

O SETOR SAÚDE NA AMAZÔNIA UMA ABORDAGEM ESPACIAL*

Lourdes Manhães de Mattos Strauch**

Lúcia de Oliveira**

Maria Thereza Bessa de Almeida**

João Baptista Ferreira de Mello**

APRESENTAÇÃO

A presente análise se insere numa programação que vinha sendo desenvolvida na antiga Divisão de Estudos Regionais do Departamento de Geografia do IBGE, a respeito da dimensão espacial do setor saúde, nas diferentes regiões do país, tendo em vista oferecer subsídios à implementação de políticas de saúde e contribuir para uma melhor compreensão da organização do espaço geográfico, nas suas diferenciações inter e intra-regionais.

Em 1977, em atendimento ao Convênio IBGE/ETENE, foi estudada a Região Nordeste. Posteriormente, este trabalho foi atualizado para a Conferência Regional Latino-Americana — UGI, realizada, em Brasília, em 1982. Dando prosseguimento à programação, a escolha recaiu sobre a Região Norte que vem sendo palco de recente e rápido processo de transformação de sua organização espacial, com a ocupação de extensas áreas desaproveitadas economicamen-

te. Por suas características geográficas, em muitos aspectos semelhantes às da Região Norte, e participando do mesmo processo de ocupação, considerou-se válido incluir, neste estudo, o Estado de Mato Grosso.

As diferenciações do setor saúde no espaço que se propõe identificar neste trabalho permitem compreender de que forma o mesmo vem se estruturando numa área caracterizada, em larga escala, pela inexistência de formas espaciais pretéritas e onde a infra-estrutura social foi atribuída a função de atrair e fixar mão-de-obra.

Para a identificação das diferenciações espaciais, optou-se pela definição de uma tipologia de municípios, utilizando-se informações contidas nos Questionários de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE, relativos a 1981. Foram trabalhados 985 questionários; contudo, deve-se esclarecer que tais dados não foram coletados, especificamente, para este trabalho. Fazem parte de levantamentos periódicos realizados pela Fundação IBGE, para o país como um todo. Por isso, foi necessário transformá-los em dados para os conceitos metodológicos for-

* Recebido para publicação em 11 de abril de 1989.

** Analistas Especializados em Geografia da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE.

mulados, o que exigiu crítica e normalização das informações disponíveis.

As informações, contidas nos questionários, se referem a equipamentos, instalações, recursos humanos, número de leitos, tipos de leitos, número de estabelecimentos, entidades mantenedoras e data de implantação dos diversos estabelecimentos de saúde (hospitais, unidades mistas, policlínicas, centros e postos de saúde).

Esse conjunto bastante heterogêneo de estabelecimentos, pelo menos teoricamente, se diferencia nas suas finalidades; tal é o caso das Unidades de Saúde com internação e das sem internação, representadas nos seus extremos, de um lado pelo Hospital e, de outro, pelo Posto de Saúde.

A despeito de já conhecidas¹ indefinições, entre *unidades com internação e unidades sem internação*, considerou-se válido para efeito deste estudo trabalhar os dois conjuntos, separadamente.

Recorreu-se, ainda, ao Censo Demográfico de 1980, a uma variada e recente bibliografia, além de entrevistas realizadas com diferentes especialistas (médicos, sanitaristas, assistentes sociais) que militam no campo da saúde, com experiência na região.

Como variável básica para a definição da tipologia procedeu-se a uma classificação hierárquica dos municípios. Assim, o estudo foi desenvolvido em duas etapas:

1.^a — Classificação dos municípios em níveis hierárquicos com base nas instalações, equipamentos e recursos humanos existentes nas diversas unidades de saúde — Hospitais,¹ Policlínicas, Centros e Postos de Saúde; e

2.^a — Definição da tipologia com base na classificação acima referida e em outras variáveis pertinentes ao setor saúde: número e tipos de leitos, número e tipos de estabelecimentos.

Para analisar os aspectos mencionados, foi realizado um mapeamento a nível de município. A escolha dessa unidade de observação se apóia na noção de que o geral está presente em cada uma das partes; dessa forma, a compreensão do desempenho do setor deve passar pelo município, unidade

político-administrativa na qual coexistem tipos diferentes de atendimento médico, em razão das características sócio-econômicas da população e dos processos de povoamento, colonização e migração, e onde se observam os efeitos da política geral de saúde que vem sendo adotada no país.

O SIGNIFICADO DA ABORDAGEM ESPACIAL NO SETOR SAÚDE

A importância da perspectiva espacial para uma melhor compreensão do desempenho do setor saúde apenas recentemente vem sendo reconhecida, o que se deve, em boa parte, à ausência de uma maior tradição de pesquisa sobre os setores sociais, nos estudos geográficos. Assim, em que pese o recente interesse que tais setores vêm despertando, no campo da Geografia, não existe, ainda, um reconhecimento explícito da indiscutível contribuição que as análises geográficas podem representar, seja para uma melhor compreensão da organização regional, seja como subsídio para o planejamento dos setores sociais.

As implicações espaciais que envolvem o desempenho do setor saúde se traduzem numa série de questões, das quais a mais óbvia parece ser a que diz respeito à existência de relação entre as diferenças quantitativas e qualitativas do complexo e heterogêneo conjunto dos serviços de saúde e as características sócio-espaciais das áreas em que se localizam.

A existência desta relação é claramente entendida dentro da concepção de que as questões que envolvem o setor saúde em qualquer sociedade não podem ser desvinculadas do seu contexto social mais amplo, não se restringindo, portanto, unicamente à área médica. Não parece haver mais dúvida de que os baixos níveis de saúde de uma população em larga escala estão relacionados aos baixos níveis de salários, ao subemprego, à precariedade de moradia, falta de saneamento básico, dificuldades de mobilidade, aos baixos níveis de escolaridade e à desnutrição. Nesta perspectiva fica eviden-

¹ Por uma série de motivos, na prática as diferenciações entre os dois tipos de unidades nem sempre se verificam, havendo serviços que seriam específicos de um tipo de unidade e que estão também presentes em outras.

te que as unidades de saúde (Hospitais, Policlínicas, Centro de Saúde, Postos de Saúde, Unidades Mistas) e seus usuários devem ser focalizados, em relação ao meio geográfico do qual fazem parte, demonstrando, assim, que os aspectos espaciais não devem mais ser negligenciados.

Neste sentido vale registrar que, embora não se possa dizer que tais aspectos já figuram no rol de informações vistas como essenciais na definição das políticas de saúde, existe forte evidência de que vêm sendo cogitadas ou mesmo utilizadas no planejamento do setor.

Reveladora dessa evidência é a colocação feita em simpósio realizado na área de saúde em 1985 no Rio de Janeiro, quanto à necessidade de se ter em mente que "cada região tem seu problema específico de saúde". A abrangência dessa colocação inclui claramente termos de referência espacial, na medida em que no mínimo suscita o interesse pelo conhecimento de características das áreas, seja para prover algumas de recursos básicos para o atendimento às necessidades mínimas da população, seja para equipar melhor outras que já possuam área de atendimento definido, seja para descentralizar o atendimento de áreas congestionadas.

Análises espaciais atenderiam ainda a objetivos que vêm sendo formulados no campo da medicina social, como os de "priorizar a universalidade do atendimento, hierarquizá-lo e regionalizá-lo".

Como contribuição ao entendimento da organização regional, a abordagem do setor saúde não significa uma fragmentação do todo social, mas uma via de compreensão da complexidade da estrutura sócio-espacial. Da mesma forma, a expressão espacial assumida pelo setor saúde deve ser interpretada como representação de processos sociais mais gerais, afetada por processos particulares, específicos a determinadas áreas.

SAÚDE E SOCIEDADE — UMA REFLEXÃO TEÓRICA

A concepção já suficientemente admitida de que a saúde não pode ser desvinculada

de seu contexto social mais amplo torna claro que cada sociedade terá suas próprias representações do conceito de saúde e que estas representações serão fortemente marcadas por interesses econômicos e políticos dominantes. Como a sociedade está em constante movimento, os conceitos de saúde vão sendo reformulados, exigindo novas políticas para o setor, que se traduzem em um certo tipo de demanda e de atendimento que terão sempre forte expressão espacial.

A estreita vinculação das instituições de saúde a interesses políticos e econômicos não constitui, em si, uma especificidade do setor, mas, antes, repete o que ocorre com todas as instituições sociais, fazendo com que elas passem a desempenhar certas funções que nem sempre serão aquelas que lhes são inerentes. Isto porque as instituições sociais se apresentam como um conjunto articulado onde a prestação de serviços e o controle social se realizam, simultaneamente.

No caso da saúde, as mudanças na assistência médica foram marcadas, ao longo do tempo, por diferentes etapas relacionadas às funções que deveria desempenhar.

Embora não caiba, para os propósitos deste trabalho, dar conta da trajetória percorrida pela assistência médica na sua adaptação às mudanças ocorridas na organização da sociedade, parece importante assinalar algumas das transformações mais expressivas.

O intenso processo de transformações ocorridas nas últimas décadas no campo técnico-científico refletiu-se no setor saúde com a sofisticação dos equipamentos e dos exames. A saúde passou cada vez mais a se constituir num bem comercializável com as mesmas características do setor produtivo da economia e como tal integrando as condições gerais de produção.

A coexistência entre a noção de "direito de todo cidadão" e a transformação da saúde num bem comercializável, em sociedades marcadas por extremas diferenciações sócio-econômicas, se configura como uma contradição. No caso brasileiro, o impasse foi contornado de forma peculiar. Houve uma expansão e um fortalecimento do setor privado, mas fortemente subsidia-

do pelo Estado, seja na construção e aquisição de equipamentos, seja através de convênios para manutenção. Nesta perspectiva, a criação do INPS pode ser entendida como uma transformação institucional que, ao mesmo tempo que se propõe a universalizar o atendimento médico, amplia o controle do Estado e serve aos interesses econômicos dominantes. Esses interesses econômicos se traduzem na ampliação da demanda por equipamentos cada vez mais sofisticados e por um consumo crescente de medicamentos que estimularam uma verdadeira "indústria de saúde", pelo volume de recursos utilizados e quantidade de mão-de-obra empregada. Inevitavelmente, eleva-se o custo da assistência médica, que se torna cada vez menos acessível ao indivíduo, isoladamente, seja como médico ou como paciente. Nesse momento o Estado se apresenta como viabilizador; é ele o grande consumidor dos bens industriais.

Nesse contexto, não havia lugar para atenção aos serviços de saúde pública, fosse pela preferência dada à utilização dos recursos no campo da medicina curativa, fosse pela inexistência de pressões sociais em direção à medicina preventiva.

É importante ressaltar que, apesar do aumento de verbas, do número de unidades de serviços e da sofisticação da aparelhagem, não existe uma correspondência entre essa oferta ampliada e mais bem qualificada e uma equivalente melhoria dos níveis de saúde da população.

Este fato demonstra claramente a coerência da afirmativa de que a solução para problemas de saúde do povo passa muito mais pela intervenção nas condições sócio-estruturais — pobreza, infra-estrutura sanitária, educação — que por um atendimento médico sofisticado.

No caso do Brasil, a sofisticação do atendimento médico, inerente ao modelo curativo de saúde, preferencialmente adotado no país, tem sido apontada, com muita frequência, como inadequada às necessidades concretas da população, além de, em muitos casos, mostrar-se desvinculada da realidade cultural de amplos segmentos da sociedade.

Se esta colocação vale para o Brasil como um todo, com muito mais ênfase se aplica à

Região Amazônica, onde por força da tradição cabocla é bastante evidente a convivência de modernos serviços de saúde ao lado do uso ainda largamente difundido de uma medicina popular. Outro aspecto da inadequação do modelo de saúde adotado é a implantação de equipamentos sofisticados quando se assiste à proliferação de doenças tropicais, em níveis assustadores, conforme se vê, freqüentemente, em manchete nos meios de comunicação de massa.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ESTRUTURAÇÃO DO ESPAÇO NA ÁREA DE ESTUDO E A EVOLUÇÃO DO SETOR SAÚDE

O interesse que a área do território brasileiro, abrangida pelos Estados do Acre, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Mato Grosso e Rondônia, vem despertando é substanciado na existência de uma vasta bibliografia sobre a Amazônia, produzida, recentemente, por diferentes especialistas e pelo volume de informações divulgadas através dos diversos meios de comunicação.

Ainda que focalizado sob diferentes ângulos, não parece haver dúvida de que este interesse se prende às especificidades que vêm caracterizando o processo de ocupação da área e às conseqüências que dele podem advir.

Com esta preocupação, os geógrafos, a quem cabe atenção especial sobre o processo de criação e recriação do espaço e suas implicações sociais, econômicas e ecológicas, vêm desenvolvendo estudos recentes sobre a área, a nível de formulações teóricas ou de análises empíricas que constituem importante fonte de informação para o entendimento da organização do espaço.

Nesse sentido entende-se a oportunidade de se analisar o setor saúde visto como um dos elementos da organização espacial, assumindo que esta organização está relacionada a processos sociais gerais, mas com especificidades decorrentes de processos particularizados. São essas especificidades que devem ser e têm sido estudadas, e que, no caso da área selecionada, dado o dinamismo das transformações, exigem constantes investigações empíricas.

Para melhor situar a dimensão espacial do setor saúde, considerou-se válido focalizar, ainda que em linhas gerais, alguns pontos referentes à recente ocupação da Amazônia que, mais diretamente, interessam ao tema proposto.

Um aspecto fundamental a ser considerado na recente ocupação da Amazônia é a ação combinada Capital/Estado na criação desse "novo espaço", gerando múltiplas alternativas de investimento para grupos nacionais e multinacionais e para o capital não monopolista, o que desde logo evidencia formas diversas de apropriação do território por grupos sociais com peso econômico e poder diferenciados.

Neste processo, a Região Amazônica, identificada como "homogênea" pela presença da floresta, passa a ser palco de uma multiplicidade de fenômenos expressos, espacialmente, de diferentes formas: áreas ocupadas por fazendeiros individuais e pequenos produtores ao longo da Belém – Brasília; áreas destinadas a grandes projetos agropecuários, no sul do Pará e norte de Mato Grosso; assentamento de migrantes na Transamazônica (Projeto Fundiário de Altamira); ou grandes projetos envolvendo interesses diversos (agricultura, mineração, exportação, desmatamento), como o Projeto Carajás, entre outros.

Esses diferentes tipos de ocupação algumas vezes são coincidentes no tempo e no espaço; outras vezes se sucedem no tempo, mas coincidem no espaço. Assim, assiste-se à ocupação de extensas áreas antes inteiramente despovoadas, ou a mudanças na organização da produção de áreas anteriormente ocupadas.

A atuação do Estado na ocupação do território é marcante, na abertura dos eixos rodoviários, na concessão de incentivos fiscais e creditícios e no direcionamento dos fluxos migratórios.

O impacto da abertura de estradas na transformação do espaço geográfico da região se faz sentir, tanto no deslocamento da ocupação linear tradicional ao longo dos rios – que caracterizava a presença do homem na Amazônia – para as margens das

estradas (Belém – Brasília; Cuiabá – Santarém; Porto Velho – Manaus; São Paulo – Acre), muito embora a importância dos rios ainda seja relevante, como nas desigualdades sócio-espaciais que os eixos rodoviários vêm produzindo, ao beneficiar mais algumas áreas do que outras.

No que se refere à orientação dos fluxos migratórios, a estratégia estatal definida nos Planos de Desenvolvimento Urbano da Amazônia² era prover a área de equipamento urbano, a fim de atrair e fixar mão-de-obra. Essa estratégia repercutiu no crescimento de cidades novas e velhas, e na multiplicação de núcleos e povoados, fato comprovado no crescimento da população urbana na região. Enquanto a população urbana apresentou, entre 70/80, um crescimento da ordem de 97%, passando de 1 851 181 habitantes para 3 650 635, a população rural teve um crescimento de 44%: aumentou de 2 371 699 para 3 411 050 habitantes.

Neste contexto, se inserem os serviços de saúde criados pelo Estado, direta ou indiretamente, em cidades antigas ou embrionárias influenciando na orientação ou reorientação dos fluxos e contribuindo, entre outros elementos, na estruturação desse espaço.

Aspectos da evolução do setor saúde na área

Acompanhando o processo recente de ocupação da Amazônia, iniciado na década de 60 e intensificado nos anos 70, o setor saúde mostrou um acelerado ritmo de implantação de novos estabelecimentos de saúde para diferentes tipos de atendimento; o que equivale dizer tanto de unidades com, como unidades sem internação (Gráfico 1). Assim, embora o número de estabelecimentos tenha crescido em toda a área, esse crescimento apresentou grandes variações, o que demonstra a existência de diferentes estratégias para a expansão do setor.

A implantação desses estabelecimentos coube, em sua maior parte, à iniciativa particular, no caso das unidades com internação, e à esfera estadual, no das unidades sem internação. Neste último caso, deve-se chamar atenção para os Programas de Ex-

² SUDAM – Plano de Desenvolvimento da Amazônia – Belém, 1976.

tensão de Saúde às áreas interioranas entre as quais citam-se o FUNRURAL e o PIASS que foram responsáveis pela implantação de um grande número de Postos de Saúde³.

O número de estabelecimentos existentes em 1981 por entidade mantenedora mostra a significativa participação da iniciativa privada na implantação de unidades com internação (Gráfico 2).

