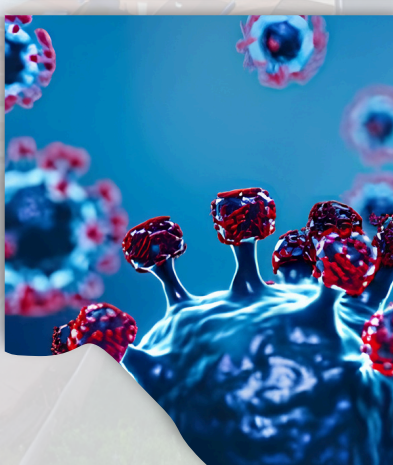
O USO CORPORATIVO DO TERRITÓRIO NA PANDEMIA DE COVID-19

Região geográfica imediata de Imperatriz, Maranhão, Brasil









Allison Bezerra Oliveira
Daniely Lima Silva

Allison Bezerra Oliveira
Daniely Lima Silva
Autores

O USO CORPORATIVO DO TERRITÓRIO NA PANDEMIA DE COVID-19

Região geográfica imediata de Imperatriz, Maranhão, Brasil

EDITORA UEMASUL
2026

Todos os direitos reservados à Editora UEMASUL. É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio, desta publicação.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade dos autores.

Projeto Gráfico: Editora UEMASUL

Catalogação na publicação Seção de Catalogação e Classificação.

O48u Oliveira, Allison Bezerra

O uso corporativo do território na pandemia de Covid-19: Região geográfica imediata de Imperatriz, Maranhão, Brasil/ Allison Bezerra Oliveira; Daniely Lima Silva. – Imperatriz: EDUEMASUL, 2026.

247 p. ; il.

ISBN 978-65-89274-59-9

1. Políticas públicas de saúde. 3. Território. 4. COVID-19. 5. Geografia crítica. I. Oliveira, Allison Bezerra. II. Silva, Daniely Lima. III. Titulo.

CDU 910.1:316

Ficha elaborada pela Bibliotecária: **Jarina Serra Santos CRB13/953**

Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão – UEMASUL

Reitora

Profa. Dra. Luciléa Ferreira Lopes Gonçalves

Vice-reitor

Prof. Dr. Jorge Diniz de Oliveira

Pró-reitora de Gestão e Sustentabilidade Acadêmica

Profa. Dra. Márcia Suany Dias Cavalcante

Pró-reitor de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação

Prof. Dr. Allison Bezerra Oliveira

Pró-reitor de Planejamento e Administração

Prof. Dr. José Sérgio de Jesus Salles

Pró-reitor de Extensão e Assistência Estudantil

Prof. Dr. José Milton Lopes Pinheiro

Pró-reitor de Gestão de Pessoas

Prof. Dr. Bruno Lucio Meneses Nascimento

Pró-reitor de Infraestrutura

Prof. Dr. Wilson Araújo da Silva

Autores
Allison Bezerra Oliveira
Daniely Lima Silva

Conselho Editorial
Profa. Dra. Camila Brito Collares da Silva
Profa. Dra. Andrea Ferraz Silva Pereira
Prof. Dr. Bruno Maia Halley
Prof. Dr. Caleb da Silva Araujo Campelo
Profa. Dra. Carla Melli Tambarussi
Prof. Dr. Diego Carvalho Viana
Profa. Dra. Gilvânia Queiroz Madeira de Aguiar
Profa. Dra. Josiéli Demetrio Siqueira
Profa. Dra. Leisa Aparecida Gviasdecki De Oliveira
Profa. Dra. Luciana Oliveira dos Santos
Profa. Dra. Luciene Santana Ferreira

Coordenação da Editora
Profa. Dra. Camila Brito Collares da Silva

Diagramação
Jeciane da Silva Chaves

Capa
Eduardo da Conceição Jorge

Revisão
Natalia Raposo da Fonseca

PREFÁCIO

No Brasil, a garantia da saúde foi reconhecida como um direito de todos(as) e dever do Estado a partir da promulgação da Constituição de 1988. Desde então, a saúde passou a ser compreendida como direito social fundamental, e deve estar relacionado às condições de vida da população e não apenas à ausência da doença. Essa concepção ampliou a compreensão sobre saúde, incorporando fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais e territoriais que perpassam o processo saúde-doença e influenciam diretamente o bem-estar e a qualidade de vida da sociedade.

Como direito social fundamental, articula a outros direitos sociais, a saúde está profundamente relacionada às formas de organização do território e ao acesso a direitos, como educação, moradia, saneamento, mobilidade, emprego, alimentação, serviços de saúde e demais elementos essenciais à garantia da qualidade de vida das populações.

No Brasil, e de maneira refletida em suas diferentes unidades federativas, as históricas desigualdades sociais também se expressam na distribuição desigual de infraestrutura, serviços e investimentos públicos e privados, repercutindo diretamente nas possibilidades de acesso à atenção à saúde ou, em seus opostos, na ocorrência de doenças e os óbitos. Esses desfechos podem manifestar-se, sobretudo, em regiões marcadas por fortes assimetrias socioespaciais, onde as condições de vida e o acesso aos direitos sociais ocorrem de forma desigual no território.

Nesse cenário, compreender a saúde para além de seus aspectos estritamente biomédico implica analisar as dinâmicas territoriais das políticas públicas de saúde, que condicionam a oferta, a circulação e o uso dos serviços médicos-hospitares no cotidiano da população, especialmente dos usuários do sistema público de saúde. Assim, os serviços de saúde no Brasil, desde os

mais básicos até os de maior complexidade, devem estar inseridos na organização do território de modo a atender às demandas mais usuais da população. Além disso, ressalvadas as especificidades de cada contexto, esses serviços também deveriam estar preparados para responder a situações excepcionais e de maior complexidade, como ocorreu durante a pandemia de COVID-19.

É nesse recorte analítico que se insere a obra "O Uso Corporativo do Território na Pandemia de COVID-19: Região Geográfica Imediata de Imperatriz, Maranhão, Brasil" de autoria de Allison Bezerra Oliveira e Daniely Lima Silva. O livro apresenta uma reflexão inicial crítica e densa sobre a organização territorial dos serviços de saúde no Brasil, bem como a desigualdade regional no acesso e aos investimentos em saúde. Assim destacam que: "As desigualdades na oferta de serviços de saúde não decorrem apenas de dinâmicas econômicas, mas de uma lógica territorial seletiva, que concentra poder técnico e financeiro em polos estratégicos de desenvolvimento. Esse processo sustenta a centralização dos serviços de alta complexidade nas regiões de maior dinamismo econômico, aprofundando as disparidades no acesso".

A obra concilia, no seu arcabouço teórico conceitual, autores da Geografia Crítica, com destaque para Milton Santos e sua análise sobre os circuitos superior e inferior da economia, aplicado à distribuição dos serviços e equipamentos de saúde nas escalas territoriais do Brasil, do Maranhão e da Região Imediata de Imperatriz. Dessa foram, evidencia-se que a teoria miltonia contribuiu para explicar a "geografia da desigualdade assistencial" já existente antes mesmo do período pandêmico.

As análises de Allison e Daniely também se apoiam na Geografia da Saúde, das vulnerabilidades e dos riscos, elementos que corroboraram para a compreensão geografia dos óbitos no período da pandemia de COVID-19. Ao articular referenciais da Geografia da Saúde, da economia política do território e da análise das redes técnicas e informacionais, a obra destaca como

o território é apropriado de maneira desigual pelos agentes hegemônicos, produzindo fluidez para alguns e viscosidades para muitos.

Ao longo dos capítulos, demonstra-se que a distribuição dos serviços de saúde não ocorre de forma homogênea, mas segue uma lógica econômica e corporativa que tendem a privilegiar áreas mais dinâmicas e integradas às redes de circulação do capital e da informação. Assim, o acesso aos serviços médico-hospitalares reflete as contradições estruturais, particularmente em estados periféricos como o Maranhão, onde persistem limitações de infraestruturas e fragilidades históricas na oferta de serviços de saúde de maior complexidade. Nesse contexto, tais desigualdades tiveram impacto negativo no atendimento à população durante a pandemia, ressaltando a insuficiência da rede assistencial e as dificuldades de acesso aos serviços especializados em diferentes regiões do estado, dentre as quais, a Região Imediata de Imperatriz, no Maranhão.

O cenário da distribuição desigual e contraditória dos serviços médico-hospitalares é muito bem ilustrado na obra a partir do caso da Região Imediata de Imperatriz, que consolidou-se como polo regional de serviços. Ao mesmo tempo em que concentra infraestrutura e atendimentos especializados, a região amplia as dependências e os deslocamentos populacionais provenientes dos municípios circunvizinhos, revelando tensões entre centralização, acesso e precarização territorial. Durante o período pandêmico, essas desigualdades reverberaram na geografia dos óbitos, demonstrando como a concentração dos serviços e limitações da rede de saúde influenciaram para salvar vidas ou não.

Assim, a obra demonstra que a pandemia de COVID-19, como evento crítico da saúde mundial, ceifou inúmeras vidas e também foi capaz de intensificar e revelar as desigualdades territoriais preexistentes. A crise sanitária expôs, de maneira contundente, os limites da fluidez territorial e as fragilidades da

rede de atenção à saúde em áreas periféricas, tornou visíveis os efeitos da seletividade espacial na distribuição da infraestrutura hospitalar, dos recursos humanos, dos equipamentos de suporte à vida e das possibilidades concretas de acesso aos cuidados em saúde.

Ao ler a obra, ratifico sua relevância como leitura fundamental para pesquisadores, estudantes, gestores públicos e todos aqueles interessados em compreender as relações entre território, saúde e desigualdade no Brasil contemporâneo. Aproveito também para agradecer o privilégio de ter acompanhado inicialmente esta pesquisa no formato de dissertação e, agora, no formato de livro. Nessa nova etapa torna-se ainda mais evidente a qualidade, a dedicação e o comprometimento dos colegas Daniely e Allison com a produção do conhecimento geográfico. Parabéns!! por contribuírem com a Geografia maranhense e brasileira.

Profa. Márita Ribeiro

APRESENTAÇÃO

É com satisfação que apresentamos a obra "O Uso Corporativo do Território na Pandemia de COVID-19: Região Geográfica Imediata de Imperatriz, Maranhão, Brasil", de autoria de Allison Bezerra Oliveira e Daniely Lima Silva. Este livro constitui uma reflexão crítica e densa sobre a organização das políticas públicas de saúde no Brasil, partindo da premissa de que a garantia desse direito, embora consolidada pela Constituição de 1988, enfrenta barreiras estruturais em um território marcado por profundas desigualdades históricas. Ao articular os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), como a descentralização e a regionalização, com o pensamento geográfico clássico e contemporâneo, os autores demonstram que o território não é apenas um palco administrativo, mas um processo social dinâmico onde se materializam as tensões entre o interesse público e a lógica corporativa.

A obra fundamenta-se no arcabouço teórico da Geografia Crítica, com especial destaque para os conceitos de "meio técnico-científico-informacional" e " uso corporativo do território" de Milton Santos. Os autores analisam como a infraestrutura médico-hospitalar no Brasil segue uma lógica de seletividade espacial, que concentra recursos, tecnologias e poder técnico em polos estratégicos de desenvolvimento. No caso específico do Maranhão, essa dinâmica é examinada detalhadamente na Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII), onde a centralidade urbana da cidade-polo atua como um ímã que atrai e fixa serviços de alta complexidade. Essa concentração produz o que os autores definem como uma "geografia da desigualdade assistencial", na qual municípios periféricos permanecem relegados a infraestruturas insuficientes e fragmentadas, forçando a população a constantes deslocamentos em busca de atendimento.

O livro atinge seu ponto nevrálgico ao analisar o impacto

da pandemia de COVID-19 como um "evento crítico" que expôs as fragilidades desse modelo de organização territorial. A crise sanitária tornou visíveis as "viscosidades" do território maranhense, demonstrando como a distribuição desigual de leitos, profissionais e equipamentos de suporte à vida influenciou diretamente a geografia dos óbitos. Através de uma investigação que une a Geografia da Saúde à economia política do território, os autores revelam que a mobilidade dos pacientes em direção a Imperatriz, motivada pela carência local, não apenas sobrecarregou o sistema no polo regional, mas também atuou como um vetor de disseminação do vírus, agravando as vulnerabilidades de uma população já atravessada por assimetrias socioespaciais.

Dessa forma, a presente obra transcende a mera descrição estatística para oferecer um diagnóstico profundo sobre como o uso corporativo do território instrumentaliza o Estado e o mercado, muitas vezes em detrimento da universalidade e da equidade do acesso à saúde. Ao final da leitura, torna-se evidente que a compreensão do processo saúde-doença é indissociável da análise das redes técnicas e informacionais que estruturam o espaço brasileiro. "O Uso Corporativo do Território na Pandemia de COVID-19: Região Geográfica Imediata de Imperatriz, Maranhão, Brasil" é, portanto, uma leitura obrigatória para pesquisadores, gestores e estudantes que buscam entender as relações de poder que moldam o direito à vida, reafirmando o compromisso da geografia maranhense com a produção de um conhecimento científico socialmente engajado e territorialmente justo.

Estrutura da obra organiza-se em sete capítulos que conduzem o leitor de uma fundamentação teórica robusta à análise empírica detalhada da realidade maranhense. O Capítulo 1 estabelece as bases da economia política do território, discutindo como a organização e o acesso à saúde são moldados por relações de poder e produção espacial. No Capítulo 2, a análise volta-se para as políticas de segmentação corporativa no Maranhão,

evidenciando como essas estratégias aprofundam as desigualdades assistenciais no estado. O Capítulo 3 explora os conceitos de fluidez e viscosidade aplicados à rede de serviços médico-hospitalares, enquanto o Capítulo 4 examina a modernização seletiva, apontando os limites técnicos e espaciais que restringem a atenção de média e alta complexidade em território maranhense.

A partir do Capítulo 5, o foco converge para a Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII), mapeando a distribuição desigual de serviços que caracteriza esse recorte regional. O Capítulo 6 aprofunda essa investigação ao analisar a seletividade espacial e as dinâmicas de viscosidade presentes nos estabelecimentos de saúde locais, revelando as barreiras funcionais enfrentadas pela população. Por fim, o Capítulo 7 encerra a obra com um exame de como a pandemia de COVID-19 intensificou os usos desiguais do território na RGII, demonstrando que o evento crítico não apenas revelou, mas acelerou os processos de exclusão e as assimetrias na rede de saúde regional.

Os autores.



SUMÁRIO

15 Economia política do território na organização e no acesso aos serviços de saúde

57 Políticas de segmentação corporativa e desigualdades nos serviços de saúde do Maranhão

79 Fluidez e viscosidades na distribuição de serviços médico-hospitalares no Maranhão

97 Modernização seletiva e os limites da fluidez na atenção de média e alta complexidade no Maranhão

137 A distribuição desigual de serviços médico-hospitalares na região geográfica imediata de imperatriz (RGII)

159 Seletividade espacial e dinâmicas de viscosidade nos estabelecimentos de saúde da RGII

189 A pandemia de COVID-19 e a intensificação dos usos desiguais do território na RGII

223 Considerações Finais

CAP. 1

ECONOMIA POLÍTICA DO TERRITÓRIO NA ORGANIZAÇÃO E NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE



ECONOMIA POLÍTICA DO TERRITÓRIO NA ORGANIZAÇÃO E NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A economia política, concebida em sua origem como uma análise totalizante da produção e de suas múltiplas determinações, jamais prescindiu do espaço como mediação constitutiva. Nos séculos XVII e XVIII, pensadores como Petty, Quesnay, Smith, Ricardo e Marx inscreviam suas reflexões na espacialidade concreta das nações, das cidades, das redes de circulação e do capital (Santos, 2012). Esses autores, antes mesmo da formalização acadêmica da geografia, pensavam o espaço como elemento constitutivo da vida econômica e social, entendendo-o como "natureza segunda", isto é, uma natureza transformada pelo trabalho humano e pelas relações sociais (Santos, 2012).

Em termos gerais, a economia política pode ser compreendida como o campo que investiga a dinâmica da produção, suas condições de efetivação e os efeitos sociais, espaciais e econômicos que dela derivam (Santos, 2012). Santos (1994a, 2012) a define como um processo marcado pela interação complexa entre duas forças fundamentais, o capital e o trabalho, cujas relações se manifestam tanto de modo espontâneo quanto por meio de regulações institucionais, sem que mercado e Estado atuem de forma excludente.

O autor ainda argumenta que esse enfoque exige, necessariamente, a incorporação do espaço na análise, pois este não é um dado neutro ou externo, mas sim uma construção histórica (Santos, 2012). Ou seja, resulta da sobreposição entre o trabalho realizado no passado, materializado em objetos técnicos, infraestruturas e formas, e o trabalho presente, que se exerce sobre essas estruturas herdadas. Essa combinação entre formas fixadas e práticas atuais constitui, em sua totalidade, o espaço geográfico, o qual deve ser apreendido como parte integrante das relações de

produção (Santos, 1994a, 1996, 2012).

É nesse contexto que se impõe a necessidade de resgatar uma economia política com e no território. Se, para Santos (1996, 2012), o espaço geográfico, resulta da dialética entre trabalho morto (infraestruturas, técnicas, formas herdadas) e trabalho vivo (ações, usos, práticas sociais), o território é a apropriação concreta desse espaço pelas forças sociais e relações de poder. O território é, portanto, a espacialidade tornada operativa e usada pela presença de uma instância hegemônica, o Estado, o capital, as instituições, que o organiza segundo seus próprios interesses e racionalidades seletivas (Santos, 1996, 2012; Silveira, 2011).

Em uma economia política do território, as dinâmicas da produção, da circulação e do consumo são atravessadas por formas de controle e regulação espacial (Santos, 2012). Mais do que cenário, o território é arena de conflito e palco da reprodução desigual do capital (Santos; Silveira, 2001). A urbanização, nesse sentido, deve ser lida não apenas como fato demográfico ou morfológico, mas como expressão visível da lógica seletiva do capital e de sua necessidade de ordenar fluxos e fixar forças em pontos estratégicos do território (Santos, 2012).

Essa reconceituação exige um novo olhar analítico sobre o espaço, deixando de vê-lo como mera configuração físico-técnica e passando a enxergá-lo como instância concreta e contraditória da reprodução social. É nesse movimento que se impõe a economia política do território como chave interpretativa, pois o território, longe de ser um artefato neutro ou passivo, emerge como representação espacial do poder e da normatividade, como produto e produtor das estratégias seletivas do capital e do Estado em sua busca incessante por controle, ordenamento e rentabilidade (Santos, 2012).

A economia política do território é, antes de tudo, uma abordagem crítica das relações entre os fenômenos espaciais e as dinâmicas econômicas, sociais e políticas que os constituem e

por eles são constituídas (Santos, 2012). O território, como ensina Santos (1996), não é um simples palco onde se desenrolam os eventos econômicos, mas um agente ativo, dotado de materialidade e funcionalidade que interagem de maneira complexa com o processo de acumulação capitalista e com a vida social, como também argumentam Santos e Silveira (2001).

Os autores propõem uma leitura do território não como uma sequência linear de estágios históricos, mas como uma configuração que sobrepõe diferentes formas de organização espacial, denominadas meio natural, meio técnico, meio técnico-científico e meio técnico-científico-informacional. Esses meios coexistem e se articulam de maneira complexa, refletindo a evolução das forças produtivas e das técnicas que se incorporam ao território (Santos; Silveira, 2001). A compreensão do território deve, portanto, considerar a interdependência dessas formas de organização que moldam a estrutura territorial (Santos; Silveira, 2001).

No contexto da saúde, o meio técnico-científico-informacional, constituído pela articulação entre técnicas, ciência, tecnologias e fluxos de informação, assume posição central, tornando-se elemento estruturante da organização e do funcionamento dos serviços assistenciais. A informação (como protocolos clínicos, dados de pacientes e sistemas digitais) e as tecnologias sofisticadas (tais como equipamentos médicos, plataformas de gestão e recursos de telemedicina) deixam de ser meras ferramentas operacionais para se converterem em vetores fundamentais da produção territorial da saúde, isto é, em forças que moldam as formas de oferta, gestão e acesso aos serviços (Travasso; Oliveira; Viacava, 2006; Santos, 1996).

Com isso, os sistemas de saúde passam a ser organizados sob a égide de uma lógica territorial marcada pela fluidez, que exige a rápida circulação de dados, insumos, profissionais e usuários; pela especialização, que concentra procedimentos e competências em

unidades seletivas e hierarquizadas; e pela seletividade territorial, que privilegia determinados recortes espaciais em detrimento de outros (Travasso; Oliveira; Viacava, 2006).

