

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO URBANO

José Alencar Viana de Araújo

A REGIÃO DE INFLUÊNCIA DE IMPERATRIZ – MA:
Estudo da polarização de uma capital regional, destacando a regionalização dos serviços
públicos de saúde

Recife
2016

JOSÉ ALENCAR VIANA DE ARAÚJO

A REGIÃO DE INFLUÊNCIA DE IMPERATRIZ – MA:

Estudo da polarização de uma capital regional, destacando a regionalização dos serviços públicos de saúde

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano, da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Urbano, sob orientação do Prof. Dr. Ruskin Marinho de Freitas.

Recife
2016

Catálogo na fonte
Bibliotecário Jonas Lucas Vieira, CRB4-1204

A663r Araújo, José Alencar Viana de

A região de influência de Imperatriz-MA: estudo da polarização de uma capital regional, destacando a regionalização dos serviços públicos de saúde / José Alencar Viana de Araújo. – 2016.

216 f.: il., fig.

Orientador: Ruskin Marinho de Freitas.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Artes e Comunicação. Desenvolvimento Urbano, 2016.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Planejamento urbano. 2. Rede Urbana. 3. Cidades e vilas. 4. Áreas de serviço de saúde. 5. Planejamento regional. 6. Política pública. I. Freitas, Ruskin Marinho de (Orientador). II. Título.

711.4 CDD (22. ed.)

UFPE (CAC 2016-112)

Ata da nona defesa de Dissertação de Mestrado, do Programa De Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano do Centro de Artes e Comunicação da Universidade Federal de Pernambuco, no dia
15 de março de 2016.

Aos quinze dias do mês de março de dois mil e dezesseis (2016), às 14 horas, na Sala de Reuniões o Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano do Centro de Artes e Comunicação da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a defesa da dissertação intitulada "A REGIÃO DE INFLUÊNCIA DE IMPERATRIZ-MA estudo da polarização de uma capital regional, destacando a regionalização dos serviços públicos de saúde" do aluno José Alencar Viana de Araújo, na área de concentração Desenvolvimento Urbano, sob a orientação do Professor Ruskin Marinho de Freitas. O mestrando cumpriu todos os demais requisitos regimentais para a obtenção do grau de mestre em Desenvolvimento Urbano. A Banca Examinadora foi indicada pelo colegiado do programa de pós-graduação em 03 de março de 2016, na sua 1ª Reunião e homologada pela Diretoria de Pós-Graduação, através do Processo Nº 23076.013045/2016-31, em 15/03/16, composta pelos Professores: Ruskin Marinho de Freitas, Luis de La Mora e Cristina Pereira de Araújo, MDU/UFPE; e Prof. Anselmo Cesar Vasconcelos Bezerra, IFPE. Após cumpridas as formalidades, o candidato foi convidado a discorrer sobre o conteúdo da dissertação. Concluída a explanação, o candidato foi arguido pela Banca Examinadora que, em seguida, reuniu-se para deliberar e conceder à mesma a menção APROVADA da referida Dissertação. E, para constar, lavrei a presente Ata que vai por mim assinada, Renata de Albuquerque Silva, e pelos membros da Banca Examinadora.

Recife, 15 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ruskin Marinho de Freitas.

Profa. Cristina Pereira de Araújo

Prof. Luis de La Mora

Prof. Anselmo Cesar Vasconcelos Bezerra

José Alencar Viana de Araújo

Renata de Albuquerque Silva (Secretária)

Aos meus conterrâneos maranhenses que tanto
sofrem na luta diária em busca de um pouco de
dignidade.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer às importantes pessoas que em algum momento me ajudaram no percorrer dessa longa estrada, corre-se o risco de ser injusto e esquecer alguém; mas ficam aqui meus sinceros agradecimentos:

Ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano e seus professores que tive a honra de conhecer e aprender em suas aulas;

À Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado do Pernambuco (FACEPE) pelo apoio financeiro;

Ao meu orientador Prof. Ruskin Marinho por ter aceito orientar a elaboração desse trabalho;

Ao Prof. Jan Bitoun pelas aulas magistrais e a disposição em ajudar;

Ao meu amado e grande irmão Maciel por sempre dar socorro quando preciso;

Aos meus primos Elisvaldo e Aderson pelo apoio dado;

Ao meu amigo Allison Bezerra por tudo, tantas coisas que não dá para enumerar;

Aos meus amigos de Recife Joel Gomes, ao casal Vladimir Homobono e Larissa Trigueiros; Geraldo Pimentel e Lywistone Galdino.

Ao meu querido e eterno professor Jailson Macedo.

"Sê fiel a ti próprio: segue-se disso, como o dia
à noite, que a ninguém serás falso jamais".

William Shakespeare

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo compreender quais os fatores que determinantes para a formação de uma rede de cidades sobre influência de Imperatriz – MA, tendo como foco quatro regiões de saúde localizadas no centro-oeste e sul do Maranhão: Região de Saúde Açailândia, Região de Saúde Barra do Corda, Região de Saúde Balsas e a relação dessas com a Região de Saúde Imperatriz. Para tanto, inicialmente se buscou realizar a fundamentação teórica dos conceitos chaves para o trabalho, como cidade média, rede urbana, diferenciação urbano-rural, região de saúde. Segue-se então para a caracterização de Imperatriz enquanto cidade média e polo regional segue então foram caracterizadas as quatro regiões de saúde em estudo visando caracterizar a rede urbana sob influência de Imperatriz, especialmente em relação aos serviços de saúde; para tanto é vital a utilização de dados levantados em várias instituições como IBGE, IPEA, DATASUS. Mediante a caracterização das regiões de saúde pôde-se concluir que Imperatriz se destaca como cidade média na qual vivem 93% de sua população municipal, também possui os melhores índices socioeconômicos e de saúde entre as quatro regiões. Também é um polo comercial, de educação e de saúde. Estes são fatores que centralizam em Imperatriz uma rede de cidades que constitui sua região de influência, tendo os serviços de saúde um importante papel de atração populacional.

Palavras chaves: Planejamento urbano. Rede Urbana. Cidades e vilas. Áreas de serviço de saúde. Planejamento regional. Política pública

ABSTRACT

This work aims to understand which factors decisive for the formation of a network of cities under the influence of Imperatriz - MA, focusing on four health regions located in the Midwest and southern Maranhão Health Region Açailândia, Region health Barra do Corda, Region health Balsas and the relationship of these with the Region health of Imperatriz. Therefore, initially sought to accomplish the theoretical basis of the key concepts to work, on average, urban network, urban-rural differentiation, health region. It follows then to characterize Imperatriz as average and regional hub city following were then characterized the four health regions in the study to characterize the urban network under the influence of Imperatriz, especially in relation to health services; for this it is vital to use data collected in various institutions such as IBGE, IPEA, DATASUS. By the characterization of health regions could be concluded that Imperatriz stands as average city in which they live 93% of its municipal population, also has the best socio-economic and health indexes among the four regions. It is also a commercial hub, education and health. These are factors that centralizes in Imperatriz a network of cities is its area of influence, and the health services an important role in population attraction.

Key words: Urban planning. Urban Network. Cities and towns. health service areas. regional planning. Public policy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fases do método hipotético-dedutivo	24
Figura 2 - Modelo da Localização Agrícola.....	31
Figura 3 - Modelo da Localização Industrial.....	32
Figura 4 - Níveis Limiares de um Bem/Serviço	34
Figura 5 - Regiões Complementares	36
Figura 6 - Princípio de Mercado	38
Figura 7 - Princípio de Transporte.....	39
Figura 8 - Princípio Administrativo	40
Figura 9 - Rede Urbana, Modelo de Christaller	41
Figura 10 - Rede Urbana Brasileira, 1966.....	44
Figura 11 - Rede Urbana Brasileira, 1978.....	46
Figura 12 - Rede Urbana Brasileira, 1993.....	49
Figura 13 - Rede Urbana Brasileira, 2008.....	53
Figura 14 - Região Ampliada de Articulação Urbana	57
Figura 15 - Região Intermediária de Articulação Urbana	58
Figura 16 - Região Imediata de Articulação Urbana.....	59
Figura 17 - Relações nas Regiões de Saúde, Média Complexidade.....	100
Figura 18 - Relações nas Regiões de Saúde, Alta Complexidade	101

LISTA DE FOTOS

Foto 1 - Cidade de Imperatriz.....	74
Foto 2 - Cidade de Açailândia.....	115
Foto 3 - Cidade de Balsas.....	130
Foto 4 - Cidade de Barra do Corda.....	144
Foto 5 - Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (HRMI).....	169
Foto 6 - Hospital Municipal de Imperatriz (HMI).....	175

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Hierarquia Urbana Segundo o REGIC	51
Quadro 2 - Correspondência Hierárquica entre Centros Urbanos - 1966, 1978, 1993, 2008 ...	54
Quadro 3 - Hierarquia Superior dos Centros Urbanos Brasileiros	55
Quadro 4 - Nível das Unidades Territoriais Segundo o Tipo da Administração.....	80
Quadro 5 - Hierarquia da Gestão Federal.....	80
Quadro 6 - Ano de Implementação das Regiões de Saúde nos Estados e Distrito Federal....	106
Quadro 7 - Hierarquia da Centralidade Urbana – Região de Saúde Açailândia.....	109
Quadro 8 - Região de Saúde Açailândia - Classificação Urbano - Rural.....	111
Quadro 9 - Hierarquia da Centralidade Urbana - Região de Saúde Balsas	124
Quadro 10 - Região de Saúde Balsas - Classificação Urbano - Rural.....	126
Quadro 11 - Hierarquia da Centralidade Urbana - Região de Saúde Barra do Corda.....	139
Quadro 12 - Região de Saúde Barra do Corda - Classificação Urbano - Rural	141
Quadro 13 - Hierarquia da Centralidade Urbana – Região de Saúde Imperatriz	151
Quadro 14 - Região de Saúde Imperatriz - Classificação Urbano - Rural	153
Quadro 15 - Localização dos Hospitais Privados de Imperatriz - MA.....	163
Quadro 16 - Localização de Algumas das Principais Clínicas Particulares de Imperatriz - MA	164

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Síntese Introdutória	28
Tabela 2 - Desigualdades Regionais na Assistência Médica no Brasil, 1986	95
Tabela 3 - Região de Saúde Açailândia - Rendimento Per Capita Domiciliar - por Municípios	114
Tabela 4 - Região de Saúde Balsas - Rendimento Domiciliar per Capita - por Municípios ..	129
Tabela 5 - Região de Saúde Barra do Corda - Rendimento Domiciliar per Capita - por Municípios	144
Tabela 6 - Imperatriz: Alguns equipamentos Hospitalares	161
Tabela 7 - Ações e serviços oferecidos pelo HRMI	170
Tabela 8 - Procedimentos Realizados no HRMI e nos Próprios Municípios	172
Tabela 9 - Ações e Serviços Oferecidos pelo HMI	176
Tabela 10 - HMI - Quantidade de Profissionais	176
Tabela 11 - AIH para Procedimentos de Alta Complexidade - Outros Municípios - 2014 ...	178
Tabela 12- Perfil dos Pacientes do HMI, por Quantidade, Origem, Distância, Tempo de Viagem	187

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Crescimento populacional, 1950 a 2010 (Por Mil Habitantes).....	76
Gráfico 2 - Produção de Arroz e Gado em Imperatriz, 1973 - 2007	78
Gráfico 3 - Matrículas nas IES Públicas e Privadas de Imperatriz.....	83
Gráfico 4 - Origem de Alunos dos Cursos de Direito, Comunicação Social (UFMA) e Veeterinária (UEMA) - 2014.....	84
Gráfico 5 - Quantidade de Instituições Educacionais por Nível de Ensino	85
Gráfico 6 - Quantidade de Cursos Presenciais de Graduação por Municípios – UEMA, IFMA e UFMA.....	86
Gráfico 7 - Percentagem do Saneamento Básico por Municípios	87
Gráfico 8 - Porcentagem de Domicílios por Qualidade de Saneamento – Regiões de Saúde - 2010	87
Gráfico 9 - Porcentagem de Domicílios por Qualidade Saneamento do Saneamento – Açailândia - 2010.....	118
Gráfico 10 - Região de Saúde Açailândia - Equipes Médicas e Quantidade de Médicos por Mil Habitantes	120
Gráfico 11 - Região de Saúde Açailândia - Equipamentos de Saúde Disponíveis pelo SUS	121
Gráfico 12 - Porcentagem de Domicílios por Qualidade Saneamento do Saneamento – Balsas - 2010	132
Gráfico 13 - Região de Saúde Balsas - Equipes Médicas e Quantidade de Médicos por Mil Habitantes	135
Gráfico 14 - Região de Saúde Balsas - Equipamentos de Saúde Disponíveis pelo SUS	136
Gráfico 15 - Porcentagem de Domicílios por Qualidade Saneamento do Saneamento – Barra do Corda - 2010	146
Gráfico 16 - Região de Saúde Barra do Corda - Equipes Médicas e Quantidade de Médicos por Mil Habitantes	148
Gráfico 17 - Região de Saúde Barra do Corda - Equipamentos de Saúde Disponíveis pelo SUS	149
Gráfico 18 - Região de Saúde Imperatriz - Equipes Médicas e Quantidade de Médicos por Mil Habitantes	159
Gráfico 19 - Quantidade de Médicos por Polos de Saúde	160
Gráfico 20 - Região de Saúde Imperatriz - Equipamentos de Saúde Disponíveis pelo SUS	161
Gráfico 21 - Quantidade de Equipamentos por Polos de Saúde	162

Gráfico 22 - Polos de Saúde - Quantidade de Estabelecimentos Privados de Saúde	164
Gráfico 23- Internações hospitalares em Imperatriz - Por Origem	165
Gráfico 24 - Assistência Médica Privada, 2000 - 2014	166
Gráfico 25- Relação Entre Escala e Eficiência.....	169
Gráfico 26 - HRMI, Autorizações de Intenção Hospitalar entre 2004 e 2014	171
Gráfico 27 - HMI, Autorizações de Intenção Hospitalar entre 2004 e 2014	177
Gráfico 28 - Perfil dos Pacientes do HMI, por Renda.....	180
Gráfico 29 - Perfil dos Pacientes do HMI, por Escolaridade	180
Gráfico 30 - Perfil dos Pacientes do HMI, por Faixa Etária.....	181
Gráfico 31 - Perfil dos Pacientes do HMI, por Procedimentos	181
Gráfico 32 - Perfil dos Pacientes do HMI, por Satisfação.....	183
Gráfico 33 - Perfil dos Pacientes do HMI, por Transporte.....	183
Gráfico 34 - Gastos com Internações Hospitalares - Imperatriz - Açailândia - Barra do Corda – Balsas, 2014.....	184
Gráfico 35 - Perfil dos Pacientes do HMI, por Condições das Rodovias	185

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Regiões de Articulação Urbana – Maranhão – Pará - Tocantins.....	35
Mapa 2 - Imperatriz, Fronteiras Municipal - 1981 a 1997	77
Mapa 3 - Níveis de Gestão Federal	81
Mapa 4 - Região de Influência de Imperatriz - Redes REGIC	90
Mapa 5 - Imperatriz - Linhas de Ônibus	92
Mapa 6 - Brasil - Área de Cobertura do SAMU, 2014.....	104
Mapa 7 - Cobertura do SAMU - Maranhão, 2014.....	105
Mapa 8 - Regiões de Saúde do Maranhão	107
Mapa 9 - Região de Saúde Açailândia – Características populacional	110
Mapa 10 - Região de Saúde Açailândia - Composição do PIB dos Municípios	112
Mapa 11 - Região de Saúde Açailândia - Renda Média dos Ocupados e Percentagem de Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família – Por Municípios	113
Mapa 12 - Região de Saúde Açailândia - Níveis de Atenção à Saúde	119
Mapa 13 - Região de Saúde Açailândia - Redes de Relações	122
Mapa 14 - Rede de Saúde Balsas - Características Populacional.....	125
Mapa 15 - Região de Saúde Balsas - Composição do PIB dos Municípios	127
Mapa 16 - Região de Saúde Balsas - Percentagem de Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família – Por Municípios	128
Mapa 17 - Região de Saúde Balsas - Níveis de Atenção à Saúde.....	134
Mapa 18 - Região de Saúde Balsas - Rede de Relações.....	137
Mapa 19- Rede de Saúde Barra do Corda - Características Populacional.....	140
Mapa 20 - Região de Saúde Barra do Corda - Composição do PIB dos Municípios	142
Mapa 21 - Região de Saúde Barra do Corda - Percentagem de Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família	143
Mapa 22 - Região de Saúde Barra do Corda - Níveis de Atenção à Saúde.....	147
Mapa 23 - Região de Saúde Barra do Corda - Rede de Relações	150
Mapa 24 - Região de Saúde Imperatriz – Características populacional	152
Mapa 25 - Região de Saúde Imperatriz - Composição do PIB dos Municípios	154
Mapa 26 - Região de Saúde Imperatriz - Percentagem de Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família	156
Mapa 28 - Região de Saúde Imperatriz - Níveis de Atenção à Saúde.....	158
Mapa 29 - Fluxo de Pacientes para o HRMI, Internações.....	174

Mapa 29 - Rodovias de Ligação Entre as Regiões de Saúde.....	186
Mapa 31 - Fluxo de Pacientes para o HMI, Internações	189
Mapa 32 - Quantidade de AIH de Pacientes de Outros Municípios para Imperatriz - 2014..	191
Mapa 33 - Novo Proposta de Regionalização	195

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACA – Alta Complexidade Ambulatorial
ACH – Alta Complexidade Hospitalar
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIEC – Associação Internacional de Educação Continuada
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ação Integrada de Saúde
APU – Administração Pública
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CF – Constituição Federal
CNT – Confederação Nacional dos Transportes
COHABMA – Companhias de Habitação Popular do Maranhão
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DIAGRO – Distrito Agroindustrial de Porto Franco
EFC – Estrada de Ferro Carajás
EQTEI – Escola de Qualificação Técnica de Imperatriz
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
ETO – Esterilização por Óxido de Estileno
FAAB – Faculdade de Administração de Brasília
FACAM – Faculdade do Maranhão
FACIMP – Faculdade de Imperatriz
FERGUMAR – Gusa Nordeste S.A e Ferro-gusa do Maranhão Ltda.
FIES – Fundo de Financiamento Estudantil
FPM – Fundo de Participação dos Municípios
HMI – Hospital Municipal de Imperatriz
HRMI – Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz
HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESMA – Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão
IFMA – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS – Normas Operacionais de Atenção à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social
OMS – Organização Mundial da Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PGC – Programa Grande Carajás
PIB – Produto Interno Bruto
POLOAMAZÔNIA – Programa de Polos Agrários e Agroindustriais da Amazônia
POLONORDESTE – Programa de Polos Agrários e Agroindustriais do Nordeste
PPGDU – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano
PPI – Programação Pactuada Integrada
PRODECER – Programa de Cooperação Nipo - Brasileiro para o Desenvolvimento dos Cerrado
PROTERRA – Programa de Redistribuição de Terras e de Estímulo à Agro-indústria do Norte e do Nordeste
PSF – Programa Saúde da Família
REGIC – Região de Influência das Cidades
RS – Região de Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SIMASA – Siderúrgica do Maranhão S.A
SUDAM – Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia
SUDENE – Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUDS – Sistema Único Descentralizado
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UEMA – Universidade Estadual do Maranhão
UFMA – Universidade Federal do Maranhão
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UHE – Usina Hidrelétrica de Estreito

ULBRA – Universidade Luterana do Brasil
UMESP – Universidade Metodista de São Paulo
UNIBALSAS – Universidade de Balsas
UNIDERP – Universidade Anhanguera
UNINTER – Centro Universitário Internacional
UNIP – Universidade Paulista
UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense
UNISA – Universidade de Santo Amaro
UNISEB – Centro Universitário UNISEB
UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina
UNISULMA – Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
VA – Valor Agregado

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	22
1 A REDE URBANA	29
1.1 Uma Introdução às Teorias Precursoras dos Estudos Sobre Redes Urbanas	29
1.2 Redes e Regiões: Algumas Contribuições do IBGE para a Hierarquização Urbana	42
1.3 A Divisão Urbano-Regional	56
1.4 O Debate Sobre Cidade Média e Cidade de Porte Médio.....	59
1.5 A Discussão Urbano-Rural	68
2 A FUNCIONALIDADE URBANA DE IMPERATRIZ.....	73
2.1 Imperatriz, uma Cidade Polo no Centro-Oeste Maranhense	73
2.2 Imperatriz Enquanto Cidade Média	88
3 A FUNCIONALIDADE URBANA DE IMPERATRIZ PELA ÓTICA DA SAÚDE	93
3.1 A Regionalização da Saúde	93
3.2 Região de Saúde Açailândia	109
3.3 Região de Saúde Balsas	123
3.4 Região de Saúde Barra do Corda.....	138
3.5 Região de Saúde Imperatriz.....	151
3.6 A Importância Regional do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (HRMI) e do Hospital Municipal de Imperatriz (HMI)	169
3.7 O hospital Municipal de Imperatriz (HMI).....	175
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	192
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	197
ANEXOS	204
Anexo A - resolução 44/2011 de 16 de junho de 2011	204
Anexo B – Grupo de Equipamentos	213
APÊNDICES.....	215
Apêndice A – Formulário	215

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como problemática a caracterização de Imperatriz, localizada no Estado do Maranhão enquanto cidade média e polo comercial e de serviços, especialmente os serviços de saúde que fazem convergir para si um conjunto de cidades que constitui a sua região de influência. Para tanto, manteve-se o olhar sobre essa região na qual os serviços de saúde se mostraram como uma problemática pouco estudada, ao contrário do comércio e serviços. Assim, o recorte da área de estudo deste trabalho é a Região de Saúde Imperatriz e sua relação com as três regiões de saúde vizinhas: Região de Saúde Açailândia, Região de Saúde Barra do Corda e Região de Saúde Balsas tendo como enfoque principal os serviços de saúde. Quanto ao período analisado, tem-se como referência o ano de 2014.

Deve-se complementar que a abordagem sobre as redes urbanas teve como principal referência o trabalho Região de Influência das Cidades (REGIC) publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) no ano de 2008. Este é um trabalho amplo que busca caracterizar a atual configuração das redes urbanas brasileira e, tendo uma abrangência nacional, não consegue realizar uma abordagem aprofundada das localidades menores, mas sem dúvida é a melhor e mais completa referência sobre o tema.

Mediante o exposto, pode-se formular a pergunta base que se buscou responder ao fim deste trabalho e que constituiu o norte desta pesquisa: **quais fatores determinam Imperatriz – MA enquanto cidade polo articulada em uma rede de cidades que constitui sua região de influência e como se configura a rede de serviços de saúde pública a nível regional?**

Mediante a colocação da problemática, faz-se necessário que pensemos nas hipóteses que são explicações iniciais e, portanto, temporária, para os objetivos. Assim, a hipótese geral, que responde ao objetivo geral é:

- Entre os fatores que configuram a polarização de uma rede de cidades para Imperatriz, destacam-se os serviços de saúde pública cuja região de influência é tão extensa quanto aquela representada por outros setores dominantes na cidade, como o de serviços e o de comércio.

Em relação às hipóteses específicas, tem-se:

- As redes urbanas, o debate sobre cidades médias e a diferenciação urbano-rural são temáticas que permitem hierarquizar as cidades do centro-oeste maranhense;

- Imperatriz possui características que possibilitam sua classificação como cidade média assim como capital regional que polariza para si uma rede urbana composta por cerca de 50 municípios em um raio de 200 km que ultrapassa os limites estaduais;
- A gestão dos serviços de saúde pode explicar a polarização da cidade de Imperatriz em torno de sua região, identificando a sua abrangência. Esta polarização gera problemas de ordem financeira e de infraestrutura hospitalar mas beneficia a economia de alguns setores, como o comércio e serviços.

Com a formulação dessas hipóteses fez-se necessário elaborar os objetivos deste trabalho. Desse modo, constitui o objetivo geral:

- Compreender quais são os principais fatores determinantes para a formação de uma rede de cidades articuladas com Imperatriz – MA tomando como lógica a sua região de influência.

Em relação aos objetivos específicos tem-se:

- Revisar alguns conceitos e estudos sobre hierarquia urbana, cidades médias e diferenciação urbano-rural visando alimentar o debate sobre as cidades do centro-oeste maranhense e sua região de influência;
- Caracterizar Imperatriz enquanto cidade média e núcleo de uma extensa rede urbana que constitui sua região de influência baseada em fatores de gestão, serviços, comunicação e população;
- Caracterizar a rede urbana sob influência de Imperatriz considerando fatores socioeconômicos e de saúde com ênfase em sua região de saúde visando comprovar a sua polarização por meio da identificação dos fluxos de pessoas que procuram os serviços de saúde oferecidos, sobretudo, por dois hospitais públicos, o HMI e o HRMI e identificar possíveis consequências problemáticas e benefícios.

Pode-se observar facilmente que este trabalho se distingue como um estudo de cunho regional, seu desenvolvimento se justifica devido à importância que os estudos regionais possuem para a elaboração e/ou melhoria das políticas de planejamento regional. Por meio destes é possível desenvolver estratégias de gestão assim como permite compreender e agir sobre as desigualdades sociais. Esta é uma questão de suma importância em um país onde tais desigualdades são evidentes e que tendem a se prolongar ao longo do tempo.

Além disso, este tipo de estudo pode contribuir com gestores públicos no planejamento das suas ações regionais para evitar gastos desnecessários e ao mesmo tempo se ganha em eficiência na execução das ações de políticas públicas devido a melhor compreensão da

realidade regional. Portanto, não é exagero afirmar que o desenvolvimento regional, seja econômico, social, ambiental entre outros, devem ser antecidos por estudos de políticas regionais.

Tendo essa afirmativa em mente, faz-se necessário explicar a metodologia. Inicialmente foi realizada uma pesquisa na busca de estudos relacionados à região Centro-Oeste Maranhense, popularmente conhecida como Região Tocantina onde se localiza a cidade de Imperatriz, e pôde-se perceber que foram poucos os resultados, sendo que a maioria se refere à Bacia Hidrográfica Araguaia-Tocantins. Em contrapartida, estudos ligados a redes de cidades e questões de políticas regionais e saúde são praticamente inexistentes, o que justifica o desenvolvimento de estudos que possam contribuir para uma melhor compreensão de uma realidade regional bastante complexa e pouco estudada, especificamente, a região Centro-Oeste Maranhense.

Mas para que o trabalho fosse desenvolvido, foi necessário a utilização de um método de pesquisa assim como de técnicas de pesquisa. Enquanto método, nos interessa aqui o método científico que, segundo Hissa (2002, p. 159), diz respeito “às concepções amplas de interpretação do mundo, de objetos e de seres, referentes às posturas filosófica, lógica, ideológica e política que fundamentam a ciência e os cientistas na produção do conhecimento”. Ao considerar este elemento, destaca-se a necessidade de se trabalhar com o método hipotético-dedutivo.

Este método foi elaborado por Karl R. Popper (1902 – 1994) e se baseia na ideia de que para se realizar uma pesquisa, inicialmente faz-se necessário identificar um problema ao qual é apresentado uma solução provisória (hipótese) que por sua vez é testada e então confirmada ou refutada.

Lakatos e Marconi (2003) ao explicar este método dizem que, para Popper, a pesquisa parte de um problema (P1), que então é oferecido uma solução provisória ou teoria-tentativa (TT), em seguida critica-se essa solução visando eliminação de erros (EE), então origina um novo problema (P2). Esquematicamente, pode-se visualizar esse método da seguinte maneira:

Figura 1 - Fases do método hipotético-dedutivo



Fonte: Elaboração própria a partir de Lakatos; Marconi (2003)

Uma síntese bem elaborada desse método encontra-se em Kaplan (1972, p. 12 *apud* Gil, 1989) ao explicar que

o cientista, através de uma combinação de observação cuidadosa, hábeis antecipações e intuição científica, alcança um conjunto de postulados que governam os fenômenos pelos quais está interessado; daí deduz ele as consequências observáveis; a seguir, verifica essas consequências por meio de experimentação e, dessa maneira, refuta os postulados, substituindo-os, quando necessário, por outros e assim prossegue (KAPLAN, 1972, p. 12 apud Gil, 1989, p. 30).

Com a definição do método, faz-se necessário colocar as técnicas de pesquisa. Estas são as técnicas utilizadas para a realização da pesquisa, ou seja, os procedimentos utilizados para, de fato, elaborar o trabalho. Neste utilizam-se dos seguintes procedimentos:

- Pesquisa bibliográfica sobre rede urbana: inicialmente fez-se necessário retomar as ideias precursoras dos estudos sobre rede urbana para que se pudesse obter uma visão mais ampla do desenvolvimento do conceito de rede, que é tão caro a essa pesquisa. Foram vários os autores que abordaram esse tema desde o século XIX, com destaque para Thünen e o seu Modelo de Localização Agrícola; Weber com o seu Modelo de Localização Industrial; Perroux com a Teoria dos Polos e Christaller com a Teoria dos Lugares Centrais. Foi com base em Christaller que o IBGE se fundamentou para elaborar seu estudo Regiões de Influência das Cidades (REGIC, 2008) e que foi utilizado principal fonte para a elaboração desse trabalho.

A abordagem sobre as cidades médias e cidades de porte médio: esta etapa foi realizada ao longo de toda a pesquisa, na qual foram consultados autores que se dedicam aos estudos das cidades médias, como Amorim Filho e Filho (2007), Soares (1999), Sposito (2007) e Corrêa (2007). Também foi considerado a diferenciação entre o urbano e o rural, etapa importante para caracterizar os municípios abordados nessa pesquisa. Esse tema ainda é pouco pesquisado e optou-se por utilizar a metodologia de Veiga (2004).

Quanto às diferentes formas de expressão das centralidades regionais, são autores de referência: Sposito (2007), Corrêa (2007) e Andrade (1996), Rochefort (1998), Santos (2011) e em especial o REGIC (2008).

Sobre a fundamentação dos processos de formação, descentralização, hierarquização e regionalização do SUS, foi de fundamental valia a análise das leis, normas e decretos que desde a década de 1988 regem e organizam o SUS; autores como Ibañez et al (2011), Ramires (2009), Viana (2011) entre outros também serão consultados ao longo do trabalho.

A nível local, foram consultados, principalmente, autores como Franklin (2008) e Sousa (2009) que estudam a influência regional da cidade de Imperatriz. Este referencial teórico foi de fundamental para a análise da importância regional de Imperatriz em relação aos serviços de saúde assim como tais serviços se caracterizam.

- Levantamento de dados gerais sobre equipamentos responsáveis pela centralidade de Imperatriz: na pesquisa empírica foi de suma importância evidenciar a importância dos serviços públicos de saúde em Imperatriz. Neste caso, a pesquisa não se produziu *in loco*, mas através de consulta aos bancos de dados do DATASUS disponíveis na internet, onde se levantou dados gerais referentes à quantidade de hospitais, clínicas e laboratórios tanto públicos quanto privados, buscando realizar um paralelo com as cidades polo das regiões de saúde vizinhas contínuas a Imperatriz;

- Levantamento de dados específicos sobre a funcionalidade urbana, destacando os serviços de saúde e de mobilidade: Nesta etapa da pesquisa foram realizadas consultas aos dados do DATASUS relativos aos fluxos de pessoas de outros municípios para Imperatriz, dados estes que posteriormente foram tabulados fazendo -se uso do software TabWin; tais dados contemplam o quantitativo populacional de pessoas de municípios que buscam os serviços de em Imperatriz, tendo como foco os dois hospitais mais importantes da região: o Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) e o Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (HRMI). Também foram colhidas informações no banco de dados secundário do DATASUS fazendo-se uso da ferramenta de tabulação TabNet.

Aplicação de formulário e entrevista: foram aplicados ao total 50 formulários aos pacientes do HMI para que se pudesse observar de que maneira as constatações obtidas através dos dados levantados se refletem na população que faz uso dos serviços de saúde do HMI. Tais formulários também serão utilizadas para se a procedência dos mesmos; informação importantíssima para que se possa complementar os dados do DATASUS e evidenciar a abrangência da rede de cidades que se articulam com Imperatriz. Também por meio dos formulários será possível elencar os tipos de transportes utilizados pelos usuários do sistema de saúde assim como calcular a distância percorrida fazendo-se uso do software Google Earth.

Finalmente fez-se necessário realizar uma entrevista com o diretor do HMI, visto a necessidade de se aprofundar na caracterização do perfil dos pacientes dessa instituição. Essa entrevista foi orientada a partir do critério “padronizado” e “semiestruturado”, onde o entrevistado responde perguntas segundo um roteiro pré-estabelecido, mas que permite dar ao entrevistador liberdade de explorar mais as questões de acordo com as respostas do entrevistado (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 197 - 200).

- Delimitação da rede urbana das cidades sob influência de Imperatriz: Em posse dos dados referidos anteriormente e realizada a entrevista, foi possível delimitar e espacializar a rede das cidades sob influência de Imperatriz. Em um segundo momento esta delimitação se

restringiu aos serviços de saúde, tendo como base a origem das pessoas que procuram os dois principais hospitais da cidade, o HMI e o HRMI.

Para realizar essa espacialização foram elaborados mapas utilizando o Software Quantum GIS (QGIS) mostrando a rede de cidades sob influência de Imperatriz, tendo como referência todos os serviços; assim como o fluxo de pessoas de outros municípios que buscam serviços de saúde em Imperatriz.

Este trabalho está dividido em três capítulos, no primeiro foram abordados os temas gerais que fundamentaram a pesquisa, sendo eles: redes urbanas, o debate sobre as cidades médias e a diferenciação entre urbano e rural.

No segundo capítulo o foco se deu na rede urbana sob influência de Imperatriz, também se buscou caracterizar Imperatriz enquanto cidade média e polo regional de serviços, gestão, comunicação e população.

No terceiro capítulo se buscou caracterizar a rede urbana sob influência de Imperatriz enfatizando os municípios pertencentes às regiões de saúde adjacentes à Imperatriz, sendo que o foco se deu em relação aos equipamentos e serviços de saúde, mas também foram consideradas outras características socioeconômicas.

Por fim serão feitas as considerações finais que fecharão esse trabalho, seguido das referências bibliográficas, anexos e os apêndices.

Tabela 1 - Síntese Introdutória

Subtemas	Hipóteses	Objetivos	Procedimentos	Produtos	Capítulos
Rede Urbana	As redes urbanas, o debate sobre cidades médias e a diferenciação urbano-rural são temáticas que permitem hierarquizar as cidades do centro-oeste maranhense.	Investigar alguns conceitos e estudos sobre hierarquia urbana, cidades médias e diferenciação urbano-rural visando alimentar o debate sobre as cidades do centro-oeste maranhense e sua região de influência.	Pesquisa Bibliográfica sobre rede urbana, regionalização, cidades médias e diferenciação urbano-rural: Corrêa (1995, 2006 e 2007); Veiga (2004); IBGE (2008, 2013)	Conceitos basilares: rede urbana, cidade média, de porte médio e diferenciação urbano-rural	1 - Rede Urbana
Rede Urbana de Imperatriz	Imperatriz possui características que possibilitam sua classificação como cidade média assim como capital regional que polariza para si uma rede urbana composta por cerca de 50 cidades em um raio de 200 km que ultrapassa os limites estaduais.	Evidenciar Imperatriz enquanto cidade média e núcleo de uma extensa rede urbana que constitui sua região de influência baseada em fatores de gestão, serviços, comunicação e população.	Pesquisa bibliográfica sobre Imperatriz e sua região de influência: Franklin (2009); Sousa (2009 e 2015); Levantamento de dados: Ipea (2001); DATASUS (2014); IBGE (2008, 2010 e 2013); MDS (2010); Atlas Desenv. Hum. do Brasil (2010), DNIT (2014)	Caracterização da rede urbana de Imperatriz em mapas, gráficos e tabelas	2 - Rede Urbana de Imperatriz
Rede de Imperatriz pela Ótica da Saúde	A gestão dos serviços de saúde pode explicar a polarização da cidade de Imperatriz em torno de sua região, identificando a sua abrangência. Esta polarização gera problemas de ordem financeira e de infraestrutura hospitalar mas beneficia a economia de alguns setores, como o comércio e serviços.	Caracterizar a rede urbana sob influência de Imperatriz considerando fatores socioeconômicos e de saúde com ênfase em sua região de saúde visando comprovar a sua polarização por meio da identificação dos fluxos de pessoas que procuram os serviços de saúde oferecidos, sobretudo, por dois hospitais públicos, o HMI e o HRMI e identificar possíveis consequências problemáticas e benefícios.	Levantamento de dados que comprovem e exemplifiquem a polarização de Imperatriz: DATASUS (2014); DAB (2014); TabWin/DATASUS (2014); CNES/DATASUS (2014); Aplicação de 50 formulários a pacientes do HMI e realização de entrevista com o gestor desse hospital	Caracterização da região de saúde de Imperatriz segundo perfis socioeconômicos, de serviços e equipamentos de saúde; Caracterização do perfil e fluxo de pacientes assim como da importância regional do HMI e do HRMI	3 - Rede Urbana de Imperatriz pela Ótica da Saúde

Elaboração: O autor

1 A REDE URBANA

Nesse primeiro capítulo são abordadas as questões referentes às teorias urbanas que são retomadas ao longo dos capítulos seguintes. Deve-se enfatizar que a retomada dos primeiros estudos sobre modelos de centralidade dos lugares (rural, industrial e urbana) tem o intuito de apresentar os fundamentos que serviram de base para a elaboração de estudos como os Região de Influência das Cidades (REGIC, 1966, 1978, 1993 e 2008) elaborado pelo IBGE e que o de 2008 foi utilizado como principal referência para elaboração desse trabalho.

Devido a essa importância, o REGIC (2008) foi abordado de modo mais profunda, buscando evidenciar sua importância e resultados, de tal maneira que será retomado diversas vezes ao longo dessa pesquisa. Em seguida se buscou destacar o debate sobre as cidades médias e/ou cidades de porte médio. Por fim e não menos importante, a abordagem sobre a caracterização no Brasil dos critérios que diferenciam o urbano do rural.

1.1 Uma Introdução às Teorias Precursoras dos Estudos Sobre Redes Urbanas

Os estudos sobre as redes urbanas não são recentes, sendo esta uma área de interesse da Economia, Geografia, Arquitetura, Sociologia entre outros. De maneira bastante elementar, pode-se definir “rede” como uma malha constituída de linhas e pontos, ou traços e nós. Quanto à rede urbana, pode-se buscar em Corrêa (2006) uma definição segundo o qual seria:

o conjunto de centros urbanos funcionalmente articulados entre si, [...]. Mas acrescente-se que neste conjunto há centros mais importantes, de nível metropolitano nacional ou regional, que exerce um papel, maior ou menor de controle econômico e político sobre a sua hinterlândia (CORRÊA, 2006, p. 43).

Segundo George (1983), “para que haja uma rede urbana, é preciso que existam diversas relações que estabeleçam ligações funcionais permanentes não só entre os elementos urbanos da rede, mas também entre estes e o meio rural”. Essas relações podem ser de dominação, subordinação ou ainda de complementariedade.

As relações entre o urbano e o rural são de exploração do segundo pelo primeiro; uma dessas formas de exploração se dá com as migrações do campo para a cidade, que fornecem força de trabalho para as atividades urbanas. Outra forma de exploração é por meio da drenagem de renda fundiária para as cidades, realizada pelos proprietários rurais citadinos que, lucrando no campo, converge esse lucro para atividades urbanas. Ainda pode-se citar a exploração dos

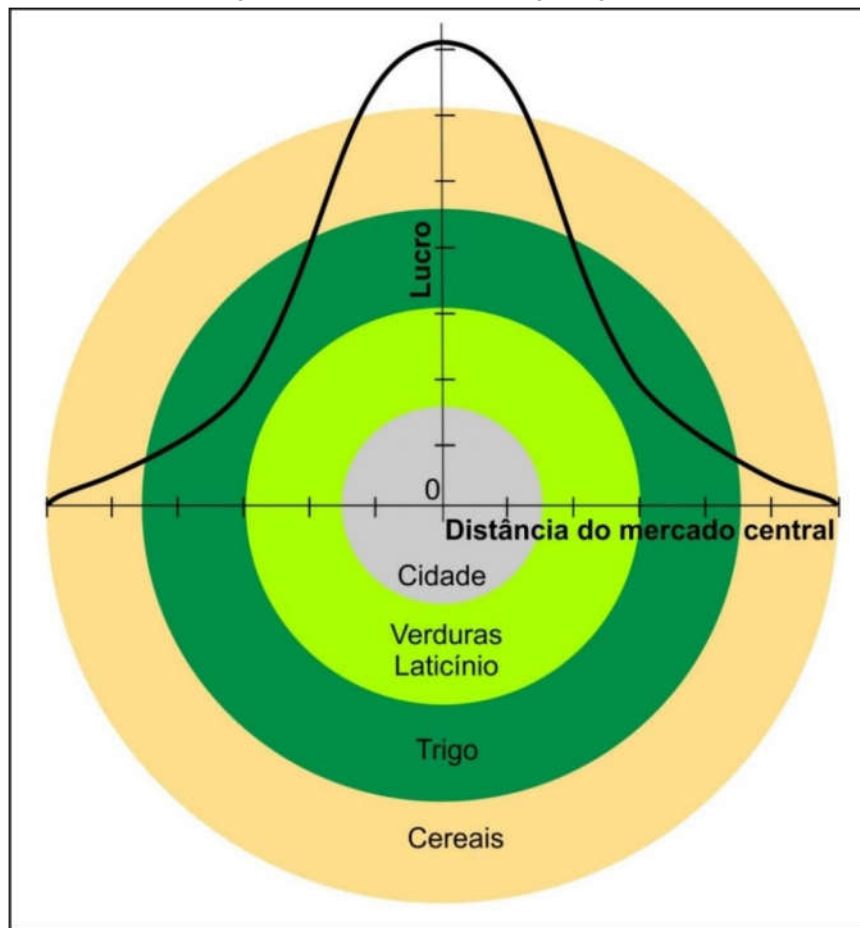
produtos rurais quando “a cidade” paga pouco pela produção rural, em seguida a beneficia industrialmente e então revende ao rural a preços altos, ou seja, nesse caso existe uma dupla exploração.

Foram vários os autores clássicos que estudaram as redes urbanas como Richardson, Hilhorst, Markusin, Boudeville etc, cujos estudos buscaram compreender o espaço a partir das relações entre a cidade-campo, cidade-indústrias, cidade-comércio, tendo como referência os fluxos, especialmente de mercadorias e pessoas, a estrutura, a escala, o território e os atores (SPOSITO, 2008).

Entre os clássicos mais importantes pode-se citar Johann von Thünen que é considerado o pai fundador da economia espacial e que em 1826 publicou sua primeira obra que analisava a organização do espaço agrícola em relação à distância do centro consumidor: a cidade. Portanto, quanto mais distante da cidade for o espaço agrícola, maiores são os custos de transporte e, por conseguinte, menor o lucro para o produtor. Essa relação entre distância e lucro é denominada de Gradiente de Renda.

Seu modelo de uso da terra agrícola, ou teoria da localização agrícola, se baseava em uma distribuição dos produtos agrícolas por uma planície isotrópica em forma de anéis onde a cidade estaria localizada no centro e a área agrícola nos anéis em torno da cidade. Outro fato que deveria ser observado é o tipo de cultura, ou seja, aquelas mais frágeis, como as hortaliças, deveriam localizar-se mais próximo da cidade. A representação desse modelo pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 - Modelo da Localização Agrícola



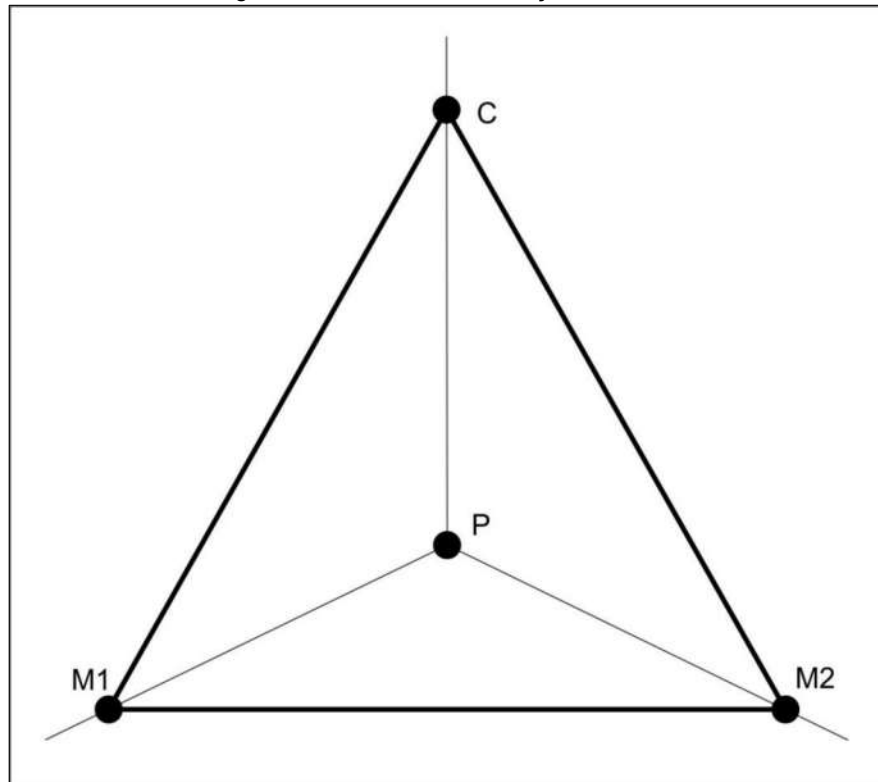
Fonte: Hoover e Giarratani, s/d
Elaboração: O autor

Se a teoria da localização agrícola de Thünen visava responder onde melhor deveria se localizar determinada atividade agrícola, a teoria da localização industrial de Alfred Weber possui esse mesmo princípio, mas como o próprio nome sugere, em relação às atividades industriais. Weber procurou demonstrar que a minimização dos custos para a localização de uma indústria estaria relacionada a fatores como: o custo de transporte da matéria prima, da mão-de-obra e dos produtos para o mercado.

Assim, cada um desses três fatores, matéria prima, mão-de-obra e mercado, são atrativos à indústria. Outros fatores também determinantes são os custos da mão-de-obra e as economias de aglomeração e desaglomeração. Portanto, a localização ideal seria aquela onde existe um equilíbrio entre esses fatores ou onde, por exemplo, os custos de mão-de-obra sejam tão baixos que compensem a distância maior em relação à fonte de matéria prima.

Pode-se representar esse modelo por meio de um triângulo locacional, no qual “P” representa o ponto onde o custo de transporte para a indústria é mínimo devido sua localização estratégica entre o ponto de consumo (C) e as fontes de matéria prima (M1 e M2).

Figura 3 - Modelo da Localização Industrial



Fonte: Elaboração própria a partir de Matos (2005)

François Perroux desenvolveu a Teoria da Economia Dominante, ou Teoria dos Polos de Crescimento segundo a qual o surgimento de um polo de crescimento estaria relacionado ao aparecimento de uma indústria motriz que atrai outras indústrias para a sua região. Como consequência dessa expansão, pode surgir um polo de desenvolvimento caso haja aumento da produção, dos empregos, da renda etc.; portanto, um polo de desenvolvimento leva a mudanças estruturais na região. Andrade (1987) a esse respeito coloca que

Em geral, a indústria motriz em sua ação de obtenção de matérias-primas, de ponto de atração para a mão-de-obra e de produção de um ou de uma série de produtos que dinamiza a vida regional, provocando a atração de outras indústrias, criando aglomeração de população que estimulará o desenvolvimento das atividades agrícolas e pecuárias nas áreas fornecedoras de alimentos e de matérias-primas e desenvolve a formação de atividades terciárias proporcionais às necessidades da população que a cerca, que se instala em sua área de influência (ANDRADE, 1987, p. 59).

Segundo Perroux existem três tipos de regiões: a Região Homogênea, onde todo o espaço regional é constituído por áreas que possuem características semelhantes, se

diferenciando pouco uma das outras. Já a Região Polarizada é constituída por áreas interdependentes onde, por influência comercial ou de serviços de uma aglomeração urbana, surge uma rede de áreas interdependentes. Assim, para que de fato essa região de influência se concretize, é necessário que haja canais de ligação entre as áreas interdependentes que, segundo Perroux, são os “nós de tráfego” constituídos pelas estradas, meios de transporte e comunicação. Por fim, a Região Plano é aquela resultante de um planejamento econômico de desenvolvimento regional realizado por autoridade político-econômica que exerce poder na região.

Mas dentre todos os trabalhos dessa temática, sem dúvida as contribuições melhor elaboradas e que é uma das bases dessa pesquisa foram as ideias de Walter Christaller que em 1933 apresentou a sua Teoria dos Lugares Centrais em seu livro intitulado “Die Zentralen Orte in Süddeutschland” (Os Lugares Centrais no Sul da Alemanha). Segundo Hanson (1997 *apud* SILVA, 2010) esta teoria foi indicada como uma das melhores ideias das ciências geográficas devido sua ampla aplicabilidade mesmo fora da Geografia. Sendo esta uma teoria da localização dos bens e serviços, veio complementar a teoria de Thüner (teoria da localização das atividades agrícolas) e a de Weber (teoria da localização industrial). Ela busca explicar a quantidade de centros, suas dimensões e distribuição no espaço.

Segundo Christaller, a cidade possui uma função principal, que é ser o centro de uma região, caracterizando-se como localidade central. Aqueles núcleos urbanos que não conseguem se destacar como centrais, são chamados de dispersos; ou seja, fazem parte da região complementar que se estende em torno do núcleo central. Portanto, para Christaller, o espaço estaria organizado hierarquicamente e os núcleos urbanos podem se classificar como lugares centrais de alta ordem, lugares centrais de baixa ordem, lugares centrais de baixíssima ordem e lugares centrais auxiliares (ALVIM et al., 2012). Esses elementos organizam-se no espaço formando uma rede de cidades com suas respectivas regiões complementares, conforme exposto mais adiante na Figura 1.

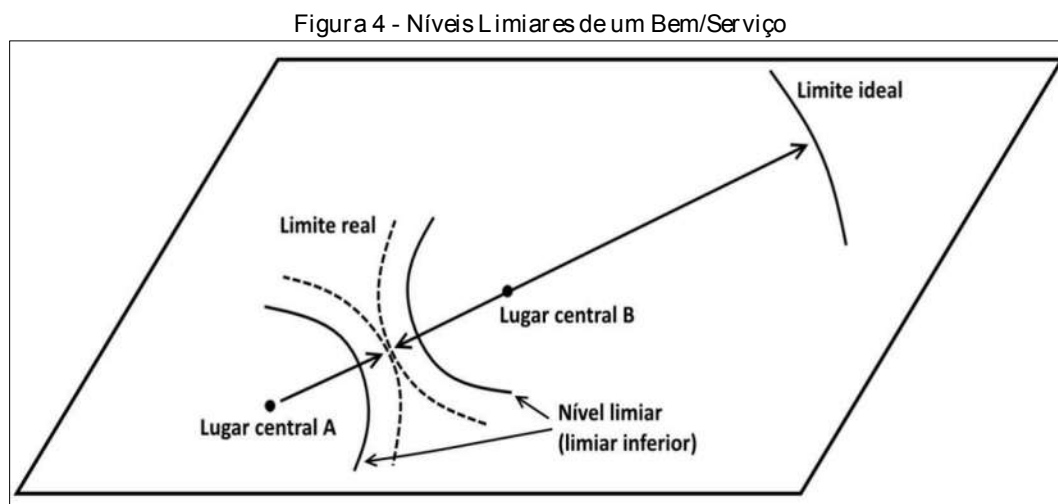
O nível destes núcleos é determinado segundo sua centralidade que, por sua vez, é o resultado da capacidade deles de ofertar bens, serviços e transportes (setor terciário) que atraiam consumidores da própria região, de regiões adjacentes e longínquas ou mesmo de outros países, dependendo da complexidade dos serviços oferecidos.

Para que um bem ou serviço possa ser oferecido, devem existir condições mínimas para tal, que Christaller denominou de limite inferior e limite superior de alcance de um bem/serviço. O limite inferior refere-se ao contingente mínimo de consumidores necessários para que se justifique a oferta de um bem/serviço, caso o núcleo urbano e sua

hinterlândia¹/região complementar não possua a demanda necessária para tornar essa oferta rentável, este bem/serviço não será instalado ou oferecido.

Já o limite superior refere-se à distância que o consumidor de um bem/serviço está disposto a percorrer para consumi-lo. Neste caso, duas variáveis são bastante relevantes: a primeira é a raridade do bem/serviço, quanto mais raro, menos núcleos urbanos o ofertarão, sendo necessário cruzar maiores distâncias para obtê-lo. A segunda condição refere-se aos transportes, se os custos de deslocamento (custos financeiros, de tempo, de desgaste físico e emocional) forem muito altos, torna-se inviável a aquisição do bem/serviço.

Este limite superior ainda pode ser dividido em dois outros: o ideal e o real. O limite ideal é o raio que delimita a distância máxima além da qual a aquisição de um bem/serviço torna-se inviável devido aos altos custos de transporte para o núcleo urbano ofertante; enquanto o limite real refere-se ao limite de encontro entre dois raios de núcleos urbanos que oferecem o mesmo bem/serviço, sendo que um deles pode oferecer o bem/serviço por preço menor. Para uma melhor compreensão dessas ideias, pode-se observar a Figura 4:



Fonte: Elaboração própria a partir de Eufrásio (1996)

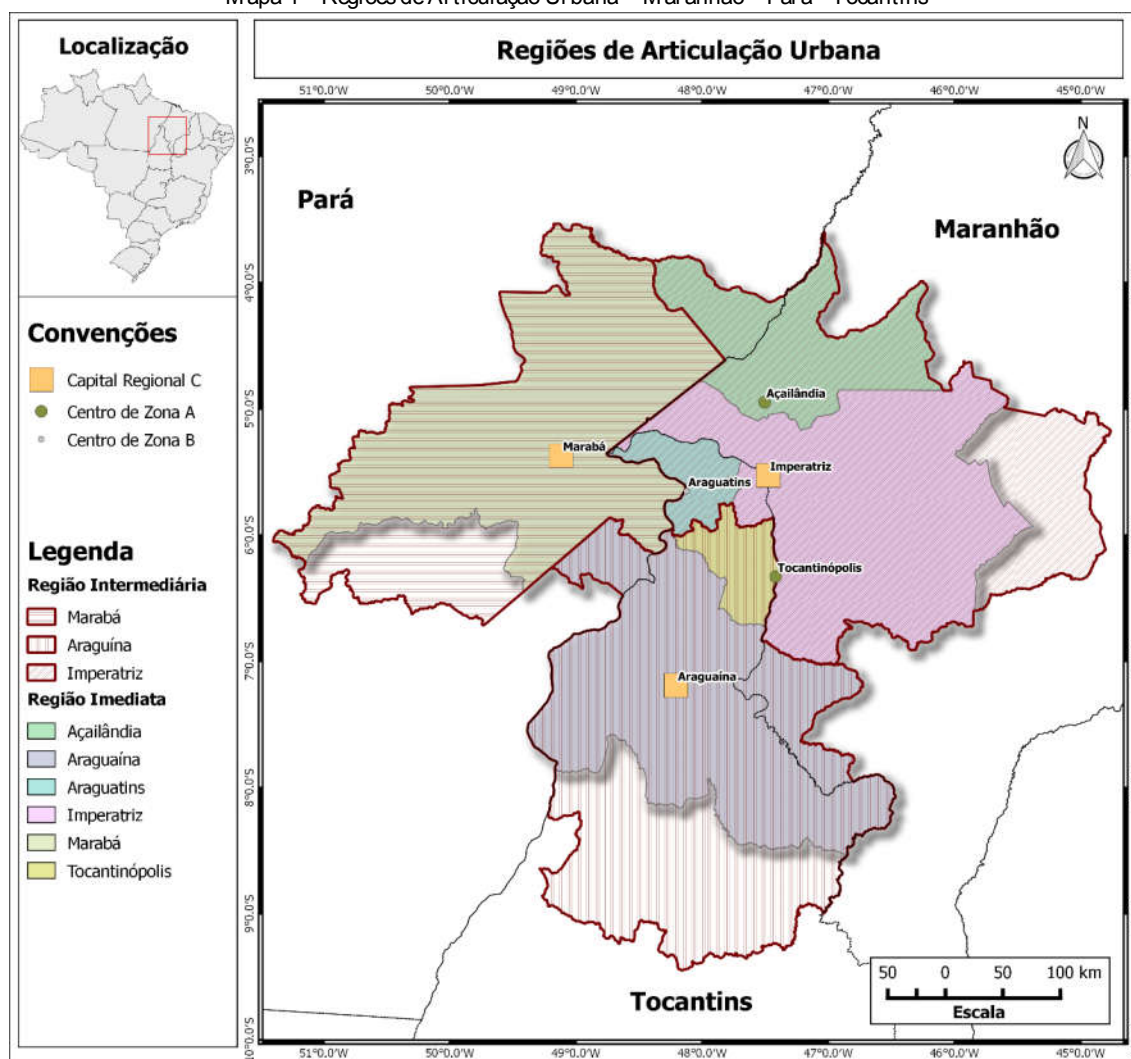
Assim, bens/serviços raros, cuja frequência de procura é mais baixa, como equipamentos industriais, máquinas agrícolas, serviços de consultoria, cursos superiores, procedimentos cirúrgicos especializados etc., possuem uma área de mercado mais ampla; ao passo que bens/serviços de consumo frequente, como alimentos, vestuário, ensino escolar

¹ Hinterlândia caracteriza-se como a área unida social e economicamente a um núcleo urbano. Em sua grande maioria, esses núcleos são modernos e seus hinterlands exercem uma influência particular intensa sobre as áreas que a rodeiam, até o ponto de afirmar-se que elas organizam suas hinterlands formando regiões funcionais. (TAVARES, 2001).

elementar, consultas médicas etc., possuem uma área de mercado menor, visto que para os usuários/consumidores seria inviável percorrer longas distâncias para adquiri-los.

Essa hierarquização espacial foi utilizada como metodologia pelo IBGE para elaborar o trabalho Divisão Urbano-Regional e que será abordado com maior propriedade no subcapítulo 1.3 neste primeiro capítulo. Para que se possa observar com mais clareza essa dinâmica regional, observar o Mapa 1.

Mapa 1 – Regiões de Articulação Urbana – Maranhão – Pará - Tocantins



Fonte: IBGE (2013)

Elaboração: O autor

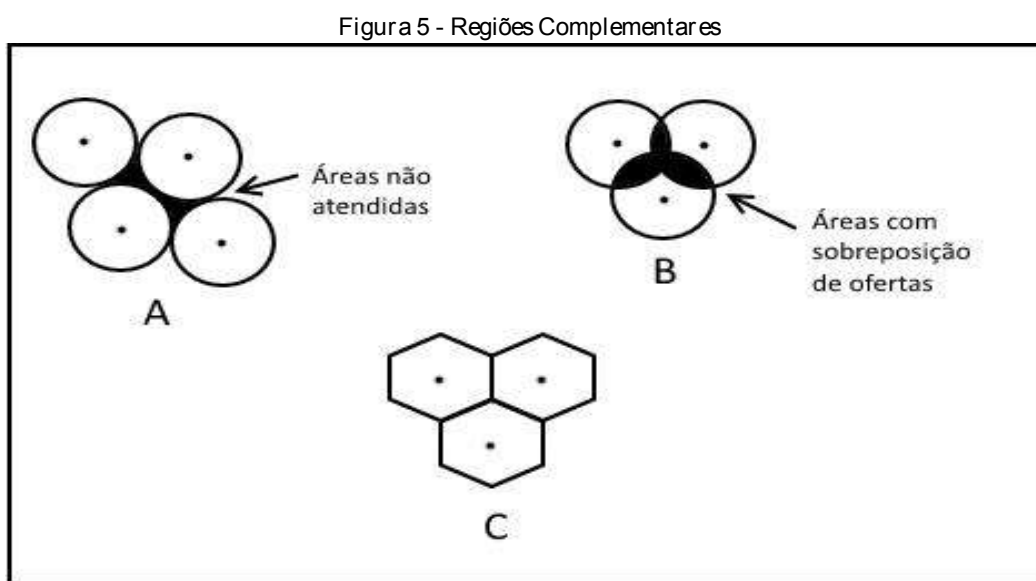
Ao se observar o Mapa 1 pode-se perceber duas condições distintas, as regiões intermediárias e as imediatas. As intermediárias são representadas por três Capitais Regionais C: Imperatriz, Araguaína e Marabá; essas três cidades concorrem entre si para a oferta de serviços mais complexos como os de saúde de média e alta complexidade, ou serviços

educacionais como curso superior e pós-graduação entre outros serviços. Essa concorrência já foi percebida por Sousa em relação ao setor de venda de peças automotivas:

As funções exercidas pelo setor de autopeças em Imperatriz têm assegurado a esta cidade a liderança no processo de comercialização e distribuição destes produtos no âmbito regional. Embora Imperatriz apresente concorrência com outros núcleos urbanos de porte semelhante, como é o caso de Araguaína no estado do Tocantins e Marabá no sudeste do estado do Pará a sua liderança é proporcionada por uma série de vantagens, entre as quais se destaca, principalmente, o preço dos produtos deste segmento. (SOUSA, 2009, p. 195).

Já as regiões imediatas são compostas por três Capitais Regionais C: Imperatriz, Araguaína e Marabá; dois Centros de Zona A: Açailândia e Tocantinópolis e um Centro de Zona B: Araguatins. Ao se observar o Mapa 1 percebe-se que essas regiões possuem uma região de influência menor do que a intermediárias, visto que se constitui pela oferta de serviços mais simples, como de saúde básica, de educação básica, comercial de varejo etc., também como é de se esperar, o tamanho das regiões de articulação são proporcionais à hierarquia dos núcleos urbanos realizada pelo REGIC 2008.

Portanto, como já mencionado, cada núcleo urbano possui sua região complementar. Christaller buscou representar essa região por meio de esquemas compostos por hexágonos, apesar de que quando se pensa em um núcleo central e sua região complementar, vem-nos em mente uma representação em círculos; Christaller percebeu que esta representação circular não é a ideal, visto que resultaria em áreas não atendidas ou então haveria sobreposição de ofertas. Estas ideias podem ser melhor compreendidas observando a Figura 5.



Fonte: O autor a partir de Eufrásio (1996); Corrêa (1989)

Apesar de ser a base para diversos estudos, como os REGIC elaborados pelo IBGE e que serão abordados em capítulos próprios neste trabalho, essa teoria vem sofrendo várias críticas devido sua simplicidade e rigidez. Santos (2008, p. 161) ao comentar essa teoria expõe que:

Algumas teorias, como a de Christaller - elaborada na Alemanha e utilizada também em outras partes -, dedicaram-se principalmente a sistematizar a análise das relações entre as diferentes aglomerações da rede urbana e apresentaram a imagem de relações simples de subordinação sucessiva, imagem muito militar [...] expressa por organogramas em forma de sistema planetário, associando, em relações de dependência hierárquica, astros, planetas e satélites. Demasiado rígida e simplista, essa noção de hierarquia precisa ser matizada, especialmente no que diz respeito aos países subdesenvolvidos, ainda que alguns dentre eles tenham conhecido, no passado, uma organização hierárquica comparável e mesmo, às vezes, superior à dos países industrializados no que se refere ao conceito de harmonia hierárquica (Egito, China). (SANTOS, 2008, p. 161).

Para que a teoria pudesse funcionar corretamente, Christaller coloca algumas hipóteses sobre a configuração espacial no qual seu sistema seria desenvolvido: todas as áreas complementares devem possuir uma superfície isotrópica, ou seja, todas possuem as mesmas características; todas as áreas devem ser planas; deve haver apenas uma forma de transporte onde os custos devem ser proporcionais à distância e a população deve se distribuir de forma uniforme sobre toda área complementar.

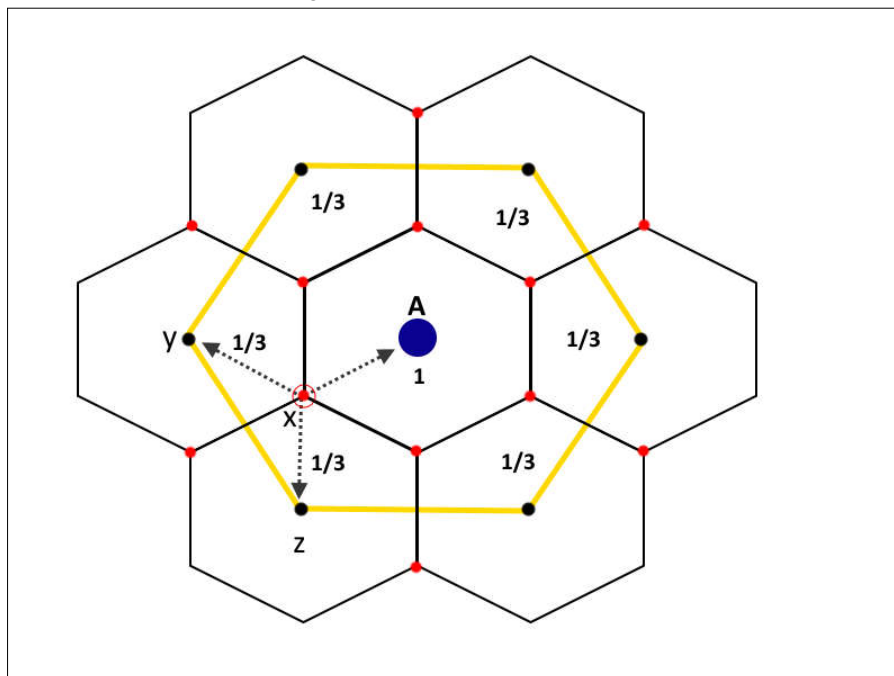
Por essas singularidades, as críticas de Santos (2008) são endossadas por Corrêa (2007) ao dizer que devido sua rigidez, não representa bem a flexibilidade pela qual passa diversos centros urbanos brasileiros, ou seja, não consegue explicar as mudanças que ocorrem no espaço geográfico brasileiro. Ao mesmo tempo o Brasil não possui uma rede urbana uniforme, ainda prevalece características marcadamente macrocefálicas, quer dizer, existem poucos grandes centros e muitos núcleos urbanos de pequeno porte, as cidades que deveriam fazer o “meio termo”, as cidades médias, são poucas e rarefeitas. Se essa é uma realidade brasileira, é ainda mais marcante no Norte e Nordeste do país que contam com grande quantidade de pequenos municípios, ou mesmo municípios extensos em área territorial, mas que são pouco povoados (IBGE, 2008). Portanto, não é raro, especialmente na região Norte do país, que se encontre “cidades” que estejam fora do raio de alcance de qualquer outro núcleo urbano de maior porte.

Christaller ainda propôs três arranjos espaciais que “dizem respeito aos modos como as redes de localidades centrais, sob certas condições que pressupõem uma forte abstração do mundo real, foram estruturadas” (CORRÊA, 1983, p. 30). Segundo Corrêa são três os princípios

de arranjo espacial, onde K representa a rede de localidades centrais e a sua região complementar. Tais princípios são:

Princípio de mercado: O número de centros deve ser o menor possível. Para cada centro existem outros três de nível imediatamente inferior em sua rede, ou região complementar; tais centros de ordem inferior são atraídos pelos centros de ordem superior, assim, pode-se representar essas relações conforme a Figura 6:

Figura 6 - Princípio de Mercado

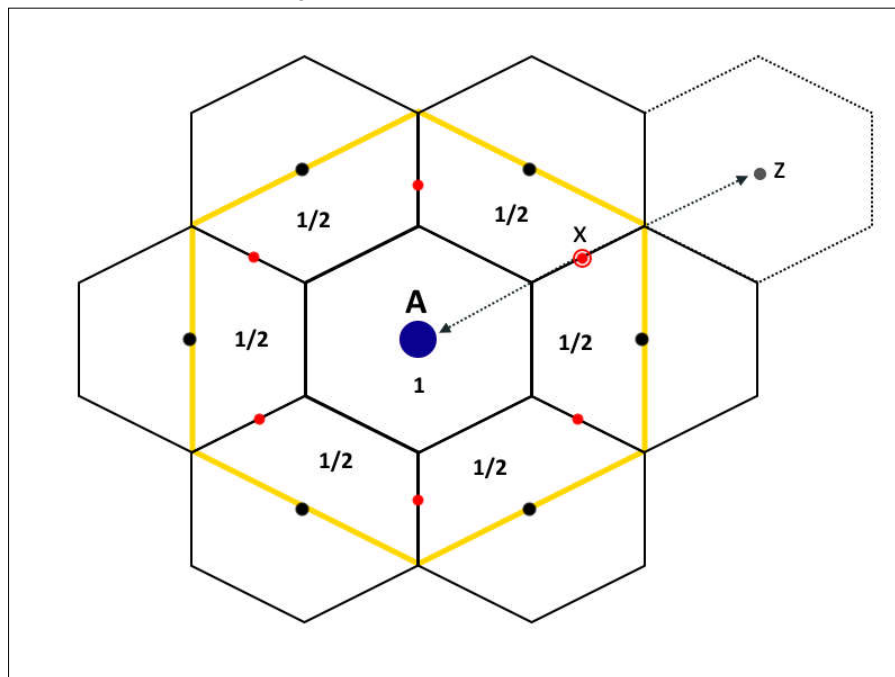


Fonte: Corrêa (1989)

Conforme a Figura 6, o núcleo de maior ordem, o ponto A em azul, está cercado por núcleos de ordem média, os pontos pretos; e núcleos de pequena ordem, os pontos vermelhos. Assim, os consumidores dos núcleos de menor ordem são atraídos para os núcleos centrais que, como no caso do núcleo x (ponto x), $1/3$ dos consumidores serão atraídos pelo núcleo A (ponto A), $1/3$ serão atraídos pelo núcleo y (ponto y) e os outros $1/3$ serão atraídos pelo núcleo z (ponto z). Portanto, o multiplicador deste princípio é representado por $K=3$ ($1/3 \cdot 6 + 1 = 3$).

Princípio de transporte: Neste, a distância entre os centros deve ser a mínima possível, assim, os centros de ordens inferiores localizam-se entre dois centros de ordem imediatamente superior, sendo um o centro principal visto que estes se alinham ao longo das poucas vias de circulação. A representação desse princípio pode ser observada na Figura 7:

Figura 7 - Princípio de Transporte

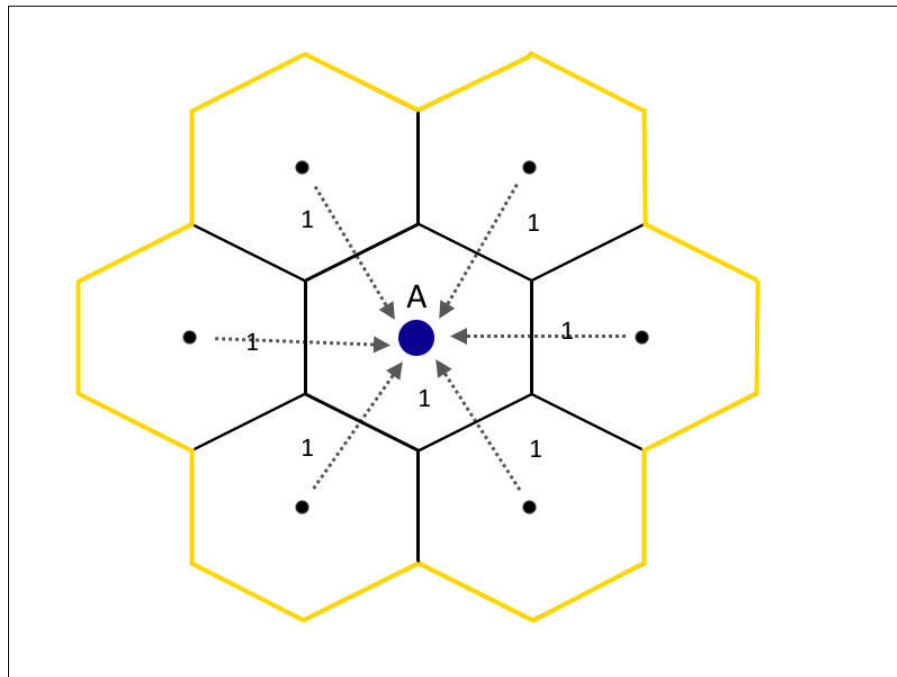


Fonte: Corrêa (1989)

Neste princípio, $1/2$ dos consumidores do núcleo x (ponto x) serão atraídos pelo núcleo A (ponto A) e a outra metade para um dos núcleos médios (ponto z), sendo que todos estão localizados ao longo de um mesmo eixo viário, como uma rodovia. Assim, neste princípio o multiplicador $K=4$ ($1/2 \cdot 6 + 1$).