Tomando-se por base os estabelecimentos existentes em 1981, segundo data de fundação e entidade mantenedora, constata-se que, do total de estabelecimentos com internação, implantados a partir de 1970, cerca de 70% são particulares. A crescente participação da iniciativa privada na implantação de hospitais não constituiu uma especificidade da área, mas, antes, se insere num contexto mais amplo da política de saúde, que passou a dominar no país, na década de 70, quando se intensificou a contratação por parte da Previdência Social de serviços médicos a terceiros. Esta política, se bem que interesse ao Estado, torna claro que o fortalecimento do setor privado tem sido fortemente subsidiado pelo próprio Estado, através de contratos e convênios.

Os resultados da adoção dessa estratégia, em termos de benefícios para a população como um todo, são bastante discutíveis. Isto porque a localização dessas unidades de saúde, como não poderia deixar de ser, passa a obedecer a interesses particulares e, por que não dizer, mesmo às leis do mercado, em detrimento, muitas vezes, das necessidades básicas da população.

No caso da área em estudo, as implicações sociais tornam-se bem mais sérias, na medida em que a implantação de hospitais vinculados a empresas, em áreas de grandes projetos agropecuários, florestais, agroindustriais, minerais, restringe o atendimento ao âmbito de seus empregados. Essa limitação é grandemente "favorecida" pe-

las enormes distâncias e reduzida acessibilidade física da região, sem falar nas dificuldades sócio-econômicas da população. A construção de uma sofisticada cidade às margens do rio Trombetas, em plena selva amazônica, pela mineração Rio do Norte, objetivando fixar a mão-de-obra, é um exemplo dessa situação.

Este tipo de ocupação pontual e seletiva vem se constituindo numa das características da organização espacial da área, não sendo difícil concluir que os benefícios sociais de tal modelo são bastante discriminatórios e pouco têm a ver com as necessidades mínimas de grande parte da população.

A incidência da iniciativa privada na implantação dos estabelecimentos com internação apresentou diferenciações marcantes entre as diversas Unidades da Federação ao longo do tempo (Gráficos 3 e 4). É nítida a atuação da iniciativa privada nos Estados de Mato Grosso e Rondônia, respectivamente 80% e 84% do total de seus estabelecimentos, em 1981. Já no Pará, Amazonas e Acre as percentagens corresponderam, respectivamente, a 56%, 37% e 11% (Mapa 1).

A variação dos percentuais encontrados entre as Unidades da Federação ganha maior significado em termos de espaço regional, permitindo identificar áreas relacionadas às diferentes formas de apropriação do território. É evidente a maior atuação da iniciativa privada em áreas de grandes projetos, ou de intenso afluxo de migrantes e ao longo dos eixos rodoviários. Parece cabível afirmar que a evolução do setor saúde, na área, não foge ao modelo social vigente, no qual a saúde é concebida como um bem comercializável, de tal forma que, em recente reportagem sobre Rondônia, hospitais e farmácias são referidos como as "casas comerciais" mais prósperas dessa Unidade da Federação⁴.

³ FUNRURAL — Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, criado em 1967 na condição de Autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social com recursos definidos para prestar os seguintes benefícios: aposentadoria por velhice e invalidez, pensão, auxílio-funeral, serviços de saúde e serviços sociais.

A implantação de unidades de saúde via Funrural ocorreu assim: a) construção de unidades hospitalares de pequeno porte em terreno da comunidade; e b) distribuição de Unidades Móveis de Assistência, com subsídio de manutenção.

PIASS — Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. O PIASS "foi criado com a finalidade de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 000 habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da região. Originalmente promovido pelo Ministério da Saúde, atualmente se confunde com a rede ambulatorial das Secretarias Estaduais de Saúde".

⁴ Revista *Isto É* de 4/12/85.

NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE EXISTENTES EM 1981

GRÁFICO 1
SEGUNDO A DATA DE INSTALAÇÃO

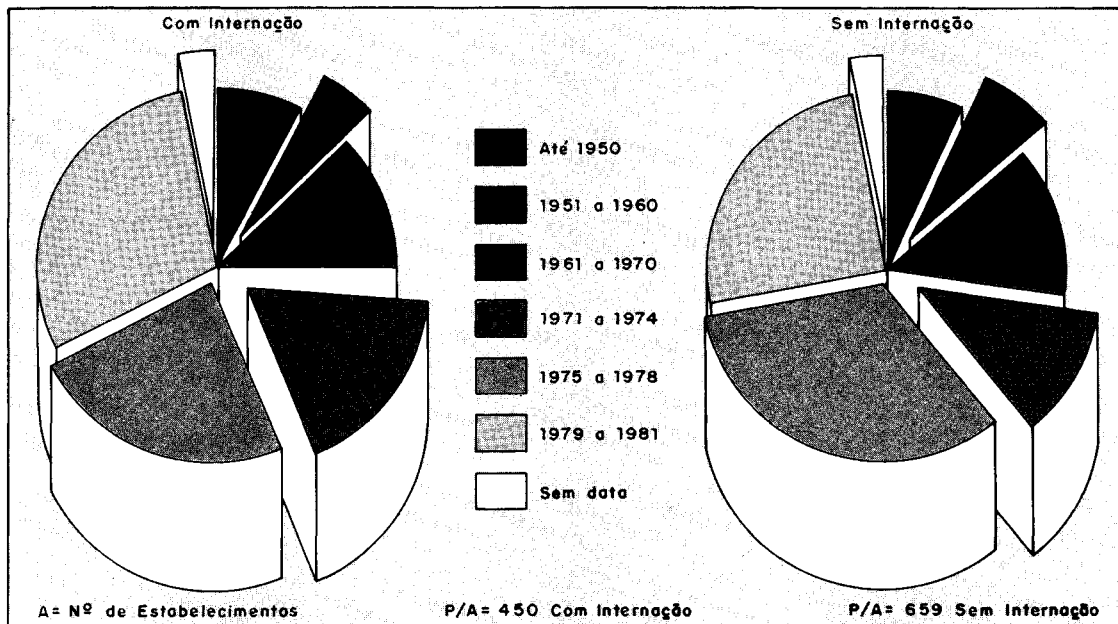


GRÁFICO 2
SEGUNDO A ENTIDADE MANTENEDORA

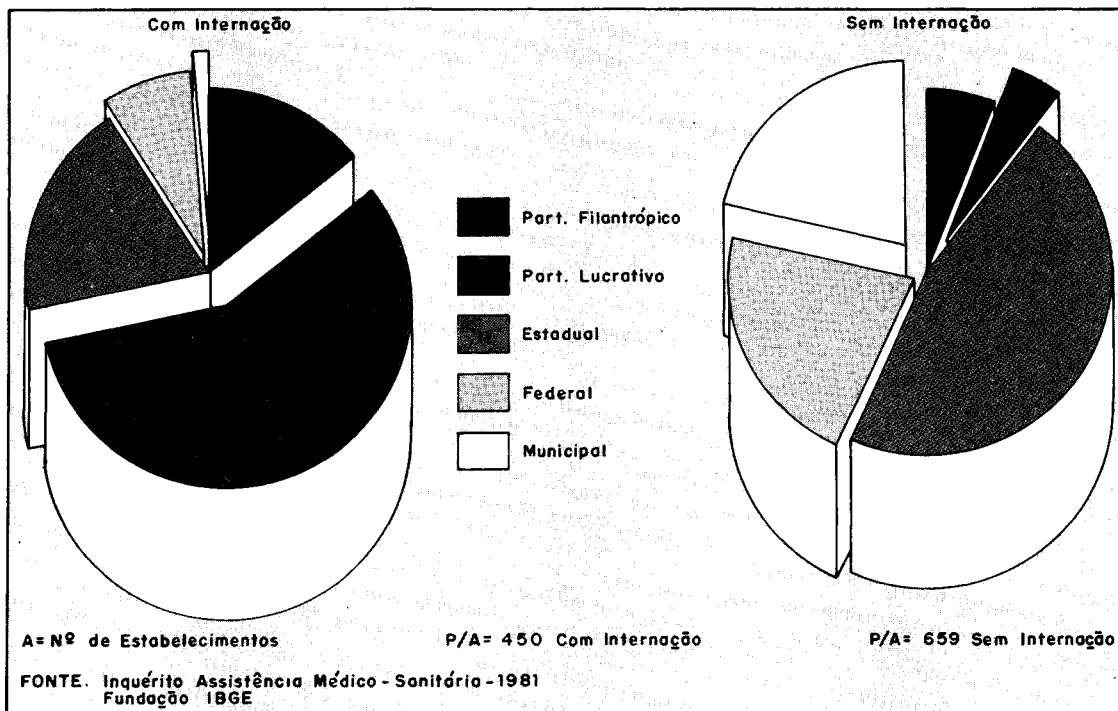
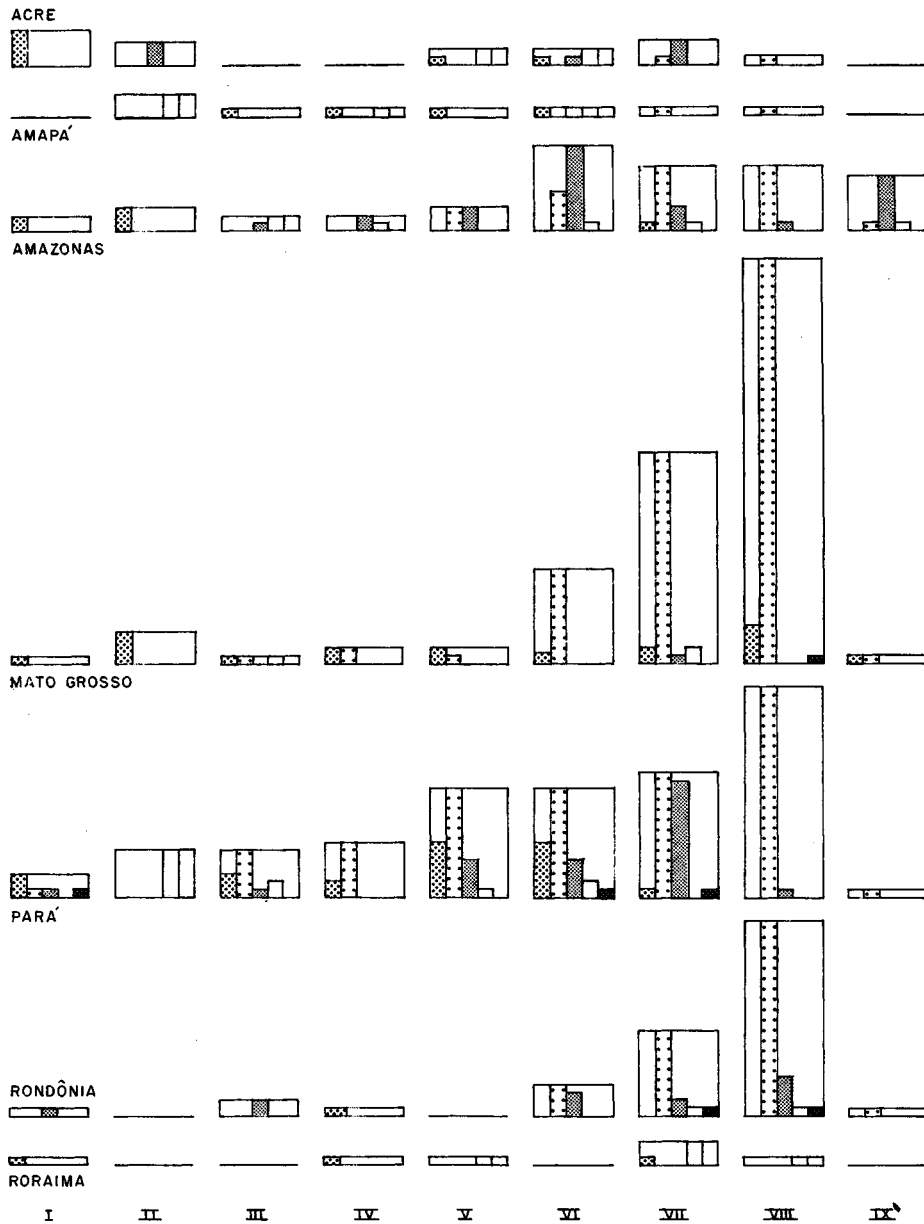


GRÁFICO 3
UNIDADE COM INTERNAÇÃO POR DATA
DA FUNDAÇÃO E ENTIDADE MANTENEDORA



17 estabelecimentos
1,5 mm = 1 estabelecimento

TIPOS UNIDADE
C/ INTERNAÇÃO

- PF (Particular Filantrópica)
- PL (Particular Lucrativo)
- E (Estadual)
- F (Federal)
- M. (Municipal)

PERÍODOS

- I Até 1930
- II 1931-1950
- III 1951-1960
- IV 1961-1965
- V 1966-1970
- VI 1971-1974
- VII 1975-1978
- VIII 1979-1981
- IX SEM DATA

GRÁFICO 4
UNIDADE SEM INTERNAÇÃO POR DATA
DA FUNDAÇÃO E ENTIDADE MANTENEDORA

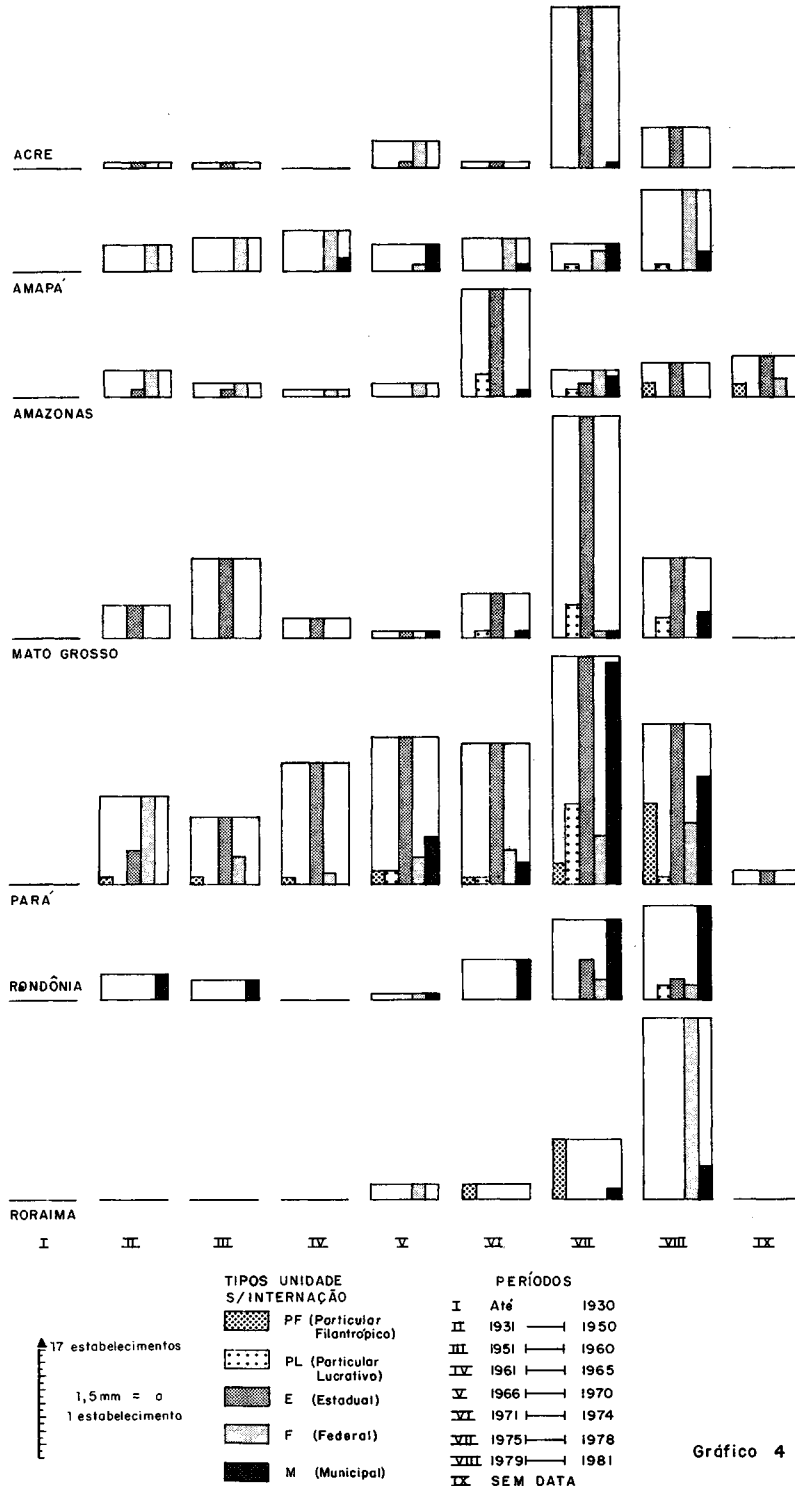
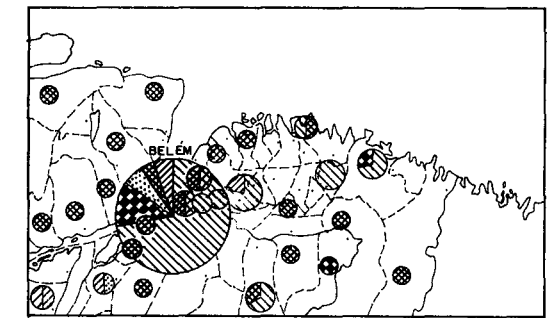
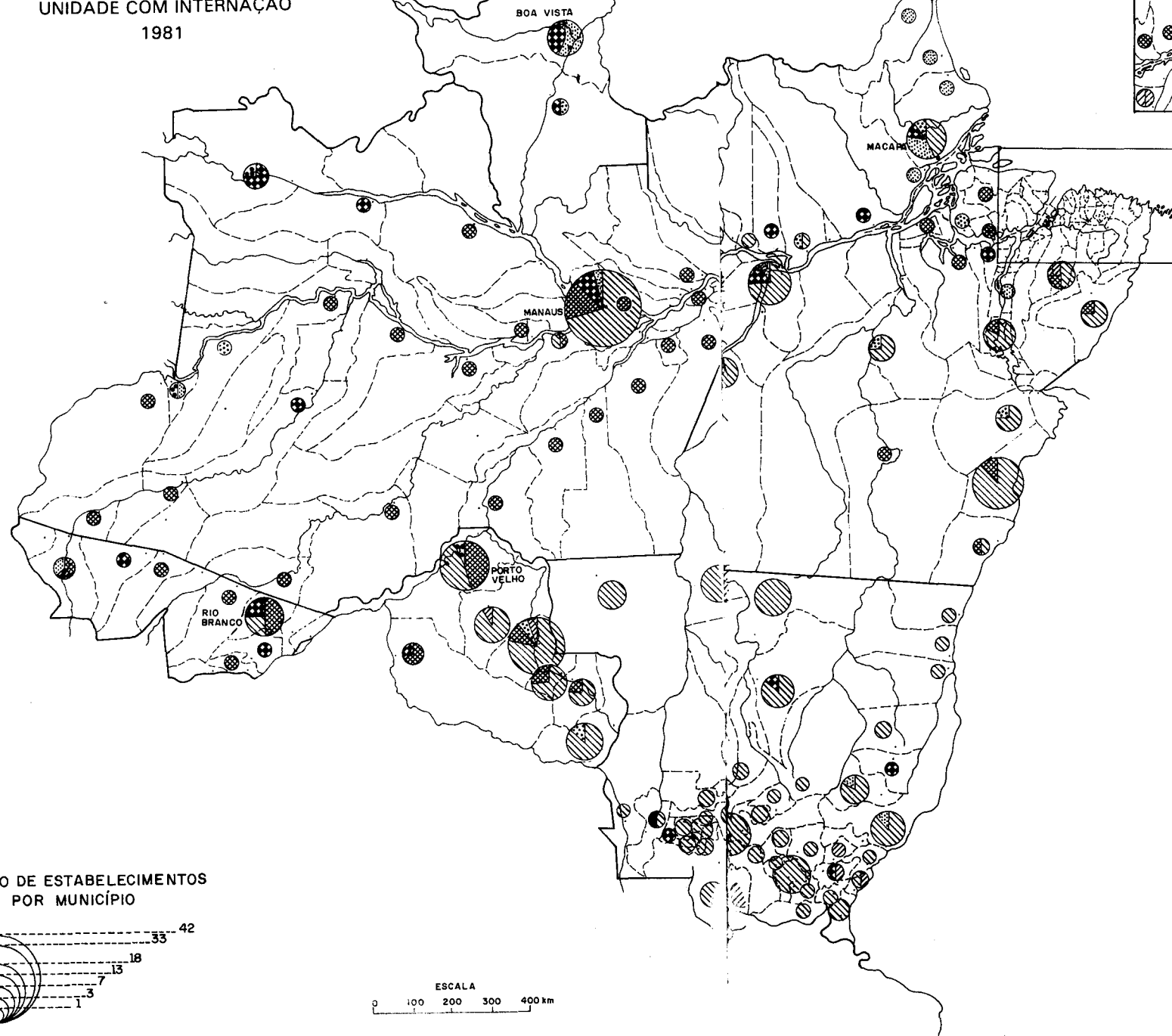