Os centros urbanos mais desenvolvidos, especialmente os situados na região Sudeste do Brasil, concentram grande parte das inovações tecnológicas e dos recursos assistenciais, enquanto outras áreas, como o Norte e o Nordeste, permanecem relegadas a uma infraestrutura precária, com escassez de serviços especializados e limitações no acesso a procedimentos de maior complexidade (Travasso; Oliveira; Viacava, 2006).

No processo histórico de configuração territorial da saúde, a articulação entre tecnoesfera e psicoesfera revela a lógica seletiva do capital (Santos, 1996). A concentração de objetos técnicos em áreas dotadas de maior densidade normativa e capacidade de investimento gera enclaves de modernidade, enquanto amplia vazios técnicos em territórios marginalizados, reproduzindo a desigualdade no acesso e no uso do território (Santos, 1996).

Por sua vez, a psicoesfera opera na construção de hierarquias simbólicas que associam a densidade técnica à superioridade dos lugares. No campo da saúde, tal imaginário reforça a centralidade dos centros "tecnificados" e relega regiões como o Norte e o Nordeste à condição de territórios de carência. Esse valor simbólico, convertido em norma, legitima a centralização dos investimentos e naturaliza a exclusão, reproduzindo a desigualdade como uma racionalidade do território (Kahil, 2010; Santos, 1996).

A coexistência dessas duas esferas, tecnoesfera e psicoesfera, resulta em um sistema territorial fragmentado, onde a técnica é aplicada de modo seletivo, criando desigualdades estruturais. A lógica do capital hegemônico molda o território de forma desigual, priorizando os interesses de acumulação em detrimento do acesso equitativo aos serviços de saúde, o que torna urgente a discussão sobre políticas públicas que possam mitigar esses efeitos

e promover uma maior justiça territorial (Santos, 1996).

A seletividade territorial, conforme discutido por Santos (1978, 1996, 1988), refere-se à forma como as desigualdades econômicas e sociais se articulam no espaço, determinando a capacidade de produção e consumo dos agentes de acordo com a posição que ocupam no território. Nos países subdesenvolvidos, essa seletividade se manifesta na concentração de recursos e na distribuição desigual de infraestrutura e tecnologia, criando disparidades regionais marcantes no acesso a serviços essenciais, como a saúde.

Na saúde, a seletividade territorial manifesta-se na forma de dois circuitos coexistentes, o superior, concentrado nos centros urbanos mais dinâmicos e estruturado a partir de equipamentos de alta complexidade e serviços modernizados, acessíveis majoritariamente às classes economicamente favorecidas; e o inferior, vinculado às populações vulnerabilizadas, caracterizado por infraestruturas precárias e oferta restrita de serviços (Almeida, 2005). Essa dualidade explicita um sistema de saúde fragmentado, em que as regiões tecnicamente densas se articulam às lógicas globais, enquanto os espaços periféricos permanecem submetidos a formas locais de atendimento, reforçando padrões desiguais de uso do território (Santos, 1996).

Tal configuração não apenas reflete a desigualdade socioespacial, como também reforça a segmentação entre diferentes grupos sociais e regiões do território, criando ilhas de modernidade tecnológica em um contexto de precariedade generalizada. Compreender a seletividade territorial no sistema de saúde, portanto, é essencial para desvendar como as forças hegemônicas moldam a organização dos serviços, definindo quem acessa os avanços tecnológicos e quem permanece excluído (David, 2010; Santos, 2001).

No Brasil, tais desigualdades se manifestam na concentração de infraestrutura de saúde e de profissionais qualificados nas

regiões Sul e Sudeste, enquanto o Norte e o Nordeste enfrentam escassez de recursos essenciais e ausência de políticas eficazes de desenvolvimento territorial (Antas Jr.; Almeida, 2015; Martinuci; Guimarães, 2018). No Centro-Oeste, a situação é intermediária, cidades como Brasília e Goiânia apresentam alta densidade técnica e infraestrutura robusta, mas contrastam com extensas áreas rurais desassistidas, onde faltam serviços básicos de saúde. Esse desequilíbrio faz com que a modernização técnica, em vez de promover coesão e inclusão, acentue a polarização e amplie a exclusão socioespacial, como pontua Silveira (2011).

A expansão da tecnoesfera e da psicoesfera configura o que Santos (1996) denomina territórios de carência, espaços onde as necessidades sociais não são plenamente atendidas e as populações são marginalizadas por um processo de modernização seletiva. Esses territórios contrastam de forma acentuada com os polos de desenvolvimento e alta complexidade técnica, destacando a assimetria entre as regiões favorecidas pela modernização e aquelas negligenciadas. No campo da saúde, isso se traduz na coexistência de hospitais de ponta em determinadas áreas, enquanto outras seguem sem acesso a cuidados básicos. A modernização, assim, longe de ser vetor de democratização, opera como mecanismo de aprofundamento das desigualdades, privilegiando os centros em detrimento das periferias (Almeida, 2005; Santos; Silveira, 2001).

Na economia política do território, a racionalidade técnica opera como norma estruturante, organizando os espaços segundo critérios de eficiência e controle (Santos, 2012). No campo da saúde, essa lógica se manifesta na concentração da gestão, do comando, de estabelecimentos, profissionais e equipamentos de alta complexidade nos grandes centros urbanos, considerados mais rentáveis (Almeida, 2005).

Enquanto isso, as periferias permanecem como zonas de baixa densidade técnica e infraestrutura assistencial limitada. Essa organização seletiva reforça a hierarquização territorial dos

recursos, consolidando a inovação e o saber técnico nos espaços economicamente privilegiados, ao passo que relega as regiões menos integradas às dinâmicas do capital à marginalização (Almeida, 2005; Santos, 2004).

Dessa forma, o território da saúde no Brasil se estrutura a partir da tensão entre dois usos distintos, o território usado, que serve de abrigo, e o território corporativo, que funciona como recurso. O primeiro é configurado pelas práticas cotidianas da população, pelas redes de solidariedade e pela busca por atendimento nos serviços públicos, especialmente no SUS, refletindo demandas sociais e a luta pelo direito de todos os cidadãos à saúde, apesar das limitações estruturais (Almeida, 2005). Já o segundo é controlado por grandes corporações, orientadas pela lógica da lucratividade, que define onde e como os recursos são alocados, priorizando áreas de maior rentabilidade e desconsiderando, com frequência, as necessidades sociais e locais (Antas Jr.; Almeida, 2015; Almeida, 2005; Santos, 2004).

Essa dualidade resulta em um território profundamente desigual, em que áreas de excelência, concentradas nos grandes centros urbanos do Sudeste, Centro-Oeste e Sul, coexistem com regiões periféricas onde a ausência de investimentos e de políticas públicas adequadas perpetuam a exclusão. No Norte e Nordeste, essa disparidade se manifesta na precariedade dos serviços de saúde e na falta de acesso a cuidados básicos, comprometendo o direito universal à saúde (Antas Jr.; Almeida, 2015; Martinuci; Guimarães, 2018; Silveira, 2011).

Para além dessa dualidade, é essencial considerar a interação entre os processos de verticalidade e horizontalidade na organização do sistema de saúde brasileiro. A verticalidade, predominante no território corporativo, refere-se à concentração de investimentos em alta tecnologia e infraestrutura avançada, direcionada pelas grandes corporações e por dinâmicas de centralização e controle (Catelan, 2013). Essa lógica conduz à

implantação de hospitais e clínicas especializadas nos grandes centros urbanos, reforçando as desigualdades regionais e privilegiando áreas economicamente mais atrativas, sobretudo nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul (Santos, 1988).

Por outro lado, a horizontalidade está associada às práticas cotidianas de atenção primária e às políticas locais de promoção da saúde. Essas políticas visam atender às demandas comunitárias por meio de redes públicas que buscam maior equidade na oferta de serviços. Entretanto a lógica horizontal da saúde pública, idealmente um instrumento de coesão e inclusão, muitas vezes é fragilizada pela falta de recursos e pela sobreposição das dinâmicas de centralização. Como resultado, a horizontalidade tende a se subordinar à verticalidade, o que intensifica a dependência das populações mais vulneráveis em relação às estruturas hospitalares concentradas nos grandes centros (Santos, 2004).

A interação entre essas lógicas descreve a seletividade territorial no setor da saúde, consolidando uma estrutura fragmentada. Enquanto o território corporativo orienta-se pela lógica de eficiência e lucratividade, aprofundando desigualdades e consolidando centros de excelência tecnológica, o território vivido luta para preservar a função social da saúde e garantir o direito universal ao atendimento, ainda que de forma desigual e descontínua (Antas Jr.; Almeida, 2015; Martinuci; Guimarães, 2018; Silveira, 2011).

A tensão entre esses dois vetores revela-se na fragilidade estrutural dos sistemas de saúde locais, marcados pela escassez de recursos, pela baixa densidade técnica e pela dependência funcional em relação aos grandes complexos hospitalares e conglomerados privados. Tal assimetria reforça a desigualdade regional, na medida em que o acesso e a qualidade do cuidado passam a ser determinados pela centralização do poder técnico e econômico nos territórios mais dinâmicos (Travassos; Oliveira; Viacava, 2006).

O uso do território pela saúde no Brasil deixa claro como as desigualdades estruturais moldam o acesso aos serviços. A modernização seletiva e a concentração técnica criam um cenário polarizado, onde o acesso ao cuidado depende mais da localização e da inserção nos circuitos econômicos do que das reais necessidades sociais (Travassos; Oliveira; Viacava, 2006). Santos (2001) enfatiza que o território não é apenas um suporte físico, mas um meio técnico-científico-informacional configurado para atender aos interesses dominantes do capital. Esse arranjo espacial transforma o território em um instrumento de produção e manutenção de desigualdades, reorganizado conforme as exigências do capital e da técnica, perpetuando uma condição de carência crônica em vastas regiões, principalmente no Norte e no Nordeste do Brasil (Santos; Silveira, 2001).

Os direitos humanos possuem uma dimensão histórica, e os direitos sociais, que surgiram apenas no século XX, são fundamentais para garantir aos cidadãos o acesso a políticas e serviços que assegurem um padrão de vida digno, protegendo-os contra a pobreza e as doenças. No entanto, como discutido anteriormente, as desigualdades territoriais no Brasil criam barreiras que dificultam a efetivação desses direitos de maneira uniforme (Travassos; Oliveira; Viacava, 2006). O desenvolvimento dos princípios clínicos e racionais que alicerçam a medicina moderna está intimamente associado a uma racionalização das esferas sociais, o que contribui para a centralização dos recursos e serviços (David, 2010).

Os direitos de cidadania, proclamados inicialmente na Declaração Francesa dos Direitos Civis, lançaram as bases para que cada nação buscasse mecanismos para garantir o direito à saúde em nível individual e coletivo. Contudo, não se pode conceber a efetivação plena da cidadania sem considerar o papel do território. A distribuição desigual de equipamentos públicos e privados, bem como as diferenças na capacidade de mobilidade

das populações, configuram barreiras concretas ao acesso aos serviços de saúde, acentuando desigualdades e comprometendo o exercício desse direito (Rosanvallon, 2002; Travassos; Oliveira; Viacava, 2006). O território, portanto, torna-se um fator determinante na garantia desses direitos, estabelecendo limites e possibilidades para a inclusão social e o acesso universal.

Como argumenta Santos (1988), o valor social atribuído ao indivíduo está profundamente relacionado ao lugar em que ela se encontra. Nesse sentido, compreender o uso do território constitui uma perspectiva alternativa para analisar a materialização da cidadania e a forma como as práticas sociais configuram os espaços, evidenciando as condições para o exercício de direitos e oportunidades. No âmbito dos serviços de saúde, isso significa que as oportunidades de acesso aos cuidados médicos são determinadas pela localização do indivíduo, perpetuando desigualdades socioespaciais que afetam diretamente o direito à saúde.

Rosanvallon (2002) propõe que a construção dos novos valores sociais passa, necessariamente, pelo desenvolvimento do liberalismo, que se apresenta como base formadora de uma nova racionalidade cultural no mundo moderno. Ao emergir juntamente com a afirmação das liberdades individuais, o liberalismo não constitui uma teoria isolada, mas um princípio que redefine as estruturas políticas e legitima os direitos humanos (David, 2010; Rosanvallon, 2002).

Esse processo impacta diretamente a organização dos serviços de saúde, orientando políticas que, não raro, priorizam a eficiência econômica e a privatização em prejuízo da universalização do acesso. A valorização da individualidade, como destaca David (2010), transforma as práticas sociais e o uso do território, promovendo uma lógica de valorização dos espaços economicamente mais dinâmicos e marginalizando as áreas que não se encaixam nessa racionalidade de mercado.

No contexto histórico em que o contrato social revelou

suas limitações para garantir a plena emancipação da atividade econômica, o mercado emergiu como modelo dominante de organização social, assumindo uma posição de superioridade política e consolidando um novo tipo de vínculo social. Essa transição é relevante para compreender a atual configuração dos serviços de saúde, em que o direito à saúde não se opõe à concepção de saúde como um bem econômico, mas convive com ela, criando tensões entre o acesso equitativo e a lógica de mercado (David, 2010; Rosanvallon, 2002).

David (2010, p. 29) pontua que o território, "[...] enquanto base material e formal dos direitos, não pode ter a localização dos serviços essenciais definida apenas pelas leis de mercado, especialmente se o objetivo for reduzir as desigualdades sociais". Essa perspectiva mostra a interdependência entre as esferas política e econômica na constituição dos direitos e sua influência direta na organização do espaço. No Brasil, essa dinâmica se reflete na distribuição desigual dos serviços de saúde, com frequente negligência das regiões mais vulneráveis. Efetivar direitos sociais, como o direito à saúde, exige uma organização territorial que enfrente essas desigualdades e crie condições mais equitativas de acesso.

Como afirma Ortega y Gasset (1963, p. 20) "a necessidade fundamental do ser humano vai além do mero fato de estar vivo", envolvendo também a busca pelo bem-estar e pela construção de uma vida com dignidade. A partir dessa perspectiva, o Estado se configura como o principal agente social capaz de responder às expectativas da população, promovendo o acesso a bens e serviços indispensáveis para assegurar qualidade de vida e resguardar os indivíduos das privações impostas pela desigualdade estrutural. Entretanto, no Brasil, a atuação estatal muitas vezes é insuficiente nas regiões em que o mercado define a oferta de serviços, agravando as disparidades regionais e comprometendo a efetivação do direito à saúde, sobretudo para as populações mais vulneráveis.

No contexto, global, após a Segunda Guerra Mundial, surgiram novos mecanismos e instituições supranacionais voltados à regulação das políticas de saúde, com o objetivo de conciliar desenvolvimento econômico e bem-estar social (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005; David, 2010). A criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, como braço especializado da Organização das Nações Unidas (ONU), consolidou o reconhecimento da saúde como um direito universal e legitimou a atuação da agência na formulação de parâmetros e estratégias a serem seguidos pelos países diante de seus desafios sanitários (David, 2010).

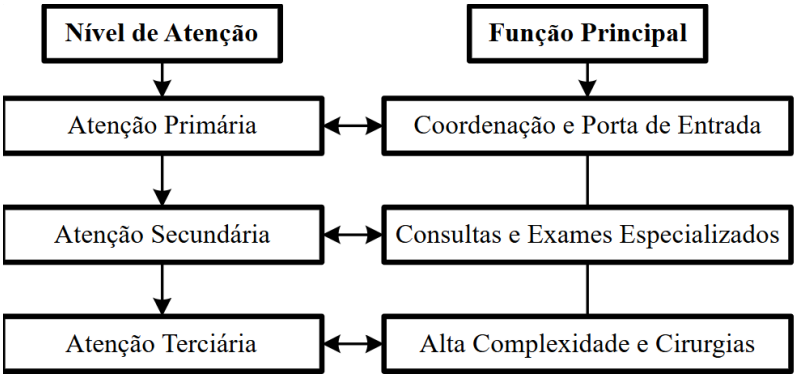
A partir de então, a saúde passou a ser abordada como uma prioridade internacional, e a OMS tornou-se um ator central na promoção de políticas públicas de saúde com alcance global, desempenhando um papel de liderança na formulação de normas e no suporte técnico para a implementação de medidas que garantissem a proteção e o cuidado da saúde coletiva em âmbito mundial (David, 2010).

As reformas nos sistemas de saúde, impulsionadas por esse novo cenário, tiveram como um de seus principais objetivos a valorização da atenção primária e a incorporação dos determinantes sociais das doenças, orientando os países na direção de uma cobertura universal. Cabe destacar que essa abordagem já refletia uma concepção econômica alinhada às tendências globais (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005; David, 2010).

No Brasil, a luta pela redemocratização nos anos 1980 incorporou muitos desses elementos internacionais. Nesse processo, a saúde passou a simbolizar não apenas demandas nacionais, mas também a adesão a um novo padrão de políticas sanitárias em nível global. A promulgação da Constituição Federal de 1988 marcou a consolidação de um modelo de proteção social ampliado, no qual a saúde foi reconhecida como um direito social fundamental e uma responsabilidade do Estado, reforçando o

princípio da cidadania e o compromisso com a universalidade no acesso aos serviços (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005; David, 2010; Paim *et al.*, 2011).

Figura 1 – Estrutura hierárquica dos níveis de atenção em sistemas de saúde



Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Com a institucionalização desse novo paradigma, os sistemas de saúde passaram a se estruturar em três níveis distintos e interdependentes – atenção primária, secundária e terciária, compondo uma rede articulada de serviços voltada à garantia da integralidade do cuidado (Figura 1). Cada nível desempenha um papel essencial na efetivação do direito à saúde, sendo escalonado para oferecer desde atendimentos básicos até os de alta complexidade.

Nesse arranjo, a atenção primária ocupa posição central, funcionando como principal porta de entrada e coordenadora dos fluxos assistenciais no território, conforme indicam Starfield (2002) e a World Health Organization (2008). Seu papel é assegurar o acesso contínuo e articulado da população aos diferentes graus de complexidade, organizando uma hierarquia de serviços que promova a efetividade e a equidade no sistema de saúde (Guimarães, 2006; Ramires, 2007).

Starfield (2002) argumenta que uma atenção primária sólida

e bem articulada é fundamental para assegurar a integralidade, a continuidade e a resolubilidade dos cuidados, além de promover um uso mais eficiente dos recursos disponíveis (Castelo Branco, 2019). No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) regula a atuação das Equipes de Saúde da Família, atribuindo-lhes a responsabilidade de integrar ações de promoção, prevenção e tratamento, dentro de uma lógica que considere as especificidades territoriais e sociais das comunidades atendidas (Brasil, 2017a; Castelo Branco, 2019).

A atenção secundária, por sua vez, abrange serviços especializados voltados ao manejo de condições que não podem ser resolvidas no nível primário. Compreende consultas com especialistas, exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos de média complexidade, geralmente realizados em policlínicas e ambulatórios especializados. Esse nível deve atuar em estreita articulação com a atenção primária, assegurando a continuidade da assistência e evitando a fragmentação do cuidado. Tal coordenação permite que cada nível atue segundo sua capacidade resolutiva, promovendo uma ordenação lógica dos serviços e considerando as desigualdades regionais e a distribuição desigual dos recursos no território (Brasil, 2017a).

Já a atenção terciária corresponde ao nível de maior complexidade, envolvendo serviços que demandam o uso intensivo de tecnologia e equipes altamente qualificadas, tais como tratamentos especializados e procedimentos cirúrgicos de grande porte. No Brasil, é ofertada predominantemente por hospitais de referência e centros de excelência, cuja efetividade depende de financiamento público robusto e infraestrutura consolidada (Brasil, 2017a).

A organização hierárquica entre os três níveis é essencial para garantir a integralidade do cuidado e a fluidez dos fluxos assistenciais, evitando descontinuidades que comprometam a qualidade e a efetividade dos serviços (Starfield, 2002). A ausência

de articulação entre esses níveis tende a aprofundar disparidades territoriais e sociais, resultando em uma rede fragmentada e insuficiente frente às necessidades da população.

Nesse contexto, o conceito de redes de atenção à saúde surge como um dispositivo organizador fundamental para integrar os diferentes níveis de cuidado, promovendo conexões funcionais entre os serviços e assegurando assistência contínua e coordenada. De acordo com Giovanella *et al.* (2012), essas redes devem ser estruturadas tendo a atenção primária como eixo ordenador, responsável por gerir os fluxos assistenciais e regular o acesso aos demais níveis. Essa forma de organização é essencial para evitar a fragmentação do cuidado e promover a integralidade das ações em saúde, sobretudo em um país marcado por profundas desigualdades no acesso e na distribuição de recursos.

