os anos 1980, indicando uma menor mobilidade espacial da população. Na escala mais agregada, embora com fluxos menos volumosos, São Paulo continua atraindo um contingente expressivo de migrantes internos e a Região Nordeste permanece como principal espaço de expulsão de população. Apesar das cidades médias no interior e na periferia das metrópoles passarem a atrair um volume significativo da migração, ainda não superam em volume absoluto o número de migrantes que se dirigem aos grandes centros. Todavia, nas cidades médias, a componente migratória contribui com peso importante para o crescimento demográfico, sobretudo no dinamismo das cidades polos e seu entorno.

No que diz respeito às trocas internacionais, o Brasil, que entre os anos 1930 e 1970 era considerado país fechado à migração, nos anos 1980, com a crise econômica, passa a observar a saída expressiva de população para o exterior, sendo estimado que o saldo migratório naquela década fosse negativo em aproximadamente 1,5 milhão de pessoas (CARVALHO, 1996 e OLIVEIRA et al, 1996). Embora sem estimativas oficiais, imaginava-se que nos anos 1990 o quadro seguiu sendo de perda populacional nas trocas internacionais, fenômeno que viria a ser revertido no final da década de 2000, em função da crise econômica mundial, que afetou de forma dramática os países desenvolvidos, em especial aqueles que serviam como principal destino da emigração brasileira (EUA, Japão, Espanha, Portugal, Itália). Os dados do Censo Demográfico

de 2010 registraram não só o aumento no retorno de brasileiros, que representou a maior parcela das entradas vindas do exterior, como o acréscimo da chegada de estrangeiros. Além disso, as informações do Ministério do Trabalho sinalizam, para os anos 2010, o aumento dos vistos de trabalho para estrangeiros, corroborando hipótese de inversão de tendência no cenário das migrações internacionais.

### 3. A OFERTA E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

#### 3.1. A CENTRALIDADE DOS ESPAÇOS EM SAÚDE

A centralidade em saúde foi identificada associando dois indicadores: o de complexidade nos centros localizados nas áreas imediatas de articulação urbano-regional e o de tamanho do setor, avaliado pelo volume das internações hospitalares. O de complexidade foi construído a partir da existência de 11 equipamentos em saúde e 26 especialidades nas cidades, para determinar o grau de atendimento disponível. O indicador de tamanho utilizado foi o número de internações hospitalares financiadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS em 2012.

A partir das informações do número de equipamentos e de especialidades médicas foi possível registrar a existência do equipamento ou especialidade nos municípios brasileiros. Os valores existentes para cada município foram substituídos por 0 (zero) ou 1 (um), e representam ausência ou presença do tipo de equipamento ou especialidade em um lugar.

Em seguida, a presença do equipamento ou da especialidade foi totalizada de forma a se obter o número de municípios que possuíam cada um dos atributos selecionados, assim verificou que a bomba de cobalto só ocorre em 60 municípios, enquanto aparelhos de eletrocardiógrafo podem ser encontrados em 3.680 municípios e a videolaparoscopia pode ser encontrada em apenas 27 municípios, enquanto clínica médica aparece em 3.626.

A frequência da distribuição dos equipamentos determinou a classificação dos equipamentos em cinco classes, todos os 3.680 municípios pertenciam à classe 5, definida pela presença do eletrocardiógrafo, a partir da qual a inclusão é contínua. Procedimento semelhante foi utilizado para classificar as cidades segundo as especialidades disponíveis. Os municípios que não possuem equipamentos ou especialidades receberam a classificação 0 (zero).

Em seguida, as duas classificações foram combinadas com o objetivo de obter-se os níveis de complexidade (Classe complexidade 1) dos centros.

A classificação resultou numa hierarquia em seis níveis. Todos os municípios que apresentaram classificação em apenas um dos eixos, ou seja, sem equipamentos ou sem especialidades (resultado 0) formam os municípios classificados no sexto nível.

O número de internações hospitalares financiadas pelo SUS em 2012 foi outra informação utilizada que classificou os centros em seis classes.

A combinação dos indicadores de complexidade e tamanho resultou no índice de centralidade que possui uma escala de 0 (zero) a 6 (seis), sendo 0 a ausência do atributo e, a partir de 1 até 6 o nível do centro caía na centralidade em saúde. Os centros que apresentaram 0 num dos indicadores e outro valor no outro receberam a nota 6 e, na combinação dos índices de complexidade e tamanho, prevaleceu a classe mais alta em que o centro foi classificado; assim, se um centro estava na classe 2 de complexidade e 4 em tamanho, sua centralidade foi 4.

Outro indicador utilizado refere-se ao número de leitos hospitalares por 1.000 habitantes, que mede a oferta física de leitos hospitalares em relação à população residente nas áreas imediatas de articulação urbano-regional.

Além dos resultados parciais construídos, um quadro resumo reúne, para cada região de articulação, o polo da região com os resultados da centralidade em saúde, o número de centros classificados em cada nível de centralidade para cada região imediata e o número de centros urbanos segundo a hierarquia, acrescido do número de leitos por 1.000 habitantes e da dinâmica populacional.