Gráfico 4

MAPA 1
REGIÃO NORTE E MATO GROSSO

NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS POR ENTIDADE MANTENEDORA

UNIDADE COM INTERNAÇÃO
1981

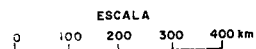
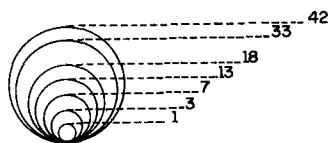


ENTIDADE MANTENEDORA

FEDERAL

- FSESP
- INPS
- MINISTÉRIOS
- MILITAR
- ESTADUAL
- MUNICIPAL
- PARTICULAR LUCRATIVO
- PARTICULAR FILANTRÓPICO

NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS
POR MUNICÍPIO



Quanto às unidades sem internação, representadas pelos Postos, Centros e Policlínicas, a situação é bem diferente, no que se refere às entidades mantenedoras. Isto porque o conjunto das três unidades foi, significativamente, representado pelos Postos (63% de um total de 659 unidades), que têm como finalidade precípua o atendimento preventivo, não interessando, obviamente, à iniciativa privada. Dessa forma, a participação da iniciativa privada, no caso das unidades sem internação, é pouco expressiva, limitando-se às Policlínicas, concentradas quase exclusivamente nos municípios das capitais (Mapa 2).

A análise das unidades sem internação, por data de fundação e entidade mantenedora, mostra diferenciações entre as Unidades da Federação que merecem ser registradas (Gráfico 4). Embora o período 75/78 aponte um aumento significativo do número de estabelecimentos nos Estados de Pará, Mato Grosso e Acre, no primeiro caso observa-se um aumento progressivo ao longo do tempo, enquanto no Mato Grosso e no Acre o aumento foi explosivo.

Quanto à distribuição espacial das unidades sem internação por Unidades da Federação, observou-se que Rondônia e Mato Grosso possuíam, em 1981, o maior número de municípios com esse tipo de estabelecimento, respectivamente 86% e 85%.

Outro aspecto da evolução do setor saúde, na área em estudo, diz respeito à simultaneidade ou não da ocorrência dos dois tipos de unidades — com e sem internação — num mesmo município. Muito embora se tenha registrado um aumento significativo do número de estabelecimentos dos dois tipos de unidades, a partir de 1970, em termos de distribuição espacial observou-se que nem sempre ambos ocorreram no mesmo município. Como a proposta do trabalho é a definição de áreas, segundo a oferta de serviços de saúde, este é um aspecto a ser considerado. Vale dizer que a ocorrência simultânea de unidades com e sem internação num mesmo município caracteriza uma oferta mais completa de serviços de saúde. Estes foram em número de 107. Contrapondo-se a esses aparecem municípios possuindo apenas um tipo de estabelecimento de saúde, só com internação (46

municípios) e só sem internação (52 municípios). Esses são os incompletos. A distribuição espacial dos municípios assim caracterizados permite identificar áreas diferenciadas (Mapa 3).

Verificados os aspectos gerais do processo recente de ocupação da Amazônia e da evolução do setor saúde na área, cabe considerar, a nível de município, a oferta dos serviços de saúde, no sentido de melhor captar as características espaciais dessa oferta.

JUSTIFICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA E DA TIPOLOGIA DOS MUNICÍPIOS

As áreas de oferta de serviços de saúde identificadas como completas ou incompletas, segundo a ocorrência simultânea ou não dos dois tipos de unidades, com e sem internação, resultam de um alto grau de generalização, na medida em que Hospitais, Policlínicas, Centros e Postos de Saúde reúnem uma pluralidade de itens relativos a equipamentos, instalação e recursos humanos, tipos de leitos, números de leitos que repercutem na "qualidade" da oferta. Vale dizer que, quando se analisa o conjunto de itens que compõem a oferta, as áreas completas e incompletas apresentam acentuadas diferenciações internas.

Como mencionado, para estabelecer essas diferenciações, optou-se por definir uma tipologia, utilizando a classificação hierárquica dos municípios como variável básica. Apesar das limitações desse tipo de classificação e das críticas que a ela têm sido feitas, trata-se de um procedimento que, ao sintetizar a variedade da oferta (instalações, equipamentos e recursos humanos), dá uma dimensão da qualidade da oferta e um posicionamento dos municípios na área.

Dado o peso dessa variável na definição da tipologia, considerou-se válido apresentá-la, separadamente, sem que isso signifique uma quebra da unidade de trabalho.

Procedimento para a definição dos níveis hierárquicos

As classificações hierárquicas se baseiam na evidência de que existem serviços de consumo freqüentes, medianos e raros. Como a oferta de serviços de saúde é, também, diferenciada, é de se supor que sua localização seja capaz de gerar uma distribuição espacial hierarquizada, justificando, assim, a proposta de estabelecer uma hierarquia de municípios segundo a "oferta" das unidades de saúde.

Um primeiro passo foi selecionar os dois conjuntos de municípios a serem hierarquizados: 153 possuindo unidades com internação e 159 sem internação. Como referido, há 107 municípios que possuem, simultaneamente, os dois tipos; 46 só com internação e 52 só sem internação. Assim, no total foram trabalhados 205 municípios dos 208 existentes, na área, uma vez que 3 municípios não possuíam qualquer tipo de serviço de saúde.

Algumas unidades com internação, dadas as especificidades de seu atendimento, não foram consideradas para a classificação, tais como hospitais psiquiátricos e leprosários. Os hospitais militares só foram excluídos quando localizados nos municípios das capitais, uma vez que nos municípios de fronteira seu atendimento não se restringe à classe militar.

Os elementos básicos para a classificação hierárquica foram, como referido, itens que compõem os diversos conjuntos de informações constantes dos Questionários da AMS: equipamento, serviços assistenciais, instalações e recursos humanos. Foram selecionados os que mais se adequavam aos objetivos do trabalho. Esses itens passaram a ser considerados como "funções" capazes de definir uma hierarquia.

Selecionaram-se 66 funções para a hierarquia dos municípios com internação (1º conjunto). Desse total, 46% (31) são funções relativas a "Serviços Existentes", 22% (14) a "Instalações", 16% (11) a "Recursos Humanos", e 16% (11) a "Unidades de Especialização"⁵.

No caso das unidades de saúde sem internação (2º conjunto), selecionaram-se 52 funções; sendo 47% (25) relativas a "Serviços Existentes", 30% (17) a "Recursos Humanos", e 23% (10) a "Instalações".

De posse dessas funções, elaborou-se uma matriz onde nas linhas foram especificadas as unidades de serviço de saúde por município e nas colunas as funções selecionadas. Considerou-se a existência ou não de cada tipo de função, desprezando-se o fato de que determinada função ocorresse mais de uma vez na mesma unidade municipal. Procedeu-se ao somatório das colunas, por município, para os dois conjuntos, separadamente, obtendo-se, assim, a freqüência de ocorrência de cada função na área em estudo. As funções foram, então, listadas em ordem decrescente de ocorrência (Tabelas 1 e 2 do Anexo 1).

A freqüência de ocorrência das funções evidencia a existência de funções *muito freqüentes, medianamente freqüentes e raras*. Enquanto algumas apresentam altos percentuais, demonstrando que ocorrem em quase todos os municípios, sendo, obviamente, as mais elementares ou comuns, outras apresentam percentuais muito baixos, são as mais raras. *Estas, contudo, nem sempre são as mais complexas; é o caso, por exemplo, de técnico ou inspetor de saneamento, com uma freqüência de ocorrência de 7%, a mesma do serviço de oncologia, extremamente especializado.*

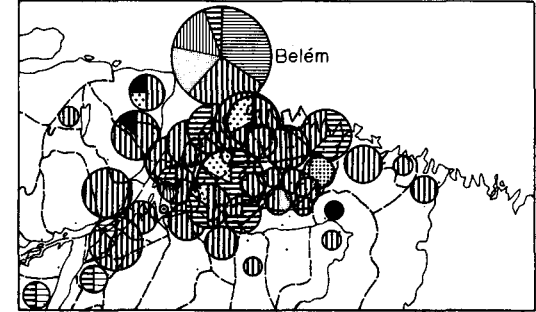
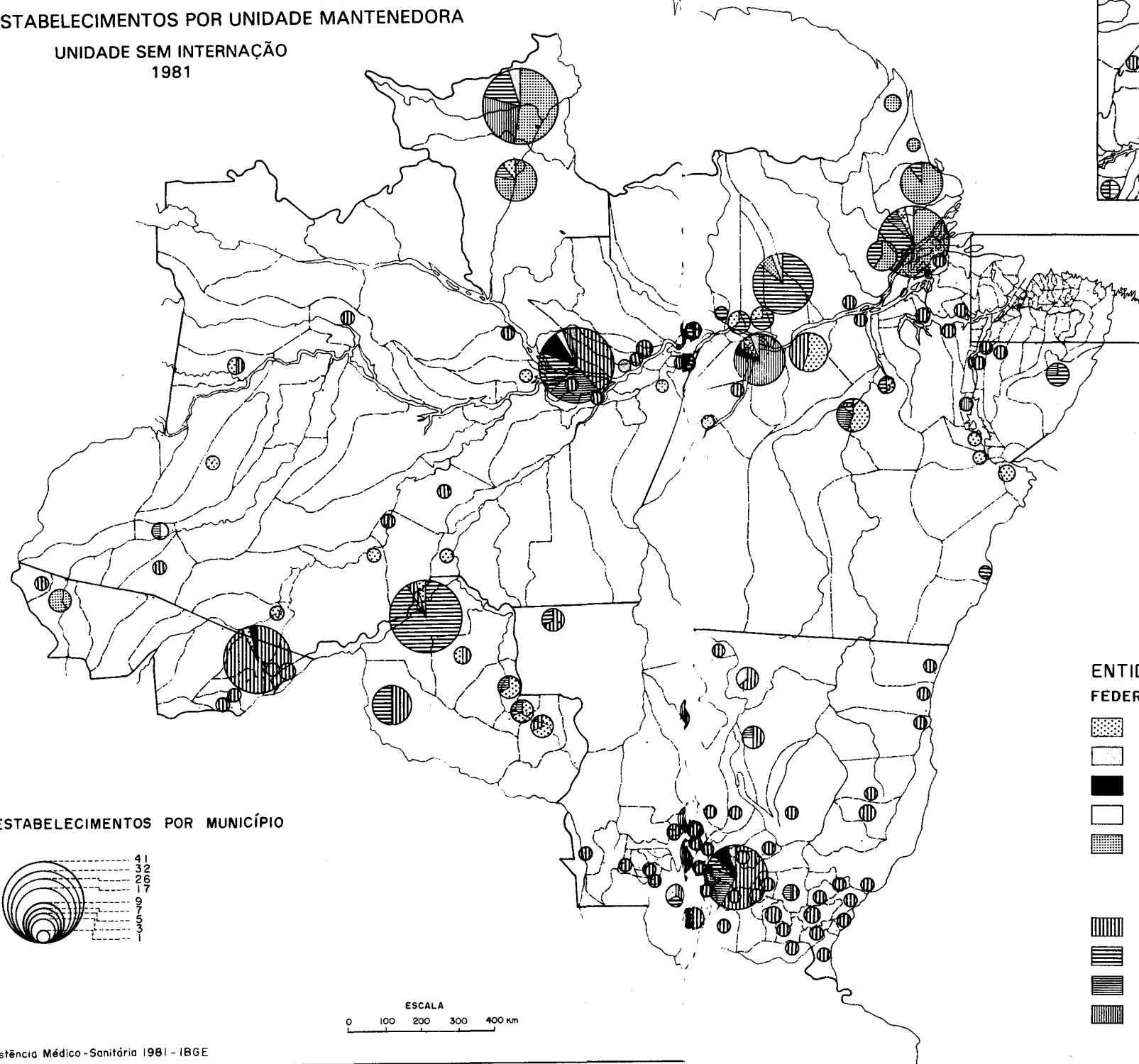
Passou-se, em seguida, à composição dos grupos de funções correspondentes aos diferentes níveis hierárquicos.

O procedimento comumente adotado, nos trabalhos de classificação hierárquica, para a definição dos grupos de funções que caracterizam os diversos níveis da hierarquia, tem sido os patamares indicados nos percentuais de freqüência de ocorrência das funções. Numa tentativa de chegar a uma classificação hierárquica com critérios mais qualitativos, optou-se por definir grupos por tipos de funções, capazes de caracterizar níveis de complexidade crescente de oferta de serviços de saúde e que significassem uma racionalização no atendimento. Foram,

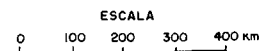
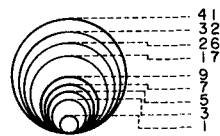
⁵ Os hospitais especializados foram considerados como função, aqui denominadas "Unidades de Especialização".