Essa abordagem, porém, deve ser contextualizada de acordo com as particularidades econômicas, políticas e sociais de cada país, uma vez que a organização dos sistemas de saúde é heterogênea. As estratégias de alocação de recursos e de articulação entre os níveis de atenção refletem realidades distintas, que exigem soluções adaptadas a cada contexto (Ramires, 2007).

A literatura identifica três principais modelos de organização dos sistemas de saúde no mundo, Beveridge, Bismarck e os modelos mistos (WHO, 2008). O modelo Beveridge é financiado majoritariamente por impostos e caracteriza-se pela prestação de serviços sob gestão direta do Estado, com o objetivo de garantir acesso universal e gratuito à população. Países como o Reino Unido e a Espanha adotam esse sistema, no qual a atenção primária assume um papel central na coordenação do cuidado, organizando o acesso progressivo aos níveis secundário e terciário conforme a complexidade das necessidades dos usuários (WHO, 2008; Viana; Dal Poz, 2005). No Reino Unido, o Serviço Nacional de Saúde (NHS) exemplifica esse modelo, com forte ênfase na regionalização dos serviços e em uma estrutura hierarquizada,

voltada para a promoção da equidade no acesso (David, 2010).

Já o modelo Bismarck é sustentado por contribuições obrigatórias de empregadores e empregados para seguradoras, e organiza a prestação de serviços por meio de um arranjo que combina iniciativas públicas e privadas. Embora também se proponha a garantir cobertura universal, como demonstram os casos da Alemanha e da França, a maior presença do setor privado na gestão dos serviços pode gerar desafios relacionados à coordenação dos cuidados e à segmentação no acesso (Viana; Dal Poz, 2005). Na França, por exemplo, a coexistência entre o sistema público e um mercado robusto de saúde suplementar tende a fragmentar a assistência, ampliando disparidades entre grupos sociais e regiões.

Nos modelos mistos, como os do Brasil, Itália e Canadá, coexistem características dos sistemas Beveridge e Bismarck (WHO, 2008). No caso brasileiro, o SUS foi criado como um sistema público, universal e descentralizado, com gestão participativa. No entanto, convive com um expressivo setor privado, que atende cerca de 25% da população por meio de planos de saúde (Brasil, 2019). Essa coexistência impõe desafios à coordenação do cuidado e à promoção da equidade no acesso, especialmente em um contexto de desigualdades regionais e diferenças socioeconômicas que afetam a organização dos serviços no território.

Diante dessa configuração, o conceito de acesso aos serviços de saúde adquire uma complexidade multidimensional, envolvendo a capacidade do sistema de responder de forma equânime às necessidades da população. Esse entendimento considera determinados aspectos, como a disponibilidade de recursos, a acessibilidade geográfica, a capacidade financeira e a adequação cultural dos serviços à realidade dos usuários (David, 2010).

No Brasil, a má distribuição dos serviços e profissionais resulta em disparidades regionais e sociais que se sobrepõem às

heterogeneidades econômicas e territoriais (Brasil, 2019; IBGE, 2020a). A coexistência dos setores público e privado, somada à concentração de recursos nas regiões mais desenvolvidas, faz com que o acesso pleno seja um ideal distante para vastas áreas do território, especialmente no Norte e no Nordeste, marcadas pela precariedade dos serviços de saúde (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005).

Define-se acesso como o grau de ajuste entre os serviços de saúde e as necessidades dos usuários, sendo composto por cinco dimensões: disponibilidade, acessibilidade geográfica, acomodação, aceitabilidade e capacidade financeira (David, 2010). No contexto brasileiro, observa-se uma distribuição desigual dos recursos disponíveis, como médicos e enfermeiros, com as regiões Norte e Nordeste apresentando algumas das menores relações médico-habitante do país, uma situação crônica de carência (IBGE, 2020a). Esse padrão reforça a concentração de recursos no Sudeste e contribui para uma desigualdade estrutural no acesso aos cuidados de saúde (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005).

Ademais, a acessibilidade geográfica diz respeito à facilidade de deslocamento e ao tempo necessário para que a população alcance os serviços de saúde disponíveis. No Brasil, essa dimensão assume contornos particularmente críticos nas regiões da Amazônia Legal, onde a dispersão dos serviços, aliada à precariedade da infraestrutura e à carência de meios de transporte adequados, impõe obstáculos significativos ao atendimento das necessidades em saúde (IBGE, 2020a). A distância dos principais centros urbanos e a escassez de vias e modais acessíveis contribuem para o isolamento de amplas populações, restringindo o acesso aos serviços e acentuando as desigualdades regionais (Brasil, 2019; IBGE, 2020a).

Já a dimensão da acomodação refere-se à capacidade do sistema de saúde de ajustar sua oferta às necessidades dos usuários, considerando fatores como horários de funcionamento, facilidade

de agendamento e capacidade de resposta em períodos de maior demanda. Embora as regiões metropolitanas concentrem alta quantidade de serviços de saúde, a superlotação e os longos tempos de espera, sobretudo em urgências, indicam uma incapacidade do sistema para acomodar adequadamente a demanda crescente (Brasil, 2017a). Esse descompasso, agravado pela ausência de expansão proporcional à dinâmica demográfica, compromete a integralidade do cuidado e gera ineficiências que afetam diretamente a qualidade do atendimento.

A inter-relação entre as dimensões de acessibilidade e acomodação, marcada pelas desigualdades territoriais e a fragmentação dos serviços de saúde no Brasil, contribui para um sistema que falha em responder de forma plena às necessidades da população. Enquanto os entraves geográficos dificultam o acesso a cuidados básicos em áreas isoladas, a inadequação na acomodação da demanda, sobretudo nos centros urbanos, mesmo em contextos com maior oferta, a qualidade do atendimento é comprometida pela insuficiência de estrutura e organização (Brasil, 2019). Essa interdependência ressalta a urgência de políticas públicas que promovam tanto a expansão da infraestrutura em territórios vulneráveis quanto o aprimoramento da gestão e da capacidade operacional dos serviços já existentes (Brasil, 2017a).

Já a aceitabilidade, entendida como a adequação dos serviços de saúde aos valores culturais e às expectativas dos usuários, impõe desafios particulares a comunidades indígenas e quilombolas, que frequentemente enfrentam racismo institucional e discriminação de gênero (Viana; Dal Poz, 2005). A ausência de abordagens culturalmente sensíveis, a escassez de profissionais preparados e as barreiras linguísticas aprofundam o distanciamento entre a oferta de cuidados e as necessidades específicas dessas populações, comprometendo a qualidade do atendimento e perpetuando formas estruturais de exclusão. Enfrentar essas limitações requer investimentos em capacitação profissional que contemplem a

diversidade cultural e estímulo à formação de profissionais oriundos dessas comunidades, ampliando tanto a representatividade quanto a capacidade responsiva do sistema de saúde (Viana; Dal Poz, 2005).

Por fim, a capacidade financeira refere-se à possibilidade de os indivíduos arcarem com os custos envolvidos no cuidado, tais como transporte, medicamentos e tratamentos especializados (Brasil, 2019). No Brasil, a convivência entre o SUS e um setor privado robusto aprofunda as desigualdades de acesso. Enquanto os usuários de planos de saúde privados dispõem de maior facilidade para acessar serviços de alta complexidade e tecnologias avançadas, a maioria da população depende exclusivamente do SUS, que opera sob restrições orçamentárias e enfrenta crônicos desafios de financiamento. Em regiões onde o setor privado predomina, essa segmentação compromete o princípio da universalidade e dificulta a construção de estratégias integradas de cuidado, voltadas à equidade e à eficiência sistêmica (Brasil, 2019).

Nesse cenário de desigualdades regionais e socioeconômicas, o acesso à saúde é condicionado por uma lógica territorial excludente, que transforma determinadas áreas em verdadeiros "territórios de carência", conforme conceitua Santos (2000). Esses espaços, geralmente rurais e remotos, caracterizam-se pela precariedade de infraestrutura e pela ausência de serviços adequados. Para enfrentar essa segmentação, iniciativas como a Estratégia Saúde da Família buscam ampliar a presença do Estado em áreas vulneráveis, promovendo uma maior equidade territorial. Ao integrar ações de saúde com atenção às especificidades culturais e sociais dos territórios, essa estratégia visa converter espaços historicamente negligenciados em territórios de cidadania ativa e promoção da saúde (Matta *et al.*, 2007).

Travassos, Oliveira e Viacava (2006) frisam que, para além das desigualdades regionais, o acesso aos serviços de saúde no Brasil é profundamente condicionado por marcadores sociais como classe, raça e gênero. Populações de baixa renda, sobretudo aquelas

residentes em favelas e periferias urbanas, enfrentam múltiplos obstáculos para usufruir de uma atenção à saúde de qualidade. Entre esses entraves, destacam-se a carência de infraestrutura, a distância dos centros de atendimento e as formas sutis ou explícitas de discriminação no interior das práticas institucionais de saúde (Albuquerque, 2006; Viana; Dal Poz, 2005).

A lógica de concentração dos serviços de alta complexidade nos grandes centros urbanos, orientada por critérios de rentabilidade e densidade técnica, aprofunda um padrão excludente que marginaliza os grupos mais vulneráveis. Como consequência, o acesso equitativo à saúde permanece um horizonte distante, sobretudo em contextos marcados por múltiplas vulnerabilidades, nos quais a distribuição desigual de recursos compromete a efetivação do direito à saúde como bem público universal (Albuquerque, 2006).

Compreender a evolução do SUS no Brasil exige atenção ao processo histórico de construção e transformação que culminou em um modelo de atenção universal e equânime (Matta *et al.*, 2007). Desde as primeiras iniciativas de organização sanitária no século XIX até a consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988, a trajetória da saúde pública brasileira foi marcada por disputas políticas e ideológicas que expressam diferentes concepções sobre o papel do Estado na garantia dos direitos sociais (Matta *et al.*, 2007; Brasil, 1988).

A Figura 2 apresenta, por meio de uma linha do tempo, os principais marcos institucionais desse percurso, ilustrando o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, da criação da primeira Faculdade de Medicina à implementação do SUS, e os avanços que possibilitaram a consolidação de um sistema público, descentralizado e orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

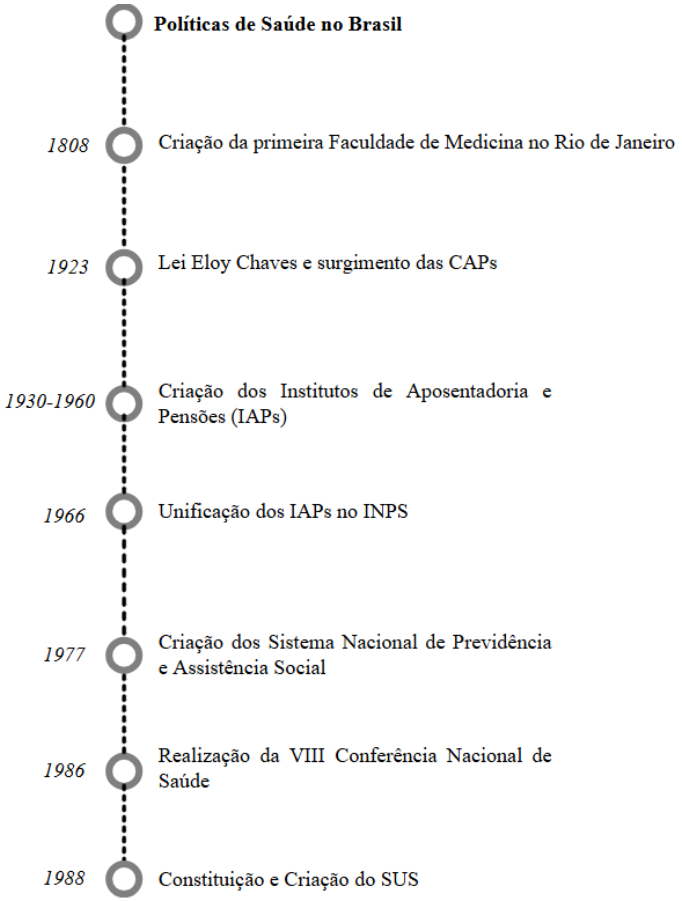
A estruturação do SUS no Brasil reflete as intensas transformações políticas e sociais que marcaram a transição

democrática do país, especialmente entre as décadas de 1980 e 1990. Como apresentado na Figura 2, sua formação resulta de um processo histórico complexo, iniciado no final do século XIX e culminado na Constituição Federal de 1988, quando a saúde foi consagrada como um direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). Essa trajetória, no entanto, não foi linear. Foi marcada por diferentes concepções de saúde, disputas de poder e pelo desafio de superar um sistema que, historicamente, favorecia as elites urbanas, enquanto mantinha as populações periféricas à margem dos serviços essenciais.

A linha do tempo destaca alguns dos principais marcos desse percurso, desde a criação das primeiras faculdades de medicina, voltadas mais à formação de uma elite médica do que à ampliação da assistência em larga escala, até as reformas estruturais lideradas por Oswaldo Cruz, focadas no controle das endemias urbanas. Esses eventos ilustram como, por muito tempo, a saúde pública no Brasil esteve orientada à contenção de doenças com o objetivo de proteger a força de trabalho nas regiões economicamente estratégicas, como as cidades portuárias e as zonas produtoras de café (Viana; Dal Poz, 2005).

Até a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), as políticas de saúde no Brasil eram voltadas majoritariamente aos trabalhadores formais. Isso resultava em um sistema fragmentado e excludente, incapaz de contemplar toda a população. A consolidação da ideia de um sistema universal e gratuito, como estabelecido pelo SUS, só se tornou possível com o avanço das lutas sociais e do movimento sanitarista (Noronha; Levcovitz, 1994).

Figura 2 – Evolução das políticas de saúde no Brasil

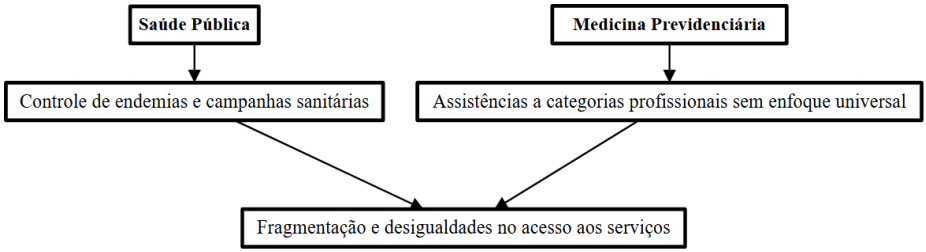


Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Contudo, a partir da década de 1930, a saúde pública e a medicina previdenciária passaram a trilhar caminhos paralelos e, muitas vezes, conflitantes. De um lado, a saúde pública desenvolvia-se com foco no controle de endemias e na realização de campanhas sanitárias. De outro, a medicina previdenciária ganhava força com a criação dos IAPs, em um modelo restrito, voltado exclusivamente aos trabalhadores com vínculo formal (Bertolozzi; Greco, 1996).

Esse arranjo institucional limitava o acesso aos serviços de saúde a determinadas categorias profissionais, excluindo amplas parcelas da população. Assim, a assistência médica passou a operar de forma segmentada, aprofundando desigualdades no acesso e consolidando a separação entre saúde pública e previdência social, como representado na Figura 3 (Bertolozzi; Greco, 1996).

Figura 3 – Saúde pública vs Medicina previdenciária



Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

A dualidade ilustrada na Figura 3, com dois sistemas paralelos que perpetuavam a fragmentação e as desigualdades no acesso à saúde, aponta para uma configuração marcada pela ausência de uma política integrada capaz de atender às necessidades da população em sua totalidade, deixando amplos segmentos sociais sem atendimento adequado. Como discutido por Bertolozzi e Greco (1996) e Santos (1979), esse arranjo contribuiu para a consolidação de uma cidadania regulada, na qual apenas os trabalhadores com vínculo formal acessavam os benefícios da medicina previdenciária, enquanto o restante da população ficava restrito a um sistema público precário, voltado principalmente ao combate de doenças infecciosas.

A década de 1960 marcou um ponto de inflexão, caracterizado pelo fortalecimento do complexo médico-empresarial e pela consolidação do modelo de medicina previdenciária, agora sob o controle centralizado do Instituto Nacional de Previdência Social

(INPS). Com isso, a saúde tornou-se um serviço essencialmente assistencialista, cada vez mais orientado por práticas hospitalocêntricas e dependente da contribuição previdenciária (Bertolozzi; Greco, 1996). Esse modelo gerou um aumento exponencial dos gastos e uma maior fragmentação dos serviços, agravando as desigualdades e perpetuando uma lógica com foco na cura em vez de focar na prevenção e promoção da saúde.

O contexto político da ditadura militar (1964-1985) também impactou a organização das políticas de saúde. Foram criados programas específicos, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), na tentativa de responder à crescente demanda por serviços nas áreas rurais e urbanas periféricas (Bertolozzi; Greco, 1996; Noronha; Levcovitz, 1994). No entanto esses programas não foram suficientes para superar a desigualdade e a segmentação dos direitos à saúde, embora tenham contribuído para expandir a rede de serviços em algumas regiões.

Foi nesse cenário de crise institucional e fragmentação que surgiu o movimento pela reforma sanitária, impulsionado por intelectuais, sanitaristas e movimentos sociais (Noronha; Levcovitz, 1994). A proposta da reforma sanitária defendia a universalização do acesso à saúde e a reorganização do sistema de saúde com base em princípios de equidade, integralidade e controle social. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco fundamental nesse processo, ao consolidar as bases para a construção do Sistema Único de Saúde e apresentar propostas concretas para a Assembleia Nacional Constituinte (Ramires, 2007).

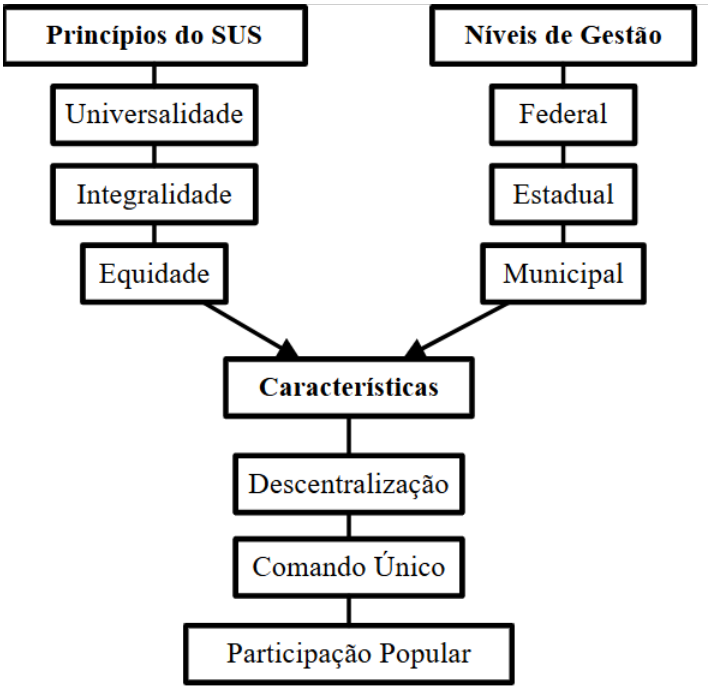
Com a promulgação da Constituição de 1988, o Brasil deu um passo decisivo para a institucionalização do direito à saúde, estabelecendo o SUS como um sistema unificado, descentralizado e participativo. A nova Carta Magna incorporou a ideia de

seguridade social, definindo a saúde como uma política pública de caráter universal, financiada por toda a sociedade. Assim, a partir desse marco constitucional, o SUS passou a integrar ações e serviços de saúde em uma rede organizada e hierarquizada, garantindo o acesso gratuito a todos, independentemente de sua condição laboral (Ramires, 2007; Viana; Dal Poz, 2005).

O SUS foi estruturado a partir de três princípios básicos: universalidade, integralidade e equidade (Figura 4). A universalidade assegura o direito de todos de acessar os serviços de saúde, sem distinção de qualquer natureza. Já a integralidade visa garantir a oferta de ações de promoção, prevenção e assistência em todos os níveis de complexidade, enquanto a equidade tem como objetivo reduzir as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços prestados (Paim *et al.*, 2011). Esses princípios são operacionalizados por meio de uma estrutura descentralizada, organizada nos níveis federal, estadual e municipal, que define a responsabilidade dos entes federativos na prestação de serviços e na formulação de políticas de saúde (Paim *et al.*, 2011; Matta *et al.*, 2007; Brasil, 1988).