O princípio administrativo: Neste deve haver uma minimização dos centros superiores que administram os inferiores, caracteriza-se por não haver sobreposição de áreas de influência, ou seja, o núcleo maior controla todos os núcleos menores, portanto, seu multiplicador é o mais alto, $K=7$ ($1 \cdot 6 + 1$). A representação desse princípio encontra-se na Figura 8:

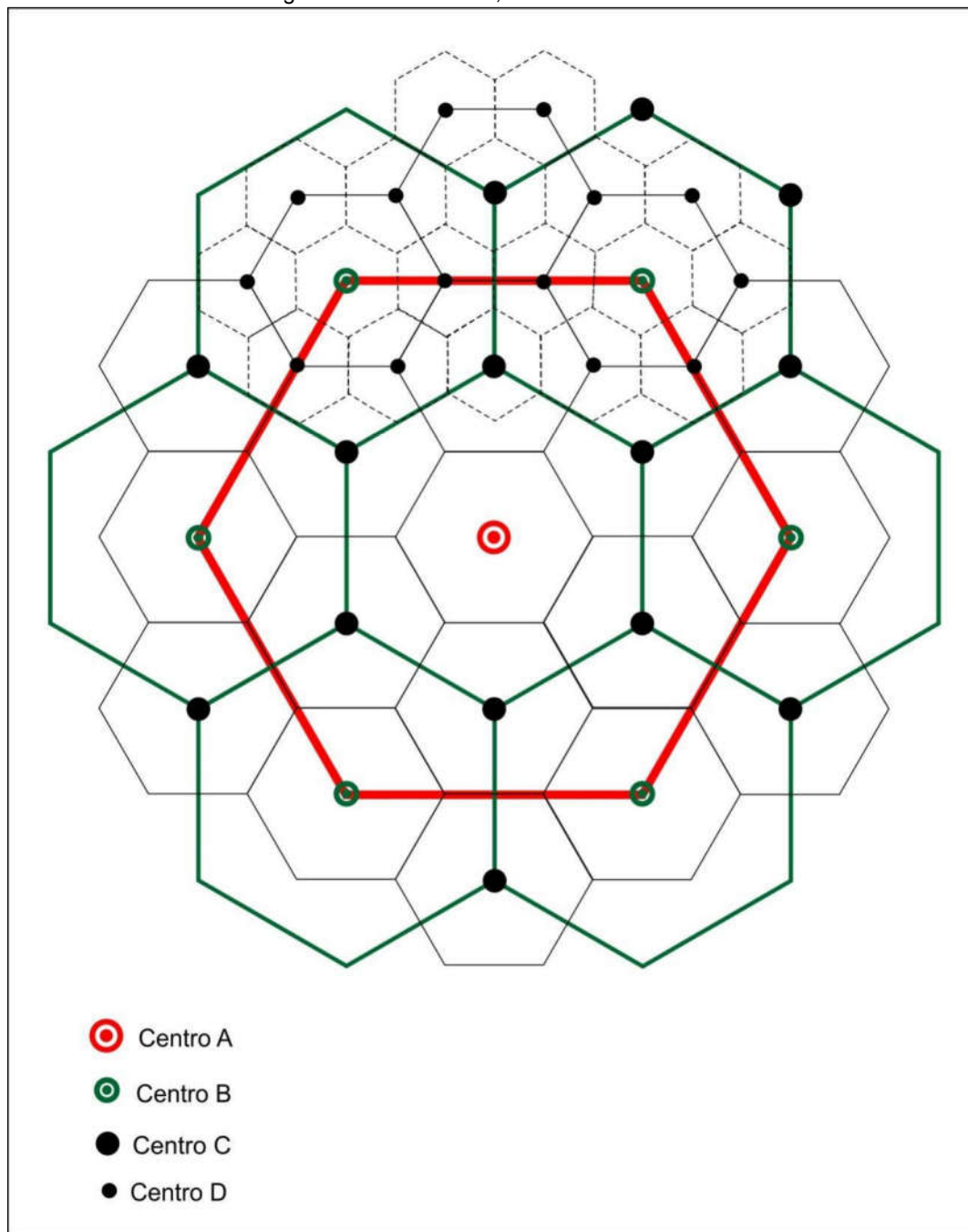
Figura 8 - Princípio Administrativo



Fonte: Corrêa (1989)

Portanto, mediante essas colocações é possível demonstrar esquematicamente como uma rede urbana se estrutura segundo a teoria de Christaller. A Figura 9 é um exemplo onde está demonstrado o limite da área de influência de cada núcleo urbano, sendo visível que existe uma hierarquia entre tais núcleos. Nessa hierarquia existe uma importante categoria de cidades, as cidades médias, que são importantes para a dinamização entre os núcleos urbanos e que serão abordadas no segundo capítulo deste trabalho.

Figura 9 - Rede Urbana, Modelo de Christaller



Fonte: Corrêa (1989); Eufrásio (1996); Souza (2007)

Este arcabouço teórico posto anteriormente faz-nos compreender melhor como se desenvolveram os estudos sobre as regiões de influência das cidades no Brasil, estudos estes realizados pelo IBGE e que serão abordados no próximo tópico.

1.2 Redes e Regiões: Algumas Contribuições do IBGE para a Hierarquização Urbana

Realizar a classificação hierárquica dos núcleos urbanos de um país não é tarefa fácil, ainda mais quando se refere ao Brasil que possui ao todo 5.570 municípios e que, em cada um, existe uma sede, uma cidade. Entretanto, ao longo de quase cinquenta anos o IBGE produziu trabalhos baseados nos estudos sobre as regiões de influência das cidades, tais trabalhos foram realizados através de análises de dados coletados por meio de pesquisas e questionários.

Os REGIC são importantes trabalhos que buscam caracterizar a rede urbana brasileira apontando suas modificações e suas permanências, pretendendo contribuir com o planejamento estatal assim como da localização das atividades econômicas de produção e consumo, tanto privada quanto estatal; também é de suma importância para se conhecer as relações sociais e os padrões espaciais delas resultantes, ou seja “num país tão extenso, e com tantas carências, a localização de serviços de saúde e educação tem de considerar as condições de acessibilidade da população aos locais onde estão instalados” (IBGE, 2008, p. 9).

O primeiro estudo sobre centralidade e hierarquia urbana foi realizado em 1966 e publicado em 1972. Dessa primeira pesquisa realizada pelo IBGE foi originada uma série de importantes trabalhos, sendo eles: “Esboço Preliminar da Divisão do Brasil em Espaços Homogêneos e Espaços Polarizados” (1967); “Subsídios à Regionalização” (1968); “Divisão do Brasil em Microrregiões Homogêneas” (1970) e a “Divisão do Brasil em Regiões Funcionais Urbanas” (1972). Tais estudos tiveram sua metodologia baseada em Rochefort (ROCHEFORT, 1961, 1965; ROCHEFORT & HAUTREUX, 1963). Esta metodologia já tinha sido utilizada em trabalhos de análise da rede urbana francesa que buscavam identificar os centros de polarização, a dimensão das áreas de influência e os fluxos nessas áreas.

Assim, para realizar seu trabalho “Divisão do Brasil em Regiões Funcionais Urbanas”, o IBGE buscou montar uma base de dados por meio da aplicação de questionários em todos os municípios com população superior a 10.000 habitantes, cuja finalidade era identificar para quais lugares essa população se deslocava em busca de bens e serviços não oferecidos em seu município, sendo “dividido em 135 itens agrupados em quatro capítulos: I - Atividade agrícola e extrativa vegetal; II – Pecuária; III – Atividade comercial; e IV – Saúde, educação, estabelecimentos bancários, transporte e comunicações” (IBGE, 2008, p. 129).

Com os resultados obtidos pode-se classificar os centros urbanos em quatro níveis diferentes, sendo suas divisões:

Nível 1 – Grande Metrópole Nacional: São Paulo; Metrópole Nacional: Rio de Janeiro; Centros Metropolitanos Regionais: Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife e Salvador; Centros Macrorregionais: Belém, Curitiba, Fortaleza e Goiânia;

Nível 2 – Centros Regionais A e B: dentre os vários municípios que possuem centros urbanos que compõem esse nível, pode-se citar como exemplo: Manaus, Teresina, São Luís, Floriano (PI), Caruaru (PE), João Pessoa, Campina Grande (PB), Maceió, Natal, Vitória da Conquista (BA), Feira de Santana (BA), Aracaju, Montes Claros (MG), Governado Valadares (MG), Niterói, Vitória, Cuiabá, Araraquara (SP), Marília (SP), Sorocaba (SP), Uberaba (MG), Bauru (SP), Londrina (PR), Uberlândia (MG), Florianópolis, Blumenau (SC), Anápolis (GO), Brasília (DF) dentre outros;

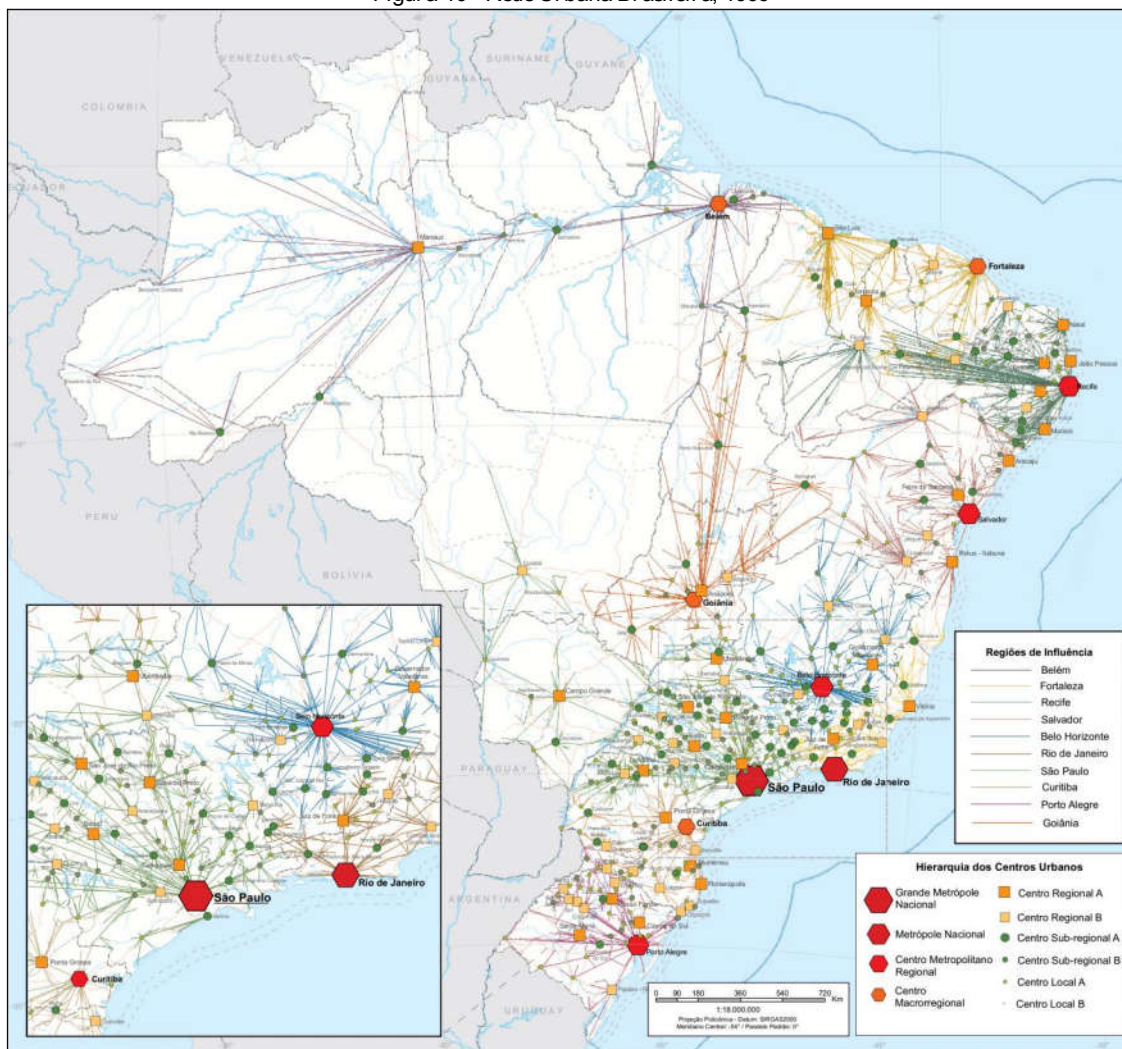
Nível 3 – Centros Sub-regionais A e B: a exemplo de: Marabá (PA), Castanhal (PA), Imperatriz (MA), Macapá, Parintins (AM), Rio Branco (AC), Porto Velho (RO), Iguatu (CE), Brejo Santo (CE), Caxias (MA), Codó (MA), Parnaíba (PI), Picos (PI), Pau dos Ferros (RN), Salgueiro (PE), Arcoverde (PE), Guarabira (PB), Arapiraca (AL), Caicó (RN), Alagoinha (MG), Jacobina (BA), Estância (SE), Campo Belo (MG), Diamantina (MG), Itaperuma (RJ), Colatina (ES), Guaratinguetá (SP), Jundiá (SP), Apucarana (PR), Itumbiara (GO), Cascavel (PR), Irati (PR), Brusque (SC), Beto Gonçalves (RS), Carazinho (RS), Jataí (GO), Ceres (GO);

Nível 4 – Centros Locais A e B: nesse nível temos alguns exemplos como Altamira (PA), Cametá (PA), Grajaú (MA), Chapadinha (MA), Presidente Dutra (MA), Tefê (AM), Cruzeiro do Sul (AC), Canindé (CE), Quixadá (CE), Quixeramobim (CE), Araripina (PE), Água Branca (PI), Oeiras (PI), Carpina (PE), Goiana (PE), Patu (RN), São Miguel (RS), Colinas (MA), Bananeiras (PB), Areia (PB), Pombal (PB), Viçosa (AL), Batalha (AL), Lajes (RN), Nazaré (BA), Valença (BA), Rio Real (BA), Capela (SE), Lagarto (SE), Betim (MG), Ouro Preto (MG), Itabira (MG), Resende (RJ), Valença (RJ), Macaé (RJ), São Mateus (ES), Atibaia (SP), Socorro (SP), Lorena (SP), Campos do Jordão (SP), Poxoreu (MT), Itaguajé (PR), Loanda (PR), Venceslau Braz (PR), Bela Vista (MT), Catalão (GO), Goiandira (GO), Goianésia (GO), Bom Retiro (SC), Piratuba (SC), Guaporé (RS), dentre outros;

Centros locais: nessa categoria estavam aqueles municípios que não possuíam centro urbano com subordinação, tais como Araguatins (GO), Xambioá (GO), Paragominas (PA), Tutóia (MA), João Lisboa (MA), Timon (MA), Barra do Corda (MA), Amapá (AP), Brasileira (AM), Quixeramobim (CE), Ouricuri (PE), Jaicós (PI), Padre Marcos (PI), Olinda (PE), Paulista (PE), Itaú (RN), Viçosa (RN), Borborema (PB), Jericó (PB), Feira Grande (AL), Cruzeta (RN), Pojuca (BA), Queimadas (BA), Salgado (SE), Areia Branca (SE), Rio Manso

(MG), Ferros (MG), Ibertioga (MG), Vazante (MG), Itaocara (RJ), Miracema (RJ), Muniz Freire (ES), Linhares (ES), Barueri (SP), Mauá (SP), Poá (SP), Suzano (SP), Jaciara (MT), Várzea Grande (MT), Floresta (PR), Atalaia (PR), Itapema (SC), Penha (SC), Chapada (RS), Mata (RS). A representação dessa rede urbana pode ser observada na Figura 10.

Figura 10 - Rede Urbana Brasileira, 1966



No ano de 1978 foi realizada outra pesquisa e seus resultados foram publicados no trabalho “Regiões de Influência das Cidades”, em 1987. Nesse estudo a metodologia utilizada baseou-se na Teoria das Localidades Centrais de Christaller, e a base de dados foi montada a partir de questionário aplicado a 1.416 sedes de municípios possuidoras de atividades que exerciam centralidade para além do próprio território, assim, pôde-se definir a relação de subordinação intermunicipal que, segundo o IBGE (1987, p. 20), “uma unidade está

subordinada a um centro quando com este mantiver um relacionamento de intensidade igual ou superior ao dobro dos relacionamentos com centros alternativos de mesmo nível hierárquico”.

Na determinação das cidades com potencial para exercer centralidade para além de seu próprio município foi considerada a presença de, no mínimo, uma agência bancária e um hospital geral. Além desses, deveria se considerar a presença de mais duas das seguintes atividades: curso normal, comércio atacadista e escritório de advocacia.

O questionário era constituído por 76 funções centrais (bens e serviços), cuja concentração permitiu agrupar os municípios em seis conjuntos hierarquizados, sendo eles:

1 – Metrópole Regional: Belém, Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo;

2 – Centro Sub-metropolitano: desse conjunto faziam parte Teresina, São Luís, Natal, João Pessoa – Campina Grande, Maceió, Aracajú, Juiz de Fora (MG), Vitória, Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Campo Grande (MS), Cuiabá e Londrina (PR);

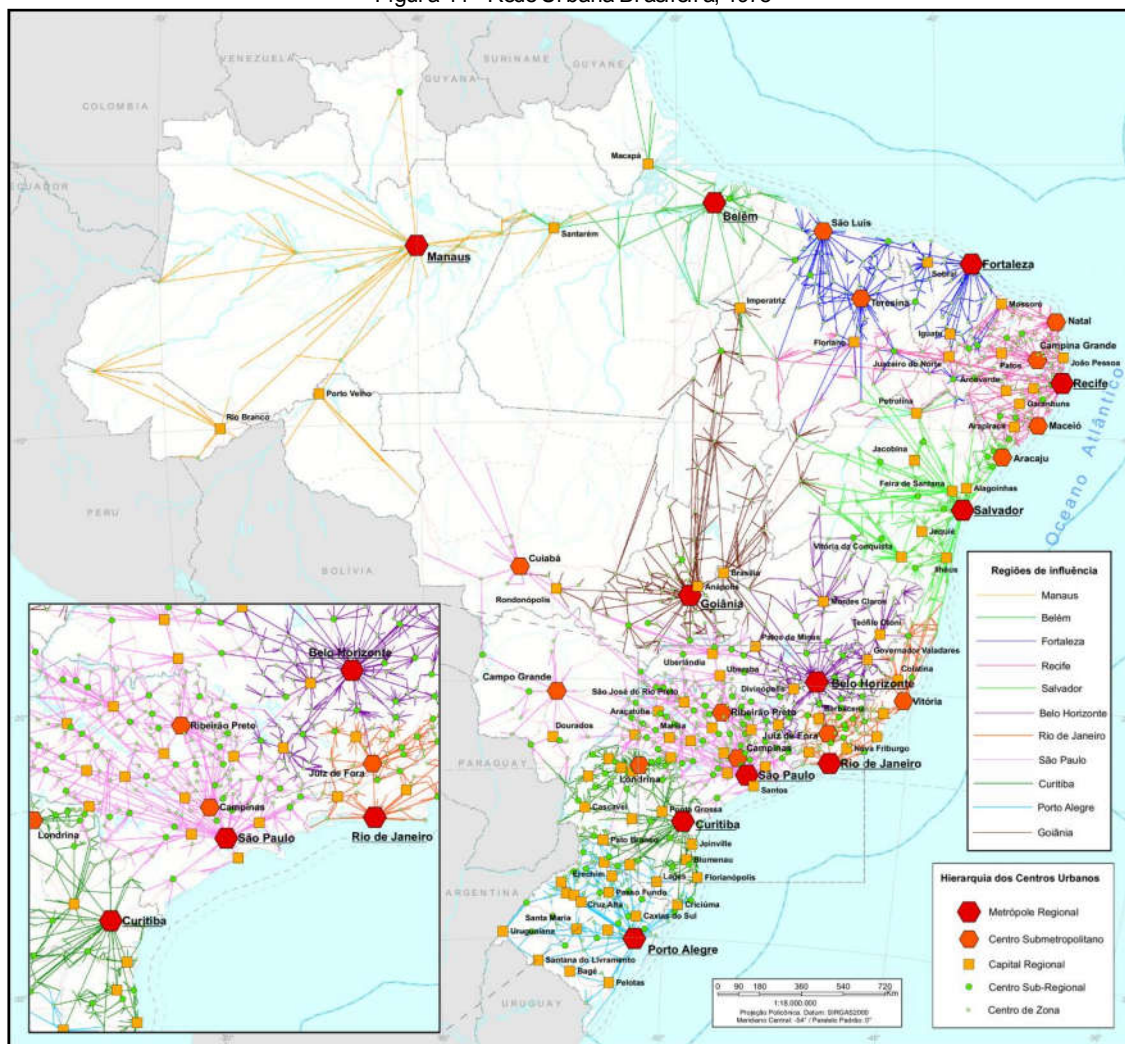
3 – Capital Regional: dentre as várias pode-se citar Porto Velho, Rio Branco, Santarém (PA), Macapá, Imperatriz (MA), Sobral (CE), Iguatu (CE), Floriano (PI), Mossoró (RN), Caruaru (PE), Garanhuns (PE), Juazeiro (BA) – Petrolina (PE), João Pessoa, Campina Grande (PB), Patos (PB), Arapiraca (AL), Crato – Juazeiro do Norte (CE), Feira de Santana (BA), Governador Valadares (MG), Montes Claros (MG), Campos (RJ), Nova Friburgo (RJ), Santos (SP), Sorocaba (SP), Bauru (SP), Ponta Grossa (PR), Cascavel (PR), Joinville (SC), Blumenau (SC), Passo Fundo (RS), Pelotas (RS), Anápolis (GO), Brasília dentre outras;

4 – Centro Sub-regional: Boa Vista, Castanhal (PA), Santa Inês (MA), Parnaíba (PI), Picos (PI), Bacabal (MA), Salgueiro (PE), Sousa (PB), Serra Talhada (PE), Caicó (RN), Valença (BA), Lagarto (SE), Viçosa (MG), Diamantina (MG), Macaé (RJ), Jundiá (SP), Barretos (SP), Francisco Beltrão (PR), Concórdia (SC), Itaporã (PR), Carazinho (RS), Araguaína (GO), Ceres (GO) etc.;

5 – Centro de Zona: nesse conjunto pode-se citar Tefé (AM), Paritins (AM), Marabá (PA), Altamira (PA), Balsas (MA), Tocantinópolis (GO), Canindé (CE), Quixeramobim (CE), Piripiri (PI), Codó (MA), Oeiras (PI), Chapadinha (MA), Campos Sales (CE), Angicos (RN), Goiana (PE), Gravatá (PE), Cuité (PB), Pombal (PB), Rio Largo (AL), Viçosa (AL), Araripina (PE), Oeiras (PI), Capela (SE), Ouro Preto (MG), Congonhas (MG), Cabo Frio (RJ), Natividade (RJ), Angra dos Reis (RJ), Atibaia (SP), Paraisópolis (MG), Campos do Jordão (SP), Valparaíso (SP), Foz do Iguaçu (PR), Wenceslau Brás (PR), Faxinal (PR), Montenegro (RS), Camaquã (RS), Criciúma (SC), Orleans (SC) dentre outros;

6 – Município Subordinado: esse conjunto é constituído por aqueles municípios que não possuem outros como subordinados, como Barcelos (AM), Tapauá (AM), São Feliz do Xingu (PA), Tucuruí (PA), Feijó (AC), Xapuri (AC), Pindaré-Mirim (MA), Porto Franco (MA), Riachão (MA), São Raimundo das Mangabeiras (MA) Loreto (MA), Itaguatins (GO), Iracema (CE), Barro (CE), Batalhas (PI), Fronteiras (PI), Várzea Grande (PI), Itaú (RN), Água Nova (RN), Lastro (PB), Santa Cruz (PB), Jaboatão (PE), Olinda (PE), Abaré (BA), Atalaia (AL), Maragogi (AL), Itabí (SE), Feira Nova (SE), Camaçari (BA), Laje (BA), Valente (BA), Betim (MG), Paiva (MG), Niterói (RJ), São Gonçalo (RJ), Pinheiros (ES), Mauá (SP), Osasco (SP), Suzano (SP), Tesouro (MT), Dom Aquino (MT), Contenda (PR), Sangés (PR), Papanduva (SC), Irineópolis (SC), Agudo (RS), Canela (RS), Xambioá (GO) e outros. A configuração dessa rede pode ser conferida na Figura 11.

Figura 11 - Rede Urbana Brasileira, 1978



Fonte: IBGE (2008)

Em 2000 foi publicado mais outro trabalho, sendo o resultado de pesquisas realizadas no ano de 1993, tendo objetivo focado no “[...] papel das redes para viabilizar a circulação e a comunicação, fundamentais para a organização de um espaço onde os elementos fixos interagem pelo intercâmbio de fluxos” (IBGE, 2008, p. 131).

Nesse estudo buscou-se definir critérios mínimos de centralidade quando da seleção dos municípios, sendo tais critérios: 1 – o município deveria ter, no mínimo, três características: sediar uma comarca, contar com agência bancária, dispor de médico residente na cidade e/ou dispor de emissora de rádio AM; 2 – municípios não selecionados pelo critério anterior, mas com população acima de 20.000 mil habitantes também foram selecionados (IBGE, 2000).

Já o grau de centralidade foi definido a partir de 46 funções centrais, ou seja, bens ou serviços que podem ser encontrados nos centros urbanos. Assim, 14 dessas funções referiam-se a bens e serviços de baixa complexidade (produto para agricultura e pecuária, ferragens, serviços de contabilidade, agências bancárias entre outros), 30 bens e serviços considerados de elevada complexidade (curso de nível superior e pós-graduação, médico pediatra, caminhões novos, instrumentos musicais entre outros) e mais duas funções relativas a fluxos pela busca de serviços de informação.

Por fim foram classificados os níveis de centralidade dos municípios, sendo que nesse trabalho houve uma divisão da classificação em oito níveis de centralidade:

1 – Máximo (metropolitano): Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo;

2 – Muito forte (predomínio submetropolitano): nesse nível encontram-se Bauru (SP), Ribeirão Preto (SP), Manaus, Belém (PA), São Luís, Teresina, Uberlândia (MG), Juiz de Fora (MG), Vitória, Londrina (PR), Florianópolis (SC), Passo Fundo (RS), Pelotas (RS), Brasília, Feira de Santana (BA), Caruaru (PE), Campina Grande (PB), João Pessoa;

3 – Forte (predomínio de capitais regionais): Piracicaba (SP), São José dos Campos (SP), Sorocaba (SP), Maceió (AL), Varginha (MG), Blumenau (SC), Joinville (SC), Campo Grande (MS), Cuiabá (MT), Jaú (SP), Porto Velho, Uberaba (MG), Governador Valadares (MG), Montes Claros (MG), Ponta Grossa (PR), São Leopoldo (RS), Anápolis (GO), Araguaína (GO), Imperatriz (MA), Petrolina (PE), Aracaju; Natal, Juazeiro do Norte (CE), Sobral (CE) e diversos outros;

4 – Forte para médio (predomínio de centros sub-regional): Araçatuba (SP), Jundiá (SP), Osasco (SP), Franca (SP), Rio Branco, Marabá (PA), Floriano (PI), Picos (PI), Caxias (MA), Niterói (RJ), Nova Friburgo (RJ), Volta Redonda (RJ), Lavras (MG), Lages (SC), Bento

Gonçalves (RS), Foz do Iguaçu (PR), Criciúma (SC), Gurupi (GO), Barreiras (BA), Serra Talhada (PE), Arapiraca (AL), Arcoverde (PE), Crato (CE), Mossoró (RN), Caicó (RN) dentre outros;

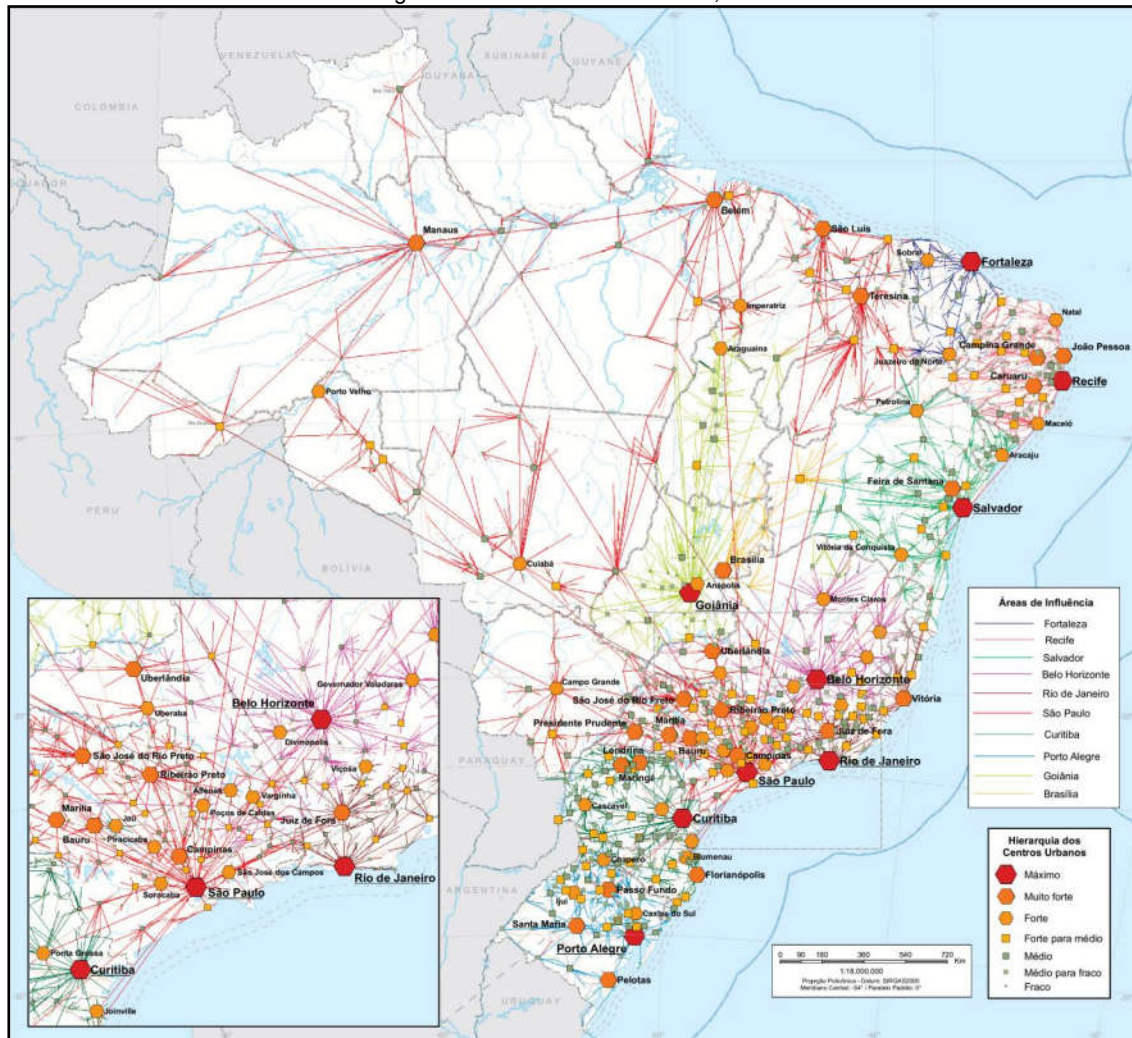
5 – Médio (tendendo a centros sub-regionais): Guarulhos (SP), Avaré (SP), Barueri (SP), Parintins (AM), Boa Vista, Santarém (PA), Altamira (PA), Macapá, Chapadinha (MA), Santa Inês (MA), Balsas (MA), Catalão (MG), Vila Velha (ES), Conselheiro Lafaiete (MG), Contagem (MG), Diamantina (MG), Toledo (PR), Arapongas (PR), Bagé (RS), Catalão (GO), Porto Nacional (TO), Ceres (GO), Itabaiana (BA), Jaboaão dos Guararapes (PE), Olinda (PE), Araripina (PE), Penedo (AL), Quixadá (CE), Barbalha (CE) e outros;

6 – Médio para fraco (predomínio de centros locais): Lorena (SP), Moji-Mirim (SP), Atibaia (SP), Piripiri (PI), Petrópolis (RJ), Teresópolis (RJ), Cabo Frio (RJ), Ouro Preto (MG), Wenceslau Braz (MG), Rolândia (PR), Camaquã (RS), Guaporé (RS), Palmas (TO), Tocantinópolis (TO), Cabo de Santo Agostinho (PE), Carpina (PE), Goiana (PE), dentre outros;

7 – Fraco (tendência centros de zona): Diadema (SP), Mauá (SP), Itaituba (PA), Parauapebas (PA), Tucumã (PA), Cametá (PA), Paragominas (PA), Codó (MA), Cururupu (MA), Timon (PI), Oeiras (PI), Duque de Caxias (RJ), Angra dos Reis (RJ), São Borja (RS), São Felix do Araguaia (TO), Caldas Novas (GO), Goianésia (GO), Araguatins (TO), Camaçari (BA), Ouricuri (PE), Parelhas (PE), Pesqueira (PE), Itabaiana (SE), Canindé, Quixeramobim (CE), Campos Sales (CE) entre outros;

8 – Muito fraco (municípios subordinados): dentre destes, pode-se citar Miracatu (SP), Sete Barras (SP), Barcelos (AM), Guajará (AM), Ananindeua (PA), Vitória do Xingu (PA), Açailândia (MA), Barra do Corda (MA), Alcântara (MA), Arame (MA), Grajaú (MA), João Lisboa (MA), Luís Correia (PI), Tutóia (PI), Prata (MG), Conquista (MG), Belford Roxo (RJ), Rio das Ostras (RJ), Ibirapuã (ES), Macuri (ES), Bituruna (PR), Porto Vitória (PR), Taquari (RS), Dom Feliciano (RS), Goianira (GO), Trindade (GO), São Felix do Tocantins (TO), Axixá do Tocantins (TO), Barra (BA), Laje (BA), Nova Canaã (BA), Abreu e Lima (PE), Igarassu (PE), Itamaracá (PE), Gravatá (PE), Aroeiras (PB), Conde (PB), Salitre (CE), Aurora (CE), Caldeirão Grande do Piauí (PI) dentre outros. A configuração dessa rede pode ser observada na Figura 12.

Figura 12 - Rede Urbana Brasileira, 1993



Fonte: IBGE (2008)

Já o trabalho mais recente foi apresentado em 2008, sendo baseado em pesquisas realizadas em 2007. Este se diferencia dos anteriores por classificar as cidades segundo três critérios diferentes:

01 – Gestão do território – gestão federal e empresarial: segundo Corrêa

centro de gestão do território [...] é aquela cidade onde se localizam, de um lado, os diversos órgãos do Estado e, de outro, as sedes de empresas cujas decisões afetam direta ou indiretamente um dado espaço que passa a ficar sob o controle da cidade através das empresas nela sediadas” (CORRÊA, 1995, p. 83).

Nessa primeira etapa foram utilizadas informações secundárias e registros administrativos de órgão estatais e de empresas privadas, de tal maneira que foi possível analisar o nível de centralidade administrativa, jurídica e econômica de cada cidade. Para aquelas cidades especializadas que não foram incluídas e mesmo para uma melhor qualificação

das identificadas, fez-se uso de dados complementares sobre equipamentos e serviços: atividades de comércio e serviços, atividade financeira, ensino superior, serviços de saúde, Internet, redes de televisão aberta, e transporte aéreo. (IBGE, 2008).

02 – Ligações entre cidades (Rede de Questionários): esse segundo critério se constituiu pela investigação das ligações entre cidades, de tal maneira que se pôde delimitar a sua área de influência dos centros e ilustrar a articulação das redes no território, para tanto se baseou em dados secundários e pesquisa direta onde a quantidade de relações foi determinada pelo número de vezes que a cidade é citada nas entrevistas, levando em consideração uma ampla gama de relacionamentos. (IBGE, 2008).

03 – Dimensão da região: neste critério foi realizada a verificação e a delimitação da área de influência das cidades, para tanto se verificou o conjunto de cidades com maior centralidade, ou seja, que atraíam outras cidades levando a formação de áreas de influência de extensão e dimensão populacional variável.

Posto de outra maneira, os agentes de polarização são: a Gestão, onde o destaque são as empresas e o poder público; os equipamentos e serviços, representados por agentes bancários, os centros comerciais, educacionais, de saúde etc.; a comunicação, por meio da internet, transportes, telefonia etc.; e a população que é atraída e que se tornam mão de obra e mercado consumidor.

Esses fatores de centralidade também possuem sua dinâmica baseada nos investimentos estruturadores, nos bens e serviços e no fluxo de pessoas. Por sua vez, tais fatores estão relacionados ao aumento do fluxo de capitais, da circulação de mercadorias e informações, representando uma revolução logística baseada em: articulação e expansão de redes internacionais, cidades industriais que surgem próximas das fontes de matéria prima ou dos eixos de comunicação de transportes, na indústria têxtil e nas indústrias separadas fisicamente e integradas organizacionalmente.

Fazendo uso de tal metodologia, o último passo do REGIC foi realizar a classificação dos centros urbanos segundo sua hierarquia, conforme pode ser observado no Quadro 1:

Quadro 1 - Hierarquia Urbana Segundo o REGIC

Nível	Subnível	Relações	População	Representa
Metrópole	Grande metrópole nacional	Nacional	19,5 milhões	São Paulo.
	Metrópole nacional	Nacional	11,8 milhões e 3,2 milhões	Rio de Janeiro e Brasília.
	Metrópole	Nacional	Entre 1,6 e 5,1 milhões	Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Curitiba, Goiânia e Porto Alegre.
Capital regional	Capital regional A	487	Média de 955 mil	Campinas (SP), Cuiabá (MT), Natal (RN), São Luís (MA), Teresina (PI), João Pessoa (PB), Maceió (AL) e Florianópolis (SC).
	Capital regional B	405	Média de 435 mil	Palmas (TO), Caxias do Sul (RS), Santa Maria (RS), Passo Fundo (RS), Chapecó (SC), Blumenau (SC), Joinville (SC), Maringá (PR), Londrina (PR), Cascavel (PR), Montes Claros (MG), Juiz de Fora (MG), Vitória da Conquista (BA), Iheus - Itabuna (BA), Feira de Santana (BA), Campina Grande (PB), Juiz de Fora (MG), Uberlândia (MG), Porto Velho (RO), São José do Rio Preto (SP) e Ribeirão Preto (SP).
	Capital regional C	162	Média de 250 mil	Araguaína (TO), Ijuí (RS), Novo Hamburgo/São Leopoldo (RS), Criciúma (SC), Ponta Grossa (PR), Uberaba (MG), Governador Valadares (MG), Divinópolis (MG), Arapiraca (AL), Petrolina - Juazeiro (PE), Caruaru (PE), Imperatriz (MA), Mossoró (RN), Juazeiro do Norte - Crato - Barbalha (CE), Santarém (PA), Marabá (PA), Macapá (AP), Boa Vista (RR), Rio Branco (AC), Cachoeiro de Itapemirim (ES), Barreiras (BA), Campos dos Goytacazes (RJ), Volta Redonda - Barra Mansa (RJ), Pouso Alegre (MG), Araraquara (SP), Bauru (SP) dentre outros.
Centro sub-regional	Centro sub-regional A	112	Média de 95 mil	Redenção (PA), Anápolis (GO), Rio Verde (GO), Lajeado (RS), Uruguaiana (RS), Itajaí (SC), Lages (SC), Guarapuava (PR), Umuarama (PR), Irecê (BA), Paulo Afonso (BA), Guarabira (PB), Cajazeiras (PB), Garanhuns (PE), Serra Talhada (PE), Pedreiras (MA), Bacabal (MA), Caxias (MA), Santa Inês (MA), Crateús (CE), Quixadá (CE), Caicó (RN), Pau dos Ferros (RN), Castanhal (PA), Redenção (PA), Colatina (ES), São Mateus (ES), Cáceres (MT), Sinop (MT), Cabo Frio (RJ), Itaperuna (RJ), Ji-Paraná (RO), Alfenas (MG), Poços de Caldas (MG), Barbacena (MG), Botucatu (SP), Catanduva (SP) dentre outros.
	Centro sub-regional B	71	Média de 71 mil	Gurupi (TO), Cruz Alta (RS), Frederico Westphalen (RS), Balneário Camboriú (SC), Mafra (SC), Santo Antônio da Platina (PR), União da Vitória (PR), São Lourenço (MG), Cataguases (MG), Itabaiana (SE), Alagoinhas (BA), Valença (BA), Itaporanga (PB), Senhor do Bonfim (BA), Currais Novos (RN), Açu (RN), São Raimundo Nonato (PI), Araripina (PE), Vitória de Santo Antão (PE), Chapadinha (MA), Pedreiras (MA), Balsas (MA), Açu (RN), Currais Novos (RN), Itapipoca (CE), Altamira (PA), Cametá (PA), Parintins (AM), Tefê (AM), Itajubá (MG),

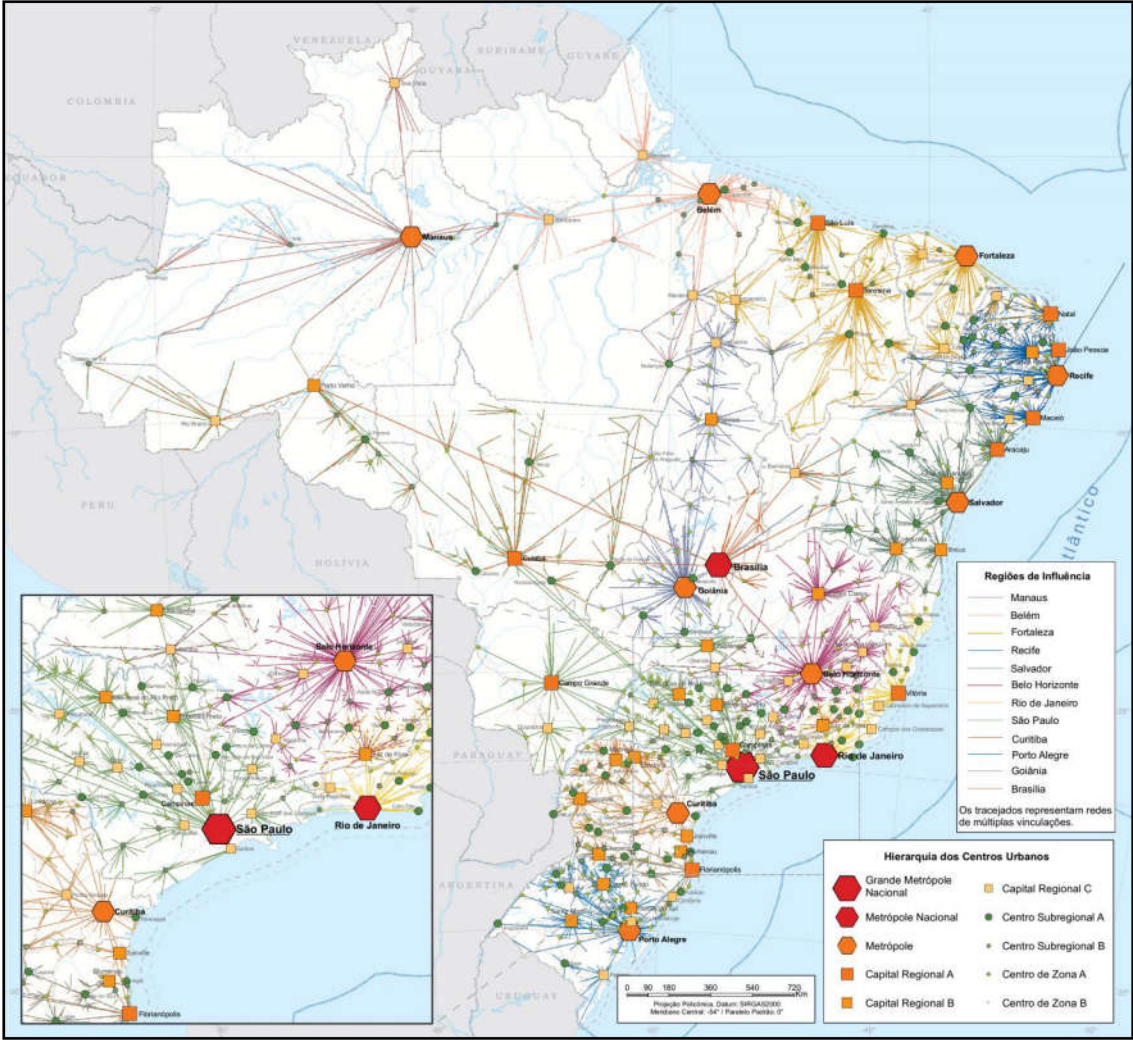
				Ariquemes (RO), Vilhena (RO), Cruzeiro do Sul (AC), Angra dos Reis (RJ), Teresópolis (RJ), Linhares (ES), Avaré (SP), Bragança Paulista (SP) entre outras.
Centro de zona	Centro de zona A	49	Média de 45 mil	Porto Nacional (TO), Dianópolis (TO), Caldas Novas (GO), Catalão (GO), Camaquã (RS), Palmeira das Missões (RS), São Bento do Sul (SC), Campos Novos (SC), Wenceslau Braz (PR), Capanema (PR), Estância (SE), Lagarto (SE), Penedo (AL), União dos Palmares (AL), Batalha (AL) Itabaiana (PB), Catolé do Rocha (PB), João Câmara (RN), Macau (RN), Carpina (PE), Goiana (PE), Corrente (PI), Esperantina (PI), Barra do Corda (MA), Codó (MA), Açailândia (MA), João Câmara (RN), Macau (RN), Canindé (CE), Icó (CE), Parauapebas (PA), Conceição do Araguaia (PA), Itacoatiara (AM), Tabatinga (AM), Jaru (RO), Rolim de Moura (RO), Macaúbas (BA), Santa Maria da Vitória (BA), Aracruz (ES), Nova Venécia (ES), Santo Antônio de Pádua (RJ), Três Rios (RJ), Alta Floresta (MT), São Félix do Araguaia (MT), Corumbá (MS), Três Lagoas (MS), Rolim de Moura (RO), Guaxupé (MG), Frutal (MG), Jundiá (SP), Mogi Guaçu (SP) entre outros.
	Centro de zona B	16	Média de 23 mil	Pedro Afonso (TO), Natividade (TO), Goianésia (GO), Itaberaí (GO), Tramandaí (RS), Santo Antônio da Patrulha (RS), Indaial (SC), Capinzal (SC), Irati (PR), Marechal Cândido Rondon (PR), Neópolis (SE), Canindé de S. Francisco (SE), Delmiro Gouveia (AL), Batalha (AL), Sumé (PB), Araruna (PB), São José do Egito (PE), Tabira (PE), Curimatá (PI), Barras (PI), Araguaetins (TO), Grajaú (MA), Colinas (MA), Zé Doca (MA), São Paulo do Potengi (RN), Canguaretama (RN), Iracema (CE), Jaguaribe (CE), Xinguara (PA), Tucumã (PA), Carauari (AM), Eirunepé (AM), Santana (BA), Boquira (BA), São Gabriel da Palha (ES), Castelo (ES), Valença (RJ), Araruama (RJ), Alto Araguaia (MT), Juara (MT), Camapuã (MS), Miranda (MS), Brasiléia (AC), Tarauacá (AC), Ouro Preto do Oeste (RO), Guajará-Mirim (RO), Brasiléia (AC), Sena Madureira (AC), Machado (MG), Andradas (MG), Presidente Venceslau (SP), Itápolis (SP) dentre outros.
Centro local	-	Municipal	Média de 8 mil	Pirassununga (SP), Dourado (SP), Fama (MG), Poço Fundo (MG), Tiros (MG), Nova Mamoré (RO), Monte Negro (RO), Acrelândia (AC), Feijó (AC), Guajará (AM), Ipixuna (AM), Sonora (MS), Alcinópolis (MS), Alto Taquari (MT), Tabaporã (MT), Parati (RJ), Cambuci (RJ), Ibatiba (ES), Brejetuba (ES), Feijó (AC), Xapuri (AC), Normandia (RR), Amajari (RR), Vitória do Xingu (PA), Bagre (PA), Amapá (AP), Oiapoque (AP), Quixeramobim (CE), Salitre (CE), Jacanã (RN), Guamaré (RN), Itaguatins (TO), Sítio Novo do Tocantins (TO), Estreito (MA), Cidelândia (MA), Arame (MA), Loreto (MA), Marcolândia (PI), Padre Marcos (PI), Maragogi (AL), Jucuípe (AL), Sertânia (PE), Angelim (PE), Caetés (PE), Campo

				Formoso (BA), Itiúba (BA), São Tomé (BA), Arês (RN), Vera Cruz (RN), Caiçara (PB), Borborema (PB), Santana do Itararé (PR), Pinhão (PR), Corupá (SC), Camboriú (SC), São Miguel das Missões (RS) Ciriaco (RS), Agrolândia (SC), Tunápolis (SC), Goianópolis (GO), Hidrolina (GO), Xambioá (TO), Goiatins (TO) dentre outros.
--	--	--	--	--

Fonte: IBGE (2008)

A configuração da rede urbana brasileira segundo esses critérios explicados acima pode ser observada na Figura 13:

Figura 13 - Rede Urbana Brasileira, 2008



Fonte: IBGE (2008)

Deve-se complementar que esse processo de hierarquização pode se dar de duas maneiras: naturalmente, onde os agentes de estruturação urbana se desenvolvem ao longo do tempo e formam uma polarização; ou de maneira planejada, onde agentes públicos ou privados dinamizam uma cidade e, conseqüentemente, polarizam-na. Portanto, em uma dada região a

rede de cidades se distribui de maneira hierárquica, sendo esta organização espacial influenciada, principalmente, pelo papel econômico que as cidades desempenham e que são determinados historicamente. Rochefort (1998, p.14) salienta este fato ao dizer que "numa região, as cidades se distribuem, portanto, em alguns tipos caracterizados por certo papel econômico mais ou menos influenciado pela história".

Mediante a apresentação desses quatro trabalhos realizados pelo IBGE, pode-se observar que houve uma significativa mudança na rede urbana brasileira nos últimos 60 anos. Essas mudanças são mais perceptíveis nas regiões Norte e Centro-Oeste, enquanto que nos centros principais do Nordeste, Sul e especialmente do Sudeste foram poucas as mudanças hierárquicas. Para que se tenha uma melhor compreensão das mudanças e permanência na rede urbana brasileira é necessário traçar uma correspondência das hierarquias dos centros urbanos entre os quatro trabalhos citados, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 - Correspondência Hierárquica entre Centros Urbanos - 1966, 1978, 1993, 2008

REGIC 1966	REGIC 1978	REGIC 1993	REGIC 2008
Grande Metrópole Nacional	Metrópole Regional	Máximo	Grande Metrópole Nacional
Metrópole Nacional			Metrópole Nacional
Centro Metropolitano Regional			Metrópole
Centro Macro Regional			
	Centro Submetropolitano	Muito forte	Capital Regional A
Centro Regional A	Capital Regional		Capital Regional B
Centro Regional B		Forte	Capital Regional C
Centro Sub-Regional A	Centro Sub-Regional	Forte para médio	Centro Sub-Regional A
Centro Sub-Regional B		Médio	Centro Sub-Regional B
Centro Local A	Centro de Zona	Médio para fraco	Centro de Zona A
Centro Local B		Fraco	Centro de Zona B

Fonte: IBGE (2008)

Ao se observar os mapas dos quatro trabalhos (Mapa 1, 2, 3 e 4) pode-se perceber que desde o primeiro trabalho (1966) até o atual (2008), São Paulo destaca-se como o principal centro da rede urbana brasileira, caracterizando-se como Grande Metrópole Nacional. A esta segue Rio de Janeiro que até 2008 aparecia isoladamente no nível de Metrópole Nacional, a partir de 2008 tal status também foi alcançado por Brasília, fato bastante impressionante visto que à época, Brasília possuía menos de 50 anos de fundação.

Ainda segundo o IBGE (2008) os demais centros urbanos que se caracterizavam como metrópoles são: Recife, Belo Horizonte, Salvador, Porto Alegre, Manaus, Curitiba, Fortaleza, Belém e Goiânia. Sendo que essa estrutura hierárquica se apresenta bastante fixa ao longo dos quatro estudos, como pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 3 - Hierarquia Superior dos Centros Urbanos Brasileiros

REGIC 1966	REGIC 1978	REGIC 1993	REGIC 2008
Grande Metrópole Nacional	Metrópole Regional	Nível Máximo	Grande Metrópole Nacional
São Paulo	São Paulo	São Paulo	São Paulo
Metrópole Nacional	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Metrópole Nacional
Rio de Janeiro	Recife	Recife	Rio de Janeiro
Centro Metropolitano Regional	Belo Horizonte	Belo Horizonte	Brasília
Recife	Salvador	Salvador	Metrópole
Belo Horizonte	Porto Alegre	Porto Alegre	Recife
Salvador	Manaus	Curitiba	Belo Horizonte
Porto Alegre	Curitiba	Fortaleza	Salvador
Centro Macrorregional	Fortaleza	Goiânia	Porto Alegre
Curitiba	Belém		Manaus
Fortaleza	Goiânia		Curitiba
Belém			Fortaleza
Goiânia			Belém
			Goiânia

Fonte: IBGE (2008)

Como já colocado, as modificações mais expressivas na rede urbana brasileira se deram nas regiões Norte e Centro-Oeste, a exemplo de Rio Claro (AC), Porto Velho (RO), Santarém (PA), Marabá (PA) e Macapá (AP) que em 1966 se caracterizavam como centros sub-regionais e em 2008 adquiriram status de Capital Regional (o equivalente a Centro Regional no trabalho de 1966); já Boa Vista (RR) e Araguaína (TO) que eram Centros Locais inexpressivos em 1966, têm se caracterizavam como Capital Regional em 2008. Além desses centros urbanos, surgiram vários outros que atualmente são classificados como Centros Sub-regionais, a exemplo de Sinop (MT), Cáceres (MT), Ji-Paraná (RO), Tef  (PA), Cruzeiro do Sul (AC), Redenção (PA) entre outros.

Imperatriz no REGIC de 1966 é classificada como “Centro sub-regional A”, sendo o núcleo urbano que exercia maior influência regional, Araguaína e Marabá, que atualmente estão no mesmo nível de Imperatriz, ainda não exerciam tamanha influência regional, sendo que Araguaína era um “Centro Local A” e Marabá um “Centro Sub-regional B”. No REGIC de 1978 Imperatriz desponta como “Capital Regional” ao passo que Araguaína e Marabá permanecem atrás como “Centro Sub-regional” e “Centro de Zona”, respectivamente. Já no REGIC de 1993 Araguaína se equipara a Imperatriz, ambas aparecem com o mesmo nível de centralidade (Forte) equivalente a “Capital Regional”, Marabá se mant m de “Forte para Médio”, equivalente a um “Centro Sub-regional”. Em 2008 Marabá, Imperatriz e Araguaína adquirem o mesmo nível de “Capital Regional C”.

Todo esse arcabouço conceitual-metodológico e a riqueza de dados contidos no REGIC deu origem a um produto final apresentado em 2013 sob o nome de “Divisão Urbano-Regional” que será abordado sucintamente no próximo tópico.

1.3 A Divisão Urbano-Regional

Produto final do REGIC 2008, esse trabalho buscou dividir a rede urbana brasileira em três níveis regionais de escalas diferentes: as regiões ampliadas de articulação urbana, regiões intermediária de articulação urbana e regiões imediatas de articulação urbana.

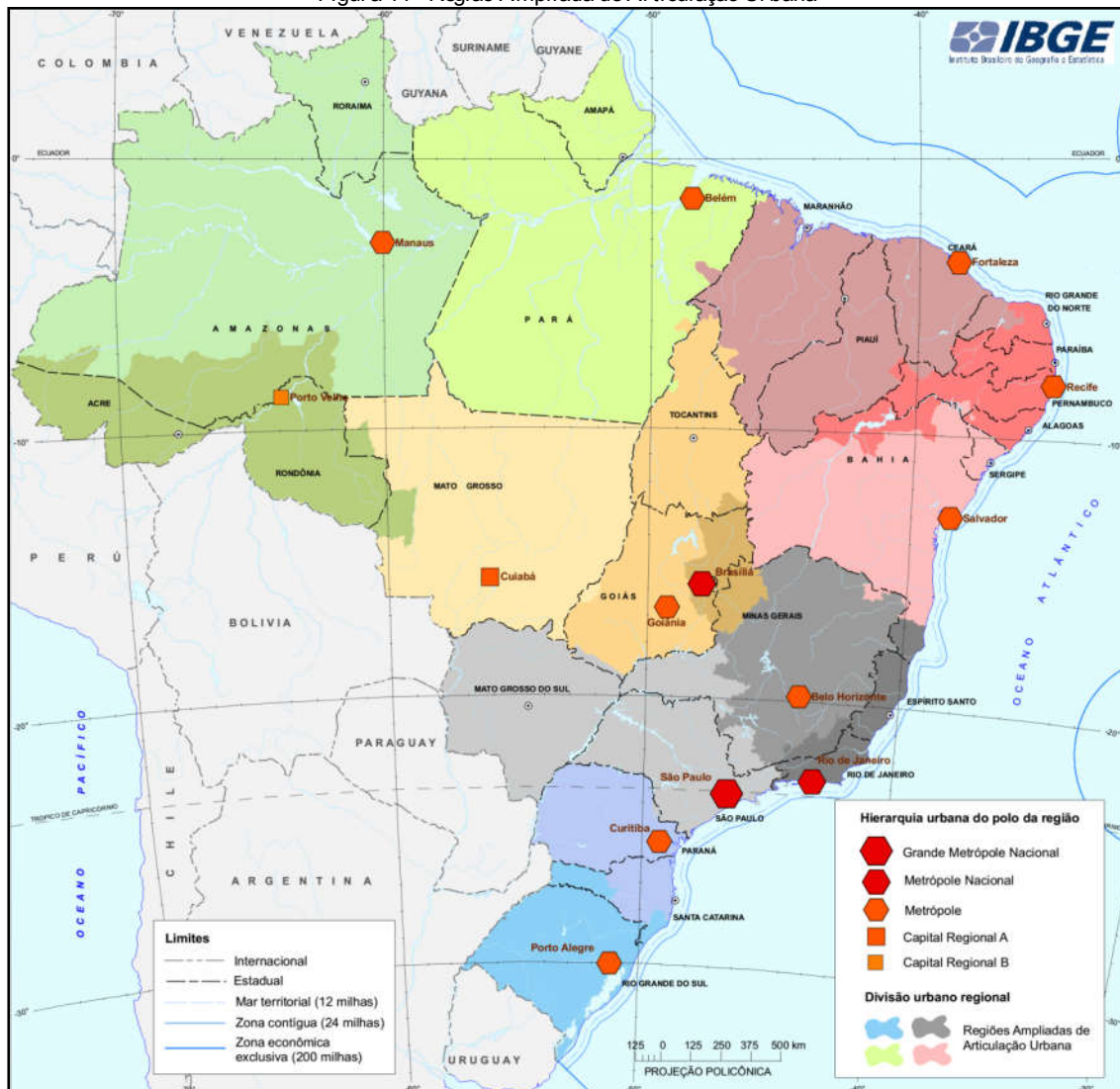
Para a elaboração desse trabalho foi necessário identificar as cidades que exercem comando sobre uma região e, para isto, fez-se uso dos seguintes dados disponíveis no REGIC 2008: centralidade, rede urbana final, ligações entre Centros de Gestão do território, rede de questionários aplicados pelo IBGE² e outras fontes como sites e mapas diversos (IBGE, 2013). Com base nesses dados foi possível delimitar as regiões segundo o nível de articulação dos centros urbanos.

Um detalhe importante desse trabalho é que na classificação das regiões intermediárias, os municípios não podem ter múltiplas vinculações, e aqueles com múltiplas vinculações são considerados como subordinados àquele de maior hierarquia ou com maior intensidade de fluxos. Também em cada região só pode existir um município polo, os municípios de uma região devem ser contíguos e podem abranger mais de um estado, visto que muitas vezes uma cidade polo estende sua influência para muito além do seu Estado, situação bastante comum nas regiões Norte e Centro-Oeste. O resultado desse trabalho pode ser observado nos mapas abaixo que mostram a configuração dos três níveis regionais.

Nível 1 – Regiões ampliadas de articulação urbana: são ao total 14 regiões que, de maneira geral, estão ligadas a uma metrópole, sendo exceção Cuiabá (Capital Regional A) e Porto Velho (Capital Regional B).

² Ver página 49 sobre metodologias utilizadas pelo IBGE para elaboração do REGIC de 2008.

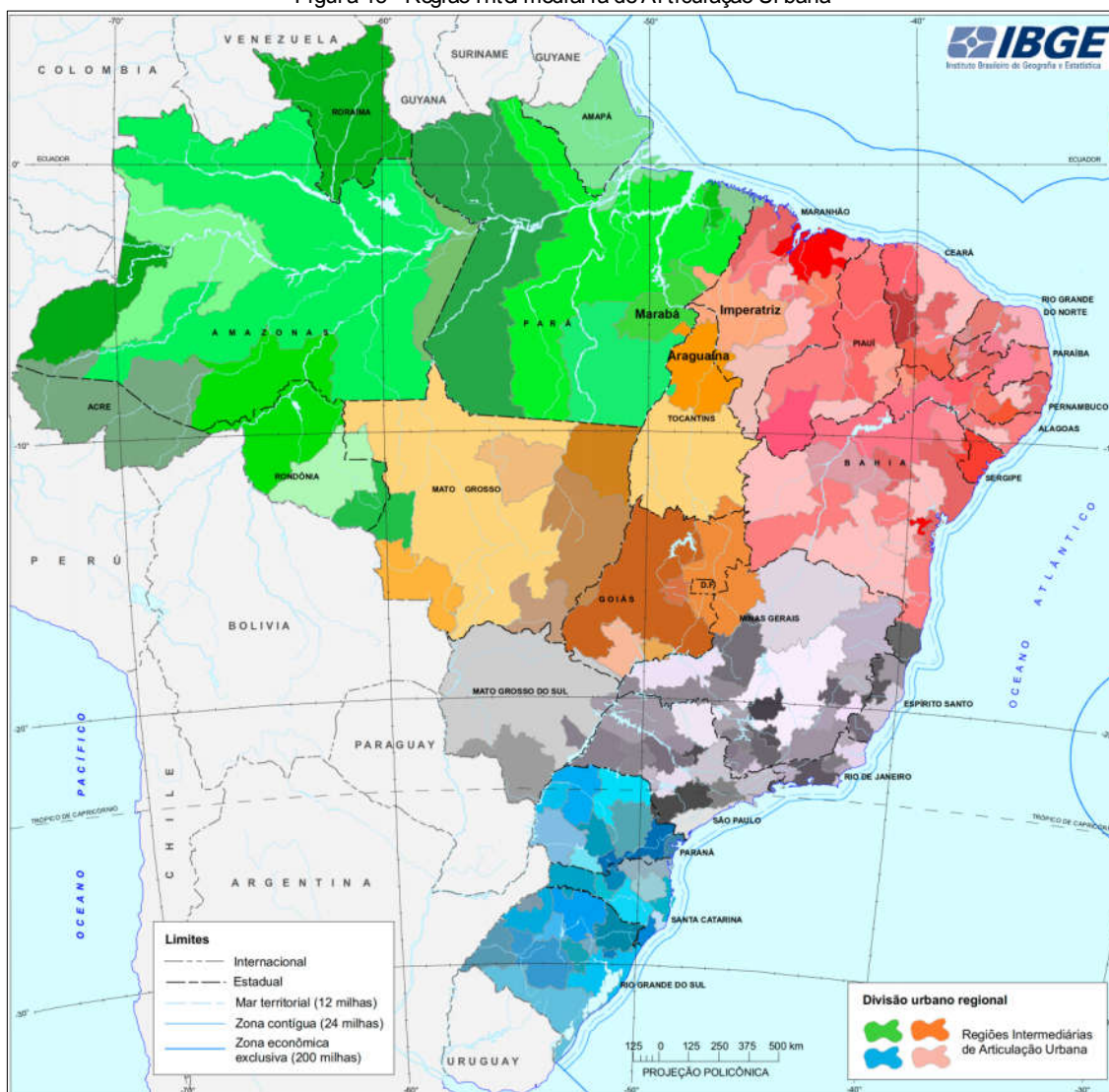
Figura 14 - Região Ampliada de Articulação Urbana



Fonte: IBGE (2013)

Nível 2 – Regiões intermediárias de articulação urbana: são 161 regiões que, geralmente, estão ligadas a uma Capital Regional ou Centro Sub-regional. Na Figura 15 pode-se observar três importantes regiões intermediárias de articulação: a de Imperatriz, Marabá e Araguaína.

Figura 15 - Região Intermediária de Articulação Urbana

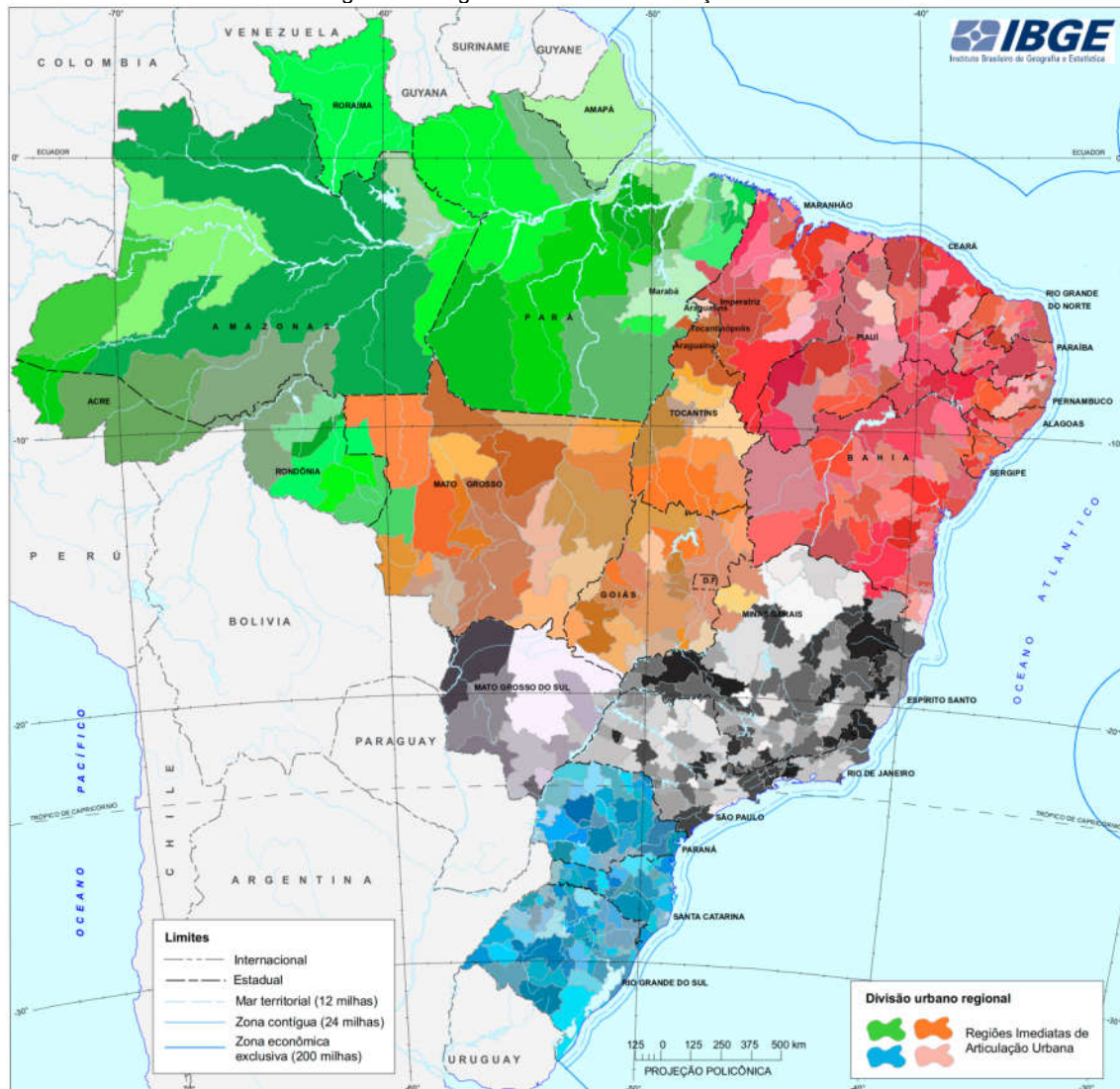


Fonte: IBGE (2013)

Modificação: O autor

Nível 3 – Regiões imediatas de articulação urbana: totalizam 482 regiões que estão ligadas a um Centro Sub-Regional ou Centro de Zona, na Figura 16 além de apresentar as regiões de articulação imediata de Marabá, Imperatriz e Palmas, todas capitais regionais; também apresenta a região de Araguaína e Tocantinópolis, que são Centro de Zona A e Centro de Zona B, respectivamente.

Figura 16 - Região Imediata de Articulação Urbana



Fonte: IBGE (2013)
Modificação: O autor

Todas as regiões desse estudo, independente da escala, estão relacionadas a uma rede de articulações entre nós (cidades). Nessas redes existe uma categoria particular de cidades que são muito importantes para a formação, configuração e dinâmica da rede: as cidades médias, cuja configuração e importância serão abordadas nos próximos subcapítulo.

1.4 O Debate Sobre Cidade Média e Cidade de Porte Médio

Quando falamos em cidade média ainda existem dúvida e indefinição quanto a esse conceito devido ao fato de que muitas vezes se faz análise utilizando apenas o critério quantitativo populacional que, na realidade, nos remeteria à definição de uma cidade de porte

médio, que são cidades intermediárias entre as grandes (geralmente uma metrópole) e as pequenas (centros locais). Para que se possa classificar com mais exatidão o tamanho de uma cidade, faz-se necessário o emprego de critérios qualitativos de análise, como a função urbana, a rede de relações e centralidade regional, como se verá adiante.

Sabe-se que os estudos que buscam conceituar tais cidades não são recentes, já durante a primeira metade do século XX o governo francês deu início à formulação de políticas de planejamento territorial conhecidas como *Aménagement du Territoire* (Gestão do Território), onde se buscava distribuir as pessoas, as atividades e as riquezas de maneira mais equilibrada sobre o espaço nacional e regional. Tais políticas tornaram-se necessárias porque o território francês até então era caracterizado pela macrocefalia urbana, ou seja, existia uma metrópole, Paris, e um “deserto” constituído por cidades pequenas. Portanto, fazia-se necessário descentralizar as atividades e funções de Paris para cidades do interior e assim dinamizar o território francês.

Inicialmente foram criadas as “metrópoles de equilíbrio” com população que variava entre 100 mil a 1 milhão de pessoas. Tais metrópoles possuíam sua região de influência e, assim como Paris a nível nacional, estas metrópoles denunciavam um desequilíbrio regional entre elas e as cidades pequenas. Portanto, novamente fazia-se necessário fomentar o desenvolvimento de cidades *relais*³, aquelas que seriam o elo entre as metrópoles de equilíbrio, as cidades pequenas e o mundo rural (AMORIM FILHO; SERRA, 2001).

Segundo Amorim Filho e Serra (2001), na década de 1970 a importância das cidades médias estava relacionada a alguns fatores e citam como exemplo a “reversão da polarização”, tese segundo a qual a metropolização é um fenômeno comum na consolidação da estrutura produtiva dos países em desenvolvimento. Devido a custos sociais e privativos (poluição atmosférica, tempo gasto nos congestionamentos, valor dos aluguéis, saturação da infraestrutura e etc.) haveria uma tendência natural de desconcentração das atividades econômicas para as cidades médias.

Um segundo fator refere-se ao tamanho ótimo da cidade que possibilitaria a uma dada empresa/fábrica contar com mercado consumidor, de mão de obra assim como infraestrutura

³ O conceito de cidades “relais” (termo francês que significa transmissor) surgiu por volta de 1966 na França, através do “aménagement du territoire” e logo depois da política das “metrópoles de equilíbrio”, quando estas últimas, por experiência, drenaram os capitais e recursos humanos de suas respectivas regiões. As cidades “relais”, na Política do Quinto Plano de Desenvolvimento Econômico e Social, deveriam intermediar a ligação entre as metrópoles de equilíbrio, as cidades pequenas e o mundo rural. Surge assim uma política para as cidades médias com esta função para orientação de descentralização e maior equilíbrio nas redes urbanas (AMORIM FILHO, 1984 apud MOURA, 2007).

urbana que facilite a instalação e funcionamento de máquinas (rede elétrica e de água), circulação de mercadorias (vias de acesso e escoamento), dentre outros. Portanto, para Amorim Filho e Serra:

O tamanho ótimo de uma cidade, sob o ponto de vista da firma, seria dado pela interseção entre a curva de oferta e demanda de infra-estrutura urbana. Quer dizer, o equilíbrio entre o custo da infra-estrutura – que varia com o tamanho da cidade – oferecida nas cidades e a disposição dos empresários de pagar – que também varia com a escala da cidade – por essa infra-estrutura (AMORIM FILHO; SERRA, 2001, p. 8).