MAPA 2
REGIÃO NORTE E MATO GROSSO

NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS POR UNIDADE MANTENEDORA
UNIDADE SEM INTERNAÇÃO
1981



NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS POR MUNICÍPIO

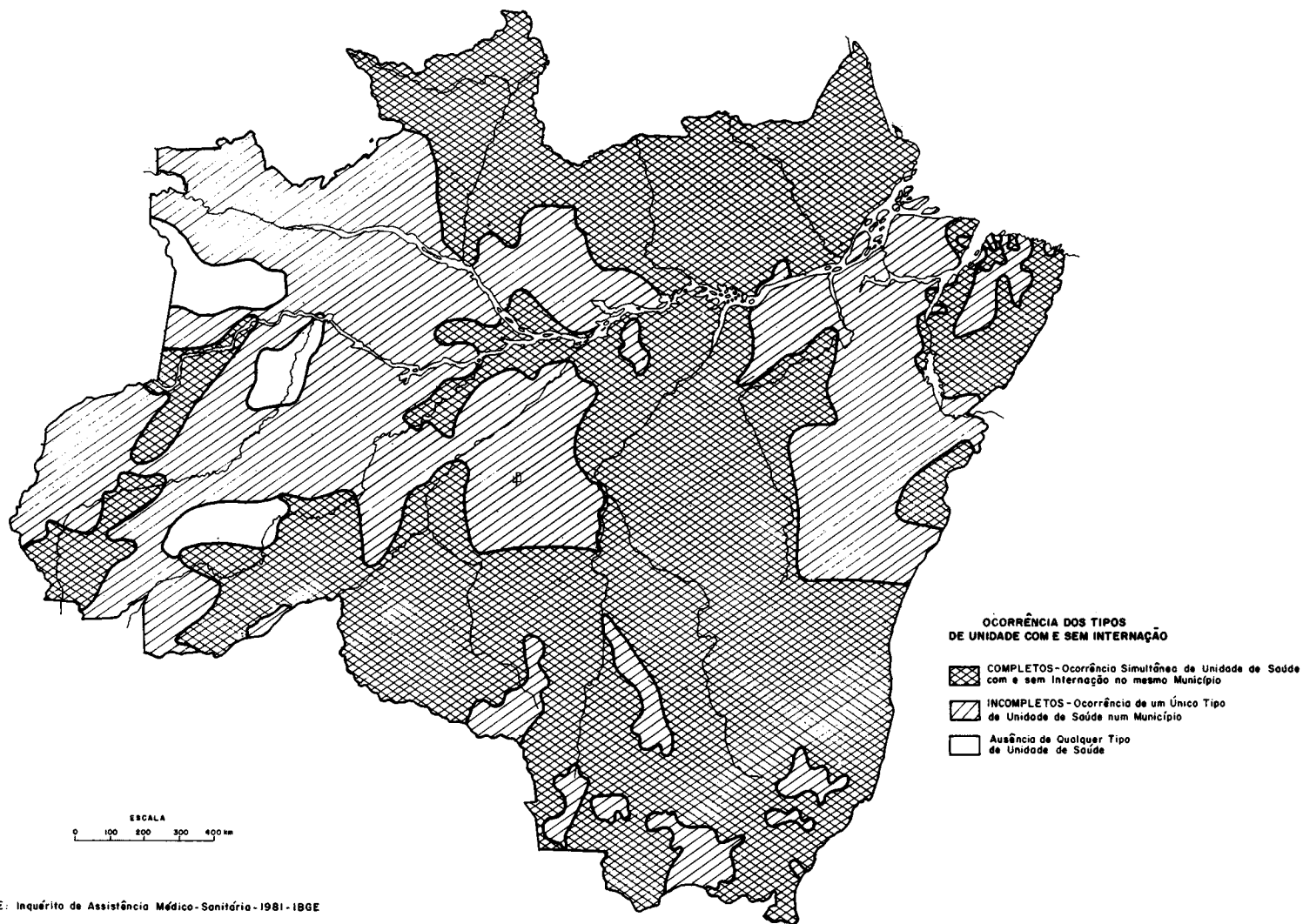


ENTIDADE MANTENEDORA
FEDERAL

- FSESP
- SUCAM
- INPS
- UNIVERSIDADE
- MINISTÉRIOS

- ESTADUAL
- MUNICIPAL
- PARTICULAR LUCRATIVO
- PARTICULAR FILANTRÓPICO

MAPA 3
REGIÃO NORTE E MATO GROSSO
ÁREAS DE OFERTAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE — 1981



FONTE: Inquérito de Assistência Médico-Sanitária-1981-IBGE

então, estabelecidos dois tipos de funções: *definidoras* e *qualificadoras*. As primeiras correspondendo, basicamente, a instalações e serviços e as últimas, a recursos humanos. Assim, um determinado nível é caracterizado por um certo grupo de funções e recebe uma qualificação se a presença dessas funções é complementada por recursos humanos que signifiquem a possibilidade de um atendimento mais racional. Exemplificando, o laboratório é uma *função definidora*. Se essa instalação conta com a presença do técnico de laboratório, isto significa uma racionalização do atendimento, na medida em que há uma melhor divisão do trabalho.

Esta racionalização do atendimento não se restringe apenas a recursos humanos correspondentes a instalações e equipamentos; mas inclui, também, a presença de outros técnicos a exemplo do visitador sanitário, no posto de saúde.

A adoção desse critério não significa que os percentuais de ocorrência não tenham sido considerados para a composição dos grupos, até porque é a freqüência com que ocorre uma função que a caracteriza como *elementar, mediana* ou *rara*. As funções *definidoras* de cada grupo corresponderam aos seguintes percentuais: 75% e mais ao 1º grupo, de 75% a 50% ao 2º, de 50% a 25% ao 3º, de 25% a 10% ao 4º, e menos de 10% ao 5º.

Estabelecidos os grupos de funções *definidoras* e *qualificadoras*, estes passaram a constituir os níveis da hierarquia (Quadros 1 e 2).

Definição de critérios e classificação hierárquica dos municípios

Para as unidades com internação, estabeleceu-se como critério de classificação dos municípios no 1º e 2º níveis a presença da totalidade das respectivas funções definidoras, por se tratar de serviços e instalações considerados básicos. Os serviços que compõem o 1º nível das unidades com internação são aqueles considerados básicos pelos parâmetros da Medicina Social. Deve-se ressaltar que, embora os recursos humanos tenham sido considerados como funções qualificadoras, no caso das

QUADRO 1
COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS DE
FUNÇÕES DAS UNIDADES COM
INTERNAÇÃO

FUNÇÕES DEFINIDORAS	FUNÇÕES QUALIFICADORAS
1º NÍVEL	1º A
1. Serviço de Clínica Médica 2. Serviço de Obstetria e/ou Ginecologia 3. Serviço de Pediatria 4. Serviço de Cirurgia	Um técnico além do médico e do atendente
2º NÍVEL	2º A
1. Laboratório de Análises Clínicas e/ou Parasitologia 2. Laboratório de Hematologia 3. Laboratório de Bacteriologia 4. Gerador auxiliar de energia 5. Serviço de Radiologia	Técnico Auxiliar de Laboratório de Análises Clínicas Técnico Auxiliar de Raios X Técnico de Enfermagem
3º NÍVEL	3º A
1. Serviço de Endoscopia 2. Serviço de Fisioterapia 3. Instalação de Oxigênio 4. Laboratório de Bioquímica 5. Consultório Odontológico	Enfermeiro Farmacêutico Odontólogo
4º NÍVEL	4º A
1. Laboratório de Anatomia Patológica e de Imunologia 2. Serviço de Radioterapia e Medicina Nuclear 3. Unidade de Terapia Intensiva	Assistente Social Nutricionista
5º NÍVEL	5º A
1. Unidade de Pediatria 2. Unidade de Traumatologia-Ortopedia 3. Unidade de Doenças Transmissíveis 4. Unidade de Cardiologia 5. Unidade de Tisiopneumologia 6. Unidade de Oftalmologia-Otorrinologia 7. Unidade de Medicina Nuclear 8. Unidade de Otorrinolaringologia 9. Unidade de Oncologia 10. Unidade de Urologia 11. Unidade de Medicina do Trabalho 12. Unidade de Dermatologia	

QUADRO 2
COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS DE
FUNÇÕES DAS UNIDADES SEM
INTERNAÇÃO

FUNÇÕES DEFINIDORAS	FUNÇÕES QUALIFICADORAS
1º NÍVEL	1º A
1. Serviço de Clínica Médica e/ou de Aplicação de Vacina e/ou de Pediatria 2. Sala de Curativo e Imunização	Um técnico além do atendente
2º NÍVEL	2º A
1. Laboratório 2. Consultório Odontológico	1. Odontólogo 2. Técnico Auxiliar de Laboratório de Análises Clínicas
3º NÍVEL	3º A
Consultório de enfermagem	Médico Cinco tipos de técnicos além dos já incluídos nos níveis anteriores
4º NÍVEL	4º A
1. Laboratório de Bioquímica 2. Radiologia	Todos os técnicos correspondentes

unidades com internação a presença do médico constituiu-se num elemento fundamental para que o município fosse classificado. Esta presença foi considerada mesmo nos casos em que as informações contidas no questionário acusassem periodicidade dessa presença, o que ocorreu em vários municípios.

Para um município se classificar no 3º, 4º e 5º níveis considerou-se que a presença de 75% das funções definidoras dos respectivos grupos era suficiente para configurar uma oferta mais complexa.

As funções qualificadoras indicaram diferenciações intraníveis. Quando as funções definidoras, serviços, equipamentos e instalações eram acompanhadas de recursos humanos, indicativos de um melhor desempenho, acrescentou-se a letra A ao nível.

Outra diferenciação intranível foi estabelecida, quando o município classificado num determinado nível possuísse, pelo menos, 50% das funções definidoras do nível ime-

diatamente superior. Neste caso, agregou-se a letra B ao nível em que o município foi classificado.

Estas diferenciações se revelaram úteis, na medida em que podem funcionar como *proxy* da qualidade da oferta, constituindo-se em mais um elemento informativo para uma política de saúde. Não será demais ressaltar que, como qualidade de oferta, considerou-se a variedade de tipos de funções. Não se levaram em conta, como referido, o número de vezes em que uma função ocorre num mesmo município e, tampouco, certos aspectos qualitativos das funções, como, por exemplo, se um aparelho é mais sofisticado que o outro. Assim, toda vez que se fizer referência a situações tais como "melhor" ou "pior", estas devem ser entendidas dentro das limitações apontadas.

Ainda com relação aos critérios estabelecidos para a classificação dos municípios, outra exigência se refere ao fato de a classificação ser taxonômica. Assim, para que um município se classifique num nível, é necessário que já se tenha classificado no nível imediatamente inferior. Isto significa que, teoricamente, os municípios de mais alta hierarquia devem possuir sucessivamente número maior de funções que os de hierarquia imediatamente inferior.

Na prática, contudo, por diferentes razões isto nem sempre ocorre, podendo-se verificar a existência de municípios de mesmo nível hierárquico, mas com número de funções diferentes, ou municípios possuindo o mesmo número de funções, com classificações hierárquicas diversas.

Os critérios adotados para a classificação dos municípios possuindo unidades sem internação foram, basicamente, os mesmos dos com internação.

Estabelecidos os níveis e definidos os critérios para a classificação dos dois subconjuntos, unidades com e sem internação, os municípios foram, então, classificados. Um resumo das classificações hierárquicas aparece nos Quadros 3 e 4 a seguir.

Avaliação da classificação hierárquica

A observação dos Quadros 3 e 4, com a distribuição dos municípios por níveis, indi-

QUADRO 3
NÚMERO DE MUNICÍPIOS QUE POSSUEM
UNIDADES COM INTERNAÇÃO,
SEGUNDO OS NÍVEIS HIERÁRQUICOS

NÍVEL	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	SUB-NÍVEIS	NÚMERO DE MUNICÍPIOS
TOTAL	153		
5º	2		
4º	2		
3º	26	3º B	3
		3º A	15
		3º	8
		2º B	23
2º	52	2º A	22
		2º	7
		1º B	26
1º	63	1º A	33
		1º	4
Sem classificação	8		

QUADRO 4
NÚMERO DE MUNICÍPIOS QUE POSSUEM
UNIDADES SEM INTERNAÇÃO,
SEGUNDO OS NÍVEIS HIERÁRQUICOS

NÍVEL	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	SUB-NÍVEIS	NÚMERO DE MUNICÍPIOS
TOTAL	159		
5º	2		
4º	2		
3º	18	3º B	1
		3º A	1
		3º	16
2º	64	2º B	4
		2º A	25
		2º	36
1º	65	1º B	22
		1º A	22
		1º	21
Sem classificação	8		

ca, grosso modo, a existência de uma pirâmide numérica. Muito embora essa seja uma constatação bastante óbvia, explica-se a referência. A pirâmide numérica se inclui

entre os pressupostos dos modelos teóricos aplicados aos estudos de classificação hierárquica de centros urbanos, segundo a distribuição de bens e serviços, que preconiza uma progressão do número de centros em cada nível, distribuídos, espacialmente, e articulados numa rede integrada. Tem-se verificado que no mundo real, por diferentes razões, ocorrem distorções na progressão preconizada, muito embora se observe a pirâmide numérica.

Apesar de que, no presente estudo, o aspecto referente à integração dos municípios, através dos fluxos, não vá ser abordado, pois os dados disponíveis na pesquisa AMS não contêm esta informação, considerou-se pertinente a referência à pirâmide numérica. Isto porque no campo da Medicina Social a concepção de rede integrada tem sido defendida como forma de racionalizar a distribuição dos serviços de saúde na medida de suas demandas⁶. Vale dizer que os serviços devem ser distribuídos espacialmente de forma a integrar uma rede, capaz de atender às necessidades da população, em níveis de complexidade crescente. Implícita nesta concepção está a progressão do número de unidades em diferentes níveis, progressão essa que deve variar com o quadro nosológico, da área em estudo, e as diferenciações sócio-espaciais. Nesse contexto, a acessibilidade física e social constitui pontos fundamentais a serem considerados.

Uma avaliação dos resultados obtidos nas duas classificações, quanto ao número de municípios por níveis hierárquicos e a composição dos grupos de funções, evidencia uma grande disparidade na área quanto à oferta de serviços de saúde. Dos 153 municípios possuindo unidades com internação e dos 159 sem internação, apenas dois se classificaram no 5º nível — Belém e Manaus. O número de estabelecimentos e o número de funções que possuem os colocam em situação bem superior à dos dois municípios classificados no 4º nível. Belém e Manaus possuem, praticamente, todas as Unidades Especializadas. Aliás, esta é uma

⁶ Relatórios da Previdência Social têm demonstrado o elevado percentual de procura de serviços básicos em relação àqueles mais sofisticados. Enquanto as clínicas básicas em número de 5 (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Obstetria, Clínica Geral) congregam 65% dos atendimentos, as especializações em número de 20 respondem por 20% e as emergenciais por 15%. Informações retiradas do folheto "Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social" MPAS — 1982.

situação bastante óbvia, em se tratando das duas cidades mais importantes da área, com atuação na distribuição de serviços de saúde a nível regional.

No outro extremo, aparece, nas duas classificações, um grande número de municípios, cerca de 41%, classificados no 1º nível.

Quando se analisam esses percentuais à luz da composição dos níveis, o que se constata, no caso das unidades com internação, é a presença de clínicas básicas, mas sem possuir um mínimo de instalações auxiliares (Quadro 1). Além disso, dos 63 municípios com internação classificados no 1º nível, 37 só possuem um estabelecimento e só dispõem desse tipo de estabelecimento de saúde.

No caso das unidades sem internação, a situação é ainda mais séria, uma vez que as funções que compõem o 1º nível (Quadro 2) não possibilitam, por vezes, um atendimento preventivo considerado básico, já que alguns deles declararam não possuir o serviço de aplicação de vacinas. Dos 65 municípios classificados no 1º nível, 31 possuíam apenas 1 estabelecimento e dispunham, unicamente, deste tipo de unidade de saúde.

Se considerarmos que o 2º nível, pelas funções que o compõem, tanto no caso das unidades com, como nas sem internação, seria aquele capaz de atender às necessidades básicas da população e, considerando o reduzido percentual de municípios que atingiu esse nível, a situação de precariedade se confirma.

No caso dos municípios com internação, de um total de 151 municípios, excetuando-se Belém e Manaus, além dos 63 classificados no 1º nível, 8 não conseguiram se classificar e 46 municípios não possuem qualquer tipo de unidade sem internação. Quanto aos sem internação, de um total de 157, excetuando-se Belém e Manaus, 65 estão no 1º nível, 8 não se classificaram e 52 só dispõem desse tipo de unidade.

A classificação dos municípios em níveis hierárquicos apresenta diferenciações significativas, quando se analisam as Unidades da Federação separadamente (Tabelas 3 e 4 do Anexo 1).

No caso das unidades com internação, observa-se que Mato Grosso e Rondônia apresentam uma situação mais vantajosa que o Pará, Amazonas e Acre, na medida em que o número de municípios no 2º nível, nas duas primeiras Unidades da Federação, é maior do que o número de municípios do 1º nível. Além disso, Mato Grosso possui 11 dos seus 55 municípios no 3º nível, e Rondônia, dos seus 7 municípios em 1981, dois foram classificados no 3º nível.

Quanto às unidades sem internação, chama a atenção a precariedade do Estado do Amazonas, que possuía este tipo de estabelecimento em apenas metade dos seus municípios e teve 50% deles classificados no 1º nível.

A "melhor" situação em termos de classificação hierárquica das unidades sem internação é a de Rondônia, cujos municípios se classificaram entre o 4º e o 2º níveis. Em contrapartida, os do Acre foram classificados entre o 2º e o 1º níveis.

Em termos de espaço regional (Mapas 4 e 5), observa-se que a ocorrência de áreas contíguas de predominância de municípios de hierarquia mais elevada ultrapassa os limites político-administrativos. O mesmo se observa em áreas de predomínio de municípios classificados em níveis mais baixos. Estas diferenciações estão relacionadas à diversidade de interesses que tem marcado a composição do território.

O confronto entre a classificação hierárquica e a entidade mantenedora dos estabelecimentos mostrou que, dos 26 municípios que se classificaram no 3º nível, 70% tinham como entidade mantenedora dos estabelecimentos a iniciativa privada. Já dos 63 classificados no 1º nível, mais da metade correspondia a estabelecimentos mantidos pelos estados.