A Figura 4 apresenta os níveis de gestão do SUS e suas respectivas atribuições organizacionais, destacando três pilares fundamentais para seu funcionamento, descentralização, comando único e participação popular (Paim *et al.*, 2011). A descentralização busca reverter a lógica centralizadora, redistribuindo competências para estados e municípios, de modo a permitir uma gestão mais sensível às particularidades territoriais. O princípio do comando único, por sua vez, estabelece uma hierarquia funcional, que assegura a clareza de responsabilidades em cada esfera federativa. Já a participação popular, ao introduzir mecanismos de controle social, reafirma o SUS como um projeto coletivo orientado pelas demandas reais da população, transcendendo o modelo tecnocrático e legitimando a saúde como um direito, e não como uma mercadoria (Ramires, 2007; Viana; Dal Poz, 2005).

Figura 4 – Estrutura e princípios do SUS



Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Ressalta-se que implementação do SUS não se deu sem resistências e contradições. A ruptura com o modelo fragmentado e excludente anterior exigiu profundas transformações nas práticas de gestão, no financiamento e na cultura política dos entes federativos (Ramires, 2007). Como apontam Bertolozzi e Greco (1996) e Noronha e Levcovitz (1994), a descentralização e o estabelecimento de um comando único foram alvos de intensos embates entre diferentes setores sociais e políticos, refletindo disputas em torno do controle e da orientação do sistema. Paralelamente, a permanência de interesses privados fortemente enraizados no setor de saúde impôs limites à consolidação de um sistema verdadeiramente equânime e universal, reiterando

as tensões entre o ideal do direito à saúde e a lógica de mercado que ainda permeia parte da oferta assistencial (Bertolozzi; Greco, 1996).

O processo histórico que culminou na reforma sanitária brasileira e na criação do SUS revela a complexidade envolvida na construção de um sistema de saúde público, universal e igualitário em um país estruturalmente desigual. Embora o SUS represente uma conquista e um marco na institucionalização do direito à saúde, sua consolidação ainda enfrenta desafios significativos, especialmente no que diz respeito à efetivação de seus princípios fundantes, diante das disparidades regionais e sociais (Paim, 2008; Albuquerque, 2006). A continuidade e o fortalecimento do SUS exigem, portanto, não apenas recursos e estrutura, mas sobretudo vigilância ativa da sociedade civil e um compromisso político permanente com a saúde enquanto bem público e condição necessária para a justiça social e o desenvolvimento humano (Paim, *et al.*, 2011).

Enquanto dimensão estratégica da economia política do território, a saúde ocupa posição central na produção das desigualdades socioespaciais. A assimetria na distribuição dos serviços e o acesso restrito a procedimentos de alta complexidade não resultam apenas de falhas operacionais, mas são indícios de uma racionalidade seletiva que organiza o espaço a partir de critérios excludentes (Almeida, 2005). Ou seja, cria-se um território funcionalizado, no qual as práticas sanitárias são determinadas por lógicas que privilegiam a fluidez do capital em detrimento do bem-estar coletivo, perpetuando dinâmicas de concentração e marginalização (Paim, *et al.*, 2011; Sposito; Sposito, 2020).

Conforme argumenta Silveira (2011, 2018), o território não deve ser compreendido como mera justaposição de formas ou simples suporte físico das ações sociais. Trata-se de uma totalidade concreta, historicamente produzida, que resulta da articulação contraditória entre objetos, ações e fluxos, nos quais

se inscrevem as práticas humanas e os projetos hegemônicos. No campo da saúde, essa dinâmica materializa-se na subordinação das necessidades sociais às lógicas da valorização econômica, fazendo da fragmentação espacial um instrumento ativo de controle, apropriação e reprodução das desigualdades (Santos, 1994a).

A distribuição dos serviços de saúde no território brasileiro resulta de uma interação complexa entre agentes econômicos e políticos que atuam de forma seletiva, consolidando um padrão espacial profundamente desigual. Entre os principais agentes estão as grandes corporações de saúde, conglomerados hospitalares e empresas de planos, que, orientadas pela lógica da rentabilidade e da expansão de mercado, direcionam investimentos para áreas de maior atratividade econômica, onde há maior retorno financeiro e menor risco (Albuquerque, 2006). Essas empresas escolhem estrategicamente onde se instalar e quais serviços ofertar, concentrando infraestrutura e tecnologia em espaços privilegiados, ao mesmo tempo em que negligenciam regiões com baixa capacidade de absorção de capital (Almeida, 2005; David, 2010).

Esse processo de seletividade é intensificado pela atuação de agentes financeiros, como fundos de investimento e instituições de capital privado, que financiam grandes redes de saúde (David, 2010). A presença desses atores reforça a concentração de recursos em localidades que já possuem maior densidade econômica e técnica, aprofundando os desequilíbrios territoriais. Ao mesmo tempo, os agentes públicos, embora tentem intervir, muitas vezes têm capacidade limitada para revertê-los, resultando em uma cobertura desigual dos serviços de saúde (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005).

Outros vetores, como a valorização imobiliária, também influenciam essa dinâmica, a localização de grandes hospitais e centros médicos é frequentemente determinada levando em consideração as áreas de alto valor do solo, assim maximizando

o retorno econômico (David, 2010). De forma semelhante, a concentração tecnológica canaliza os avanços em equipamentos e técnicas médicas para regiões com infraestrutura consolidada e mercado consumidor de alta renda, criando verdadeiros enclaves de modernidade (Albuquerque, 2006).

Esses elementos revelam que a organização territorial dos serviços de saúde no Brasil segue uma lógica de centralização e seletividade, em que o acesso é condicionado não pelas necessidades sociais, mas pela capacidade de gerar retorno econômico (David, 2010). Assim, o território torna-se um instrumento de reprodução das desigualdades, determinando a oferta de serviços e perpetuando hierarquias socioespaciais que excluem as populações mais vulneráveis, reforçando a polarização territorial (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005).

Desde os primórdios do sistema de saúde brasileiro, a organização territorial já era marcada por uma concentração nas regiões economicamente atrativas e pelo direcionamento seletivo de investimentos (Almeida, 2005). O surgimento das primeiras Santas Casas de Misericórdia e a expansão dos hospitais filantrópicos ao longo do século XX evidenciaram essa tendência, ao priorizar localidades com maior densidade populacional e poder econômico, estabelecendo uma hierarquia espacial que relegava as regiões periféricas a uma situação de carência (Mota; Marinho, 2011). Com o avanço da modernização e a introdução de novas tecnologias médicas entre as décadas de 1940 e 1960, essa desigualdade foi ainda mais aprofundada, consolidando os polos urbanos das regiões Sul e Sudeste como os principais centros de excelência técnica e científica.

A partir dos anos 1990, o setor hospitalar brasileiro passou por uma reconfiguração, impulsionada pela globalização e pela entrada de capital estrangeiro. Nesse contexto, empresas multinacionais como Siemens, GE Healthcare e Philips tornaram-se grandes fornecedoras de equipamentos médico-hospitalares,

direcionando suas inovações para os centros urbanos mais ricos e excluindo áreas vulneráveis (Menicucci, 2007). Esse movimento foi reforçado pela internacionalização dos grandes grupos de saúde, que expandiram suas operações por meio de fusões e aquisições, inaugurando um modelo de gestão integrada e de centralização dos serviços (Menicucci, 2007).

No início dos anos 2000, o padrão de desigualdade territorial foi acentuado pela entrada de grandes conglomerados hospitalares, como a Rede D'Or São Luiz e a Amil. A Rede D'Or emergiu como a maior rede de hospitais privados do Brasil, expandindo-se por meio de aquisições e criando posições de monopólio regional, sobretudo em áreas estratégicas como Rio de Janeiro e São Paulo (Almeida, 2000).

Já a Amil consolidou sua atuação ao ser adquirida pelo grupo norte-americano UnitedHealth Group, em 2012, reforçando a presença de capital estrangeiro no setor e promovendo a integração vertical dos serviços de saúde, o que possibilitou maior controle sobre hospitais, clínicas e planos de saúde (Gadelha; Gimenez; Cassiolato, 2022).

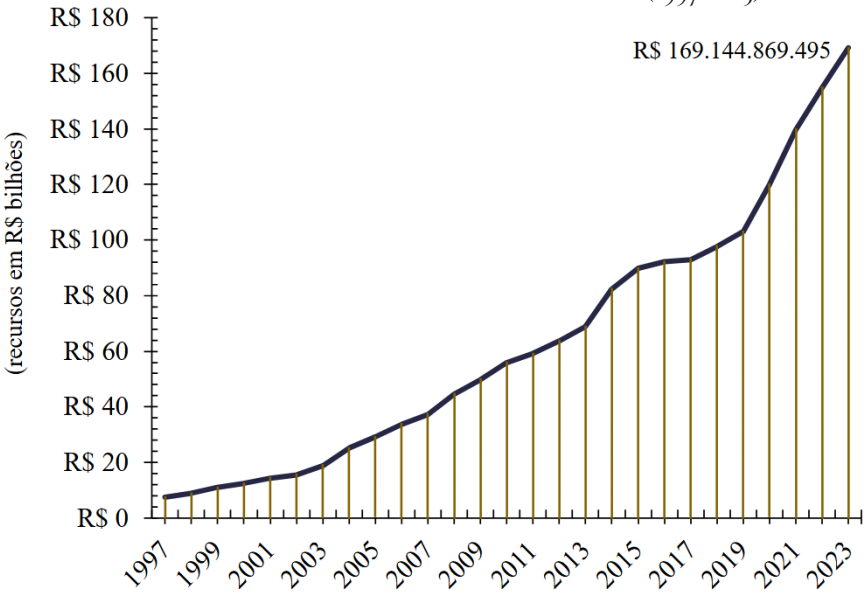
Esses conglomerados não se limitam à prestação de serviços, mas atuam também como grandes grupos financeiros, controlando fluxos de capital e moldando a alocação dos investimentos no território. A Rede D'Or, por exemplo, recebeu aportes de fundos internacionais para criar uma rede de alta complexidade, enquanto a Amil expandiu sua atuação combinando planos de saúde e gestão hospitalar integrada, posicionando-se como uma das principais forças no mercado nacional (Bahia *et al.*, 2022; Gadelha; Gimenez; Cassiolato, 2022).

Entre 1997 e 2023[1], os investimentos em saúde no Brasil

1. A série histórica apresentada nos gráficos e análises foi elaborada a partir da integração de diferentes bases de dados, o que dificultou a uniformidade temporal entre as variáveis observadas. Especificamente os dados sobre investimentos em saúde no Brasil foram obtidos de duas fontes distintas, com registros disponíveis apenas para o período de 1997 a 2023. Essa limitação metodológica decorre da ausência de dados consolidados para anos anteriores e das mudanças na estrutura dos indicadores financeiros ao longo do tempo, o

tiveram um crescimento significativo (Gráfico 1). No início desse período, o valor destinado ao setor era de apenas R$ 7,4 bilhões, aumentando para mais de R$ 169 bilhões em 2023. Esse aumento, entretanto, não ocorreu de maneira linear (Brasil, 2024d). Observa-se um salto acentuado a partir de 2010, quando o valor investido passou de aproximadamente R$ 55 bilhões para mais de R$ 68 bilhões em 2013, indicando um novo patamar de financiamento para a saúde pública. Esse período coincide com a intensificação de políticas voltadas à ampliação do acesso e à consolidação do SUS, mas, por não serem acompanhadas de uma redistribuição regional estratégica, acabaram por reforçar a concentração de recursos nas regiões economicamente mais dinâmicas (Brasil, 2024d).

Gráfico 1 – Investimento em saúde no Brasil (1997-2023)

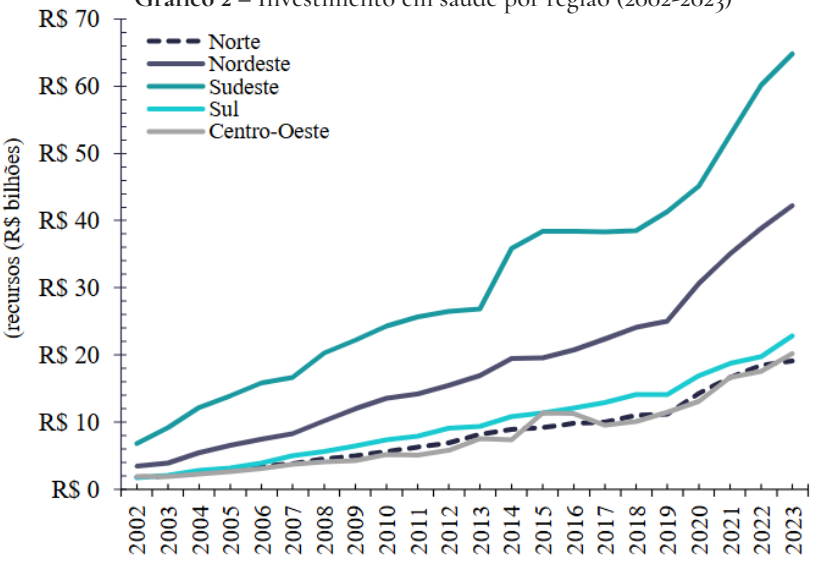


Fonte: SIOPS (Brasil, 2024d). Organizado pelos autores (2025).

que afeta a comparabilidade das informações. Assim, as variações representam o melhor ajuste possível, considerando as restrições de disponibilidade e a falta de padronização nas bases de dados utilizadas.

A desigualdade regional no acesso aos investimentos em saúde fica evidente ao se analisar a distribuição dos recursos entre 2002 e 2023 (Gráfico 2). O Sudeste consolidou-se como a principal área de concentração, recebendo mais de R$ 60 bilhões em 2023, um valor que se manteve consistentemente superior ao das demais regiões. Em contraste, o Nordeste apresentou crescimento relativo, mas com valores inferiores a R$ 30 bilhões, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste mantiveram um crescimento mais lento. Refletindo limitações históricas na capacidade dessas regiões de atrair investimentos em serviços de alta complexidade e incorporar tecnologias avançadas, perpetuando, assim, um padrão de exclusão que compromete o acesso equitativo aos cuidados de saúde.

Gráfico 2 – Investimento em saúde por região (2002-2023)



Fonte: SIOPS (Brasil, 2024d). Organizado pelos autores (2025).

As desigualdades na oferta de serviços de saúde não decorrem apenas de dinâmicas econômicas, mas de uma lógica territorial seletiva, que concentra poder técnico e financeiro em

polos estratégicos de desenvolvimento. Esse processo sustenta a centralização dos serviços de alta complexidade nas regiões de maior dinamismo econômico, aprofundando as disparidades no acesso. Para Santos (1996), essa configuração pode ser explicada pela coexistência de circuitos superiores e circuitos inferiores; os primeiros, localizados em áreas mais integradas à economia global, concentram práticas de alta densidade técnica e acesso a inovações; os segundos, presentes nas regiões periféricas, oferecem serviços elementares e de baixa resolutividade.

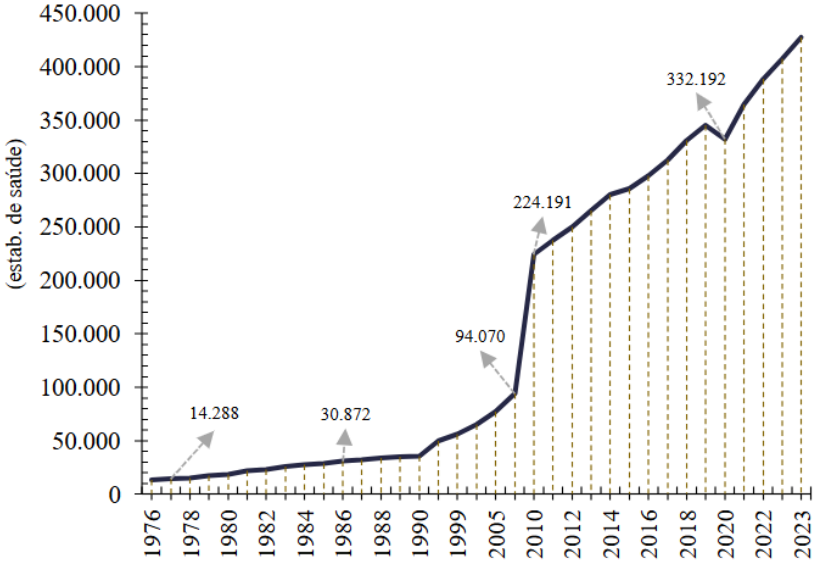
Enquanto a região Sudeste se consolida como um polo de inovação e concentração tecnológica, o Norte, que em 2023 recebeu menos de R$ 20 bilhões, permanece em um circuito inferior, caracterizado por práticas simplificadas e baixa capacidade resolutiva, que refletem um cenário de extrema precariedade (Brasil, 2024d). Tais contrastes evidenciam não apenas a modernização seletiva que define o uso do território da saúde no Brasil, mas também revelam uma lógica territorial que subordina o acesso à saúde aos padrões de acumulação e concentração econômica. Dessa maneira, a fragmentação espacial e o isolamento das regiões mais vulneráveis não são apenas subprodutos da desigualdade, mas também ferramentas de exclusão, que mantêm vastas áreas do país à margem do desenvolvimento social e econômico (Brasil, 2024d; Silveira, 2011).

A polarização entre os circuitos se intensifica, aprofundando as desigualdades e condenando vastas áreas do território a uma carência crônica, em que o desenvolvimento técnico-científico permanece como um privilégio restrito a poucas regiões. Embora o aumento de investimentos represente um passo importante para a estruturação dos serviços, ele não é, por si só, capaz de romper com a lógica excludente de distribuição de recursos, estabelecimentos, profissionais e equipamentos (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005; David, 2010).

Entre 1975 e 2023, o número de estabelecimentos de saúde

no Brasil saltou de aproximadamente 13 mil para mais de 427 mil, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), do IBGE (Brasil, 2024b; IBGE, 2006). Esse crescimento expressivo, no entanto, não se traduziu em uma distribuição equânime entre as diferentes regiões nem entre os níveis de complexidade dos serviços oferecidos (Gráfico 3). A expansão concentrou-se, sobretudo, na oferta de serviços básicos e intermediários, especialmente entre 1975 e 1999, evidenciando um processo seletivo de integração territorial. Nesse período, o aumento das unidades de saúde não acompanhou o ritmo de crescimento populacional nem respondeu às demandas específicas das regiões mais desassistidas (IBGE, 2010).

Gráfico 3 – Estabelecimentos de saúde no Brasil (1975-2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b), IBGE (2006). Organizado pelos autores (2025).

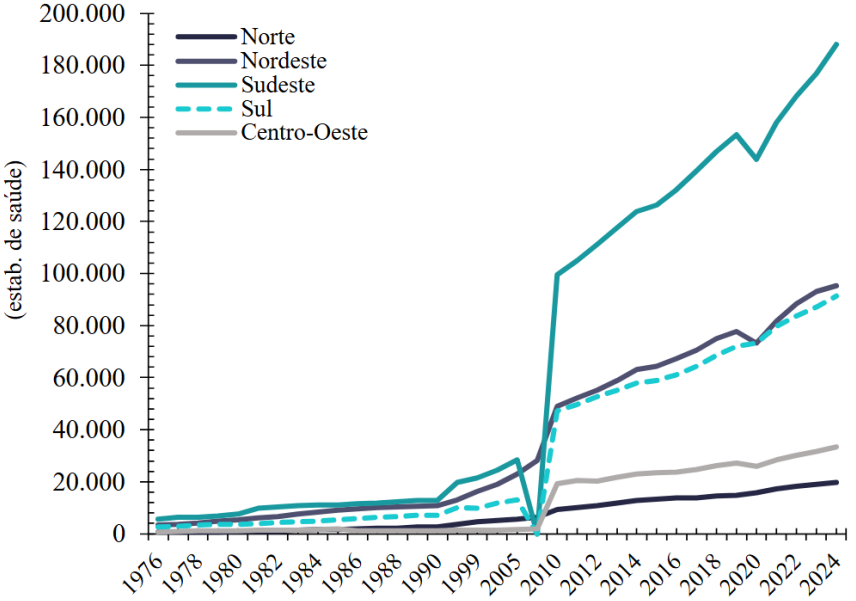
A partir de 2009, a implementação de políticas públicas

focadas na ampliação da atenção básica e na consolidação do SUS contribuiu para um aumento significativo dos estabelecimentos de saúde, que chegaram a mais de 224 mil no ano subsequente. Embora tenha ocorrido um aumento expressivo em termos quantitativos, tal impulso não foi suficiente para promover uma redistribuição equitativa, o que acabou por reforçar desigualdades preexistentes (Almeida, 2005; David, 2010; IBGE, 2010).