### 3.2. RESULTADOS

Num conjunto de 5.567 municípios analisados, 1.132 não possuem centralidade; apenas um, São Paulo, (SP) possui centralidade máxima, igual a 1; e 3.997 foram classificados com a mais baixa centralidade, que corresponde à centralidade 6.

São Paulo (SP) alcançou a mais alta centralidade, de nível 1, tanto na complexidade como no volume das internações. Na classe 2 de centralidade podem ser encontrados centros com classificação 1 e 2 em complexidade de equipamento e de especialidade e nível 2 em volume das internações, classificando 10 centros. O 3º nível possui o dobro de centros, 20 ao todo, classificados segundo uma combinação de classes de complexidade 1 e 2 e de volume 3.

O 4º nível de centralidade reúne 64 centros onde predominam condições de atendimento em saúde de média complexidade, nos quais constata-se a presença de centros com hierarquias de capitais regionais e centros sub-regionais, a exemplo de Porto Velho (RO), Rio Branco (AC), Boa Vista (RR), Santarém (PA), Palmas (TO), Imperatriz (MA), as ACPs de Macapá (AP), Petrolina-Juazeiro (PE/BA), Ilhéus-Itabuna (BA), Ipatinga-Coronel Fabriciano (MG), Campos dos Goytacazes (RJ), Florianópolis e Joinville e apenas um centro de zona, que classifica a ACP de Jundiá (SP), além de alguns centros que conformam Áreas de Concentração de População.

Os níveis de centralidade 5 e 6 e o 0 (sem centralidade) retratam uma estrutura em saúde com lacunas nos escalões urbanos mais baixos e que, em certa medida, reproduzem o sistema urbano brasileiro.

Os equipamentos e especialidades mais frequentes estão disponíveis nos centros urbanos com centralidade 6, que são centros de menor porte e complexidade baixa e estão presentes em quase todo o território nacional, contabilizando 3.997 centros em que parte significativa não possui internações ou este valor não ultrapassa o patamar de 0.01% das internações.

Cabe mencionar que 1.136 centros não possuem centralidade, uma vez que não registraram a presença de equipamentos e especialidades, assim como internações hospitalares.

Quanto à dinâmica populacional, para 2033, aparecem três grandes tendências no comportamento populacional, mantendo-se, sobretudo, as condições atuais no que tange aos aspectos econômicos, sociais e ambientais: as áreas de estabilidade, as áreas de maior atração e as com perda populacional.

As áreas de estabilidade estarão presentes em grande parte do território nacional e ocupando quase toda a porção leste do país; trata-se da parte mais densamente povoada, cuja estabilidade se amplia, uma vez que o ritmo de crescimento populacional tende a diminuir devido ao comportamento das taxas vitais.

As áreas de atração ocupam grande parte das regiões Norte e Centro-Oeste, ocorrem nas grandes aglomerações urbanas e no litoral e mantêm um eixo de crescimento ao longo das divisas entre as regiões Centro-Oeste e Sudeste, ao longo da rodovia Belém/Brasília, avançando em áreas da Bahia (BA), Maranhão (MA) e Piauí (PI).

Quanto às regiões imediatas que apontam tendência de perda populacional pode-se adiantar que estão localizadas, em maior número, na Região Sul, que tradicionalmente apresenta um quadro demográfico com taxas de crescimento negativas.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição demográfica brasileira tem como característica marcante ao menos duas transições dentro dela, ao norte e ao sul do país. Esse cenário, que produzirá impactos importantes no mercado de trabalho, na produtividade da força de trabalho, no sistema de proteção e previdência social e na área da saúde, deve ser levado em consideração no momento de definição das políticas públicas.

Em relação à saúde, normalmente são feitas referências aos tipos de morbidades correlacionadas ao aumento da população em idades avançadas, que demandarão pesados investimentos. Contudo, pouco se fala do crescimento do segmento adulto jovem que aumentará o volume de pessoas expostas às morbidades e óbitos associados às causas externas. Este aspecto da transição demográfica introduz uma questão até então não colocada na agenda da saúde.

O cenário para os próximos 20 anos sinaliza estabilidade no crescimento populacional na maior parte das regiões imediatas de articulação; poucas regiões seguirão atraindo população e algumas outras poucas seguirão como áreas de evasão populacional, o que poderá proporcionar maior segurança num planejamento que combine tendência demográfica e os níveis de centralidade em saúde.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, J. A. M. de. O saldo dos fluxos migratórios internacionais no Brasil na década de 80: uma tentativa de estimação. In: PATARRA, N. L. (Org.). **Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo**. Campinas: Fnuap; São Paulo: Oficina Editorial, 1996. p. 227-238.
- OLIVEIRA, A. T. R. de; ONEILL, M. M. V. C. Cenário sociodemográfico em 2022/2030 e distribuição territorial da população: uso e ocupação do solo. In: FIOCRUZ et al. **A saúde do Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz; IPEA; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, p.85-89. Volume 1.
- OLIVEIRA, Antônio Tadeu R. de *et al.* Notas sobre a migração internacional no Brasil na década de 80. In: PATARRA, Neide Lopes (coord.), **Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo**. Campinas: FNUAP; São Paulo: Oficina Editorial, p.227-238, 1996.
- SIMÕES, C. C. S. **A Transição da fecundidade no Brasil**: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas. São Paulo: Arbeit Factor, 2006. 144 p.