As observações feitas levam a conjecturar sobre a relação que existe entre os padrões encontrados e o tamanho da demanda. Julgou-se para isso válido verificar a relação entre a classificação hierárquica dos municípios e o contingente populacional, muito embora esta relação possa, à primeira vista, parecer por demais óbvia. Além disso, essa demanda deve ser vista sob certa reserva, uma vez que é suficientemente sabido que a limitada acessibilidade física e

social de amplos segmentos da população impede seu acesso aos serviços de saúde, sobretudo em determinadas áreas.

Para estabelecer a relação foram definidas classes de população significativas para a área em estudo (Tabelas 5 e 6 do Anexo 1). Optou-se por trabalhar com a população urbana, tendo em vista a localização preferencial dos serviços de saúde nos núcleos urbanos. De imediato se observa uma fraca relação entre a classificação e as classes de população. Os municípios classificados no 1º, 2º e 3º níveis estiveram presentes, em todas as classes, até 100 000 habitantes. O que, entretanto, chama atenção é a distribuição de municípios do 3º nível em praticamente todas as classes de população. É significativo, por exemplo, o caso do município de Colider, em Mato Grosso, que, surgido há nove anos, classificou-se no 3º nível, com uma população urbana da ordem de 3 648 habitantes, ou como Boca do Acre, com 7 061 hab., no 3º A. Em contrapartida, municípios com população urbana elevada se classificaram no 1º e 2º níveis. Incluem-se aí municípios que tiveram um vertiginoso aumento da população urbana na década de 70/80 (mais de 150% de crescimento), como Várzea Grande, que integra a aglomeração urbana de Cuiabá, que, com uma população de 73 290 hab., se classificou no 1º nível, ou municípios antigos como Parintins e Ita-coatiara, com população urbana de 29 345 hab. e 26 714 hab., classificados no 2º nível.

Os exemplos citados podem ser relacionados ao recente processo de "urbanização" da área, em múltiplas formas: crescimento de cidades velhas e surgimento de novas, multiplicação de núcleos e povoados fortemente instáveis e estagnação de cidades antigas. Neste contexto, os serviços sociais, como é o caso do setor saúde, apresentam-se qualitativa e quantitativamente nem sempre correlacionados com a importância da cidade e sua zona de ação⁷.

A relação observada e a visualização dos mapas permitem concluir que a classificação hierárquica dos municípios, se em alguns casos se relaciona com o contingente populacional, tem muito mais a ver com o

traçado dos eixos rodoviários e a apropriação seletiva do território, por grupos sociais com poder diverso, o que desde logo evidencia uma demanda extremamente diferenciada. Esta demanda, de certa forma, explica a falta de correspondência entre o número de funções e os níveis hierárquicos, como se pode observar nos Quadros 1 e 2 do Anexo 1.

Tipologia dos municípios

Como foi referido anteriormente, esta parte do trabalho vai tratar da tipologia dos municípios, utilizando a classificação hierárquica, já comentada, e outras variáveis pertinentes ao setor saúde, já relacionadas.

Considerou-se que esse conjunto de variáveis seria capaz de evidenciar aspectos da qualidade da oferta dos serviços de saúde. Dessa forma, sua análise nos diversos municípios se constitui em um elemento para a interpretação sócio-espacial do setor saúde. Convém, ainda, deixar claro que, de um ponto de vista pragmático, considerou-se fundamental definir uma tipologia representativa do contexto regional. Com esta premissa, a orientação adotada foi a de apontar diferentes situações em que se encontram os municípios, a partir de um padrão médio da oferta de serviços de saúde na área em estudo, sem levar em conta parâmetros de outras regiões do país e, muito menos, de organizações internacionais. Assim, o padrão médio corresponderia a uma situação intermediária dos municípios. Acima ou abaixo estavam os "melhor" ou "pior" posicionados quanto à oferta dos serviços.

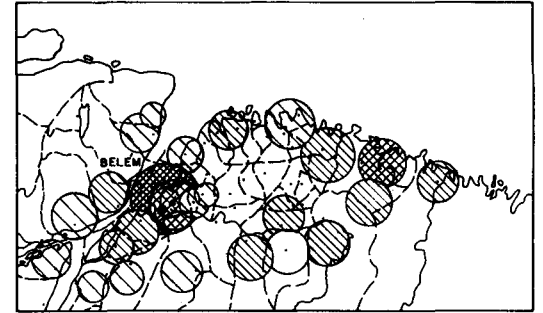
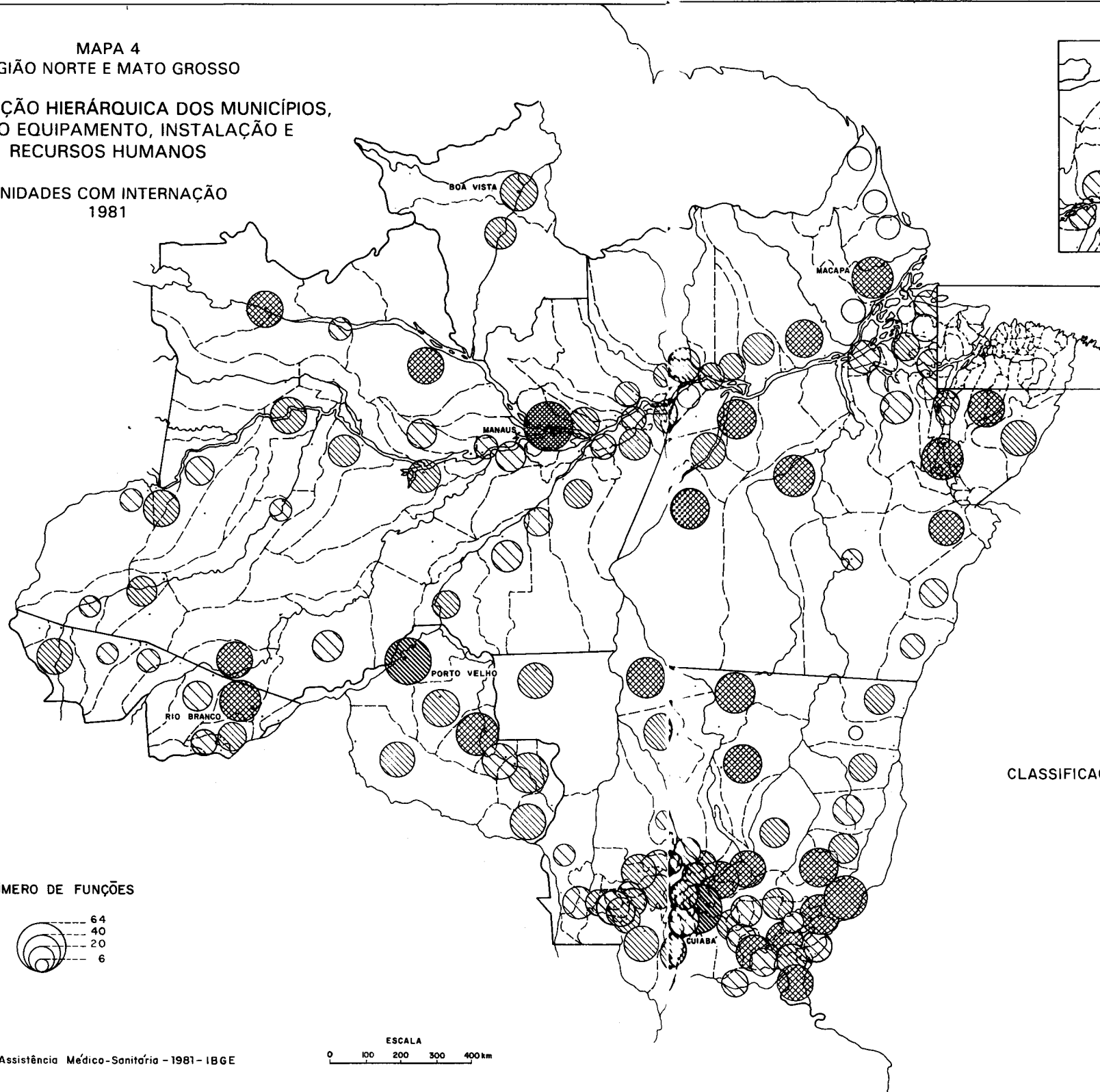
Antes de comentar o conjunto das variáveis selecionadas, coloca-se a questão do universo a ser trabalhado. Se no caso das classificações hierárquicas trabalhou-se com dois subconjuntos — unidades com e sem internação — no caso da tipologia optou-se por três subconjuntos; a partir da ocorrência de municípios possuindo unidades com e sem internação (os completos) e de municípios dispostos apenas de uma ou outra dessas unidades (os incompletos).

Os três subconjuntos foram assim caracterizados: um subconjunto possuindo, si-

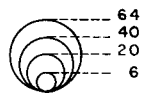
⁷ Santos, Milton (ver Bibliografia).

MAPA 4
 REGIÃO NORTE E MATO GROSSO
 CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DOS MUNICÍPIOS,
 SEGUNDO EQUIPAMENTO, INSTALAÇÃO E
 RECURSOS HUMANOS

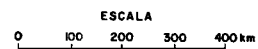
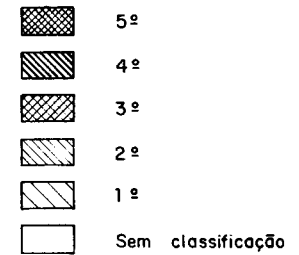
UNIDADES COM INTERNAÇÃO
 1981



NÚMERO DE FUNÇÕES



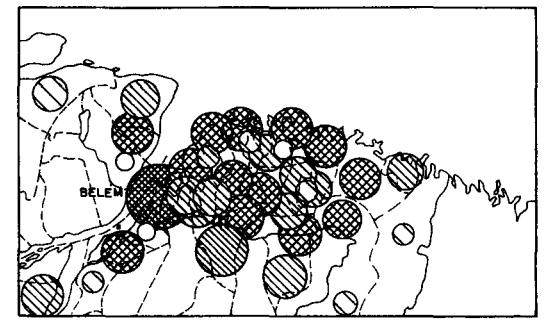
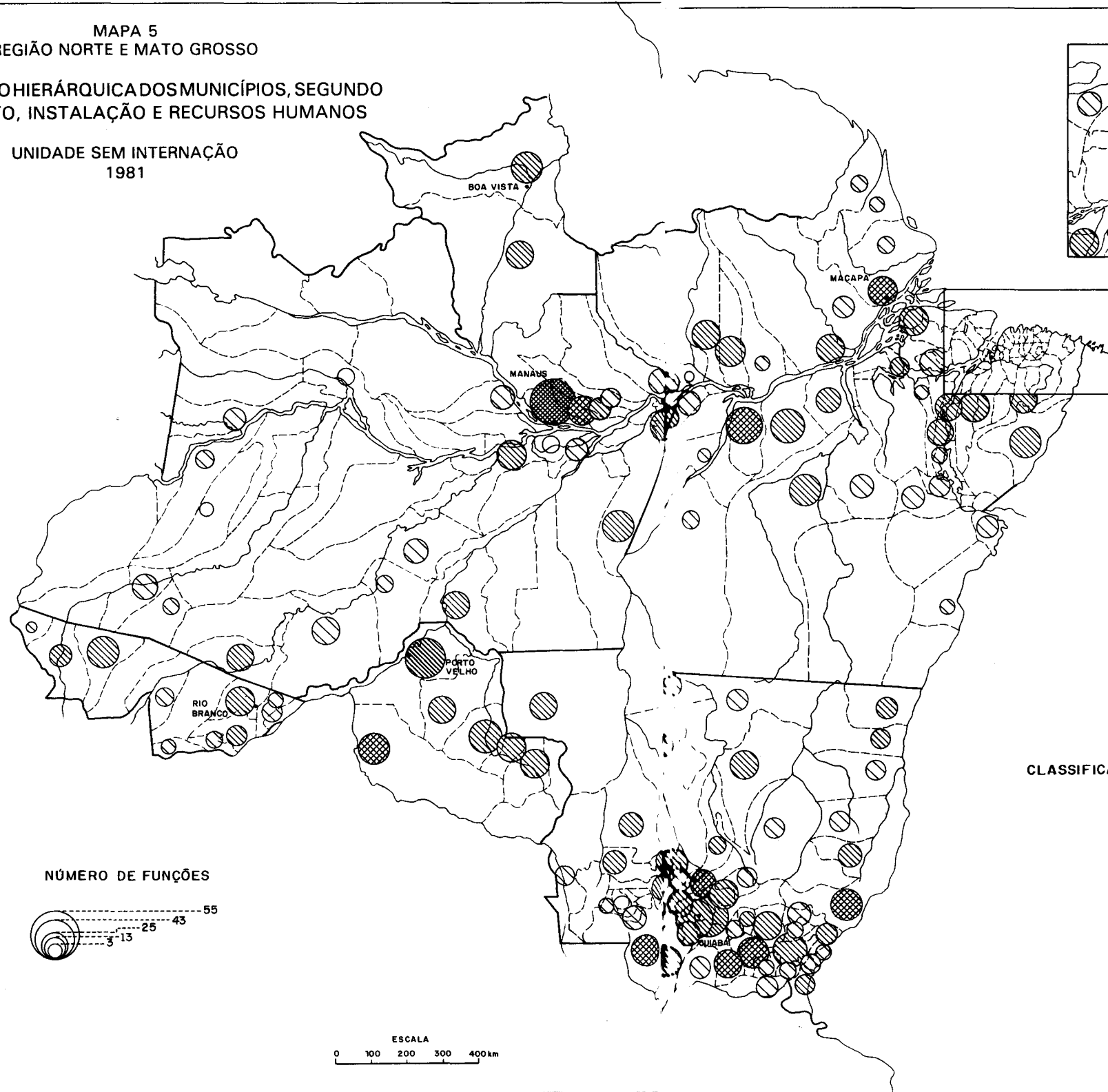
CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA POR NÍVEL



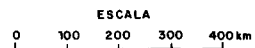
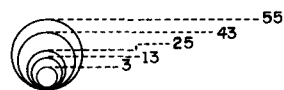
MAPA 5
REGIÃO NORTE E MATO GROSSO

CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DOS MUNICÍPIOS, SEGUNDO
EQUIPAMENTO, INSTALAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

UNIDADE SEM INTERNAÇÃO
1981



NÚMERO DE FUNÇÕES



CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA POR NÍVEL

- 5º
- 4º
- 3º
- 2º
- 1º
- Sem classificação

multaneamente, unidades com e sem internação que, para efeito da tipologia, chamou-se de subconjunto I, um segundo possuindo apenas unidades com internação, o subconjunto II, e um terceiro dispondo, apenas, de unidades sem internação, o subconjunto III.

A opção por esses três subconjuntos se justifica, uma vez que, teoricamente, podem ser escalonados hierarquicamente; vale dizer que o subconjunto I, por possuir os dois tipos de unidades, é superior aos dois outros. Por sua vez, o II é superior ao III, tendo em vista que Hospitais e Unidades Mistas comumente têm atendimento ambulatorial. Já o III se limita ao atendimento ambulatorial, muito embora se tenha conhecimento que em áreas mais carentes eventualmente ocorram internações nesses tipos de unidades. Trata-se, contudo, de um atendimento emergencial e extremamente precário.

O escalonamento hierárquico suposto entre os três subconjuntos por si só estabelece uma diferenciação interáreas.

Como um elemento a mais de caracterização desses três subconjuntos considerou-se válido estabelecer a relação entre os subconjuntos I, II e III e as classes de população definidas para este estudo. Essa relação mostrou, em linhas gerais, uma concordância entre as classes de população mais elevadas e o subconjunto I, e entre as classes de população mais baixas e o subconjunto III (Tabela 7 do Anexo 1) o que pode ser interpretado como um encadeamento causal bastante óbvio. Entretanto, observam-se situações desviantes tal como ocorreu na relação entre os níveis hierárquicos e as classes de população, quais sejam a ocorrência de municípios com população urbana inferior a 1 000 habitantes pertencentes ao subconjunto I ou, ainda, municípios com população entre 8 000 e 10 000 habitantes pertencentes ao subconjunto III, dependendo da área em que os municípios se localizam.

Em termos espaciais, a ocorrência desses subconjuntos apresenta diferenciações acentuadas quando se analisam as diversas Unidades da Federação (Tabela 8 do Anexo

1). Rondônia e Mato Grosso sobressaem no conjunto da área, possuindo, a primeira, seis dos seus sete municípios no subconjunto I e a segunda possuindo 42 dos 55 municípios, também no subconjunto I. É no Estado de Mato Grosso que se localizam os dois municípios do subconjunto I, com menos de 1 000 habitantes. Em contrapartida, o Estado do Amazonas dispõe de apenas 23% de seus municípios neste subconjunto. O maior percentual de municípios deste estado, 41%, pertence ao subconjunto II (só unidades com internação). Já o Pará, embora possua 45% dos municípios no subconjunto I, tem 38% no III.

Variáveis selecionadas e procedimentos adotados para a definição da tipologia

As variáveis selecionadas para a definição da tipologia, além da classificação hierárquica, foram as seguintes: número de leitos existentes nas unidades com internação⁸; tipos de leitos, se especializados, básicos ou indiferenciados; tipos de unidades sem internação, se Policlínicas, Centro de Saúde ou Posto de Saúde; e número de estabelecimentos das unidades com e sem internação.