O conceito de territórios de carência, proposto por Santos (1996), contribui para a compreensão desse fenômeno. O simples aumento do número de estabelecimentos em regiões periféricas, quando não ocorre articulado a uma política de integração dos serviços de alta complexidade, não modifica o quadro estrutural de exclusão. O crescimento quantitativo, assim, mascarou a permanência de um desenvolvimento territorial desigual e fragmentado, no qual a periferia segue à margem das inovações tecnológicas e dos fluxos de capital que definem os circuitos superiores do território (Brasil, 2024b; Santos, 1996).

A análise da distribuição regional dos estabelecimentos de saúde no país denuncia a intensificação da concentração territorial e o aprofundamento das desigualdades entre as regiões (Gráfico 4). Desde a década de 1970, o Sudeste já se destacava pela expressiva concentração de unidades, padrão que se acentuou ao longo dos anos, enquanto o Norte e o Centro-Oeste mantiveram uma presença residual na rede de serviços de saúde (Brasil, 2024b; IBGE, 2006). Essa configuração não apenas reafirma a reprodução histórica das desigualdades regionais (Santos, 1996), como também destaca a ausência de políticas eficazes de planejamento territorial, capazes de mitigar a hierarquia existente na oferta de serviços (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005). Mesmo o Nordeste, que apresentou crescimento relativo a partir de 2010, segue abaixo dos níveis de cobertura registrados nas regiões Sul e Sudeste, consolidando o desenvolvimento assimétrico e seletivo que marca o território nacional (Brasil, 2024b; David, 2010).

Gráfico 4 – Estabelecimentos de saúde por região (1975-2024)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b); IBGE (2006). Organizado pelos autores (2025).

Os dados do CNES de 2020 sugerem que cerca de 40% dos estabelecimentos de saúde no país estavam concentrados no Sudeste, seguido pelo Nordeste, com 30%, enquanto o Norte continuava representando menos de 10% do total nacional (Brasil, 2024b). Um contexto marcado por desigualdades econômicas e por uma lógica de acumulação territorial, em que as regiões economicamente mais dinâmicas se consolidam como polos de oferta e inovação técnica (Albuquerque, 2006). Em contrapartida, as regiões periféricas seguem desprovidas de serviços de alta complexidade.

Embora expressivo em termos absolutos, o aumento no número de estabelecimentos não resultou em melhorias significativas na qualidade dos serviços nem na equidade do acesso (David, 2010; Santos, 2001). As unidades de alta complexidade, fundamentais para ampliar a capacidade resolutiva do sistema,

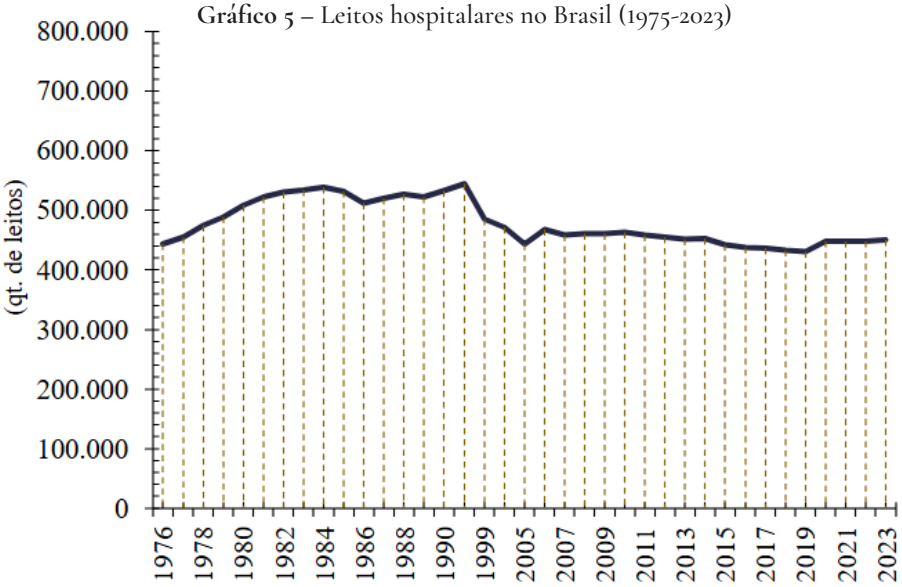
continuam concentradas em regiões com capital técnico-científico e infraestrutura consolidados (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005). Desse modo, a expansão numérica não foi acompanhada de uma redistribuição efetiva da oferta, perpetuando as disparidades regionais e limitando a efetivação do princípio da universalidade.

A evolução retratada no Gráfico 4 desvela que, mesmo com o impulso numérico, a distribuição regional dos estabelecimentos de saúde não foi capaz de reduzir a distância entre os circuitos superiores e inferiores descritos por Santos (1996). As regiões Sudeste e Sul absorveram a maior parte das novas unidades, consolidando-se como polos de desenvolvimento técnico-científico, enquanto o Norte e o interior do Nordeste permaneceram com baixa densidade de serviços e infraestrutura, sem condições de atender de maneira efetiva às demandas locais (Almeida, 2005; David, 2010). A configuração dos circuitos no território da saúde permanece, portanto, profundamente marcada por uma racionalidade seletiva, na qual a lógica de mercado dita a alocação dos serviços (Antas Jr.; Almeida, 2015), subordinando o acesso à saúde às dinâmicas de acumulação e exclusão que orientam o uso do território (Santos, 2001).

O crescimento dos investimentos em saúde no Brasil entre 2002 e 2023, conforme delineado pelos gráficos anteriores, aponta um aumento expressivo dos recursos destinados ao setor. No entanto, esse avanço financeiro não foi suficiente para alterar a lógica concentradora que estrutura a organização territorial dos serviços. Em 2023, por exemplo, o Sudeste absorveu mais de R$ 60 bilhões em investimentos, enquanto o Norte, mesmo apresentando crescimento relativo, não ultrapassou a marca de R$ 20 bilhões (Brasil, 2024b). Como consequência, Norte e Nordeste, ainda que tenham ampliado seu número de estabelecimentos, permanecem limitados a serviços de baixa complexidade, com reduzida capacidade resolutiva e à margem dos avanços técnico-científicos e das inovações no campo da saúde (Albuquerque, 2006; David, 2010).

Essa desigualdade também aparece na distribuição dos leitos hospitalares, conforme ilustrado pelos gráficos 5 e 6. Entre 1975 e 2023, o total de leitos no Brasil seguiu um movimento de expansão até o início da década de 1990, quando atingiu seu pico, com mais de 530 mil unidades, seguido por uma retração gradual até se estabilizar em torno de 450 mil leitos em 2023 (Brasil, 2024a).

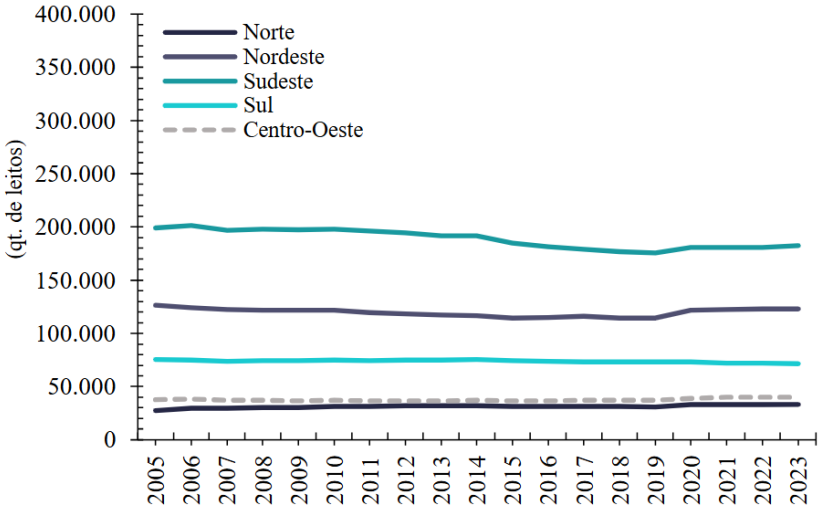
Gráfico 5 – Leitos hospitalares no Brasil (1975-2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024a), IBGE (2006). Organizado pelos autores (2025).

Tal retração está associada a mudanças nas políticas públicas e à reorientação do modelo assistencial, que passou a priorizar a reorganização da rede existente, com foco na atenção primária e na descentralização, buscando maior eficiência na utilização dos leitos disponíveis (Albuquerque *et al.*, 2017). Contudo, essa reestruturação não resultou em uma redistribuição equitativa dos recursos, perpetuando desigualdades regionais que afetam sobretudo o Norte e o Nordeste, regiões historicamente deficitárias (Almeida, 2005; Santos, 2001).

Gráfico 6 – Leitos hospitalares por região (2005-2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024a), IBGE (2010). Organizado pelos autores (2025).

A distribuição regional dos leitos hospitalares entre 2005 e 2023, conforme o Gráfico 6, mantém a persistência de disparidades estruturais. Embora o número de leitos tenha crescido no Sudeste e no Nordeste, as regiões Norte e Centro-Oeste continuam apresentando valores absolutos significativamente inferiores, o que reforça a desigualdade no acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2024a).

Essa assimetria, contudo, não se restringe à dimensão quantitativa; do ponto de vista qualitativo, o Sudeste concentra a maior parte dos leitos de alta complexidade, enquanto o Norte e o Centro-Oeste permanecem limitados, majoritariamente, a serviços de baixa complexidade (Albuquerque *et al.*, 2017). Tal configuração reafirma a hierarquia territorial no setor da saúde, reproduzindo desigualdades no acesso e centralizando os serviços mais sofisticados nas áreas de maior densidade econômica.

A concentração territorial dos recursos de saúde é um reflexo da lógica de acumulação territorial, na qual regiões

economicamente mais dinâmicas se consolidam como polos de oferta e inovação técnica (Antas Jr.; Almeida, 2015; Santos, 2001). O crescimento no número de leitos e estabelecimentos de saúde, embora significativo em algumas regiões, não alterou o padrão estrutural de desigualdade. No Sudeste, por exemplo, a elevada densidade de equipamentos hospitalares e a presença de grandes complexos de saúde refletem a hegemonia desse território no atendimento de alta complexidade, ao passo que o Norte, com apenas 33 mil leitos em 2023, enfrenta precariedade severa na capacidade de resposta às demandas locais (Albuquerque *et al.*, 2017).

A superação dessa desigualdade demanda uma reformulação das políticas públicas, orientada pelas especificidades de cada território, com vistas a promover a universalidade e a equidade no acesso à saúde. Com essa abordagem, a análise se volta para a corporatização do setor de saúde e seu impacto na configuração territorial, definindo padrões de acesso e qualidade dos serviços em distintas regiões do país.

CAP. 2

POLÍTICAS DE SEGMENTAÇÃO CORPORATIVA E DESIGUALDADES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MARANHÃO

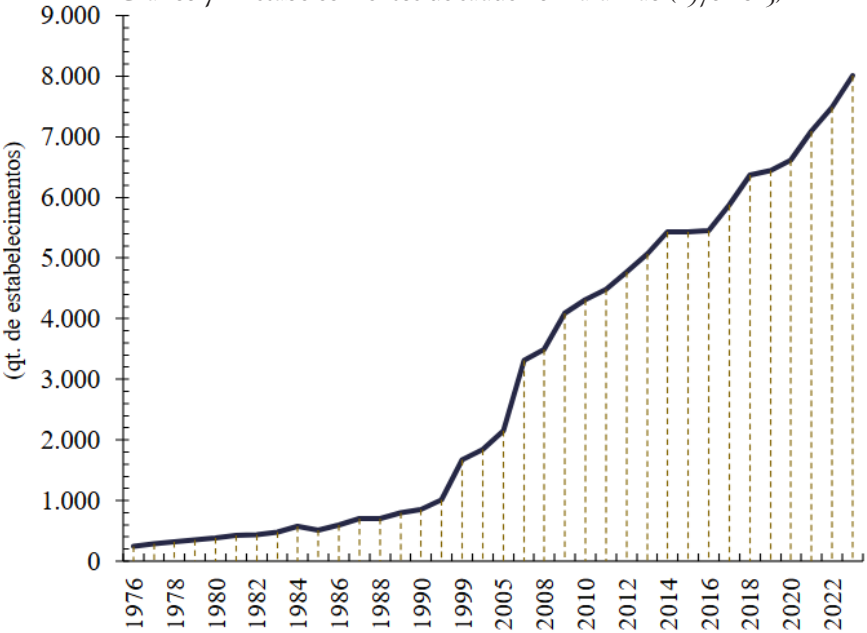


POLÍTICAS DE SEGMENTAÇÃO CORPORATIVA E DESIGUALDADES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MARANHÃO

A política de saúde no Maranhão foi gradualmente estruturada com base nos princípios da descentralização e regionalização do SUS, consolidados a partir das diretrizes da Constituição Federal de 1988. Esse marco normativo viabilizou a redistribuição de responsabilidades entre os entes federativos e proporcionou maior autonomia aos municípios na gestão dos recursos e serviços de saúde (Brasil, 2006). No Maranhão, onde grande parte da população vive em áreas rurais de difícil acesso, a descentralização representou uma estratégia fundamental para enfrentar os desafios históricos de precariedade da infraestrutura e de acesso desigual, como destaca Oliveira e Silva (2023), ao analisar o uso seletivo do território na oferta dos serviços de saúde.

Observa-se que entre 1976 e 2023 houve um crescimento expressivo no número de estabelecimentos de saúde no estado, especialmente a partir dos anos 2000, resultado da expansão da rede pública por meio da criação de hospitais regionais, policlínicas e unidades básicas de saúde (Gráfico 7). Essa ampliação da infraestrutura, como mostram os dados do CNES (Brasil, 2024b), contribuiu para atenuar a concentração de serviços na capital, São Luís, e favorecer o acesso em municípios de menor densidade técnica, promovendo uma regionalização mais efetiva do sistema. No entanto, a distribuição ainda apresenta fortes disparidades, com centros como São Luís e Imperatriz reunindo a maior parte dos serviços de média e alta complexidade, fazendo com que vastas áreas do interior do estado continuem dependentes do deslocamento de pacientes para acesso a cuidados especializados (Oliveira; Silva, 2023).

Gráfico 7 – Estabelecimentos de saúde no Maranhão (1976-2023)



Fonte: IBGE (2006), CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

Uma inflexão importante na gestão do SUS ocorreu em 2006, com a instituição do Pacto pela Saúde, que redefiniu as bases da cooperação federativa na área da saúde. A proposta introduziu uma lógica de responsabilização compartilhada entre União, Estados e Municípios, estabelecendo metas e compromissos específicos para cada esfera de governo, buscando fortalecer a governança interfederativa do sistema (Brasil, 2006).

O pacto foi estruturado em três eixos complementares: o Pacto pela Vida, que priorizava ações estratégicas de saúde pública; o Pacto em Defesa do SUS, voltado à valorização do sistema como patrimônio social; e o Pacto de Gestão, responsável por instituir instrumentos de monitoramento e avaliação da atuação dos gestores. Com essa estrutura, buscava-se maior eficiência na alocação dos recursos, além de uma articulação mais eficaz entre

os níveis de governo (Brasil, 2006).

No Maranhão, a adoção dos pactos resultou em mudanças significativas na rede estadual de saúde, com destaque para a ampliação da oferta de serviços especializados, por meio da implantação de hospitais regionais e policlínicas. Essa expansão contribuiu para o fortalecimento da regionalização e da hierarquização do sistema, qualificando os fluxos assistenciais entre os níveis primário, secundário e terciário, e promovendo um acesso mais contínuo, ordenado e coordenado à população (Brasil, 2006).

A criação de consórcios intermunicipais de saúde, regulamentada pela Lei nº 11.107/2005, reforçou o processo de regionalização ao permitir o compartilhamento de recursos técnicos e financeiros. Essa iniciativa viabilizou uma gestão mais integrada de hospitais e policlínicas regionais, que, operando em rede, conseguiram oferecer serviços especializados que um único município não teria condições de manter. Esse modelo de cooperação entre municípios de diferentes portes ampliou a capacidade de atendimento do SUS e favoreceu a oferta de serviços em regiões historicamente desassistidas, reduzindo a dependência de grandes centros (Brasil, 2005).

No Maranhão, a saúde pública é organizada com base na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que desempenha um papel essencial na atenção primária e se consolida como a principal estratégia de organização da assistência básica no SUS. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca assegurar a continuidade e a proximidade do cuidado, sobretudo para populações vulneráveis e residentes em áreas rurais (Brasil, 2021). Atualmente, o estado conta com mais de 2.335 Unidades Básicas de Saúde (UBS), segundo o CNES, que funcionam como porta de entrada para o sistema, oferecendo atendimento inicial e de rotina (Brasil, 2023b).

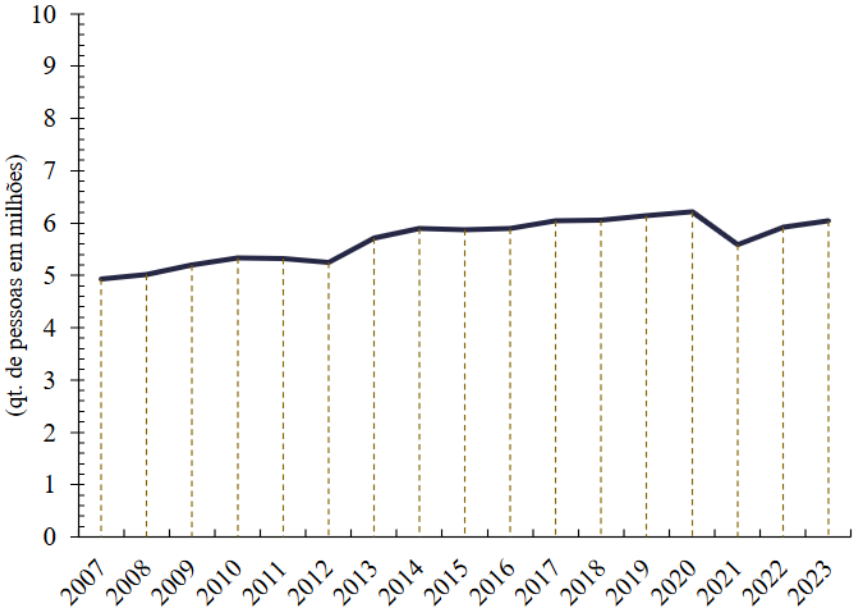
A Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta uma expansão contínua no Maranhão, alcançando cerca de 80% da

população do estado. Esse percentual reflete o fortalecimento das ações preventivas e o aprimoramento do acompanhamento de doenças crônicas, articulando-se à consolidação da Atenção Básica, cuja estabilidade ao longo dos anos tem sido afetada por oscilações pontuais de ordem operacional e conjuntural (Brasil, 2023b). Apesar dos desafios enfrentados, o dado aponta para um compromisso institucional persistente com a ampliação da cobertura e a qualificação do cuidado ofertado à população (Brasil, 2023b).

Os indicadores apontam para a centralidade da Atenção Básica como eixo estruturante da política de saúde no Maranhão. Conforme ilustrado no Gráfico 8, observa-se uma curva de crescimento consistente da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) até 2013, quando ocorre uma leve desaceleração, possivelmente vinculada a restrições financeiras ou à reorganização da rede (Brasil, 2023b). No entanto, os dados posteriores indicam uma retomada positiva, sugerindo uma reestruturação bem-sucedida. Esse movimento reafirma o papel estratégico da ESF na promoção da saúde e na articulação dos diferentes níveis de atenção, contribuindo para a integralidade do cuidado (Brasil, 2011a, 2011b).

A Figura 5 ilustra a hierarquia dos serviços de saúde no Maranhão, reforçando o papel central da Estratégia de Saúde da Família (ESF) dentro do complexo sistema de saúde. A integração entre os níveis atenção é facilitada pela atuação dos consórcios regionais, que se mostram fundamentais na coordenação e gestão das policlínicas e hospitais (Brasil, 2013). Ao permitir que os municípios compartilhem recursos e infraestrutura, os consórcios ampliam a oferta de serviços especializados em regiões com menor capacidade técnica e financeira. Esse modelo busca superar desigualdades históricas, como as dificuldades de acesso a serviços nas áreas mais isoladas (Brasil, 2013).