Neste período, a definição de uma cidade média estava relacionada a seus aspectos quantitativos, onde o tamanho populacional, a dimensão física e a distância até um centro mais dinâmico eram fatores determinantes (LLOP, BELLET, 1992 *apud* TOURINHO, 2011).

Durante os anos 1970 tem-se uma mudança na conceituação das cidades médias, visto uma nova realidade no sistema produtivo com a passagem do fordismo para o sistema de produção flexível. Essa mudança significou uma “reestruturação das firmas sob novos objetivos, dentre os quais se incluem novas estratégias de localização espacial [...]” (TOURINHO, 2011, p. 192). E a mesma autora complementa ao dizer que: “a reorganização do sistema produtivo promoveu uma alteração no funcionamento do território, que passou do modelo hierárquico para um modelo de organização mais flexível e variável, em forma de rede” (op. cit., p. 192).

Como consequência, a partir da década de 1980 pode-se perceber uma mudança por parte de acadêmicos e planejadores que substituíram o termo “cidade média” por “cidade intermediária”, onde fatores qualitativos tornaram-se determinantes para essa classificação, conforme coloca Sposito (2004 *apud* TOURINHO, 2001):

[...] podemos admitir a existência de cidades de porte médio em função de características que lhe é intrínseca, como o seu tamanho demográfico, mas não podemos reconhecer se uma cidade de porte médio é uma cidade média, ou seja, aquela que desempenha papéis de intermediação na rede urbana, sem compreender, ao mesmo tempo suas características (o que não se restringe ao tamanho demográfico e deve incluir a estruturação interna de seus espaços) como suas relações com o outras cidades (o que impõe o reconhecimento dos seus papéis na estruturação urbana da rede) (SPOSITO, 2004, p. 331 *apud* TOURINHO, 2001, p. 194).

Mediante o exposto percebe-se claramente que existem dificuldades de conceituação sobre o que se compreende como “cidade média”, isso também se deve ao fato desta ser objeto de estudo de várias ciências, como a geografia, a sociologia, a arquitetura e urbanismo, a estatística entre outras; e devido à impossibilidade de se encontrar características homogêneas

e simultâneas em todas as cidades. Essa dificuldade é bem explicitada por Sposito (2008) ao dizer que

[...] a respeito dela se tem "uma noção, um pouco vaga, não um conceito" [...] se existe um corpo teórico bem definido e bastante difundido sobre a metrópole e os fenômenos da "metropolização", sobre as cidades médias ainda há muito o que fazer, embora já se possa adiantar, com clareza, seu papel na constituição e no dinamismo da rede urbana, principalmente naquilo que concerne aos aspectos logísticos das comunicações (telefonia e internet, por exemplo) e dos fluxos de informações e de mercadorias (como auto-estradas e ferrovias) (SPOSITO, 2008, p. 22).

Para uma caracterização mais fidedigna das cidades médias e de sua importância em uma rede urbana, faz-se necessário o uso de critérios quantitativos e qualitativos. Quanto à abordagem quantitativa, esta se baseia, principalmente, no aspecto quantitativo-populacional. Esta é uma abordagem mais simples e imprecisa, mas que não deve ser ignorada. Assim, para órgãos oficiais, como o IPEA e o IBGE, considera-se “médias” aquelas cidades com população entre 100 mil e 500 mil habitantes. Nas regiões Norte e Centro-Oeste, devido às características do sistema urbano regional, municípios com população de 50 mil a 100 mil habitantes também podem desempenhar a função de cidades médias (IPEA, 2008), visto que são poucas as cidades que possuem uma população entre 100 e 500 mil habitantes.

Um exemplo dessa realidade é a cidade de Tefê (AM), com uma população de 61.453 pessoas e que “caracteriza-se como cidade polo ou estratégica, do ponto de vista geopolítico e econômico, por sua localização geográfica junto à calha do rio principal, e exercendo uma grande influência no oeste da calha do Médio Solimões-Amazonas” Rodrigues (2011, p. 63). E complementa o mesmo autor:

Esta área de influência determina a responsabilidade que Tefê, tem no oeste da calha do Médio Solimões, uma vez que gerencia as cidades a ela articulada, em função das variáveis institucionais estabelecidas pela gestão federal, onde são investigados os níveis de centralidade do Poder Executivo e do Judiciário nível Federal, e de centralidade empresarial, bem como a presença de diferentes equipamentos e serviços. (RODRIGUES, 2011, p. 72).

Assim, percebe-se que de fato nem sempre o quantitativo populacional é suficiente para definir uma cidade média, visto que cidades de menor porte assumem funções correspondentes àsquelas de maior porte. Filho e Rigotti (2002) explicam essa peculiaridade no Brasil ao dizerem que

No caso do Brasil, país populoso e com um imenso território marcado por profunda heterogeneidade social, cultural e econômica não poderíamos esperar outra coisa senão grande variabilidade na hierarquia e no relacionamento das cidades com a

região e com o sistema urbano dos quais fazem parte (FILHO; RIGOTTI, 2002, p. 17).

E complementam:

A variação dos limiares demográficos referentes ao tamanho das cidades médias no Brasil é perfeitamente compreensível, na medida em que se trata de um espaço bastante heterogêneo, [...], a escolha das classes de volume populacional depende dos objetivos particulares de cada estudo (op. cit., p.19).

Entretanto, essa abordagem quantitativa apesar de ser muito cômoda, esbarra em sua simplicidade. A esse respeito, Soares (2007) alerta sobre a importância de não se limitar o conceito de cidade média a critérios demográficos:

O critério demográfico, ainda muito utilizado para a classificação de cidades médias, não consegue dar conta da sua realidade, pois inclui, em uma mesma categoria, cidades muito diversas e sendo assim, este deverá ser estabelecido em conformidade com as particularidades regionais (SOARES, 2007, p. 463).

Mas afinal, quais critérios podem ser utilizados para conceituar uma cidade como pequena, média ou grande? Esta resposta pode ser encontrada em Corrêa (2007) ao expor que a combinação de três fatores, o tamanho demográfico, a organização do espaço intraurbano e as funções urbanas são os primeiros fatores a se considerar para entender as cidades médias, visto que tais fatores conceituam o tamanho de uma cidade de pequena a metrópole.

Em relação ao tamanho demográfico e considerando uma região que possua renda e padrão cultural uniforme, entende-se que o tamanho demográfico de uma cidade está intrinsecamente relacionado com a escala de atuação econômica nessa região, visto que pode abranger outras cidades levando ao desenvolvimento de funções/atividades urbanas básicas, que são voltadas para fora da cidade; ao passo que as funções/atividades não básicas são voltadas para a própria cidade, ratificando que o desenvolvimento das funções/atividades urbanas também pode levar ao aumento demográfico.

As funções não básicas atendem à população local, portanto são aquelas de ensino fundamental, as pequenas atividades comerciais e de serviços, os serviços básicos de saúde etc. Já as funções básicas que alcança a área de influência da cidade, podem ser a educação de ensino superior, o comércio atacadista, shopping centers e feiras, serviços de saúde de média e alta complexidade como os oferecidos por um hospital regional etc.

Também existe uma relação entre tamanho demográfico e dimensão do espaço intraurbano, considerando-se um mesmo contexto cultural, socioeconômico, de sítio urbano, de

plano urbano e políticas públicas. Isso significa que uma cidade pode ser considerada compacta quando uma extensão territorial tem um aumento demográfico que pode resultar em um ambiente construído de caráter verticalizado com o máximo aproveitamento do solo. Ou pode haver uma organização dispersa, preponderantemente horizontalizada ou verticalizada, mas que se caracterize por vazios entre as edificações, resultando em aumento da extensão do tecido urbano.

Assim, a maior distância entre centro (que geralmente possui uma função comercial) e a periferia (geralmente com função habitacional) significa que mais atividades se desenvolverão entre ambos, de tal maneira que se pode observar o surgimento de setores especializados em determinadas atividades econômicas. Ou seja, um maior tamanho demográfico significa que a cidade necessitará crescer fisicamente para comportar essa população que traz consigo demandas por serviços e atividades econômicas de várias naturezas.

Portanto, existe a necessidade de se desenvolver estas atividades econômicas e de serviços (educação, indústria, transporte entre várias outras) que venham responder às necessidades demandadas por este aumento demográfico, dando origem aos subcentros de serviços médicos (hospitais, clínicas, laboratórios), automotivos (concessionárias, oficinas, lojas de peças), educacionais (escolas, universidades, institutos) entre vários outros.

Tais setores (subcentros) terão funções de responder pela demanda de bens e serviços, tanto a nível local quanto regional (ROCHEFORT, 1998). Essas funções são desenvolvidas por uma elite empreendedora responsável pela dinamização do espaço urbano, como já colocado anteriormente.

Sobre as funções urbanas, são compreendidas como a vocação de uma cidade, mas de maneira geral todas as cidades, inevitavelmente, desenvolvem função comercial, entretanto, existem outras funções que também podem se destacar.

O termo função foi utilizado pela primeira vez pelo geógrafo alemão Friedrich Ratzel em 1891, e deriva da fisiologia, considerando a cidade um órgão capaz de realizar certas atividades. Portanto, para a Geografia Urbana, funções são as atividades econômicas que justificam a existência de uma cidade. (BEAUJEU-GARNIER; CHABOT, 1963 apud CAPEL, 1972, p. 218). Assim, pode-se concluir que

A função é, de alguma forma, a profissão exercida pela cidade, é sua razão de ser. É sob essa forma que ela aparece para o exterior; assim como, para nós, tal compatriota é um banqueiro ou um doutor, D  troit ou Sochaux s  o para n  s as cidades onde se fabricam autom  veis, Dunkerque    um porto, Cambridge uma universidade, Bras  lia uma capital (BEAUJEU-GARNIER; CHABOT, 1963, p. 104 apud CORTEZZI, 2011, p.25).

Capel complementa dizendo que a introdução do conceito de função à Geografia Urbana foi muito importante porque permitiu se dispor de novos critérios de classificação das cidades, enriquecendo esse campo de estudo que até então se baseava essencialmente em certas características morfológicas. O autor cita como exemplo a obra expoente *La Géographie Humaine*, escrita por Jean Brunhes em 1910, que apresenta a ideia de que a situação, o plano e a altura ou fisionomia dos edifícios são fatores essenciais que cooperam para fazer da cidade um fenômeno geográfico (CAPEL, 1972, p. 218 apud BRUNHES, 1910).

Um dos críticos dessa visão parcial foi o historiador Lucien Febvre, este expôs que uma classificação útil deve basear-se nas funções desenvolvidas nestas cidades. Este modelo classificatório começou a surgir em trabalhos sobre as cidades norte-americanas com W. S. Tower (1905), os sociólogos da Escola de Chicago, D. Harris e M. Arousseau que, segundo este, as cidades poderiam ser classificadas em oito tipos de acordo com a função dominante: defesa, cultura, produção, coleta, transferência, distribuição e recreação (CORRÊA, 2006).

Para o geógrafo Pierre George (1983), as funções urbanas podem ser classificadas por tipos e por níveis de desenvolvimento econômico:

- Função de residência de proprietários rurais, de paradas de comboio de mercadorias e de mercado local: economia subdesenvolvida, politicamente independente;
- Funções de administração europeia em países além-mar, comércio de entreposto e de redistribuição: economia colonial de estatuto de “colônia de exploração”;
- Funções comerciais e administrativas combinadas com funções industriais subordinadas: economia capitalista comercial, tipo holandesa;
- Funções industriais e comerciais predominantes: economia capitalista industrial, tipo alemã;
- Funções industriais e administrativas, estando a função comercial integrada na função administrativa: economia socialista da União Soviética (GEORGE, 1983, p. 173).

Outro geógrafo que abordou esse tema foi Milton Santos (SANTOS, 2001). Segundo ele, as cidades do mundo subdesenvolvido podem ser classificadas segundo cinco funções diferentes, sendo que uma cidade pode exercer mais de uma função, entretanto, existe aquela dominante. Tais funções são:

1. Administrativa: esta se divide em função política, de administração pública, de administração provada e função militar. A função administrativa é uma primazia das capitais do mundo subdesenvolvido e enquanto sede do poder, da tomada de decisões, torna-se atrativa a outras funções, como as comerciais, bancárias e de serviços;

2. Função comercial: geralmente esta função encontra-se ligada a outras duas, a de serviços, com a qual mantém uma relação de dependência, e a industrial, que se origina devido a acumulação de capital e pelas demandas criadas pela função comercial;

3. Função de serviços: caracteriza-se como a mais elástica para a captação de empregos, exercendo forte atração até mesmo sobre a população do mundo rural além de estar muito ligada às funções industrial, de comércio e à administrativa;

4. Função Industrial: relaciona-se com a função comercial e também dinamiza as funções de serviços e as atividades de transportes;

5. Funções homogêneas e diversificadas: no primeiro caso pode-se citar como exemplo as cidades ligadas exclusivamente à mineração monoindustrial. Devido essa característica, são cidades que em caso de crise industrial, correm o risco de entrarem em um processo de estagnação ou mesmo de completo abandono. Já as funções diversificadas, como o próprio nome já diz, referem-se a cidades que atravessam mudanças da sua função principal sem entrar em estagnação ou redução econômica.

Ainda segundo CONDEPE/FIDEM (2012), as funções desempenhadas por uma cidade podem ter caráter regional, ou seja, exercem influência para além de seu município, especialmente quando elas possuem maior grau de complexidade, tornando sua distribuição espacial bem mais escassa. Assim, essas funções mais complexas tenderão a se localizar nas grandes cidades e nas cidades médias, polarizando para si as demandas regionais. Existem alguns fatores polarizantes que diferenciam alguns centros urbanos de outros. Tais fatores são:

- Gestão: neste fator estão inseridas as sedes de poder de caráter público e privado. Portanto, abrange instituições como sedes de governo, agências públicas e sedes de empresas privadas;
- Equipamentos e serviços: estes são representados por agências bancárias, centros comerciais, educacionais, hospitalares etc., assim como as indústrias;
- Comunicação: caracterizado pelas redes, abrange desde transporte aéreo àquele realizado por meio fluvial, assim como a comunicação via telefonia ou internet;
- População: os centros urbanos são muito atrativos às pessoas, visto que neles concentram as funções já citadas acima assim como equipamentos e infraestruturas urbanas capazes de oferecerem uma melhor qualidade de vida às pessoas. Essa atração resulta em grande contingente populacional nas cidades e que também significa mais mão de obra e maior mercado consumidor, essenciais para a polarização de um centro urbano.

A busca pela formulação de um quadro teórico dos elementos qualitativos que constituem as cidades médias, pode-se destacar as contribuições do geógrafo Roberto Lobato Corrêa que em seus trabalhos (CORRÊA, 2006, 2007) enumera três elementos a serem considerados: a elite empreendedora, a localização relativa e as interações espaciais.

Quanto ao primeiro elemento o autor expõe uma situação hipotética ao questionar se deve ser considerada como média uma cidade com 200.000 ou 300.000 habitantes, que seja um centro portuário ou industrial, mas com as atividades controladas externamente. Segundo o autor a resposta seria “não”, isto porque essa cidade não é um local de tomada de decisões ou de acumulação de capital, ou seja, falta uma elite empreendedora.

Essa elite desempenha atividades que podem ser responsáveis pela autonomia política e econômica da cidade, dando origem a atividades de interesse local e regional que, muitas vezes, rivalizam com centros maiores. É a presença dessa elite que irá diferenciar o papel exercido por uma dada cidade, onde aquelas com 50.000 habitantes e com uma forte elite empreendedora pode ser considerada média em detrimento de outra com 200.000 habitantes, mas que se resume a uma cidade porto.

A localização relativa, que Sposito (2001 *apud* PEREIRA, 2004) chamou de elemento “situação geográfica favorável”, refere-se à posição ocupada por uma cidade em relação às vias de circulação dos vários tipos de tráfegos: de informação, de capital financeiro, de pessoas, de mercadorias etc. Ou seja, é uma localização estratégica que pode ser às margens de uma grande rodovia, ou entre centros de hierarquia maior, mas que não estejam tão próximos a ponto de ofuscar.

Por último, as interações espaciais que se refere às relações inevitáveis que se desenvolvem nessas cidades e que são intensas, complexas, multidirecionais e de várias escalas. Nesse contexto, a elite enquanto controladora das interações espaciais, tem o importante papel de conectar a cidade média a centros de maior hierarquia ou mesmo à rede global de cidades.

Corrêa (2007) ainda explica a importância de alguns pressupostos que envolvem a articulação entre tamanho demográfico, a organização do espaço intraurbano e as funções urbanas.

Deste modo, pode-se concluir que a existência de regiões polarizadas está intimamente relacionada às funções exercidas por uma cidade principal e por sua capacidade de atrair para si os vários tipos de atividades demandadas pelos centros menores. Assim, a cidade média torna-se central e hierarquicamente superior no interior da rede urbana da qual faz parte, visto que nela se desenvolvem as atividades mais complexas e que resultarão na conversão para si de maiores fluxos capitais, serviços e pessoas, assim como de informações e serviços especializados.

Deve-se salientar que a hinterlândia de uma cidade grande e especialmente as médias são constituídas por pequenas cidades cujo status de urbana é bastante questionável e no Brasil

essa discussão é bastante complexa. No subcapítulo a seguir buscou-se discutir essa questão de maneira mais extensiva.

1.5 A Discussão Urbano-Rural

Este subcapítulo traz o suporte teórico sobre a questão urbano-rural no Brasil, sendo complementar para a caracterização das cidades que compõem uma rede urbana em dadas regiões de influência. Esta complementação é importante porque muitas dessas cidades possuem fortes traços de ruralidade, tornando o caráter urbano questionável.

Segundo Censo de 2010, 84% da população brasileira vive em áreas urbanas. Quando este dado é confrontado com a realidade observada nos municípios, percebe-se que a definição do que é urbano no Brasil não é condizente com a realidade. Os critérios que definem o urbano e o rural encontram-se no Decreto-Lei 311 de 1938 que delimita administrativamente, sem observar qualquer outro fator, o que caracteriza uma cidade e uma vila, sendo que fora desses limites está o rural. Este decreto versa que:

Art. 3º - A sede do município tem a categoria de cidade e lhe dá nome.

Art. 4º - O distrito se designará pelo nome da respectiva sede, a qual, enquanto não erigida em cidade, terá a categoria de vila. (BRASIL, 1938, s.p).

Estes critérios de definição elaborados há quase oitenta anos encontram-se extremamente defasados em relação ao atual debate do tema urbano-rural. De fato, segundo Veiga (2004), o Brasil é o único país que usa apenas critérios administrativos para definir o que é urbano e rural, não observando questões importantíssimas como a complexa dinâmica populacional do Brasil ao longo do tempo, as características estruturais assim como as funções exercidas por tais unidades territoriais ditas urbanas. Basicamente, define-se como rural todo o mais que não é urbano nos termos da lei, sendo esta uma definição absolutamente vazia de significado, ou seja, uma definição baseada no que não é.

A busca por uma diferenciação urbano-rural mais condizente com a realidade brasileira levou alguns pesquisadores a elaborarem critérios diferentes dos oficiais. Assim, o economista José Eli da Veiga teceu várias críticas em relação a esses critérios oficiais que, segundo ele, por basearem em normas administrativas, torna difícil o entendimento do processo de urbanização no Brasil.

Em Veiga são colocadas algumas ideias de critérios classificatórios, segundo o qual “[...] é preciso combinar critérios de tamanho populacional do município com pelo menos outros dois: sua densidade demográfica e sua localização”, e complementa:

Não há habitantes mais urbanos do que os residentes nas 12 aglomerações metropolitanas, nas 37 demais aglomerações e nos outros 77 centros urbanos identificados pela pesquisa que juntou excelentes equipes do Ipea, do IBGE e da Unicamp (Nesur) para produzir a *Série Caracterização e Tendências da Rede Urbana do Brasil* (1999 e 2002). (VEIGA, 2004, p. 78, grifo do autor).

Nesta rede inegavelmente urbana cujos dados se referem ao ano 2000, estariam localizados 455 centros urbanos e 57% da população brasileira. Com distinção desses, existiam outras 5.052 localidades que se fazia necessário distinguir de maneira mais criteriosa aquelas não urbanas daquelas de status ambivalente entre urbano e não urbano.

Para realizar essa distinção, Veiga considera fundamental utilizar o critério de densidade demográfica, visto que permite construir um “índice de pressão antrópica” que indica o grau de atividade humana e, consequentemente, das modificações do meio natural, do “grau de artificialização dos ecossistemas e, portanto, do efetivo grau de urbanização do território” (VEIGA, 2004, p. 79).

Considerando esses critérios, os municípios foram classificados como:

Inequivocamente urbanos: são aqueles pertencentes à Aglomeração Urbana Metropolitana, Aglomeração Urbana não Metropolitana segundo IPEA/IBGE/Unicamp (2001) e também os Centros Urbanos com mais de 100.000 habitantes;

Intermediários, ou de médio porte: os que possuem entre 50 a 100 mil habitantes ou ainda se a densidade demográfica for superior a 80 hab./km², mesmo possuindo menos de 50 mil habitantes;

Essencialmente rurais ou pequeno porte: aqueles que possuem ao mesmo tempo menos de 50 mil habitantes e menos de 80 hab./km². Deve-se perceber que Veiga utiliza como referência o território dos municípios como um todo, portanto os municípios são generalizados independentemente do local de moradia, independente das características das aglomerações ou das atividades desenvolvidas. Ainda assim, essa metodologia permite analisar a realidade de determinados territórios que, no caso do Brasil é bem diferente daquele oficial. Assim, Veiga chama a atenção para o fato de que o Brasil rural é bem maior do que faz parecer os dados oficiais. Assim

[...] o Brasil essencialmente rural é formado por 80% dos municípios, nos quais residem 30% dos habitantes. Ao contrário da absurda regra em vigor - criada no período mais totalitário do Estado Novo pelo Decreto-lei 311/38 - esta tipologia permite entender que só existem verdadeiras cidades nos 455 municípios do Brasil urbano. As sedes dos 4.485 municípios do Brasil rural são vilarejos e as sedes dos 567 municípios intermediários são vilas, das quais apenas uma parte se transformará em novas cidades. (VEIGA, 2004, p. 80).

A dimensão econômica também pode ser usada para elaborar critérios classificatórios. O valor do PIB (Produto Interno Bruto) dos municípios entre os três principais setores das atividades econômicas:

Setor primário: agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e pesca;

Setor secundário: indústria extrativa, indústria de transformação e distribuição de eletricidade, gás e água e; construção;

Setor terciário: comércio, alojamento e alimentação, transporte, armazenagem e comunicação, atividades imobiliárias, aluguéis, serviços prestados às empresas, administração pública, defesa e seguridade social; educação, saúde entre outros.

Para tanto, é preciso analisar qual dos três setores é o dominante, considerando -se o percentual representado por cada um deles no município. Tendo como referência o trabalho “Caracterização e tendências da rede urbana do Brasil: estudos básicos para caracterização da rede urbana”, elaborado pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) em 2001, buscamos realizar a seguinte classificação:

Setor econômico dominante: quando mais de 60% do PIB está localizada em qualquer um dos três setores;

Equilibrada: quando cada um dos setores tem um percentual igual ou superior a 25%, e igual ou inferior a 40%;

Complexa: quando um dos setores é inferior a 25% e quando nenhum dos dois outros setores tenha igual ou superior a 60%.

Por fim, pode-se complementar expondo a concepção de Marques (2002), para quem as definições do urbano e rural podem ser relacionadas a duas abordagens distintas: a dicotômica e a *continuum*. A dicotômica propõe que o campo e a cidade são meios sociais opostos diferenciados segundo suas características. Segundo a abordagem *continuum*, o espaço rural sofre as influências do dinâmico processo de urbanização, assimilando em intensidades diferentes algumas características típicas da modernização urbana, tornando o campo e a cidade integrados em um contínuo urbano-rural. Para Graziano (1997)

[...] o rural hoje só pode ser entendido como um *continuum* do urbano, do ponto de vista espacial, e, do ponto de vista da organização da atividade econômica, as cidades não podem mais ser identificadas apenas com a atividade industrial, nem o campo com a agricultura e a pecuária. (GRAZIANO, 1997, p. 43).

Ainda segundo o autor, o mundo rural se urbanizou devido o processo de industrialização da agricultura e o transbordamento do urbano para o rural. Por exemplo, é cada vez mais comum encontrar meios modernos de comunicação (TV, telefone, internet) na zona

rural, aparelhos eletrônicos tipicamente urbanos (geladeira, aparelho de TV e DVD, computador) entre outros e a própria eletricidade que, de fato, permite levar todo o conforto dos modernos aparelhos eletroeletrônicos típicos da cidade para o campo. É notório que aquela visão bucólica do campo rústico, isolado, da lamparina a querosene encontra-se cada vez mais distante; está é uma realidade cada vez menos comum, ainda possível de ser encontrada em lugares extremamente isolados ou pobres.

Dessa maneira, Graziano coloca que esse conjunto de transformações concebe a ideia de “urbanização do campo”, na qual o avanço dessa urbanização leva à diluição do campo de tal forma que resultará na total transformação do rural em urbano.

Outros autores como Fernandes e Ponte (2002) e Carneiro (1997) contradizem essa ideia de Graziano, apontando-a como urbanoide e precipitada, visto que na verdade haveria uma integração e não a extinção da identidade rural em detrimento da urbana. (GIRARDI, 2008), (BISPO; MENDES, 2010). Carneiro (1998) admite que, de fato, está se tornando cada vez mais difícil delimitar de maneira clara as fronteiras entre as cidades e os vilarejos de pequeno porte e arraiais baseado apenas nas atividades econômicas e hábitos culturais, entretanto,

[...] o “campo” não está passando por um processo único de transformação em toda a sua extensão. Se as medidas modernizadoras sobre a agricultura foram moldadas no padrão de produção (e de vida) urbano-industrial, seus efeitos sobre a população local e a maneira como esta reage a tais injunções não são, de modo algum, uniformes, assim como tais medidas não atingem com a mesma intensidade e proporções as diferentes categorias de produtores. (CARNEIRO, 1998, p.53).

Em seguida a autora conclui essa ideia ao dizer que não se pode generalizar, visto que a ruralidade “se expressa de forma diferente em universos culturais, econômicos e sociais heterogêneos” (p. 53).

Com essa breve revisão de literatura pode-se concluir que a tentativa de Veiga de formular critérios de diferenciação urbano-rural é bastante pertinente e consegue caracterizar tal realidade de maneira mais satisfatória do que usando critérios oficiais. Apesar disso, várias críticas foram feitas por Reis (2006) e Matos (2005) aos critérios de Veiga devido sua simplificação da realidade e seu caráter quantitativo, que pode resultar em problemas de ordem teórica e empírica; além disso, Veiga não teria considerado fatores como o tipo de atividade desenvolvida nas localidades e não apresentou uma classificação adequada das localidades inseridas na ideia de *continuum* rural-urbano.

Apesar das críticas, os critérios de Veiga são ideais para uma primeira aproximação com os objetos de pesquisa desse trabalho, ratificando que em relação aos municípios das regiões de saúde, também serão consideradas algumas características estruturais.

2 A FUNCIONALIDADE URBANA DE IMPERATRIZ

Neste segundo capítulo se buscou enfatizar a cidade de Imperatriz enquanto polo regional e cidade média. Enquanto uma cidade polo, Imperatriz concentra grande quantidade de serviços em várias áreas como no comércio, na educação, na saúde, bancários dentre outros. Neste caso, os serviços de saúde são os mais caros a essa pesquisa e foram o foco principal nessa pesquisa.

Em um segundo momento buscou-se evidenciar o fato de Imperatriz ser uma importante cidade a nível regional que desenvolve funções de cidade média. Portanto, essas duas características, de cidade polo e média, são, de maneira geral, complementares mas que, como já explicado por Corrêa no capítulo anterior, pode haver exceções como cidades de grande porte mas que não desenvolvem funções polarizantes.

2.1 Imperatriz, uma Cidade Polo no Centro-Oeste Maranhense

A cidade de Imperatriz está localizada a Oeste do estado do Maranhão, o contingente populacional do município, segundo Censo (2010), é de 247.505 pessoas, estando 94,76% desses habitantes localizados na área urbana (234.547 pessoas) e 5,24% na rural (12.958 pessoas). O PIB municipal é de pouco mais de 2.500.000 mil reais, o segundo maior do Estado, atrás apenas da capital São Luís; já o PIB *per capita* equivale a 10 mil reais, mas a renda mensal é de 1.140,00 reais, ou seja, assim como nos outros municípios polos, Imperatriz também é marcado por forte desigualdade na distribuição de renda.

Foto 1 - Cidade de Imperatriz



Fonte: Folha do Bico <<http://www.folhadobico.com.br/wp-content/arquivo/2015/07/imperatriz-vista-area.jpg>>

Como já observado, atualmente o Setor Terciário domina a economia municipal por meio das atividades comerciais em atacado e varejo. O atual dinamismo comercial que caracteriza a cidade de Imperatriz teve início a partir da década de 1980 quando ela se tornou entreposto comercial entre o Maranhão, Pará e o então Estado de Goiás.

Este fato se deu graças à implantação da rodovia BR-010 que, desde a década de 1950, deu início a transformações urbanas, visto que Imperatriz vivia em total estagnação urbana e econômica. Sobre esse período, Coutinho (1994) relata que

A forma de crescimento urbano mostra a estagnação econômica da cidade, em consequência do isolamento geográfico e da carência de vias de comunicação, permanecendo como simples porto fluvial onde atravessam os imigrantes da região atraídos pela expansão de alguma fonte econômica nos Estados de Goiás e Pará. (COUTINHO, 1994, p. 216).

Ainda segundo o mesmo autor, “as mercadorias (secos e molhados) que tiveram ingresso nessa fase, na região, provinham ora de Belém ora de Goiás. Pela via natural do caudaloso Tocantins, apesar das corredeiras e cachoeiras perigosas, no seu médio curso”. (Ibidem, p. 149).

Assim, a construção da BR-010 possibilitou o aumento dos fluxos de mercadorias entre grandes centros comerciais (como no caso de Goiânia e Belém) e Imperatriz. Mas as mudanças foram muito maiores e radicais do que a simples transformação de Imperatriz em entreposto comercial. Barros (1995 apud FRANKLIN, 2008) expõe que:

E a Belém-Brasília nasceu. Dali para frente tudo foi muito rápido – a conclusão do desmatamento, a construção da pista e o encascalhamento. Como um milagre, a explosão demográfica aconteceu. Nasceram povoados, cresceram aglomerações já iniciadas, surgiram hotéis de beira de estrada, bordéis, cabarês e tudo se transformava em outra realidade. A velha Imperatriz sofreu uma metamorfose admirável. Tinha apenas uma dúzia de ruas estreitas e tradicionais e, aceleradamente, foi invadindo o campo, crescendo à beira-rio, para todos os lados, desordenadamente, com muita pressa. (PEREIRA, 1997, p. 109-110 apud FRANKLIN, 2008, p. 118).

Mas a construção dessa rodovia não foi o único fator responsável por essa dinamização. Antes de se tornar um polo comercial, o município experimentou outras funções econômicas baseadas no Setor Primário.

Na década de 1960 a economia municipal era baseada na agricultura, principalmente no cultivo da rizicultura, que “[...] teve maior impulso com a chegada das frentes agrícolas e pecuaristas que intensificaram a ocupação da região de Imperatriz a partir de 1950 em virtude principalmente do processo de expansão da fronteira amazônica” (SOUSA, 2009, p. 134). Essa expansão se deu mediante assistência da União com a fomentação de políticas de colonização, a exemplo da criação de superintendências como a SUDENE (1959), a SUDAM (1966); assim como a construção da rodovia Belém-Brasília (1958) que interligou a região Norte, até então bastante isolada, com o resto do país. Valverde e Dias (1967) expressam a importância dessas rodovias ao dizerem que:

A integridade de um país só está assegurada quando as fronteiras políticas coincidem com as fronteiras econômicas. Este princípio de Geografia política é válido tanto para os países desenvolvidos, como para os subdesenvolvidos. Nesta última hipótese, embora o conjunto da economia do país esteja na dependência de um ou mais mercados exteriores, é necessário que a drenagem econômica se faça através de centros localizados dentro dos limites do mesmo país. De outra maneira a coesão do país estará seriamente ameaçada. (VALVERDE E DIAS, 1967, p. 341).

Um segundo período, o da pecuária, que se desenvolveu a partir de 1970, foi caracterizado pelas atividades pecuaristas, extração da madeira e do carvão vegetal. Nesse período a pecuária foi responsável por um significativo crescimento econômico do município, entretanto, as disputas por terras com objetivos especulativos, a ocupação desordenada e o surgimento de empresas agropecuaristas levaram à formação de latifúndios por meio da expropriação, da grilagem e da violência. Esta disputa por terras e a atração do modo de vida urbana foram responsáveis por intenso êxodo rural no município (FRANKLIN, 2008).

Foi no atual período econômico, o comercial, iniciado na década de 1980, que a população municipal de Imperatriz ultrapassou os 200 mil habitantes e a porcentagem da população urbana superou a rural. Este fato se deu principalmente devido ao intenso êxodo rural dentro do próprio município assim como a imigração de outras regiões do país. Como

consequência, viu-se aumentar de forma vertiginosa os problemas urbanos, uma vez que que sua infraestrutura e equipamentos não estavam preparados para receber essas pessoas. Uma das consequências imediatamente observável foi a desigualdade social devido a urbanização desordenada da periferia caracterizada pela favelização.

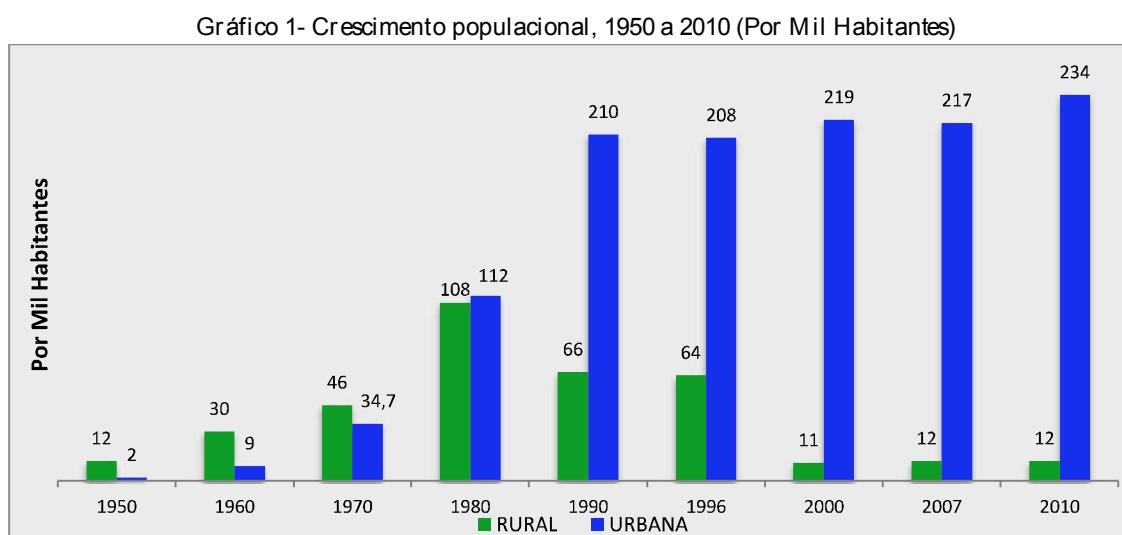
Como consequência pode-se notar a formação de bairros que não ofereciam o mínimo dos equipamentos necessários ao bem-estar social, como água encanada, rede de esgoto e coleta de lixo. Ainda há de se destacar que a multiplicação de bairros periféricos também servia aos interesses eleitoreiros dos políticos locais. Segundo Lima (2003):

Na década de 1980 formaram-se muitos bairros em Imperatriz ultrapassando a rodovia Belém-Brasília. Alguns resultam de loteamentos imobiliários regulares e irregulares; outros de ocupações espontâneas de áreas públicas ou privadas; outros de ocupação dirigida por políticos de áreas públicas ou privadas. [...] A Vila Davi que atualmente se constitui em um novo município emancipado em 1997 é um caso emblemático deste tipo de ação. (LIMA, 2003, p. 87).

Portanto, essa falta de infraestrutura resulta de um crescimento desordenado associado à falta de planejamento, segundo Britto Leite (2015), essa é uma condição típica de um urbanismo mais radical associado à rapidez de crescimento urbano. Nas palavras da autora:

[...] Quase sempre, a ausência de um planejamento permite a situação de crescimento rápido e desordenado e vem descortinando realidades dicotômicas: de um lado, uma prosperidade econômica que perpassa seus habitantes; de outro, assim mesmo, registra-se a repetição de problemas de toda ordem, encontráveis nas cidades grandes brasileiras. (BRITTO LEITE, 2015, pg. 19).

Essa dinâmica demográfica do município está representada no Gráfico 1.

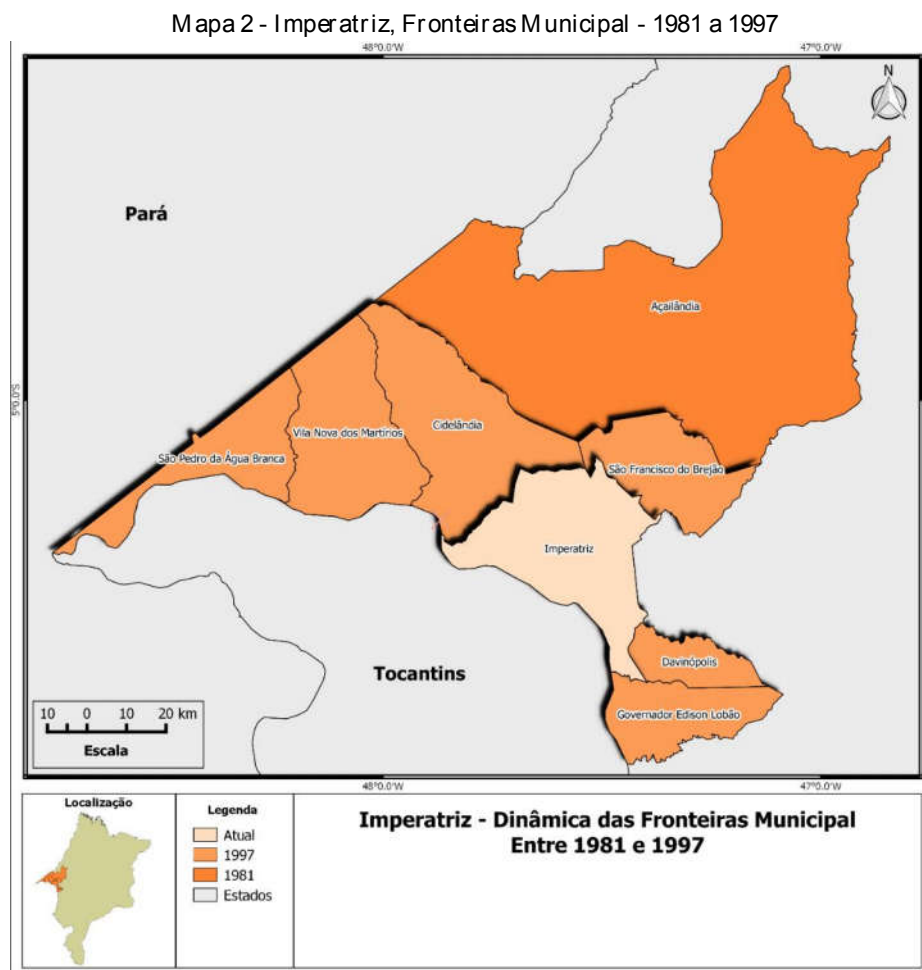


Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, (1950, 1980, 1991, 2000, 2007, 2010)

Elaboração: O autor

De acordo com o Gráfico 1, foram em dois períodos distintos que se deram as maiores quedas em relação à quantidade da população rural no município de Imperatriz: a primeira entre 1980 e 1990, e a segunda entre 1996 e 2000. Essas duas singularidades são o resultado dos processos de êxodo rural associado à fragmentação territorial devido às emancipações de algumas vilas do município culminando na quase totalidade de toda a população municipal viverem na sede do município.

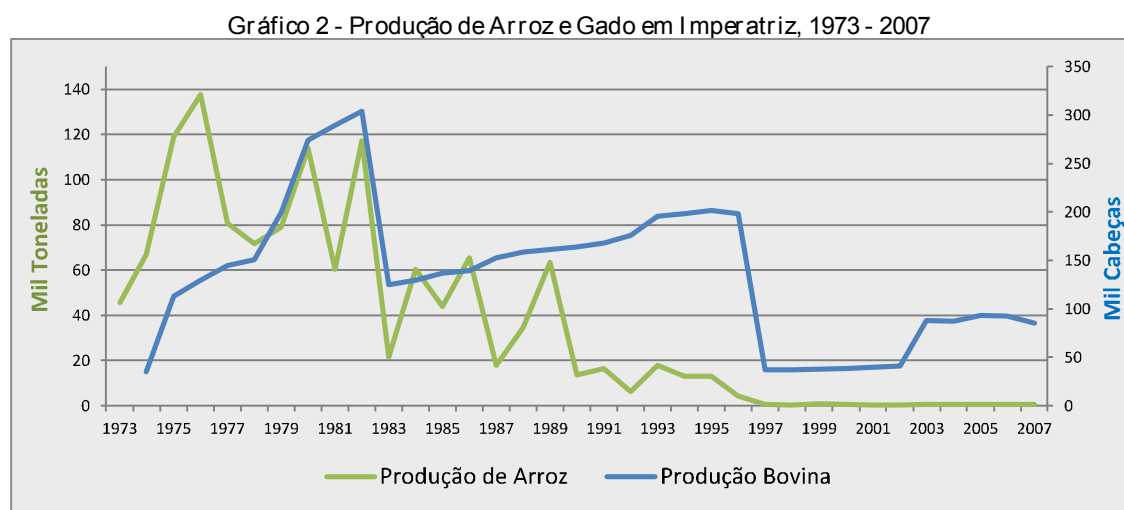
Em relação às emancipações, em 1981 a então Vila de Açailândia se emancipou, tornando-se município, significando uma grande perda de território de 5.838,8 km² para o município de Imperatriz; o segundo momento foi no ano de 1997 quando se emanciparam as Vilas de Cidelândia, Davinópolis, Governador Edson Lobão, Vila Nova dos Martírios, São Francisco do Brejão, São Pedro da Água Branca que significou uma perda de 3.624,48 km² de território. Somados esses desmembramentos, houve uma perda territorial total de 9.463,28 Km². O Mapa 2 demonstra essa dinâmica territorial.



Fonte: IBGE (2014)

Elaboração: O autor

Além do declínio da sua população rural, a produção da rizicultura também declinou na região assim como no município de Imperatriz. Além disso, a bovinocultura teve queda de produção em Imperatriz, mas em Açailândia até os dias atuais se mantém importante para a economia. Já a rizicultura não apresenta produção em Imperatriz, mas a nível estadual os dois municípios mais produtores são Barra do Corda e Grajaú. No Gráfico 2 está representado a dinâmica dessas duas economias (Rizicultura e bovina) no município de Imperatriz.



Fonte: SIDRA/IBGE, (2014)

Elaboração: O autor

Pelo gráfico acima se percebe claramente o efeito dessas emancipações na economia primária imperatrizense, inicialmente em 1981 com a queda da produção bovina e do arroz, visto que a região de Açailândia sempre foi uma grande produtora dessas duas culturas e até hoje a bovina é muito importante; e em 1997 com a emancipação de sete municípios citados anteriormente que significou o fim da rizicultura imperatrizense e mais uma queda vertiginosa na bovinocultura.

Em contrapartida, esse período, início da década de 1980, foi no qual se deu a expansão das funções comerciais e de prestação de serviços responsável pela polarização regional da cidade. Este fato foi possível graças ao surgimento de uma elite empreendedora que buscou desenvolver vários tipos de atividades distintas, onde suas localizações são divididas por subcentro, como o comercial de autopeças, de lojas de vestuário e calçadista, de clínicas oftalmológicas, de produtos agrícolas entre outros. A este respeito Sousa (2010) pondera que:

A exploração do ouro, no Estado do Pará, teve implicações diretas no crescimento urbano de Imperatriz, contribuindo para o incremento populacional e econômico desta cidade e para a expansão de sua malha urbana. Foi visível, neste período, a difusão da pecuária, inclusive com o estabelecimento de uma indústria voltada para o

beneficiamento do leite e de seus derivados – a Cooperleite, implantada na cidade, na década de 1980. Estas atividades econômicas desenvolvidas em Imperatriz contribuíram para o florescimento da atividade comercial. (SOUSA, 2009, p. 177).

Pode-se reforçar essa ideia de polarização ao considerar Rochefort (1998, p. 15), ao dizer que “[...] todo comércio, todo serviço responde tanto às necessidades dos habitantes da aglomeração onde se localiza quanto às das pessoas que habitam na zona de influência desta”.

Assim, houve uma expansão do comércio atacadista e varejista e também dos serviços, em especial os vinculados à saúde (pública e privada). Também expandiram os serviços educacionais, com especial destaque aos ligados à educação de nível superior. Devido essa dinâmica econômica e funções desempenhadas, muitas cidades menores estão sob influência direta de Imperatriz⁴. Em alguns casos tais cidades chegam a ser totalmente dependentes para a aquisição de mercadorias por atacado, máquinas pesadas, aparelhos eletroeletrônicos sofisticados (computadores, computadores portáteis, celulares, aparelhos de televisão etc.), assim como peças para máquinas em geral, entre outros.

Essa influência regional vai para além das fronteiras do próprio município e mesmo do estado do Maranhão, chegando a municípios localizados no Pará como Paragominas e Dom Eliseu; assim como no estado do Tocantins, como nos municípios de Tocantinópolis, Araguatins, Axixá entre outros. Dados levantados por Sousa (2009) vêm confirmar essa afirmação em relação à centralidade nos setores atacadistas e varejistas de produtos alimentícios. Segundo o autor:

Sobre a procedência dos clientes que utilizam os produtos comercializados, no setor atacadista (30%) responderam que residem aqui mesmo em Imperatriz, enquanto (40%) dos clientes sondados, afirmam que são de cidades circunvizinhas do Estado do Maranhão, como Açailândia, Amarante, Montes Altos, João Lisboa, Campestre, Grajaú e Porto Franco. Sobre a procedência dos clientes do comércio atacadista de Imperatriz, (30%) dos entrevistados afirmam que vêm de outros Estados, principalmente do Pará e Tocantins, de cidades como Araguatins, Esperantina, São Miguel e Axixá do Tocantins no Estado do Tocantins e Dom Eliseu, Rondon e Itinga no Estado do Pará. (SOUSA, 2009, p. 203-204).

Em relação aos serviços da Administração Pública, o REGIC 2008 classifica Imperatriz no quinto nível, estando a capital São Luís no quarto nível. A classificação da Gestão Federal feita pelo REGIC leva em consideração a presença de níveis gerenciais em cada uma das unidades territoriais segundo uma hierarquia predefinida para o Poder Judiciário e para o Poder Executivo. A título de exemplo, pode-se citar duas instituições localizadas apenas em São Luís e Imperatriz, a Agencia Executiva do INSS que pertence ao Poder Executivo, e o Foro

⁴ Ver página 90, Mapa 4.

do Tribunal Regional do Trabalho que pertence ao Poder Judiciário. Portanto, os níveis dos territórios variam de acordo com a presença de determinadas instituições, conforme demonstrado no Quadro 4.

Quadro 4 - Nível das Unidades Territoriais Segundo o Tipo da Administração

Executivo Federal		Justiça Federal	
Nível	Órgão(s)	Nível	Órgão(s)
1	Direção nacional	1	Tribunais Superiores
2	Superintendências regionais	2	TRF, TRT e TER
3	Superintendências estaduais	3	TRT, TRE e Seções Judiciárias
4	Gerências	4	1ª Instância das 3
5	Agências e gerências	5	Instância de duas das 3
6	Agências (mais de um órgão)		
7	Agência (apenas um órgão)		

Fonte: IBGE (2008)

Elaboração: O autor

Mediante o cruzamento desses dois níveis territoriais se obtém a hierarquia da gestão federal, que se divide de acordo com o Quadro 5.

Quadro 5 - Hierarquia da Gestão Federal

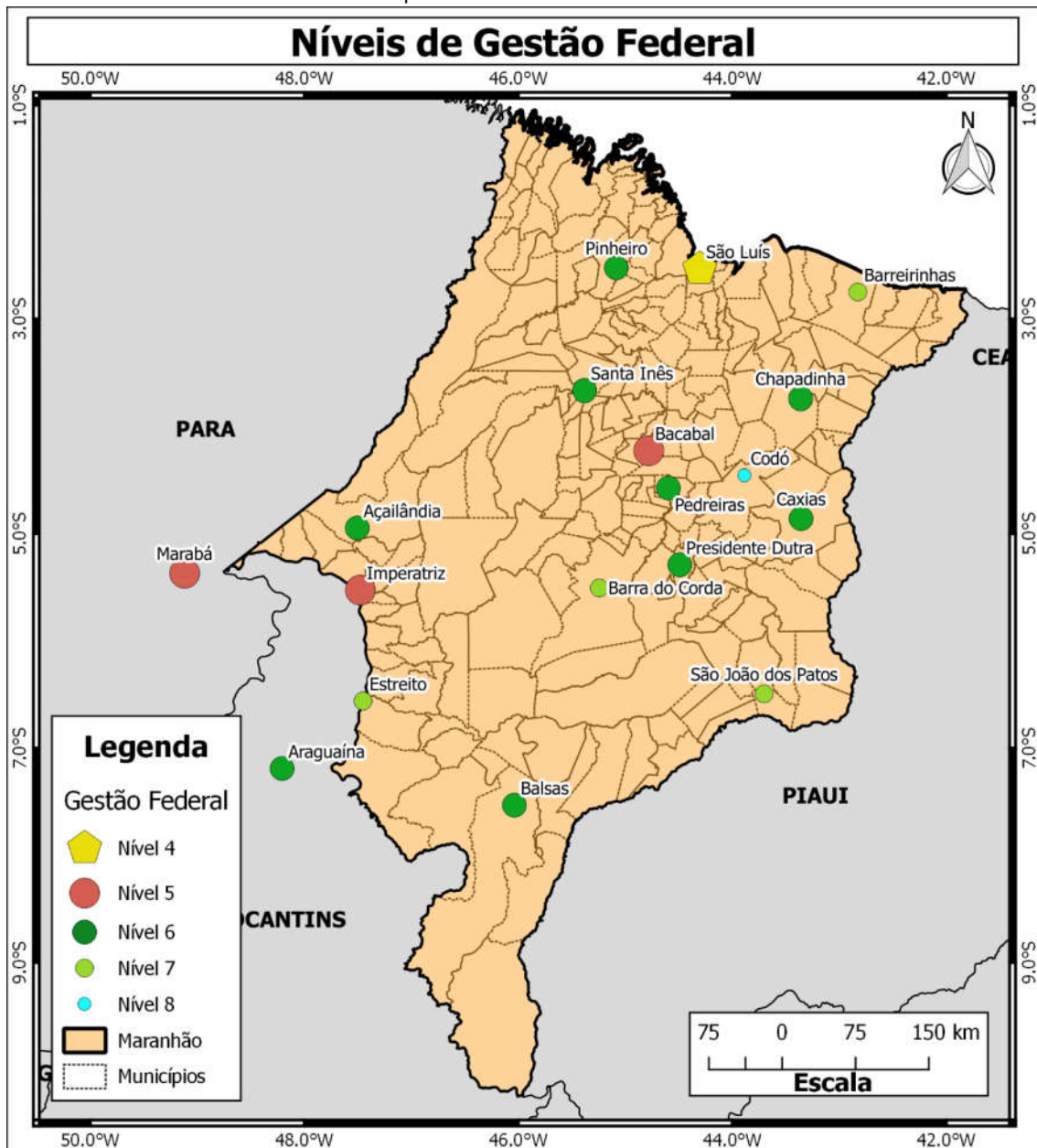
Nível	Características
1a	Brasília, capital nacional, sede da direção nacional dos órgãos administrativos, dos tribunais superiores e de 45 dos 65 órgãos da administração indireta considerados.
1b	Rio de Janeiro, sede de superintendências regionais de órgãos administrativos e de 2ª Instância da Justiça Federal, tanto da Justiça Comum (TRF), quanto da Justiça Especializada (TRT e TRE), e de 14 dos 65 órgãos da administração indireta considerados.
2	Capitais estaduais que sediam superintendências regionais e a 2ª Instância da Justiça Federal, tanto da Justiça Comum (TRF), quanto da Justiça Especializada (TRT e TRE) – São Paulo, Recife e Porto Alegre.
3	Capitais estaduais que sediam superintendências regionais, a 2ª Instância da Justiça Federal Especializada (TRT e TRE), e a 1ª Instância da Justiça Federal Comum – Belém, Fortaleza, Salvador, Belo Horizonte e Curitiba.
4	Demais capitais estaduais, que sediam superintendências estaduais, a 2ª Instância da Justiça Federal Especializada (TRT e TRE), e a 1ª Instância da Justiça Federal Comum (17).
5	Centros com gerências dos órgãos administrativos e a 1ª Instância da Justiça Federal (101).
6	Centros com agências de mais de um dos órgãos administrativos, e 1ª Instância da Justiça Federal (254).
7	Centros com agências de um dos órgãos administrativos, e a 1ª Instância da Justiça Federal (110).
8	Centros com agências de órgãos administrativos, sem a presença da Justiça Federal (414).

Fonte: IBGE (2008)

Elaboração: O autor

Portanto, pode-se concluir que existem alguns órgãos desses dois poderes que são encontrados em poucas cidades, fato que contribui para a sua polarização regional. O Nível de gestão federal dos municípios maranhenses está representado no Mapa 3.

Mapa 3 - Níveis de Gestão Federal



Fonte: IBGE (2008)

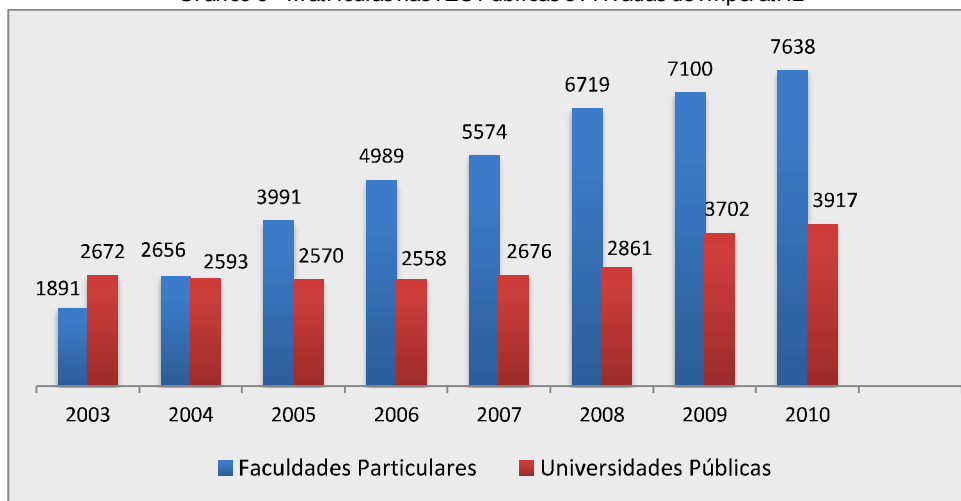
Elaboração: O autor

Percebe-se que dos 217 municípios maranhenses, apenas 17 exercem algum papel relevante de gestão federal. Além disso, a maioria destes municípios estão localizados nas regiões norte e leste do Maranhão, existindo um grande vazio na região central e sul do Estado. Se a norte está localizado São Luís e a centro Bacabal que podem prestar atendimento à sua população regional, a oeste e sul existe apenas Imperatriz, fato que contribui para sua polarização para uma grande região deficitária de infraestrutura de gestão federal, embora seja perto de Marabá.

Em relação aos serviços educacionais, no município estão localizadas 141 pré-escolas, sendo 99 públicas e 42 privadas; 169 escolas de ensino fundamental, com 127 públicas e 42 privadas; e 41 com ensino médio, das quais 31 são públicas e 10 são privadas. Já especificamente na área urbana, pode-se elencar a existência de três escolas públicas de grande porte para ensino médio: o Colégio Militar Tiradentes, o Colégio Graça Aranha e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA) assim como de instituições de ensino superior (IES) públicas: dois campus da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), um campus da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), assim como do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA) que dispões de curso de graduação em Física, Ciência da Computação e Engenharia Elétrica.

Já as faculdades privadas são: Faculdade de Educação Santa Terezinha (FEST), Faculdade de Imperatriz (FACIMP), Faculdade Pitágoras de Imperatriz e Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão (UNISULMA) e Universidade Ceuma (UNICEUMA). Já instituições na modalidade semipresencial é maioria: Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN), Centro Universitário Internacional (UNINTER), Centro Universitário UNISEB (UNISEB), Faculdade AIEC (AIEC / FAAB), Faculdade do Maranhão (FACAM-MA), Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão (IESMA), Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Metodista de São Paulo (UMESP) e Universidade Paulista (UNIP). Ao total somam-se 20 instituições entre públicas, privadas e semipresenciais (e-MEC, 2014). A quantidade de matrículas nessas instituições se mantem em ritmo crescente, principalmente no ensino privado devido a fatores como o financiamento de bolsas estudantis pelo Fundo de Financiamento Estudantil (FIES). Essa dinâmica pode ser observada no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Matrículas nas IES Públicas e Privadas de Imperatriz



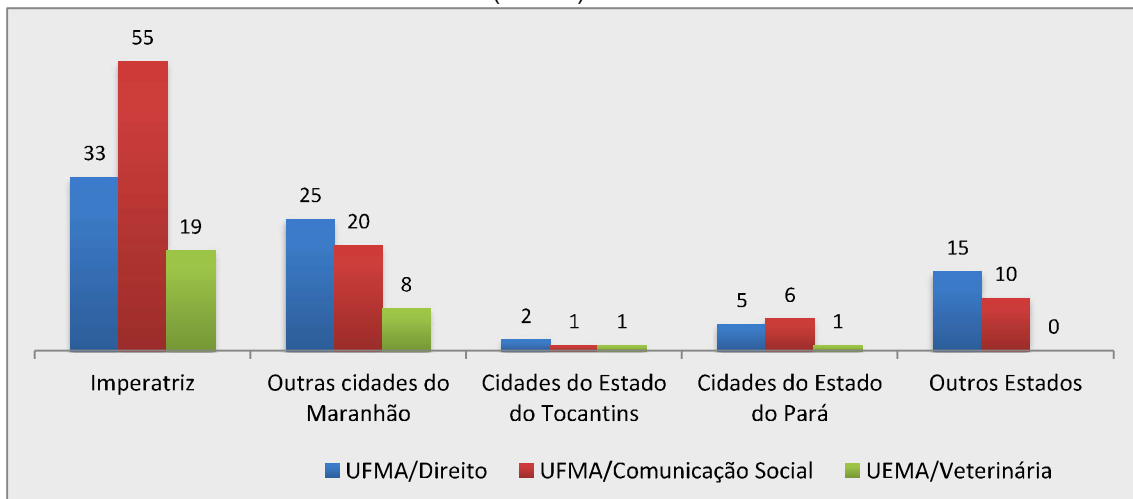
Fonte: Censo da Educação Superior – MEC/INEP (2014)

Elaboração: O autor

Além de ensino superior, deve-se ressaltar a existência de instituições de ensino a nível técnico, podendo-se citar as que mais se destacam: o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA), Serviço Nacional da Indústria (SENAI), Serviço Nacional do Comércio (SENAC), Escola de Qualificação Técnica de Imperatriz (EQTEI), Escola de Qualificação Técnica Nova Dinâmica, Escola Técnica Alvorada, Escola Técnica Imperador, Microlins entre várias outras de menor porte.

Deve-se enfatizar que a rede escolar enquanto equipamento de consumo coletivo é capaz de atrair variado tipo de pessoas, desde estudantes do ensino fundamental e médio de outros municípios que, no caso de Imperatriz, recebe estudantes do estado vizinho (Tocantins); a universitários que estão dispostos a percorrer distâncias maiores ou mesmo mudar de residência para cursar uma graduação. O Gráfico 4 foi elaborado a partir de dados colhidos por Sousa (2015) e representa a quantidade de alunos dos cursos de Direito e Comunicação Social (UFMA), assim como Veterinária (UEMA) segundo a origem e tendo como referência o ano de 2014.

Gráfico 4 - Origem de Alunos dos Cursos de Direito, Comunicação Social (UFMA) e Veterinária (UEMA) - 2014



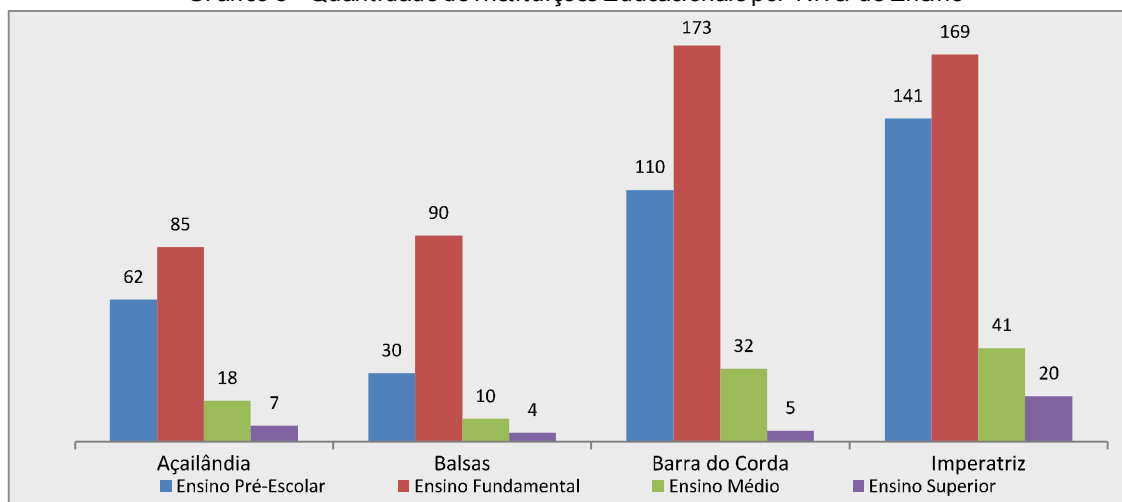
Fonte: Sousa (2015)
Elaboração: O autor

O curso de Direito da Universidade Federal do Maranhão é um dos mais concorridos da cidade, pelo Gráfico 4 percebe-se que atrai uma estudantes de origens diferentes, sendo que mais da metade (59%) não são de Imperatriz, ao passo que os de outros estados, incluindo Tocantins e Pará, representam 27% do total.

Essa mesma dinâmica se repete em relação ao curso de Comunicação Social no qual 40% dos estudantes não são de Imperatriz e os de outros estados, também incluindo Tocantins e Pará, representam 18% do total. Em relação ao curso de veterinária da Universidade Estadual do Maranhão, por não ser um curso atrativo como o de Direito e Comunicação Social, a porcentagem de estudantes de outros municípios é menor, representando 34,5 % do total de estudantes e os de outros estados representam apenas 7% do total.

Em relação as pré-escolas, essas possuem importância local, apesar de não atrair diretamente fluxo migratório, são importantes para a qualidade de vida da população e que nesse caso, pode ser fator de atração populacional. Assim, em relação aos municípios polo de Açailândia, Barra do Corda e Balsas, Imperatriz possui um número maior de instituições escolares, sendo que Barra do Corda consegue rivalizar numericamente em relação à quantidade de instituições de ensino pré-escolar, fundamental e médio; essa afirmativa é reforçada pelo Gráfico 5.

Gráfico 5 - Quantidade de Instituições Educacionais por Nível de Ensino



Fonte: IBGE, (2012); e-MEC, (2014)

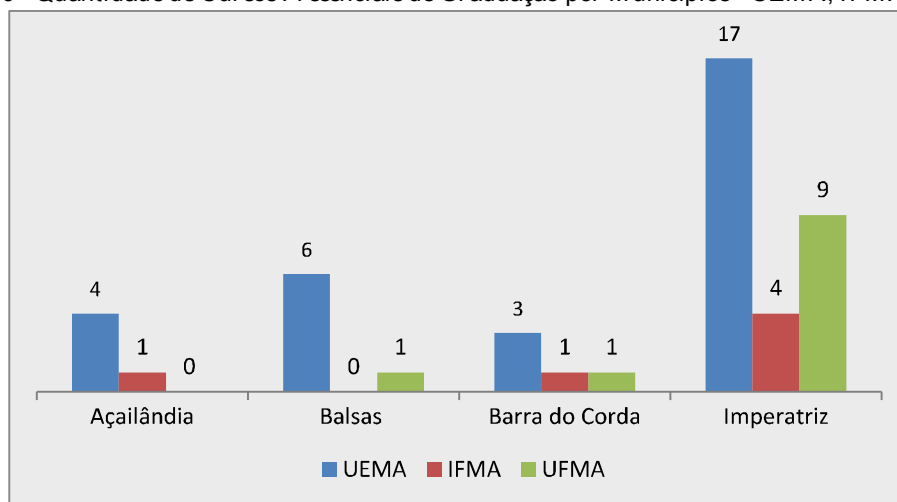
Elaboração: O autor

Se compararmos os dados dos municípios polo que serão estudados de maneira mais profunda no terceiro capítulo⁵, chama a atenção os números de Açailândia e Balsas que são os municípios que possuem menor quantidade de instituições de ensino do que Barra do Corda que iguala com Imperatriz em relação à pré-escola e ensino médio. A explicação para este fato é a grande quantidade de aldeias indígenas localizadas em na Região de Saúde Barra do Corda e que aumenta a demanda por escolas indígenas, a exemplo das escolas rurais de ensino fundamental que, de um total de 149 escolas, 55 estão localizadas em áreas indígenas.

Quanto ao ensino superior, a quantidade de instituições presentes em Imperatriz é praticamente três vezes maior do que em Açailândia, que aparece em segundo lugar. Mas esse destaque de Imperatriz não se limita apenas ao número de IES, a quantidade de cursos também é muito maior do que dos demais municípios analisados. A título de exemplo, a UEMA possui campus nos quatro municípios analisados, entretanto, existe uma grande disparidade numérica em relação à quantidade de cursos presenciais de graduação em cada município. O mesmo acontece com os cursos técnicos oferecidos pelo IFMA que não possui campus apenas em Balsas. O Gráfico 6 demonstra essas diferentes realidades.

⁵ A abordagem sobre cada uma das três regiões de saúde e seus respectivos polos em estudo podem ser conferidas na página 105 para Açailândia, página 120 para Balsas e página 135 para Barra do Corda.

Gráfico 6 - Quantidade de Cursos Presenciais de Graduação por Municípios– UEMA, IFMA e UFMA



Fonte: Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, (2014); Instituto Federal do Maranhão – IFMA, (2014), UFMA – Universidade Federal do Maranhão, (2015)
Elaboração: O autor

Essa evidente superioridade numérica de cursos oferecidos pela UEMA e IFMA também é observável em outras instituições como a Universidade Federal do Maranhão – UFMA que não possui qualquer presença em Açailândia, mas conta com polo de apoio presencial em Balsas e Barra do Corda, sendo que em Imperatriz possui dois campus assim como cursos de alta demanda que atraem estudantes de todo o país, como enfermagem, direito e medicina.

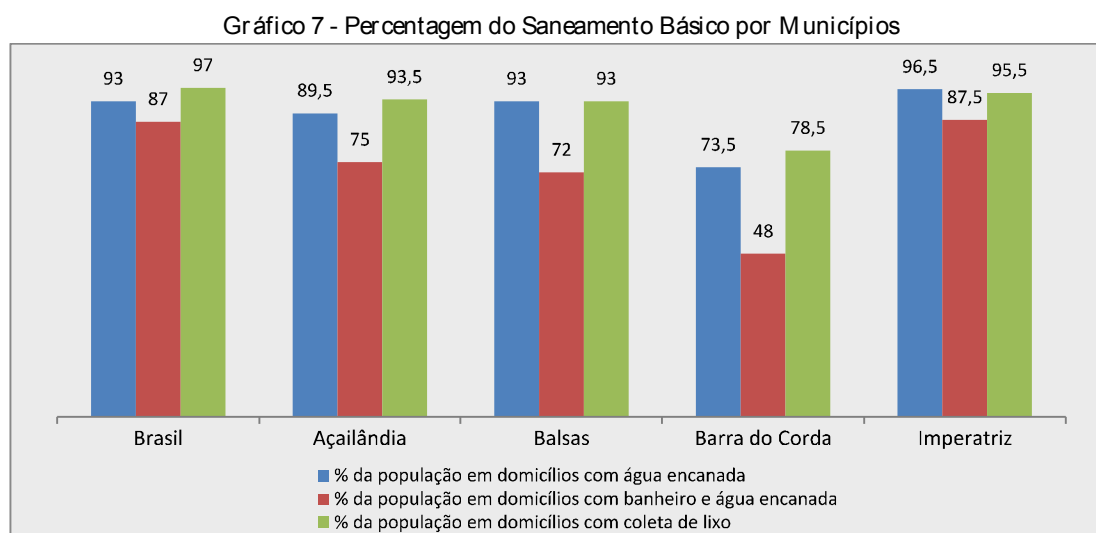
Devido esses fatores, Imperatriz vem se tornando um polo educacional que atrai pessoas das mais diversas localidades do Maranhão assim como de outros estados. Segundo colocações de Sousa (2009) em referência ao corpo acadêmico da UEMA,

(60%) dos estudantes consultados residem em Imperatriz, enquanto (30%) deste universo são provenientes de cidades como Açailândia, Porto Franco, Estreito e São Luís no próprio Estado. Dos universitários sondados, (10%) responderam, ainda, que são oriundos de outros Estados, principalmente, do extremo Norte do Estado Tocantins, de cidades como Araguatins e Esperantina e do Sudeste paraense, de cidades como Itinga e Dom Eliseu. (SOUSA, 2009, p. 217).

Portanto, essas colocações evidenciam a grande diversidade de serviços educacionais oferecidos por Imperatriz, combinado com a precariedade destes nos outros municípios da região, faz com que aumente cada vez mais os fluxos de estudantes.

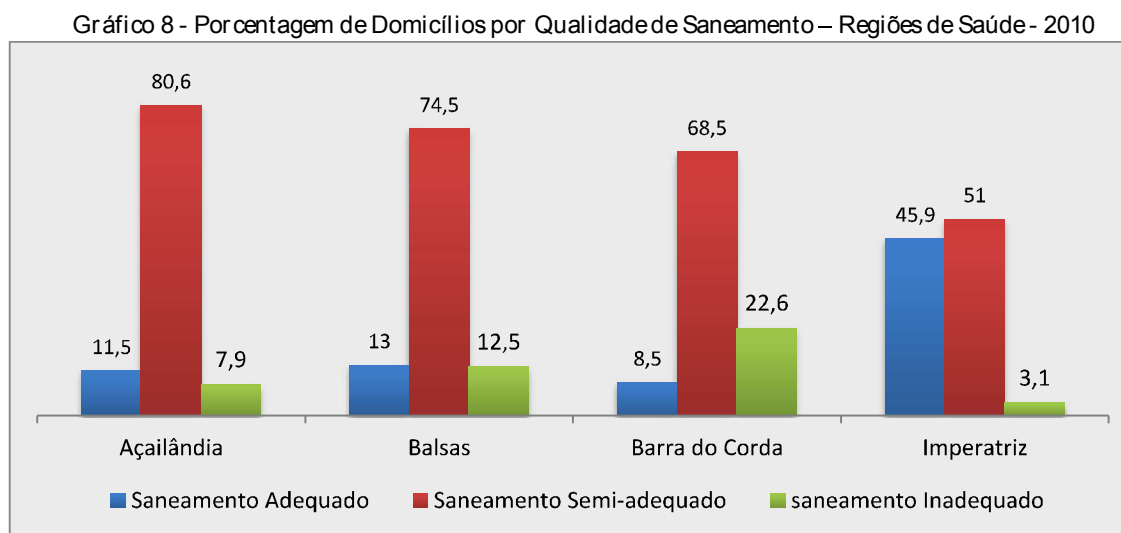
O saneamento básico em Imperatriz possui os melhores indicadores se comparados com os demais polos regionais analisados, estando em par com os percentuais nacional. Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2010), 97% da população possuem água encanada nos domicílios; esse percentual cai para 87% para a população com banheiro e

água encanada, já o serviço de coleta de lixo atinge 95% da população. O Gráfico 7 compara tais indicadores:



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, (2010)
Elaboração: O autor

Enquanto Imperatriz possui os melhores índices e em saneamento básico, em Barra do Corda estão os mais baixos, sendo que a percentagem das residências com banheiro e água encanada está abaixo dos 50%. Percebe-se que de maneira geral a variação das percentagens em saneamento básico segue a variação econômica, os melhores índices estão em Imperatriz, o município mais rico; e os piores em Barra do Corda, o mais pobre. Tendo como referência os índices gerais de saneamento segundo o IBGE, obteve-se a Gráfico 8.