A classificação dos leitos em básicos e especializados corresponde às diferentes clínicas a que se destinam. Assim, os básicos correspondem às clínicas médicas, de pediatria, ginecologia e obstetrícia. Os especializados referem-se às demais especializações.

Os três tipos de unidades sem internação apresentam diferenciações relacionadas às funções que devem desempenhar, e que são definidas na pesquisa AMS da Fundação IBGE da seguinte maneira: o Posto e o Centro se destinam à assistência médico-sanitária, o primeiro com técnicas simplificadas e pessoal elementar. O segundo é uma unidade sanitária complexa, contando com ambulatórios e atendimento médico, pelo menos uma vez por semana. A Policlínica se destina a uma variada assistência ambulatorial.

⁸ A relação habitante/leito utilizada em outros trabalhos como medida de potencial de atendimento não foi considerada, tendo em vista as características da área marcada ainda por condições de acessibilidade físico-social e financeira bastante limitadas.

As especificações apontadas evidenciam diferenciações da oferta pela simples ocorrência deste ou daquele tipo de leito, desta ou daquela unidade sem internação.

Vale ainda ressaltar que a qualidade da oferta referenciada pelo conjunto das variáveis selecionadas deve ser vista com ressalvas, uma vez que os aspectos qualitativos são comumente de difícil mensuração.

O procedimento adotado na definição da tipologia (explicitado no Anexo 2) pode ser sintetizado da seguinte forma:

- a) Atribuição de notas às variáveis com diferentes ponderações;
- b) Somatório das notas obtidas, por unidade municipal, em cada uma das variáveis para cada um dos subconjuntos I, II e III;
- c) Com o somatório das notas de cada município foi calculada a média para cada um dos subconjuntos e definidas cinco classes a partir dessa média, de tal forma que se obtivessem dois níveis acima, e dois níveis abaixo da mesma. Essa decisão se prendeu, de um lado, aos resultados obtidos nas classificações, como níveis hierárquicos, e de outro, ao comportamento da distribuição das notas atribuídas ao conjunto das variáveis. As classes definidas passaram a representar as seguintes situações: favorável 2 e favorável 1, intermediária, precária 1 e precária 2. O subconjunto III representa uma distribuição que resultou num menor número de classes: favorável 1, intermediária, precária 1 e precária 2⁹. A situação intermediária representa o padrão médio da oferta de serviços de saúde na área em estudo. Assim, a situação favorável ou precária deve ser entendida em relação a essa média.

Os Quadros 5, 6 e 7, mostram a situação dos municípios, nas diversas situações, no três subconjuntos.

Através do posicionamento das unidades de observação nas diversas situações, algumas considerações podem ser feitas.

Uma colocação se refere ao número de municípios classificados na situação precária 1 e 2 nos três subconjuntos. Enquanto no subconjunto I o número de municípios nessas duas situações correspondeu a 40% do total (42 de 105), no II correspon-

deu a 54% (25 de 56) e no III a 62% (32 de 52). Tendo em vista que os dois últimos subconjuntos possuem apenas um tipo de unidade de saúde (só com ou só sem internação) fica claro que a maioria dos municípios que compõem estes subconjuntos não dispõe de um mínimo de condições de atendimento.

Reforçando a precariedade dos municípios que constituem os subconjuntos II e III, observa-se que, enquanto o subconjunto I reuniu 36% dos municípios na situação favorável (38 de 105), o II possui 20% (9 de 46) e o III apenas 8% (4 de 52).

Considerou-se também procedente uma rápida análise das notas obtidas na situação intermediária nos três subconjuntos, objetivando identificar as variáveis que mais pesaram dentro da heterogeneidade da composição dessa classe.

No subconjunto I, onde as notas na classe intermediária variaram de 16 a 20, as variáveis que apresentaram comportamento mais homogêneo foram o número de estabelecimentos (apenas um com internação e um sem internação ocorrendo no mesmo município) e a hierarquia (2º nível hierárquico tanto para os municípios com internação como para os sem internação).

No subconjunto II, com notas variando de 9 a 11, a situação intermediária se caracteriza pela presença de municípios com apenas um estabelecimento e com número de leitos variando de 2 a 19.

O subconjunto III (com notas variando de 6 a 9) apresentou uma situação intermediária caracterizada pela presença de Centros de Saúde, classificados no 2º nível hierárquico.

CONFIGURAÇÃO ESPACIAL DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A tipologia obtida conduz a algumas considerações em termos de espaço regional. A visualização do mapa "Tipologia dos Municípios" (Mapa 6) evidencia, desde logo, uma descontinuidade acentuada na ocorrência das diferentes situações em que

⁹ Davidovich, Fany R. e Cardoso, Maria Francisca T. C. (ver Bibliografia).

QUADRO 5
SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO SUBCONJUNTO I

MUNICÍPIOS		UNIDADES DA FEDERAÇÃO							MUNICÍPIOS DO SUBCONJUNTO I
Situação	Total	Acre	Ama- pá	Ama- zonas	Mato Grosso	Pará	Ron- dônia	Rorai- ma	
Favorável 2 (47 a 31)	11	2	1	-	2	3	3	-	Cuiabá (MT), Porto Velho (RO), Macapá (AP), Santarém (PA), Rio Branco (AC), Castanhal (PA), Ji-Paraná (RO), Guajará-Mirim (RO), Sinop (MT), Cruzeiro do Sul (AC) e Altamira (PA)
Favorável 1 (30 a 21)	27	-	-	1	12	9	3	2	Aripuanã (MT), Rondonópolis (MT), Boa Vista (RR), Bragança (PA), Poxoréo (MT), Alta Floresta (MT), Pimenta Bueno (RO), Barra do Garças (MT), Paragominas (PA), Capanema (PA), Cáceres (MT), Almeirim (PA), Santa Isabel do Pará (PA), Colíder (MT), Itaituba (PA), Tucuruí (PA), Chapada dos Guimarães (MT), Caracarái (RR), Poxoré (MT), Ananindeua (PA), Cacoal (RO), Ariquemes (RO), Rosário Oeste (MT), Boca do Acre (AM), Alto Araguaia (MT), Barra do Bugres (MT) e Obidos (PA)
Intermediária (20 a 16)	25	1	-	4	11	9	-	-	Alenquer (PA), Guiratinga (MT), Ita-coatiara (AM), Nova Brasilândia (MT), Xapuri (AC), Oriximiná (PA), São Domingos do Capim (PA), Torixoréu (MT), Tangará da Serra (MT), Porto dos Gaúchos (MT), Cametá (PA), Nobres (MT), Diamantino (MT), Benevides (PA), Conceição do Araguaia (PA), Várzea Grande (MT), Maués (AM), Monte Alegre (PA), Santa Terezinha (MT), Humaitá (AM), Jaciara (MT), Parintins (AM), Paranatinga (MT), Capitão Poço (PA) e Aباetetuba (PA)
Precária 1 (15 a 11)	32	2	-	4	12	14	-	-	Quatro Marcos (MT), Água Boa (MT), Dom Aquino (MT), Aveiro (PA), Viseu (PA), Santo Antônio do Tauá (PA), Soure (PA), Eirunepé (AM), Alto Garças (MT), Mirassol d'Oeste (MT), Alto Paraguai (MT), São Félix do Araguaia (MT), Brasília (AC), Barcarena (PA), Nortelândia (MT), Jauru (MT), Curuçá (PA), Manacapuru (AM), Cachoeira do Arari (PA), Moju (PA), Vigia (PA), Canarana (MT), Pedra Preta (MT), Arenópolis (MT), Lábrea (AM), Igarapé-Miri (PA), Faro (PA), Ourém (PA), Maracanã (PA), Bairão (PA), São Paulo de Olivença (AM) e Tarauacá (AC)
Precária 2 (10 a 6)	10	-	4	-	5	1	-	-	Vila Bela da Santíssima Trindade (MT), Itiquira (MT), Ponte Branca (MT), Mazagão (AP), Juruti (PA), Tesouro (MT), Luciara (MT), Amapá (AP), Calçoene (AP) e Oiapoque (AP).

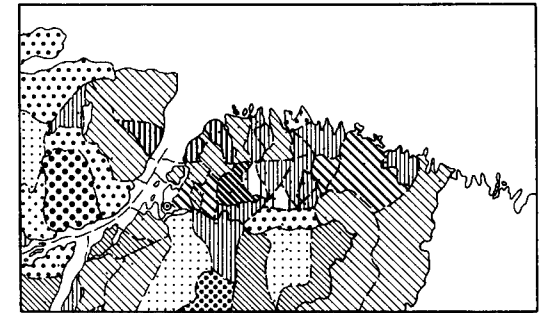
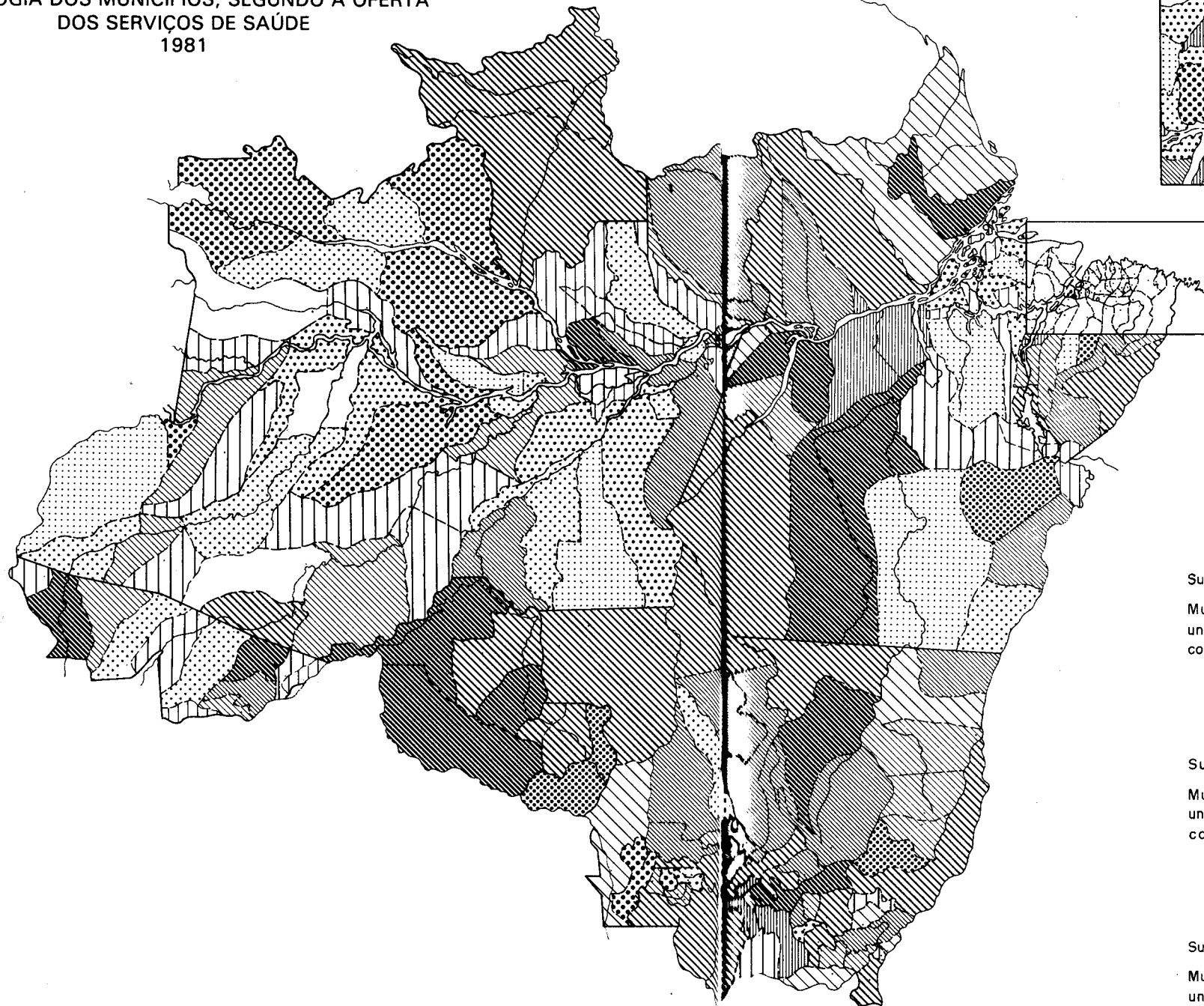
QUADRO 6
SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO SUBCONJUNTO II

MUNICÍPIOS		UNIDADES DA FEDERAÇÃO							MUNICÍPIOS DO SUBCONJUNTO II
Situação	Total	Acre	Ama-pá	Ama-zonas	Mato Grosso	Pará	Ron-dônia	Rorai-ma	
Favorável 2 (22 a 18)	4	-	-	-	1	2	1	-	Tomé-Açu (PA), Vilhena (RO), Marabá (PA) e Nova Xavantina (MT)
Favorável 1: (17 a 12)	5	-	-	4	-	1	-	-	São Gabriel da Cachoeira (AM), Barcelos (AM), Muaná (PA), Benjamin Constant (AM) e Coari (AM)
Intermediária: (11 a 9)	12	-	-	3	2	7	-	-	Gurupá (PA), São Miguel do Guamá (PA), Breves (PA), Salinópolis (PA), Fonte Boa (AM), Rio Branco (MT), Tefé (AM), Chaves (PA), Ponta de Pedra (PA), Limoeiro do Ajuru (PA), Borba (AM) e Juscimeira (MT)
Precária 1 (8 a 6)	18	2	-	7	3	6	-	-	Pontes e Lacerda (MT), Rio Claro (MT), Santana do Araguaia (PA), Santa Isabel do Rio Negro (AM), Sena Madureira (AC), São Sebastião da Boa Vista (PA), Oeiras do Pará (PA), Acará (PA), São Félix do Xingu (PA), Portel (PA), Anori (AM), Uruará (AM), Carauari (AM), Ipixuna (AM), Manicoré (AM), Nova Olinda do Norte (AM), Araputanga (MT) e Feijó (AC)
Precária 2 (5 a 3)	7	-	-	4	1	2	-	-	Urucurituba (AM), Atalaia do Norte (AM), Codajás (AM), Novo Aripuanã (AM), Salto do Céu (MT), Anajás (PA) e Irituia (PA)

QUADRO 7
SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO SUBCONJUNTO III

MUNICÍPIOS		UNIDADES DA FEDERAÇÃO							MUNICÍPIOS DO SUBCONJUNTO III
Situação	Total	Acre	Ama-pá	Ama-zonas	Mato Grosso	Pará	Ron-dônia	Rorai-ma	
Favorável 1 (14 a 10)	4	-	-	-	-	4	-	-	Salvaterra (PA), Santa Maria do Pará (PA) e Colares (PA) e São Caetano de Odivelas (PA)
Intermediária (9 a 6)	16	-	-	-	3	13	-	-	Bujaru (PA), Prainha (PA), Primavera (PA), Santo Antônio do Leverger (MT), Marapanim (PA), Magalhães Barata (PA), Mocajuba (PA), Inhangapi (PA), Augusto Corrêa (PA), Igarapé-Açu (PA), Porto de Moz (PA), Santarém Novo (PA), Nova Timboteau (PA), Santa Cruz do Arari (PA), Acorizal (MT) e Nossa Senhora do Livramento (MT)
Precária 1 (5 e 4)	14	2	-	6	1	5	-	-	São Francisco do Pará (PA), Afuá (PA), Melgado (PA), Currealinho (PA), Barreirinha (AM), Silves (AM), Nhamundá (AM), Autazes (AM), Itapiranga (AM), Novo Airão (AM), Assis Brasil (AC), Plácido de Castro (AC), São João do Araguaia (PA) e Araguainha (MT)
Precária 2 (3 e 2)	18	3	-	7	2	6	-	-	Bonito (PA), Itupiranga (PA), Bagre (PA), Peixe-Boi (PA), Senador José Porfírio (PA), Jacundá (PA), Tapauá (AM), Envira (AM), Santo Antônio do Içá (AM), Canutama (AM), Manuel Urbano (AC), Senador Guimard (AC), Mâncio Lima (AC), General Carneiro (MT), Barão de Melgaço (MT), Maraã (AM), Jutai (AM) e Carreiro (AM)

MAPA 6
 REGIÃO NORTE E MATO GROSSO
 TIPOLOGIA DOS MUNICÍPIOS, SEGUNDO A OFERTA
 DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
 1981



Subconjunto I

Municípios com unidades de saúde com e sem internação

- Favorável 2 [diagonal hatching]
- Favorável 1 [diagonal hatching]
- Intermediário [diagonal hatching]
- Precário 1 [diagonal hatching]
- Precário 2 [diagonal hatching]

Subconjunto II

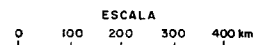
Municípios com unidades de saúde com internação

- Favorável 2 [cross-hatching]
- Favorável 1 [cross-hatching]
- Intermediário [cross-hatching]
- Precário 1 [cross-hatching]
- Precário 2 [cross-hatching]

Subconjunto III

Municípios com unidades de saúde sem internação

- Favorável 1 [vertical hatching]
- Intermediário [vertical hatching]
- Precário 1 [vertical hatching]
- Precário 2 [vertical hatching]



Ausência de qualquer tipo de unidade do saúde [empty box]

se posicionaram os municípios. Esta descontinuidade observada em relação às áreas de ocupação mais antiga é evidente também na de ocupação recente e neste caso, segundo a própria estratégia definida pelo "Plano de Desenvolvimento Urbano da Amazônia"¹⁰ para a ocupação do território — por áreas selecionadas e espacialmente descontínuas, associadas aos grandes eixos rodoviários.