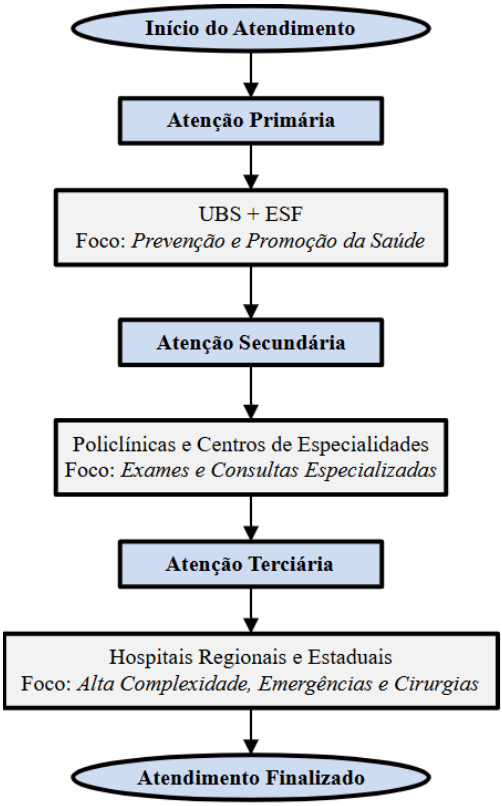
Gráfico 8 – Cobertura da Atenção Básica no Maranhão (2007-2023)



Fonte: e-Gestor Atenção Básica (Brasil, 2021, 2023b). Elaborado pelos autores (2025).

A articulação eficiente entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as unidades de maior complexidade (como hospitais e policlínicas regionais) é essencial para garantir o fluxo contínuo de atendimento, evitando a fragmentação dos serviços e proporcionando um cuidado mais abrangente e equitativo. Essa dinâmica é particularmente relevante em um estado como o Maranhão, onde a desigualdade territorial e a dispersão populacional representam desafios adicionais, fazendo com que a coordenação ente os níveis de atenção se tornem um pilar fundamental da política de saúde (Brasil, 2013, 2021).

Figura 5 – Hierarquia dos serviços de saúde no Maranhão



Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

O planejamento e o financiamento da saúde pública no Maranhão seguem os princípios estruturais do SUS, que estabelece a descentralização e a autonomia administrativa como diretrizes fundamentais (Ribeiro, 2015). O principal instrumento financeiro é o Fundo Estadual de Saúde, que viabiliza a aplicação dos recursos federais e estaduais nas políticas públicas de saúde. O modelo de transferência fundo a fundo, regulamentado pelas portarias do Ministério da Saúde, permite que os recursos sejam direcionados diretamente para as contas dos municípios, assegurando agilidade

e eficiência na implementação das ações locais e regionais (Brasil, 2021, 2023b). Essa forma de repasse fortalece a autonomia administrativa dos municípios, aprimorando sua capacidade de responder às demandas de saúde da população de forma integrada e eficiente.

O Fundo Estadual de Saúde do Maranhão desempenha um papel estratégico na operacionalização do Plano Estadual de Saúde, gerindo e redistribuindo os recursos financeiros, tanto os provenientes de repasses federais quanto das receitas estaduais. Esse planejamento é essencial para sustentar a expansão da rede de saúde, com foco na criação e na manutenção de hospitais regionais e policlínicas (Brasil, 2017a).

A descentralização desses serviços visa reduzir a concentração de atendimento especializado na capital São Luís, ampliando o acesso a serviços de média e alta complexidade nas diferentes regiões do estado. Assim, os hospitais regionais desempenham uma função central na mitigação das desigualdades territoriais, promovendo equidade no acesso a serviços de saúde especializados (Brasil, 2017a).

A construção de policlínicas e hospitais regionais com recursos do Fundo Estadual exemplifica o impacto positivo da regionalização. Essas unidades não apenas descentralizam o atendimento, mas também integram os diferentes níveis de atenção à saúde. A articulação entre Unidades Básicas de Saúde (UBS), policlínicas e hospitais assegura um fluxo contínuo de cuidados, abrangendo desde ações preventivas até procedimentos de alta complexidade (Brasil, 2017a).

Essa integração evita a fragmentação dos serviços e promove continuidade no cuidado (Brasil, 2017a, 2023b). Para garantir a eficiência na utilização dos recursos, a gestão financeira e o monitoramento das unidades são realizados por meio do CNES e do sistema e-Gestor Atenção Básica, permitindo que os gestores avaliem constantemente o desempenho das unidades e ajustem a

alocação de recursos conforme necessário (Brasil, 2017a, 2023b).

Os dados revelam que a rede pública de saúde no Maranhão tem registrado avanços significativos nos últimos anos. Em 2023, o estado contava com 2.335 Unidades Básicas de Saúde integradas à Estratégia de Saúde da Família (ESF), consolidando a atenção primária como o pilar central do sistema de saúde. Nesse mesmo ano, o estado possuía 40 hospitais regionais estrategicamente distribuídos para atender diferentes regiões, descentralizando o acesso a serviços especializados. Além disso, as policlínicas atuavam como centros de especialidades, oferecendo serviços intermediários entre a atenção primária e a terciária (Brasil, 2021, 2023b).

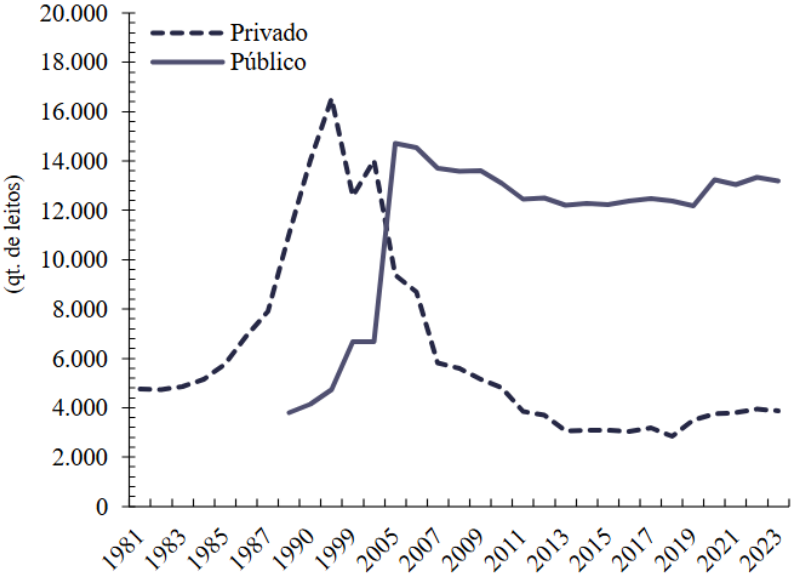
O fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem contribuído para melhorias expressivas nos indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil e o aumento da cobertura vacinal. Esses avanços reforçam o papel essencial da atenção primária na promoção da saúde e na prevenção de doenças, especialmente em um estado caracterizado por grande diversidade territorial e social (Brasil, 2021, 2023b). A hierarquização dos serviços, que organiza a rede em diferentes níveis de complexidade, tem sido uma estratégia eficaz para garantir atendimento contínuo e eficiente, embora ainda existam desafios no acesso equitativo a serviços de alta complexidade (Brasil, 2021, 2023b).

A análise da divisão dos serviços de saúde no Maranhão demonstra a desigualdade entre os sistemas público e privado, com concentração em áreas urbanas e polos econômicos, como as cidades de São Luís e Imperatriz. Embora a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabeleça diretrizes para a regionalização e hierarquização dos serviços, buscando garantir acesso universal e organizado por diferentes níveis de complexidade, sua aplicação prática enfrenta limitações estruturais (Brasil, 2023b).

Os dados sobre leitos públicos e privados (Gráfico 9) indicam um crescimento acentuado dos leitos públicos nas últimas décadas,

especialmente após a expansão do SUS. No entanto, a maior parte desses leitos continua concentrada nos centros urbanos, enquanto regiões mais afastadas enfrentam escassez expressiva, comprometendo a consolidação da regionalização proposta pela PNAB (Brasil, 2017a).

Gráfico 9 – Leitos públicos e privados no Maranhão (1981-2023)



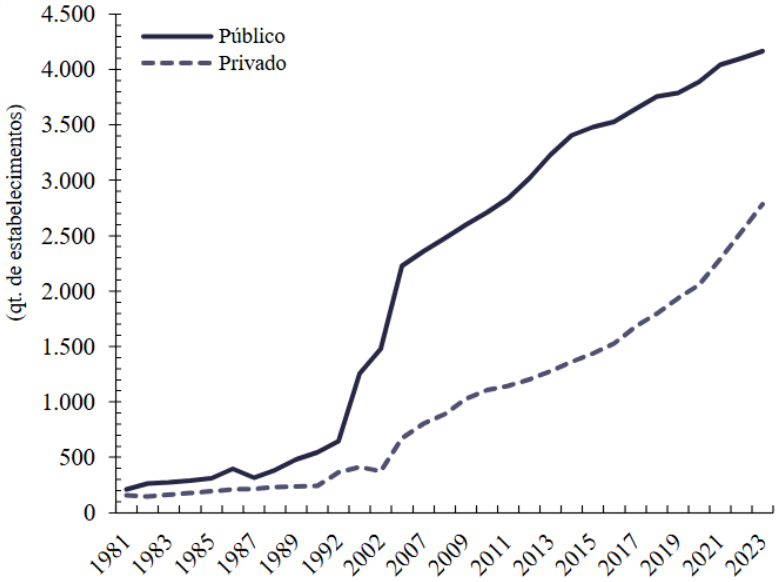
Fonte: IBGE (2006), CNES (Brasil, 2024a). Elaborado pelos autores (2025).

A atuação do setor privado, embora expressiva, restringe-se a áreas economicamente atrativas, o que amplia as desigualdades no acesso aos serviços hospitalares. Essa concentração de recursos demonstra a necessidade de uma articulação mais eficiente entre as esferas pública e privada, visando promover maior equidade na oferta de serviços (Brasil, 2024a).

A distribuição dos estabelecimentos de saúde, como ilustrado no Gráfico 10, indica uma clara desigualdade territorial. Entre 1981 e 2023, houve um crescimento expressivo de ambos os

setores, mas a dinâmica de expansão é distinta. O setor público, impulsionado pela PNAB, teve um crescimento robusto, passando de 211 para 4.167 estabelecimentos, e foi o principal responsável por ampliar a presença do sistema em diversas localidades (Brasil, 2024a; IBGE, 2006).

Gráfico 10 – Estabelecimentos de saúde públicos e privados no Maranhão (1981-2023)



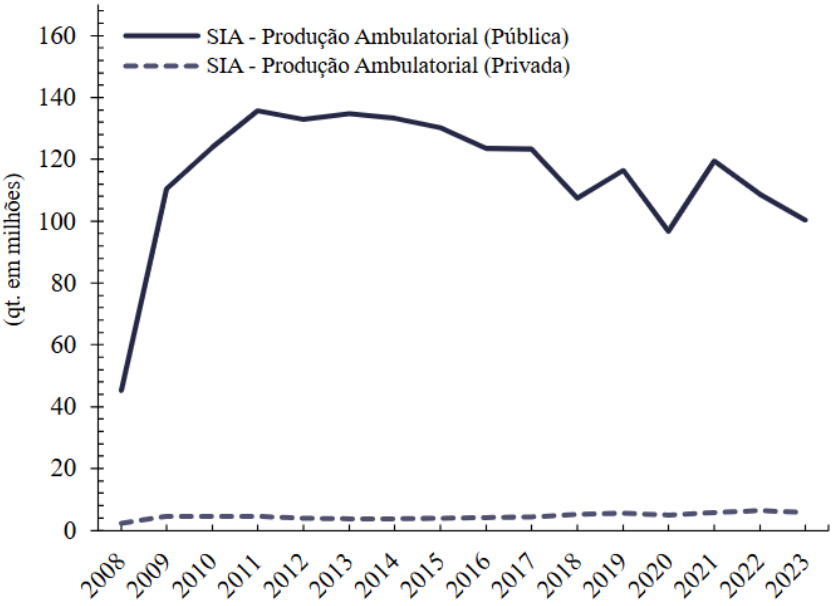
Fonte: IBGE (2006), CNES (Brasil, 2024a). Elaborado pelos autores (2025).

Apesar do aumento da cobertura das UBS, a dependência das unidades públicas nas áreas menos desenvolvidas reforça a segmentação territorial, que é agravada pela falta de incentivos econômicos para a instalação de serviços privados em regiões interioranas. Essa segmentação cria um cenário de disparidade, no qual o SUS se torna a única alternativa de atendimento para as populações mais vulneráveis (Oliveira; Silva, 2023).

A produção ambulatorial e hospitalar no Maranhão reforça

a centralidade do SUS na oferta de atendimentos, especialmente nas regiões mais carentes. Como ilustra o Gráfico 11, a produção ambulatorial pública atingiu 68,5 milhões de atendimentos em 2024, superando amplamente o setor privado, cuja produção se manteve em níveis reduzidos ao longo dos anos (Brasil, 2024c).

Gráfico 11 – Produção ambulatorial pública e privada no Maranhão (2008-2023)

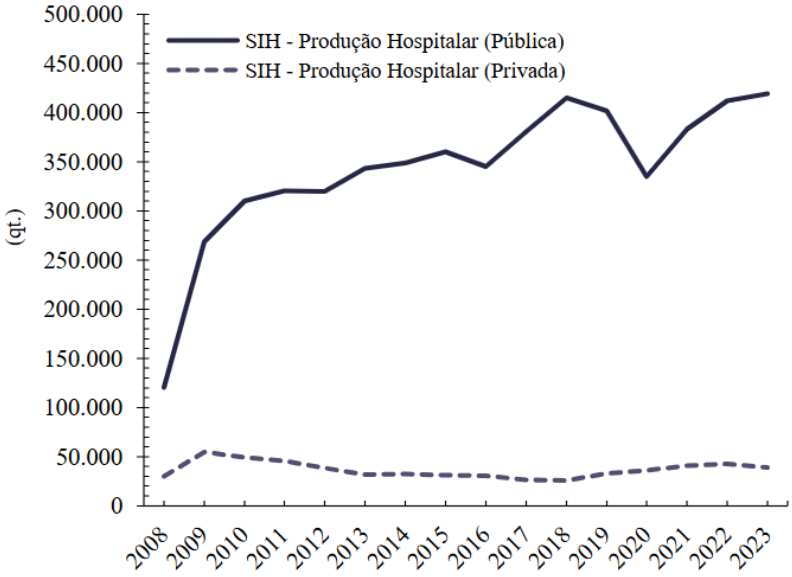


Fonte: CNES (Brasil, 2024c). Elaborado pelos autores (2025).

Essa discrepância manifesta a importância do SUS em atender às demandas de saúde da população, particularmente nas áreas vulneráveis, onde o setor privado se concentra em serviços especializados e de alta rentabilidade, como cirurgias eletivas e exames de imagem. A queda na produção ambulatorial pública observada a partir de 2016 reflete restrições orçamentárias e crises econômicas que impactaram negativamente o financiamento da saúde pública (Brasil, 2017a; Giovanella *et al.*, 2012).

A produção hospitalar segue um padrão semelhante, conforme demonstrado no Gráfico 12. A oferta pública de atendimentos hospitalares tem superado consistentemente a privada, com mais de 400 mil procedimentos realizados anualmente nos últimos anos. Esse dado reforça a dependência estrutural do SUS para atender às necessidades hospitalares, sobretudo em procedimentos de alta complexidade. Em contraste, a produção hospitalar privada se mantém entre 30 mil e 50 mil procedimentos anuais, concentrando-se em nichos específicos voltados para as classes média e alta (Brasil, 2024c).

Gráfico 12 – Produção hospitalar pública e privada no Maranhão (2008-2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024c). Elaborado pelos autores (2025).

A concentração dos serviços públicos e privados em polos urbanos como São Luís e Imperatriz sobrecarrega esses centros e cria obstáculos para pacientes oriundos de áreas interioranas e menos desenvolvidas, que precisam se deslocar para receber

atendimento. Essa situação é fruto de uma regionalização incompleta, que enfrenta desafios para a plena consolidação, conforme previsto na PNAB (Brasil, 2017a). A centralização dos serviços de alta complexidade nos grandes centros urbanos reforça a necessidade de descentralizar a oferta, ampliando a cobertura e melhorando o acesso em regiões afastadas e vulneráveis.

A escassez de unidades de saúde mais complexas no interior, aliada à concentração de recursos em áreas economicamente mais atraentes, destaca a necessidade de políticas públicas que promovam a justiça territorial; políticas que devem fomentar a colaboração entre os setores público e privado, assegurando que os investimentos melhorem a oferta de serviços nas regiões menos favorecidas, como propõe a PNAB (Brasil, 2017a; Sá; Holanda, 2017). Essa distribuição de recursos é fundamental para reduzir desigualdades e fortalecer o sistema de saúde no estado.

Além disso, o aumento da produção ambulatorial e hospitalar pública não apenas reflete um esforço do SUS para atender à demanda crescente, mas também indica que o sistema está sobrecarregado nos polos urbanos. Essa sobrecarga pode ser mitigada por uma articulação mais eficiente entre os setores público e privado. Tal colaboração poderia incentivar a instalação de unidades privadas no interior do estado, promovendo uma real complementaridade dos serviços e aliviando a pressão sobre as redes públicas nas cidades (Sá; Holanda, 2017).

Os gráficos analisados evidenciam a distribuição desigual da produção de serviços de saúde no Maranhão, ressaltando a urgência de reestruturação nas políticas públicas da área. O Gráfico 11 aponta uma disparidade significativa entre a produção ambulatorial nos setores público e privado, enquanto o Gráfico 12 revela a centralidade do setor público na produção hospitalar e a atuação periférica da iniciativa privada. Tais dados reforçam a necessidade de consolidar uma regionalização efetiva, aliada a uma articulação mais integrada entre os setores público e privado, como

estratégia fundamental para ampliar a equidade e a eficiência na oferta de cuidados no estado (Brasil, 2024c).

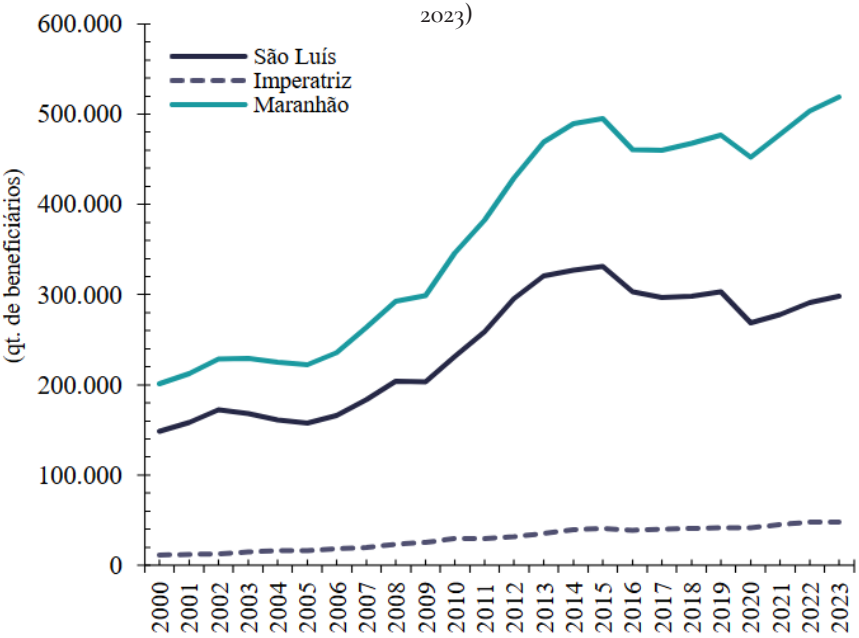
Nesse contexto, a segmentação dos serviços e a concentração da oferta em centros urbanos demonstram a importância de fortalecer mecanismos de articulação intergovernamental e entre os setores econômicos. Para enfrentar as desigualdades regionais, são indispensáveis investimentos estratégicos que promovam a descentralização da infraestrutura e a racionalização da distribuição de recursos. Somente com uma organização mais equilibrada do território e com o fortalecimento da rede em regiões vulneráveis será possível consolidar o SUS como eixo estruturante do sistema de saúde maranhense e alcançar um modelo mais justo, equitativo e sustentável (Brasil, 2024c).

A experiência da pandemia de Covid-19 escancarou tanto a interdependência quanto as fragilidades entre os setores público e privado na saúde estadual. A contratualização de leitos privados pelo SUS foi decisiva para ampliar rapidamente a capacidade de resposta, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Hospitais como a UDI Hospital e o São Domingos, em São Luís, desempenharam papel central nesse processo, oferecendo suporte especializado e aliviando a sobrecarga da rede pública. Essa colaboração emergencial revelou que, diante de situações críticas, a cooperação entre os setores não é apenas desejável, mas inevitável, reforçando a ideia de que a complementaridade pode ser estratégica quando bem regulada (Brasil, 2024b, 2024c).