Fonte: IBGE (2010)
Elaboração: O autor

Percebe-se pelo Gráfico 8 que Imperatriz se destaca quanto ao saneamento adequado, com valor quase quatro vezes melhor do que Balsas, que aparece em segundo lugar. Imperatriz também possui o menor índice de saneamento semi-adequado, assim como em relação ao inadequado; alguns fatores combinados podem explicar esses índices muito melhores de Imperatriz, como o investimento em políticas públicas, o fato de 95% das pessoas viverem na área urbana, o que também ajuda a compreender o baixo índice de saneamento inadequado.

Esses dados demonstram a disparidade de infraestrutura entre Imperatriz e os demais polos regionais de saúde, fato que reforça a polarização regional de Imperatriz caracterizada por uma rede de cidades deficitária de infraestruturas.

2.2 Imperatriz Enquanto Cidade Média

Para que se possa aprofundar a análise de Imperatriz enquanto cidade média faz-se necessário considerar alguns critérios já colocados no primeiro capítulo como o quantitativo populacional que, de acordo com o IBGE, médias são aquelas cidades que possuem entre 100 e 500 mil habitantes. Portanto, Imperatriz com uma população de 247,505 pessoas se enquadra no perfil de uma cidade média. Já para Corrêa (2007), uma cidade média pode ser caracterizada pela existência de uma elite empreendedora cujo em Imperatriz foi advinda das atividades rurais e de extração vegetal e mineral que, ligado ao processo migratório, consiste em um dos principais responsáveis pela dinamização das atividades econômicas em Imperatriz na década de 1980 e que ainda é dominante na atual economia da cidade. A este respeito, Sousa (2009) explica que:

A exploração do ouro, no estado do Pará, teve implicações diretas no crescimento no crescimento urbano de Imperatriz, contribuindo para o crescimento populacional e econômico desta cidade e para a expansão da sua malha urbana. Foi visível, neste período, a difusão da pecuária, inclusive com o estabelecimento de uma indústria voltada para o beneficiamento do leite e de seus derivados – Cooperleite, implantada na cidade, na década de 1980. Estas atividades econômicas desenvolvidas em Imperatriz contribuíram para o florescimento da atividade comercial. (SOUSA, 2009, 9. 177).

Um terceiro fator que podemos citar refere-se à posição relativa ou situação geográfica favorável de Imperatriz, ou seja, por estar localizada entre a cidade de Belém e Goiânia, interligadas pela Rodovia BR-010, se tornou um importante entreposto comercial, conforme já explicado.

Cabe ressaltar que essa realidade confirma que o processo de reprodução do capital por meio do comércio e dos serviços tende a convergir para o centro tradicional, visto que esta

é a área que apresenta a melhor infraestrutura da cidade, levando a uma tendência de coesão. Tal coesão é caracterizada pela criação de áreas especializadas, divididas por atividades que podem ou não se aglutinarem no centro principal⁶ da cidade.

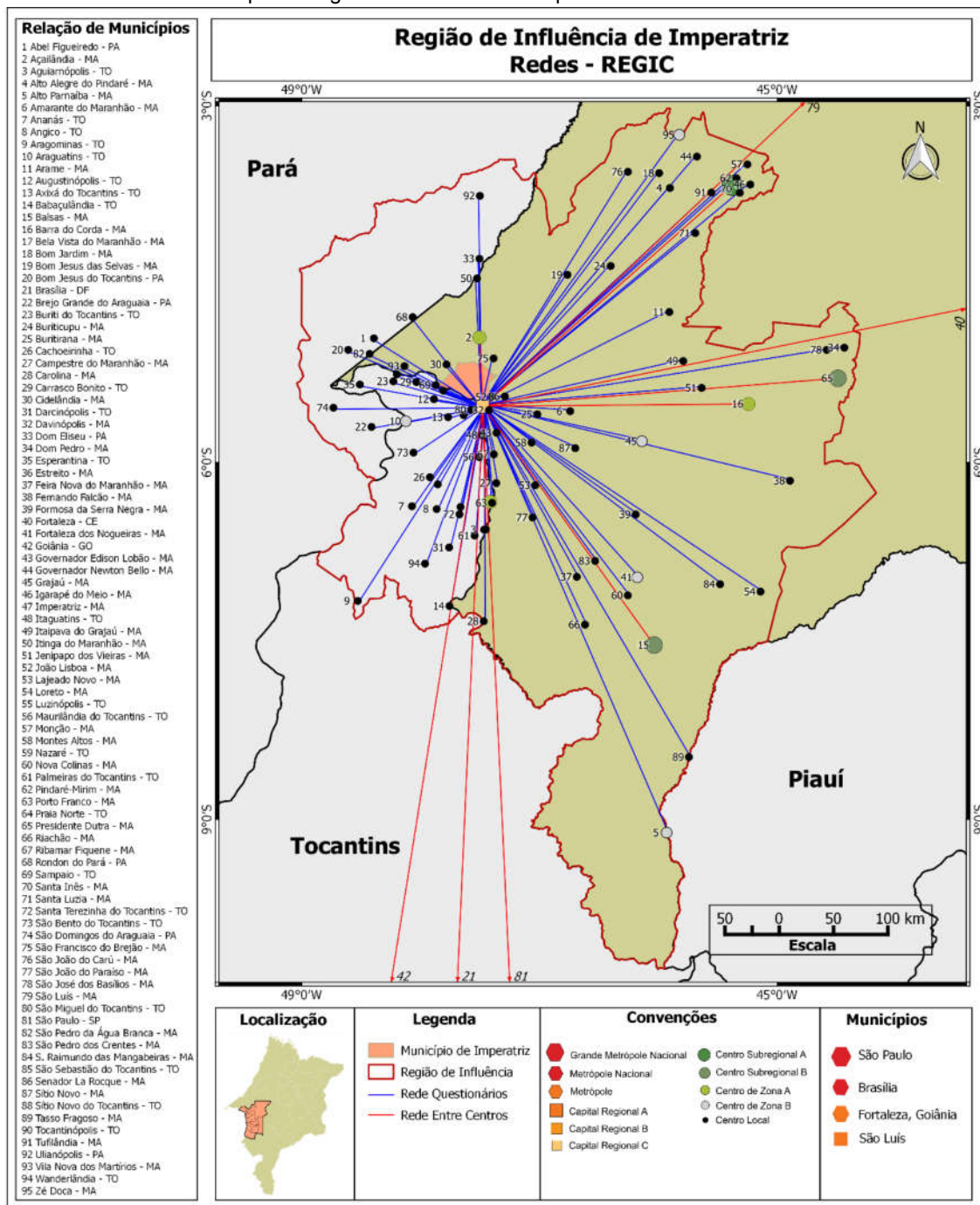
Em Imperatriz essa é uma característica evidente. Nota-se a divisão da área urbana em centros especializados economicamente, como o setor de autopeças para automóveis no bairro Entroncamento, do comércio atacadista e varejista no bairro Mercadinho, lojas de conveniências no Centro etc.

Quando se observa o centro principal, também é notada a presença de várias outras atividades econômicas divididas por setores, tais como o de saúde, bancários, de ensino superior, de oficinas e revendedoras de peças automotivas, lojas de materiais de construção entre outros.

Portanto, é clara a polarização de Imperatriz assim como a existência de interações espaciais com sua região, conforme demonstrado no Mapa 4 que foi elaborado tendo como referência o REGIC (IBGE, 2008). Assim sendo, pode-se afirmar que Imperatriz é uma cidade média que possui uma região de interações que está para além de seus limites municipal assim como do Estado do Maranhão, sendo que estão contidas na sua rede um total de 95 cidades, como demonstrado no Mapa 4.

⁶ Nesse trabalho tal termo foi utilizado para designar aquela área que possui relações com todo o conjunto urbano, responsável pela articulação interna e externa da cidade.

Mapa 4 - Região de Influência de Imperatriz - Redes REGIC



Fonte: REGIC, (2008)

Elaboração: O autor

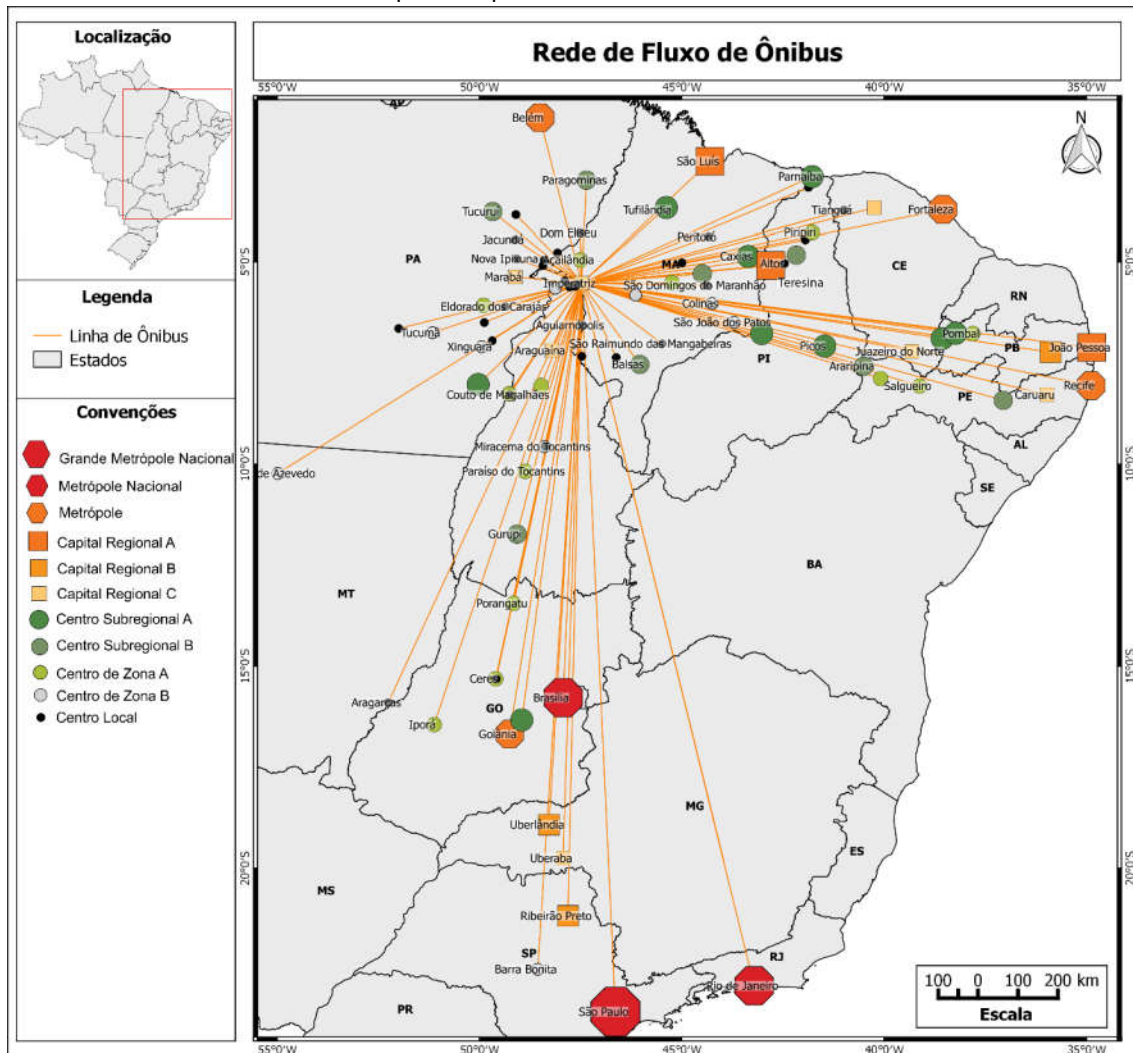
Ainda em relação aos fluxos de pessoas, pode-se considerar a existência de linhas de ônibus entre centros urbanos como um fator que evidencia o alcance da influência de determinada cidade, visto que este é o tipo de transporte mais utilizado pelas pessoas para viagens de médias e longas distâncias. A este respeito Filho e Filho enfatizam que

[...] as principais relações interurbanas de pessoas (consideradas coletivamente) ocorrem por intermédio do transporte de ônibus. Assim, as direções e intensidades dessas viagens servem como confiáveis indicadores da posição relativa que uma determinada cidade ocupa em uma rede urbana (Filho e Filho, 2005, p. 52).

A cidade de Imperatriz conta com um terminal rodoviário que leva o nome do ex-governador “Jackson Lagos”, este terminal foi planejado para receber uma média de três mil passageiros por dia, mas recebe a metade desse fluxo; entretanto, no período de férias ou feriados prolongados o número de passageiros chega a quatro mil por dia (JORNAL FOLHA DO BICO, 2012).

Nesse caso, é possível observar no Mapa 5 as linhas de ônibus entre Imperatriz e seus respectivos destinos, sendo que foram consideradas as principais viações, a saber: Companhia São Geraldo de Viação, Expresso Guanabara S/A, Expresso Rápido Açailândia Ltda., Expresso Satélite Norte Ltda., Jamjoy Viação Ltda., Auto Viação Princesa do Agreste, Rápido Marajó Ltda., Viação Montes Belos, Transbrasiliana e Viação Itapemirim S/A.

Mapa 5 - Imperatriz - Linhas de Ônibus



Fonte: ANTT, (2013)

Elaboração: O autor

De acordo com o Mapa 5, percebe-se que as linhas de ônibus possuem vasto alcance, sendo a linha para São Paulo a mais longa. Entretanto, para a região Norte o alcance é curto devido fatores próprio dessa região, como a falta de infraestrutura rodoviária e a baixa densidade demográfica. Deve-se ressaltar que as cidades apontadas no Mapa 5 são o destino final de cada linha de ônibus, deste modo, aquelas cidades que estejam às margens das rodovias utilizadas por tais linhas também podem manter fluxo de passageiros com Imperatriz.

3 A FUNCIONALIDADE URBANA DE IMPERATRIZ PELA ÓTICA DA SAÚDE

Neste terceiro capítulo dar-se-á ênfase aos serviços de saúde oferecidos na Região de Saúde Imperatriz e naquelas adjacentes, buscando demonstrar que existe uma disparidade muito grande entre essas regiões de saúde, tanto na oferta de serviços de saúde quanto do perfil socioeconômico.

Inicialmente foi abordada a regionalização da saúde a partir do surgimento do Sistema Único de Saúde, as principais leis, normas e planos que regulamentam o funcionamento do SUS tanto a nível nacional quanto estadual.

Seguindo essa introdução são abordadas cada uma das quatro regiões de saúde em estudo (R.S. Açailândia, R.S. Barra do Corda, R.S. Balsas e R.S. Imperatriz) enfatizando o perfil dos municípios segundo características socioeconômicas e de saúde de modo que se possa comparar a Região de Saúde Imperatriz com as demais, evidenciando as suas melhores infraestruturas que justificam a polarização regional de Imperatriz.

3.1 A Regionalização da Saúde

A formação de regiões de saúde é o resultado das políticas de descentralização dos serviços de saúde concomitante à sua organização em rede. Esta lógica de organização não é algo novo, já na Inglaterra de 1920 lorde Dawson propôs, em um relatório que leva seu próprio nome, a criação de um modelo de atenção à saúde baseado em redes. Portanto, foi na Europa onde surgiu e se concretizou as primeiras experiências desse modelo de atenção à saúde, sendo posteriormente exportado para outros países. No Brasil esta lógica é recente cujas ideias iniciais foram assentadas na Constituição Federal de 1988 quando da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que até os dias atuais avança enquanto a mais importante política de bem estar social e de democratização do direito à saúde para toda a população do país.

Com a consolidação do SUS ao longo dos últimos 28 anos viu-se o processo de descentralização e regionalização em rede se tornar sua forma de organização política e geográfica, sendo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) a ferramenta essencial para isto. A elaboração do PDR fica a cargo de cada estado da Federação, ou seja, cada um deles busca dividir seu território em regiões de saúde articuladas em rede. Neste caso, cada região possui um município polo de saúde que, por meio de pactuações, desenvolve a função de polo de saúde

oferecendo serviços de saúde de maior complexidade não existente nos outros municípios da região.

Como já colocado por George (1983), Santos (2001) e CONDEPE/FIDEM (2012) são várias as funções urbanas que podem ser desenvolvidas por uma cidade, de tal modo que permitem a organização do espaço em regiões, tornando mais fáceis vários tipos de relações entre lugares assim como permite a elaboração de políticas sociais abrangentes. Esse processo de polarização se dá de duas maneiras: espontânea ou planejada. O processo espontâneo é “construído ao longo do tempo, pelo conjunto de agentes estruturadores do espaço urbano, gerando assim, depois de um longo período, diferenciações espaciais [...]” (CONDEPE/FIDEM, p. 13, 2012). Já o planejamento estratégico⁷ se dá pela ação de agentes públicos ou privados que investem continuamente em determinado núcleo urbano com o objetivo de evidenciá-lo na rede urbana, resultando no aumento da quantidade e intensidade das articulações urbanas que se dão por meio dos fluxos de mercadorias, pessoas, serviços e capitais. Nesse contexto, Bruno (1983) explana que:

Para W. Christaller, a cidade é um centro de uma comunidade regional e o centro mediador das relações comerciais desta comunidade. A sua função é, por isso, ser o lugar central da comunidade. Os lugares centrais variam em importância. Os de ordem mais alta dominam regiões maiores que os de menor ordem, desempenham um maior número de funções centrais e, por conseguinte, têm uma maior centralidade. (BRUNO, 1983, p. 149).

Essas cidades com maior centralidade tornam-se responsáveis pela organização econômica e social da região sob sua influência e, dependendo da complexidade das funções desenvolvidas, suas interações podem se estender para além dos seus limites regionais. Esta é uma possibilidade que se torna cada vez mais presente no mundo contemporâneo, marcado pela concentração de capitais inerentes ao processo de globalização. É neste sentido que Corrêa (2006) destaca:

A articulação crescente entre centros e regiões deriva da crescente complexidade funcional dos centros urbanos. As interações tornam-se mais intensas e complexas e muitos centros passam, em menor ou maior grau, a combinar interações que se realizam em escala local e regional com aquelas que se fazem a longa distância, interações de âmbito nacional e internacional. (CORRÊA, 2006, p. 325).

⁷ O planejamento estratégico é uma ferramenta que possibilita à instituição compreender e responder, de forma adequada, a mudanças que estejam ocorrendo ou que se pode esperar que ocorram no seu ambiente externo. Busca manter a relevância e a sustentabilidade institucional das organizações. Trata-se de uma ferramenta de auto-organização, de mudança de capacidades, processos e resultados, com vista à melhoria da eficiência e eficácia (CASTRO, 2005, p. 79 apud GUIMARÃES, 2001, p. 18).

Um exemplo claro desse fato é a regionalização da saúde no Brasil que, até sua atual consolidação, passou por um longo processo de discussão em várias esferas da sociedade.

As políticas de saúde no Brasil até a década de 80 do século XX caracterizava-se como um modelo de perfil excludente, onde o pleno acesso aos serviços de saúde era um benefício oferecido apenas àquelas pessoas que estavam inseridas no mercado de trabalho formal (com carteira assinada) e a seus dependentes.

Para Arretche (2003) esta política de saúde possuía características de um modelo centralizado, dual e seletivo. Centralizado porque o governo federal concentrava as funções de gestão e financiamento da rede hospitalar, cujo órgão de comando era o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), instituído pelo regime militar de 1974.

Essa exclusão seletiva ganhava proporção nacional devido às grandes diferenças econômicas entre as regiões do Brasil, visto que os serviços de saúde possuíam maior oferta nas regiões de maior capital financeiro, nesse caso, invariavelmente no Sul e Sudeste do Brasil; em contrapartida, a região Norte e a Nordeste possuíam uma baixa cobertura de serviços. Esse fato pode ser observado na Tabela 2:

Tabela 2 - Desigualdades Regionais na Assistência Médica no Brasil, 1986		
Regiões	Gasto da região sobre Total do País % Total	População da Região sobre Total do País (%)
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,10	28,82
Sudeste	59,28	43,79
Sul	15,14	15,12
Centro-Oeste	5,02	6,78
Brasil	100,00	100,00

Fonte: Souza (2002)

Quanto à dualidade, refere-se ao fato de que havia uma polarização entre o Ministério da Saúde, que desempenhava funções preventivas por meio de campanhas de vacinação e vigilância sanitária; e o Inamps, responsável pela rede hospitalar para o atendimento às pessoas com trabalho formal. Godim et al (2008) sobre este período fazem as seguintes considerações:

Desintegração das unidades de saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros; excessiva centralização implicando por vezes em impropriedades das decisões, pela distância dos locais onde ocorrem os problemas; baixa cobertura assistencial, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e regiões mais carentes; irresolutividade, desperdício e fragmentação das ações e serviços no enfrentamento aos problemas e necessidades apontadas nas diferentes regiões e populações brasileiras. (GONDIM, 2008, p. 3).

Essa realidade começou a se alterar no início da década de 80 com as Ações Integradas de Saúde (AIS), implementadas entre os anos de 1983 a 1986. Essas AIS foram implementadas

pelo Inamps como uma forma de integrar as ações de saúde entre as esferas municipais, estaduais e federal. Seus princípios baseavam-se na universalização do acesso à saúde e na descentralização da gestão, também foi nesse período que surgiram as primeiras tentativas de integração das três esferas do governo através da hierarquização e regionalização dos serviços de saúde. Essas ações tiveram continuidade com a criação do Sistema Único Descentralizado (Suds) no ano de 1986.

Assim, a regionalização e a descentralização das políticas de saúde já se mostravam como uma necessidade para a mudança na lógica da gestão desses serviços; e que se tornava cada vez mais intensa, concretizando-se com o advento, no início da década de 90, do Sistema Único de Saúde (SUS) que se caracteriza como “único” devido à unificação em um só sistema de todas as ações e serviços, visto que antes existia uma polarização entre o Ministério da Saúde (que respondia pela parte preventiva, como campanhas de vacinação e vigilância sanitária) e o Inamps (responsável pela gestão da rede hospitalar) que devem funcionar em rede.

Apesar da CF/88 já prever a criação de um sistema único de saúde, sua implantação de fato se deu apenas na década de 90, mediante a promulgação da Lei 8.080/90 e 8.142/90 que regulamentam o SUS. Referindo-se as responsabilidades de direção das três esferas do governo dentro do SUS (municípios, estados e União), a lei 8.080/90 diz:

O Art. 198 da CF/88 ao colocar as diretrizes para a descentralização político-administrativa dos serviços de saúde da União para os municípios; conforme Art. 7, inciso IX, a descentralização da política de saúde se desenvolverá obedecendo aos princípios de “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...]” (BRASIL, 1990).

Assim, os municípios começaram a se tornarem atores centrais para a prestação de serviços públicos de saúde em cooperação com os Estados e a União, visto que estes também são responsáveis pelo financiamento assim como pelo provimento de suporte técnico, conforme preconizado no Art. 7 da Lei 8.080/90: “XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;” (ibidem).

Foi com a Normal Operacional Básica/1993 (NOB/93) que inicialmente se aprofundou na questão da descentralização do SUS, cujo um dos seus pressupostos é que

a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional, reformulação de práticas; e controle social [...]. (BRASIL, 1996)

Assim, a descentralização da gestão deve se dar concomitantemente a uma prática de planejamento integrado, onde as três esferas do governo devem se manter articuladas.

Sobre a regionalização, a NOB/93 não faz grandes considerações, limitando-se a breve fundamentação do tema:

[...] a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993).

Já a NOB/96, implementada apenas em 1998, trata de maneira mais profunda o que foi colocado na NOB/93. Assim, duas modalidades de gestão são colocadas pela NOB/96: a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada⁸ e a Gestão Plena do Sistema Municipal⁹; diferenciando-se uma da outra pelo grau de responsabilidade, requisitos e prerrogativas de desempenho.

Outro instrumento importante criado pela NOB/96 foi a Programação Pactuada Integrada (PPI), que contribui com a reorganização do modelo de gestão do SUS. Essa pactuação permite a definição do programa de ação de saúde nos territórios, como a determinação da quantidade de ações de saúde oferecidas à população de um município ou para a população referenciada de outros; portanto, permite um melhor controle sobre a alocação de recursos financeiros tendo como critério parâmetros pactuados entre gestores.

As NOB permitiram um significativo avanço para a descentralização e municipalização do SUS, de acordo com Brasil (2001), em dezembro do ano 2000 quase que a totalidade dos municípios brasileiros (99%) estavam habilitados em um dos dois modelos de gestão propostos pela NOB/96. Entretanto, não houve significativo avanço em relação às articulações intermunicipais.

Assim sendo, fazia-se necessário realizar uma integração desses municípios através de redes articuladas e funcionais e assim suprir todas as necessidades de serviços de saúde da população, questão aprofundada em 2001 com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01).

Considera-se que a regionalização se constitui como uma ferramenta de organização dos estabelecimentos e dos serviços de saúde no espaço geográfico. A lógica da regionalização

⁸ O município está habilitado a receber um montante definido em base *per capita* para o financiamento das ações de atenção básica.

⁹ O município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território de todos os níveis de atenção.

está no fato de que muitos municípios não possuem capacidade de oferecer todos os serviços demandados pela população, e isso se deve a fatores como o financeiro ou o do quantitativo populacional. O próprio texto da NOAS/01 ratifica essa afirmação ao dizer que

Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema de saúde completo, ou seja, capaz de oferecer ações de saúde de todos os níveis de complexidade, assim como existem dezenas de maior porte que são polos de atração regional (BRASIL, 2001).

De fato, conforme se pode observar no Quadro 1, da hierarquia urbana classificada pelo IBGE (2008), 4.473 municípios do Brasil (a grande maioria) possuem uma população em média de oito mil habitantes; dados mais atuais do “Indicadores Sociais Demográficos - 2010”, publicação também do IBGE (2010), mostra que o número de municípios com população entre 2.500 habitantes e 20.000 habitantes somam um total de 3.921 num universo total de 5.565 municípios.

Isso significa que são muitos os municípios de baixo quantitativo populacional, tornando inviável ou mesmo impossível oferecer toda a gama de serviços demandados por essa população, uma vez que muitos desses municípios “sobrevivem” graças ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

Portanto, a regionalização surge como uma solução para este problema, onde por meio de articulações intermunicipais, os estados instituem suas regiões de saúde que possibilitam a democratização e integralidade ao acesso à saúde assim como permite criar economia de escala.

Já no primeiro capítulo a NOAS/01 discorre sobre o processo de regionalização ao dizer que tal processo

[...] deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (BRASIL, 2001).

Com a regionalização propõe-se que todos os municípios estejam capacitados para ofertar ações e serviços de atenção básica assim como ações de vigilância em saúde. Todas as demais ações, de médio e alto custo/complexidade, podem ser objeto de negociação entre os gestores municipais e União, visto que tais ações demandam um alto nível tecnológico dos aparelhos hospitalares, que significa altos custos para sua aquisição assim como para manutenção, e profissionais extremamente qualificados cujos valores de contratos também são altos.

Devido esses custos, é preferível criar regiões de saúde constituídas por municípios contíguos ou não, e observando critérios como quais os centros urbanos que possuem maior influência regional e que despontam como possíveis centralizadores de tais ações complementares; neste caso, devido aos fatores que tornam uma cidade central, como explicado anteriormente, as cidades médias tornam-se de suma importância regional ao polarizar para si essas ações e serviços de saúde.

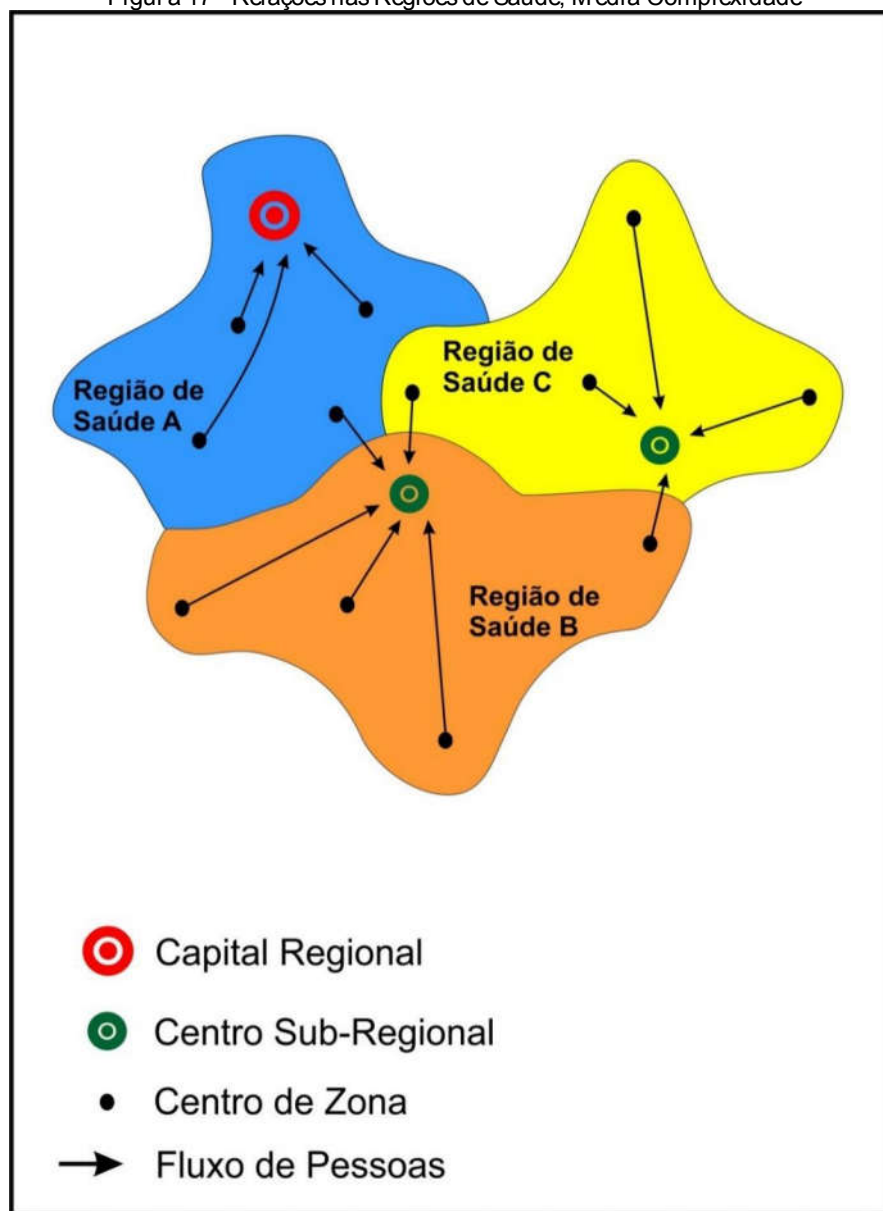
Na atualidade houve significativo avanço quanto às questões de região de saúde mediante a promulgação do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 que define região de saúde como

O espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de rede de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011)

Outra característica do SUS é sua forma de organização hierarquizada, ou seja, trata-se de um modelo organizacional onde os serviços oferecidos são divididos em níveis de atenção/complexidade. Em condições perfeitas de organização, o acesso ao serviço do SUS deve se dar, preferencialmente, por meio dos serviços de nível primário de atenção (salvo os casos especiais, como os de urgência e emergência), portanto, a atenção primária é a porta preferencial de entrada para o atendimento pelo SUS. Este atendimento primário deve ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelo Programa Saúde da Família (PSF).

Entretanto, caso um paciente procure uma UBS e se seu problema for complexo, que não possível de solução na Unidade, como um procedimento cirúrgico, então é emitido para o paciente uma Autorização para Internação Hospitalar (AIH) que garante o procedimento cirúrgico assim como seu pagamento pelo SUS. Neste caso, o paciente é direcionado a um hospital de outro município, preferencialmente dentro da própria região de saúde, cuja estrutura de equipamentos e especialistas seja preparada para atender casos mais graves. Uma representação simplificada dessa rede de relações pode ser observada na Figura 17.

Figura 17 - Relações nas Regiões de Saúde, Média Complexidade

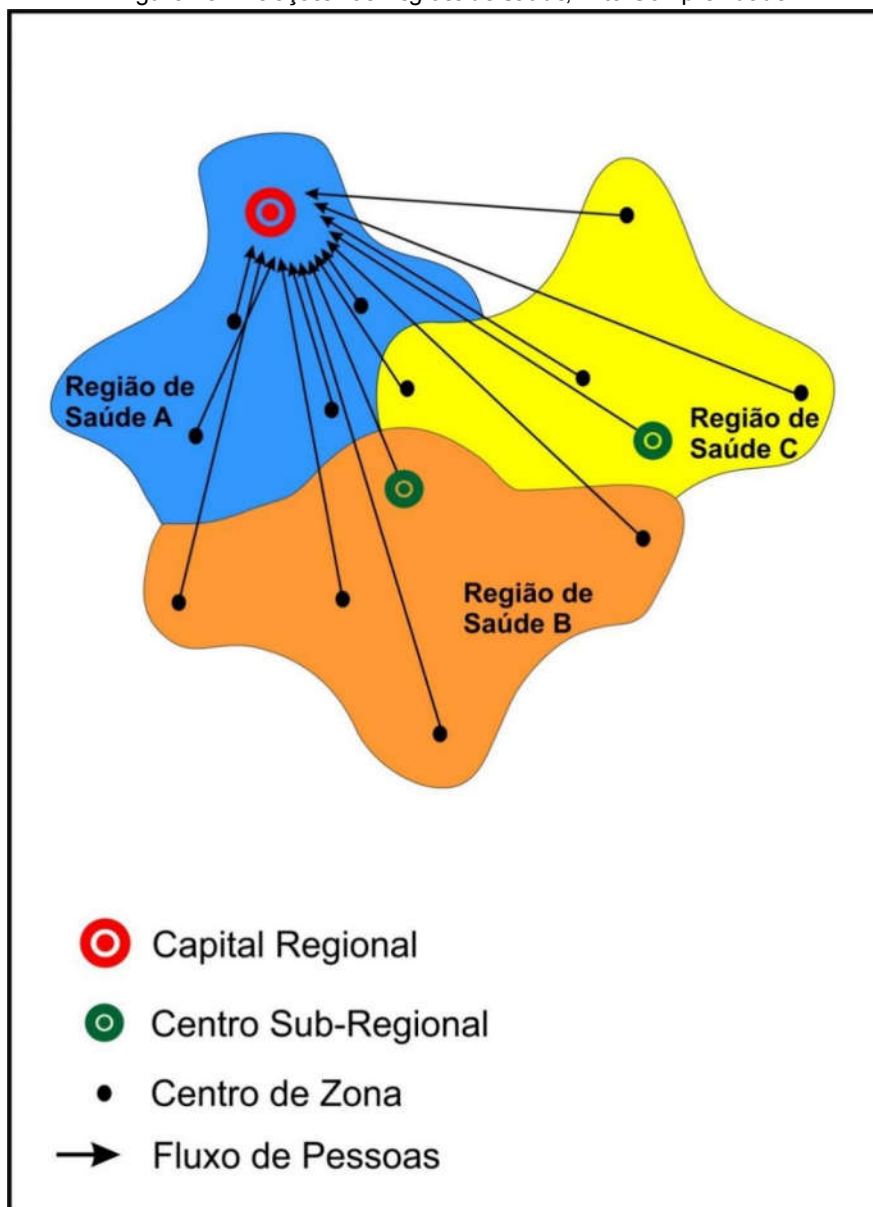


Fonte: O autor

Caso na própria região não exista instituição capaz de atender esse paciente, então é referenciado para o município de outra região de saúde. Essa é uma situação comum já que para a instalação e manutenção de um hospital com serviços de alta complexidade os gastos são bastante altos, visto a necessidade de equipamentos sofisticados e equipes médicas muito bem qualificadas. Assim, são poucos os municípios que possuem condição financeira para tal, optando-se por realizar pactuações e consórcios com municípios de outras regiões de saúde, ou seja, existe uma complementariedade entre as regiões.

Deve-se ressaltar que na alta complexidade encontram-se os prontos-socorros que tem acesso facilitado, não necessitando recorrência a uma UBS ou a uma Unidade de Referência Especializada. Como os prontos-socorros existem em menor número, aquelas pessoas que residem em cidades pequenas ou em área rural geralmente têm de realizar longos deslocamentos entre municípios e, muitas vezes, entre estados da federação para conseguir atendimento de urgência. Um exemplo dessa situação está representado de maneira simplificada na Figura 18.

Figura 18 - Relações nas Regiões de Saúde, Alta Complexidade



Fonte: O autor

Nesse ponto, Bealtrammi (2008) expõe dois problemas graves:

O primeiro é o não respeito ao conceito da subsidiariedade [...]. Gestores de municípios inscritos na área regional enviam demandas em saúde, para as quais sua rede de ações e serviços deveria estar apta a acolher e a solucionar. O segundo trata-se do não refinanciamento dos pactos regionais, que em outras palavras demanda um esforço tenaz a fim de se realizar um acurado diagnóstico da rede de serviços de saúde instalada, conhecendo seu potencial, saturação e ociosidade, além de sua demanda local e regional. (BELTRAMMI, 2008, p. 162).

Este fato gera deslocamentos dentro da rede, principalmente entre cidades de menor porte ou zona rural para as cidades de maior porte. Tendo como referência o REGIC de 2008, os fluxos de deslocamentos se dão seguindo a hierarquia urbana, ou seja, dos centros de menor hierarquia para os maiores. São nos centros de maior hierarquia onde se localizam os polos de saúde, geralmente uma cidade média, com os serviços de média e alta complexidade. Antes de se caracterizar as regiões de saúde foco desse trabalho, faz-se necessário expor o significado de alguns termos chaves são utilizados com frequência nesse trabalho.

No contexto local tem-se a **Atenção Básica (AB)** como a principal porta de entrada da população no SUS, é o primeiro e mais importante nível de atenção, visto que quando bem estruturado, consegue resolver os problemas de saúde de mais de 80% dos pacientes. Neste nível estão presentes as unidades básicas de saúde, tais como: Academia da Saúde, Postos de Saúde (PSF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), consultórios odontológicos e médicos, clínicas médicas sem procedimentos cirúrgicos, instituições de longa permanência, comunidades terapêuticas, laboratório de prótese dentária, clínicas de fonoaudiologia, audiometria entre outros.

Trabalhando direto com a comunidade têm-se os **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)** que é uma categoria de trabalhadores formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades. Estes profissionais conhecem e convivem com as pessoas da própria comunidade, o que facilita o vínculo e permite um acompanhamento detalhado da saúde dessas pessoas além de desenvolver a importante função de interlocutor entre o governo e a comunidade assim como são essenciais para as equipes que compõem a **Estratégia Saúde da Família (ESF)**.

A ESF é um modelo assistencial baseado no trabalho de equipes com multiprofissionais como médico generalista, especialista em saúde da família, médico de família e comunidade, enfermeiro generalista, especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) assim como profissionais de saúde bucal.

Em parceria com as ESF têm-se os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)** constituído por equipe de multiprofissionais que atuam compartilhando práticas e saberes em

saúde assim como fornecendo apoiando especializado a tais equipes. São muitos os profissionais que podem compor as equipes do NASF, tais como psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Profissional da Educação Física, Nutricionista, entre outros.

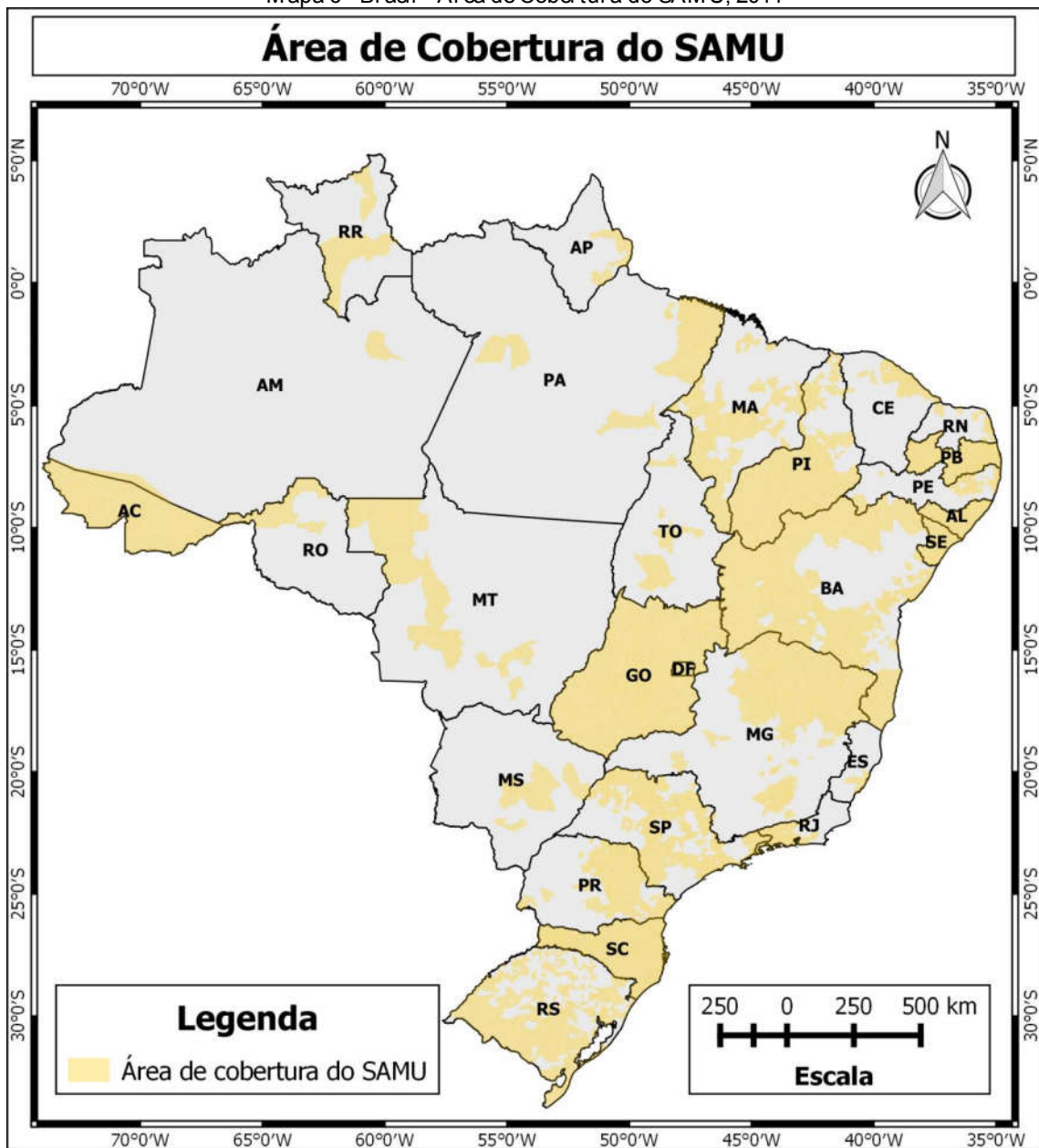
Também trabalhando de maneira integrada com as ESF têm-se as **Equipes de Saúde Bucal (ESB)** cujas equipes são constituídas por cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal para na Modalidade I, e cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal para na Modalidade II.

A nível local e regional tem-se os **Serviços de Média Complexidade Ambulatorial (MCA)** e **Serviços de Média Complexidade Hospitalar (MCH)** dos quais fazem parte estabelecimentos como clínicas médicas com procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, pronto atendimento de urgência, exames de imagens extra hospitalares entre outros.

Também a nível local e regional o **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** oferece atendimento móvel de urgência assim como pré-hospitalar, transporta entre instituições pacientes medicalizados e doadores de órgãos entre outros. Estão integrados ao SAMU: a Rede os serviços da Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), as UPAs 24 horas, as Salas de Estabilização, o S.O.S Emergências e a Força Nacional do SUS.

De maneira geral, a cobertura do SAMU no Brasil é abrangente, estando presente em todos os estados, mas de maneira bastante heterogênea; em alguns estados como Goiás, Acre, Paraíba, Santa Catarina entre outros possuem cobertura em praticamente todo seu território. Em contrapartida, alguns estados do Norte e Centro-Oeste, como Pará, Mato Grosso, Amapá entre outros, a cobertura é muito menor. Pode-se conferir a extensão da cobertura nacional do SAMU ao se observar o Mapa 6.

Mapa 6 - Brasil - Área de Cobertura do SAMU, 2014

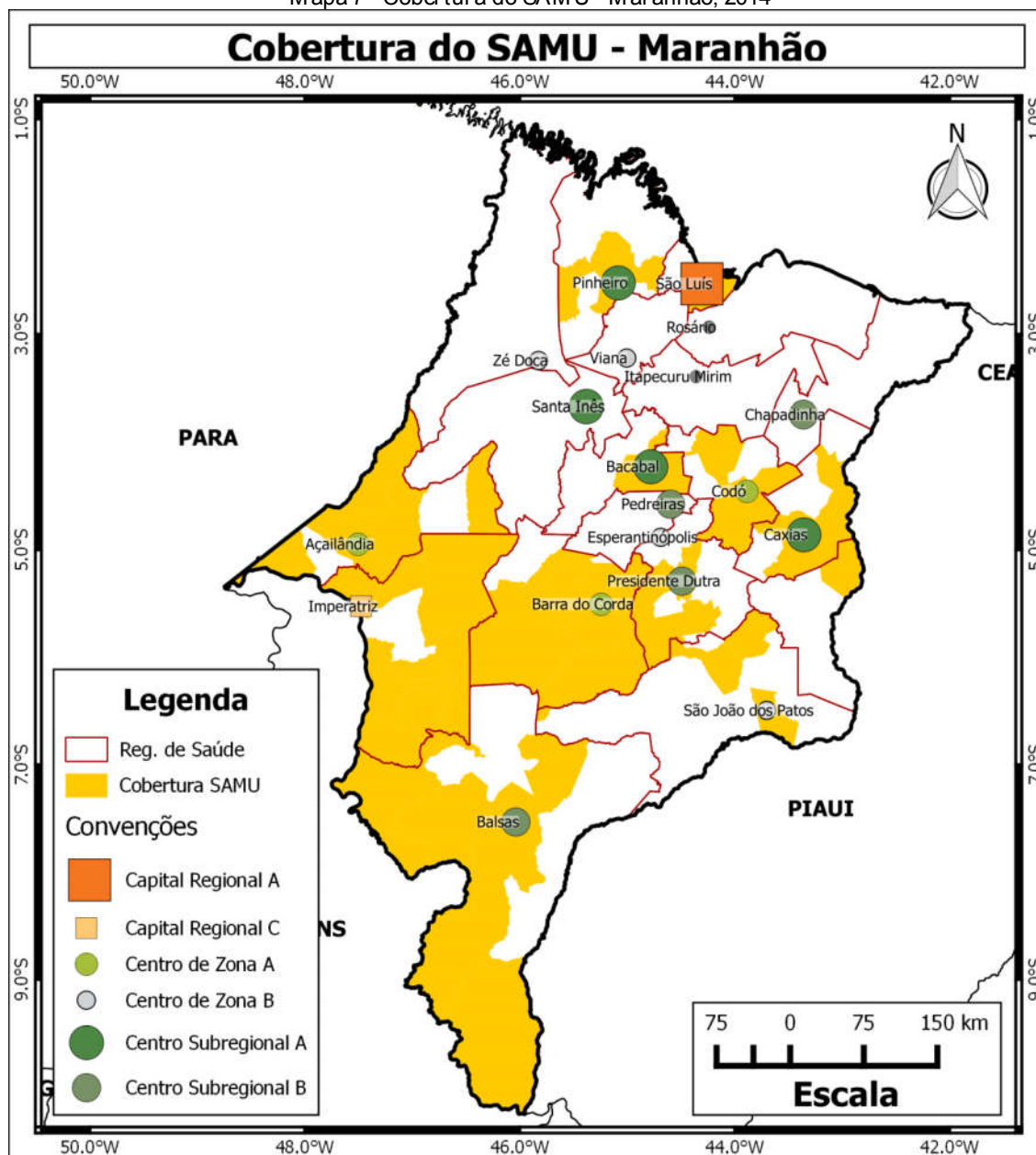


Fonte: Sistema de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE (2014)

Elaboração: O autor

A cobertura pelo SAMU no Maranhão é mais presente no Centro-Sul do Estado, onde estão localizados as Regiões de Saúde com alguns dos municípios mais ricos e populosos: Imperatriz, Açailândia, Balsas e Barra do Corda. Percebe-se que na região Norte do Estado a cobertura do SAMU se apresenta bastante rarefeita, também é nessa região onde estão localizados as Regiões de Saúde com os municípios menos dinâmicos.

Mapa 7 - Cobertura do SAMU - Maranhão, 2014



Fonte: Sistema de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE (2014), IBGE (2010)

Elaboração: O autor

Já os Serviços de Alta Complexidade Ambulatorial (ACA) e Hospitalar (ACH) apesar de atender à população local, uma das suas características é possuir um caráter fortemente regional, visto que nesse nível de atenção estão localizados serviços caros e complexos tecnologicamente, como aqueles realizados em hospitais e prontos-socorros: serviços de diálise, serviço de quimioterapia, laboratório de análises clínicas, central de material de esterilização, ETO (esterilização por óxido de etileno), medicina nuclear entre outros.

Sendo esses serviços de alta complexidade muito caros e que poucos municípios conseguem manter, faz-se necessário a criação das regiões de saúde que são importantes ferramentas de articulação e pactuação entre municípios visando uma melhor gestão das políticas de saúde, permitindo combater problemas e encaminhar soluções dentro de uma rede regionalizada de serviços de saúde.

O Estado do Maranhão foi o último a implantar suas regiões de saúde, fato que se deu por meio da Resolução 44 de 16 de junho de 2011 (Anexo A). No Quadro 6 é possível observar que a maioria dos estados implantou suas regiões de saúde entre os anos de 2001 e 2003, ou seja, logo após a publicação da NOAS/01.

Quadro 6 - Ano de Implementação das Regiões de Saúde nos Estados e Distrito Federal

Ano	Estado (s)
2001	Pará, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Santa Catarina
2002	Alagoas, Amapá, Rio Grande do Sul, Sergipe, Tocantins
2003	Acre, Amazonas, Espírito Santos, Minas Gerais, Piauí
2004	Roraima, Goiás
2005	Mato Grosso
2006	Ceará, Rondônia
2007	Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Bahia
2008	São Paulo
2011	Maranhão

Fonte: Roese (2012); Ministério da Saúde (2014)

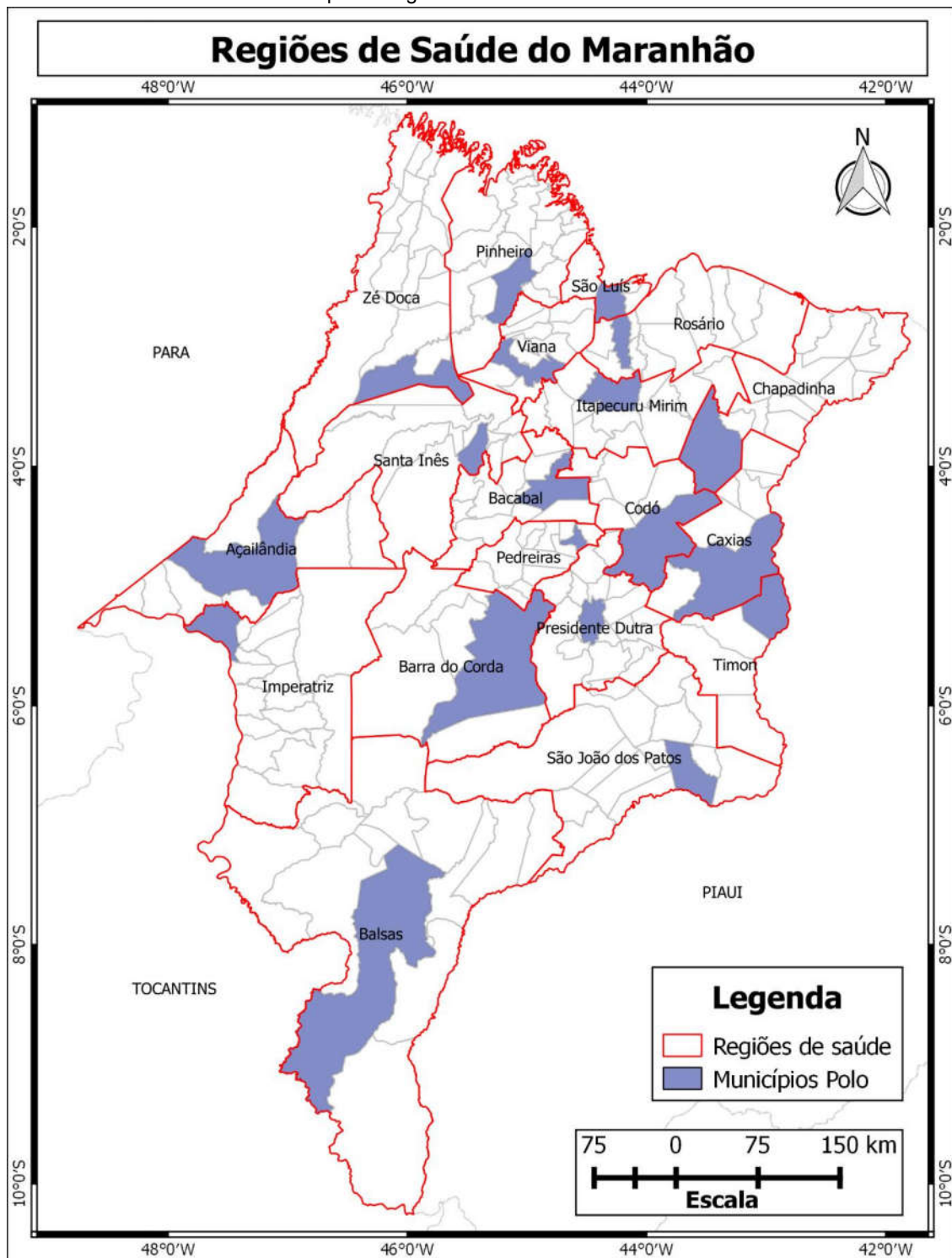
Elaboração: O autor

O Maranhão foi dividido em 19 regiões de saúde, sendo elas: São Luís, Açailândia, Bacabal, Caxias, Barra do Corda, Balsas, Chapadinha, Codó, Imperatriz, Itapecuru Mirim, Pedreiras, Pinheiro, Presidente Dutra, Rosário, Santa Inês, Viana, Timon, São João dos Patos e Zé Doca.

A criação das regiões de saúde deve ter como norte as diretrizes já mencionadas anteriormente (especialmente aquelas do Decreto 7.508). Entretanto, não são diretrizes que devam ser seguidos à risca, cada estado delibera entre seus gestores, dos municípios e da União quais seriam os melhores parâmetros para a elaboração de um desenho regional que permita a construção de um sistema de saúde resolutivo e funcional.

No caso do Maranhão, a configuração desse desenho e a localização de cada um dos municípios polo de cada região de saúde pode ser observada no Mapa 8, já os municípios contidos em cada uma dessas regiões, observar “Anexo A”.

Mapa 8 - Regiões de Saúde do Maranhão



Fonte: DATASUS, 2011

Elaboração: O autor

Apesar dessa divisão existente em Lei, o Maranhão não possui Plano Diretor de Regionalização (PDR), que é uma importante ferramenta de gestão territorial dos serviços de saúde. Segundo SESA (2009), o PDR

expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos. Também contém os desenhos da rede de atenção à saúde, em suas diversas linhas de cuidado, organizada dentro dos territórios dos Pólos Estaduais, das macrorregiões, regiões e microrregiões de saúde, e que deverá ser acompanhada pelo Plano Diretor de Investimentos –PDI e corroborados a partir da articulação com os gestores dentro do processo da Programação Pactuada Integrada - PPI. (SESA, 2009, p. 5).

Entretanto, o Governo Estadual do Maranhão já elaborou um esboço de um PDR, mas esse trabalho nunca foi concretizado, não sendo possível identificar qual o ano de referência. Nesse esboço foram elencados os critérios que deveriam ser utilizados para a delimitação das regiões de saúde no Maranhão, sendo eles:

- Análise da configuração regional existente, baseada na quantidade de recursos que cada município recebe para atendimento de sua população assim como sua capacidade resolutive, de modo a se identificar aqueles municípios polos que possuem maior capacidade resolutive e que iriam determinar o nível de hierarquia dos serviços e fluxos de atendimento;
- Realização de estudos e discussões das leis, portarias, normas complementares etc. para que ocorra ampla divulgação do seu conteúdo, permitindo assim que os gestores municipais, regionais e estaduais possam compartilhar reflexões e experiências na busca da construção de um PDR que reflita as reais necessidades dos municípios;
- Análise das fichas cadastrais dos estabelecimentos de saúde, permitindo identificar a capacidade de oferta de serviços de cada um dos municípios;
- Observância da malha viária e condições de acessibilidade intermunicipal.

A importância da malha rodoviária também é abordada pelo Decreto 7.508, ao dizer que a existência de uma rede de transportes eficaz entre as regiões de saúde é um dos pressupostos para uma articulação funcional e eficaz. O Maranhão e especialmente as quatro regiões de saúde analisadas nesse trabalho estão bem articuladas por meio de rodovias federais e estaduais.

Esta é uma questão que foi abordada no formulário submetido a pacientes do Hospital Municipal de Imperatriz – HMI, no qual foi interrogado sobre a situação das rodovias utilizadas para se locomover até o município de Imperatriz. De maneira unânime foi confirmada o bom

estado das rodovias federais; em contrapartida, foi relatado que a maioria das estaduais estão em péssimas condições, a exemplo da MA-006, MA-125 e MA-280.

3.2 Região de Saúde Açailândia

A Região de Saúde Açailândia é constituída pela cidade polo de Açailândia, classificada pelo REGIC (IBGE, 2008) como Centro de Zona A e que se localiza a 560 quilômetros de distância da capital São Luís e a 700 quilômetros da cidade de Imperatriz; esta Região é composta por mais sete municípios, todos com suas sedes classificadas como Centro Local: Bom Jesus das Selvas, Buriticupu, Cidelândia, Itinga do Maranhão, São Francisco do Brejão, São Pedro da Água Branca e Vila Nova dos Martírios. Conforme o Quadro 7, apenas a cidade de Açailândia apresentou mudança hierárquica segundo os REGIC produzidos pelo IBGE, visto que os outros municípios possuem formação recente:

Quadro 7 - Hierarquia da Centralidade Urbana – Região de Saúde Açailândia

Município/ REGIC (Ano)	1966	1978	1993	2008
Açailândia	-	-	Muito Fraco	Centro de Zona A
Bom Jesus das Selvas	-	-	-	Centro Local
Buriticupu	-	-	-	Centro Local
Cidelândia	-	-	-	Centro Local
Itinga do Maranhão	-	-	-	Centro Local
S. Francisco do Brejão	-	-	-	Centro Local
S. Pedro da Água Branca	-	-	-	Centro Local
Vila Nova dos Martírios	-	-	-	Centro Local

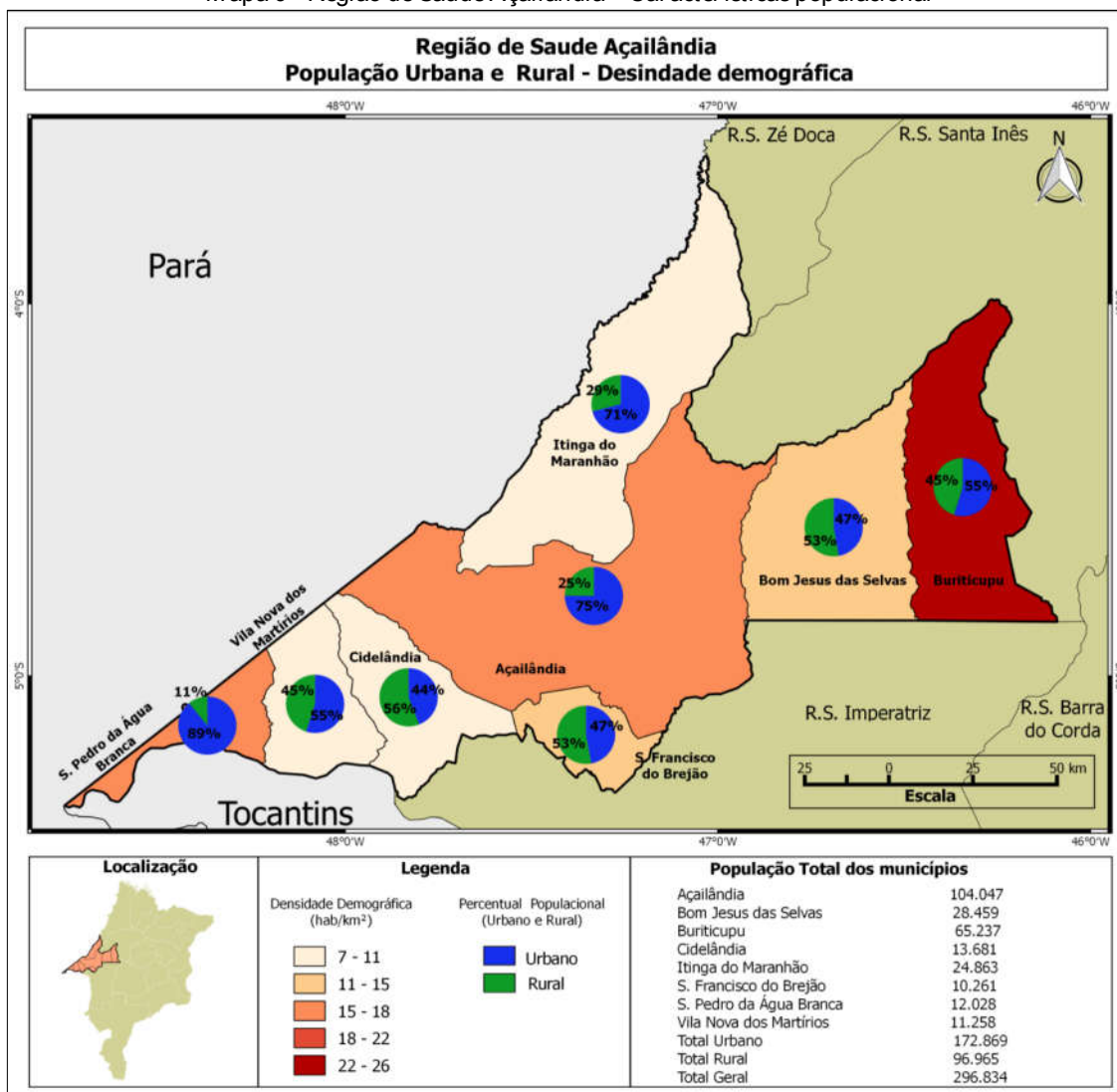
Fonte: IBGE (1966, 1978, 1993 e 2008)

Elaboração: O autor

As principais vias de comunicação entre os municípios são a BR-010, BR-222 e a MA-125. Por Açailândia passa a Estrada de Ferro Carajás, ponto do qual é escoado para o porto de Itaqui a produção de ferro gusa do município.

Segundo o Censo de 2010, essa Região possui uma população total de 269.834 habitantes, cuja distribuição é marcada por um forte caráter rural, conforme pode ser observado no próximo Mapa 9.

Mapa 9 - Região de Saúde Açailândia – Características populacional



Fonte: IBGE (2010)

Elaboração: O autor

Analisando o Mapa 9 percebe-se que dos oito municípios da região, três são majoritariamente rurais: Cidelândia (56%), São Francisco do Brejão (53%) e Bom Jesus das Selvas (53%); ou seja, segundo o IBGE (2010), mais da metade da população desses municípios vive na zona rural. Entretanto, percebe-se que mesmo aqueles municípios que são majoritariamente urbanos, alguns possuem alta percentagem de população rural como Buriticupu (45%) e Vila Nova dos Martírios (45%).

A combinação do baixo quantitativo populacional com os altos índices de população rural resulta em uma baixa densidade demográfica, não chegando a 30 hab./km² em nenhum dos municípios. Estes fatores combinados tornam questionável a urbanidade de tais municípios.

Objetivando uma melhor caracterização dos municípios dessa região, buscou-se referência nos critérios de classificação urbano-rural elaborados por Veiga (2004)¹⁰, de tal modo que se pôde chegar aos seguintes resultados:

Quadro 8 - Região de Saúde Açailândia - Classificação Urbano - Rural

Classificação	Características	Municípios
Inequivocamente Urbanos	Municípios pertencentes à Aglomeração Urbana Metropolitana, Aglomeração Urbana Não Metropolitana e os Centros Urbanos com mais de 100.000 hab.	Açailândia
Intermediários	Municípios com população entre 50.000 e 100.000 habitantes, ou com densidade demográfica maior que 80 hab./km ² , mesmo que tenha menos de 50.000 hab.	Buriticupu
Essencialmente Rurais	Municípios com menos de 50.000 hab. e densidade demográfica menor que 80 hab./km ² .	Bom Jesus das Selvas, Cidelândia, Itinga do Maranhão, São Francisco do Brejão, São Pedro da Água Branca, Vila Nova dos Martírios.

Fonte: O autor a partir de Veiga (2004), IBGE (2010)

Elaboração: O autor

Ao se observar apenas a densidade demográfica dessa região de saúde, percebe-se que nenhum dos municípios supera o limiar mínimo de 80 hab./km² que os descaracterizariam como essencialmente rurais; entretanto, Açailândia e Buriticupu possuem alto quantitativo populacional, mais de 100 mil habitantes para o primeiro, classificando-o como inequivocamente urbano; e 50 mil habitantes para o segundo, condicionando -o como intermediário. Os demais municípios são essencialmente rurais, ou seja, a grande maioria.

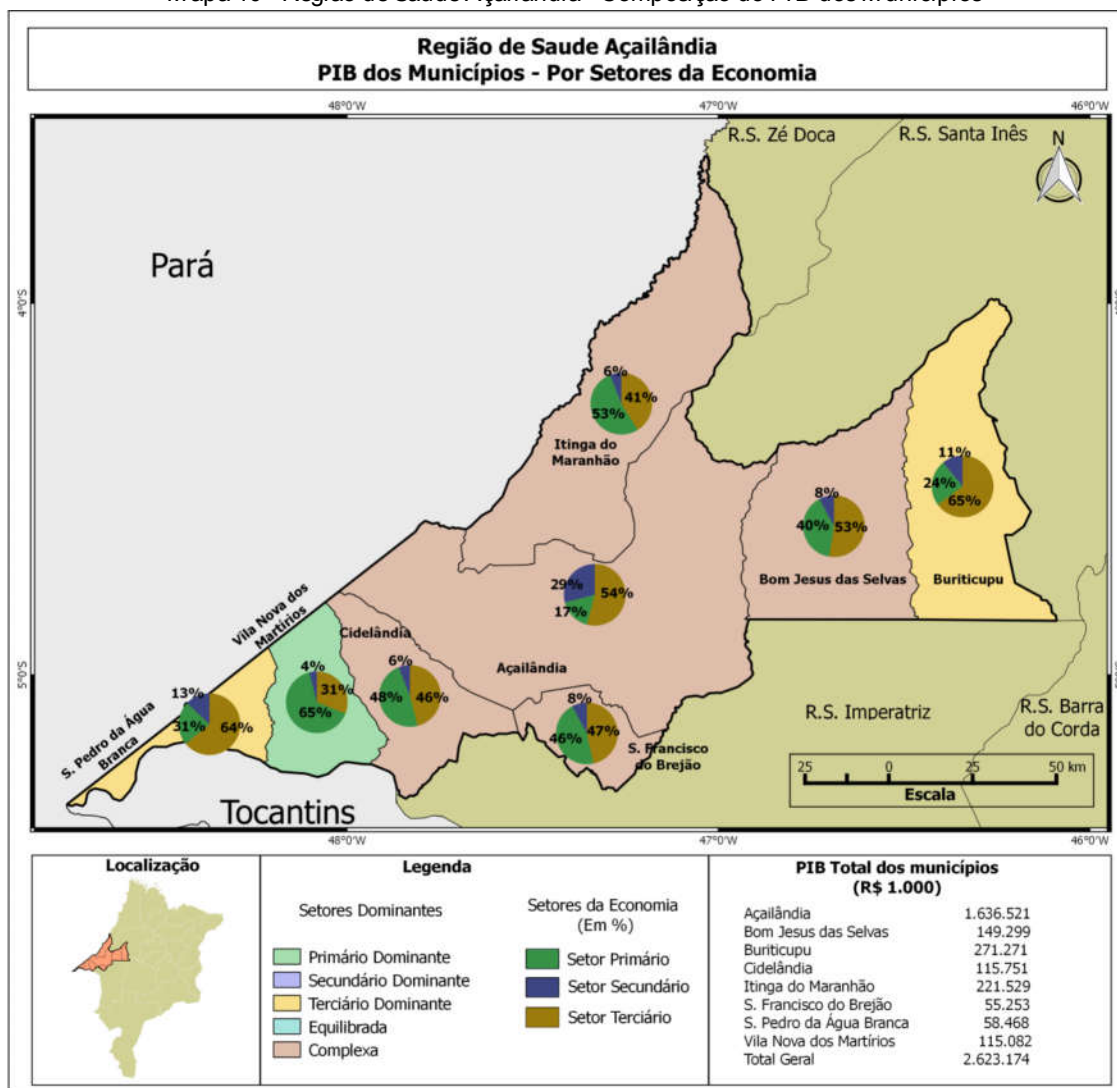
Como último critério classificatório é preciso observar a participação do PIB dos três principais setores econômicos (primário, secundário e terciário) em relação ao PIB municipal, neste caso foi considerado o Valor Adicionado – VA¹¹ anual, tendo como referência o ano de 2010, conforme metodologia do Ipea (2001)¹². Este é um dado importante porque permite analisar se a economia dominante do município é caracterizada por atividades tipicamente urbanas, como as indústrias e especialmente os serviços; ou em atividades primárias, que são tipicamente rurais.

¹⁰ Ver página 69

¹¹ Valor que a atividade agrega aos bens e serviços consumidos no seu processo produtivo. É a contribuição ao produto interno bruto pelas diversas atividades econômicas, obtida pela diferença entre o valor de produção e o consumo intermediário absorvido por essas atividades. É valorado a preço básico, isto é, o valor de produção sem a incidência dos impostos sobre produtos deduzido do consumo intermediário, que está valorado a preços de mercado (IMESC, 2012, p. 96).

¹² Ver página 70

Mapa 10 - Região de Saúde Açailândia - Composição do PIB dos Municípios



Fonte: IBGE (2010)

Elaboração: O autor

Pode-se observar que dos oito municípios dessa região de saúde, o PIB do setor primário é dominante apenas em Vila Nova dos Martírios (65%), entretanto, em mais quatro municípios existe altas percentagens desse setor: Cidelândia (48%), Itinga do Maranhão (53%), São Francisco do Brejão (46%) e Bom Jesus das Selvas (40%). Estes percentuais ratificam a validade dos critérios elaborados por Veiga (2004)¹³, evidenciando uma realidade regional de municípios com fortes características rurais.