Neste contexto, de imediato, pode-se notar que a situação favorável do subconjunto I reuniu os municípios das capitais, municípios antigos em áreas que mantiveram ou retomaram um dinamismo econômico e municípios de ocupação recente em áreas de grandes projetos agropecuários ou nos enclaves da exploração mineral. Apesar da descontinuidade observada, ao se assumir um maior grau de generalização na forma de combinação das características consideradas, é possível delimitar cinco grandes espaços (Mapa 7): uma área de predomínio do subconjunto I e da situação favorável dos municípios; duas áreas diversificadas quanto à ocorrência dos três subconjuntos, mas com predomínio dos subconjuntos II e III; e duas áreas extremamente diversificadas quanto à ocorrência dos três subconjuntos e ao posicionamento dos municípios nas diferentes situações.

A porção ocidental da região (Amazonas e Acre) é caracterizada pela ocorrência significativa dos subconjuntos II e III com predomínio de municípios na situação precária 2. O Estado do Amazonas, como referido, possui 70% de seus 44 municípios nos subconjuntos II e III, respectivamente 40% e 30%. Além disso, apresenta três municípios sem qualquer tipo de serviço de saúde. O único município do Amazonas na situação favorável do subconjunto I, exceção feita a Manaus, é Boca do Acre, que, juntamente com outros municípios do vizinho Estado do Acre, compõem uma das áreas prioritárias do Polamazônia.

Contrastando com a porção ocidental, destaca-se um subespaço abrangendo, grosso modo, Rondônia, o norte e nordeste de Mato Grosso, estendendo-se pelo sul do Pará, na órbita da Rodovia Cuiabá – San-

tarém e atingindo o norte do estado. É caracterizado pela ocorrência do subconjunto I, com predomínio de municípios na situação intermediária e favorável. Com relação a esse subespaço, é importante salientar que nele se localizam sete das quinze áreas prioritárias definidas no Polamazônia, englobando projetos agrominerais ou agropecuários de grande porte. Entre eles citam-se o de Trombetas ao norte do rio Amazonas, notadamente para o aproveitamento da bauxita, o de Juruena no extremo norte de Mato Grosso, voltado para atividades empresariais ligadas à agropecuária e extrativismo vegetal, e o de Aripuanã (MT) onde vêm se desenvolvendo grandes projetos dirigidos sobretudo para a exploração de jazidas minerais. Destaca-se no conjunto deste subespaço o Estado de Rondônia (com cerca de metade de seu território incluído entre as áreas prioritárias) que apresenta praticamente a totalidade de seus municípios na situação favorável do subconjunto I. Apenas um município, o de Vilhena, pertence ao subconjunto II, mas na situação favorável 2.

Um outro subespaço pode ser identificado na porção oriental do Estado do Pará que corresponde, na sua quase totalidade, ao Projeto Grande Carajás. Embora este subespaço apresente características semelhantes ao subespaço compreendido pelos Estados de Amazonas e Acre, no que tange, por exemplo, à maior ocorrência dos subconjuntos II e III, possui especificidades que o distinguem daquele. É na porção oriental do Pará, do extremo sul do estado ao litoral, que se encontra a maior diversificação dos municípios posicionados nas diversas situações. Além disso, é nele que se encontra a maior concentração de municípios da região pertencentes ao subconjunto III (apenas unidades sem interinação) posicionados na situação favorável. É também nesse subespaço que se observam verdadeiros enclaves de situação favorável 2, no subconjunto II (Marabá e Tomé-Açu) e favorável 1 no subconjunto I (Tucuruí e Paragominas). O padrão diversificado deste subespaço é bem ilustrado pela região da Bragantina que se apresenta como um verdadeiro mosaico das diferentes situações. Essa maior diver-

¹⁰ SUDAM — Plano de Desenvolvimento da Amazônia — Belém 1976.

sificação pode ser relacionada às áreas de ocupação mais antiga, mais estruturadas e com malha municipal mais subdividida. Com este mesmo padrão identifica-se um subespaço ao sul de Mato Grosso.

Os padrões espaciais da distribuição de serviços de saúde identificados refletem o processo de estruturação da área em estudo, caracterizada pela convivência de diferentes formas de organização da produção, decorrentes das várias formas de apropriação da terra por grupos sociais com interesses e poder diversos, desde o estado e a grande empresa, aos pequenos proprietários mais ou menos capitalizados e os colonos. Assim, áreas de predomínio de serviços de saúde em situações favoráveis correspondem às áreas dos grandes projetos agropecuários ou de mineração ou às áreas de colonização particular, as mais beneficiadas pela presença dos eixos rodoviários.

Outro aspecto a ser considerado na diferenciação dos subespaços é a distinção que se pode estabelecer entre os fluxos migratórios, quanto à sua origem e composição. Vale dizer que o contingente de nordestinos, representado na sua maioria por migrantes de baixo nível de conhecimentos gerais, sem capital próprio, além de viciados pela herança de um rudimentarismo técnico notório, difere bastante do perfil do migrante oriundo do Centro-sul. Essas características denotam, desde logo, níveis de demanda diferenciados, conforme o predomínio de um ou outro contingente nas diversas áreas. Ilustram essas afirmativas a ocorrência de áreas contínuas do subconjunto I em Rondônia e norte de Mato Grosso e as de ocorrência do subconjunto II e III no leste paraense.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados das classificações hierárquicas e da tipologia demonstram que o crescimento significativo do setor saúde na Amazônia — a partir sobretudo da década de 70, apresentou as mesmas características do setor econômico — deu-se de maneira seletiva e pontual, beneficiando discriminatoriamente determinadas áreas e dei-

xando excluída de seus benefícios grande parte da região. A implantação recente dos estabelecimentos se limitou basicamente ao Mato Grosso, Rondônia e Pará e nesses estados, sobretudo nas áreas dos grandes projetos.

O aspecto discriminatório desse crescimento pode ser evidenciado pelas informações relativas à implantação dos serviços de saúde. De um total de 208 municípios existentes em 1981, 52 deles não possuíam hospital, 46 não dispunham de Postos ou Centros de Saúde, e 3 deles não dispunham de qualquer tipo de serviço de saúde.

Quanto ao número de estabelecimentos por municípios, dos 205 que possuíam serviço de saúde, 50 tinham apenas um Posto de Saúde, 30 apenas um Centro de Saúde e 88 apenas uma unidade com internação (hospital ou unidade mista).

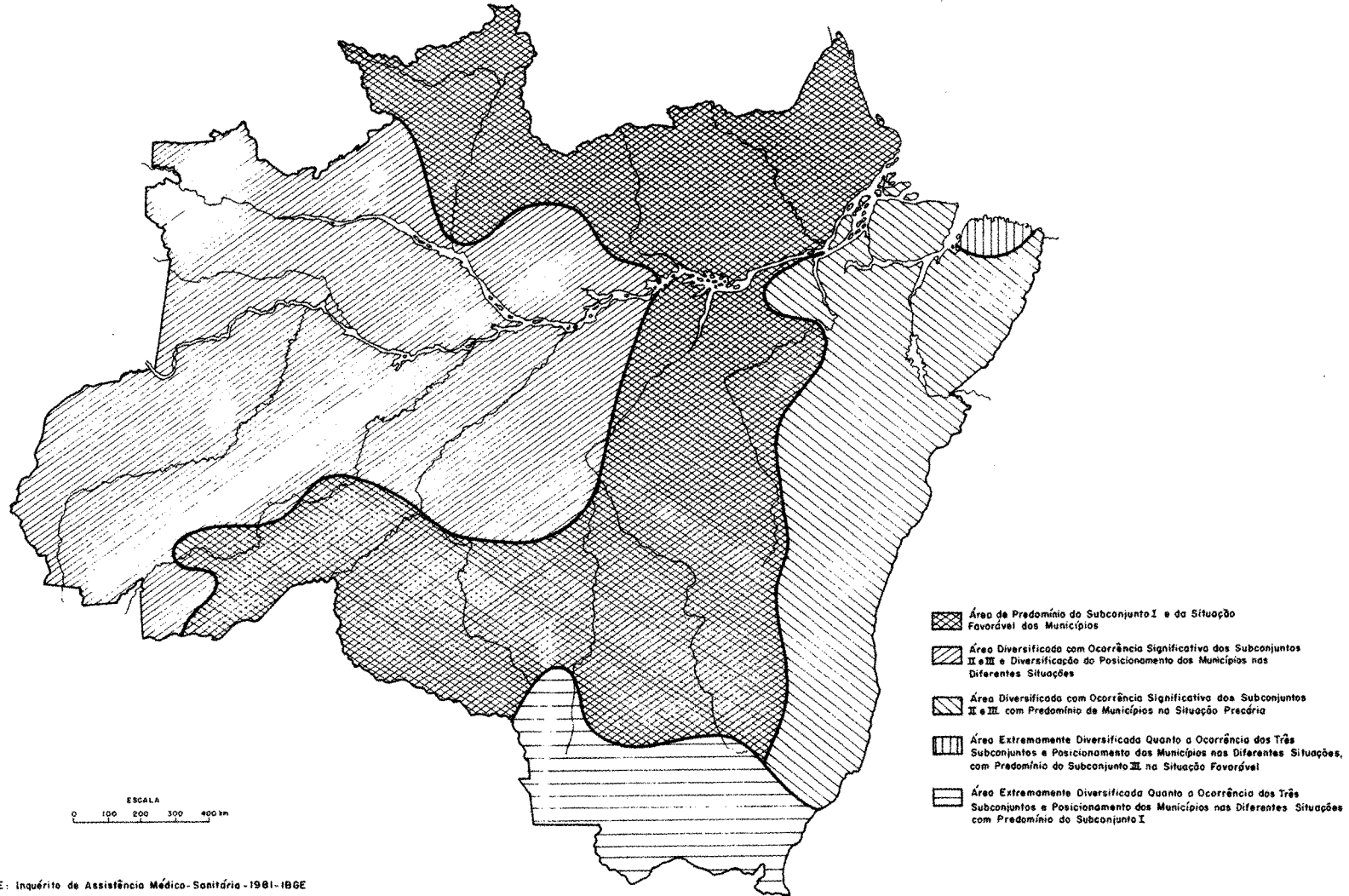
A ocorrência de um único estabelecimento numa área caracterizada ainda por baixas densidades demográficas, à primeira vista poderia parecer uma situação satisfatória; entretanto, considerando a grande extensão da maioria dos municípios e a reduzida acessibilidade, configura-se, desde logo, uma situação de extrema precariedade. Esta situação é agravada, quando se constata que, dos 88 municípios que possuíam um hospital, 8 ficaram sem classificação e 49 classificaram-se no 1º nível hierárquico (55%); dos 50 que dispunham de um Posto, 5 não tiveram classificação e 30 ficaram no 1º nível.

Fica evidente, assim, que além da escassez de serviços de saúde a maioria dos municípios não apresentava um mínimo de condições de atendimento, tendo em vista o conjunto de "funções" que caracteriza o 1º nível nas diversas unidades de saúde, conforme analisado no Item 4 deste trabalho.

A título de contribuição, aventurar-se-ia dizer que, dos 208 municípios existentes na área, apenas 24% poderiam ser considerados como possuindo condições de atendimento para as necessidades básicas da população. São municípios possuindo simultaneamente unidades com e sem internação classificados, no mínimo, no 2º nível hierárquico. Além desses, pode-se conside-

MAPA 7
REGIÃO NORTE E MATO GROSSO

DIFERENCIAÇÕES ESPECIAIS DE OFERTAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE



FONTE: Inquérito de Assistência Médico-Sanitária - 1981-IBGE

rar também possuindo condições básicas de atendimento os 13 municípios que, apesar de não possuírem unidade sem internação, dispõem de Unidade Mista, classificados no mínimo no 2º nível hierárquico, uma vez que tais unidades mistas, pelo menos teoricamente, funcionam como unidades sanitárias.

Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito ao descompasso entre uma oferta ampliada e mais bem qualificada e uma equivalente melhoria dos níveis de saúde da população. Embora não se tenha feito um estudo sobre a saúde da população, o caso de Rondônia é típico do descompasso mencionado. Inserido na área "mais bem servida" de serviços de saúde, é intitulado o "campeão nacional da malária". Não resta dúvida de que o intenso e contínuo afluxo de população é responsável, em larga medida, pela gravidade da situação, mas é verdade também que se repete nessas áreas de ocu-

pação recente o mesmo quadro que caracteriza o país como um todo — ênfase na medicina curativa (farmácias e hospitais fazem parte da paisagem de Rondônia) com utilização de tecnologia sofisticada, em detrimento da medicina preventiva e descaso quanto à infra-estrutura sanitária, condições de trabalho e moradia. Notícias sobre Rondônia veiculadas nos meios de comunicação dão conta de que em Porto Velho apenas 10% das residências estão ligadas à rede de esgoto que inexiste na maioria dos outros municípios. A água, além da poluição dos mananciais, é escassa em todos os municípios, inclusive na capital¹¹.

Do que foi visto, pode-se constatar que o setor saúde reflete no espaço o processo de ocupação da área marcado por embates entre fatores externos e internos, com predomínio dos primeiros e, por isso mesmo, nem sempre consentâneo com as necessidades e interesses da área.

ANEXO 1

TABELA 1

FREQÜÊNCIA DE OCORRÊNCIA DAS FUNÇÕES NOS MUNICÍPIOS POSSUINDO ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO — 1981

continua

ORDEM DE FREQÜÊNCIA	FUNÇÕES	NÚMERO DE OCORRÊNCIA	PERCENTUAL DE OCORRÊNCIA
1	Serviço de Clínica Médica	153	100
2	Serviço de Obstetria	152	99
3	Serviço de Pediatria	152	99
4	Médico	150	98
5	Sala de Curativo	149	97
6	Serviço de Ginecologia	138	91
7	Serviço de Cirurgia	136	89
8	Laboratório de Análises Clínicas	131	86
9	Atendente ou Aux. Oper. de Serviços	131	86
10	Auxiliar de Enfermagem	117	76
11	Serviço de Anestesia	115	75
12	Laboratório de Parasitologia	114	75
13	Gerador Auxiliar de Energia Elétrica	108	71
14	Sala de Imunização	107	70
15	Consultório de Enfermagem	105	69
16	Laboratório de Hematologia	102	67
17	Serviço de Aplicação de Vacinas	100	65
18	Técnico Auxiliar de Laboratório de Análises Clínicas	94	61
19	Serviço de Radiologia	94	61

¹¹ Reportagem de "O Globo" de 10-04-1986.

TABELA 1
FREQÜÊNCIA DE OCORRÊNCIA DAS FUNÇÕES NOS MUNICÍPIOS POSSUINDO
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO — 1981

ORDEM DE FREQUÊNCIA	FUNÇÕES	conclusão	
		NÚMERO DE OCORRÊNCIA	PERCENTUAL DE OCORRÊNCIA
20	Laboratório de Bacteriologia.....	89	58
21	Serviço de Dermatologia	89	58
22	Serviço de Traumatologia-Ortopedia	83	54
23	Enfermeiro	81	53
24	Serviço de Doenças Transmissíveis	81	53
25	Consultório de Odontologia	79	52
26	Serviço de Cardiologia	71	46
27	Odontólogo	68	44
28	Farmacêutico.....	68	44
29	Técnico Auxiliar de Raios X.....	65	42
30	Serviço de Urologia	64	42
31	Laboratório de Bioquímica	63	41
32	Serviço de Tisiopneumologia	58	38
33	Serviço de Otorrinolaringologia.....	57	37
34	Técnico de Enfermagem.....	52	34
35	Serviço de Fisioterapia.....	51	33
36	Serviço de Psiquiatria	49	32
37	Serviço de Gastroenterologia	47	31
38	Serviço de Neurologia.....	44	29
39	Serviço de Oftalmologia.....	44	29
40	Serviço de Reumatologia.....	42	27
41	Serviço de Nefrologia	37	24
42	Laboratório de Imunologia	35	23
43	Instalação Central de Oxigênio.....	33	22
44	Serviço de Geriatria.....	32	21
45	Serviço de Proctologia	27	18
46	Serviço de Angiologia.....	25	16
47	Laboratório de Anatomia Patológica.....	22	14
48	Assistente Social	19	12
49	Serviço de Endocrinologia	16	10
50	Serviço de Terapia Intensiva.....	15	10
51	Nutricionista.....	14	9
52	Serviço de Oncologia.....	10	7
53	Serviço de Radioterapia	9	6
54	Serviço de Endoscopia.....	9	6
55	Unidade de Pediatria.....	6	4
56	Unidade de Traumatootopedia	4	3
57	Unidade de Doenças Transmissíveis	3	2
58	Unidade de Cardiologia	3	2
59	Unidade de Tisiopneumologia.....	2	1
60	Unidade de Oftalmologia-Otorrino.....	2	1
61	Serviço de Medicina Nuclear.....	2	1
62	Unidade de Otorrinolaringologia.....	2	1
63	Unidade de Oncologia.....	1	0,5
64	Unidade de Urologia	1	0,5
65	Unidade de Medicina do Trabalho.....	1	0,5
66	Unidade de Dermatologia	1	0,5

TABELA 2

FREQÜÊNCIA DE OCORRÊNCIA DAS FUNÇÕES NOS MUNICÍPIOS POSSUINDO ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO — 1981