Contudo, essa articulação pontual não elimina os desequilíbrios estruturais no acesso aos serviços de saúde. A evolução recente da saúde suplementar no Maranhão, conforme indica o Gráfico 13, mostra um crescimento de 3,5% no número de beneficiários entre 2022 e 2023, sinalizando uma leve expansão do setor. No entanto, essa cobertura permanece fortemente concentrada nas regiões metropolitanas de São Luís e Imperatriz, deixando vastas áreas rurais e periféricas ainda dependentes

exclusivamente do SUS. Embora o crescimento da saúde suplementar possa ser interpretado como sinal de fortalecimento da rede privada, ele também escancara as disparidades territoriais no acesso, revelando um modelo que ainda opera com base na seletividade espacial e na lógica da desigualdade (ANS, 2024a).

Gráfico 13 – Beneficiários de planos de saúde em São Luís e Imperatriz (2000-2023)



Fonte: ANS (2024a). Elaborado pelos autores (2025).

Essa concentração e a segmentação da saúde suplementar no Maranhão refletem, portanto, um processo seletivo de uso do território, no qual a lógica econômica molda a oferta e a distribuição dos recursos (ANS, 2024a). Os serviços de alta complexidade estão concentrados em São Luís, reproduzindo uma estrutura desigual que favorece regiões dinâmicas e povoadas, enquanto áreas periféricas e rurais permanecem marginalizadas (Almeida, 2005; Santos, 2002). A distribuição dos hospitais e a expansão da saúde

suplementar no estado evidenciam essa dinâmica, favorecendo o uso corporativo do território, onde o atendimento especializado é vinculado ao poder econômico, e não às necessidades sociais.

Quadro 1 – Instituições hospitalares privadas de destaque no Maranhão (2024)

Hospital	Cobertura	Especialidades
UDI Hospital	São Luís	Cardiologia, UTI adulto e pediátrica, pronto-socorro 24h
Hospital São Domingos	São Luís	Alta complexidade, diagnóstico por imagem, atendimento emergencial
Hospital Português	São Luís	Atendimento geral, pronto-socorro adulto, especialidades clínicas
Hospital de Clínicas (HCI)	São Luís	Humanização, exames de média e alta complexidade
Hospital Aliança do Maranhão	São Luís	Atendimento clínico e pediátrico, pronto-atendimento
Santa Casa de Misericórdia	São Luís	Obstetrícia, pediatria, ginecologia
Hospital Maranhense	São Luís	Radiologia, hemodinâmica, UTI neonatal
Medimagem	Timon	Exames diagnósticos, cardiologia
Centro Médico Maranhense	São Luís	Atendimento multidisciplinar, urgência e emergência

Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

A rede hospitalar privada, conforme detalhado no Quadro 1, exemplifica essa lógica ao concentrar serviços de alta tecnologia e recursos humanos na capital do estado. Esses hospitais desempenham um papel essencial na assistência à saúde, operando de forma complementar ao SUS em situações críticas. No entanto, essa interação não é isenta de contradições, a concentração de

profissionais e recursos na capital intensifica a fragmentação territorial e aprofunda as desigualdades no acesso aos serviços. As regiões fora do eixo metropolitano são relegadas a uma posição de baixa prioridade, consolidando os chamados "territórios de carência" descritos por Santos (1996), áreas marcadas pela escassez de recursos e fluxos informacionais, onde a assistência à saúde permanece esporádica e insuficiente.

Quadro 2 – Operadoras de planos de saúde, por modalidade, em destaque no Maranhão (2024)

Plano de saúde	Cobertura	Modalidades
Unimed São Luís e Maranhão do Sul	Regional	Cooperativa médica, planos empresariais e individuais
Amil	Nacional	Planos empresariais, alta complexidade
Hapvida	Norte e Nordeste	Rede própria, capilaridade ampla
Bradesco Saúde	Nacional	Planos corporativos, reembolso
SulAmérica Saúde	Nacional	Planos empresariais e individuais
NotreDame Intermédica	Sudeste e Maranhão	Rede própria, serviços integrados
Samp	Regional	Planos empresariais e familiares
Plena Saúde	Regional	Foco regional, planos por adesão
Cassi	Nacional	Planos corporativos para servidores
Porto Seguro Saúde	Nacional	Planos corporativos com foco em reembolso

Fonte: ANS (2024c). Elaborado pelos autores (2025).

A saúde suplementar segue uma lógica semelhante. Como detalhado no Quadro 2, a expansão dos planos de saúde reflete a concentração de beneficiários nas áreas urbanas mais dinâmicas, especialmente em São Luís, enquanto o interior do estado

permanece amplamente dependente do SUS. Entre 2022 e 2023, o número de beneficiários cresceu 3,5%, mas essa ampliação foi modesta, alcançando apenas 7,7% da população (ANS, 2024a). Nesse contexto, a saúde suplementar não se apresenta como uma alternativa viável para as populações periféricas, o que reforça a centralidade do SUS nas regiões mais vulneráveis e intensifica a sobrecarga do sistema público (ANS, 2024b).

A ausência de uma política eficaz de regionalização da saúde suplementar tem contribuído para a sobrecarga persistente do SUS, sobretudo em territórios desassistidos pela rede privada. Essa distribuição assimétrica reforça disparidades históricas e dificulta a articulação entre os serviços públicos e privados, sustentando um ciclo de exclusão que recai, de maneira mais intensa, sobre as populações vulnerabilizadas. A concentração da saúde suplementar em centros urbanos como São Luís e Imperatriz mantém a cobertura permanece aquém do necessário para aliviar a pressão sobre o sistema público (Brasil, 2024c).

A limitação da cobertura suplementar indica a falta de estímulos à sua interiorização, resultando em maior dependência do SUS nos territórios periféricos e rurais. A atuação restrita dos planos de saúde aos grandes centros urbanos não apenas reforça a fragmentação territorial, mas também acentua a sobrecarga da rede pública nos municípios afastados dos polos de desenvolvimento. Essa seletividade na oferta expõe uma lógica de mercado que prioriza a rentabilidade, em detrimento da universalização do acesso (Brasil, 2024c).

Superar essas desigualdades exige uma nova concepção de uso do território, em que a regionalização da saúde suplementar esteja integrada a uma política mais ampla de desenvolvimento territorial. Como destaca Almeida (2005), é necessário romper com a lógica fragmentada que organiza seletivamente os serviços e investir em processos de interiorização que vão além da simples construção de hospitais. A criação de infraestruturas que conectem

os territórios marginalizados à rede de atenção à saúde, por meio de transporte, comunicação e fluxos regulados, é fundamental para consolidar um sistema mais coeso, eficiente e equitativo.

No Maranhão, a distribuição desigual de profissionais de saúde denota uma clara disparidade, como apontam os dados da Demografia Médica no Brasil (Scheffer, 2023). Enquanto São Luís apresenta uma média de 3,1 médicos por mil habitantes, muitos municípios do interior registram índices inferiores a 0,5 médico por mil habitantes. A concentração de serviços especializados, como cardiologia e neurologia, nas áreas metropolitanas força pacientes das regiões periféricas a enfrentarem longos e onerosos deslocamentos, sobrecarregando a rede pública das cidades maiores. Essa escassez de profissionais vai além da falta de incentivos, sendo também resultado de uma estrutura de formação médica centralizada nos grandes centros urbanos, o que dificulta o processo de interiorização da saúde.

A gestão eficiente da oferta e distribuição de serviços de saúde no Maranhão exige, portanto, superar a fragmentação atual por meio de práticas colaborativas e integradas. A experiência do Programa Mais Médicos evidenciou a viabilidade de ampliar a cobertura em regiões vulneráveis, mas a sustentabilidade dessas iniciativas depende de um planejamento territorial orientado pela justiça social. É necessário reestruturar os serviços de saúde além de respostas emergenciais, promovendo a construção de um sistema integrado e equitativo que atenda às reais necessidades da população maranhense. Apenas com uma gestão territorial coerente e inclusiva será possível romper a lógica de concentração e exclusão, garantindo uma rede de saúde verdadeiramente universal e acessível (Guimarães, 2006; Sá; Holanda, 2017).

CAP. 3



FLUIDEZ E VISCOSIDADES NA DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES NO MARANHÃO

FLUIDEZ E VISCOSIDADES NA DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES NO MARANHÃO

O território e seus usos formam uma totalidade concreta, marcada pelos eventos e pela acumulação desigual de tempos, que definem sua dinâmica e suas especificidades. Segundo Santos (1996, p.77), "um evento é o resultado de um feixe de vetores, conduzido por um processo, levando nova função ao meio pré-existente. [...] somente se completa quando integrado ao meio, somente aí há o evento, não antes".

Segundo Santos (1996) os eventos, compreendidos como ações humanas e processos históricos, deixam marcas no território que narram sua transformação ao longo do tempo, revelando camadas de significados e funções atribuídas. No uso do território, os eventos funcionam como âncoras entre o passado e o futuro, articulando intervenções históricas às dinâmicas contemporâneas e evidenciando o território como uma totalidade em constante transformação (Albuquerque, 2006).

Nesse processo, objetos materiais, como infraestruturas e bens, articulam-se de forma indissociável às ações humanas, como o trabalho, a apropriação e a circulação, configurando manifestações concretas do uso do território enquanto totalidade ativa (Santos, 1996). O evento, nesse sentido, não apenas inscreve o tempo na materialidade do território, mas expressa, em sua concretude, a interação contínua entre a herança das ações passadas e as exigências do presente (Albuquerque, 2006; Santos; Silveira, 2001).

Nesse contexto, a técnica é o conjunto de instrumentos e saberes que medeiam as relações sociais no território, possibilitando e condicionando as ações que lhe conferem sentido (Santos, 2001). Veja-se, por exemplo, a construção de um hospital, uma clínica ou um posto de saúde. Enquanto "evento", ele exige a ativação de um aparato técnico que não apenas viabiliza sua realização, mas materializa práticas sociais em formas dotadas de função. Assim,

o território é configurado por uma lógica que reflete interesses, conflitos e relações de poder (Santos, 1996).

O evento emerge da realidade em movimento e ocorre dentro da totalidade do território, ancorado tanto no passado quanto no futuro, isto é, nas condições herdadas que o tornam possível e nas transformações que desencadeia. Ao criar e modificar a realidade presente, o evento contribui para estruturar novos acontecimentos e reorganizar os usos do território (Albuquerque, 2006; Santos, 1996).

Para Santos (1996), o mundo contemporâneo é caracterizado como uma totalidade concentrada, composta por elementos econômicos, sociais, culturais, políticos e técnicos que se articulam de maneira interdependente. Nesse contexto, o meio técnico-científico-informacional adquire centralidade, acelerando a produção e a circulação de informações de forma imediata e coordenada. Essa hegemonia técnica conecta escalas locais e globais, fazendo com que eventos ocorridos em um ponto do planeta repercutam quase instantaneamente em outros (Albuquerque, 2006; Santos, 1996).

A notificação de casos de síndrome respiratória associada à Covid-19, em Wuhan, na província de Hubei, China, em dezembro de 2019, exemplifica como esse processo de aceleração da produção e da circulação de informação ocorre (WHO, 2023). Esse evento (crise sanitária) destacou a interação entre os fluxos globais de informações e as respostas locais (Albuquerque, 2006; Santos, 1996; WHO, 2023). A mobilização das autoridades de saúde pública de diversos países, com destaque para a Organização Mundial da Saúde (OMS), resultou em planos de contenção e prevenção diante da ameaça de uma pandemia de gripe (WHO, 2023). Esse esforço global reforça a relevância da circulação e da comunicação na regulação do ritmo do mundo e dos lugares, ao mesmo tempo em que permite ações coordenadas para conter o fluxo do vírus, integrando os territórios global e local em uma dinâmica de

interdependência (WHO, 2023).

Entre os diversos usos que sustentam o funcionamento da ordem capitalista global, destaca-se o uso do território pela saúde, intimamente vinculado à concepção de desenvolvimento (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005; David, 2010; Souza, 2004). Como discutido anteriormente, a técnica, sob uma perspectiva macroeconômica, atua como um fator essencial de produção. No entanto, seu papel vai além dessa função econômica, pois integra um sistema técnico mais amplo, responsável por assegurar a reprodução capitalista e por organizar o território. Isso ocorre porque a técnica é, simultaneamente, meio de ação e resultado de processos históricos de acumulação, articulando objetos e ações no espaço geográfico (Albuquerque, 2006; Furtado, 2000; Santos, 1996).

Sob essa perspectiva, os territórios com maior capacidade de fluidez (espaços de rapidez), marcados pela concentração de técnica, objetos e informação, tornam-se polos de ação intensiva, plenamente integrados à lógica da acumulação capitalista e à divisão internacional do trabalho. Como argumenta Santos (1996, p. 167) "a fluidez não é um atributo universal do território, mas algo construído seletivamente, de acordo com os interesses e poderes presentes". Essa seletividade reforça as relações de poder que constitui o território. O autor ainda complementa:

> [...] a fluidez contemporânea é baseada nas redes técnicas, que são um dos suportes da competitividade. Daí a busca voraz de ainda mais fluidez, levando à procura de novas técnicas ainda mais eficazes. A fluidez é, ao mesmo tempo, uma causa, uma condição e um resultado (Santos, 1996, p.185).

Essa busca incessante pela fluidez encontra "[...] sua materialização na articulação integrada entre o poder público e o

setor privado" (Santos, 1996, p. 187). Ao se tratar da fluidez, é preciso considerar a natureza ambígua e mista das redes e dos elementos que elas viabilizam (Santos; Silveira, 2001). Cabe ao Estado, seja de forma direta, por meio de concessões, ou por intermédio de organismos supranacionais, como instituições financeiras globais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional) e blocos econômicos (União Europeia, Mercosul, USMA), a tarefa de equipar o território com macrossistemas técnicos, tais como rodovias, sistemas de telecomunicações, redes de energia, portos e aeroportos. Esses macrossistemas são indispensáveis para a operacionalização e integração das demais técnicas no território (Mariano; Mattos; Sugahara, 2019; Santos; Silveira, 2001).

As empresas, por sua vez, atuando de forma independente ou em parcerias, desenvolvem redes privadas cuja organização espacial e funcionalidade são moldadas por seus próprios interesses econômicos (Santos; Silveira, 2001). Essas redes, muitas vezes exclusivas, "tornam-se canais privilegiados para a circulação de informações, dados técnicos e comandos essenciais que sustentam e orientam os processos produtivos" (Santos, 1996, p.187).

Contudo, essas redes privadas não existem de forma isolada. Sua operacionalização depende diretamente dos macrossistemas técnicos providos pelo Estado, seja por ação direta ou indireta, ou por meio de concessões, bem como pelos organismos supranacionais. Rodovias, sistemas de telecomunicações, redes de energia e outros elementos estruturais formam a base indispensável que sustenta não apenas a fluidez dessas redes, mas também sua seletividade. Como argumentam Santos e Silveira (2001), a produção da fluidez é um processo integrado e ambíguo, no qual os interesses públicos e privados se entrelaçam. Nesse sentindo, "uma das características do presente período histórico é, em toda parte, a necessidade de criar condições para maior circulação dos homens, dos produtos, das mercadorias, do dinheiro, da informação, e das ordens" (Santos; Silveira, p.271, 2001).

A fluidez materializada de forma seletiva coexiste com territórios caracterizados pela viscosidade, onde a baixa densidade técnica e a limitada inserção nos fluxos globais evidenciam a desigualdade estrutural do meio técnico-científico-informacional. Nesses espaços, torna-se difícil acompanhar o ritmo imposto pelo "motor único" da economia global (Santos; Silveira, 2001). A simultaneidade entre fluidez e viscosidade revela, portanto, as contradições do território, diretamente ligadas à seletividade das políticas públicas e às dinâmicas econômicas.

Tal seletividade opera no uso do território por meio das formas-conteúdo, disseminadas e territorializadas, como propõe Santos (1996), que impregnam o espaço, reproduzindo lógicas desiguais de acumulação de capital e recursos, estruturando seus usos presentes e projetando desigualdades para o futuro.

O Estado, assim como o capital, ocupa lugar de destaque na materialização dessas formas-conteúdo, orientadas pela racionalidade capitalista. Pautada por metas de acumulação e competitividade, essa racionalidade aprofunda as desigualdades socioespaciais, reforçando a fluidez nos lugares estratégicos e a viscosidade nas regiões periféricas (Albuquerque, 2006; Souza, 2004).

Souza (2004) argumenta que os "lugares tornados mundiais", aqueles inseridos na divisão internacional do trabalho e nos processos de internacionalização, abrigam maiores densidades técnicas, o que lhes confere mais fluidez e permite atender às demandas do capital. Quanto maior a fluidez de um lugar, maior pode ser sua funcionalidade dentro da lógica capitalista.

Todavia, nos lugares marcados por baixa densidade técnica, a ausência de objetos e a fragilidade das normas impedem a articulação com os fluxos contemporâneos, resultando em espaços de viscosidade que limitam o movimento, a comunicação e a realização de ações sociais complexas. Essas zonas viscosas se posicionam na periferia funcional do sistema capitalista,

justamente por sua baixa integração às lógicas hegemônicas de circulação e acumulação (Santos, 1996; Souza, 2004).

No Maranhão, essa lógica desigual se materializa de forma evidente na organização dos serviços de saúde. A concentração de equipamentos e infraestrutura nos polos urbanos, associada à rarefação técnica em vastas porções do estado, configura uma espacialidade seletiva, na qual a realização dos serviços depende da presença simultânea de objetos técnicos, agentes especializados e normatividade ativa. A distribuição desigual dos serviços médico-hospitalares não é efeito colateral, mas parte constitutiva de um uso do território historicamente excludente (Almeida, 2005; Santos, 1996; Silveira, 2011).

As desigualdades no acesso à saúde no Maranhão são estruturais, e não episódicas. A forma como os serviços são organizados obedece a uma lógica seletiva que opera em múltiplas escalas, local, regional e nacional, definindo, de maneira desigual, os lugares capazes de integrar-se aos circuitos superiores da atenção à saúde. Zonas de fluidez convivem com extensas áreas marcadas por viscosidade estrutural, onde a escassez de conexões materiais e imateriais impede a efetivação de políticas públicas universais. Nesse cenário, a saúde não se territorializa de forma equânime, mas como expressão das racionalidades que perpetuam o uso desigual do território (Santos, 1996).

A pandemia de Covid-19 intensificou essas disparidades, funcionando como evento revelador da estrutura excludente que sustenta a rede de atenção à saúde (Oliveira; Silva, 2022, 2023). Expôs a fragmentação entre os níveis de atenção, sobrecarregou os centros dotados de maior densidade técnica e ampliou os obstáculos enfrentados pelas populações localizadas em regiões desconectadas das redes de cuidado. O que se percebe, portanto, é um território cujas barreiras ainda desafiam a concretização da equidade e da universalidade no acesso à saúde.

Enquanto evento global, a pandemia de Covid-19

provocou uma ruptura nas dinâmicas territoriais ao tensionar, simultaneamente, redes produtivas, logísticas e informacionais em múltiplas escalas, do global ao local. Desde os primeiros registros em Wuhan até sua declaração oficial como pandemia pela Organização Mundial da Saúde, o avanço do vírus revelou a vulnerabilidade estrutural dos territórios, evidenciando as desigualdades entre lugares capazes de mobilizar rapidamente infraestrutura técnica, normativas e recursos, e aqueles marcados pela rarefação de objetos e ações (WHO, 2023).

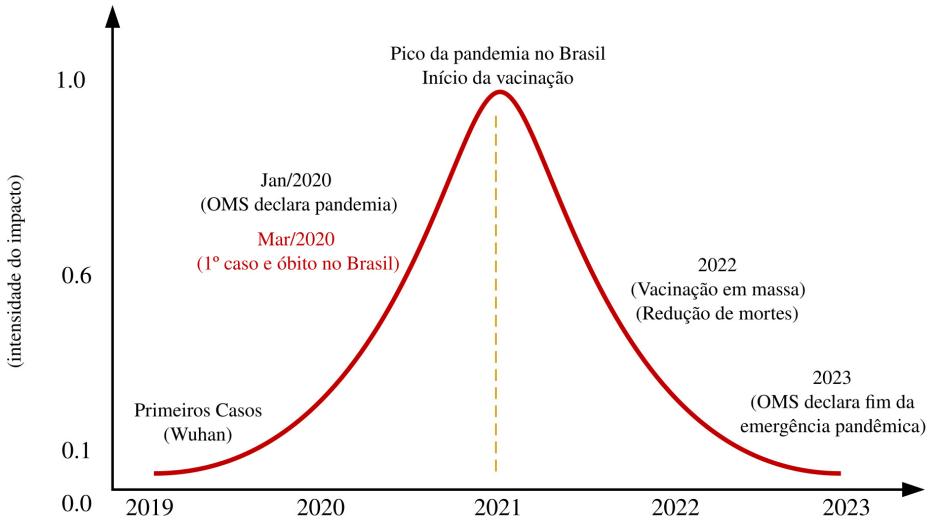
No Brasil, essa crise sanitária escancarou os limites de um sistema de saúde historicamente fragmentado e seletivo, cujas contradições se agravaram diante da necessidade de respostas articuladas em todas as escalas da atenção (Almeida, 2005). Entre 2020 e 2021, a pandemia instaurou uma sucessão de eventos que tensionaram profundamente as estruturas do território nacional, revelando as contradições da organização espacial do sistema de saúde brasileiro (Brasil, 2024f; Fiocruz, 2021; WHO, 2023).