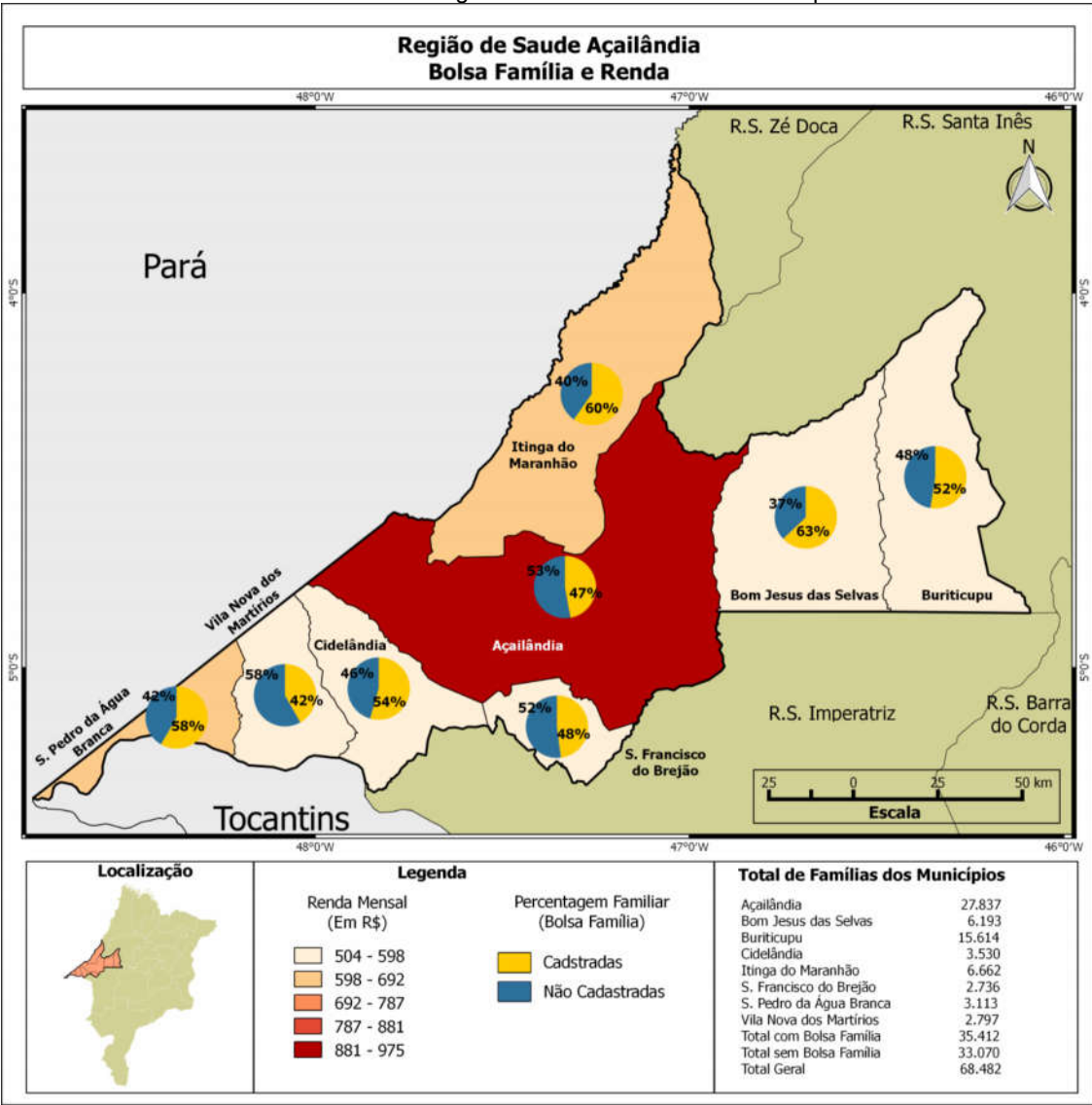
Quando se busca o percentual regional total por setores, em primeiro lugar está o Terciário representando 49% do PIB, em segundo o Primário com 34% e por fim o Secundário

¹³ Ver página 70

com 17%. No caso deste último, o município de Açailândia é que compõe o maior índice devido seu parque de indústrias metalúrgicas.

Sendo a maioria dos municípios essencialmente rurais, questiona-se se sobre as condições financeiras dessa população. A caracterização financeira desses municípios pode ser realizada ao se evidenciar dois conjuntos de dados: o rendimento médio mensal das pessoas com 18 anos ou mais de idade e a percentagem de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família – PBF, conforme demonstrado no Mapa 11:

Mapa 11 - Região de Saúde Açailândia - Renda Média dos Ocupados e Percentagem de Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família – Por Municípios



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (2010), Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2010)
Elaboração: O autor

No Mapa 11 é possível observar o baixo nível de renda da população regional que, dos oito municípios, cinco possuem uma renda mensal que não ultrapassava R\$ 600,00/mês (Bom Jesus das Selvas, Buriticupu, Cidelândia, São Francisco do Brejão e Vila Nova dos Martírios); lembrando que para o ano de 2010 o salário mínimo era de R\$ 510,00/mês e que em 2014 é de R\$ 724,00/mês. Portanto, o Mapa 11 evidencia que na maioria dos municípios a renda média é de um salário mínimo por mês.

Quando se busca analisar a renda **per capita** dos domicílios, segundo o Censo (2010) e levando em consideração a população urbana e rural, obtém-se valores abaixo do salário mínimo do período correspondente, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Região de Saúde Açailândia - Rendimento Per Capita Domiciliar - por Municípios

Valor do Rendimento Nominal Médio Mensal Per Capita dos Domicílios Particulares Permanentes				
Município/Valor	Rural	Urbano	Média	Diferença Urbano - Rural
Açailândia	342.84	541.39	491.44	37%
Bom Jesus das Selvas	211.63	302.12	255.42	30%
Buriticupu	162.75	311.97	246.11	48%
Cidelândia	272.31	345.61	304.17	21%
Itinga do Maranhão	261.86	436.22	385.36	40%
São Francisco do Brejão	225.05	387.41	304.05	42%
São Pedro da Água Branca	337.06	350.01	348.58	4%
Vila Nova dos Martírios	289.86	297.51	294.21	3%

Fonte: IBGE (2010)
Elaboração: O autor

Percebe-se que o rendimento **per capita** é baixo, principalmente nas zonas rurais. Concomitantemente, a diferença de renda entre o rural e o urbano é alta, em cinco dos oito municípios essa diferença é igual ou superior a 30% (Açailândia, Bom Jesus das Selvas, Buriticupu, Itinga do Maranhão e São Francisco do Brejão).

Paralelamente, o percentual de famílias cadastrado no Programa Bolsa Família – PBF é bastante alto; novamente, dos oito municípios dessa região, cinco possui mais da metade de sua população cadastrada no PBF: Bom Jesus das Selvas (63%), Buriticupu (52%), Cidelândia (54%), Itinga do Maranhão (60%) e São Pedro da Água Branca (58%).

A cidade de Açailândia é a sétima mais populosa do Estado do Maranhão, possuindo no total 78.237 mil habitantes, representando 75% da população municipal de 104.047 mil pessoas. (IBGE, 2010).

Foto 2 - Cidade de Açailândia



Fonte: Yting <https://i.ytimg.com/vi/WVvI_IdhRkI/maxresdefault.jpg>

Também possui variada atividade econômica, com destaque para o comércio, serviços e indústria e o município ocupa o terceiro lugar entre aqueles que obtiveram maior participação no Produto Interno Bruto – PIB do Estado com um montante de 1.636.521 mil reais para o ano de 2010. Também conta com um alto PIB **per capita** de mais de 12 mil reais. Entretanto, quando observado a renda mensal **per capita** dos domicílios particulares permanentes, tem-se o valor de 541,39 reais (IBGE, 2010). Portanto, mediante a observância desses dados torna evidente a existência de um alto nível de concentração de renda.

As atividades econômicas dominantes da cidade concentram-se, em primeiro lugar, no setor terciário, representados pelo comércio, administração pública (APU), transportes e atividades imobiliárias e aluguel. Em relação às outras cidades mais dinâmicas do Estado, este setor divide com Balsas a terceira maior participação econômica, atrás apenas de São Luís e Imperatriz.

O setor secundário ocupa o segundo lugar na participação econômica assim como do Estado, atrás apenas de São Luís. Em Açailândia estão fixadas cinco indústrias siderúrgicas de produção de ferro-gusa para exportação: Siderúrgica Vale do Pindaré, Viena Siderúrgica S.A, Siderúrgica do Maranhão S.A (Simasa), Gusa Nordeste S.A e Ferro-gusa do Maranhão Ltda (Fergumar). O escoamento desse produto é realizado por meio da Estrada de Ferro Carajás que faz ligação até o Porto de Itaqui em São Luís.

Assim, Açailândia tornou-se um importante polo industrial de suporte à produção mineral do sudeste paraense. O fomento desse polo teve início com o Programa de Polos Agrários e

Agroindustriais da Amazônia (POLOAMAZÔNIA) implantado em 1974 que objetivava criar quinze polos de desenvolvimento especializado. Segundo Sousa (2009)

Com esses polos o governo militar iria canalizar incentivos fiscais e em extensão implantar infraestruturas adequadas que pudessem atrair investimentos de natureza privada. O Poloamazônia preconizou em sua essência o aproveitamento integrado das potencialidades agropecuárias, agroindustriais e florestais em áreas prioritárias da Amazônia. Estes projetos aceleraram os processos de ocupação e o povoamento no âmbito regional, desencadeando impactos socioambientais diversificados na região amazônica. (SOUSA, 2009, p. 100).

Outro programa de suma importância foi o Programa Grande Carajás (PGC) implantado em 1980 cujo destaque foi a construção da Estrada de Ferro Carajás (EFC) que corta o município de Açailândia e que, segundo Vieira (2010) citado por Sousa (2015)

Dispõe de 892 quilômetros de extensão; 56 pátios de cruzamento; dois terminais, um na cidade de Carajás e outro em São Luís. São ao todo 214 locomotivas, correspondendo a 13 mil vagões e um moderno centro de controle operacional localizado no município de São Luís. Transporta em média em seus trilhos cerca de 100 milhões de toneladas de ferro (manganês, hematita, sinter feed, cobre e NPCJ); Associa-se a estes produtos, o transporte de 10 milhões de carga (combustível, brita, areia, soja, farelo de soja, ferro-gusa, sucata de gusa entre outros). Cerca de 1.500 pessoas circulam diariamente no trem de passageiros, que liga a capital do Maranhão, São Luís à cidade de Parauapebas no sudeste do Pará. (VIEIRA, 2010, p. 56 apud SOUSA, 2015, p. 211).

Portanto, percebe-se que a localização privilegiada de Açailândia, associado à existência na década de setenta de grande quantidade de matéria-prima como o carvão vegetal e a lenha, e ainda o incentivo político e econômico foram fatores determinantes para que a cidade desenvolvesse sua função industrial. Essa afirmativa pode ser observada nas palavras de Vieira (2010) ao dizer que

A instalação das indústrias de ferro-gusa no município de Açailândia no final da década de 1980 foi induzida por uma favorável dotação de recursos naturais, incluindo nesse cenário o minério de ferro, principal insumo na produção do ferrogusa, proveniente da província mineral de Carajás, através da recém-construída estrada de Ferro Carajás - EFC. Associado a este elemento, destaca-se ainda a grande quantidade de carvão vegetal, produzido com baixo custo em relação a Minas. Gerais, a disponibilidade de energia advinda da estação da Eletronorte, localizada no município de Imperatriz, a abundância de mão-de-obra existente na região e as boas condições oferecidas através da infraestrutura de transportes. (VIEIRA, 2010, p. 62).

Já no setor primário destaca-se a agroindústria que concentra o maior rebanho bovino do Estado do Maranhão, somando ao todo 432.650 cabeças de gado, que representa 6,1% do total de rebanhos do Estado. Este setor está em segundo lugar entre aqueles que mais contribuem com o PIB estadual, atrás apenas de Balsas.

Quanto aos aspectos educacionais, o município conta com 62 pré-escolas, sendo 12 delas da esfera privada; 85 de ensino fundamental, também com 12 privadas; 18 de ensino médio, com três privadas (IBGE, 2012) e ainda um campus do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA). Em relação ao ensino superior, existe um campus da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) e mais seis na modalidade semipresencial: Centro Universitário Uniseb (UNISEB), Universidade de Santo Amaro (UNISA), Centro Universitário Internacional (UNINTER), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Faculdade do Maranhão (FACAM), Faculdade Dom Luís de Orleans e Bragança (FARRP) (e-MEC, 2014).

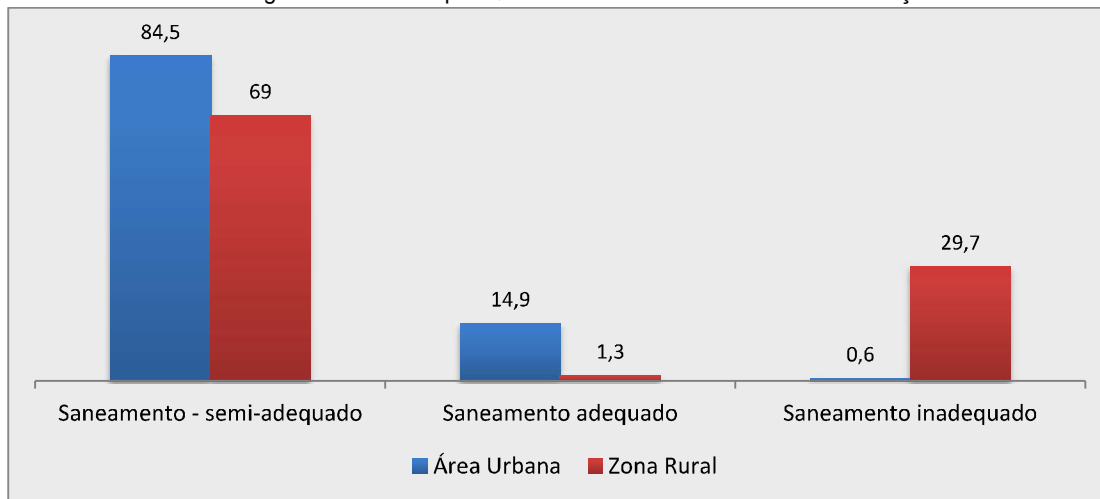
Em relação ao saneamento básico, dos 27.473 domicílios do município, 90% da população possuem água encanada, sendo que esse número cai para 75% para aqueles com água encanada e banheiro. Em relação à coleta de lixo, 93% da população é atendida (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2010). Ao observar esses dados tem-se a impressão de que o município está bem servido de serviços de saneamento básico. Entretanto, dados coletados do CENSO (2010) que são mais detalhados, denunciam que, na realidade, as percentagens de domicílios com saneamento adequado são baixas, sendo que na zona rural as percentagens são piores.

Em relação a esse saneamento domiciliar, o IBGE (2011) além de levantar dados da área urbana e da zona rural, também classificou segundo três tipos diferentes, sendo eles:

Adequado - Domicílios com escoadouros ligados à rede-geral ou fossa séptica, servidos de água proveniente de rede geral de abastecimento e com destino do lixo coletado diretamente ou indiretamente pelos serviços de limpeza; Semi-adequado - Domicílios que possuem, pelo menos, um dos serviços de abastecimento de água, esgoto ou lixo classificados como adequado; Inadequado - Domicílios com escoadouro ligados à fossa rudimentar, vala, rio, lago ou mar e outro escoadouro; servidos de água proveniente de poço ou nascente ou outra forma com destino de lixo queimado ou enterrado, ou jogado em terreno baldio. (IBGE, 2011).

A representação do saneamento básico de Açailândia pode ser observada no Gráfico 9

Gráfico 9 - Porcentagem de Domicílios por Qualidade Saneamento do Saneamento – Açailândia - 2010



Fonte: IBGE (2010)

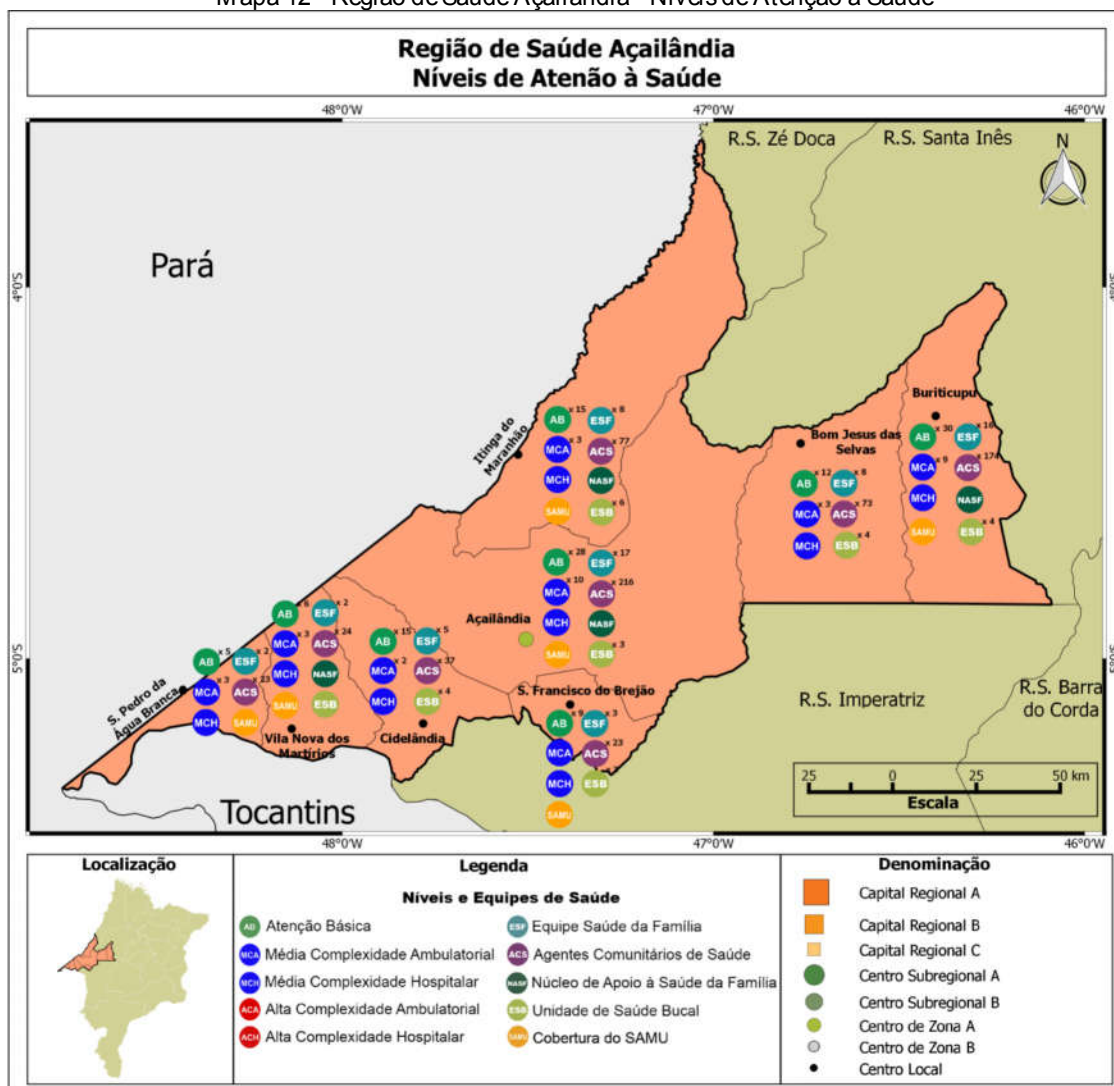
Elaboração: O autor

Os valores do Gráfico 9 são dados em percentagem e evidenciam que mesmo na área urbana a condição sanitária adequada possui valor baixo, correspondendo a apenas 14.9% dos domicílios; em contrapartida, a condição inadequada possui valor muito baixo de 0.6%; assim, o que prevalece é a condição semi-adequada, chegando a mais de 80% dos domicílios, portanto, nesse caso a tendência é para melhor.

Na zona rural as percentagens são mostram-se inversas em relação à urbana para o saneamento adequado representando apenas 1.3% dos domicílios, ao passo que o inadequado atinge praticamente 30% dos domicílios. É a condição semi-adequado que mantém uma proporção semelhante a urbana com 69% dos domicílios, com uma tendência para pior.

Em relação a polarização de Açailândia, já se evidenciou a importância industrial da cidade, cabe evidenciar sua polarização em saúde. Enquanto cidade polo da sua região de saúde, Açailândia concentra uma vasta gama de serviços de saúde, conforme demonstra o Mapa 12 a seguir:

Mapa 12 - Região de Saúde Açailândia - Níveis de Atenção à Saúde



Fonte: DATASUS (2014), DAB (2014), SAMU/DATASUS (2014)

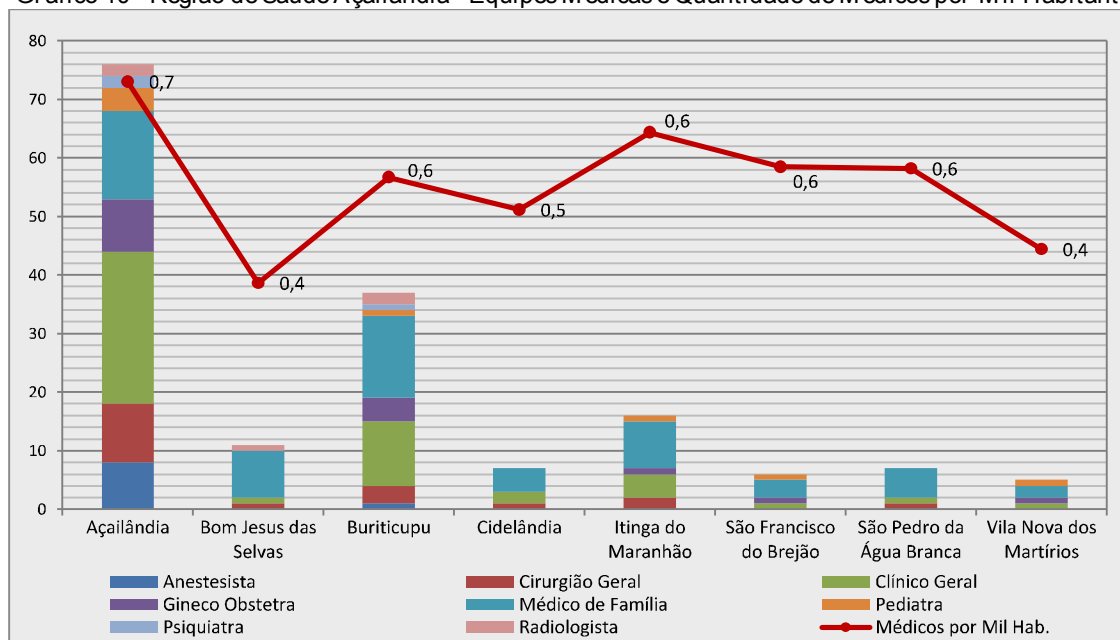
Elaboração: O autor

Como é possível observar no Mapa 12, Açailândia e Buriticupu são as duas cidades que possuem um sistema de saúde bastante similar entre si em relação à quantidade de estabelecimentos e equipes de saúde, sendo que nenhum deles oferece qualquer tipo de serviço de alta complexidade.

Açailândia é o polo de saúde da região e conta com quase o dobro de população de Buriticupu; portanto, é possível que a rede pública de saúde de Açailândia esteja sobrecarregada. Numa tentativa de elucidar essa possibilidade, inicialmente pode-se comparar a quantidade de médicos por habitantes em cada município que, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, o ideal seria um médico para cada mil habitantes; já para o Ministério da Saúde, o ideal são 2,5 médicos para cada mil habitantes (SCHEFFER, BIANCARELLI,

CASSENTE, 2011). Assim, buscamos quantificar os médicos da Região de Saúde Açailândia, tendo como critérios atenderem ao SUS e com base no mês de janeiro de 2014.

Gráfico 10 - Região de Saúde Açailândia - Equipes Médicas e Quantidade de Médicos por Mil Habitantes



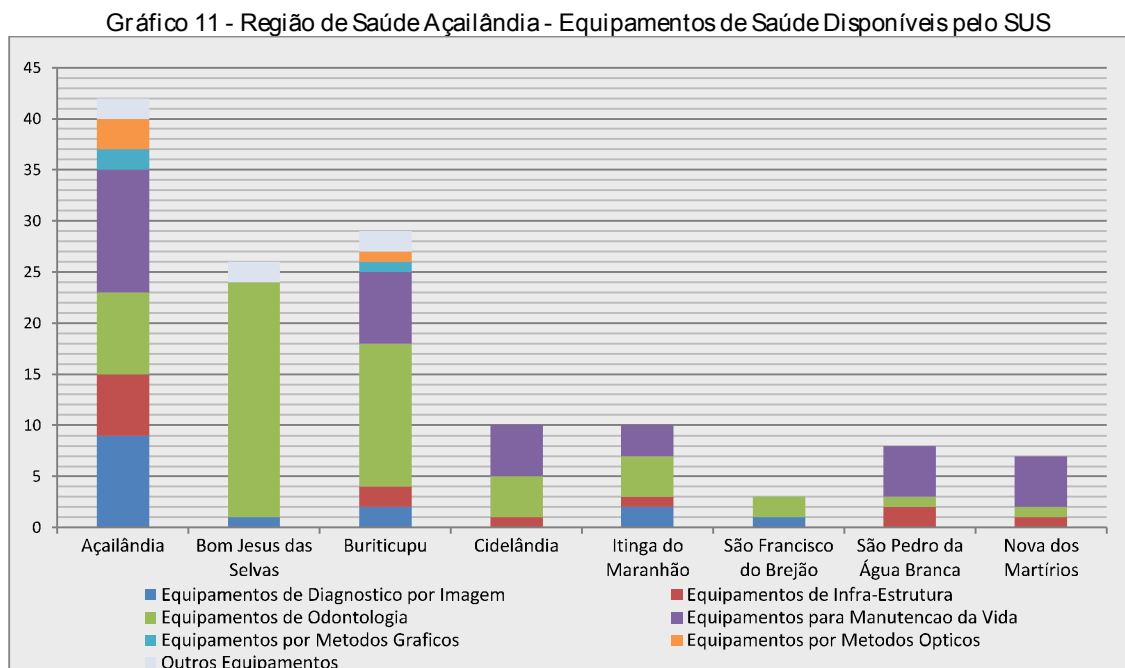
Fonte: DATASUS (2014)

Elaboração: O autor

Conforme o Gráfico 10, em Açailândia o número de médicos é superior ao de todas as outras cidades da região, assim como a variedade de especialistas. Quando se considera o quantitativo populacional, Açailândia possui o maior número de médicos por mil habitantes entre todas, entretanto é um valor muito abaixo do mínimo especificado como ideal pelo Ministério da Saúde, soma-se a isto o fato de receber pacientes de outros municípios, conforme demonstrado no Mapa 13¹⁴, o que contribui para sobrecarregar o seu sistema de saúde.

Outro indicador que pode ser utilizado para melhor caracterizar essa região é a quantidade de equipamentos de saúde. Por ser a cidade polo, Açailândia deveria possuir uma gama de equipamentos bem maior do que os outros as outras cidades, entretanto, como pode ser observado no Gráfico 11, essa não é a realidade. Para construção desse gráfico foram considerados os grupos de equipamentos existentes para o uso pelo SUS tendo como referência o mês de janeiro de 2014. A lista de equipamentos de cada grupo encontra-se no Anexo B deste trabalho.

¹⁴ Ver página 122



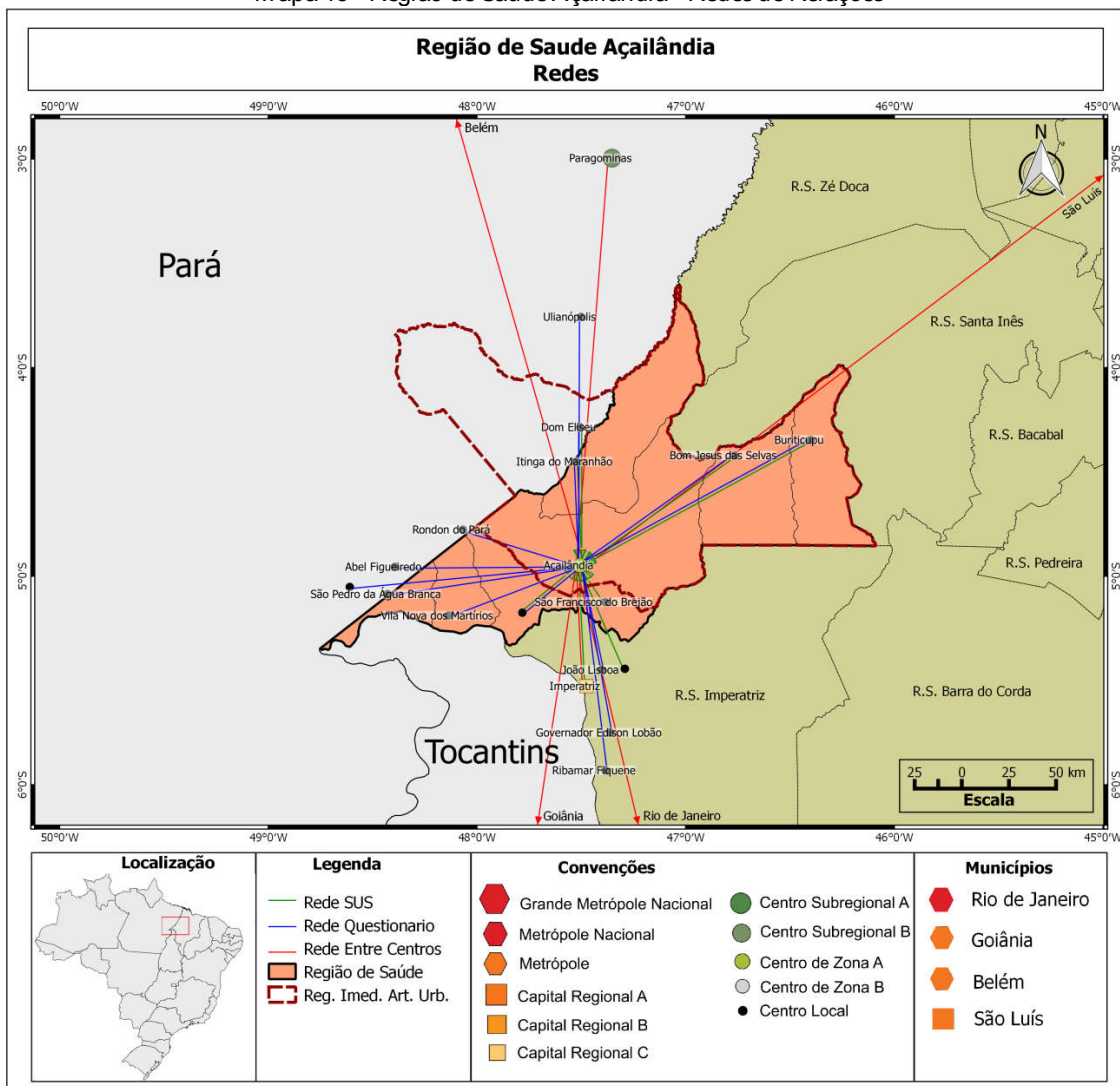
Fonte: DATASUS (2014)

Elaboração: O autor

Segundo o Gráfico 11, as cidades dessa região são pouco equipadas, com casos de escassez extrema como São Francisco do Brejão e Bom Jesus das Selvas que, se se desconsiderar os equipamentos odontológicos, restam apenas três para o primeiro e apenas um para o segundo. Açailândia e Buriticupu estão em melhores condições, somando-se ao total de 42 equipamentos para o primeiro e 29 para o segundo.

Mediante essas colocações, faz-se necessário demonstrar a centralidade regional de Açailândia. Isto é possível mediante observação das redes de fluxos desse município segundo três indicadores distintos, dos quais dois são do REGIC (IBGE, 2008), que são: a rede de relações entre cidades, tendo como base questionários sobre deslocamento intermunicipal de pessoas para aquisição de bens e serviços; e a rede de ligações entre centros segundo a gestão pública e de empresas privadas, conforme explicado no primeiro capítulo desse trabalho. A outra rede é a de serviços de saúde, especificamente, as internações hospitalares de pacientes de outros municípios em Açailândia e tendo como critério delimitador o ano de 2014.

Mapa 13 - Região de Saúde Açailândia - Redes de Relações



Fonte: IBGE (2008), IBGE (2010), IBGE (2013), DATASUS (2014)

Elaboração: O autor

Conforme o Mapa 13, nota-se que a rede de serviços de saúde (SUS) de Açailândia é muito pequena, cidades pertencentes a essa região de saúde, como São Pedro da Água Branca e Vila Nova dos Martírios, não apresentaram quantidade relevante de internações e procedimentos ambulatoriais realizados na cidade de Açailândia, esse fato se deve à proximidade com a cidade de Imperatriz que, como se verá adiante, possui uma das melhor infraestrutura de saúde do Estado; atraindo para si a população de municípios pertencentes a outras regiões de saúde.

Já tendo como referência o REGIC (2008), a rede dos questionários¹⁵ possui quantidade maior de articulações visto o dinamismo das atividades comerciais e de serviços em Açailândia, sendo o terceiro polo de serviços mais importante do Estado, a população dessa região não precisa se deslocar para Imperatriz em busca de mercadorias e serviços que não sejam muito sofisticados.

Quanto à rede entre centros¹⁶, Açailândia mantém relações com uma metrópole nacional, Rio de Janeiro; e duas metrópoles, Goiânia e Belém. Essas relações se desenvolvem graças à existência de um polo industrial no município cujas siderurgias mantêm relações com grandes centros nacionais. Também é importante destacar que esse município é cortado pela BR-010 (Belém-Brasília) e pela Estrada de Ferro Carajás, que são duas importantes vias de entrada e saída de produtos e mercadorias no município.

Outro fato a se observar é que o perímetro da Região de Saúde Açailândia não corresponde inteiramente ao da Região Imediata de Articulação Urbana. Os municípios a Oeste de Açailândia sofrem maior influência e são mais articulados com Imperatriz.

Mediante essas explicações, percebe-se que a cidade de Açailândia não é apenas um polo de saúde, mas também é um importante polo industrial; soma-se a isso sua forte dinâmica comercial que, apesar de não rivalizar com Imperatriz, consegue suprir a necessidade das cidades vizinhas.

3.3 Região de Saúde Balsas

A Região de Saúde Balsas tem Balsas como cidade polo classificada como Centro Sub-regional B e se localiza a 770 quilômetros de distância da capital São Luís e a 360 quilômetros de Imperatriz. Esta região é composta pelos seguintes municípios: Alto Parnaíba, Carolina, Feira Nova do Maranhão, Formosa da Serra Negra, Loreto, Nova Colinas, Riachão, Sambaíba, São Félix de Balsas, São Pedro dos Crentes, São Raimundo das Mangabeiras e Tasso Fragoso, cujas sedes são classificadas como Centros Locais; e Fortaleza dos Nogueiras, cuja sede é um Centro de Zona B. O Quadro 9 representa a hierarquia das cidades dessa região:

¹⁵ Ver página 49 sobre a metodologia utilizada pelo IBGE quando da elaboração do REGIC (2008).

¹⁶ Idem.

Quadro 9 - Hierarquia da Centralidade Urbana - Região de Saúde Balsas

Município/ REGIC (Ano)	1966	1978	1993	2008
Alto Parnaíba	Município	Município Subordinado	Muito Fraco	Centro de Zona B
Balsas	Centro Sub-Regional B	Centro de Zona	Médio	Centro Sub Regional B
Carolina	Centro Local A	Centro de Zona	Muito Fraco	Centro Local
Feira Nova do Maranhão	-	-	-	Centro Local
Formosa da Serra Negra	-	-	-	Centro Local
Fortaleza dos Nogueiras	Município	Município Subordinado	Muito Fraco	Centro de Zona B
Loreto	Município	Município Subordinado	Muito Fraco	Centro Local
Nova Colinas	-	-	-	Centro Local
Riachão	Município	Município Subordinado	Muito Fraco	Centro Local
Sambaíba	Município	Município Subordinado	Muito Fraco	Centro Local
São Félix de Balsas	-	Município Subordinado	-	Centro Local
São Pedro dos Crentes	-	-	-	Centro Local
São Raimundo das Mangabeiras	Município	Município Subordinado	Muito Fraco	Centro Local
Tasso Fragoso	Município	Município Subordinado	Muito Fraco	Centro Local

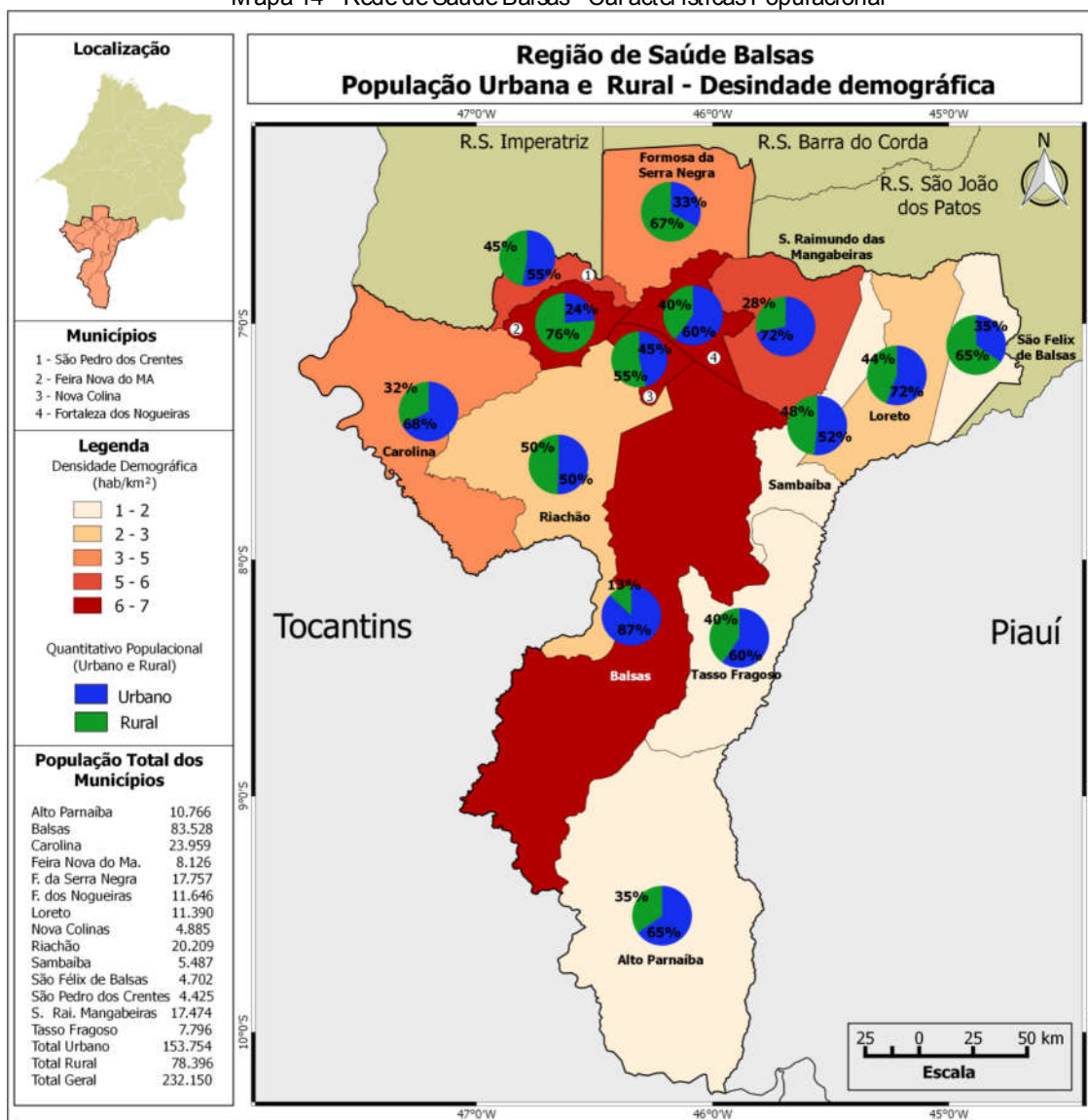
Fonte: IBGE (1966, 1978, 1993 e 2008)

Elaboração: O autor

Essa região é cortada por várias rodovias que interligam esses municípios, sendo duas federais: BR 010/230 e BR 330 e seis estaduais: MA 006, MA 135, MA 138, MA 373, MA 374 e MA 375.

O Censo 2010 indica que essa região possui uma população total de 232.150 pessoas que se divide por sua extensa área de mais de 60.000 km², o que significa uma baixíssima densidade demográfica de 3,5 pessoas por km², caracterizando-se como uma região pouco povoada e, conforme pode ser observado no Mapa 14, de forte caráter rural.

Mapa 14 - Rede de Saúde Balsas - Características Populacional



Fonte: IBGE (2010)

Elaboração: O autor

Conforme demonstrado no Mapa 14, dos quatorze municípios dessa região, quatro caracterizam-se como rurais, possuindo mais da metade da população concentrada na área rural: Feira Nova do Maranhão (76%), Formosa da Serra Negra (67%), Nova Colina (55%) e São Félix de Balsas (65%); e mais quatro municípios encontram-se percentualmente muito próximo do limiar entre urbano e rural: Riachão (50%), São Pedro dos Crentes (45%), Sambaíba (48%) e Loreto (44%). Assim, dos quatorze municípios, oito possuem forte caráter rural ou são majoritariamente rurais.

Novamente percebe-se que essa ruralidade e o baixo quantitativo populacional dos municípios leva a um baixo índice de densidade demográfica que é reforçado pela grande

extensão da maioria dos municípios, especialmente aqueles localizados ao sul dessa região de saúde. Como segundo passo classificatório, deve-se observar a metodologia de Veiga (2004):

Quadro 10 - Região de Saúde Balsas- Classificação Urbano - Rural

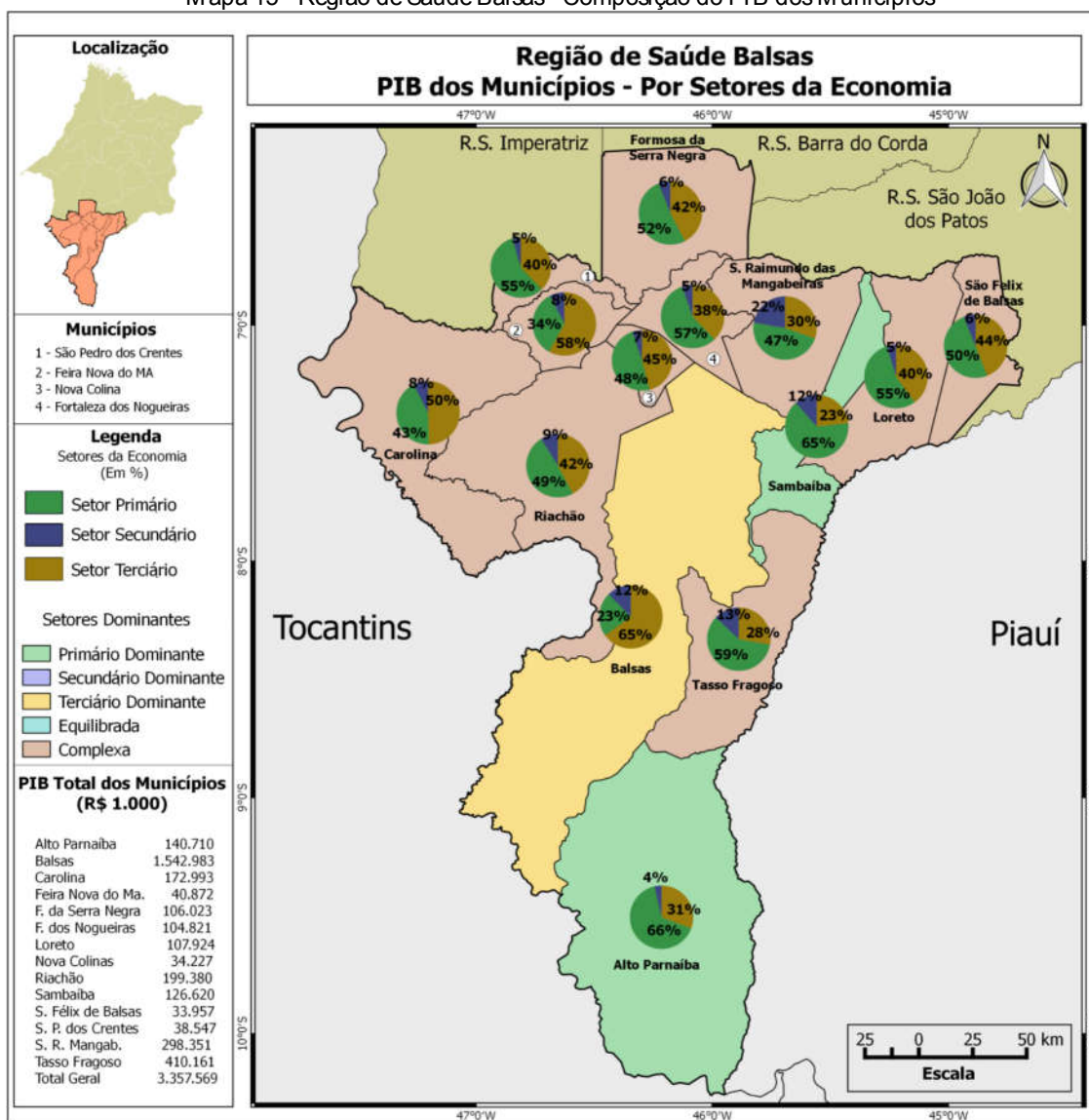
Classificação	Características	Municípios
Inequivocamente Urbanos	Pertencentes à Aglomeração Urbana Metropolitana e Não Metropolitana ou; mais de 100.000 hab.	-
Intermediários	População entre 50.000 e 100.000 habitantes ou densidade demográfica maior que 80 hab./km ² , mesmo com menos de 50.000 hab.	Balsas
Essencialmente Rurais	Municípios com menos de 50.000 hab. e densidade demográfica menor que 80 hab./km ² .	Alto Parnaíba, Carolina, Feira Nova do Maranhão, Formosa da Serra Negra, Fortaleza dos Nogueiras, Loreto, Nova Colinas, Riachão, Sambaíba, São Félix de Balsas, São Pedro dos Crentes, São Raimundo das Mangabeiras e Tasso Fragoso

Fonte: O autor a partir de Veiga (2004), IBGE (2010)

De acordo com os critérios de Veiga¹⁷, nenhum município dessa região seria inequivocamente urbano e, dos 14 municípios, 13 seriam essencialmente rurais, ou seja, três a mais do que se considerarmos a divisão populacional realizada pelo IBGE. Como último critério, deve-se observar o PIB dos setores econômicos.

¹⁷ Ver página 69

Mapa 15 - Região de Saúde Balsas - Composição do PIB dos Municípios

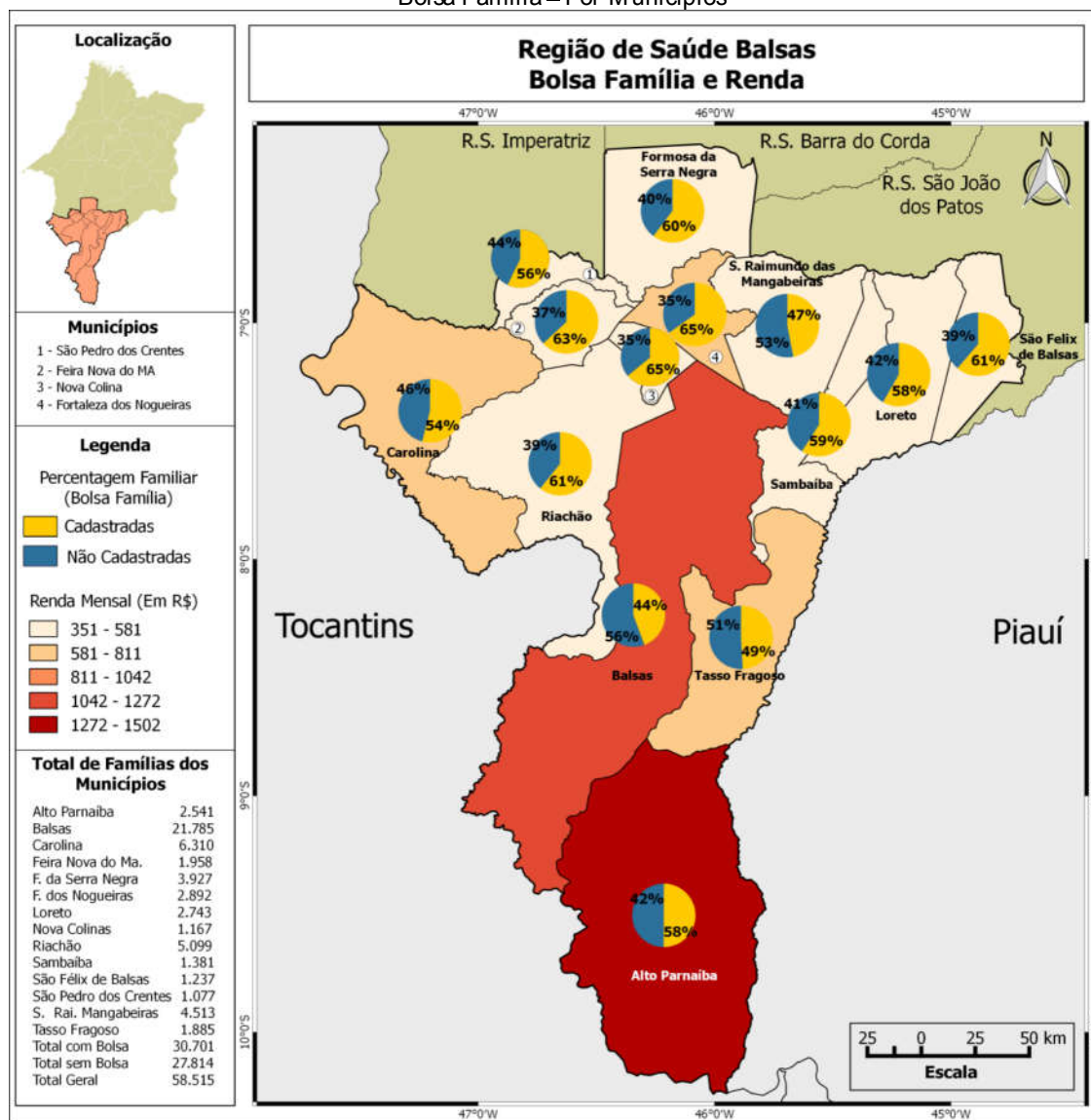


Pode-se perceber que, de fato, a ruralidade é um traço característico desses municípios; dos quatorze, onze possuem no setor primário a sua principal base econômica. Este alto percentual do primeiro setor é reforçado pela expansão da fronteira agrícola para o sul do Maranhão, tal movimento vem ocorrendo desde meados da década de 70 quando migrantes gaúchos, incentivados por políticas de estado, deram início a implantação e modernização de atividades agrícolas, em especial a soja (ELIAS, 2006).

Apesar da presença marcante do Setor Primário representando 39% do PIB regional, é o Terciário que se sobressai com 52% do PIB, tendo como destaque o município de Balsas devido à dinâmica do seu comércio e oferta de serviços. Já o Setor Secundário representa

incipientes 9% do PIB. Mediante o exposto, deve-se observar as condições de renda da população dessa região:

Mapa 16 - Região de Saúde Balsas - Percentagem de Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família – Por Municípios



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (2010), Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2010).

Elaboração: O autor

Além dos baixos salários na maioria dos municípios, mais da metade das famílias estão cadastradas no PBF, sendo que em apenas três municípios o percentual de famílias não cadastradas é maior que de cadastradas: São Raimundo das Mangabeiras (53%), Balsas (56%) e Tasso Fragoso (51%); esta é uma realidade regional que denuncia um perfil socioeconômico de baixa renda. Chama atenção o município de Alto Parnaíba e Balsas que, dinamizados pelo

agronegócio, a população possui renda mensal superior a mil reais, ao passo que nos demais municípios ficam na faixa de R\$ 800,00 por mês. Quando se analisa o rendimento mensal **per capita** dos domicílios, tem-se:

Tabela 4 - Região de Saúde Balsas - Rendimento Domiciliar per Capita - por Municípios

	Rural	Urbano	Média	Diferença Urbano - Rural
Alto Parnaíba	1.578.28	423.13	810.65	-273%
Balsas	334.76	712.79	665.88	53%
Carolina	202.55	524.13	428.34	61%
Feira Nova do Maranhão	170.89	450.2	244.92	62%
Formosa da Serra Negra	131.54	281.81	184.55	53%
Fortaleza dos Nogueiras	172.38	376.1	297.28	54%
Loreto	160.53	285.43	232.42	44%
Nova Colinas	201.82	250.78	224.77	20%
Riachão	191.18	428.01	316.71	55%
Sambaíba	246.34	339.13	293.82	27%
São Félix de Balsas	180.81	354.08	244.09	49%
São Pedro dos Crentes	230.35	356.24	302.21	35%
São Raimundo das Mangabeiras	218.83	408.6	355.34	46%
Tasso Fragoso	192.97	427.57	336.7	55%

Fonte: IBGE (2010)

Elaboração: O autor

Mediante esses dados percebe-se que além dos domicílios terem uma média de rendimento **per capita** muito baixo, a situação é pior para a zona rural, salvo para o município de Alto Parnaíba no qual a zona rural possui um PIB **per capita** domiciliar 273% do que da área urbana. Esse fato se explica devido à forte presença do agronegócio, visto que esse município faz parte do polo produtivo de Balsas assim como estão contidos no MATOPIBA¹⁸. Além disso, o município possui uma população de pouco mais de 10 mil habitantes.

Para os demais municípios, mais da metade possuem na zona rural um PIB **per capita** muito inferior ao urbano, chegando a valores de 50% ou mais, como Balsas (53%), Carolina (61%), Feira Nova do Maranhão (62%), Formosa da Serra Negra (53%), Fortaleza dos Nogueira (54%), Riachão (55%) e Tasso Fragoso (55%). Mais dois encontram-se no limiar dos 50%, sendo eles: São Félix de Balsas (49%) e São Raimundo das Mangabeiras (46%).

A cidade de Balsas está localizada no maior município do Maranhão com 13.141 km² e que possui uma população total de 83.528 habitantes, o que significa um baixo nível

¹⁸ A expressão MATOPIBA resulta de um acrônimo criado com as iniciais dos estados do Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia. Essa expressão designa uma realidade geográfica que recobre parcialmente os quatro estados mencionados, caracterizada pela expansão de uma fronteira agrícola baseada em tecnologias modernas de alta produtividade. (GITE, 2014).

demográfico de apenas 6,3 hab./km²; desse total, 87% reside na área urbana. O PIB do município corresponde a 1.711.043 mil reais, sendo o quarto maior do Estado, já o PIB **per capita** representa pouco mais de 15 mil reais, um valor muito dissonante com a renda mensal de 1.150,00 reais da população.

Foto 3 - Cidade de Balsas



Fonte: Blog de Balsas <<http://balsas.zip.net/images/BalsasAerea.jpg>>

Sua principal atividade econômica está baseada no terciário, onde se destaca o comércio e a administração pública (APU) que, conforme já explicado, divide com Açailândia o terceiro maior PIB em participação econômica do setor no Estado, atrás de São Luís e Imperatriz. A dinâmica desse setor está relacionada ao desenvolvimento das modernas atividades agrícolas nessa região. Segundo Sousa

A reestruturação comandada pelo campo, sobretudo, o agronegócio tem gerado mudanças substanciais na estrutura interna e nos conteúdos desta cidade, denotando contínuas refuncionalizações. Assim, Balsas tem buscado se adaptar à esta nova realidade do campo modernizado a fim de atender os seus interesses. (SOUSA, 2015, p. 292).

Portanto, são as atividades agrícolas modernas que iram demandar da cidade uma vasta gama de serviços, como a utilização de bancos para transações financeiras, aquisição de insumos, apoio técnico e aquisição de maquinário assim como mão -de-obra especializada capaz de manipulá-lo etc. No caso de Balsas é o agronegócio representado pela sojicultura a principal atividade agrícola.

É o agronegócio a principal atividade que compõe o setor primário em Balsas e aparece em segundo lugar em importância. Balsas se destaca por ser o maior produtor de soja no Maranhão, resultando na maior participação do PIB desse setor em relação ao Estado.

Foi a partir de 1970 que se iniciaram as intensas transformações que dinamizaram a economia de Balsas, seguindo a tendência de modernização da agricultura brasileira no Cerrado onde o capital privado aliado ao Estado incentivou o processo de difusão da produção de grãos e da sojicultura na região Centro-Oeste e Norte do país. A este respeito, Mota (2011) explana que

A Mesorregião Sul Maranhense e, de modo particular, a Microrregião dos Gerais de Balsas onde se encontra a cidade de Balsas/MA, foi inserida nesse processo “modernizador”. A Microrregião viu, a partir da década de 1970, a chegada, com maior intensidade, de agropecuaristas oriundos especialmente do Centro-Sul do país, particularmente os sulistas, instalar-se nessa região para difundir a agricultura vinculada à produção de grãos (MOTA, 2011, p. 73).

A apropriação do Cerrado por migrantes sulistas se deu mediante políticas de incentivos fiscais e de crédito, presença de terras e mão-de-obra mais barata aliado ao esgotamento de terras no sul do país. Quanto aos programas governamentais de incentivo, pode-se citar o PROTERRA, POLONORDESTE, PROJETO SERTANEJO e em especial o PRODECER (III). Dentre esses programas, o mais importante foi Nipo-Brasileiro PRODECER (III) que, segundo Inocêncio, (2010)

O objetivo deste programa foi, através da fusão capital privado/público, brasileiro e japonês, estabelecer áreas de produção agrícola no Cerrado que pudessem abastecer o mercado internacional, como forma de regular a oferta de produtos e consequentemente forçar a queda dos preços. O principal cultivo produzido nas áreas do projeto foi a soja, produto considerado base da alimentação de alguns países orientais, com destaque para o Japão. (INOCÊNCIO, 2010, p. 28).

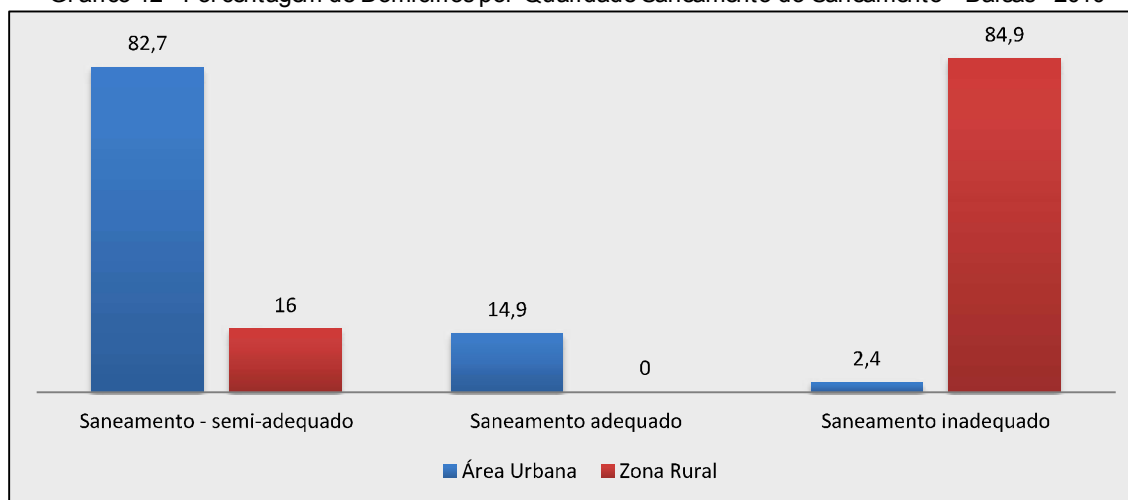
Essas áreas são denominadas “Projeto Piloto”, sendo constituídas por produtores agrícolas vinculados a cooperativas agrícolas e/ou associações de produtores rurais. Em Balsas foi instalada uma área de produção com 40 mil hectares e distante 200 km ao sul do município em uma área denominada BATAVO, constituída por 40 famílias sendo a maioria de origem mineira. Assim, este projeto facilitou a inserção e desenvolvimento da sojicultura no Cerrado sul maranhense, especialmente em Balsas.

Já as atividades industriais são reduzidas, ocupando o oitavo lugar em relação ao Estado, baseia-se principalmente na construção civil e indústria de transformação voltada para a produção de insumos utilizados nas atividades relacionadas ao agronegócio, tais como adubos, defensivos agrícolas e sementes.

Em relação aos aspectos educacionais, o município conta com 30 pré-escolas, sendo 15 do setor privado; 90 no ensino fundamental com 14 privadas; e 10 com ensino médio, constituindo cinco privadas. Já a cidade de Balsas também conta com um polo de apoio presencial¹⁹ da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), da Faculdade de Balsas (UNIBALSAS) e ainda as semipresenciais: Faculdade do Maranhão (FACAM), Faculdade AIEC (AIEC/FAAB) e Centro Universitário Internacional (UNITER) (e-MEC, 2014).

No município existem ao total 21.277 domicílios, dos quais 93% da população possui água encanada; aqueles com água encanada e banheiro representam 72% e o serviço de coleta de lixo está presente em 93% dos domicílios. Uma observação mais acurada desses dados tendo como referência o IBGE (2010), vê-se que entre a área urbana e a zona rural existe uma relação inversa quanto a qualidade do saneamento básico, conforme o Gráfico 12 demonstra:

Gráfico 12 - Porcentagem de Domicílios por Qualidade Saneamento do Saneamento – Balsas - 2010



Fonte: IBGE (2010)

Elaboração: O autor

Percebe-se que entre o urbano e o rural as diferenças na qualidade do saneamento são gritantes. Enquanto na área urbana o saneamento inadequado atinge 84,9% dos domicílios, na zona rural esse percentual é de apenas 2,4%; em contrapartida, o percentual urbano de saneamento adequado é de 0% e no rural é de 14,9%, sendo que o semi-adequado representa

¹⁹ Polo de educação à distância, ou polo de apoio presencial, é o local devidamente credenciado pelo MEC, no país ou no exterior, próprio para o desenvolvimento descentralizado de atividades pedagógicas e administrativas relativas aos cursos e programas ofertados a distância. É no polo que o estudante terá as atividades de tutoria presencial, biblioteca, laboratórios, tele aulas, avaliação (provas, exames, etc.) e poderá utilizar toda a infraestrutura tecnológica para contatos com a instituição ofertante e/ou participantes do respectivo processo de formação. (Ministério da Educação – MEC, 2014).

82,7% do urbano e 16% do rural. Esses dados complementam a marcante desigualdade social evidenciada pelas informações postas anteriormente²⁰.

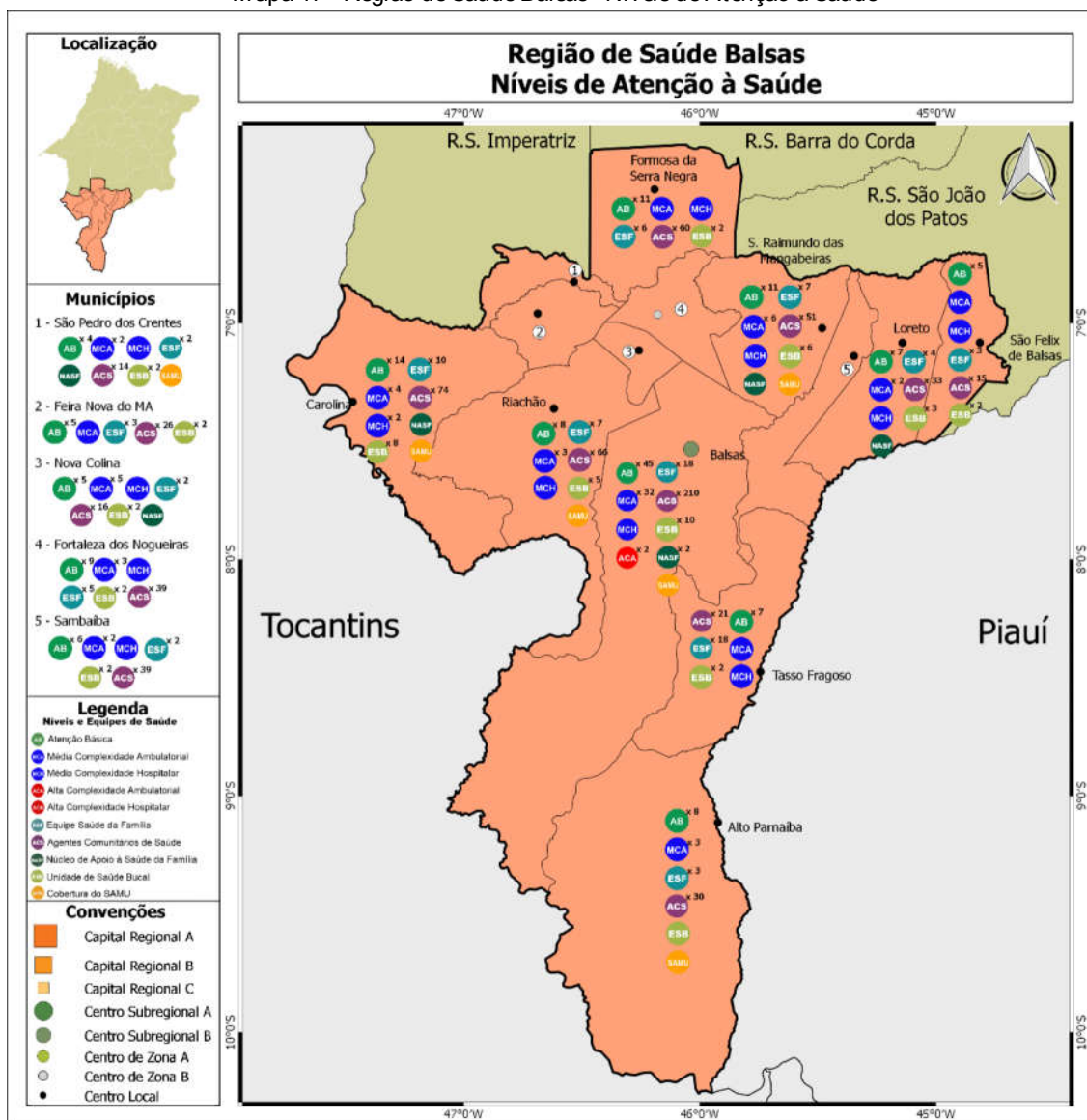
Portanto, Balsas tornou-se um importante celeiro da sojicultura para exportação marcada por modernas técnicas agrícolas de produção. Entretanto, toda essa modernidade produtiva não se reflete em melhorias sociais; segundo Sousa (2015) reflete na verdade uma ideia de centralidade econômica espúria e exógena:

Seja no campo ou nas cidades estas faces do moderno mediadas pela presença e interesses de agentes hegemônicos se erguem em meio a graves conflitos. Este é o caso da siderurgia em Açailândia e também da sojicultura em Balsas que revelam os desencontros entre o moderno e o tradicional. A modernidade anunciada em face do uso intensivo da terra pela soja e pela siderurgia tem arrastado consigo todas as mazelas e chagas sociais e ambientais que somente às populações locais e regionais são capazes de testemunhar. (SOUSA, 2015, p. 290).

Mediante estas colocações que evidenciam Balsas enquanto importante polo do agronegócio, faz-se necessário mostrar como estão configurados os serviços de saúde dessa região e, especialmente, na cidade de Balsas. Inicialmente deve-se observar o Mapa 17.

²⁰ Ver página 128.

Mapa 17 - Região de Saúde Balsas - Níveis de Atenção à Saúde



Fonte: DATASUS (2013), IBGE (2010), DAB (2014), SAMU/DATASUS (2014)

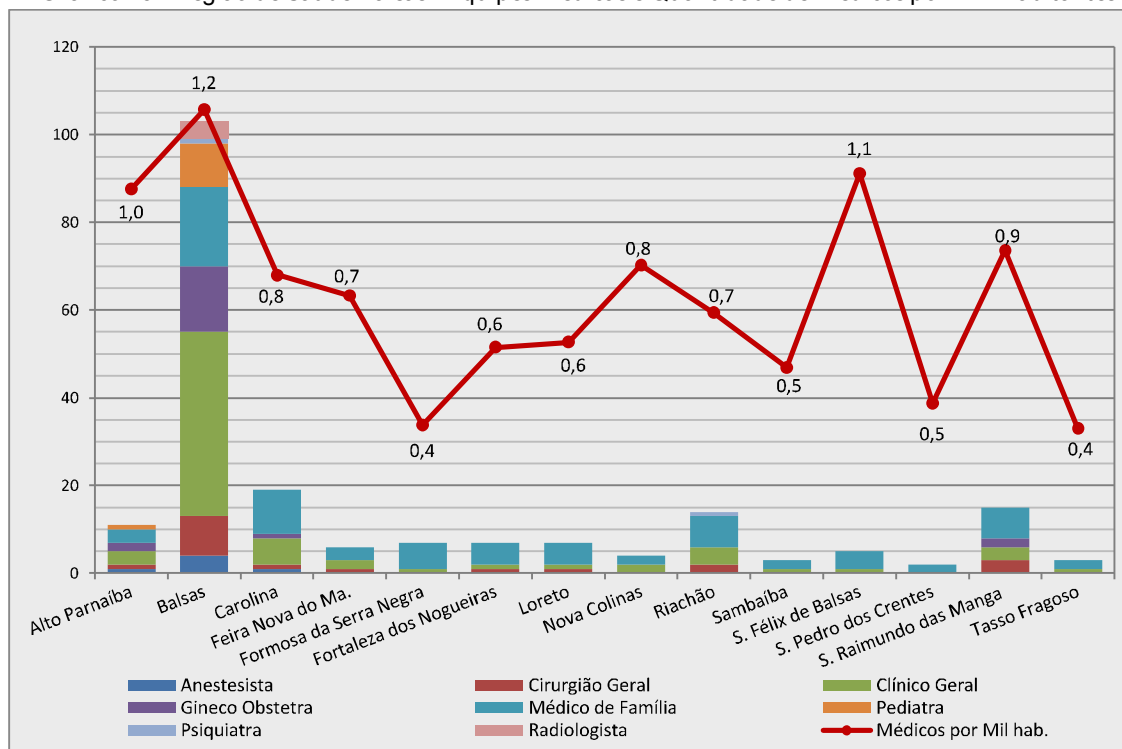
Elaboração: O autor

Conforme o Mapa 17, Balsas não oferece serviço hospitalar de alta complexidade, mas é a única cidade a ter serviço ambulatorial de alta complexidade. Um segundo fato que chama a atenção é a baixa quantidade de cidades com cobertura de atendimento pelo SAMU, uma das possíveis explicações para este fato são os baixos índices demográficos dos municípios, cuja maioria possui população inferior ou um pouco acima de dez mil habitantes conforme demonstrado no Mapa 14²¹.

²¹ Ver página 125.