ORDEM DE FREQÜÊNCIA	FUNÇÕES	NÚMERO DE OCORRÊNCIA	PERCENTUAL DE OCORRÊNCIA
1	Serviço de Clínica Médica	145	91
2	Atendente ou Auxiliar Operacional de Serviços.....	134	84
3	Serviço de Aplicação de Vacina	131	82
4	Serviço de Pediatria.....	125	79
5	Sala de Curativo	108	68
6	Serviço de Dermatologia Sanitária	96	60
7	Serviço de Obstetrícia.....	94	59
8	Consultório de Enfermagem.....	93	58
9	Serviços de Doenças Transmissíveis.....	91	57
10	Consultório Odontológico.....	90	57
11	Médico	78	49
12	Laboratório de Análises Clínicas	77	48
13	Serviço de Ginecologia	76	48
14	Odontólogo	74	47
15	Laboratório de Parasitologia.....	70	44
16	Técnico Auxiliar de Laboratório de Análises Clínicas.....	59	37
17	Auxiliar de Enfermagem	55	35
18	Laboratório de Bacteriologia.....	55	35
19	Laboratório de Hematologia	52	33
20	Serviço de Dermatologia	52	33
21	Serviço de Fisiopneumologia	50	31
22	Agente de Saúde Pública — 1º grau	49	31
23	Visitadora Sanitária — 1º grau.....	40	25
24	Enfermeiro	37	23
25	Visitadora Sanitária — 2º grau.....	34	21
26	Auxiliar de Saneamento — 2º grau.....	34	21
27	Serviço de Cirurgia.....	31	19
28	Serviço de Psiquiatria	30	19
29	Parteira Prática	29	18
30	Laboratório de Bioquímica	25	16
31	Serviço de Otorrinolaringologia.....	17	11
32	Serviço de Gastroenterologia	17	11
33	Assistente Social	16	10
34	Farmacêutico.....	16	10
35	Serviço de Fisioterapia.....	16	10
36	Serviço de Urologia	16	10
37	Técnico de Enfermagem — 2º grau	15	9
38	Serviço de Reumatologia.....	12	8
39	Serviço de Cardiologia	12	8
40	Sanitarista	11	7
41	Técnico de Saneamento ou Inspetor Sanitário	11	7
42	Serviço de Oftalmologia.....	10	6
43	Serviço de Neurologia.....	9	6
44	Laboratório de Imunologia	8	5
45	Serviço de Oncologia.....	7	4
46	Serviço de Radiologia	7	4
47	Serviço de Traumatologia.....	5	3
48	Laboratório de Anatomia Patológica.....	5	3
49	Técnico Auxiliar de Raios X	5	3
50	Serviço de Proctologia	5	3
51	Serviço de Endocrinologia	5	3
52	Serviço de Angiologia.....	5	3

TABELA 3
NÚMERO DE MUNICÍPIOS QUE POSSUEM UNIDADES DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO
POR NÍVEIS HIERÁRQUICOS, SEGUNDO AS UNIDADES DA FEDERAÇÃO – 1981

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	TOTAL GERAL DE MUNICÍPIOS DA ÁREA	MUNICÍPIOS COM UNIDADES DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO						
		Total de municípios	Níveis hierárquicos					Sem classificação
			5º	4º	3º	2º	1º	
TOTAL	208	153	2	2	26	52	63	8
Acre.....	12	7	–	–	1	2	4	–
Amapá.....	5	5	–	–	1	–	–	4
Amazonas.....	44	28	1	–	3	10	14	–
Mato Grosso.....	55	49	–	1	11	20	16	1
Pará.....	83	55	1	–	8	15	28	3
Rondônia.....	7	7	–	1	2	3	1	–
Roraima.....	2	2	–	–	–	2	–	–

FONTE – IBGE, Questionários de Assistência Médico-Sanitária (AMS) – 1981.

TABELA 4
NÚMERO DE MUNICÍPIOS QUE POSSUEM UNIDADES DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO
POR NÍVEIS HIERÁRQUICOS, SEGUNDO AS UNIDADES DA FEDERAÇÃO – 1981

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	TOTAL GERAL DE MUNICÍPIOS DA ÁREA	MUNICÍPIOS COM UNIDADES DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO						
		Total de municípios	Níveis hierárquicos					Sem classificação
			5º	4º	3º	2º	1º	
TOTAL	208	159	2	2	18	64	65	8
Acre.....	12	10	–	–	–	4	6	–
Amapá.....	5	5	–	–	1	–	4	–
Amazonas.....	44	23	1	–	1	7	11	3
Mato Grosso.....	55	48	–	1	5	21	20	1
Pará.....	83	65	1	–	10	26	24	4
Rondônia.....	7	6	–	1	1	4	–	–
Roraima.....	2	2	–	–	–	2	–	–

FONTE – IBGE, Questionários de Assistência Médico-Sanitária (AMS) – 1981.

TABELA 5
NÚMERO DE MUNICÍPIOS POSSUINDO UNIDADES DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO, POR
CLASSES DE POPULAÇÃO, SEGUNDO OS NÍVEIS HIERÁRQUICOS – 1980

NÍVEIS HIERÁRQUICOS	MUNICÍPIOS COM UNIDADES DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO, POR CLASSES DE POPULAÇÃO (1)									
	Total	Até 1 000 habitantes	De 1 001 a 3 000 habitantes	De 3 001 a 5 000 habitantes	De 5 001 a 8 000 habitantes	De 8 001 a 15 000 habitantes	De 15 001 a 30 000 habitantes	De 30 001 a 50 000 habitantes	De 50 001 a 100 000 habitantes	Mais de 100 000 habitantes
Total de municípios da área	208	14	58	38	32	32	17	7	5	5
Total	153	5	27	31	27	29	17	7	5	5
Sem classificação	8	1	5	1	1	–	–	–	–	–
1º	63	3	15	16	14	10	2	2	1	–
2º	52	1	4	10	7	16	10	3	1	–
3º	26	–	3	4	5	3	5	2	3	1
4º	2	–	–	–	–	–	–	–	–	2
5º	2	–	–	–	–	–	–	–	–	2

FONTE – IBGE – Censos Demográficos – 1980.

(1) População urbana (1980).

TABELA 6
NÚMERO DE MUNICÍPIOS POSSUINDO UNIDADES DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO, POR CLASSES DE POPULAÇÃO, SEGUNDO OS NÍVEIS HIERÁRQUICOS – 1980

NÍVEIS HIERÁRQUICOS	MUNICÍPIOS COM UNIDADES DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO, POR CLASSES DE POPULAÇÃO (1)									
	Total	Até 1 000 habitantes	De 1 001 a 3 000 habitantes	De 3 001 a 5 000 habitantes	De 5 001 a 8 000 habitantes	De 8 001 a 15 000 habitantes	De 15 001 a 30 000 habitantes	De 30 001 a 50 000 habitantes	De 50 001 a 100 000 habitantes	Mais de 100 000 habitantes
Total de municípios da área	208	14	58	38	32	32	17	7	5	5
Total	159	9	42	27	23	28	14	6	5	5
Sem classificação	8	-	3	1	2	2	-	-	-	-
1º	65	6	26	16	6	7	3	1	-	-
2º	64	3	12	8	12	17	7	3	2	-
3º	18	-	1	2	3	2	4	2	3	1
4º	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
5º	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2

FONTE – IBGE – Censos Demográficos – 1980.
 (1) População urbana (1980).

TABELA 7
NÚMERO DE MUNICÍPIOS DOS SUBCONJUNTOS I, II E III, POR CLASSES DE POPULAÇÃO – 1980

SUBCONJUNTOS	MUNICÍPIOS DOS SUBCONJUNTOS POR CLASSES DE POPULAÇÃO (1)									
	Total	Até 1 000 habitantes	De 1 001 a 3 000 habitantes	De 3 001 a 5 000 habitantes	De 5 001 a 8 000 habitantes	De 8 001 a 15 000 habitantes	De 15 001 a 30 000 habitantes	De 30 001 a 50 000 habitantes	De 50 001 a 100 000 habitantes	Mais de 100 000 habitantes
Total de municípios da área	208	14	58	38	32	32	17	7	5	5
Total	205	12	57	38	32	32	17	7	5	5
Subconjunto I	107	2	12	20	18	25	14	6	5	5
Subconjunto II	46	3	15	11	9	4	3	1	-	-
Subconjunto III	52	7	30	7	5	3	-	-	-	-

FONTE – IBGE – Censos Demográficos – 1980.
 (1) População urbana (1980).

TABELA 8
NÚMERO DE MUNICÍPIOS DOS SUBCONJUNTOS I, II e III, SEGUNDO AS UNIDADES DA FEDERAÇÃO – 1981

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	TOTAL DE MUNICÍPIOS DA ÁREA	NÚMERO DE MUNICÍPIOS DOS SUBCONJUNTOS			
		Total de municípios	Subconjunto I	Subconjunto II	Subconjunto III
TOTAL	208	205	107	46	52
Acre	12	12	5	2	5
Amapá	5	5	5	-	-
Amazonas	44	41	10	18	13
Mato Grosso	55	55	42	7	6
Pará	83	83	37	18	28
Rondônia	7	7	6	1	-
Roraima	2	2	2	-	-

FONTE – IBGE, Questionários de Assistência Médico-Sanitária (AMS) – 1981.

QUADRO 1
NÚMERO DE MUNICÍPIOS QUE POSSUEM UNIDADES DE SAÚDE COM
INTERNAÇÃO, SEGUNDO OS NÍVEIS HIERÁRQUICOS E O NÚMERO DE FUNÇÕES

NÍVEIS HIERÁRQUICOS	MUNICÍPIOS COM UNIDADES DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO, POR CLASSES DE POPULAÇÃO																					
	Total de Municípios	Número de Funções																				
		64	63	56	48	47	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30
Total	153	1	1	2	1	3	3	1	1	2	1	3	3	3	4	4	3	7	5	1	3	2
5º	2	1	1																			
4º	2			2																		
3º	26				1	3	3	1	1	1		2	3	3	2	2	2	2				
2º	52									1	1	1			2	2	1	4	4	1	2	2
1º	63																1	1				1
Sem classificação	8																					

NÍVEIS HIERÁRQUICOS	MUNICÍPIOS COM UNIDADES DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO, POR CLASSES DE POPULAÇÃO																				
	Número de Funções																				
	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	9	6
Total	5	7	12	4	7	4	8	2	6	7	5	1	6	4	2	6	3	3	3	3	1
5º																					
4º																					
3º																					
2º	3	3	4	1	3	4	3	1	3	4	2										
1º	2	4	8	3	4		5	1	3	2	3	1	3	2	2	5	3	3	3	3	
Sem classificação									1				3	2		1					1

QUADRO 2
NÚMERO DE MUNICÍPIOS QUE POSSUEM UNIDADES DE SAÚDE SEM
INTERNAÇÃO, SEGUNDO OS NÍVEIS HIERÁRQUICOS E O NÚMERO DE FUNÇÕES

NÍVEIS HIERÁRQUICOS	MUNICÍPIOS COM UNIDADES DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO																				
	Total de Municípios	Número de Funções																			
		55	49	45	43	35	30	31	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20			
Total	159	2	1	1	1	2	1	1	6	3	7	3	2	4	9	3	7	7			
5º	2	2																			
4º	2					1		1													
3º	18						1		1	3	1	4	1	2	1	2	1	1			
2º	64					1		1	1		3	2	3	2		3	6	1	6	5	
1º	65																1	1		1	
Sem classificação	8																				1

NÍVEIS HIERÁRQUICOS	MUNICÍPIOS COM UNIDADES DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO																	
	Número de Funções																	
	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	
Total	2	9	3	4	7	4	9	5	7	9	5	9	7	10	3	2	3	
5º																		
4º																		
3º																		
2º	2	9	1	1	3	2	3	2	3	2	1		1					
1º			2	3	4	2	6	3	4	6	4	9	5	10	2	1		
Sem classificação										1			1		1	1	3	

ANEXO 2

PROCEDIMENTO PARA A DEFINIÇÃO DA TIPOLOGIA

Para a definição da tipologia, adotaram-se os seguintes procedimentos:

a) Atribuição de notas às variáveis, com as seguintes ponderações:

I – As notas da classificação hierárquica, relativas às unidades com e sem internação, variaram de 7 a 1, conforme o nível em que o município se classificou:

- 4º nível correspondeu à nota 7
- 3º B nível correspondeu à nota 6
- 3º A e B nível correspondeu à nota 5
- 2ºB nível correspondeu à nota 4
- 2º A e 2º nível correspondeu à nota 3
- 1º B nível correspondeu à nota 2
- 1º A e 1º nível correspondeu à nota 1

Às notas da classificação hierárquica para as unidades com internação atribui-se peso 2, em razão das características que estas unidades normalmente apresentam de desempenhar, além das funções que lhes seriam específicas, as ambulatoriais.

II – Os tipos de leitos (especializado, básico e indiferenciado) receberam notas que variaram de 5 a 1, correspondendo respectivamente a:

- leito especializado – nota 5
- leito básico – nota 3
- leito indiferenciado – nota 1

Algumas vezes observou-se a ocorrência de apenas um tipo de leito especializado ou básico. Nestes casos, atribuíram-se notas intermediárias às estabelecidas, ou seja, 4

no caso de leito especializado incompleto, e 2 quando básico incompleto.

III – O número de leitos recebeu notas de 4 a 1, de acordo com classes estatisticamente calculadas. Foram estabelecidas 4 classes:

Classes	Notas
810 – 200	4
198 – 70	3
69 – 20	2
19 – 2	1

IV – Ao número de estabelecimentos das unidades com internação atribuíram-se notas que variaram de 3 a 1, segundo três classes estabelecidas, estatisticamente:

Classes	Notas
18 – 8	3
7 – 3	2
2 – 1	1

V – As notas do número de estabelecimentos das unidades sem internação variaram também de 3 a 1, segundo as seguintes classes:

Classes	Notas
36 – 11	3
9 – 3	2
2 – 1	1

VI – As notas relativas aos tipos de unidades sem internação variaram de 4 a 1, correspondendo respectivamente a:

Tipos de Unidades	Notas
Policlínica	4
Centro de Saúde	2
Posto de Saúde	1

BIBLIOGRAFIA

AMAZÔNIA: Problemas e Impasses. *Boletim Carioca de Geografia*. Associação dos Geógrafos Brasileiros. Rio de Janeiro, 32, 1982.

BECKER, Bertha K. A Amazônia na estrutura espacial do Brasil. *Revista Brasileira de Geografia*. Rio de Janeiro, 36 (2):3-36, abr./jun. 1974.

DAVIDOVICH, Fany; CARDOSO Maria Francisca T. C. Resultados preliminares de um estudo geográfico sobre aglomerações urbanas no Brasil; Análise do nível de Instrução. *Revista Brasileira de Geografia*. Rio de Janeiro, 44 (1):89-136, jan./mar. 1982.

- GENTILE de Mello, Carlos. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1977.
- _____. *O Sistema de Saúde em Crise*. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1981.
- POLÍTICA e financiamento do sistema de Saúde brasileiro: Uma perspectiva Internacional — Saúde para poucos ou para muitos: O dilema da zona rural e das pequenas localidades. Rio de Janeiro, IPEA. 200p. (Série Estudos para o Planejamento n° 26).
- PROGRAMA de pólos agropecuários e agrominerais da Amazônia — Polamazônia. Ministério do Interior — Secretaria de Planejamento e Operações. Brasília, 1976.
- REORIENTAÇÃO da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Ministério da Previdência e Assistência Social. 1982.
- SALATI, Eneas et alii. *Amazônia, desenvolvimento, integração e ecologia*. Co-edição com o CNPq. 1983.
- SANTOS, Wilton. Organização do espaço e organização social: o caso de Rondônia. *Boletim Carioca de Geografia*. v. 32, 1982.

RESUMO

O trabalho objetiva identificar as diferenciações espaciais da oferta dos serviços de saúde. Neste sentido pretende-se contribuir para uma melhor compreensão da organização do espaço geográfico e oferecer subsídios à implementação de políticas de saúde.

A área de estudo escolhida foi a Região Norte, incluindo o Estado de Mato Grosso, área que vem sendo palco de recente e rápido processo de transformação de sua organização espacial.

Para a identificação das diferenciações espaciais, optou-se pela definição de uma tipologia de municípios, apoiada numa classificação hierárquica dos serviços de saúde. Utilizaram-se informações contidas no Questionário de Assistência Médico-Sanitária do IBGE, relativas a 1981. Recorreu-se ao Censo Demográfico de 1980 e a entrevistas com técnicos da área de Saúde.

Os resultados demonstraram que houve um crescimento significativo dos serviços de saúde na área, a partir sobretudo da década de 70. Revelaram, contudo, uma profunda desigualdade na distribuição espacial desses serviços. Esta distribuição se deu de maneira seletiva e pontual, beneficiando discriminatoriamente determinadas áreas e deixando excluída de seus benefícios grande parte da região. Mostrou, assim, que o setor saúde reflete no espaço o processo de ocupação da área, com os fatores externos predominando sobre os internos. Por isso mesmo não atendendo às necessidades específicas da região.

ABSTRACT

This work identifies the spatial variations of health services in the North Region of Brazil, including Mato Grosso State, an area of recent and rapid changes in this spatial organization.

The methodology applied was based on a definition of types of counties (municipios) according to a hierarchical classification of health services.

The results showed that there was a significant increase of health services in the area since 1970. This increase however was marked by deep inequalities in this spatial distribution and therefore does not respond to the needs of the area.