Conforme já explicado, um segundo dado importante de se observar é a quantidade de médicos das cidades dessa região assim como por mil habitantes:

Gráfico 13 - Região de Saúde Balsas- Equipes Médicas e Quantidade de Médicos por Mil Habitantes

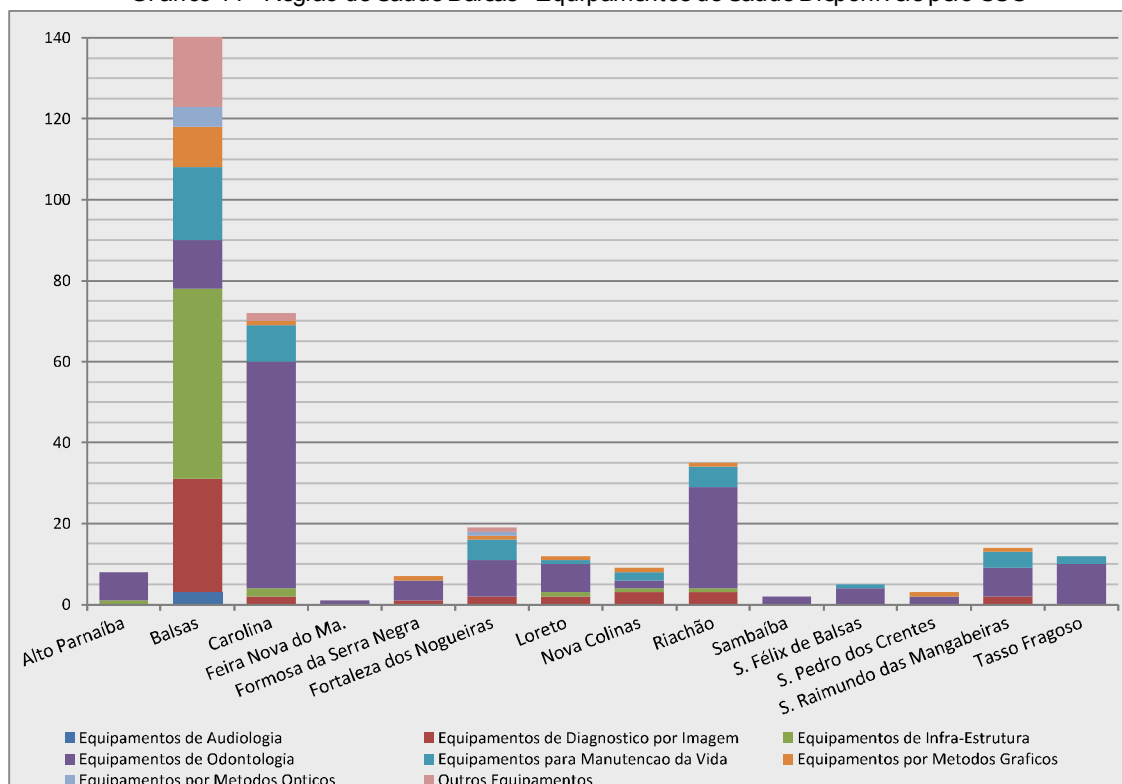


Fonte: DATASUS, (2014)

Elaboração: O autor

O Gráfico 13 deixa clara a importância de Balsas em relação às outras cidades da região, possuindo quantidade bem maior de médicos de várias especialidades. Entretanto, essa quantidade de médicos por mil habitantes é muito baixa, sendo inferior ao mínimo recomendado pela OMS. Novamente, isso significa que existe uma sobrecarga sobre os serviços de saúde que se agrava com o fluxo de pacientes de outros municípios. Em seguida busca-se demonstrar a quantidade de equipamentos disponíveis pelo SUS:

Gráfico 14 - Região de Saúde Balsas- Equipamentos de Saúde Disponíveis pelo SUS

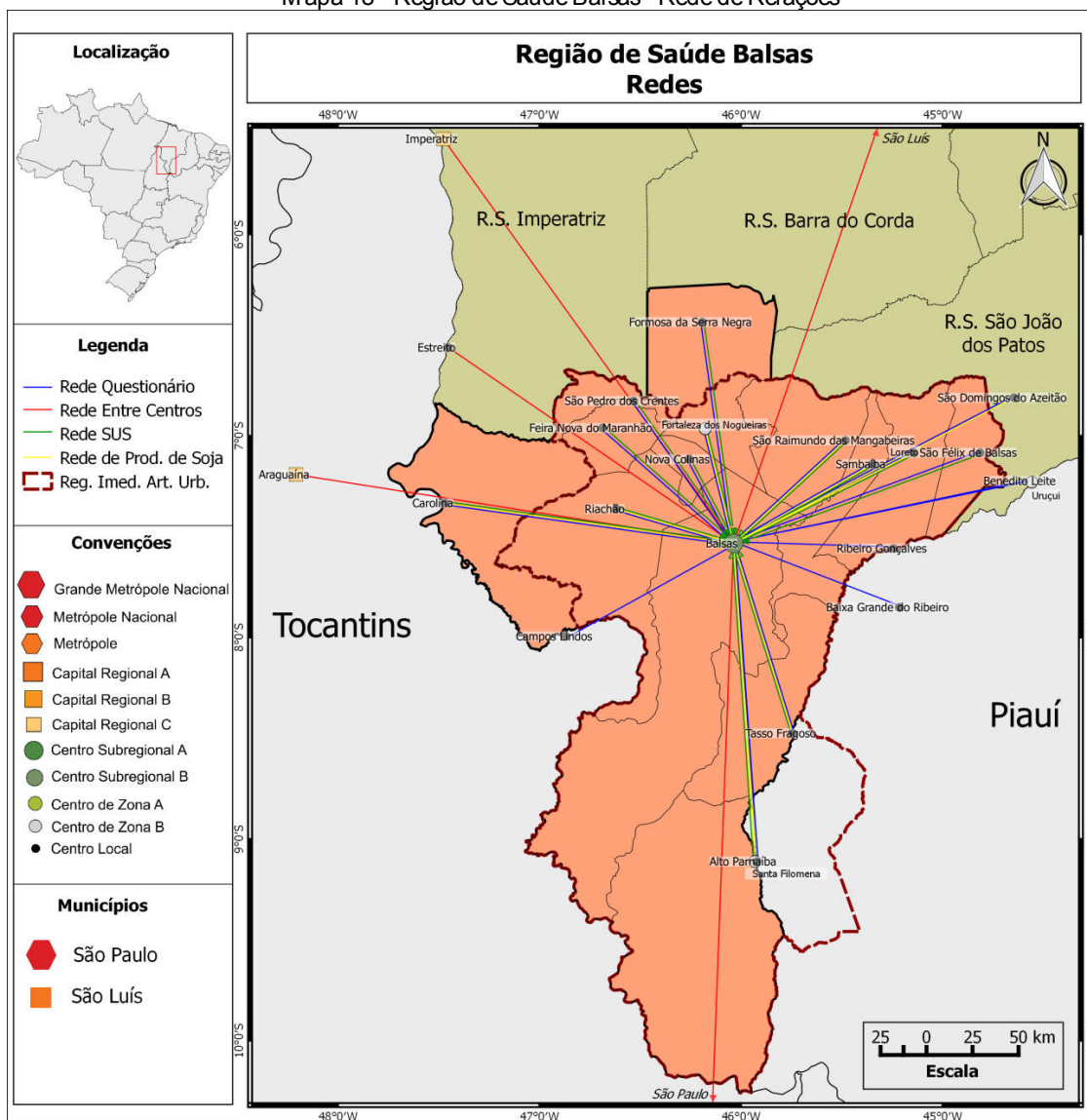


Fonte: DATASUS (2014)

Elaboração: O autor

Notadamente Balsas se destaca na região, possuindo alguns equipamentos de saúde inexistentes em qualquer uma das outras cidades, como os de audiologia. Em contraste, algumas outras cidades são extremamente carentes de equipamentos, como Feira Nova do Maranhão (01 equipamentos), São Pedro dos Crentes (03 equipamentos), São Felix de Balsas (05 equipamentos) e Sambaíba (02 equipamentos). Portanto, nesse quadro apresentado, Balsas se torna vital para a região enquanto polo de saúde, mas que ainda assim não consegue oferecer atendimento de maneira apropriada, mantendo-se dependente de Imperatriz, conforme será abordado a seguir mais adiante. No Mapa 18 é mostrado a rede de articulações de outras cidades com Balsas.

Mapa 18 - Região de Saúde Balsas - Rede de Relações



Fonte: IBGE (2008), IBGE (2010), IBGE (2013), DATASUS (2014)

Elaboração: O autor

O Mapa 18 demonstra que Balsas é bem articulada com sua região; segundo o REGIC (2008) e tendo como referência a rede de questionários²², todos os municípios da região buscam serviços na cidade de Balsas, assim como alguns do Estado do Piauí como Santa Filomena e Baixa Grande do Ribeiro devido à proximidade com Balsas assim como pela forte presença dos setores do comércio e serviços dessa cidade.

Em relação aos serviços de saúde a rede é menor, mas ainda assim alcança todos os municípios da Região de Saúde. Essa Região sofre muita influência de Imperatriz assim como

²² Ver página 48 sobre a metodologia utilizada pelo IBGE quando da elaboração do REGIC (2008)

de Araguaína, município localizando no Estado do Tocantins. Essa influência de Araguaína se torna visível ao se observar os limites da região de articulação urbana de Balsas que não sobrepõe à de saúde, sendo que a oeste o município de Carolina está mais articulada com Araguaína do que com Balsas.

Já as distâncias de ligações entre centros²³ são bastante extensas, devido à agroindústria de sojicultura para exportação, Balsas mantém relações com grandes centros como São Paulo, o centro financeiro do País, e São Luís, onde está localizado um dos principais portos de exportação de grãos para a Europa, o Porto de Itaqui.

Por fim tem-se a rede dos fluxos de produção de soja. Nesta rede encontram-se representados aqueles municípios produtores de soja que, devido uma questão de logística, escoam sua produção para Balsas que armazena e administra essa produção. Nesse sentido Balsas torna-se ainda mais importante devido à falta de infraestrutura dos municípios dessa região. A este respeito, Cruz (2007) enfatiza que:

O transporte e a armazenagem são dois maiores problemas das regiões de fronteiras agrícolas, principalmente na região do sul do Maranhão onde se situa a região de Balsas. Existe uma falta generalizada de armazéns nas unidades de produção, a exemplo do que ocorre no resto do país, bem como de estradas vicinais mais trafegáveis, silos coletores, terminais intermodais, pátios ferroviários adequados, portos eficientes, coordenação aduaneira, navegação costeira. (CRUZ, 2007, p. 76).

Portanto, pode-se perceber que Balsas é um importante polo para sua região e desenvolvendo funções variadas, mas que, em relação aos serviços de saúde, não possui uma boa infraestrutura, visto que uma cidade desse porte e com a importância que tem, já deveria contar com um pronto-socorro para atender sua região. Nesse contexto, a população dessa região de saúde se vê obrigada a recorrer a Imperatriz cruzando longas distâncias em busca de serviços médicos.

3.4 Região de Saúde Barra do Corda

A Região de Saúde Barra do Corda tem como cidade polo Barra do Corda, classificada como Centro de Zona A, localiza-se a 450 quilômetros de distância da capital São Luís e a 310 da cidade de Imperatriz; dessa região fazem parte mais quatro municípios com sedes classificadas como Centros Locais: Arame, Fernando Falcão, Itaipava do Grajaú, Jenipapo dos Vieiras e Grajaú, um Centro de Zona B. Desses municípios, apenas Barra do Corda e Grajaú

²³ Ver página 49

possuem nível de centralidade de destaque, mesmo porque os outros municípios são de formação recente, conforme observável no Quadro 11.

Quadro 11 - Hierarquia da Centralidade Urbana - Região de Saúde Barra do Corda

Município/ REGIC (Ano)	1966	1978	1993	2008
Arame	-	-	Muito Fraco	Centro Local
Barra do Corda	Município	Centro de Zona	Muito Fraco	Centro de Zona A
Fernando Falcão	-	-	-	Centro Local
Grajaú	Centro Local B	Centro de Zona	Muito Fraco	Centro de Zona B
Itaipava do Grajaú	-	-	-	Centro Local
Jenipapo dos Vieiras	-	-	-	Centro Local

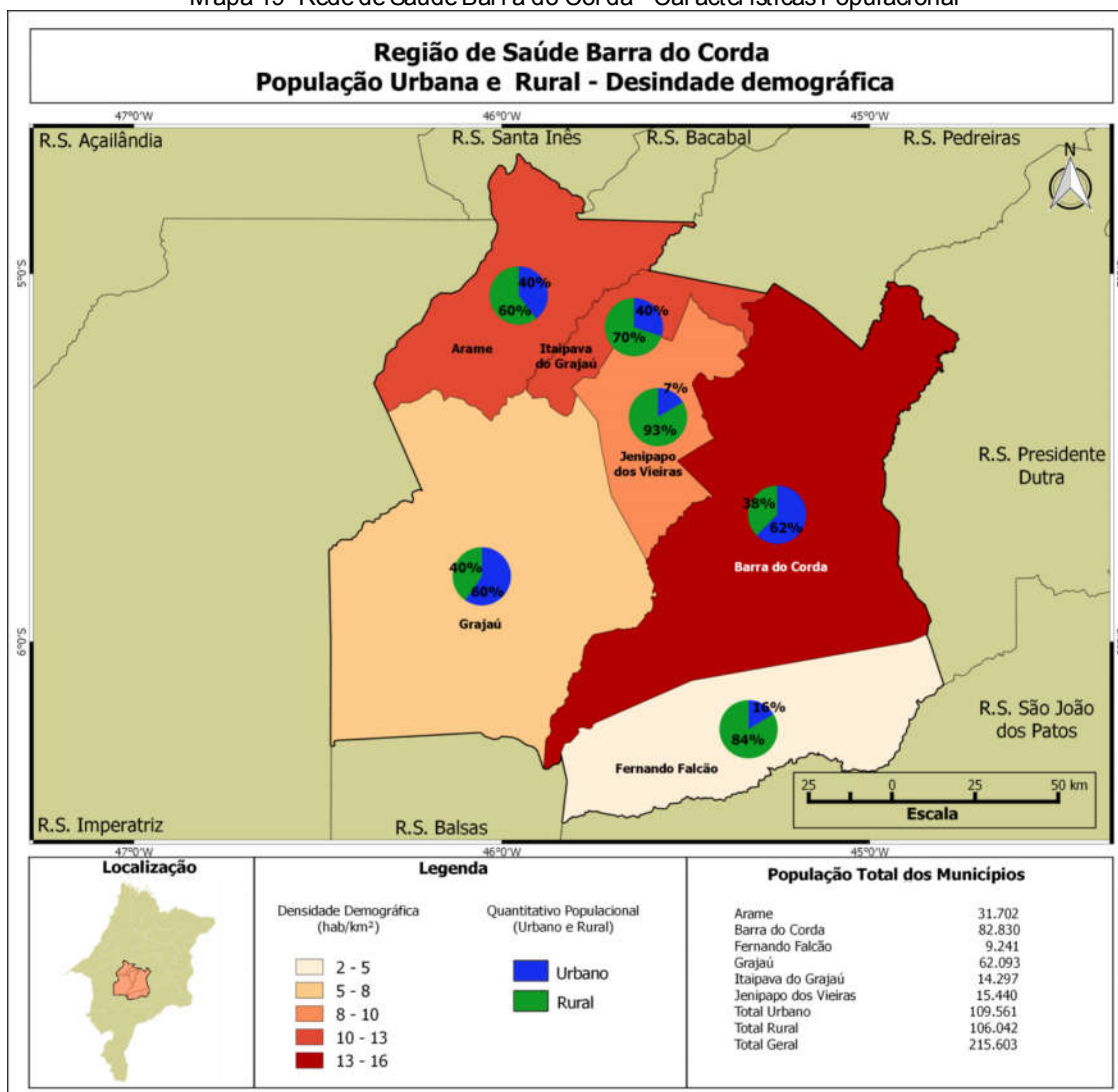
Fonte: IBGE (1966, 1978, 1993 e 2008)

Elaboração: O autor

A interligação entre municípios é realizada por meio de cinco rodovias, sendo uma federal: BR 226, e quatro estaduais: MA 006, MA 272, MA329 e MA 379.

Segundo Censo (2010), esta região conta com uma população total de 215.603 pessoas, distribuídas por 25.326 km², o que resulta em uma baixa densidade demográfica de 8.5 pessoas por km² distribuída conforme demonstrado Mapa 19.

Mapa 19- Rede de Saúde Barra do Corda - Características Populacional



Fonte: IBGE (2010)

Elaboração: O autor

Assim como as outras regiões já analisadas, Barra do Corda caracteriza pela baixa densidade demográfica com municípios de grande extensão territorial além de fortes traços rurais. Dos seis municípios, quatro possuem alta percentagem de sua população localizada na zona rural: Arame (60%), Fernando Falcão (84%), Itaipava do Grajaú (70%) e Jenipapo dos Vieiras (93%).

Essas regiões de saúde são constituídas por apenas seis municípios de grande extensão territorial, mas a maioria possui quantitativo populacional acima de 15 mil habitantes, resultando em uma baixa densidade demográfica, mas não tão baixa quanto a dos municípios da REGIÃO DE SAÚDE Balsas. Como próximo passo, devemos observar a metodologia de Veiga (2014).

Quadro 12 - Região de Saúde Barra do Corda - Classificação Urbano - Rural

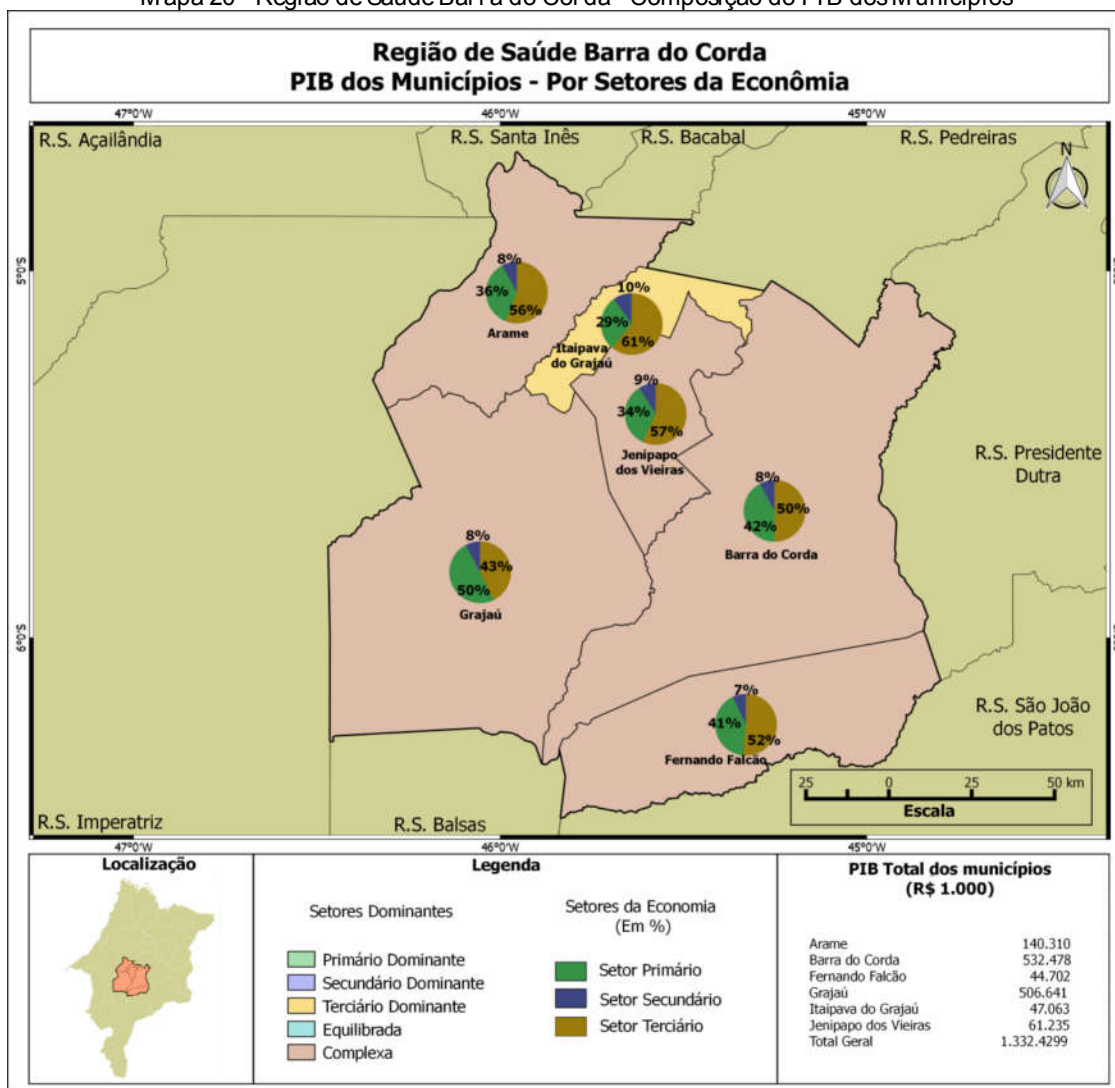
Classificação	Características	Municípios
Inequivocamente Urbanos	Pertencentes à Aglomeração Urbana Metropolitana e Não Metropolitana ou; mais de 100.000 hab.	-
Intermediários	População entre 50.000 e 100.000 habitantes ou densidade demográfica maior que 80 hab./km², mesmo com menos de 50.000 hab.	Barra do Corda, Grajaú
Essencialmente Rurais	Municípios com menos de 50.000 hab. e densidade demográfica menor que 80 hab./km².	Arame, Fernando Falcão, Itaipava do Grajaú, Jenipapo dos Vieiras.

Fonte: Veiga (2004), IBGE (2010)

Elaboração: O autor

Segundo a metodologia de Veiga, salvo Barra do Corda e Grajaú, os demais municípios dessa região são essencialmente rurais. Grajaú e Porto Franco são os dois municípios que, conforme o Censo 2010, a população urbana é maior que a rural, entretanto, para Veiga seriam essencialmente rurais, nem mesmo intermediários. Para demonstrar melhor essa realidade, no próximo mapa é possível observar a composição do PIB.

Mapa 20 - Região de Saúde Barra do Corda - Composição do PIB dos Municípios



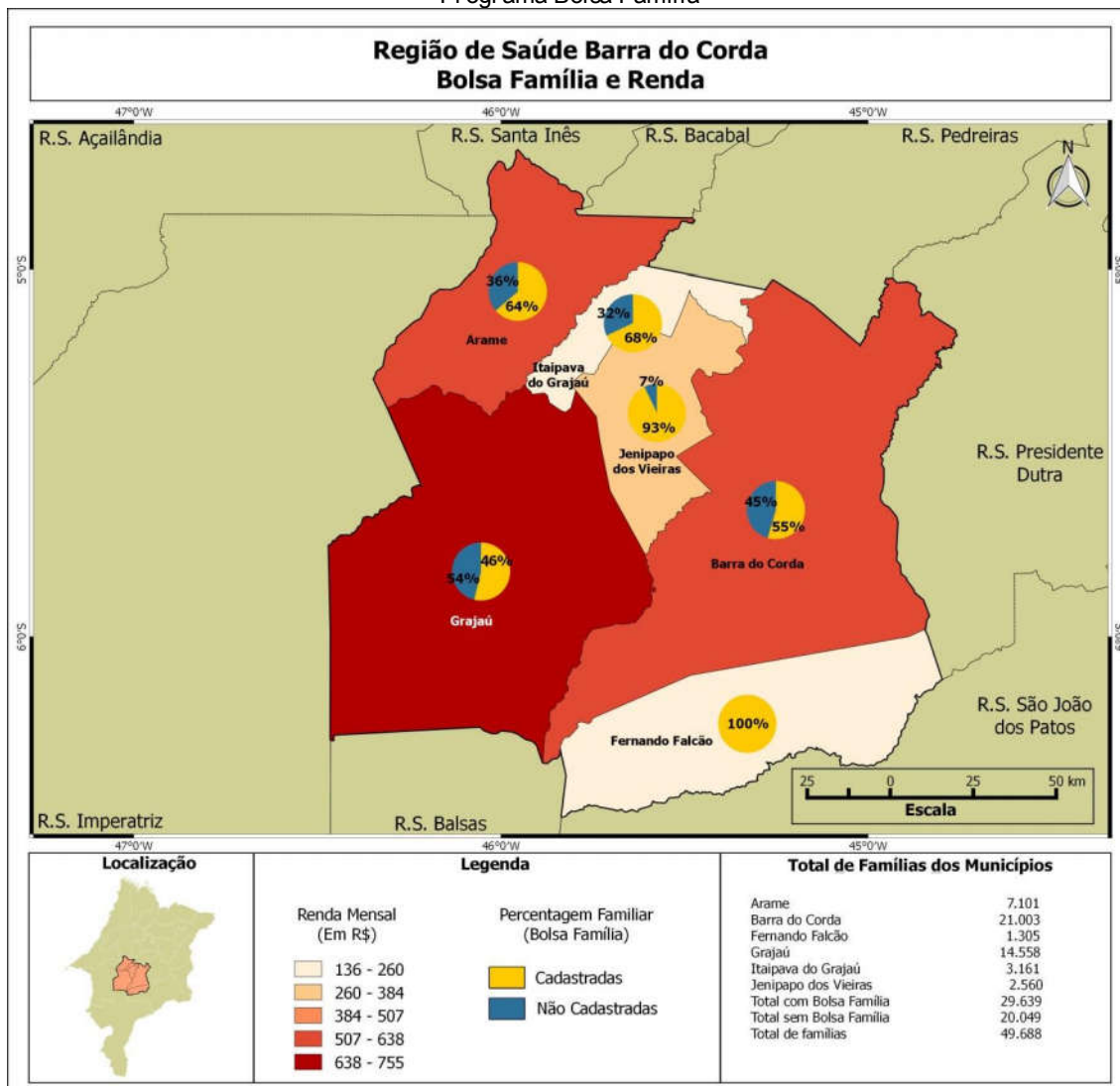
Fonte: IBGE (2010)

Elaboração: O autor

Como observável no Mapa 20, praticamente todos os municípios, salvo Grajaú, possuem no terceiro setor a maior contribuição para o seu PIB, ainda que o setor primário também seja significativo. Já o setor industrial é quase inexistente e, de maneira geral, os perfis dos municípios são semelhantes, não havendo nenhum caso de domínio pelo setor primário nem pelo secundário e apenas um pelo terciário. A nível regional, o Terciário representa 49% do PIB e se mantém muito próximo do Primário com 43%, em contrapartida o Setor Secundário não é significativo, representando apenas 8% do PIB.

Como última etapa da análise do perfil dessa região, observaremos a renda e cadastros no Programa Bolsa Família.

Mapa 21 - Região de Saúde Barra do Corda - Percentagem de Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (2010), Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2010)

Elaboração: O autor

Pode-se perceber que de todas as regiões de saúde analisadas até agora, Barra do Corda é a que apresenta maior índice de pobreza, na qual nenhum município apresenta uma população com renda superior a dois salários mínimos, soma-se a isso o fato de que todos os municípios possuem mais da metade das famílias cadastradas no PBF, sendo que no caso de Fernando Falcão chega a 100% das famílias e 93% em Jenipapo dos Vieiras. Portanto, de todas as regiões de saúde analisadas, esta é a que possui mais alto nível de pobreza.

Para que se possa observar de maneira mais acurada esse perfil econômico, está representado na Tabela 5 o rendimento mensal *per capita* dos domicílios.

Tabela 5 - Região de Saúde Barra do Corda - Rendimento Domiciliar per Capita - por Municípios

	Rural	Urbano	Média	Diferença Urbano Rural
Arame	117,22	420,48	244,68	72%
Barra do Corda	176,06	466,92	361,23	62%
Fernando Falcão	127,68	184,23	138,82	31%
Grajaú	194,88	550,15	411,7	65%
Itaipava do Grajaú	141,01	214,69	163,88	34%
Jenipapo dos Vieiras	120,36	337,57	161,3	64%

Fonte: IBGE (2010)

Elaboração: O autor

Conforme observável na Tabela 5, o rendimento da zona rural é extremamente baixo para todos os municípios dessa região de saúde, sendo que Barra do Corda e Grajaú são os municípios de melhor rendimento **per capita**, sendo que esta última possui os melhores índices financeiros.

A cidade de Barra do Corda possui uma população total de 51.648 pessoas que representa 62% da população municipal de 82.830 pessoas distribuídas por uma área territorial de 5.190,339 km², que resulta em uma densidade demográfica de 15,9 hab./km². O PIB do município é o décimo maior do Estado, sendo de 493.849 mil reais que, quando dividido pela população, resulta em um PIB **per capita** de quase seis mil reais; valor bastante alto em relação ao salário médio da população que é de 638,00 reais.

Foto 4 - Cidade de Barra do Corda



Fonte: Blog do Gildásio Brito <<http://www.gildasiobrito.com/wp-content/uploads/2015/10/barra-temp.jpg>>

Assim como aconteceu com Balsas, Barra do Corda também passou por processo de colonização territorial incentivado pela União, especificamente durante o Estado Novo por meio do Decreto Lei 3.059/1941, segundo o qual

[...] o Governo Federal, em colaboração com os Governos estaduais e municipais e todos os órgãos da administração pública federal e por intermédio do Ministério da Agricultura, promoverá a fundação e instalação de grandes Colônias Agrícolas Nacionais, as quais serão destinadas a receber e fixar, como proprietários rurais, cidadãos brasileiros reconhecidamente pobres que revelem aptidão para os trabalhos agrícolas e, excepcionalmente, agricultores qualificados estrangeiros. (BRASIL, 1941).

Do total de seis colônias criadas em todo o território nacional, uma foi no Maranhão, localizada no município de Barra do Corda. Para tanto foi doado 340.000 hectares de terras pela União, posteriormente divididas em lotes de no máximo 50 hectares. Entretanto, ao contrário de Balsas, essas colônias não se desenvolveram devido vários fatores, como a demora na distribuição de terras e dos títulos, os solos eram pobres e arenosos, falta de abastecimento de água entre outros.

Portanto, o resultado desse projeto foi o total fracasso, segundo Ferreira (2008) apud Brasil (1984)

[...] a ocupação desordenada e predatória dos recursos naturais [...], as más administrações, o envolvimento político de seus administradores, a não seleção do agricultor para receber o título do lote, a aquisição de lotes exclusivamente para a exploração madeireira ou a especulação imobiliária, a não existência de um módulo econômico de exploração, a preocupação básica de distribuição pura e simples do lote ao colono sem assistência técnica e creditícia de tipo algum. (FERREIRA, 2008, p. 136 apud BRASIL, 1984, p. 25).

Como em Barra do Corda não perpetuou políticas que dinamizasse a economia local, seu PIB está em 10º lugar no ranking entre todos os municípios do Maranhão (IMESC, 2010). A economia do município divide-se entre o setor primário e o terciário, com leve predomínio do terciário, conforme observável no Mapa 20²⁴.

No terciário destaca-se o comércio e o turismo. Este último é o visto que o município é cortado por dois rios, o Corda e o Mearim, possuidores com vários pontos turísticos, tais como cachoeiras e balneários que em período de férias e carnaval atraem grande número de turistas, entretanto, em relação ao Estado esse setor exerce pouca participação no PIB.

O setor primário está na quarta posição em participação estadual, atrás de Balsas, Açailândia e Grajaú. Nesse setor destacam-se a silvicultura, exploração vegetal e serviços

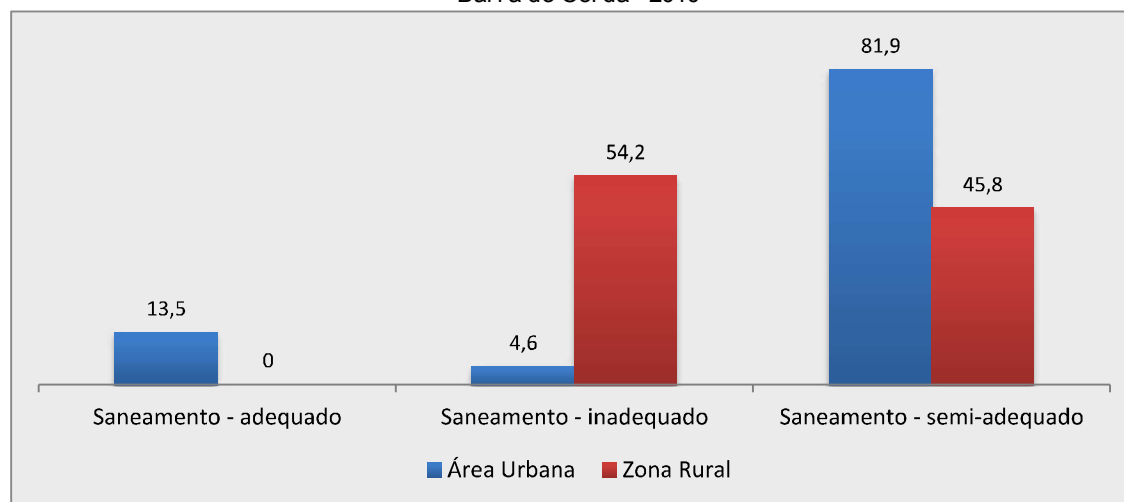
²⁴ Ver página 142.

relacionados. Em contrapartida, o setor industrial tem participação incipiente na composição do PIB local assim como do Estado.

Na educação o município conta com 110 pré-escolas, com apenas seis de regime privado; para o ensino fundamental são 173 escolas sendo seis privadas e 32 escolas com ensino médio, sendo três do setor privadas. Acrescenta-se ainda ao núcleo urbano um campus da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), um polo de apoio presencial da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) em parceria com a Universidade Aberta do Brasil – UAB e outro para o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA); na modalidade semipresencial conta com a Universidade Federal De Santa Catarina (UFSC), Universidade Anhanguera (UNIDERP) e Universidade Luterana Do Brasil (ULBRA) (e-MEC, 2014).

Em relação ao saneamento, dos 21.003 domicílios, 73% da população estão ligadas ao sistema de água encanada e apenas 48% possuem água encanada e banheiro; a coleta de lixo possui o menor índice entre todas as cidades polos citadas anteriormente, alcançando apenas 78% da população (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2010). Já em relação ao IBGE (2010), têm-se os seguintes resultados:

Gráfico 15 - Porcentagem de Domicílios por Qualidade Saneamento do Saneamento – Barra do Corda - 2010



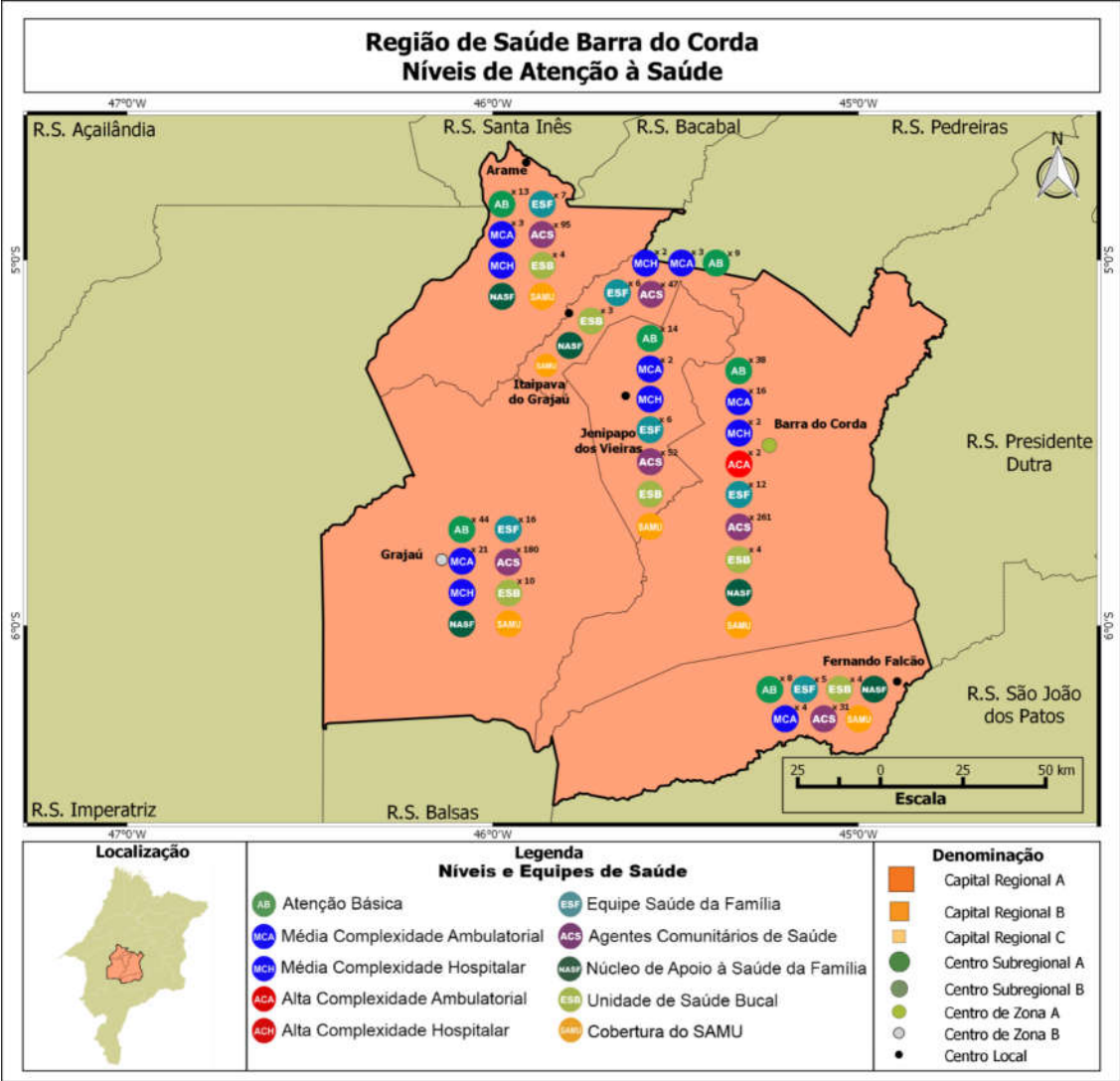
Fonte: IBGE (2010)

Elaboração: O autor

Percebe-se que as condições de saneamento de Barra do Corda são muito precárias, de todas as cidades polo, é a que possui os mais baixos índices, como os de saneamento adequado que na zona rural representa zero por cento e mesmo na área urbana o valor de 13,5% é muito

baixo ao passo que o saneamento inadequado representa mais da metade do total (54,2%). A seguir buscou-se representar os serviços de saúde dessa cidade polo, conforme o Mapa 22.

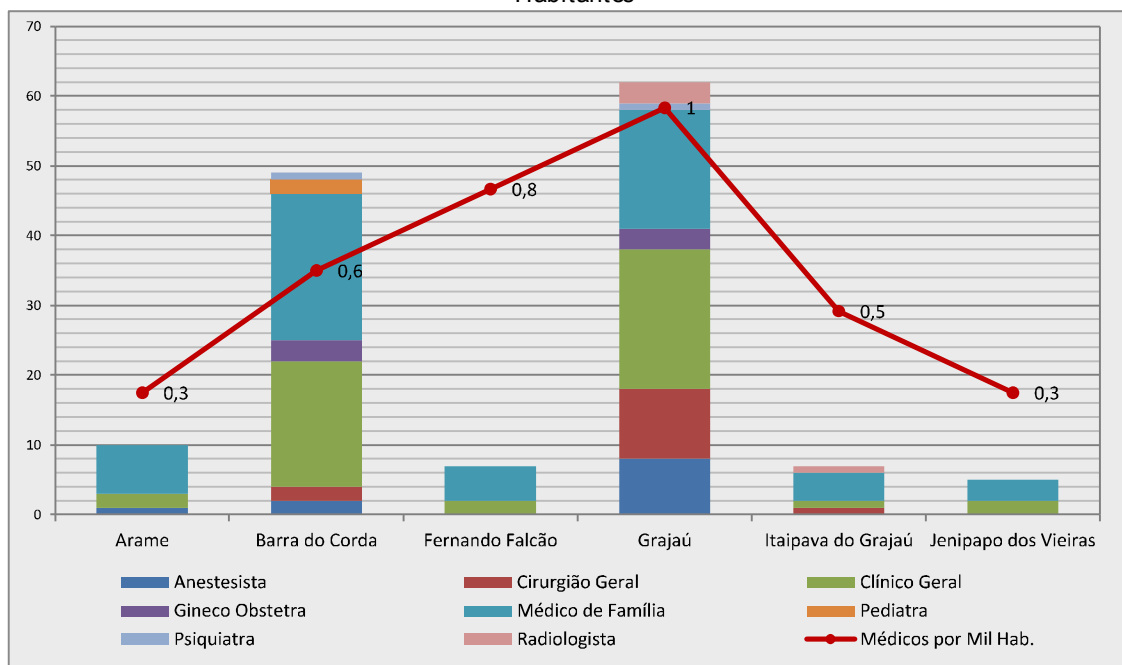
Mapa 22 - Região de Saúde Barra do Corda - Níveis de Atenção à Saúde



Fonte: Fonte: DATASUS (2014), DAB (2014), SAMU/DATASUS (2014)
Elaboração: O autor

Conforme o Mapa 22, Barra do Corda possui um sistema de saúde que está melhor estruturado do que os outros municípios analisados anteriormente, contando com maior quantidade de agentes comunitários assim como possui serviços de atenção ambulatorial de alta complexidade. Já Grajaú, a segunda cidade mais importante, conta com estrutura semelhante à de Barra do Corda, apenas não possuindo atenção ambulatorial de alta complexidade. Já a cobertura pelo SAMU está presente em todas as cidades dessa região de saúde, mas a quantidade de médicos por cidade é baixa:

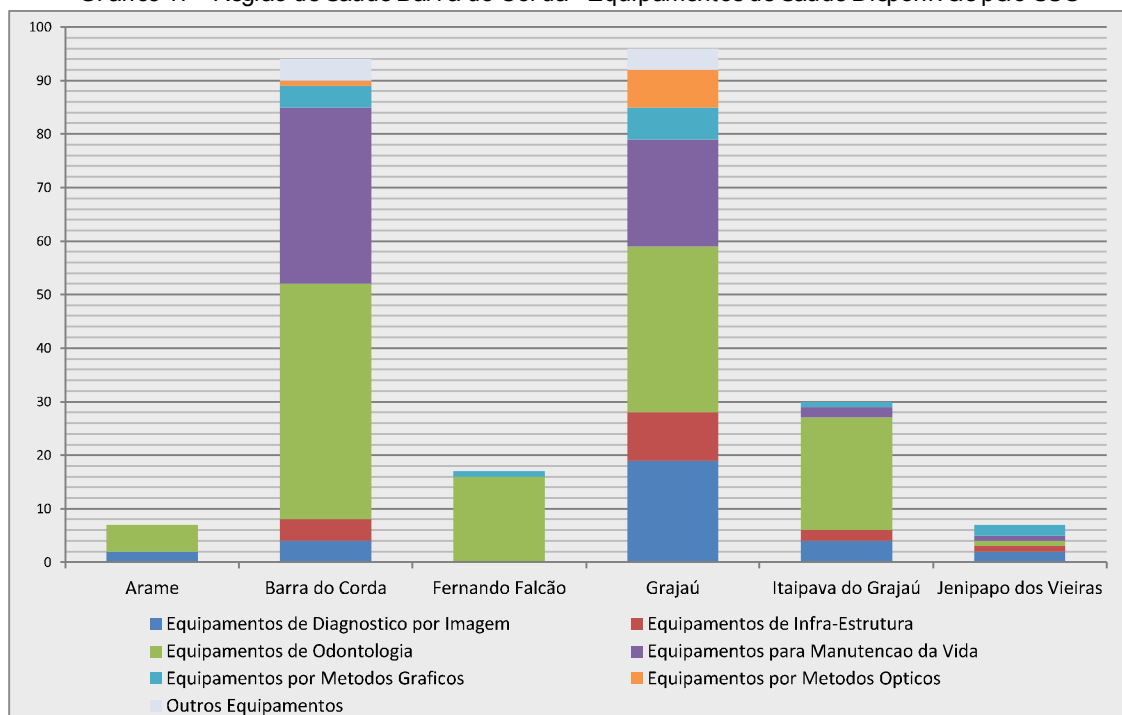
Gráfico 16 - Região de Saúde Barra do Corda - Equipes Médicas e Quantidade de Médicos por Mil Habitantes



Fonte: DATASUS (2014)
Elaboração: O autor

Ao observar o Gráfico 16 se percebe que as cidades dessa região estão em situação de extrema escassez de médicos, com dez ou menos desses profissionais na maioria delas. O reflexo dessa escassez é a baixa quantidade de médicos por mil habitantes; as duas cidades mais importantes dessa região, Barra do Corda e Grajaú, não possuem a quantidade de médicos recomendados pela Organização Mundial da Saúde ou pelo Ministério da Saúde, sendo que Grajaú possui mais médicos, 62 ao total; ao passo que Barra do Corda possui 49 médicos. Em relação aos equipamentos de saúde:

Gráfico 17 - Região de Saúde Barra do Corda - Equipamentos de Saúde Disponíveis pelo SUS



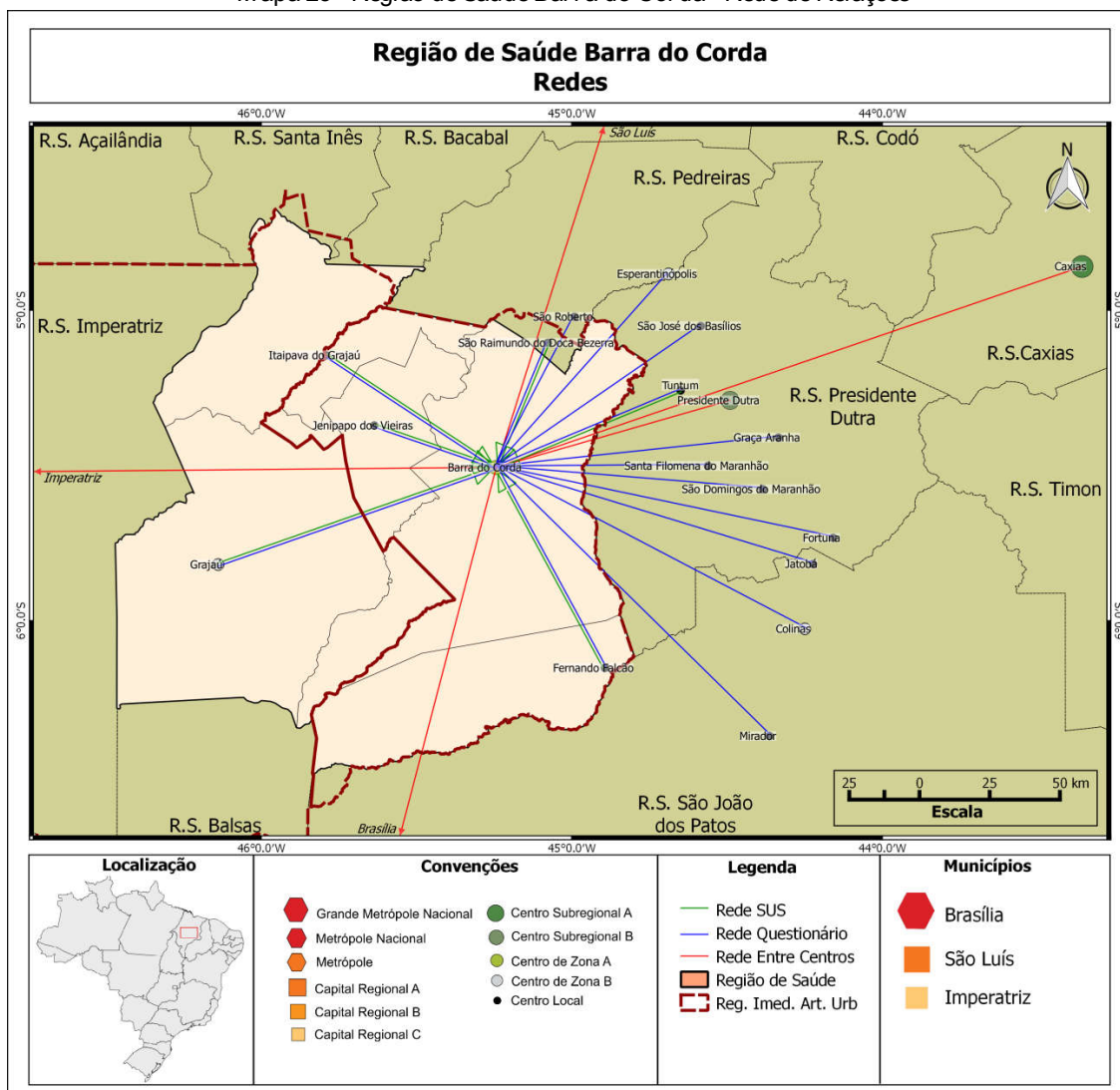
Fonte: DATASUS (2014)

Elaboração: O autor

Se a quantidade de médicos denuncia uma situação preocupante nessa região, o quantitativo de equipamentos vem confirmar essa realidade. Salvo a cidade de Grajaú e Barra do Corda, as demais são marcadas pela baixa quantidade de equipamentos, sendo que nos casos em que há equipamentos, a maior parte destes são odontológicos, repetindo um padrão já observado nas outras regiões de saúde.

A configuração das redes de articulações de Barra do Corda com a região pode ser observada no Mapa 23.

Mapa 23 - Região de Saúde Barra do Corda - Rede de Relações



Fonte: IBGE (2008), IBGE (2010), IBGE (2013), DATASUS (2014)

Elaboração: O autor

Conforme demonstrado no Mapa 23, a rede de serviços de saúde de Barra do Corda não é extensa, além de sua falta de infraestrutura, está localizada próximo ao município de Grajaú que também exerce influência regional assim como Imperatriz. A rede baseada nos questionários abrange uma área maior que inclui municípios próximos que pertencem a outras regiões. A Rede Entre Centros também não é extensa como as das regiões analisadas anteriormente, entre os centros de maior hierarquia mantem relações com Brasília, São Luís e Imperatriz. A Região Imediata de Articulação Urbana de Barra do Corda não é extensa, sendo que municípios da sua região de saúde, como Grajaú, articulam-se mais com o município de Imperatriz do que o de Barra do Corda.

3.5 Região de Saúde Imperatriz

A cidade de Imperatriz é o polo de sua região, classificada como Capital Regional C e se localiza a 630 quilômetros de distância da capital São Luís. Desta região fazem parte mais quatorze municípios classificados hierarquicamente como centros locais: Amarante do Maranhão, Buritirana, Campestre do Maranhão, Davinópolis, Estreito, Governador Edison Lobão, João Lisboa, Lajeado Novo, Montes Altos, Porto Franco, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso, Senador La Rocque e Sítio Novo. Conforme o Quadro 13, percebe-se que salvo a cidade de Imperatriz, essa região é marcada pela falta de dinamicidade e pela formação recente dos municípios, fato também característico das regiões de saúde estudadas anteriormente:

Quadro 13 - Hierarquia da Centralidade Urbana – Região de Saúde Imperatriz

Município/ REGIC (Ano)	1966	1978	1993	2008
Amarante do Ma.	Município	Município Subordinado	Muito Fraco	Centro Local
Buritirana	-	-	-	Centro Local
Campestre do Ma.	-	-	-	Centro Local
Davinópolis	-	-	-	Centro Local
Estreito	-	-	Muito Fraco	Centro Local
Gov. Edison Lobão	-	-	-	Centro Local
Imperatriz	Centro Sub-Regional A	Capital Regional	Forte	Capital Regional C
João Lisboa	Município	Município Subordinado	Muito Fraco	Centro Local
Lajeado Novo	-	-	-	Centro Local
Montes Altos	Município	Município Subordinado	Muito Fraco	Centro Local
Porto Franco	-	Município Subordinado	Muito Fraco	Centro Local
Ribamar Fiquene	-	-	-	Centro Local
S. João do Paraíso	-	-	-	Centro Local
Senador La Rocque	-	-	-	Centro Local
Sítio Novo	Município	Município Subordinado	Muito Fraco	Centro Local

Fonte: IBGE (1966, 1978, 1993 e 2008)

Elaboração: O autor

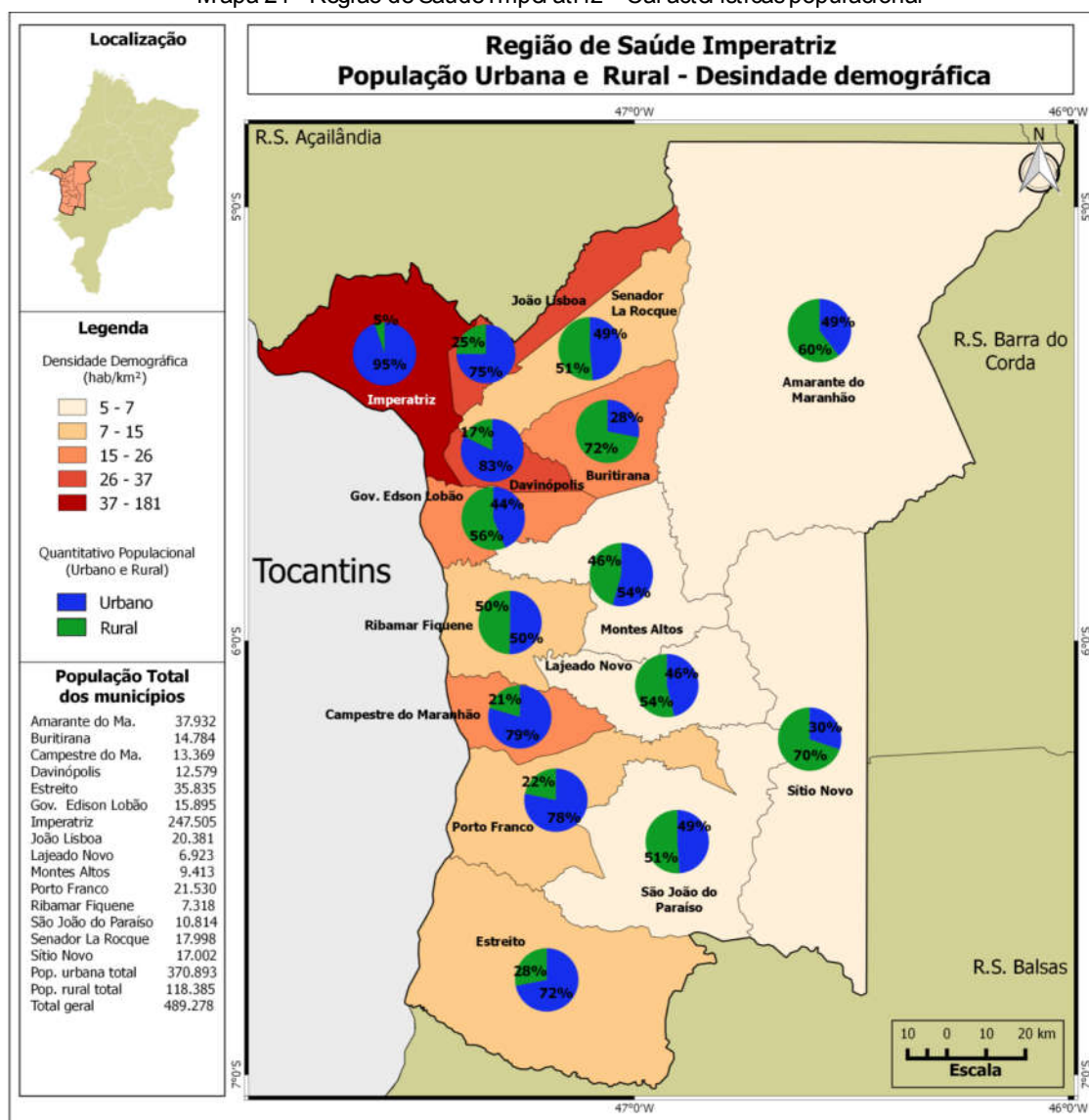
As rodovias que interligam os municípios dessa região são oito ao total, duas rodovias federais: BR-010 e BR-226; e cinco estaduais: MA-122, MA-226, MA-138, MA-275, MA-280 e MA-335.

Segundo dados do Censo de 2010, essa região contam ao total 489.278 habitantes, sendo que apenas 24% desse total se localizado em zona rural, ao passo que a metade dos municípios possuem na zona rural a maior percentagem de seus habitantes: Amarante do

Maranhão (60%), Buritirana (72%), Governador Edson Lobão (56%), Lajeado Novo (54%), São João do Paraíso (51%) e Ribamar Fiquene (50%); esses fatos aparentemente contraditórios se explicam devido ao grande quantitativo populacional do município de Imperatriz que é predominantemente urbano.

Conforme se observará mais à frente, Imperatriz se destaca em sua Região assim como em relação às vizinhas. Ao abordarmos seu desenvolvimento histórico será possível perceber os caminhos que tornaram esse município o mais importante do Estado depois da capital São Luís. Inicialmente, assim como fizemos com as outras regiões, abordaremos a sua configuração regional.

Mapa 24 - Região de Saúde Imperatriz – Características populacional



Fonte: IBGE (2010)
Elaboração: O autor

Pode-se observar que, salvo o município de Imperatriz, os demais possuem um baixo quantitativo populacional, a grande maioria abaixo de 25 mil habitantes. Paralelamente, essa maioria também possui grande extensão territorial, o que resulta em uma baixa densidade demográfica; outro fato observável é que aqueles que possuem população urbana superior à rural estão localizados ao longo da BR-010, sendo eles: Davinópolis, Campestre, Porto Franco e Estreito; fora deste eixo está apenas Montes Altos e João Lisboa que, por ter sua sede localizada a uma distância média de seis quilômetros da sede de Imperatriz, tornam-se cidade-dormitório de uma população que desenvolve em Imperatriz atividades de trabalho assim como educacionais. Sobre a interação entre cidades localizadas uma próxima da outra, Souza (2007) reflete que:

[...] O que ocorre vai ocorrendo é que elas se situam tão próximas e os vínculos entre elas se tornam tão intensos que certos fluxos passam a "costurá-las" muito fortemente e, no fundo, elas passam a existir como se fossem uma só, ao menos sob vários aspectos. No caso, o fluxo mais significativo é o de trabalhadores assalariados, que residem em uma cidade e trabalham em outra: é o que se chama de movimento pendular diário (local de residência -> local de trabalho -> local de residência), ou commuting em inglês. (SOUZA, 2007, p. 32).

O município de Imperatriz se destaca pelo seu alto quantitativo populacional, pela densidade demográfica de 181 hab./km² e o menor percentual da população vivendo em zona rural (apenas 5%). De fato, nenhum dos municípios das três regiões de saúde anteriormente estudadas possui perfil semelhante, o que lhe evidencia uma posição de destaque.

Ao se utilizar os critérios de Veiga²⁵, conforme feito com as regiões de saúde estudadas anteriormente, obtém-se os seguintes resultados:

Quadro 14 - Região de Saúde Imperatriz - Classificação Urbano - Rural

Classificação	Características	Municípios
Inequivocamente Urbanos	Pertencentes à Aglomeração Urbana Metropolitana e Não Metropolitana ou; mais de 100.000 hab.	Imperatriz
Intermediários	População entre 50.000 e 100.000 habitantes ou densidade demográfica maior que 80 hab./km ² , mesmo com menos de 50.000 hab.	-
Essencialmente Rurais	Municípios com menos de 50.000 hab. e densidade demográfica menor que 80 hab./km ² .	Amarante do Maranhão, Buritirana, Campestre do Maranhão, Davinópolis, Estreito, Governador Edison Lobão, João Lisboa, Lajeado Novo, Montes Altos, Porto Franco, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso, Senador La Rocque e Sítio Novo.

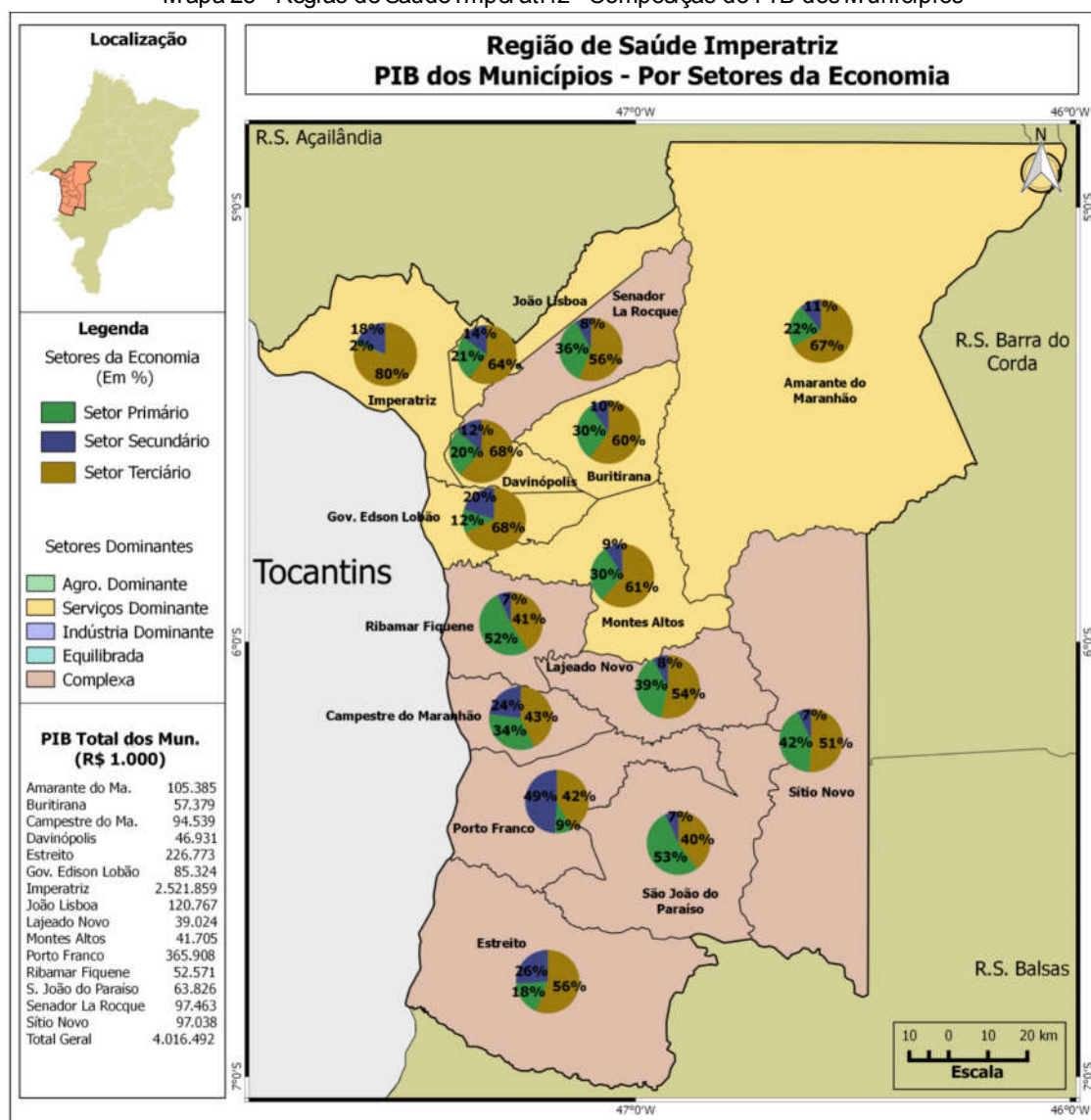
Fonte: Veiga (2004), IBGE (2010)

Elaboração: O autor

²⁵ Ver página 69.

A metodologia de Veiga reforça o que se pode observar no Mapa 24 anterior, Imperatriz é de fato o município que se destaca tanto na sua Região de Saúde quanto em relação às outras três, das quais apenas o município de Açailândia se distingue como inequivocamente urbano. Com o Mapa 25 de composição do PIB é possível aprofundar o caráter urbano-rural dessa Região:

Mapa 25 - Região de Saúde Imperatriz - Composição do PIB dos Municípios



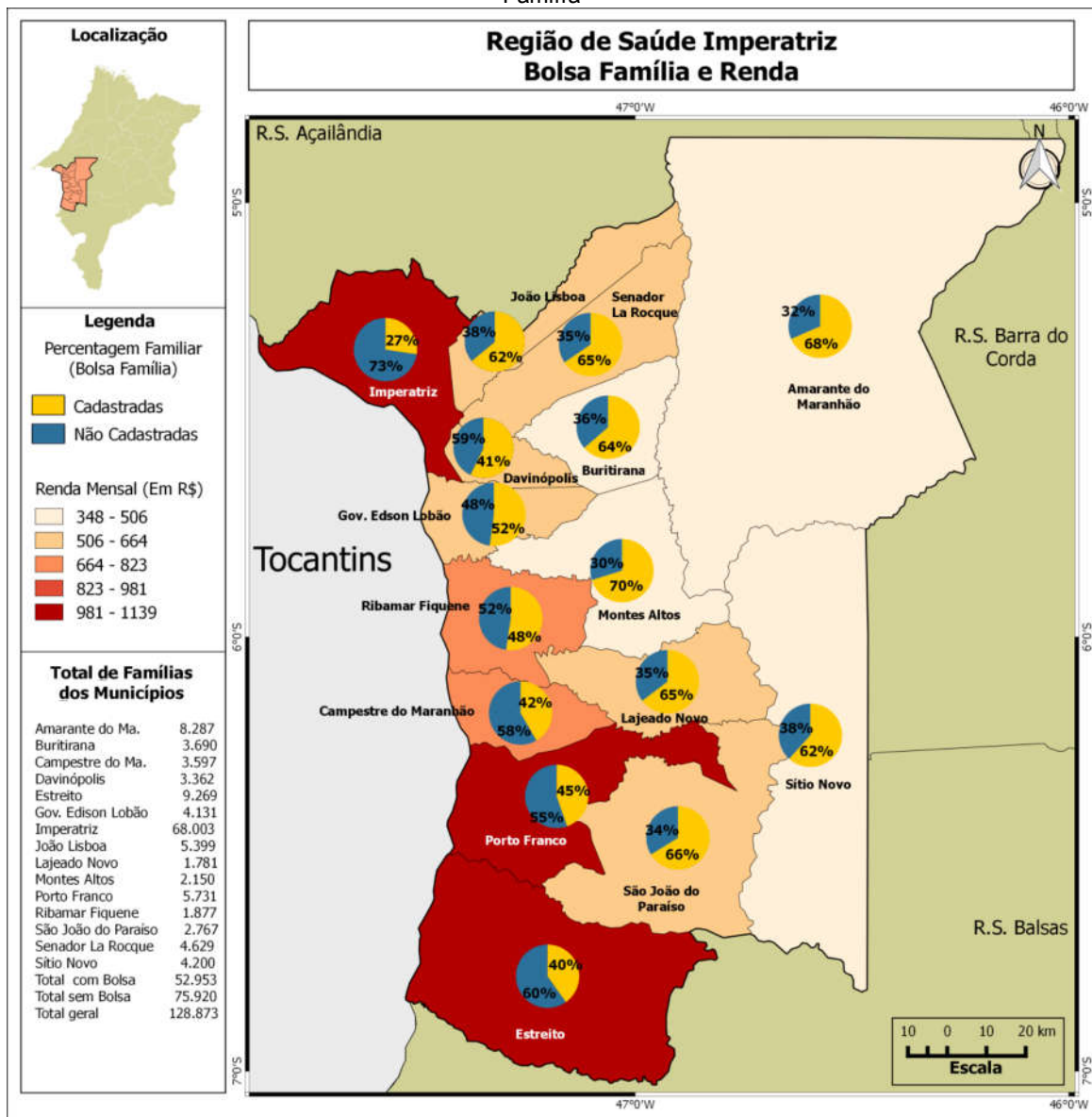
Conforme observável no Mapa 25, nessa região o Setor Primário ultrapassa 50% do PIB em apenas dois municípios: Ribamar Fiquene e São João do Paraíso, situação bem diferente das outras regiões analisadas onde esse setor exerce maior influência nos municípios; já o

Terciário, dos quinze municípios, apenas em quatro não ultrapassa os 50%: São João do Ribamar, Porto Franco, Campestre do Maranhão e Ribamar Fiquene.

O Setor Secundário está presente de maneira significativa em Estreito devido à construção civil, assim como pela construção da Usina Hidroelétrica de Estreito (UHE) com a capacidade para gerar 1.800 megawatts de energia (IMESC, 2012). Porto Franco também tem se destacado nesse setor nos últimos anos com a implantação do Distrito Agroindustrial de Porto Franco (DIAGRO) onde está localizada a primeira indústria de esmagamento de soja do Maranhão.

Para a distribuição regional dos três setores tem-se a seguinte configuração: o Setor Primário representa apenas 10% do PIB estadual, o Secundário 20% e o Terciário 70%. Percebe-se que este perfil é bem diferente do das regiões anteriormente analisadas, onde o Primário contribui, no mínimo, com 34% do PIB como no caso de Açailândia. No próximo Mapa 26 estão representados os dados de renda da população dessa região:

Mapa 26 - Região de Saúde Imperatriz - Percentagem de Famílias Cadastradas no Programa Bolsa Família



Assim como nas outras regiões de saúde analisadas, a de Imperatriz é caracterizada pelo baixo nível de renda mensal das populações municipais, além disso, os percentuais de famílias cadastradas no PBF também são altos. O município de Imperatriz se destaca pela baixa percentagem da população cadastrada no PBF em relação aos outros municípios polos assim como aqueles da sua própria região que, em média, têm 50% da população cadastrada.

A expansão dos serviços de saúde na cidade de Imperatriz, tanto da rede pública quanto da rede privada, segue em ritmo crescente desde a década de 1990, tornando a cidade um polo

regional no atendimento médico-hospitalar. Este fato se deve ao aumento da demanda devido o processo de urbanização, crescimento econômico e centralização regional adquirida por Imperatriz nos últimos trinta anos. Soma-se a isso as políticas públicas de hierarquização e descentralização instaurados pelas normas operacionais NOB 01/96, NOAS e o Decreto 7.508/11, que estimulam o desenvolvimento e concentração dos serviços de média e alta complexidade nas cidades médias do país.

Outro fator a se mencionar é a condição de cidade média exercida por Imperatriz e a dinâmica que caracteriza esses centros urbanos. Araújo e Soares (2013) comentam sobre essa dinâmica em relação aos serviços de saúde ao dizer que

Os serviços de saúde crescem em número absoluto e se diversificam, sendo que a tecnificação e a sofisticação dos procedimentos e dos equipamentos utilizados nesse setor não são fenômenos observados apenas nos estabelecimentos de saúde localizados nas metrópoles e grandes cidades, mas também, e, principalmente, nas cidades médias. (ARAÚJO e SOARES, 2013, p. 345).

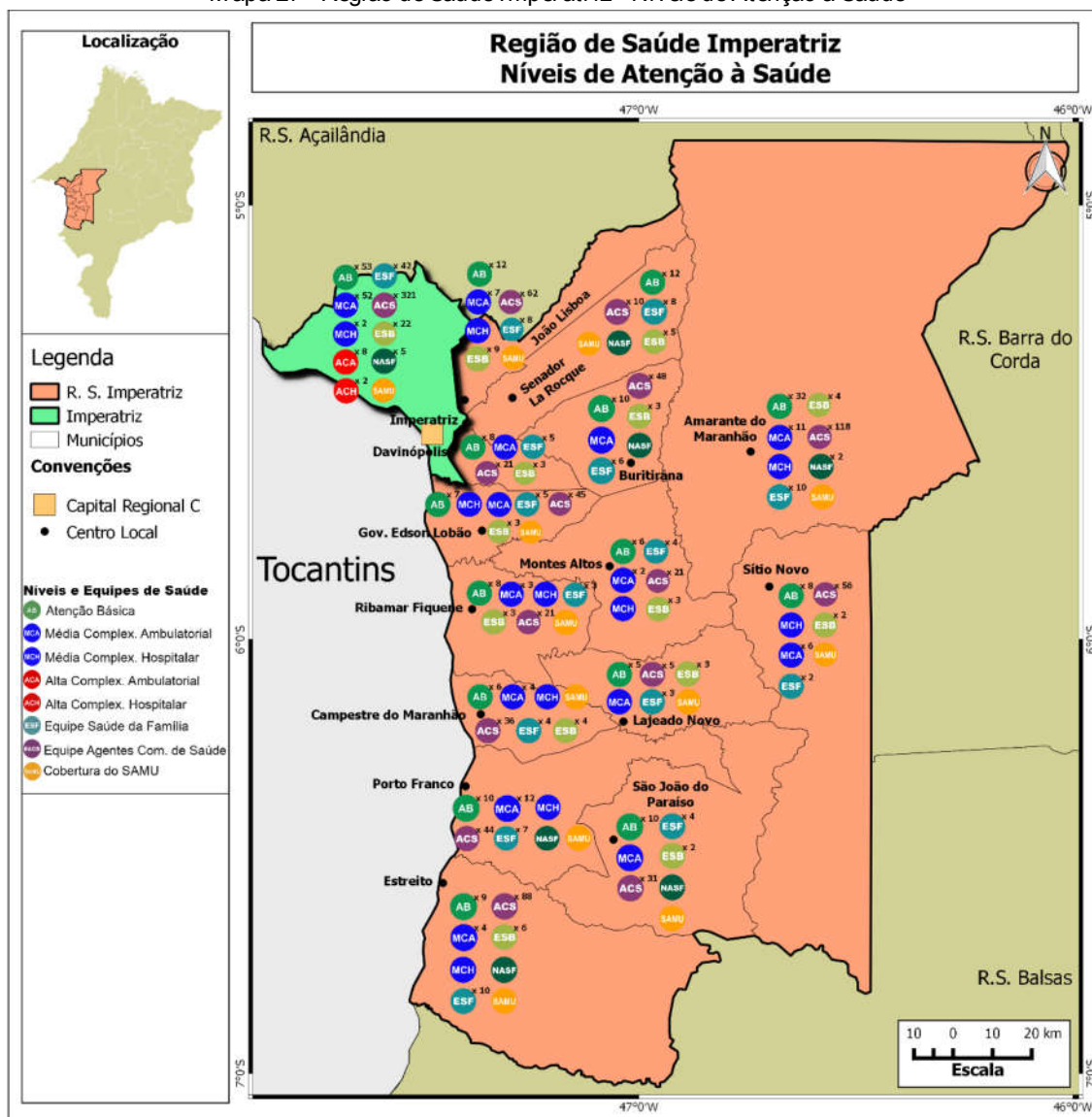
Estes são fatores determinantes para manutenção e constante incremento dos fluxos de pessoas de municípios vizinhos para Imperatriz buscando utilizar seus serviços de saúde. Franklin (2008, p. 202) confirma este fato ao dizer que:

O setor de saúde também tem crescimento no município, tanto numérica quanto qualitativamente, formando uma rede de atendimento acessada por pacientes de mais de 80 municípios. A cidade conta com um hospital municipal para atendimento de urgência e emergência de até média complexidade, e um hospital materno-infantil gerido pelo Governo do Estado, ambos mantidos com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). (FRANKLIN, 2008, p. 2002).

Ao se observar o Mapa 27 e outros das demais regiões de saúde analisadas²⁶, percebe-se que em Imperatriz a quantidade de estabelecimentos e equipes de saúde é muito maior do que em outras regiões. Imperatriz também é o único município que oferece serviços de alta complexidade hospitalar, fato que contribui para a manutenção de fluxos de pacientes de municípios distantes.

²⁶ Ver: Mapa 12, página 119 para Açailândia; Mapa 17, página 134 para Balsa e Mapa 22, página 147 para Barra do Corda.

Mapa 27 - Região de Saúde Imperatriz - Níveis de Atenção à Saúde



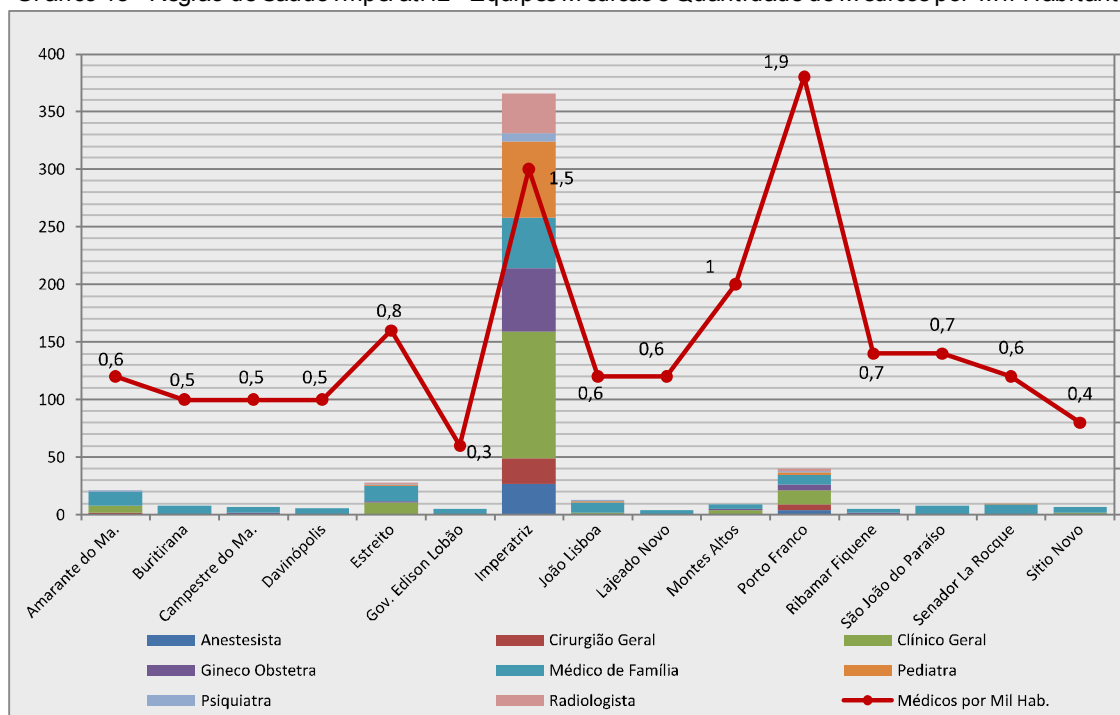
Fonte: Fonte: DATASUS, (2014); DAB, (2014); SAMU/DATASUS, (2014)

Elaboração: O autor

No Mapa 27 é possível perceber que Imperatriz se destaca em relação aos demais municípios, tanto da sua região como das regiões vizinhas, sendo o único a apresentar atenção hospitalar de alta complexidade de caráter público por meio de duas instituições de suma importância regional: o Hospital Municipal de Imperatriz – HMI e o Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz – HMRI.

Já o Gráfico 18 demonstra a quantidade de médicos por especialidade assim como por mil habitantes.

Gráfico 18 - Região de Saúde Imperatriz - Equipes Médicas e Quantidade de Médicos por Mil Habitantes



Fonte: DATASUS, (2014)

Elaboração: O autor

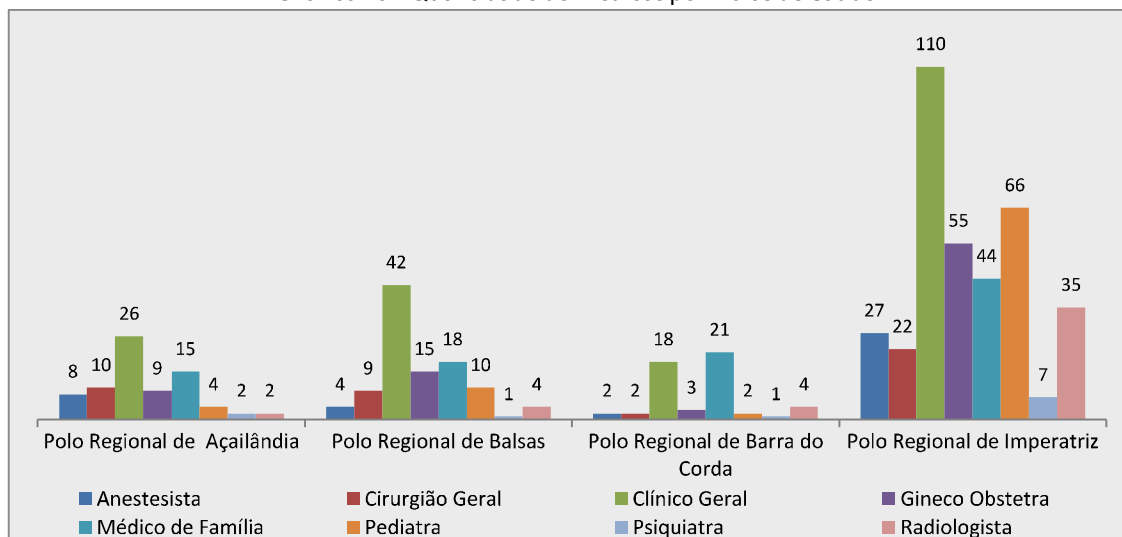
De maneira geral, a quantidade de médicos por mil habitantes é baixa na maioria dos municípios, salvo em Imperatriz e Porto Franco que estão acima do preconizado pela OMS de um médico para cada mil habitantes, entretanto, nenhum alcança a quantidade ideal de 2,5 médicos por mil habitantes preconizado pelo MS.

Também é possível perceber que além da baixa quantidade de médicos, também falta diversidade de profissionais, sendo que os médicos da atenção básica (médicos de família) são predominantes na maioria dos municípios, são os únicos existentes em Campestre do Maranhão, Buritirana, Lajeado Novo, Davinópolis e São João do Paraíso. Além disso, a falta de pediatras, médico fundamental para a prevenção de várias complicações de saúde em crianças e adolescentes, é outra condição que evidencia como é precária a estrutura dos serviços de saúde nesses municípios, fato que contribui para a centralidade de Imperatriz que tem de atender essa população para qual falta médicos no próprio município.

Mediante esses dados, evidencia-se que Imperatriz, inevitavelmente, tem de exercer papel de centro que permite a esses municípios menores ter acesso a serviços de saúde de alta e média complexidade. Esta condição é facilitada devido às pequenas distâncias entre os municípios, os fluxos constantes de meios de transportes assim como a existência de cobertura pelo SAMU.

Essa diferença entre os municípios também se reflete em relação ao quantitativo geral de médicos em cada município polo de sua respectiva região de saúde, conforme demonstra o Gráfico 19.

Gráfico 19 - Quantidade de Médicos por Polos de Saúde



Fonte: TabWin/DATASUS, (2014)

Elaboração: O autor

De acordo com esses dados, o Polo Regional de Açaílandia conta com 76 médicos que atendem pelo SUS, em Balsas representam 103 médicos, em Barra do Corda somam-se 53 médicos e Imperatriz com um valor muito mais alto de 366 médicos. Portanto, é fato que Imperatriz se destaca em relação aos demais polos que se tornam dependentes devido a maior quantidade de profissionais em todas as especialidades.

Essas disparidades numéricas também podem ser observadas em relação aos equipamentos hospitalares. Os altos custos de alguns equipamentos assim como sua manutenção, torna inviável a um pequeno município adquiri-los, como no caso de uma Câmara Gama, equipamento importado cujo preço não é inferior a R\$ 200.000,00 (segundo pesquisa de preços pela internet). Outra questão relevante é a manutenção desses equipamentos que exige mão de obra especializada e cara; a subutilização também uma questão relevante, ou seja, para que tais equipamentos se tornem viáveis, deve haver uma demanda constante para utilizá-los (economia de escala), o que não é possível em um pequeno município.

Na Tabela 6 são citados outros equipamentos que podem ser encontrados em instituições públicas de saúde de Imperatriz SUS e que possuem alto preço, com a ressalva de que esses preços são aproximados, visto que dependendo da marca e das funções específicas, os preços podem variar.

Tabela 6 - Imperatriz: Alguns equipamentos Hospitalares

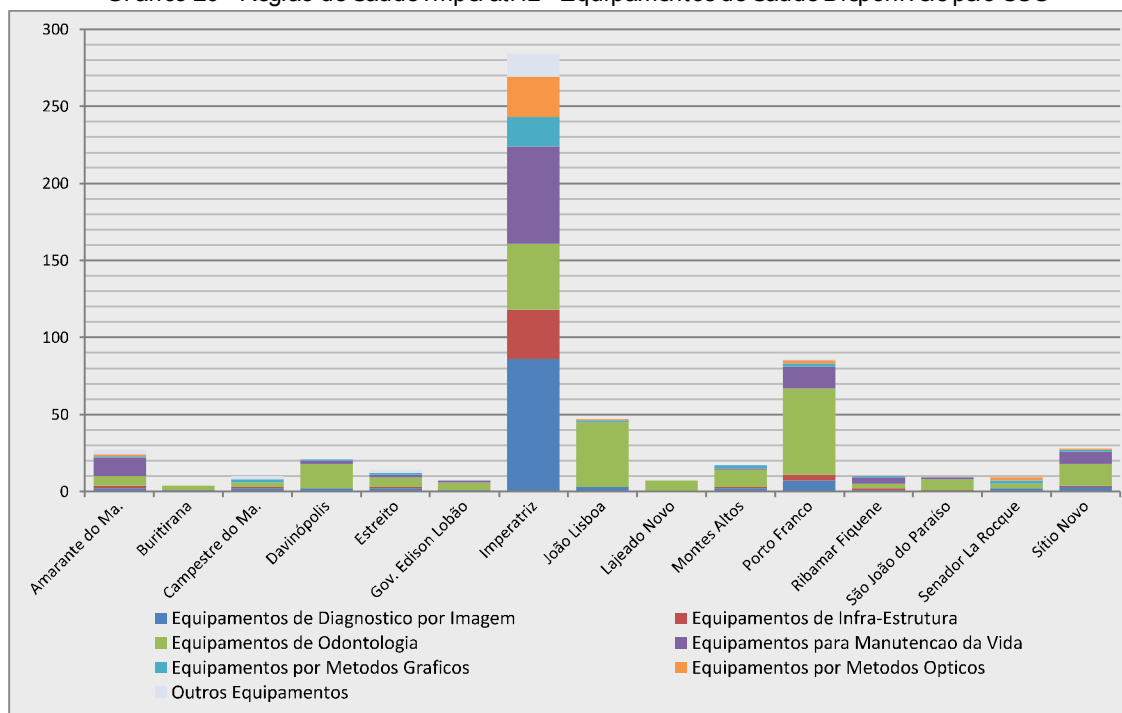
Equipamento	Preço Médio	Quantidade
Reanimador Pulmonar/AMBU	180,00	98
Bomba de Infusão	4.000,00	130
Desfibrilador	5.500,00	24
Eletrocardiógrafo	7.500,00	21
Respirador/Ventilador	10.000,00	60
Endoscópio	20.000,00	13
Microscópio Cirúrgico	25.000,00	5
Usina de Oxigênio	250.000,00	3

Fonte: www.lfequipamentos.com.br, www.medicalline.com.br, <http://www.ribermedica.com.br>,
www.centercorhospitalar.com.br

Elaboração: O autor

Esta Tabela 6 demonstra bem como são altos os custos de investimentos em equipamentos de Saúde disponíveis na rede SUS de Imperatriz. Além disso, a quantidade geral de tais equipamentos também é um fator relevante, conforme demonstrado no Gráfico 20.

Gráfico 20 - Região de Saúde Imperatriz - Equipamentos de Saúde Disponíveis pelo SUS



Fonte: DATASUS, (2014)

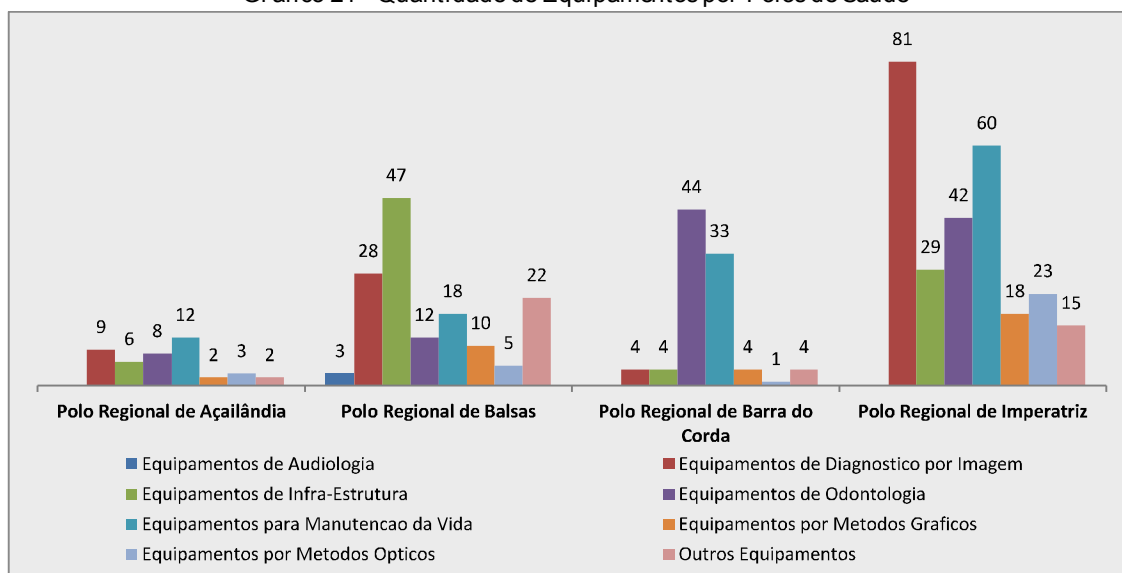
Elaboração: O autor

É claramente perceptível a grande diferença na quantidade de equipamentos entre o município de Imperatriz e os demais da sua Região de Saúde. Imperatriz desponta em primeiro lugar com um total de 252 equipamentos, um número bastante alto em referência aos demais municípios. João Lisboa que vem logo em seguida conta com um total de 83 equipamentos,

sendo que a maioria (53 equipamentos) são odontológicos. Esta particularidade se repete em outros municípios, marcadamente em Sítio Novo, Montes Altos e Davinópolis.

Além disso, a quantidade total de equipamentos é muito baixa, sendo que dos 15 municípios, sete possuem menos de dez equipamentos (Buritirana, Governado Edson Lobão, Campestre do Maranhão, Lajeado Novo, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso e Senador La Rocque). Estes números denunciam a falta de infraestrutura hospitalar nos municípios dessa região de saúde, ao mesmo tempo em que Imperatriz desponta como um polo de saúde, atraindo para si a demanda de pacientes desses municípios cuja infraestrutura da saúde é precária. Essa grande disparidade também pode ser observada em relação aos outros polos de saúde em análise, fato confirmado no Gráfico 21.

Gráfico 21 - Quantidade de Equipamentos por Polos de Saúde



Fonte: TabWin/DATASUS, (2014)

Elaboração: O autor

Mais uma vez Imperatriz se destaca entre os polos de saúde, somando ao todo 268 equipamentos, dos quais os de diagnóstico por imagem representam uma quantidade muito mais alta do que nos outros polos.

Balsas vem logo em seguida com 145 equipamentos, com a particularidade de ser o único polo que possui equipamentos de audiologia disponíveis pelo SUS.

Barra do Corda possui 94 equipamentos dos quais quase a metade (44 do total) são de odontologia, os de manutenção da vida também são numerosos em relação ao total (33 do total), já os demais não contabilizam mais de cinco unidades por cada grupo.

Por fim, Açailândia que apesar de ser a segunda região de saúde mais populosa e rica, conta com o menor número de equipamentos, reunindo 42 ao todo. Mais uma vez este fato aparentemente contraditório se explica pela proximidade entre Açailândia e Imperatriz aliado à facilidade de deslocamento entre ambas.

A cidade de Imperatriz conta com uma vasta de estabelecimentos de saúde, sendo que, como acontece em todas as cidades médias que possuem um importante setor de serviços, em Imperatriz a maioria dos estabelecimentos de saúde, tanto públicos quanto privados, está concentrada no centro tradicional onde se encontram as melhores infraestruturas da cidade.

Segundo o CNES/DATASUS, Imperatriz conta com um total de 338 estabelecimentos de saúde cadastrados no sistema, sendo que 250 são de natureza privada; ressalta-se que este número é maior, visto que nem todos os estabelecimentos se encontram cadastrados no CNES/DATASUS. Dentre os públicos existem dois hospitais de extrema importância local e regional, o Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz – HRMI e o Hospital Municipal de Imperatriz – HMI que se localizam no bairro Centro. Ainda podemos destacar a existência de 23 Centros de Saúde/ Unidades Básicas de Saúde; 8 Postos de Saúde; 2 Unidades de Pronto Atendimento; 1 Unidade de Atenção à Saúde Indígena e 03 Centros de Atenção Psicossocial. (CNES/DATASUS, 2014).

Além dos hospitais públicos mencionados, existem outros seis privados dos quais três possuem convênio com o SUS conforme demonstrado no Quadro 15.

Quadro 15 - Localização dos Hospitais Privados de Imperatriz- MA

Instituição	Tipo	Leitos Não SUS	Leitos SUS	Bairro
Hospital Incor Santa Mônica	Geral	64	36	Centro
Hospital São Rafael	Geral	75	22	Centro
Hospital das Clínicas	Geral	32	13	Centro
Hospital Infantil Pequeno Príncipe	Especializado	62	0	Centro
Hospital Unimed	Geral	68	0	Beira Rio
Hospital Alvorada	Geral	75	0	Vila Lobão
Hospital Municipal de Imperatriz	Geral	-	447	Centro
Hospital Regional Materno Infantil	Especializado	-	153	Centro

Fonte: CNES/DATASUS, (2014)

Organização: O autor

Os demais estabelecimentos de natureza privada prestam uma infinidade de serviços clínicos, laboratoriais e de consultorias. Do total contabilizado (250 estabelecimentos), 60 estabelecimentos estão vinculados ao SUS, sendo que a maioria também está localizada no Centro. No Quadro 16 destaca-se alguns desses estabelecimentos e os serviços que prestam pelo SUS.

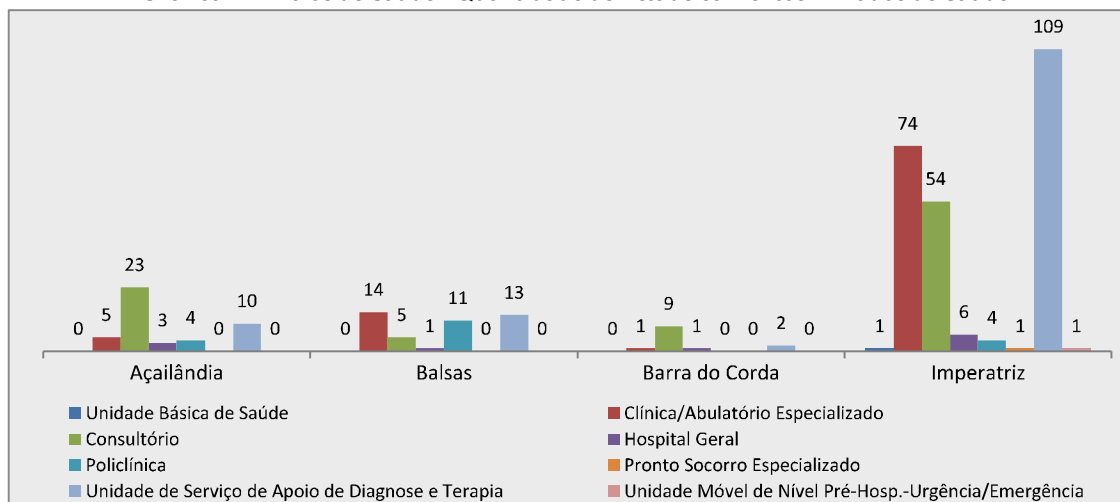
Quadro 16 - Localização de Algumas das Principais Clínicas Particulares de Imperatriz - MA

Instituição	Serviços SUS	Bairro
Centro Citológico de Imperatriz	Serviço de Diagnostico por Anatomia Patológica.	Centro
CAMEL	Serviço de Fisioterapia.	Centro
Laboratório São Pedro	Serviço de hemoterapia, serviço de diagnostico por laboratório clínico.	Centro
Uni Rad	Serviço de diagnóstico por imagem.	Centro
Clini Gastro	Serviço de endoscopia.	Centro
Centro Auditivo Otodiagnose	Serviço de reabilitação, serviço de atenção à saúde auditiva, serviço de órteses, próteses e mat. especiais.	Centro
Centro de Tomografia Comput.	Serviço de diagnóstico por imagem computadorizada.	Centro
Laboratório Cortez Moreira	Exames bioquímicos, fitopatológicos, hormonais etc.	Centro
CISAM	Ultrasonografia, acompanhamento pré-natal etc.	Centro
Centro Avançado da Visão	Diagnostico em oftalmologia, Tratamento cirúrgico do aparelho da visão.	Centro
Central hemodinâmica de Imp.	Cardiologia intervencionista (hemodinâmica), radiologia.	Centro
Rehabilitar	Diagnostico cinético funcional, assistência fisioterapêutica em queimados etc.	Centro
Clínica Pulmonar	Tratamento de doenças das vias aéreas inferiores, diagnostico em pneumologia.	Centro

Fonte: CNES/DATASUS, (2014); TabWin, (2014)
Elaboração: O autor

Ao se comparar a quantidade de estabelecimentos privados existentes em cada polo de saúde estudado, percebe-se que, assim como em relação a quantidade de médicos e equipamentos, as disparidades entre os polos se repetem, comprovando as enormes desigualdades entre eles, conforme posto no Gráfico 22.

Gráfico 22 - Polos de Saúde - Quantidade de Estabelecimentos Privados de Saúde

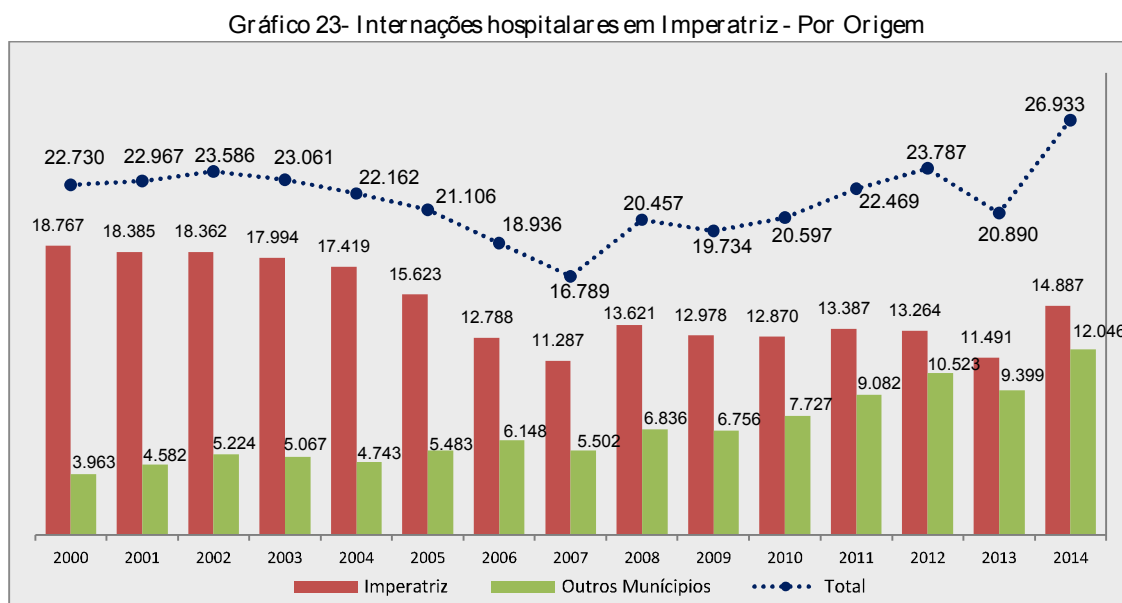


Fonte: CNES/DATASUS, (2014)
Organização e elaboração gráfica: O autor

Assim, semelhante aos dados referentes à quantidade de médicos e equipamentos, Imperatriz aparece em destaque em relação às instituições de saúde privada, possuindo ao todo 250 unidades, número muito superior ao segundo lugar ocupado por Açailândia com apenas 45 instituições, em terceiro está Balsas com 44 e por último, Barra do Corda com apenas 13 instituições.

Esses dados anteriormente colocados evidenciam Imperatriz enquanto polo regional de saúde e que, obviamente, está implícito a existência de fluxos intermunicipais, inter-regionais e interestaduais, eles não demonstram, empiricamente, a existência de tais fluxos de pessoas. Portanto, faz-se necessário evidenciá-los, tarefa que se torna possível ao nos utilizarmos de alguns dados, como os de internações hospitalares.

Inicialmente pode-se demonstrar a evolução das internações hospitalares no município ao longo dos últimos quatorze anos conforme demonstrado no Gráfico 23, que tem como referência as internações realizadas pelo SUS de pacientes originários de Imperatriz assim como de outros municípios:

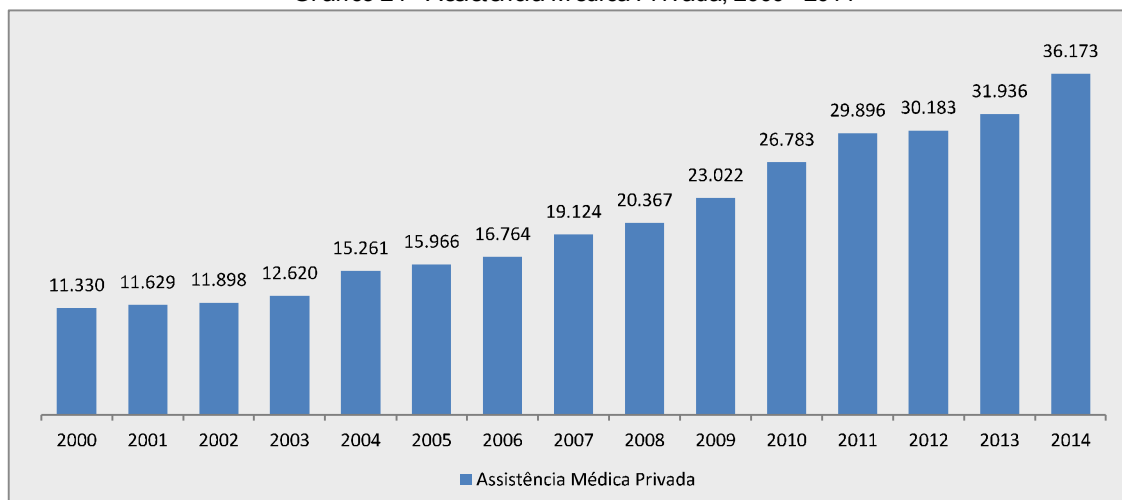


Fonte: DATASUS/TabWin, (2014)
Elaboração: O autor

Observa-se que ao longo desse período de quatorze anos a quantidade de internações de pacientes do próprio município caíram ao passo que as de outros municípios quase triplicaram, fato que se explica devido o nível de polarização que os serviços de saúde vêm adquirindo nos últimos anos e que atrai pacientes de vários municípios localizados tanto a curtas como a longas distâncias, ou seja, sua região de influência

Ao mesmo tempo os serviços de saúde complementar conquistaram uma abrangência cada vez maior. O Gráfico 24 demonstra o aumento de pessoas que buscam planos privados de saúde em Imperatriz. Este fato aliado à melhoria da qualidade de vida e pode explicar a diminuição da quantidade de internações em instituições públicas.

Gráfico 24 - Assistência Médica Privada, 2000 - 2014



Fonte: ANS/TABNET, (2014)

Elaboração gráfica: O autor

Em relação aos serviços de saúde oferecidos em Imperatriz, esses expressam importância regional mais significativa do que os serviços educacionais. Esta é uma realidade que vem se construindo desde a década de 1990 quando se iniciou a convergência de uma vasta gama de serviços de saúde para Imperatriz, representados por hospitais públicos, como no caso do Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) e o Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (HRMI), que oferecem serviços de média e alta complexidade assim como de urgência e emergência que não são encontrados nas cidades próximas.

Devido à dinâmica econômica e à importância regional de Imperatriz, conforme já explicado, ela se afirmou como cidade polo por centralizar os serviços de saúde de média e alta complexidade. Esta polarização que se desenvolvia naturalmente desde a década de 90, foi reforçada quando da formação das regiões de saúde no Maranhão. Como colocado pelo Decreto 7.508/11, para se constituir uma região de saúde, entre outros critérios, deve alguns serviços e ações mínimas. Em Imperatriz, nos dois principais hospitais públicos, o HMI e o HRMI, pode-se encontrar uma vasta gama de serviços de média e alta complexidade.

Portanto, percebe-se que os serviços de saúde públicos e privados mantem constante ritmo de expansão nos últimos dez anos. Dentre as várias consequências dessa expansão, pode-se citar as que serão abordadas com maior propriedade no próximo subcapítulo: aquelas

resultantes do grande fluxo de pacientes que utilizam a rede pública de saúde que não está preparada adequadamente para recebê-los e a não compensação financeira por parte de outros municípios ao utilizarem os serviços de saúde de Imperatriz.

Mas esse fluxo de pacientes também contribui para a dinamização da economia local, visto que enquanto estão utilizando os serviços de saúde de Imperatriz, essas pessoas são obrigadas, necessariamente, a se alimentar, dormir, comprar remédios, realizar exames, se locomover para e dentro de Imperatriz e etc. Portanto, a grande quantidade de instituições privadas existentes em Imperatriz e demonstrada no Gráfico 22 se explica enquanto consequência desse fluxo de pacientes e da demanda por serviços de saúde. A este respeito, Sousa argumenta que

Os serviços vinculados ao setor de saúde tiveram a partir da década de 1990 uma crescente expansão na cidade de Imperatriz. Este crescimento se deu através da instalação de clínicas especializadas, tanto na rede privada, como também na rede pública de saúde. Com a implantação destas clínicas, pôde-se constatar a expansão dos serviços ligados a este setor. O oferecimento destes serviços em Imperatriz tem contribuído para movimentar a sua economia, fazendo com que a importância destes serviços também seja refletida no espaço regional. (SOUSA, 2009, p. 223-224).

Outro fato que deve ser ressaltado é a relação entre serviços de saúde e educação. Conforme já dito, em Imperatriz se concentra uma grande quantidade de instituições privadas que oferecem cursos técnicos relacionados à saúde, como enfermagem, cuidador, auxiliar de dentista, técnico de laboratório, técnico em radiologia entre outros. O ensino superior tanto público quanto privado também busca oferecer cursos nessa área, como a UFMA que já oferece curso de medicina e enfermagem. A este respeito, Franklin diz que

Os programas oficiais de assistência implantados pelo Governo Federal, como o Saúde da Família, têm sido responsável pela expansão dos serviços de saúde na cidade de Imperatriz. Este e outros programas federais tem alimentado uma demanda crescente de profissionais, motivando a instalação de várias escolas de formação de técnicos na área de saúde. Estas demandas também têm se expandido em razão da implantação nesta cidade dos cursos superiores de Odontologia, Farmácia/Bioquímica e de Enfermagem que vêm dinamizando e ampliando as atividades neste setor, que se potencializa para transformar o município num dos principais pólos de saúde da Amazônia oriental. (FRANKLIN, 2008, p. 202-203).

Portanto, a polarização de Imperatriz enquanto polo de saúde contribui para a dinâmica da economia local e dos serviços educacionais. Deve-se ratificar que o curso de medicina implantado em 2014 é especialmente importante porque pode melhorar os índices postos no Gráfico 10, Gráfico 13, Gráfico 17 e Gráfico 18, que denunciam a falta de profissionais médicos nas três regiões de saúde analisadas, especialmente no interior. Além disso, os dois principais

hospitais da cidade poderão contar com reforços na equipe médica, visto que serão utilizados como hospitais escola, visto que são hospitais de grande capacidade.

Quando se busca aferir o tamanho de uma instituição hospitalar e a relação com a sua eficiência, deve-se considerar alguns fatores postos por Oliveira e Kaszner (2010), sendo um deles a natureza do hospital. Segundo os autores, os mais eficientes são aqueles com fins lucrativos, seguido dos filantrópicos; os estaduais e municipais estariam igualmente localizados em terceiro lugar em eficiência e por último os federais.

Entretanto, o critério “primeiro” a ser considerado é a escala, ou seja, o tamanho do hospital, que podem ser agrupados segundo faixa de tamanhos diferentes dependendo da quantidade de leitos existentes em cada um: 25 a 49 leitos; de 50 a 99 leitos; 100 a 250 leitos e aqueles com mais de 250 leitos.

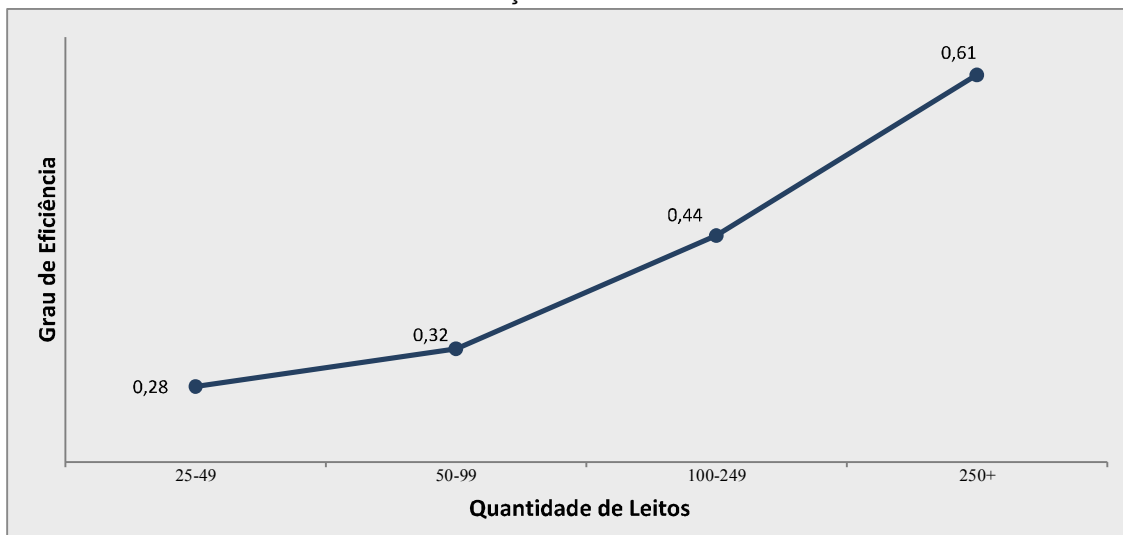
Essa classificação é semelhante à Portaria nº 30/77 do Ministério da Saúde que uniformiza os conceitos e definições dos campos do serviço sanitário e da assistência médica hospitalar. Segundo esta Portaria, os hospitais devem ser classificados segundo a quantidade de leitos existentes, sendo, portanto:

- De pequeno porte: aqueles com capacidade instalada de até 50 leitos;
- De médio porte: com capacidade de 51 a 150 leitos;
- De grande porte: com capacidade de 151 a 500 leitos;
- De porte especial: aqueles com mais de 500 leitos.

A eficiência baseada na escala deve-se ao fato de que, a longo prazo, os custos médios de uma instituição diminuem à medida que aumenta o volume de atividades, visto que há uma maior distribuição dos custos. Além disso, equipes médicas que realizam grande quantidade de procedimentos hospitalares adquirem alto grau de excelência, fator de suma importância para procedimentos de alta complexidade, como cirurgias.

De acordo com Oliveira e Kaszner (2010), essa relação entre escala e eficiência pode ser demonstrada conforme o Gráfico 25 onde o eixo vertical representa o grau de eficiência que depende da quantidade de leitos do hospital; portanto, quanto mais próximo de 1, maior é a eficiência; em contrapartida, quanto mais próximo de 0 menor a eficiência do hospital.

Gráfico 25- Relação Entre Escala e Eficiência



Fonte: Oliveira e Kaszner, (2010)

Elaboração: O autor

Como já evidenciado, o HMI e o HRMI são os dois maiores hospitais de Imperatriz, portanto, nos dois próximos tópicos serão abordadas algumas características de ambos que os tornam os mais importantes regionalmente.

3.6 A Importância Regional do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (HRMI) e do Hospital Municipal de Imperatriz (HMI)

Foto 5 - Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (HRMI)



Fonte: O autor

O HRMI é um hospital especializado criado em 1990 cujo primeiro nome era Hospital Regional de Imperatriz Dr. Otavio Passos. Este é um hospital de suma importância para mulheres em estado de gestação e parto, sendo o único da região habilitado para o atendimento de gestação de alto risco; entretanto, este não é o único serviço oferecido pelo HRMI, as suas especializações são várias, a saber: serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, serviço de atenção domiciliar, serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopato, serviço de diagnóstico por imagem, serviço de diagnóstico por laboratório clínico, serviço de dispensação de órteses próteses e materiais especiais, serviço de farmácia, serviço de fisioterapia, serviço de hemoterapia, serviço de urgência e emergência e serviço de vigilância em saúde (CNES/DATASUS, 2014).

Portanto, essa vasta quantidade de serviços exige uma estrutura física à altura. Nesse caso, a quantidade de leitos do hospital é um importante elemento a se considerar, conforme elencado na Tabela 7.

Tabela 7 - Ações e serviços oferecidos pelo HRMI	
HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DE IMPERATRIZ	
Especialidade Cirúrgica	
Descrição	Leitos Existentes
Cirurgia Geral	3
Total	3
Especialidade Clínica	
Clinica Geral	2
Total	2
Complementar	
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	17
UTI Neonatal - Tipo II	40
Unidade de Cuidados intermediários Neonatal Canguru	6
Total	63
Obstétrico	
Obstetrícia Cirúrgica	30
Obstetrícia Clínica	50
Total	80
Pediátrico	
Pediatria Clínica	5
Total	5
Total Geral	153

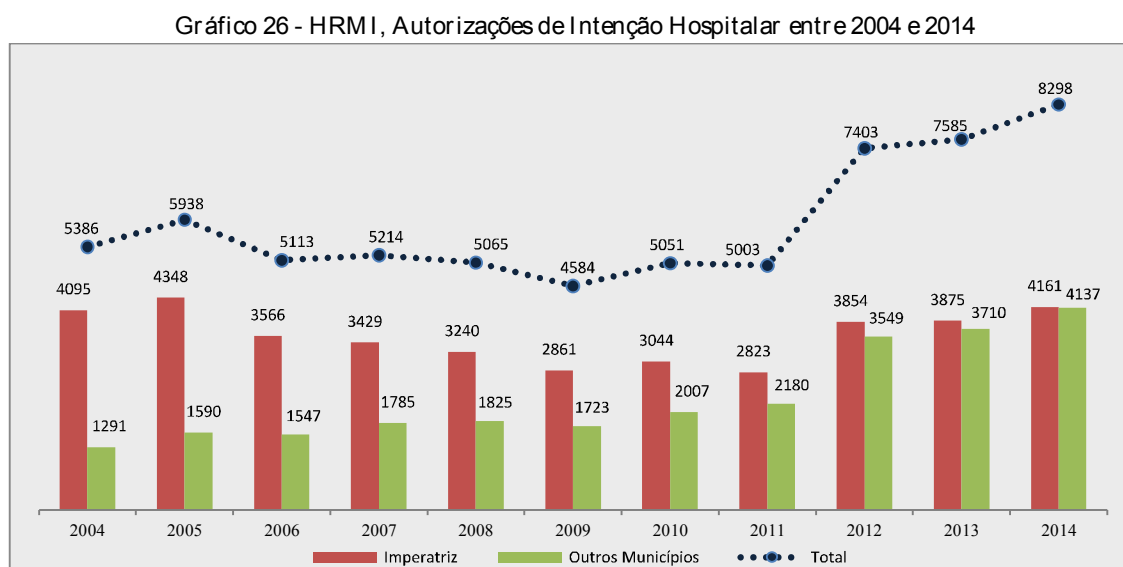
Fonte: CNES/DATASUS, (2014)

Organização: O autor

De acordo com a Tabela 7, o HRMI contabiliza ao total 153 leitos, sendo 52% destes destinados a serviços de obstetrícia e 41% aos serviços neonatais. Portanto, com essa

quantidade de leitos o HRMI pode ser classificado como um hospital de grande porte e, como tal, possui alto grau de eficiência devido sua quantidade de leitos assim como de procedimentos realizados, como explicado anteriormente por Oliveira e Kaszner (2010).

Essa eficiência é refletida na quantidade anual de autorizações para internação hospitalar dos últimos dez anos que quase dobraram, sendo que o número de pacientes oriundos de outros municípios mais que dobrou, conforme demonstra o Gráfico 26:



Fonte: TabWin, (2014)
Elaboração gráfica: O autor

Conforme observável no Gráfico 26, a quantidade de AIH entre 2004 e 2011 para pacientes do município de Imperatriz teve um declínio de 30%, voltando a subir nos anos subsequentes. Mas o que chama a atenção são os números de AIH de pacientes de outros municípios que entre 2004 e 2014 teve um aumento de 220%. No total geral esse aumento foi de 54%, sendo que no ano de 2014 a quantidade de pacientes de Imperatriz internados no HRMI foi um pouco maior do que aqueles de outros municípios.

Para complementar essa informação, foram elencados os principais procedimentos realizados no HRMI conforme a Tabela 8, tendo como critério seletivo os seis procedimentos de maior demanda por internações onde em vermelho indica a quantidade de internações no próprio município e em preto no HRMI:

Tabela 8 - Procedimentos Realizados no HRMI e nos Próprios Municípios

	Tratamento de Transtornos Relacionados à Gestação	Tratamento de Transtornos Respiratórios e Cardiovasculares em Período Neonatal	Parto Normal	Parto Normal em Gestação de Alto Risco	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	Curetagem Pós-Abortamento	Total
Açailândia	41/0*	31/5	81/691	42/0	56/0	12/107	263/803
Amarante do Ma.	5/0	15/0	38/472	20/0	19/0	9/30	106/502
Araguatins	6/0	0	14/2	12/0	10/0	0	42/2
Balsas	19/3	16/0	3/996	10/0	13/0	1/93	62/1092
Bom Jesus das Selvas	8/0	13/0	13/140	30/0	11/0	6/0	81/140
Buritcupu	7/0	15/0	12/845	17/0	17/0	1/83	69/928
Buritirana	5/0	8/0	62/0	23/0	17/0	9/0	124/0
Carolina	5/0	6/0	11/156	10/0	4/0	5/6	41/162
Cidelândia	1/0	5/0	56/178	29/0	22/0	14/6	127/184
Davinópolis	6/0	7/0	93/0	29/0	49/0	18/0	202/0
Dom Eliseu	8/0	12/0	12/330	12/0	11/0	1/57	56/387
Estreito	11/0	7/0	22/320	14/0	18/0	3/14	75/334
Gov. Edison Lobão	3/0	50/0	110/0	40/0	44/0	14/0	216/0
Grajaú	22/0	21/0	6/1153	11/0	19/0	3/109	82/1262
Itinga do Maranhão	5/0	10/0	24/159	14/0	19/0	11/25	83/184
João Lisboa	7/0	10/0	122/95	45/0	41/0	24/0	249/95
Montes Altos	4/0	4/0	57/0	24/0	37/0	9/0	135/0
Porto Franco	5/0	5/0	14/151	7/0	10/0	2/39	43/190
Ribamar Fiquene	1/0	2/0	37/0	17/0	10/0	6/0	73/0
S. Francisco do Brejão	2/0	5/0	29/2	11/0	16/0	7/0	70/2
São Miguel do To.	3/0	2/0	39/0	33/0	17/0	9/0	103/0
São Pedro da Água Branca	8/0	8/0	24/0	14/0	17/0	11/0	82/0
Senador La Rocque	10/0	4/0	112/0	47/0	29/0	13/0	215/0
Sítio Novo	6/0	9/0	59/15	27/0	35/0	20/0	156/15
Sítio Novo do To.	1/0	8/0	49/0	15/0	15/0	5/0	93/0
Vila Nova dos Martírios	2/0	1/0	28/51	12/0	12/0	8/0	63/51
Demais ** Municípios	85	73	100	79	95	21	453
Total	286	302	1227	644	663	242	3364
Imperatriz	102	96	1483	639	788	478	3586
Total + Imperatriz	388	398	2710	1283	1451	720	6950

* O número em preto refere-se à quantidade de pacientes do município listado na horizontal e que utilizaram o serviço de saúde do HRMI listado na vertical. Já o número em vermelho refere-se à quantidade de pacientes desse mesmo município que utilizaram o mesmo serviço em seu próprio município.

** Devido à grande quantidade de municípios e o baixo número de pacientes que utilizaram os serviços do HRMI, optou-se por reunir os municípios menos expressivos para que a tabela não se tornasse muito grande e ilegível.

Fonte: CNES (2014), TabWin (2014)

Elaboração: O autor

Conforme dados expostos na Tabela 8, é possível evidenciar a importância do HRMI ao confrontarmos os números de procedimentos realizados segundo a origem do paciente. Assim, para o “Tratamento de Transtornos Relacionados à Gestação” temos que 74% dos procedimentos foram realizados em pacientes de outros municípios. Para o “Tratamento de Transtornos Respiratórios e Cardiovasculares” registrou-se 76%. Em relação ao “Parto Normal” obteve-se 45%. Já o “Parto Normal em Gestação de Alto Risco” foi de 50%, percentual um pouco abaixo do de “Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco”, que representou 46% e, por fim, a “Curetagem Pós-Abortamento” que do total de procedimentos, 33% foi realizado em pacientes de outros municípios.

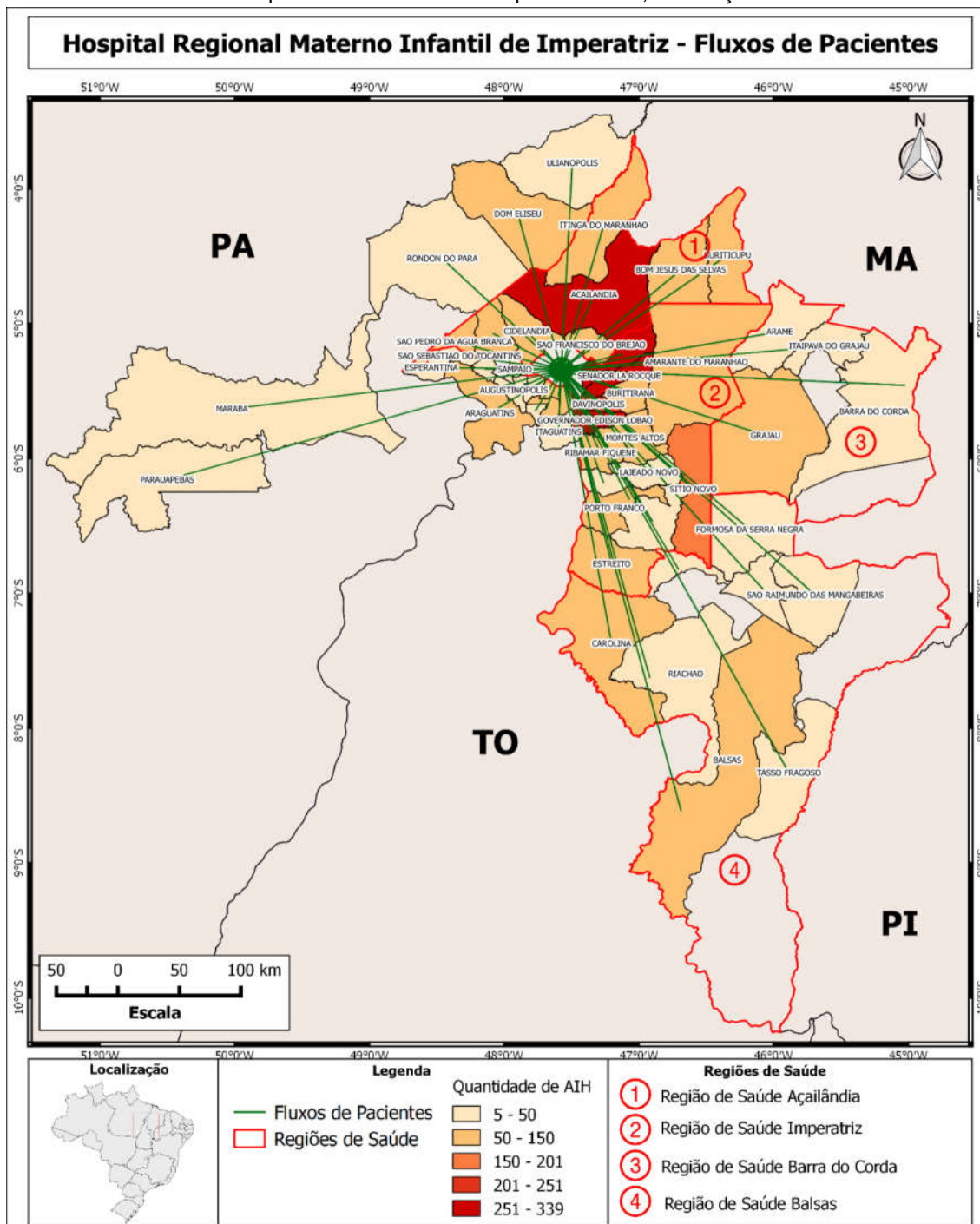
Percebe-se que, de fato, existe um equilíbrio quantitativo entre pacientes oriundos de Imperatriz e os de outros municípios. Entretanto, sabe-se que muitos pacientes que se dizem de Imperatriz, na verdade são de outros municípios. Conforme se verá mais adiante, essa irregularidade se explica pelo temor que alguns pacientes têm de que, se revelar seu verdadeiro endereço, pode não conseguir atendimento.

Também é evidente que existe uma falha grave no sistema quando observamos os números de partos normais. Aqueles municípios mais próximos de Imperatriz, como Governador Edson Lobão, João Lisboa, Senador La Roque entre outros não foi registrada nenhuma internação, evidenciando a total dependência do HRMI.

Em relação aos partos de alto risco, a dependência é completa, mesmo para municípios muitos distantes como Balsas. Deve-se enfatizar que não existem poucas instituições aptas a receberem gestante cujas condições de parto sejam de alto risco, tanto parto normal quanto cesariano; resume-se a Imperatriz com o HRMI e São Luís com a Maternidade da COHABMA Marly Sarney e o Hospital Universitário da UFMA (HUUFMA). Portanto, são poucas as alternativas para a população de todo o estado.

A distribuição dos municípios da Tabela 8 pode ser observada no Mapa 28:

Mapa 28 - Fluxo de Pacientes para o HRMI, Internações



Fonte: TabWin (2014)

Elaboração: O autor

3.7 O hospital Municipal de Imperatriz (HMI)

Foto 6 - Hospital Municipal de Imperatriz (HMI)



Fonte: O autor

A instalação do HMI se deu na década de 90 devido à necessidade de um hospital público que atendesse a urgência e emergência, visto que até então estes tipos procedimentos eram realizados em hospitais privados e assim como o HRMI, o HMI também exerce forte influência regional.

Este é o maior e melhor hospital da região especialmente por ser um Pronto-socorro assim como possuir grande quantidade de especializações clínicas e hospitalares, a saber: atenção à saúde da população indígena, atenção em urologia, cirurgia vascular, medicina nuclear, serviço de atenção domiciliar, serviço de atenção em neurologia / neurocirurgia, serviço de atenção psicossocial, serviço de diagnostico por anatomia patológica e/ou citopato, serviço de diagnóstico por imagem, serviço de diagnostico por laboratório clínico, serviço de diagnostico por métodos gráficos dinâmicos, serviço de dispensação de órteses, próteses e materiais especiais, serviço de endoscopia, serviço de farmácia, serviço de fisioterapia, serviço de hemoterapia, serviço de oftalmologia, serviço de oncologia, serviço de órteses, próteses e materiais especiais em reabilitação, serviço de suporte nutricional, serviço de urgência e emergência, serviço de vigilância em saúde.

A quantidade de leitos disponíveis no HMI expressa bem o importante papel desta instituição para a população regional. Algumas especialidades são muito sofisticadas e caras, sendo que apenas um hospital público de grande porte poderia mantê-la, tais como as

neurocirurgias e o tratamento contra AIDS. A relação de ações e serviços oferecidos pelo HMI está elencada na Tabela 9:

Tabela 9 - Ações e Serviços Oferecidos pelo HMI	
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ	
Especialidade Cirúrgica	
Descrição	Leitos Existentes
Nefrologiaurologia	5
Neurocirurgia	21
Gastroenterologia	3
Oftalmologia	1
Buco Maxilo Facial	5
Otorrinolaringologia	5
Ortopedia traumatologia	35
Cirurgia Geral	25
Oncologia	7
Total	107
Especialidade Clínica	
AIDS	9
Saúde Mental	15
Oncologia	6
Neonatologia	15
Nefrourologia	6
Clinica Geral	141
Total	192
Complementar	
UTI Pediátrica - Tipo II	10
UTI Adulto - Tipo II	20
Unidade Isolamento	3
Total	33
Pediátrico	
Pediatria Clínica	44
Pediatria Cirúrgica	30
Total	74
Total Geral	447
Fonte: CNES/DATASUS, (2014)	
Elaboração: O autor	

Conforme observável na Tabela 9, o HMI possui 447 leitos, classificando-o como de porte especial e não de grande porte, cujo grau de eficiência é o mais alto. Para manter funcional um hospital deste porte, é necessário que exista uma grande equipe de colaboradores que, no HMI, somam-se ao todo 440 profissionais divididos conforme as ocupações elencadas na Tabela 10:

Tabela 10 - HMI - Quantidade de Profissionais	
Ocupação	Quantidade
Médicos	97
Enfermeiros	35
Auxiliares	234

Outros	74
Total	440

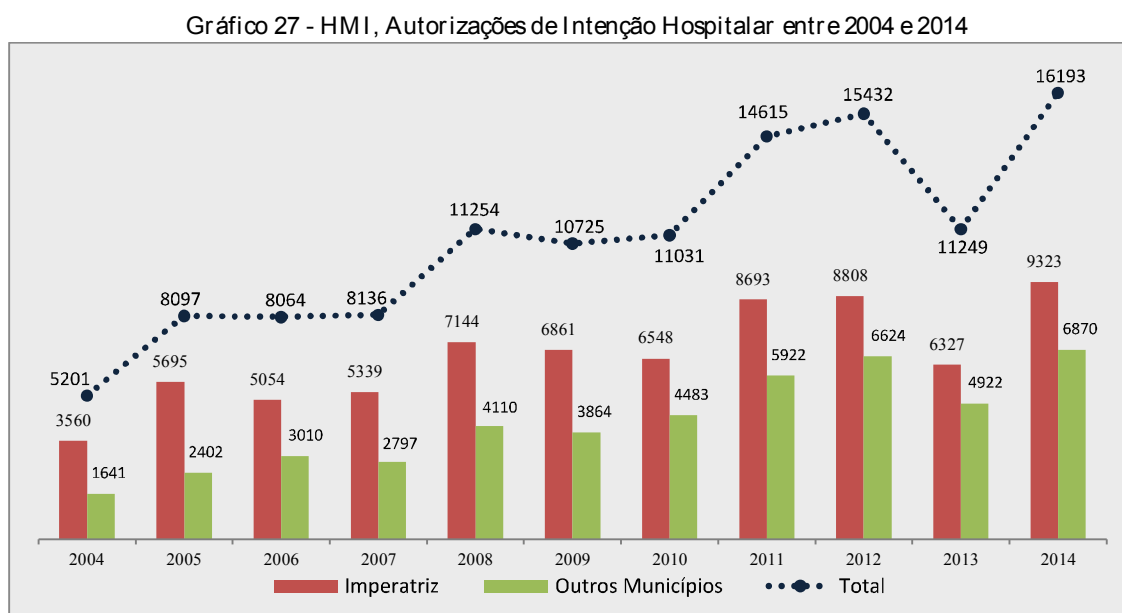
Fonte: CNES/DATASUS, (2014)

Elaboração: O autor

Portanto, esses dados comprovam, sem sombra de dúvidas, que o HMI é um hospital cujo porte pode ser considerado como “especial”. A questão da quantidade de especialidades e a relação entre escala e eficiência foram bem evidenciadas em entrevista concedida pelo diretor do HMI, Dr. Alison Mota, que em sua fala enfatizou:

Por que o volume é grande? Porque se resolve aqui, porque se não resolvesse ninguém vinha para cá, ficavam nos outros municípios e iam nos outros lugares. E a grande maioria das especialidades que não existem em outras partes do estado, a não ser São Luís, aqui tem. Então o hospital municipal tem praticamente todas as especialidades de urgência e emergência, e praticamente todas as especialidades médicas existentes. (MOTA, 2015).

Para complementar a fala do Dr. Alison Mota, no Gráfico 27 estão demonstrados a quantidade de AIH segundo pacientes de Imperatriz assim como de outros municípios:



Fonte: TabWin, (2014)

Elaboração: O autor

Percebe-se que entre o ano de 2004 a 2014 a quantidade de AIH obteve um aumento total de 211%; sendo que a quantidade de AIH para pacientes do município de Imperatriz aumentou em 159%, ao passo que de outros municípios aumentou em 318%. Pode-se complementar esses dados ao se pôr em evidência a quantidade de AIH para alguns procedimentos de alta complexidade realizados no HMI no ano de 2014 conforme a Tabela 11:

Tabela 11 - AIH para Procedimentos de Alta Complexidade- Outros Municípios - 2014

Município	Tratamento com Cirurgias Múltiplas	Tratamento Conservador de Traumatismo Crânio-encefálico	Tratamento de Acidente Vascular Cerebral	Tratamento de Insuficiência Cardíaca	Tratamento de Pneumonia ou Influenza	Total
Imperatriz	832	108	236	284	437	1897
Açailândia	37	27	50	34	35	<u>183</u>
Balsas	35	29	22	20	23	<u>129</u>
Grajaú	23	24	16	16	24	<u>103</u>
João Lisboa	46	6	18	14	19	<u>103</u>
Buritcupu	31	27	17	12	11	<u>98</u>
Estreito	32	11	20	9	18	<u>90</u>
Amarante	44	12	8	11	10	<u>85</u>
Senador La Roque	35	3	5	17	15	<u>75</u>
Governador Edson Lobão	27	3	5	15	24	<u>74</u>
Porto Franco	31	7	5	17	13	<u>73</u>
Davinópolis	19	2	16	12	20	<u>69</u>
Cidelândia	15	6	12	12	8	<u>53</u>

Fonte: TabWin (2014)

Elaboração: O autor

No Gráfico 27 percebe-se que há um aumento progressivo de pacientes de outros municípios que procuram o HMI, o que demonstra a existência de falhas graves no sistema das outras três regiões de saúde analisadas, visto que, em tese, Açailândia, Balsas e Barra do Corda possuem o mesmo nível de complexidade que Imperatriz e deveriam estar melhor estruturadas. De acordo com Dr. Alison Mota, muitos procedimentos realizados no HMI deveriam ser encaminhados para São Luís. Em suas palavras:

O estado ainda não organizou a estrutura de saúde pública estadual, então o sistema de referência e contra referência que existe é antigo e já está ultrapassado, e o que ocorre é que muitas coisas que Imperatriz hoje executa, o hospital, a princípio não seria nem obrigação dele, seria obrigação de São Luís, que é a pactuação existente. Então o município de Imperatriz só é pactuado em alta complexidade em neurocirurgia, então todas as outras áreas teriam que estar sendo encaminhadas para São Luís. [...] A cirurgia ortopédica de alta complexidade, por exemplo, cirurgia de quadril né, as fraturas mais complexas feitas aqui, teriam que ser feitas em São Luís, pela Pactuação. Tratamento de queimados né, então todas as especialidades, os tratamentos de ponta das especialidades acabam sendo feitas aqui mas sem contrapartida do estado. (MOTA, 2015).

Portanto, a falta de infraestrutura nos municípios polos, a grande distância até São Luís, a importância regional adquirida por Imperatriz e as próprias políticas de regionalização da saúde fez afluir para Imperatriz o papel de polo de serviços de saúde e que, forçosamente, faz-se necessário investir em estruturas físicas e humanas para atender uma demanda que é cada vez mais crescente.

Em entrevista, Dr. Alison Mota chama atenção para as subnotificações, ou seja, muitas pessoas que procuram o HMI não fornecem seu endereço correto com medo de, por morar em outro município ou estado, não conseguir atendimento. Essa preocupação advém do fato de que esses pacientes em algum momento ficaram sabendo por experiência própria ou por relato, que por morar em outro município o atendimento em um posto de saúde, ou uma UPA ou qualquer outro estabelecimento da saúde básica seria mais complicado ou mesmo impossibilitado, visto que seu próprio município teria de responder a essa demanda. Segundo Dr. Alison Mota:

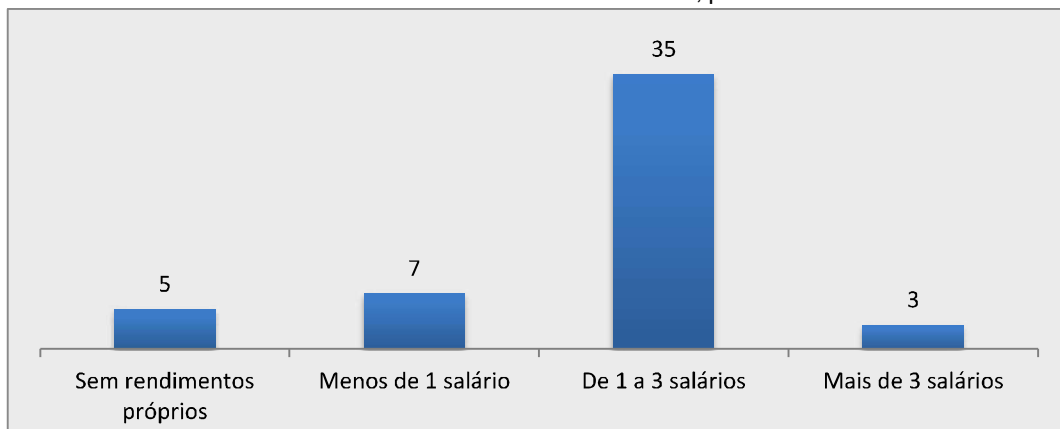
Para te ter uma ideia, o Socorrão com os dados do Ministério, em torno de 46% dos pacientes são de outras cidades de outras regiões. Então não são de Imperatriz, são de fora de Imperatriz, do estado e algumas de outros estados. E se você for observar in loco, porque isso a gente sabe que é subnotificado, porque o paciente muitas vezes não dá o endereço da cidade de origem com medo de não ser atendido, né, acaba inventando um endereço ou dando endereço de um parente daqui, isso cria uma distorção na informação, mas se você fizer uma pesquisa nas enfermarias, vai observar que em torno de 60% dos pacientes são de fora. (MOTA, 2015)

Essa colocação do Dr. Alison Mota foi verificada por meio de entrevistas nas enfermarias. Nesta etapa da pesquisa foram visitadas as enfermarias do HMI e submetidos formulários aos pacientes após se explicar a finalidade e garantir o total anonimato dos participantes. Ao total foram entrevistadas informalmente 50 pessoas e ao mesmo tempo submetido um formulário (ver apêndice A) sem identificação do paciente de maneira que o mesmo se sentisse à vontade para responder; ainda assim alguns poucos pacientes se sentiram constrangidos e preferiram não responder ao formulário.

Devido à quantidade de questões, 15 no total, nem todas foram utilizadas neste trabalho, apenas aquelas mais importantes e as demais foram descartadas; além disso, algumas das questões os pacientes não souberam responder com exatidão, entretanto, mas que podem ser utilizadas para uma melhor contextualizar da realidade apresentada.

Conforme demonstrado no terceiro capítulo, uma das características das regiões de saúde aqui estudadas são os baixos salários da população, com os formulários foi possível confirmar essa característica, a grande maioria dos pacientes recebem menos de três salários mínimos, nas conversas informais pode-se perceber que o nível de renda geral é de um a dois salários mínimos, aqueles que recebem três ou mais salários são feirantes, pequenos comerciantes varejistas dentre outros profissionais autônomos. O Gráfico 28 demonstra o nível de renda dessa população:

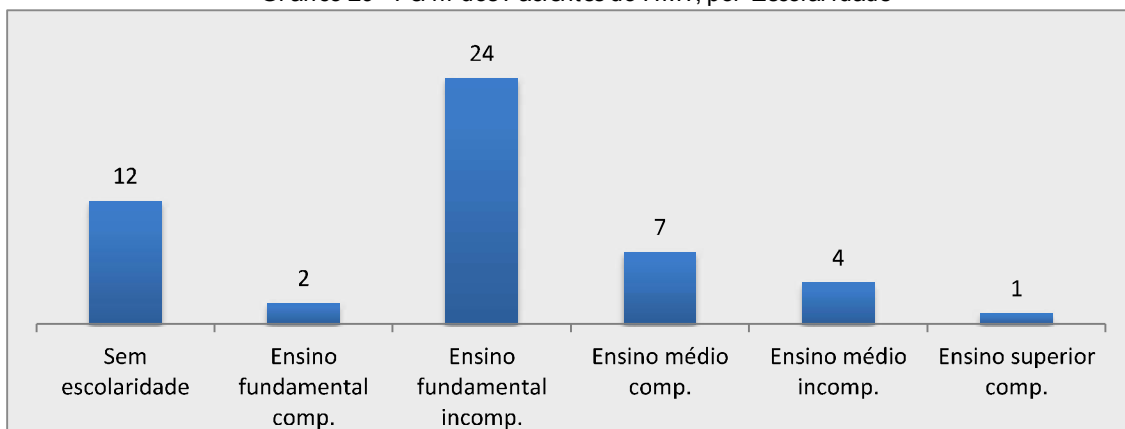
Gráfico 28 - Perfil dos Pacientes do HMI, por Renda



Fonte: Pacientes do HMI
Elaboração: O autor

Também é possível constatar a baixa escolaridade desses pacientes que, na maioria, possui apenas o ensino fundamental incompleto ou não possuem escolaridade alguma:

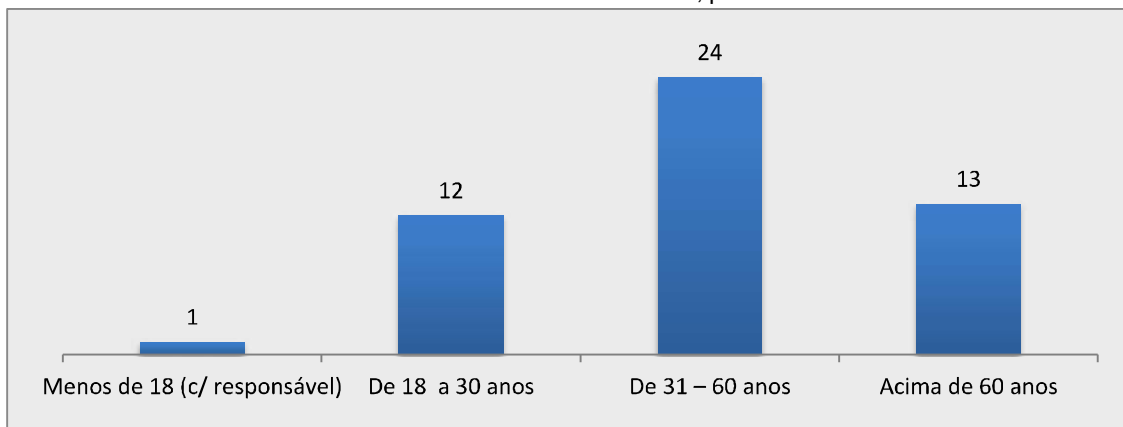
Gráfico 29 - Perfil dos Pacientes do HMI, por Escolaridade



Fonte: Pacientes do HMI
Elaboração: O autor

Deste modo, os dados Gráfico 28 e Gráfico 29 reforçam a importância que o HMI possui para a população mais carente, que são aquelas com baixo nível de renda assim como de escolaridade.

Gráfico 30 - Perfil dos Pacientes do HMI, por Faixa Etária

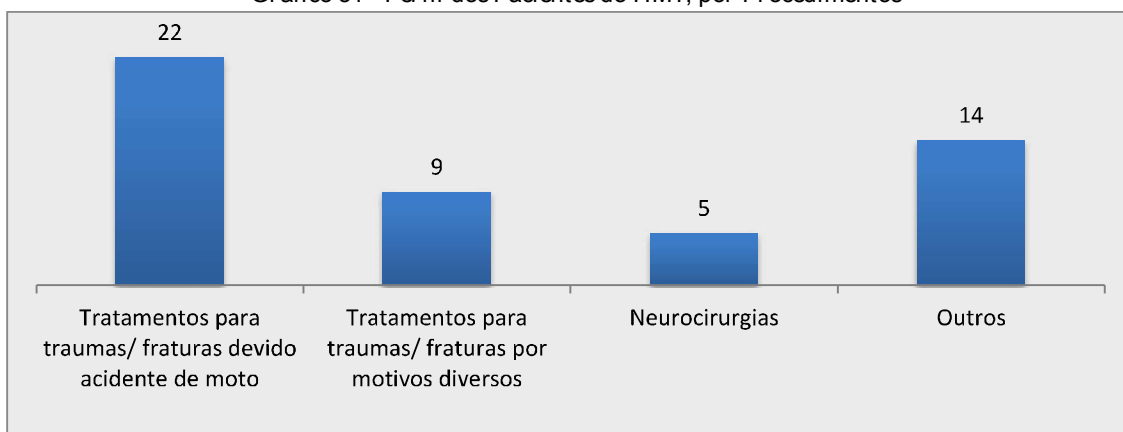


Fonte: Pacientes do HMI
Elaboração: O autor

Conforme o Gráfico 30, a quantidade de jovens e adultos é alta, juntas representam mais de 50% dos entrevistados; como estas são as faixas etárias mais ativas das pessoas, também é a mais propensa a se envolver em acidentes que causam traumas²⁷ ou mesmo fraturas²⁸ graves.

Este fato explica a imensa quantidade de pacientes internados devido traumas e fraturas causadas por acidentes envolvendo motocicletas, conforme demonstrado no Gráfico 31.

Gráfico 31 - Perfil dos Pacientes do HMI, por Procedimentos



Fonte: Pacientes do HMI
Elaboração: O autor

²⁷ É uma lesão sofrida pelo organismo, de aparecimento súbito e de suficiente intensidade, podendo provocar reações imediatas e necessárias de pronto-atendimento.

²⁸ Dissolução de continuidade de um osso. Produz como sintomas dor, mobilidade anormal e ruídos (crepitação) na região afetada.

Estes acidentes causam vários tipos de impactos econômicos aos serviços de saúde do município, segundo Martins (2008):

Custo do atendimento médico-hospitalar, soma dos custos dos recursos humanos e materiais do atendimento e do tratamento das vítimas de acidentes de trânsito com motos, desde a chegada ao hospital até o momento da alta ou do óbito, ou seja, depois de encaminhado a vítima para atendimento médico, deve se computar o gasto com o atendimento de emergência, gastos com profissionais, tratamentos cirúrgicos, internamentos, em alguns casos de acidentes mais graves com motociclistas, esse tratamento chega a custar 200 mil reais ao poder público, conforme levantamento do Hospital de Clínicas de São Paulo no ano de 2005. (Martins, 2008, p. 10).

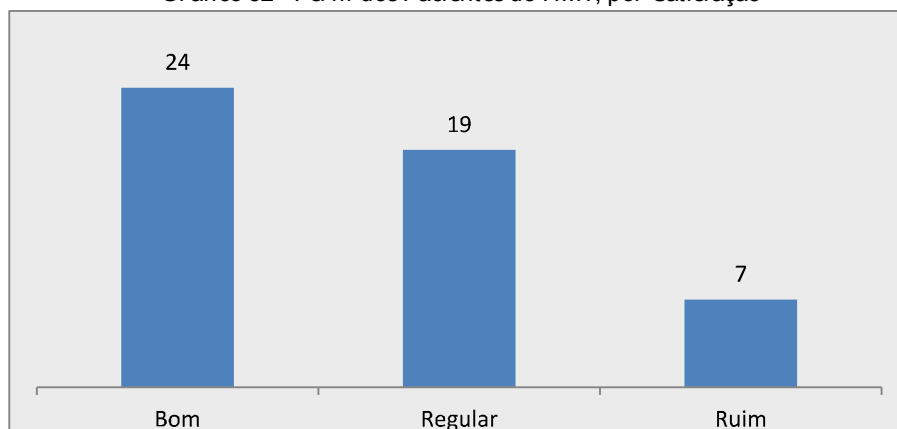
Portanto, além dos gastos com procedimentos hospitalares, existe a perda de capacidade produtiva, os custos de reabilitação e previdência social. Esses são dados preocupantes porque se refere à faixa etária das pessoas mais produtivas, condição que exige transporte para deslocamento pessoal para o trabalho, associado aos riscos próprios de um veículo como uma motocicleta e ainda fatores humanos como pressa, erro de condução, falta de equipamentos de proteção, contribuem para o envolvimento em acidentes e que explica a enorme quantidade de internados envolvidos em acidentes com motocicletas.

Pode-se perceber nas conversas informais que dependendo da gravidade, o tempo de espera por uma cirurgia pode demorar meses, como no caso do Sr. A. M. R. que esperava “na fila” por uma cirurgia de quadril há 57 dias, extremamente irritado, reclamava que via outras pessoas entrar e sair da enfermaria e ele ainda esperava a vez dele que sempre era adiada. Esse relato exemplifica bem o que explicou o Dr. Alison Mota sobre pacientes cujo caso era menos grave e que, por esperar mais tempo, são os que mais reclamam:

A gente trabalha com a classificação de risco, então aquele paciente mais grave tem a preferência no atendimento, então como é um hospital de urgência e emergência, a demanda é extremamente alta, observe que aquele paciente menos grave ou que não era pra ser tratado naquele hospital, para ser atendido no hospital, mas numa unidade menos complexa, ele acaba esperando muito mais pelo atendimento. E esse paciente é o que mais reclama e briga. Tanto é que quando chega um acidentado, se você ficar um pouquinho de tempo no atendimento do pronto-socorro você vai observar que eles já entram direto na sala onde é atendido e tratado. Quando o paciente chega com uma parada cardíaca? Então aquele paciente que está vendo entrar aquele outro mais grave, ele não sabe da gravidade por quê? Porque para o paciente ele é o caso mais grave e para a família também, não quer saber dos outros. (MOTA, 2015).

Essas são questões que influenciam diretamente na percepção da sociedade em relação ao HMI, assim como o foco que a mídia dá a tais problemas que, de fato, existem e não devem ser ignorados. Quanto aos pacientes questionados sobre a satisfação com os serviços oferecidos pelo HMI, obteve-se a seguinte resposta:

Gráfico 32 - Perfil dos Pacientes do HMI, por Satisfação

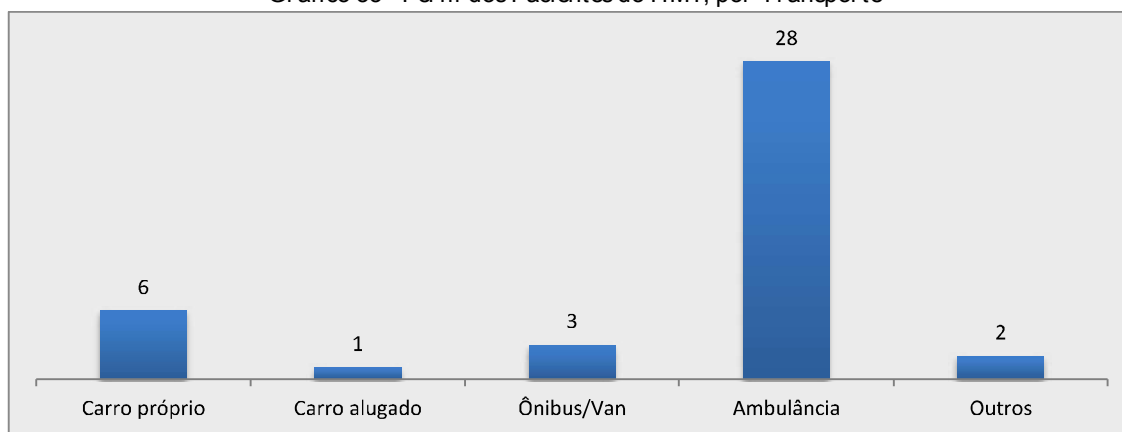


Fonte: Pacientes do HMI
Elaboração: O autor

Para alguns pacientes o HMI é o melhor hospital que podem ter acesso e, geralmente, a única opção, visto que em seu próprio município não é oferecido os serviços buscados. Quanto à origem, obteve-se um valor extremamente alto de pacientes de outros municípios, dos 50 questionados, apenas nove residiam em Imperatriz, ou seja, 82% dos pacientes eram de outros municípios.

Quando tais pacientes foram questionados qual o meio de transporte utilizado para chegar à Imperatriz, obteve-se os seguintes resultados:

Gráfico 33 - Perfil dos Pacientes do HMI, por Transporte



Fonte: Pacientes do HMI
Elaboração: O autor

Essa questão não abarca os pacientes de Imperatriz, mas aqueles que se deslocam dentro da sua rede urbana, ou seja, pacientes dos outros municípios. Conforme evidencia os dados acima, existe o que se convencionou chamar de “ambulancioterapia”, ou seja, os municípios deixam de investir em sua infraestrutura dos serviços de saúde em detrimento de

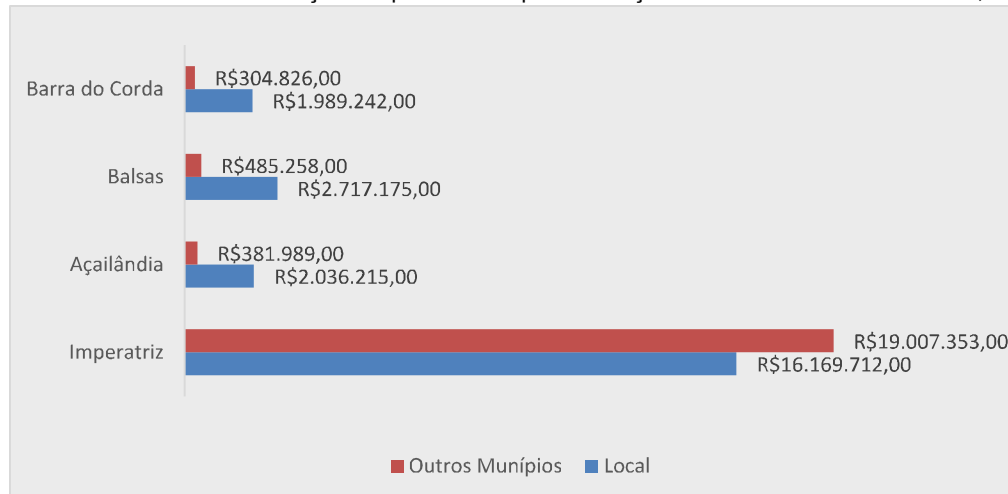
uma solução mais barata ao adquirir ambulâncias com o objetivo de deslocar seus pacientes para outros municípios melhor estruturados, como Imperatriz; fato que enfatiza sua polarização.

Esta decadência dos serviços de saúde dos municípios termina por refletir em Imperatriz contribuindo para a queda do nível de qualidade dos serviços de saúde, conforme explicou Dr. Alisson entrevista:

[...] Normalmente o poder público faz o que? É comprar ambulâncias para levar para outro distrito. Esse é o investimento que eles fazem, é a regra. Então quando o município investe em saúde o que acontece? Atrai pacientes de outros lugares, então você acaba tendo uma capacidade esgotada de atendimento. (MOTA, 2015).

Soma-se a esse esgotamento os gastos com pacientes de outros municípios que são altos e maiores do que o gasto com pacientes do próprio município, disso resulta que a cobertura do déficit orçamentário termina por ser realizado pela prefeitura de Imperatriz, o que significa um gasto com saúde sempre maior do que 15% da receita do município, como preconiza a Constituição Federal. Os gastos de 2014 com pacientes de outros municípios que foram internados pelo SUS em instituições hospitalares de Imperatriz, Açailândia, Barra do Corda e Balsas pode ser observado no Gráfico 34.

Gráfico 34 - Gastos com Internações Hospitalares - Imperatriz - Açailândia - Barra do Corda – Balsas, 2014

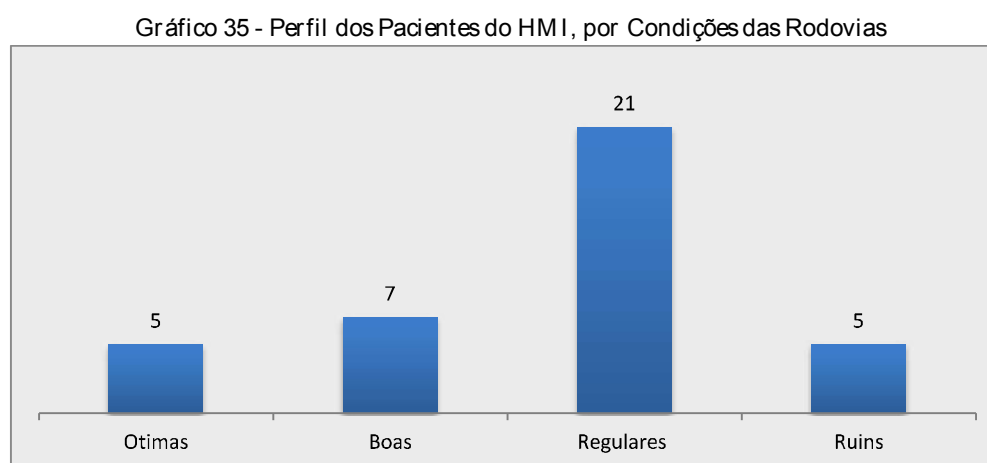


Fonte: DARASUS/TabWin (2014)

Elaboração: O autor

Não seria possível esperar que os gastos com internações nas outras três cidades pelo se comparassem a Imperatriz, visto a grande diferença de infraestrutura em saúde. Entretanto, percebe-se que existe uma disparidade muito grande, o que reforça a inexistência de infraestrutura em saúde nesses municípios e a polarização de Imperatriz.

Essa falta de infraestrutura reforça a importância dos deslocamentos por meio de ambulâncias, nesse contexto os serviços do SAMU são de suma importância, ainda mais o de Imperatriz que é regionalizado. Assim, mesmo que o município do paciente não invista em ambulâncias, o SAMU pode suprir essa carência. Durante as conversas informais foi possível observar que o SAMU, mesmo a nível regional, é responsável pelo transporte da maioria dos pacientes. Este fato se explica devido à grande extensão territorial de cobertura do SAMU, conforme já colocado no Mapa 7. Outro fato a salutar é que tais serviços são grátis, portanto, mesmo pacientes de municípios distantes como Balsas não são onerados financeiramente por seu deslocamento até Imperatriz. Quanto às condições das rodovias, obteve-se os seguintes resultados:



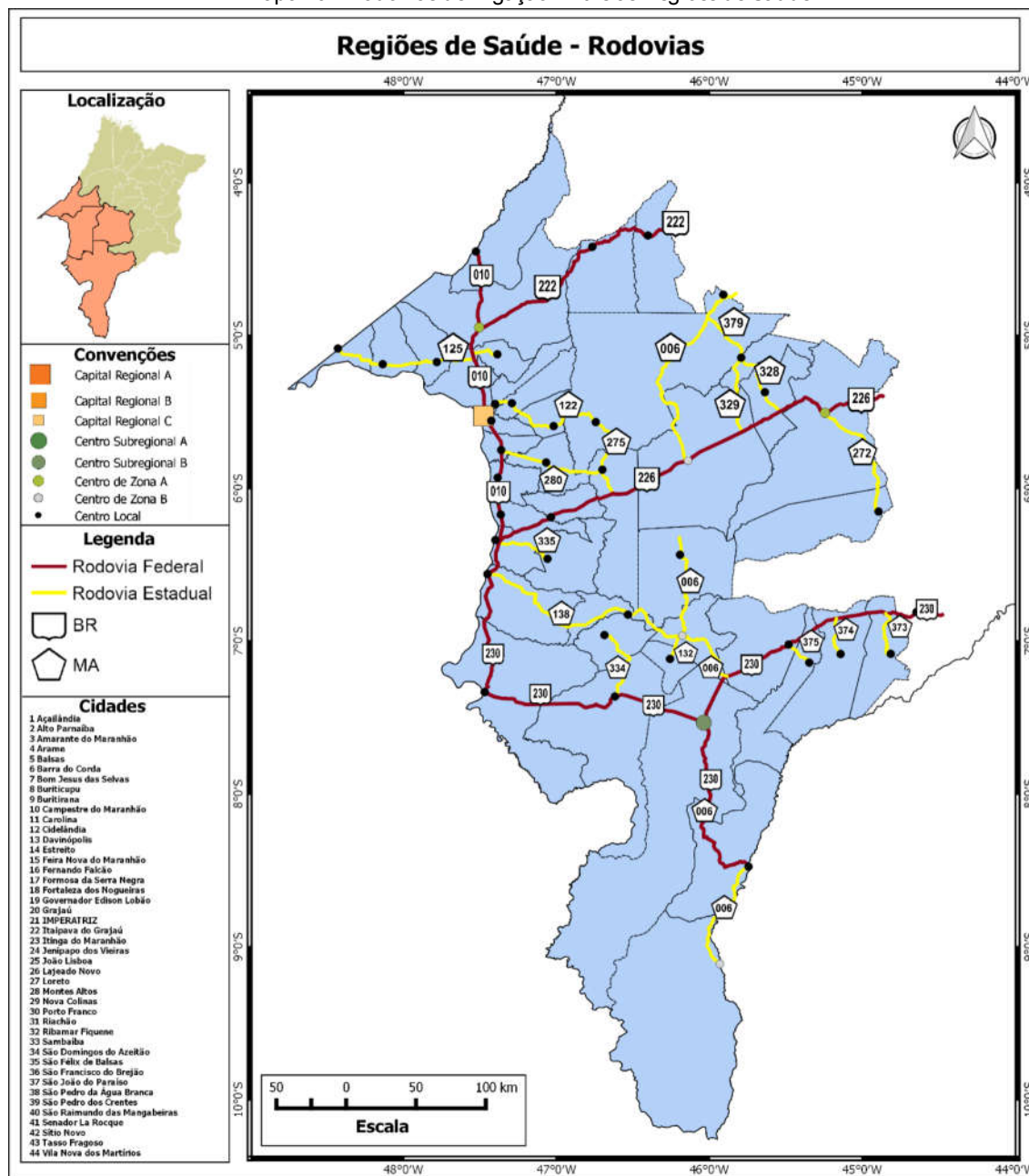
Fonte: Pacientes do HMI
Elaboração: O autor

De maneira geral as rodovias estão em boas condições, segundo relatório anual realizado em 2014 pela Confederação Nacional do Transporte – CNT intitulado “Pesquisa CNT de rodovias 2014: relatório gerencial”, as rodovias federais que cortam o Maranhão se encontram em boas condições, em contrapartida, as estaduais estão em condições regulares ou ruins.

Deve-se enfatizar que as quatro regiões de saúde em estudo estão articuladas por quatro rodovias federais: BR-222, BR-010, BR-226 e BR-230. Tais rodovias recebem constantes manutenções e melhorias, o mesmo não acontece com as rodovias estaduais que, segundo depoimentos dos pacientes do HMI, estão em condições muito ruins: MA-006, MA-125, MA-138, MA-334. Ainda foi possível observar *in loco* que a MA-280 que liga Imperatriz a Sítio Novo do Maranhão e Montes Altos está em péssimas condições.

A Distribuição das rodovias que interligam os municípios das três Regiões de Saúde que são foco desse trabalho está representada no Mapa 29.

Mapa 29 - Rodovias de Ligação Entre as Regiões de Saúde



Fonte: CNT (2014), DNIT (2014)

Elaboração: O autor

Para complementar, buscamos elencar na Tabela 12 a distância entre Imperatriz e os municípios de origem dos pacientes para os quais foram aplicados os formulários, o tempo gasto no deslocamento assim como a quantidade de pacientes de cada município.

Tabela 12- Perfil dos Pacientes do HMI, por Quantidade, Origem, Distância, Tempo de Viagem

Município	Distância de Imperatriz	Horas de viagem	Quantidade de Pacientes
Açailândia – MA	70 km	1 hora	3
Aldeias Altas – MA	610 km	12 horas	1
Amarante – MA	150 km	1,5 horas	2
Araguatins – TO	100 km	1,5 horas	1
Balsas – MA	390 km	6 horas	3
Barra do Corda – MA	310 km	6 horas	1
Bom Jesus das Selvas - MA	165 km	3 horas	1
Bom Lugar – MA	30 km	2 horas	1
Buritcupu – MA	250 km	3 horas	2
Buritirana – MA	70 km	1 hora	1
Campestre – MA	80 km	1 hora	1
Cidelândia – MA	70 km	1,5 horas	2
Dom Eliseu – PA	190 km	4 horas	1
Estreito – MA	130 km	2 horas	1
Feira Nova do MA – MA	240 km	6 horas	2
Fortaleza dos Nogueiras – MA	305 km	7 horas	1
Gov. Edson Lobão – MA	30 km	30 min.	2
Grajaú – MA	190 km	4 horas	1
Imperatriz – MA	-	-	11
João Lisboa – MA	14 km	20 min.	3
Marcelândia – MT	1.620 km	72 horas	1
Pedreiras – MA	470 km	10 horas	1
Ribamar Fiquene – MA	85 km	1 hora	1
Santa Inês – MA	390 km	5 horas	1
São João do Paraíso – MA	160 km	2 horas	1
Sítio Novo do TO – TO	30 km	45 min.	1
Tasso Fragoso – MA	530 km	15 horas	1
Zé Doca – MA	520 km	10 horas	1

Fonte: Pacientes do HMI

Elaboração: O autor

Além da distância, as condições das rodovias também influenciam no tempo de deslocamento até Imperatriz. Conforme demonstra a Tabela 12, alguns municípios possuem distância semelhante até Imperatriz, entretanto, o tempo de viagem de cada um até Imperatriz é diferente. A título de exemplo pode-se comparar Feira Nova do Maranhão que está localizado

a 240 km de Imperatriz e cuja viagem dura seis horas, e Buriticupu, que está a 250 km de distância e que a viagem até Imperatriz dura apenas três horas.

Apesar das distâncias semelhantes, o tempo de viagem de Feira Nova do Maranhão até Imperatriz é o dobro do de Buriticupu até Imperatriz. Este fato reforça as colocações dos pacientes de Feira Nova do Maranhão segundo os quais a rodovia MA -138 encontra-se em péssimas condições estruturais. Em contrapartida, os pacientes de Buriticupu trafegam pela BR-222 e BR-010, ambas em boas condições. Situação semelhante em relação a outros municípios como Tasso Fragoso a 530 km de distância e 15 horas de viagem e Zé Doca a 520 km e 10 horas de viagem; Dom Eliseu a 190 km de distância e quatro horas de viagem e Estreito a 130 km de distância e apenas duas horas de viagem. Esses são alguns casos que associados às colocações dos pacientes questionados revelam que as algumas rodovias estaduais do Maranhão, como a MA-006, MA-125, MA-138, MA-334 e MA-280, não estão em boas condições.

Quanto à distância percorrida pelos pacientes até o HMI, excetuando aqueles do próprio município, 43% deles (17 do total de 40 pacientes) moram em municípios localizados a mais de 100 quilômetros de distância. Dentre os pacientes questionados, chamou muito atenção o caso da Sra. S.M.D.S. oriunda do município de Marcelândia no Mato Grosso e que estava no HMI esperando para se submeter a um procedimento neurocirúrgico. Segundo ela, seu município não oferece tal procedimento e seu médico recomendou busca-lo em Imperatriz; além disso, a mesma possui irmã residindo em Imperatriz, o que diminuiu os custos financeiros e ao mesmo tempo pôde se utilizar do endereço residencial da irmã para realizar o cadastro hospitalar.

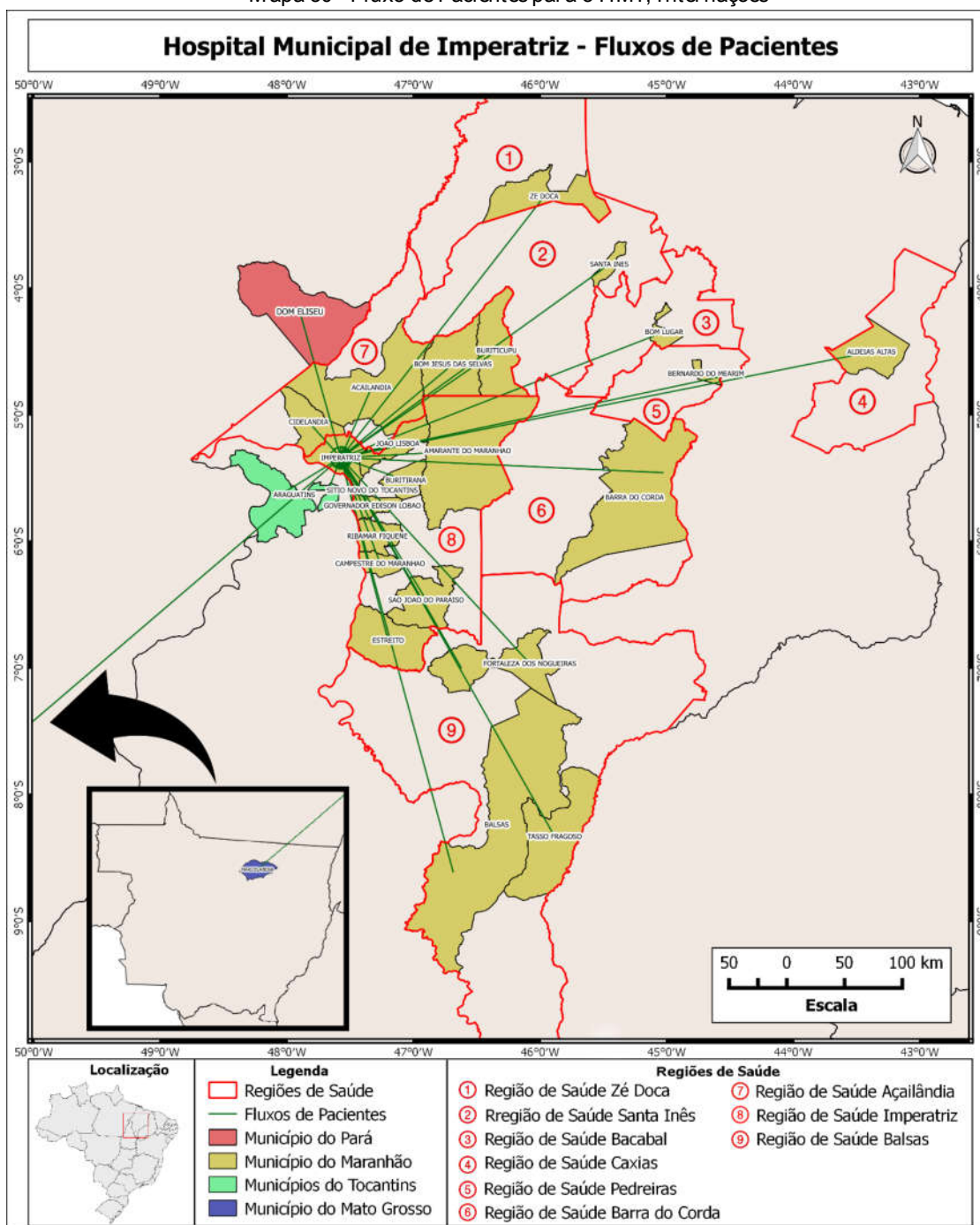
Outro município que possui uma condição singular é Balsas que está localizado no extremo sul do estado e cuja estrutura dos serviços de saúde encontra-se bastante fragilizada; segundo colocações dos pacientes desse município, falta o básico como ataduras para imobilização de membro traumatizado. Portanto, casos como os recorrentes acidentes com motocicletas, mesmo que o caso não seja tão grave, esses pacientes são deslocados para Imperatriz. Mota em entrevista relata a situação dos serviços de saúde em alguns municípios:

No Maranhão a gente nota que Balsas e Açailândia é onde há uma desestruturação maior no sistema de saúde, porque o que vem, não tem a menor possibilidade de vir. Tratamentos que era para ser feito a nível básico acabam vindo pra cá. Com relação ao Pará, o Pará exporta doentes eu acho que para o país todo. É um dos locais onde a estrutura da saúde ainda é muito arcaica, muito fraca, muito ruim. Então muitos pacientes do sul do Pará eles vêm para cá como vão para outras regiões também, mas vem muito. O Tocantins até algum tempo atrás tinha um sistema de saúde público bom, a gente pode dizer bom, porque funcionava bem, de um tempo para cá

desestruturou muito com o fechamento do hospital de Augustinópolis. Houve uma piora, tem uns dois anos já. Com o fechamento do hospital que dava algum suporte a toda essa região do Bico do Papagaio, quer dizer, acabou com o sistema de saúde pública do Tocantins. Então o volume que vem para cá aumentou muito. E o Pará sempre veio muita gente, e não conseguiram ainda estruturar o Pará. (MOTA, 2015).

Já a distribuição geográfica dos pacientes questionados está representada no Mapa 30:

Mapa 30 - Fluxo de Pacientes para o HMI, Internações



Fonte: Pacientes do HMI (2014)

Elaboração: O autor

Com a submissão dos formulários percebe-se que os resultados demonstram bem a extensão e importância que tem o HMI para toda a região, alcançando o extremo Sul do Estado, onde se localiza o município de Balsas; e extremo leste representado por A Ideia Alta, município pertencente à Região de Saúde Caxias, localizada a apenas 70 quilômetros de Teresina, reconhecidamente um dos principais polos de saúde da Região Nordeste.

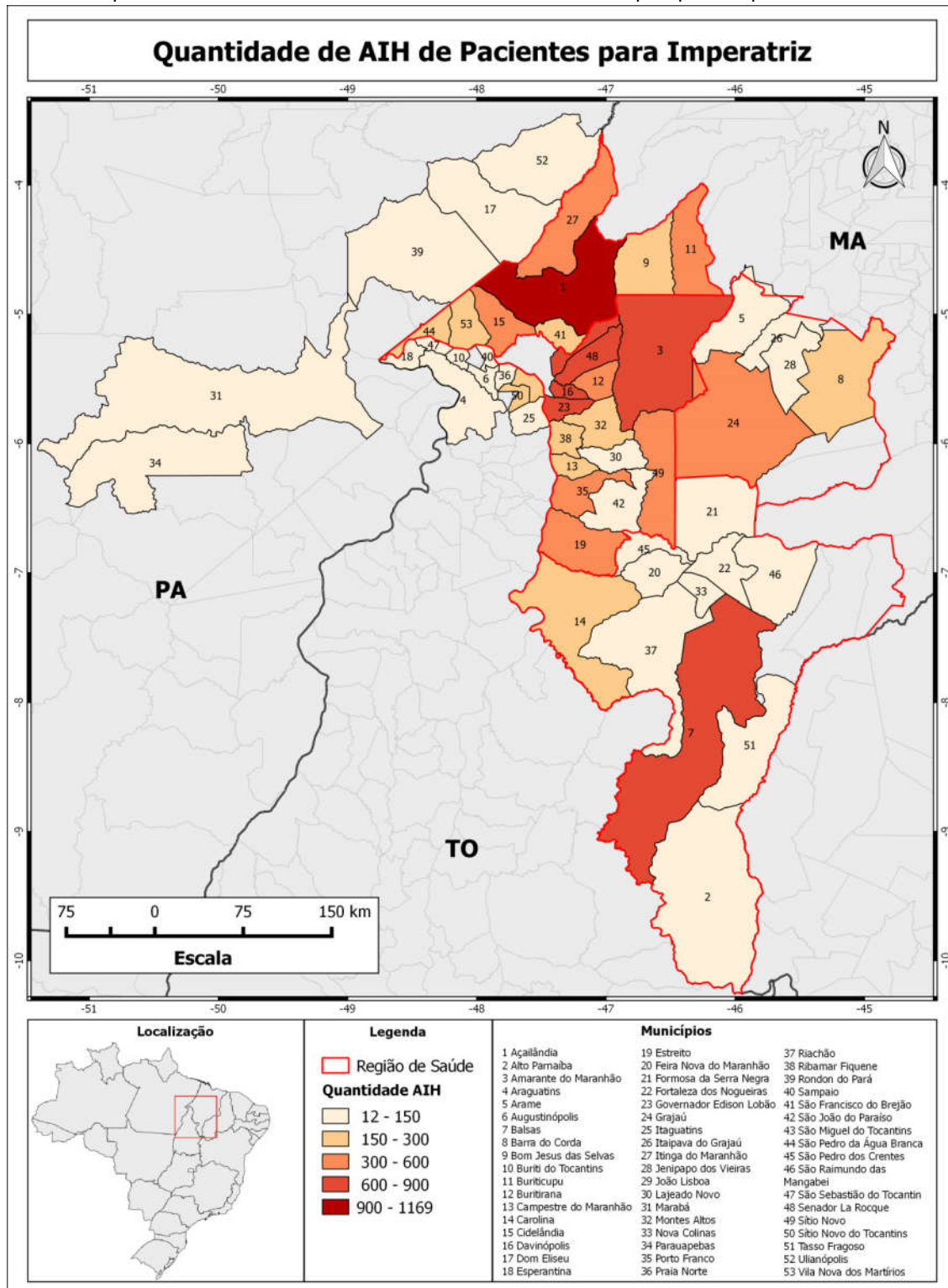
Para Alisson Mota a proximidade da cidade de Teresina com o Estado do Maranhão é um dos motivos que explicam a falta de interesse do Governo Estadual em pôr em prática o Plano Diretor de Regionalização:

A gestão estadual anterior não tinha interesse que avançasse. E aí tem uma explicação para isso. A nível local a gente perde muito, Imperatriz perde muito com isso, com essa não pactuação. Se existisse a pactuação mesmo com outros estados, Imperatriz iria ganhar muito recurso com isso. Mas a nível estadual, a balança pesa ao contrário. Porque aquela região próxima de Teresina ainda exporta muito doente para o Piauí, então por isso que o gestor estadual não tinha interesse que avançasse as pactuações, nesse sentido de organização. Porque em um nível global o Maranhão acabava perdendo (MOTA, 2014).

Essa falta de regras claras de como o sistema deveria funcionar leva a situações delicadas, como as constantes suspensões dos tratamentos de câncer para pacientes oriundos do Maranhão que buscam tratamento em Teresina, visto que, segundo seu secretário municipal, desde o ano de 2010 a prefeitura de Teresina vem acumulando gastos de 25 milhões de reais com pacientes oriundos do Maranhão e desses, oito milhões são por tratamentos contra o câncer (G1 PIAUÍ, 2015). Essa situação se agrava mais ainda devido à existência desses tratamentos em São Luís e Imperatriz e que deveriam receber tais pacientes.

Já o levantamento da quantidade de pacientes de outros municípios internados em instituições de saúde pública de Imperatriz possibilitou a elaboração do Mapa 31 no qual é possível observar que durante o ano de 2014, praticamente todos os municípios das três R.S analisadas mantiveram fluxos de pacientes com Imperatriz.

Mapa 31 - Quantidade de AIH de Pacientes de Outros Municípios para Imperatriz - 2014



Fonte: TabWin/DATASUS (2014)

Elaboração: O autor

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se finalizar este trabalho tem-se a nítida impressão de que se realizou um pequeno mergulho em uma temática extensa e complexa cujo maior aprofundamento se dará mediante a realização de mais pesquisas acadêmicas e pelo maior interesse da administração pública em compreender a realidade da distribuição dos serviços no território maranhense. Apesar das limitações, mediante a conclusão deste trabalho pode-se fazer algumas considerações finais sobre as suas hipóteses e objetivos.

Inicialmente há de se retomar o principal motivo que levou à elaboração deste trabalho que foi a constatação inicial e óbvia de que Imperatriz é uma importante cidade no centro-oeste maranhense, com isto viu-se uma oportunidade para a realização deste trabalho visando compreender melhor a rede urbana articulada com Imperatriz e que constitui sua região de influência tendo como referência fatores socioeconômicos e de serviços públicos de saúde, sendo que tais serviços são pouco abordados pela academia, que matem o foco das suas pesquisas no comércio imperatrizense. Assim, este trabalho foi dividido em três capítulos, cada um com seu objetivo e respectiva hipótese.

Para o primeiro capítulo se propôs que seria possível hierarquizar as cidades do centro-oeste maranhense segundo três temáticas básicas: as redes urbanas, as cidades médias e a diferenciação urbano-rural.

A confirmação dessa hipótese se deu mediante o cumprimento do objetivo de investigar estas temáticas por meio de levantamento bibliográfico que constitui a base teórico-conceitual desse trabalho, ou seja, essas temáticas foram retomadas nos capítulos que se seguiram, tornando possível hierarquizar e caracterizar a rede de cidades sob sua influência, sendo que o trabalho Região de Influência das Cidades de 2008 realizado pelo IBGE se mostrou fundamental devido sua riqueza de dados e informações em relação à rede urbana brasileira.

O segundo capítulo está focado na cidade de Imperatriz, neste se conjecturou que Imperatriz é uma cidade média e capital regional que polariza para si uma rede composta por uma média de 50 municípios localizados a um raio de 200 km de distância, chegando a ultrapassar os limites do próprio município.

Esta hipótese foi parcialmente confirmada visto que a rede urbana de Imperatriz abrange uma média de 95 cidades cujas algumas como Balsas, estão localizadas a uma média de 600 km de distância. Entretanto, quando se alcançou o objetivo deste capítulo mediante pesquisa bibliográfica e levantamento de dados, pôde-se constatar que, de fato, Imperatriz é

uma cidade média devido fatores quantitativos, como sua população de quase 300 mil habitantes; e fatores qualitativos, como sua função de prestadora de serviços educacionais, dos quais se destacam os ofertados por universidades públicas e as faculdades privadas; serviços de saúde, especialmente os ofertados pelos dois principais hospitais públicos da cidade; função comercial de atacado e varejo; administrativa (especialmente a administração pública), comercial (atacado e varejo); sua localização privilegiada entre duas cidades de grande porte, que são Goiânia e Belém, a rede de comunicação por rodovias que convergem para Imperatriz. Estes são alguns fatores que tornam Imperatriz não apenas uma cidade média, mas cidade polo e capital regional de uma extensa rede de cidades.

No terceiro capítulo o foco se deu em relação a Região de Saúde Imperatriz e sua polarização regional em relação as outras três que são suas adjacentes, a Região de Saúde Açailândia, Região de Saúde Balsas e Região de Saúde Barra do Corda. Neste capítulo partiu-se da hipótese de que a gestão dos serviços de saúde é fator determinante para a polarização de Imperatriz, e que também gera benefícios, como a dinamização da economia local; assim como problemas, principalmente para a estrutura hospitalar da cidade.

Para verificar essa hipótese se objetivou caracterizar a rede urbana das regiões de saúde adjacentes a Imperatriz visando comprovar sua polarização e a importância dos dois principais hospitais da cidade, o HMI e o HRMI. Mediante coleta de dados em fontes variadas, foi possível evidenciar a grande disparidade entre a cidade de Imperatriz e os demais municípios das regiões de saúde vizinhas assim como da sua própria região; mesmo naqueles economicamente dinâmicos como Açailândia e Balsas, percebe-se que falta o básico em infraestrutura de saúde, como equipamentos e médicos.

Posteriormente buscou-se aprofundar essa importância regional de Imperatriz analisando os fluxos de pessoas da sua rede urbana que buscam serviços nos dois principais hospitais da cidade: o Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) e o Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (HRMI), que são responsáveis por um fluxo crescente de pessoas de outros municípios para Imperatriz, visto a quantidade de procedimentos hospitalares e clínicos ofertados por ambos hospitais. Imperatriz também conta com uma vasta quantidade de estabelecimentos privados especializados em vários tipos de serviços de saúde, polarizados em dois dos principais bairros da cidade: o Centro e o Juçara.

A importância destes dois hospitais pode ser evidenciada mediante o levantamento de dados, aplicação de formulários a pacientes e a realização de entrevista com o diretor do HMI. Com os resultados obtidos foi possível demonstrar a existência de uma rede de cidades cuja

população depende de Imperatriz para ter acesso a serviços de saúde de média e alta complexidade. Essa afirmativa foi confirmada com a aplicação de formulários a pacientes do HMI cuja origem se mostraram muito variadas, mas que muitas vezes se identificam como residentes em Imperatriz devido receio de não conseguir atendimento, gerando assim distorções nos dados; estas distorções também foram confirmadas em entrevista ao diretor do HMI.

Apesar desse fluxo de pacientes de outros municípios para Imperatriz trazer problemas financeiros e de gestão dos serviços devido esgotamento da capacidade instalada, alguns setores da economia local se beneficia, principalmente os relacionados a serviços de saúde, com destaque para os laboratórios, clínicas e farmácias; e ainda outros como de alimentação, transporte etc., enfim, todos os serviços que servem de suporte à estadia dos pacientes e acompanhante. Portanto, a hipótese deste capítulo se mostrou verdadeira mediante a confirmação do respectivo objetivo. Mediante a conclusão do trabalho pode-se dizer que as hipóteses deste trabalho se mostraram verdadeiras e que de fato a cidade de Imperatriz é um polo regional de saúde, especialmente para a região centro-oeste e sul do Estado do Maranhão, extremo norte do Tocantins e sudeste do Estado do Pará.

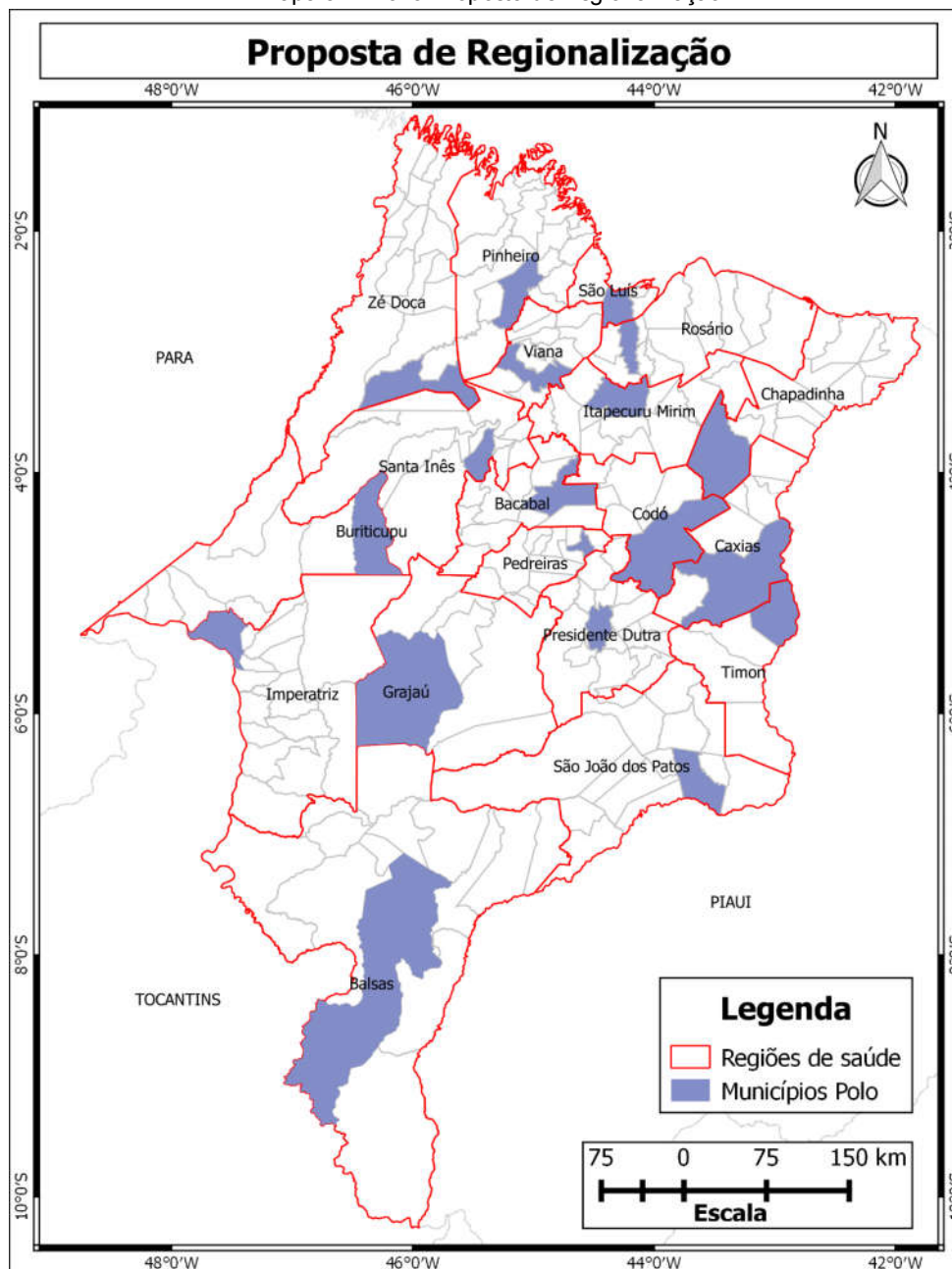
Além dessas conclusões pode-se fazer algumas considerações. Apesar dessa polarização ser responsável por vantagens econômicas para a cidade, principalmente por dinamizar o setor de serviços, faz-se necessário organizar o sistema de saúde estadual como um todo. O primeiro passo para isto seria a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) que permitiria à gestão estadual fortalecer e organizar a infraestrutura dos polos regionais de saúde distribuindo de maneira mais equânime os equipamentos e recursos hospitalares entre as regiões de saúde de maneira a se evitar a contínua repetição de problemas graves como o esgotamento da infraestrutura e serviços hospitalares de Imperatriz, o subfinanciamento da saúde, a falta de repasse financeiro intermunicipal por utilização de serviços de saúde.

Em relação à distribuição dos polos de cada uma das regiões de saúde analisadas, percebe-se nitidamente uma distribuição pouco funcional, visto que Imperatriz e Açailândia são cidades polo de sua respectiva região, mas Açailândia é eclipsada por Imperatriz devido à proximidade de ambas. Ao mesmo tempo Balsas e Imperatriz estão localizadas a grandes distâncias, deixando um enorme vazio entre ambas.

Uma possível solução para este problema seria o deslocamento do Polo de Saúde Açailândia para Buriticupu, que não é uma cidade economicamente dominante como Açailândia, mas que está localizada a uma maior distância de Imperatriz e, portanto, sofre uma menor influência dela; deve-se salientar que Buriticupu é a cidade mais importante dessa região

de saúde depois de Açailândia. Já o Polo de Saúde Barra do Corda poderia ser deslocado para Grajaú, as duas cidades são equivalentes em tamanho, economia e infraestrutura conforme já demonstrado. Essas duas mudanças já significariam uma grande melhoria para o problema que é a distância entre Imperatriz e Balsas e a proximidade entre Imperatriz e Açailândia. Para se obter uma melhor visão desta configuração, observar o Mapa 32.

Mapa 32 - Novo Proposta de Regionalização



Fonte: DATASUS, 2011
Elaboração: O autor

Essa configuração para ser funcional necessita que, de fato, os polos de saúde sejam fortalecidos em sua infraestrutura de saúde; ainda mais porque, como já colocado, a maioria dos municípios possuem um forte caráter rural constituídos por população de baixo poder aquisitivo, o que significa a impossibilidade de manter uma estrutura de saúde funcional. Nesse caso, os polos de saúde são cidades que deveriam suprir essa necessidade regional por serviços de saúde e desafogar Imperatriz enquanto único polo cuja infraestrutura de saúde é resolutive.

Essa proposta de divisão precisa ser estudada de maneira mais profunda, visto que aqui tem-se a colocação de uma possibilidade baseada em critérios que não levam em consideração, por exemplo, a questão dos interesses políticos. Portanto, dessa primeira aproximação faz-se necessários que se continue a pesquisar as viabilidades de tais mudanças.

Outra sugestão para pesquisa é compreender quais são os entraves que levam Balsas a não se concretizar como um polo de saúde, visto que enquanto polo funcional, uma grande quantidade de pessoas que moram em municípios ao sul do estado se tornariam menos dependentes de Imperatriz. Esta é uma questão importante visto que o município de Imperatriz e Balsas estão localizados muito distante um do outro.

Também é preciso dizer que essas temáticas não se esgotaram e que se faz necessário a realização de mais pesquisas para que se possa formar um quadro completo da realidade regional do centro-oeste maranhense, especialmente em relação à oferta e acesso a serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVIM, A. M. M. et al. Análise da hierarquia urbana da microrregião de Conselheiro Lafaiete/MG. In: *Caminhos de Geografia*, Uberlândia, v. 13, n. 42, 2012.
- AMORIM FILHO, O. B.; SERRA, R. Evolução e Perspectivas do Papel das Cidades Médias No Planejamento Urbano e Regional. In: ANDRADE, T e SERRA (Orgs.). *Cidades médias brasileiras*. Rio de Janeiro: IPEA, 2001, p.1 - 34.
- AMORIM FILHO, O. B.; SENNA FILHO, N. A morfologia das cidades médias. Goiânia: Editora Vieira, 2005.
- ANDRADE, Manuel C. de. *Geografia, ciência da sociedade: uma introdução à análise do pensamento geográfico*. São Paulo: Atlas, 1987.
- ARAÚJO, Flávia Aparecida; SOARES, Beatriz Ribeiro. Os fluxos dos serviços de saúde e a dinâmica socioespacial em Araguari: uma caracterização geográfica. In: RAMIRES, Júlio Cesar de. *Dinâmica socioespacial e saúde coletiva em cidades de Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013.
- ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331 – 345, 2003.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*. v. 23, n. 3, p. 615-626, mar, 2007.
- BECKER, Bertha K. *Amazônia*. São Paulo: Ática, 1997.
- _____. *A Urbe amazônica: a floresta e a cidade*. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2013.
- BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro. Descentralização: o desafio da regionalização para estados e municípios. *Revista de Administração em Saúde*. São Paulo. v. 10, n. 41. 2008.
- BRANCO, Maria Luísa Gomes Castello. Algumas considerações sobre a identificação de cidades médias. In: SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão (org.). *Cidades médias: espaço em transição*. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.
- BRASIL. *Decreto-lei Nº 311, de 2 de Março de 1938*. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-311-2-marco-1938-351501-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acessado em: 06/03/2014.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Atlas do Estado do Maranhão*. Rio de Janeiro: IBGE, 1984.
- _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acessado em: 06/03/2012.

_____. Lei n.º 8.080 de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acessado em: 03/01/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 1/91. Resolução n.º 258, de 07 de Janeiro de 1991. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acessado em: 06/01/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 1/93. Portaria n.º 545 de 20 de maio de 1993. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./1993/prt0545_20_05_1993.html. Acessado em: 06/01/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 1/96. Portaria n.º 2.203 de 5 de novembro de 1996. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acessado em: 06/01/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Norma Operacional da Assistência à Saúde Noas-SUS 1/01. Portaria n.º 95 de 25 janeiro de 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2001/prt0095_26_01_2001.html. Acessado em: 06/01/2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria MS/GM n.º 699 de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2006/prt0699_30_03_2006.html. Acessado em: 06/01/2014.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508 de 28/06/2012. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwidsa7i65bMAhWB5AKHQHKAHQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fportal.anvisa.gov.br%2Fwps%2Fwcm%2Fconnect%2Fef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834%2FDecreto_7.50_de_28_de_junho_de_2011.pdf%3FMOD%3DAJPERES&usq=AFQjCNEe8HGyFAMNykkj8iB2lK8TV5K_Zw&sig2=UDODerj68i_SuB9pFsAm4Q. Acessado em: 06/01/2014.

BRITTO LEITE, M. J. Uma observação sobre as cidades médias do nordeste. In: Angela Nascimento; Marcos Costa Lima. (Org.). *O nordeste brasileiro em questão. uma agenda para reflexão*. 1 ed. Recife: Editora Kiron, 2015, v. 1, p. 242-285.

CAPEL, Horácio. De las funciones urbanas a las dimensiones básicas de los sistemas urbanos. *Revista de Geografia*. Barcelona, v. 6(2), n. 5, p. 218-248, 1972.

CONDEPE/FIDEM. Agência de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco. *Pernambuco em rede: caracterização das regiões de influência das cidades pernambucanas* / Coordenação de Ruskin Marinho de Freitas e Georgina Cavalcanti Alves de Miranda, 2012.

CORRÊA, Roberto Lobato. **A rede urbana**. São Paulo: Editora Ática, 1989.

_____. O Espaço Urbano: Notas teórico-metodológicas. **Geosul**, v. 15, p. 13–18, 1993.

_____. Identificação dos centros de gestão do território no Brasil. In: **Revista Brasileira de Geografia**. Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 83 - 102, jan./mar. 1995.

_____. **Estudos sobre a rede urbana**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

_____. Construindo o conceito de cidade média. In: SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão (org.). **Cidades médias: espaço em transição**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

CORTEZZI, Francisco Martins. **Oliveira-MG: uma “cidade média” na zona perimetropolitana de Belo Horizonte?**. Belo Horizonte, 2011. 172f. : il. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Tratamento da Informação Espacial, Belo Horizonte, 2011.

COUTINHO, Milson. **Imperatriz: subsídios para a história da cidade**. São Luís: Sioge, 1994.

CRUZ, Betty Clara Barraza De La. **Contribuição para a análise da competitividade da soja em grãos: uma aplicação do modelo de equilíbrio espacial ao Estado de Tocantins**. Rio de Janeiro, 2007. 148 f. : il. Tese (Doutorado em Engenharia Industrial) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

DATASUS. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> - Acessado em: 15/01/2014.

ELIAS, Denise. Redes Agroindustriais e Produção do Espaço Urbano no Brasil Agrícola. In: SILVA, Borzachiello José da et al. (Org). **Panorama da geografia brasileira I**. São Paulo: Anablume, 2006. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=8tpIzV5-Ji4C&lpg=PA221&ots=T4mdLiwc3&dq=Redes%20agroindustriais%20e%20produ%C3%A7%C3%A3o%20do%20espa%C3%A7o%20urbano%20no%20Brasil%20agr%C3%ADcola&hl=ptBR&pg=PA60#v=onepage&q=Redes%20agroindustriais%20e%20produ%C3%A7%C3%A3o%20do%20espa%C3%A7o%20urbano%20no%20Brasil%20agr%C3%ADcola&f=false> e. Acessado em: 10/09/2014.

BORZACHIELLO, José da et al. (Org). **Panorama da geografia brasileira I**. São Paulo: Anablume, 2006.

CNT. **Pesquisa CNT de rodovias 2014: Relatório Gerencial**. – Brasília: CNT: SEST: SENAT, 2014.

E-MEC. Sistema Eletrônico do MEC. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br> – Acessado em: 25/10/2014.

EUFRASIO, M. A. A Teoria dos lugares centrais de Christaller. **Revista Orientação**. São Paulo: Instituto de Geografia - USP, 1984.

FERREIRA, Benedita. *As relações cidade/campo no vale do tocantins: o caso de Imperatriz no Maranhão*. (Tese Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, 1995.

FILHO, O. B. A.; RIGOTTI, J. I. R. Os limiares demográficos na caracterização das cidades médias. *Anais do XIII encontro da associação brasileira de estudos populacionais*. Ouro Preto, 04 a 08/11/2002, 22p.

FRANCO, Selma; CAMPOS, Gastão W. de S. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. *Revista Saúde Pública*, 32 (4): 352:60, 1998.

FRANKLIN, Adalberto. *Apontamentos e fontes para a história econômica de Imperatriz*. Imperatriz, MA: Ética, 2008.

G1 PIAUÍ, *Justiça determina que Piauí atenda pacientes vindos do Maranhão*. Disponível em: <http://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2015/01/justica-determina-que-piaui-atenda-pacientes-vindos-do-maranhao.html> Acessado em: 16/02/2015.

GAMA, Antônio. *Uma ruptura epistemológica na geografia a teoria dos lugares centrais*. *Revista Crítica e Ciências Sociais*. Coimbra: 1983.

GEORGE, Pierre. *Geografia urbana*. São Paulo: DIFEL, 1983.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1987.

GIRARDI, Eduardo Paulon. *O rural e o urbano: é possível uma tipologia?* Presidente Prudente, 2008. Disponível em: http://www.uel.br/cce/geo/didatico/omar/modulo_b/a12.pdf Acessado em: 10/09/2014.

GITE. Grupo de Inteligência Territorial Estratégica. (Embrapa): Disponível em: <https://www.embrapa.br/gite>. Acessado em: 08/12/2014.

GONÇALVES, C. W. P. *Amazônia. Amazônia*. São Paulo: Contexto, 2001.

GONDIM, G. M. M., et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=516620&indexSearch=ID>. Acessado 09/10/2014.

HISSA, Cássio Eduardo Viana. *A mobilidade das fronteiras: inserções da geografia na crise da modernidade*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2002.

Hoover, Edgar M.; Giarratani, Frank. *An introduction to regional economics*. Morgantown, West Virginia: Regional Research Institute, S/d. Disponível em: <http://www.rr.i.wvu.edu/WebBook/Giarratani/contents.htm>. Acessado em: 13/09/2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Divisão do Brasil em regiões funcionais urbanas – 1966*. Rio de Janeiro. IBGE, 1972.

- _____. **Regiões de influência de cidades – 1973**. Rio de Janeiro. IBGE, 1987.
- _____. **Regiões de influência de cidades – 1993**. Rio de Janeiro. IBGE, 2000.
- _____. **Regiões de influência de cidades – 2007**. Rio de Janeiro. IBGE, 2008.
- _____. **Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- _____. **Divisão urbano-regional: procedimentos operacionais**. Rio de Janeiro, IBGE, 2013.
- _____. **Censo 2010**. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/> Acessado em: 05/01/2014.
- IPEA. **Caracterização e tendências da rede urbana do Brasil: estudos básicos para caracterização da rede urbana** / IPEA, IBGE, UNICAMP. Brasília : IPEA, 2001.
- _____. IPEADATA. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/>. Acessado em: 21/11/2013.
- IMESC. **Produto interno bruto dos municípios do Estado do Maranhão: Período 2006 a 2010**. São Luís: Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos/IMESC, 2012.
- JORNAL FOLHA DO BICO. **Rodoviária de Imperatriz Registra Aumento no Fluxo de Passageiros**. Disponível em: <http://www.folhadobico.com.br/rodoviaria-de-imperatriz-registra-aumento-no-fluxo-de-passageiros.php>. Acessado em: 25/11/2014.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. Revista e Ampliada. São Paulo, SP: Atlas, 2003.
- MALDANER, Iandra de Souza; LIMA, Jandir Ferrera de; GRECO, Silvia Cristina Bender. **A estrutura urbana no oeste do Paraná: a influência da cidade de Cascavel no seu entorno**. *Raega*. [S.l.], v. 14, mar. 2008. ISSN 2177-2738. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/raega/article/view/3453/9091>>. Acesso em: 09/08/2014.
- MARANHÃO. **Plano de ação para prevenção e controle do desmatamento e das queimadas no Estado do Maranhão**. Decreto nº 27.317, de 14 de abril de 2011. São Luis, 2011.
- MARQUES, M. I. M. **O conceito de rural em questão**. *Revista Terra Livre*. Ano 18, n. 19, p. 95–112, 2002.
- MATOS, Guilherme M. S. de. **O modelo de von Thünen: um aplicativo computacional**. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.
- MOTA, Francisco Lima. **O rural e o urbano na cidade de Balsas (MA): transformações socioespaciais no pós 1980**. 2011. 139 f., Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Uberlândia: Uberlândia, 2011.

MOURA, Maria da Graça Aguiar de. **Itabirito – um centro urbano emergente, seu papel e suas transformações**. Dissertação (Mestrado em Análise Espacial) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

OLIVEIRA, Fátima Bayma de; KASZNA, Istvan Karoly. **Saúde, previdência e assistência social: desafios e propostas estratégicas**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2010.

PEREIRA, José C. M. **Importância e significado das cidades médias na amazônia: uma abordagem a partir de Santarém (PA)**. 2004. 114 f., Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Belém, 2004.

PONTES, Beatriz Soares. As cidades médias brasileiras: os desafios e a complexidade do seu papel na organização do espaço regional (1970). **Boletim de Geografia**. Maringá: UEM, n. 18, p. 1-27, 2000.

Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php> acessado em: 12/09/2013.

RAMIRES, Cidades médias e serviços de saúde: algumas reflexões sobre os fixos e fluxos. In: **Cidades Médias: Espaço em Transição**. Maria encarnação Beltrão Spósito (organização). 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

RODRIGUES, Eubia Andréa. **Rede urbana do Amazonas: Tefé como cidade média de responsabilidade territorial na calha do médio Solimões**. Manaus: UFAM, 2011. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Amazonas, 2011.

ROCHEFORT, Michel. **Redes e sistemas: ensinando sobre o urbano e a região**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SAGE. Sistema de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/> Acessado em: 21/10/2014.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Laura Silveira. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 15. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCHEFFER, Scheffer; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex. **Demografia médica no brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011.

SESA, Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **Plano diretor de regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde, no Estado do Paraná**. Paraná, 2009.

SILVA, B. de Mello e. Cidades pequenas e médias: reflexões teóricas e aplicadas. In: LOPES, Diva Maria Ferlin; HENRIQUE, Wendel (organizadores). **Cidades Médias e Pequenas: Teorias, Conceitos e Estudos de Caso**. Salvador: SEI, 2010.

SILVA, D. B.; OLIVEIRA, H. C. M.; SOARES, B. R. A Espacialidade dos agentes econômicos em Uberlândia (MG): a análise de uma cidade média. **Caminhos de Geografia**. Uberlândia, v. 11, n. 36, p. 09 – 22, dez/2010.

SOARES, Beatriz Ribeiro. Repensando as cidades médias brasileiras no contexto da globalização. *Formação*. Presidente Prudente: Pós-Graduação em Geografia. FCT/UNESP, n.6, 1999.

_____. Pequenas e médias cidades: um estudo sobre as relações socioespaciais nas áreas de cerrado em Minas Gerais. In: SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão (org.). *Cidades médias: espaço em transição*. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SOUZA, J. M. de. *A cidade na região e a região na cidade: a dinâmica socioeconômica de Imperatriz e suas implicações na Região Tocantina*. Imperatriz, MA: Ética, 2009.

SOUZA, J. M. de. *Enredos da dinâmica urbano-regional sulmaranhense: reflexões a partir da centralidade econômica de Açailândia, Balsas e Imperatriz*. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia, 2015.

SOUZA, Renilson Rehem. *Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo*, 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2002.

SPOSITO, Eliseu Savério. *Redes e cidades*. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

SPÓSITO, Maria Encarnação Beltrão. O centro e as formas de expressão da centralidade urbana. *Revista Geografia*. São Paul. UNESP, n. 10, 1991.

_____, A gestão territorial e as diferentes escalas da centralidade. *Revista Território*. Rio de Janeiro, UFRJ, ano III, número 04, 1998.

_____, Novas formas comerciais e redefinição da centralidade intra-urbana. In: Maria Encarnação Beltrão Espósito. (Org.). *Textos e contextos para leitura geográfica de uma cidade média*. Presidente Prudente: São Paulo, 2001.

TOURINHO, Helena Lúcia Zagury. *Estrutura urbana de cidades médias amazônicas: análise considerando a articulação das escalas interurbana e intraurbana*, 2011. 576 f.: il.; 21 x 30 cm. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano, 2011.


WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência: os jovens do brasil*. Brasília, 2014.

VALVERDE & DIAS; Orlando, Catharina Vergolino. *A rodovia Belém-Brasília: estudos de Geografia Regional*. Publicação Nº 22. Série “A”. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 1967.

VEIGA, José Eli da. A dimensão rural do Brasil. *estudos sociedade e agricultura*. Rio de Janeiro, vol. 12, n. 1, 2004, p. 71-94.

ANEXOS

Anexo A - resolução 44/2011 de 16 de junho de 2011


ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB/MA

RESOLUÇÃO CIB/MA Nº 44/2011 DE 16 DE JUNHO DE 2011

Dispõe sobre a conformação das
Regiões de Saúde.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB/MA, em reunião extraordinária realizada no dia 16 de junho de 2011, no uso de suas atribuições legais,

Considerando as Portarias GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 e nº 699 de 30 de março de 2006, que divulgam e regulamentam o Pacto pela Saúde em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Portaria nº 372/GM de 16 de fevereiro de 2007 que altera a Portaria nº 699 de 30 de março de 2006;


Considerando a necessidade do Estado de ter um Sistema de Saúde com resolutividade;

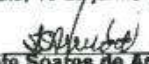
Considerando a deliberação consensual desta Comissão, tendo em vista o processo de Regionalização no Estado do Maranhão,

RESOLVE:

APROVAR a constituição da **REGIONALIZAÇÃO** no Estado do Maranhão com a conformação de **19 (dezenove) REGIÕES DE SAÚDE** e **08 (oito) MACRORREGIÕES**, consoante os anexos I, II.

PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE


Ricardo Jorge Murad
Presidente da CIB/MA

São Luís, 16 de junho de 2011.

Iolene Soares de Arruda
Presidente do COSEMS/MA



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MA

ANEXO I DA RESOLUÇÃO CIB/MA Nº 44/2011 DE 16 DE JUNHO DE 2011

Município	Região	Macrorregião
210020 Alcântara 210750 Paço do Lumiar 210945 Raposa 211120 São José de Ribamar 211130 São Luís	São Luís	São Luís
210005 Açailândia 210203 Bom Jesus das Selvas 210232 Buriticupu 210325 Cidelândia 210542 Itinga do Maranhão 211085 São Francisco do Brejão 211153 São Pedro da Água Branca 211285 Vila Nova dos Martírios	Açailândia	Imperatriz
210040 Altamira do Maranhão 210120 Bacabal 210207 Bom Lugar 210215 Brejo de Areia 210355 Conceição do Lago-Açu 210590 Lago Verde 210635 Marajá do Sena 210740 Olho D'Água das Cunhãs 210810 Paulo Ramos 211140 São Luís Gonzaga do Maranhão 211300 Vitorino Freire	Bacabal	Coroatá
210010 Afonso Cunha 210030 Aldeias Altas 210220 Buriti 210300 Caxias 210340 Coelho Neto 210390 Duque Bacelar 211107 São João do Soter	Caxias	Caxias



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB/MA

210095 Arame 210160 Barra do Corda 210408 Fernando Falcão 210480 Grajaú 210535 Itaipava do Grajaú 210547 Jenipapo dos Vieiras	Barra do Corda	Presidente Dutra
--	-------------------	------------------

210050 Alto Parnaíba 210140 Balsas 210280 Carolina 210407 Feira Nova do Maranhão 210409 Formosa da Serra Negra 210410 Fortaleza dos Nogueiras 210610 Loreto 210725 Nova Colinas 210950 Riachão 210970 Sambaíba 211080 São Félix de Balsas 211157 São Pedro dos Crentes 211160 São Raimundo das Mangabeiras 211200 Tasso Fragoso	Balsas	Balsas
--	--------	--------

210015 Água Doce do Maranhão 210080 Anapurus 210090 Araloses 210210 Brejo 210320 Chapadinha 210630 Magalhães de Almeida 210640 Mata Roma 210667 Milagres do Maranhão 210805 Paulino Neves 211010 Santa Quitéria do Maranhão 211023 Santana do Maranhão 211060 São Bernardo 211250 Tutóia	Chapadinha	São Luís
--	------------	----------



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MA

210043 Alto Alegre do Maranhão 210330 Codó 210360 Coroatá 210845 Peritoró 211150 São Mateus do Maranhão 211210 Timbiras	Codó	Coroatá
--	------	---------

210060 Amarante do Maranhão 210235 Buritirana 210255 Campestre do Maranhão 210375 Davinópolis 210405 Estreito 210455 Governador Edison Lobão 210530 Imperatriz 210550 João Lisboa 210598 Lajeado Novo 210700 Montes Altos 210900 Porto Franco 210955 Ribamar Fiquene 211105 São João do Paraíso 211176 Senador La Rocque 211180 Sítio Novo	Imperatriz	Imperatriz
--	------------	------------

210070 Anajatuba 210100 Arari 210173 Belágua 210270 Cantanhede 210540 Itapecuru Mirim 210663 Matões do Norte 210675 Miranda do Norte 210720 Nina Rodrigues 210880 Pirapemas 210930 Presidente Vargas 211040 São Benedito do Rio Preto 211260 Urbano Santos 211270 Vargem Grande 211290 Vitória do Mearim	Itapecuru Mirim	São Luis
---	--------------------	----------



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB/MA

210193 Bernardo do Mearim		
210400 Esperantinópolis		
210520 Igarapé Grande		
210570 Lago da Pedra		
210580 Lago do Junco		
210594 Lago dos Rodrigues		
210596 Lagoa Grande do Maranhão	Pedreiras	Coroatá
210600 Lima Campos		
210820 Pedreiras		
210890 Poção de Pedras		
211163 São Raimundo do Doca Bezerra		
211167 São Roberto		
211223 Trizidela do Vale		

210083 Apicum-Açu		
210130 Bacuri		
210190 Bequimão		
210310 Cedral		
210312 Central do Maranhão		
210370 Cururupu		
210490 Guimarães		
210680 Mirinzal		
210825 Pedro do Rosário		
210840 Peri Mirim		
210860 Pinheiro	Pinheiro	Pinheiro
210905 Porto Rico do Maranhão		
210927 Presidente Sarney		
210980 Santa Helena		
211178 Serrano do Maranhão		
211240 Turiçu		
211245 Turilândia		



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB/MA

210275 Capinzal do Norte	Presidente Dutra	Presidente Dutra
210380 Dom Pedro		
210420 Fortuna		
210440 Gonçalves Dias		
210450 Governador Archer		
210460 Governador Eugênio Barros		
210462 Governador Luiz Rocha		
210470 Graça Aranha		
210560 Joselândia		
210910 Presidente Dutra		
210975 Santa Filomena do Maranhão		
211030 Santo Antônio dos Lopes		
211070 São Domingos do Maranhão		
211125 São José dos Basílios		
211174 Senador Alexandre Costa		
211230 Tuntum		

210110 Axixá	Rosário	São Luís
210125 Bacabeira		
210170 Barreirinhas		
210237 Cachoeira Grande		
210500 Humberto de Campos		
210510 Icatu		
210710 Morros		
210920 Presidente Juscelino		
210940 Primeira Cruz		
210960 Rosário		
211020 Santa Rita		
211027 Santo Amaro do Maranhão		



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MA

210047 Alto Alegre do Pindaré 210177 Bela Vista do Maranhão 210200 Bom Jardim 210465 Governador Newton Bello 210515 Igarapé do Meio 210690 Monção 210850 Pindaré-Mirim 210870 Pio XII 210990 Santa Inês 211000 Santa Luzia 211102 São João do Carú 211172 Satubinha 211227 Tufilândia	Santa Inês	Santa Inês
---	------------	------------

210135 Bacurituba 210240 Cajapió 210250 Cajari 210650 Matinha 210745 Olinda Nova do Maranhão 210760 Palmeirândia 210830 Penalva 211050 São Bento 211100 São João Batista 211170 São Vicente Ferrer 211280 Viana	Viana	Pinheiro
---	-------	----------

210660 Matões 210780 Parnarama 211090 São Francisco do Maranhão 211220 Timon	Timon	Caxias
---	-------	--------



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MA

210150 Barão de Grajaú 210180 Benedito Leite 210230 Buriti Bravo 210350 Colinas 210545 Jatobá 210592 Lagoa do Mato 210670 Mirador 210730 Nova Iorque 210770 Paraibano 210790 Passagem Franca 210800 Pastos Bons 211065 São Domingos do Azeitão 211110 São João dos Patos 211190 Sucupira do Norte 211195 Sucupira do Riachão	São João dos Patos	Presidente Dutra
--	--------------------	------------------

210055 Amapá do Maranhão 210087 Araguaã 210197 Boa Vista do Gurupi 210260 Cândido Mendes 210290 Carutapera 210315 Centro do Guilherme 210317 Centro Novo do Maranhão 210430 Godofredo Viana 210467 Governador Nunes Freire 210565 Junco do Maranhão 210620 Luís Domingues 210632 Maracaçumé 210637 Maranhãozinho 210735 Nova Olinda do Maranhão 210923 Presidente Médici 211003 Santa Luzia do Paruá 211400 Zé Doca	Zé Doca	Santa Inês
---	---------	------------



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB/MA

ANEXO II DA RESOLUÇÃO CIB/MA Nº 44/2011 DE 16 DE JUNHO DE 2011


Macrorregiões	Regiões	Municípios pop. 2010
São Luís	1, 7, 10 e 14	2.323.145
Caxias	4 e 17	521.605
Pinheiro	12 e 16	627.099
Imperatriz	2 e 9	759.112
Presidente Dutra	5, 13 e 18	697.058
Coroatã	3, 8 e 11	764.706
Santa Inês	15 e 19	649.914
Balsas	6	232.150


✓ /

Anexo B – Grupo de Equipamentos

25/12/2014

Equipamentos

**Informações de Saúde**

**DATASUS**
Tecnologia da Informação a serviço do SUS

Equipamentos

EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

- ..Gama Câmara
- ..Mamógrafo com Comando Simples
- ..Mamógrafo com Estereotaxia
- ..Raio X até 100 mA
- ..Raio X de 100 a 500 mA
- ..Raio X mais de 500mA
- ..Raio X Dentário
- ..Raio X com Fluoroscopia
- ..Raio X para Densitometria Óssea
- ..Raio X para Hemodinâmica
- ..Tomógrafo Computadorizado
- ..Ressonância Magnética
- ..Ultrassom Doppler Colorido
- ..Ultrassom Ecógrafo
- ..Ultrassom Convencional

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

- ..Controle Ambiental/Ar-condicionado Central
- ..Grupo Gerador
- ..Usina de Oxigênio

EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS ÓPTICOS

- ..Endoscópio das Vias Respiratórias
- ..Endoscópio das Vias Urinárias
- ..Endoscópio Digestivo
- ..Equipamentos para Optometria
- ..Laparoscópio/Vídeo
- ..Microscópio Cirúrgico

EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS GRÁFICOS

- ..Eletrocardiógrafo
- ..Eletroencefalógrafo

EQUIPAMENTOS DE MANUTENÇÃO DA VIDA

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/equipamentos.htm>

1/2

- ..Bomba/Balão Intra-Aórtico
- ..Bomba de Infusão
- ..Berço Aquecido
- ..Bilirrubinômetro
- ..Debitômetro
- ..Desfibrilador
- ..Equipamento de Fototerapia
- ..Incubadora
- ..Marcapasso Temporário
- ..Monitor de ECG
- ..Monitor de Pressão Invasivo
- ..Monitor de Pressão Não-Invasivo

- ..Reanimador Pulmonar/AMBU

- ..Respirador/Ventilador

OUTROS EQUIPAMENTOS

- ..Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas
- ..Aparelho de Eletroestimulação
- ..Bomba de Infusão de Hemoderivados
- ..Equipamentos de Aférese
- ..Equipamento para Audiometria
- ..Equipamento de Circulação Extracorpórea
- ..Equipamento para Hemodiálise
- ..Forno de Bier

EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA

- ..Equipo Odontológico Completo
- ..Compressor Odontológico
- ..Fotopolimerizador
- ..Caneta de Alta Rotação
- ..Caneta de Baixa Rotação
- ..Amalgamador
- ..Aparelho de Profilaxia c/Jato de Bicarbonato

APÊNDICES

Apêndice A – Formulário



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO URBANO



Este formulário faz parte de uma Pesquisa de dissertação do curso de Desenvolvimento Urbano da Universidade Federal de Pernambuco. As informações obtidas nesse neste serão de uso apenas acadêmico, preservando o anonimato dos participantes.

Pesquisador: José Alencar Viana de Araújo
Orientador: Ruskin Marinho de Freitas

FLUXO E ACESSO DOS USUÁRIOS A SERVIÇOS DE SAÚDE EM IMPERATRIZ - MA

Local: _____
Data: ____/____/____

Questões:

Iniciais do nome: _____

1. Sexo:
☐ Masculino ☐ Feminino
2. Faixa-Etária:
☐ menos de 18 (c/ responsável) ☐ 30 – 60 anos
☐ 18 – 30 anos ☐ acima de 60 anos
3. Escolaridade:
☐ Sem escolaridade ☐ Ensino médio completo
☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto
☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino superior
4. Nível de Renda:
☐ Não tenho rendimentos próprios ☐ De 1 a 3 salários
☐ Menos de 1 salário ☐ Mais de 3 salários
5. Que tipo de atendimento de saúde você está procurando?

6. De maneira geral, como você classificaria os serviços de saúde oferecidos pelo HMI?

- ☐ Excelente
☐ Bom
 ☐ Regular
☐ Péssimo
7. Em média, quantas vezes por ano você utiliza os serviços do HMI?
- ☐ 1 vez
☐ 2 vezes
 ☐ 3 vezes
☐ Mais de 3
8. Qual o município de origem?
- Se de Imperatriz: ☐ Sede ☐ Interior
- De outro município, qual? _____ ☐ Sede ☐ Interior
9. Quanto tempo durou a viagem até Imperatriz? _____
10. Que tipo de transporte utilizou?
- ☐ Carro próprio
☐ Carro alugado
☐ Ônibus/ Van
 ☐ Ambulância
☐ Outro
11. Em média, quanto gasta no deslocamento de ida, volta e permanência em Imperatriz? _____
12. Seu município oferece o serviço de saúde que você procura?
- _____
13. Por qual motivo você veio a Imperatriz buscar este atendimento (proximidade, qualidade, falta de opções etc.)?
- _____
- _____
14. Caso, por que optou por Imperatriz?
- _____
- _____
15. Além dos serviços de saúde, que outros serviços você utiliza na cidade de Imperatriz?
- _____
- _____