O mês de março de 2021 foi emblemático; o colapso dos sistemas hospitalares, especialmente nas regiões Norte e Centro-Oeste, expôs os limites da rede de atenção e evidenciou a insuficiência dos objetos e das normas disponíveis em boa parte do território para responder às exigências de uma crise sistêmica (Fiocruz, 2021). Nesse período, as taxas de mortalidades atingiram patamares alarmantes, com média móvel de óbitos diários ultrapassando 3 mil mortes no Brasil (Brasil, 2024f; Fiocruz, 2021; WHO, 2023) (Figura 6).

A introdução da vacinação, iniciada em janeiro de 2021, constitui um marco de inflexão, representando não apenas um avanço biomédico, mas também uma reconfiguração das redes logísticas e de comunicação, elementos centrais na realização da política pública em um território de dimensões continentais. Ao longo de 2022, com o progressivo aumento da cobertura vacinal, observou-se uma redução expressiva nos casos graves e nas

hospitalizações, permitindo certa estabilidade sanitária, ainda que profundamente desigual entre as regiões (Brasil, 2024f; Fiocruz, 2021; WHO, 2023).

Figura 6 – Resumo cronológico da pandemia no Brasil (2019-2023)



Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

A introdução da vacinação, iniciada em janeiro de 2021, constitui um marco de inflexão, representando não apenas um avanço biomédico, mas também uma reconfiguração das redes logísticas e de comunicação, elementos centrais na realização da política pública em um território de dimensões continentais. Ao longo de 2022, com o progressivo aumento da cobertura vacinal, observou-se uma redução expressiva nos casos graves e nas hospitalizações, permitindo certa estabilidade sanitária, ainda que profundamente desigual entre as regiões (Brasil, 2024f; Fiocruz, 2021; WHO, 2023).

Esse processo culminou, em maio de 2023, com o anúncio oficial da OMS declarando o fim da emergência de saúde pública

de importância internacional. Contudo, esse encerramento formal não significou a homogeneização das condições territoriais. Pelo contrário, o período pandêmico deixou marcas profundas no uso do território: alterou os fluxos, reorganizou prioridades, acelerou o uso de tecnologias informacionais e reforçou a centralidade de certos lugares enquanto outros permaneceram na invisibilidade funcional. A pandemia, como evento total, impôs respostas desiguais ao território, segundo sua capacidade de mobilizar objetos e normas, e evidenciou, mais uma vez, como o uso corporativo do território orienta seletivamente os fluxos de comando, cooperação e atenção à saúde (Santos, 1996).

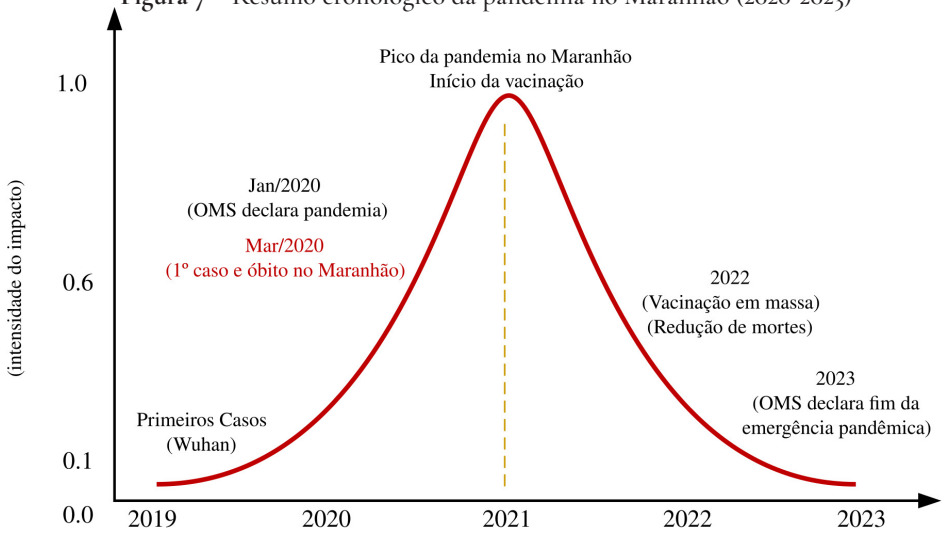
A Figura 6 sintetiza esse percurso histórico por meio de uma linha do tempo que destaca o momento de inserção do Brasil nas dinâmicas globais desencadeadas pela pandemia. Ao fazê-lo, manifesta-se como eventos globais não apenas atravessam o território, mas nele se territorializam de forma seletiva, reafirmando desigualdades e exigindo novos arranjos técnicos, políticos e institucionais.

No Maranhão, os efeitos da pandemia revelaram, de forma aguda, os contrastes que definem o uso do território em um estado historicamente marcado pela rarefação técnica e pela desigualdade socioespacial. Sob a perspectiva de Santos (1996), na qual o local se insere no regional e no global por meio de redes interdependentes, o estado foi incorporado às dinâmicas globais da crise sanitária em 21 de março de 2020, com o registro do primeiro caso confirmado de Covid-19. A partir de então, o vírus passou a circular em um território cuja infraestrutura de saúde é profundamente concentrada e seletiva, e cujas possibilidades de respostas estavam condicionadas tanto pela escassez de objetos técnicos quanto pelas limitações normativas e sociais (WHO, 2023).

As primeiras medidas emergenciais, adotadas pelo governo estadual em 24 de março, como o fechamento de atividades não essenciais e a recomendação de isolamento social, materializaram

uma tentativa de resposta imediata à crise. No entanto, a eficácia dessas medidas foi tensionada pelas desigualdades pré-existentes: a precariedade das moradias, da mobilidade cotidiana e da infraestrutura básica limitou a possibilidade de isolamento para boa parte da população. A Figura 7 sintetiza, nesse sentido, os marcos iniciais de um território forçado a responder de maneira desigual a uma crise que o atravessou de fora para dentro, mas que se territorializou a partir de suas contradições internas.

Figura 7 – Resumo cronológico da pandemia no Maranhão (2020-2023)



Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

O agravamento da crise nas áreas de maior densidade urbana ficou evidente com o anúncio do *lockdown* em São Luís e municípios da Região Metropolitana, em 6 de maio de 2020. A alta concentração populacional, somada à centralização dos serviços voltados ao tratamento da síndrome respiratória aguda grave (SRAG), impôs uma intensa pressão sobre o sistema hospitalar. A resposta imediata nessas regiões expressou a ativação de objetos e normas próprias de emergências, mas também expôs os limites de

fluidez do território, ao evidenciar a fragilidade dos vínculos entre as áreas centrais e as periferias do estado, estas últimas marcadas por viscosidades estruturais que dificultam a implementação de políticas públicas em larga escala (Brasil, 2024f; Fiocruz, 2021; Maranhão, 2024; WHO, 2023).

Em setembro de 2020, com a redução sustentada da taxa de transmissão por 90 dias, o estado entrou em uma fase de maior estabilidade epidemiológica. Contudo, a retomada das atividades econômicas exigiu ajustes constantes, e a ausência de uma rede territorial equilibrada manteve latentes as desigualdades no acesso ao cuidado. O avanço da vacinação em 2021 promoveu uma reorganização das estratégias sanitárias, como evidenciado pelos decretos de 20 de julho daquele ano, que flexibilizaram as restrições em busca de equilíbrio entre circulação econômica e controle epidemiológico. Nesse período, o território passou a ser continuamente reconfigurando, adaptando-se às exigências da crise por meio da ativação seletiva de normas e objetos (Maranhão, 2024).

Finalmente, em 17 de março de 2023, o lançamento de um painel digital pela Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA) marcou a consolidação do uso de tecnologias de informação como instrumento de gestão e transparência, indicando a incorporação do meio técnico-científico-informacional à dinâmica territorial de enfrentamento à pandemia. Esse marco revela a tentativa do Estado de exercer um comando mais racionalizado sobre o território, ainda que os efeitos dessa racionalidade permaneçam desigualmente distribuídos (Maranhão, 2024).

O SARS-CoV-2, agente biológico da pandemia, deve ser compreendido não apenas como um microrganismo de alta infectividade, mas como um disparador de processos que reconfiguram profundamente o uso do território em múltiplas escalas. Pertencente à família *Coronaviridae* e ao gênero

Betacoronavirus, o vírus apresenta uma composição genética baseada no RNA de fita simples positiva (RNA+), que permite sua replicação eficiente ao explorar diretamente a maquinaria celular do hospedeiro (Céspedes; Souza, 2020; Lana *et al.*, 2020; Uzunian, 2020). Tais características bioquímicas favoreceram uma disseminação acelerada em escala global, impulsionada pelas redes técnicas de transporte, comunicação e circulação, inscrevendo o vírus nas dinâmicas mais profundas do sistema técnico-científico-informacional (Santos; Silveira, 2001).

Mais do que um fenômeno biológico isolado, o SARS-CoV-2 operou como mediador territorial, ativando seletivamente fluxos e redes, ao mesmo tempo em que expôs com nitidez as desigualdades materiais entre os lugares. A doença por ele provocada, a Covid-19, acrônimo de *corona virus disease 2019*, manifestou-se de forma ampla, com sintomas que variaram de quadros leves a graves, exigindo uma rede de atenção complexa e desestabilizando a organização espacial da saúde em diferentes países, sobretudo naqueles marcados por baixa densidade técnica e normatividade frágil (Lana *et al.*, 2020).

A presença massiva de indivíduos assintomáticos intensificou os fluxos de contágio, impossibilitando o rastreamento efetivo e ampliando a sobrecarga sobre os serviços médico-hospitalares (Lana *et al.*, 2020). Nesse contexto, o território não foi apenas cenário, mas agente ativo na produção das condições de vulnerabilidade. A rarefação de objetos técnicos em grandes porções do espaço nacional, aliada à concentração seletiva de recursos e comando, agravou os efeitos da crise e evidenciou a lógica desigual de funcionamento do território (Santos, 1996).

Para enfrentar os desafios impostos pela Covid-19, a resposta do SUS buscou articular os diferentes níveis de atenção em um esforço de contenção da propagação do vírus e de ampliação do acesso à assistência (Fiocruz, 2021). A Atenção à Saúde Primária

(APS), por meio das UBS e dos centros de triagem, desempenhou função essencial no diagnóstico precoce, monitoramento e encaminhamento de casos, estratégias fundamentais para descongestionar os serviços de alta complexidade e otimizar a resposta do sistema de saúde às demandas crescentes (WHO, 2023).

Nos serviços de atenção à saúde de média complexidade, a capacidade de estabilizar pacientes em estado moderado ou grave esteve diretamente relacionada à densidade técnica disponível em cada unidade, como unidades de pronto atendimento UPAs), unidades móveis e prontos-socorros (WHO, 2023; PAHO, 2022). A concentração de infraestrutura, tecnologias e equipes especializadas nesses estabelecimentos permitiu, em alguns momentos, uma resposta mais ágil, embora restrita a poucas zonas de fluidez no país, sinalizando em alguma medida a lógica que rege a territorialização da política de saúde (PAHO, 2022).

No nível de alta complexidade, a pandemia exigiu intensa mobilização de hospitais gerais e especializados, equipados com Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), sistemas de ventilação mecânica e suporte avançado à vida. Esses recursos, essenciais para o manejo das formas graves da doença, estavam concentrados em estabelecimentos situados em regiões com maior densidade técnico-científica, o que restringiu a capacidade de resposta em vastas áreas do território nacional (Fiocruz, 2021). A articulação dos níveis de atenção, portanto, operou de maneira desigual, refletindo não apenas as capacidades locais, mas também a seletividade dos investimentos públicos em saúde ao longo do tempo.

Diante da magnitude da crise sanitária, a reorganização emergencial do SUS não apenas evidenciou suas fragilidades estruturais, como também revelou as contradições do uso do território no Brasil. Como observa Albuquerque (2006), o SUS, embora concebido como instrumento de modernização e universalização da saúde, manifesta-se de forma parcial e seletiva, condicionado pela distribuição desigual de objetos, normas e

agentes. Trata-se de um território em que a realização da política pública está subordinada à lógica do meio técnico-científico-informacional e onde os fluxos são permitidos ou bloqueados conforme a densidade e o valor estratégico de cada lugar.

Essa seletividade, segundo Almeida (2005), decorre da ausência de dinamismo na maioria dos municípios, fruto da baixa inserção nas redes de comando e da escassez de infraestrutura. Em tempos de crise, essa condição estrutural se intensifica, enquanto as regiões com maior fluidez técnico-informacional conseguem reagir com mais agilidade, outras permanecem aprisionadas pela viscosidade, agravando as desigualdades na efetivação do direito à saúde.

A pandemia aprofundou esse quadro, ao tornar visíveis as dissimetrias na distribuição da infraestrutura hospitalar, UTIs, hospitais, clínicas e equipamentos de suporte, e ao destacar o modo como os recursos públicos foram alocados com base em critérios seletivos (Brasil, 2024f; Fiocruz, 2021; WHO, 2023). Essa lógica indica a atuação do Estado na organização de um território funcionalmente fragmentado, no qual os espaços mais densos tecnicamente são também aqueles mais contemplados pelas políticas emergenciais, enquanto as regiões periféricas são relegadas à espera ou ao abandono. Como destaca Santos (1996), o território é mobilizado de forma a atender às exigências dos agentes hegemônicos, e essa racionalidade corporativa estrutura a própria forma como o sistema de saúde se realiza espacialmente.

A escala estadual, nesse contexto, permite observar com mais nitidez a materialização dessas desigualdades (Oliveira; Silva, 2022). No caso do Maranhão, a coexistência de carências estruturais e investimentos seletivos revela a dupla face do Estado: por um lado, agente de regulação e financiamento do sistema público; por outro, indutor da expansão da rede privada, por meio de parcerias, contratos e subsídios (Almeida, 2005). Essa dinâmica reforça o uso corporativo do território, no qual os recursos públicos muitas

vezes servem à consolidação de circuitos superiores da saúde, sem alterar as bases estruturais da exclusão.

David (2011) observa que esse movimento se intensifica por meio de políticas que incentivam a segmentação, como as parcerias público-privadas e os mecanismos de renúncia fiscal. Ao privilegiar os espaços onde o capital encontra maior densidade e racionalidade técnica, o Estado contribui para reforçar uma geografia da seletividade, na qual os fluxos de saúde, longe de se universalizarem, passam a ser concentrados. A consequência disso é a cristalização de uma lógica em que amplas porções do território nacional, e populações nelas inseridas, permanecem funcionalmente excluídas dos circuitos mais complexos de cuidado.

Essa configuração espacial seletiva se expressa, de maneira ainda mais precisa, na oposição entre territórios de fluidez e de viscosidade, conforme a proposta de Santos (1996). Tal distinção permite compreender como as desigualdades se materializam na distribuição dos recursos em saúde, profissionais, especialidades médicas, tecnologias e infraestruturas, que se concentram nos espaços fluídos, acessíveis ao capital e à informação, enquanto os territórios viscosos permanecem marcados pela escassez, pela lentidão dos fluxos e pela exclusão das lógicas técnicas e racionais que orientam a oferta dos serviços (Oliveira; Silva, 2022).

CAP. 4

MODERNIZAÇÃO SELETIVA E OS LIMITES DA FLUIDEZ NA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO MARANHÃO



MODERNIZAÇÃO SELETIVA E OS LIMITES DA FLUIDEZ NA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO MARANHÃO

A expansão da atenção primária no Maranhão, consolidada nas últimas décadas com o crescimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tornou-se um marco estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado. Atualmente, são 2.096 UBS e 2.598 equipes em atividade, evidenciando um esforço institucional de capilarização dos serviços (Brasil, 2024b). No entanto, como já advertiam Spedo, Pinto e Tanaka (2010), essa ampliação não ocorreu com um fortalecimento proporcional dos serviços de média e alta complexidade.

A fluidez entre os níveis de atenção, condição essencial para a integralidade do cuidado, encontra barreiras estruturais que dificultam a transição entre as demandas iniciais da população e as respostas mais especializadas (Brasil, 2011a, 2011b). A média complexidade, caracterizada por procedimentos diagnósticos e terapêuticos que exigem maior densidade técnica e recursos especializados, deveria funcionar como elo entre a porta de entrada do sistema e os serviços de alta densidade tecnológica. No entanto, como se verá adiante, sua distribuição no território revela novas formas de seletividade e exclusão (Pires *et al.*, 2010).

Nesse contexto, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), estruturas de média complexidade que integram a rede de atenção às urgências, assumem o papel de mediação entre a atenção básica e os hospitais gerais e especializados. A essa função, associado à Política Nacional de Atenção às Urgências, compete-lhe primordialmente descongestionar os prontos-socorros hospitalares, ampliando o acesso ao atendimento por meio de uma estrutura descentralizada e de funcionamento contínuo (Brasil, 2011b).

As UPAs operam de forma ininterrupta, durante 24 horas por dia, e foram estruturadas para resolver até 97% dos casos de urgência e emergência, sem necessidade de encaminhamento hospitalar. Sua estrutura inclui a realização de exames básicos, como raio-X e eletrocardiograma, além de procedimentos como suturas, administração de medicações e estabilização clínica de pacientes. Sua equipe multiprofissional é composta majoritariamente por médicos clínicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais da saúde (Brasil, 2011b).

A classificação das UPAs se dá segundo seu porte e capacidade de atendimento (Tabela 1). As unidades de porte I atendem até 150 pacientes por dia e contam com, no mínimo, dois médicos por plantão. As de porte II são estruturadas para atender entre 150 e 300 pacientes por dia, com pelo menos quatro médicos por plantão. Já as UPAs de porte III recebem mais de 300 pacientes diariamente, com o suporte de, no mínimo, seis médicos por turno (Brasil, 2011b).

Tabela 1 – Porte das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

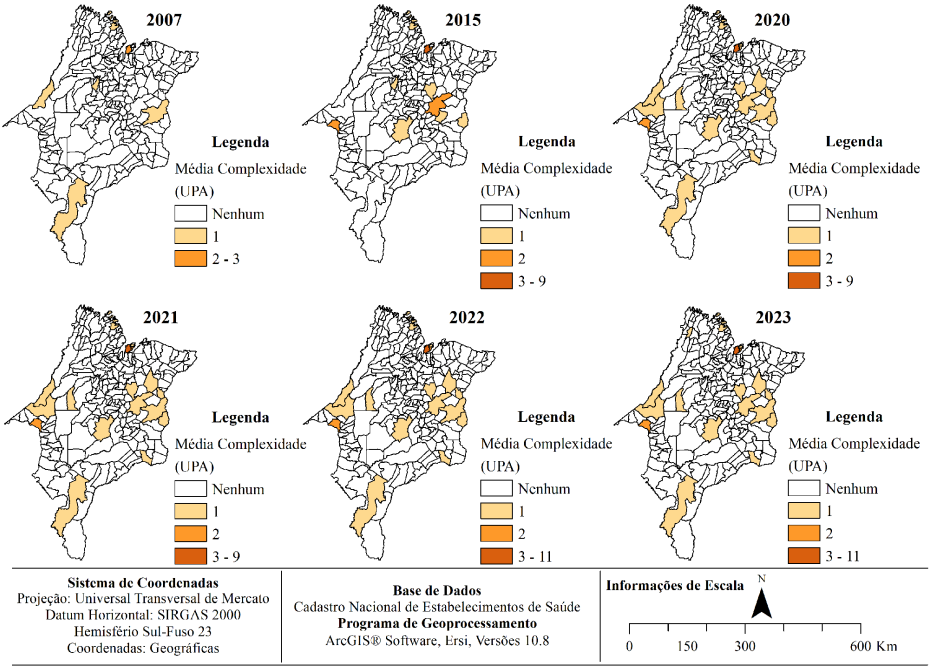
Porte da UPA	Cobertura Pop.	Atendimentos	Médicos de plantão	Leitos de observação
UPA Porte I	50.000 a 100.000	Até 150	2	7
UPA Porte II	100.000 a 200.000	Até 300	4	11
UPA Porte II	200.000 a 300.000	Até 450	6	15

Fonte: Brasil (2011b). Organizado pelos autores (2025).

A distribuição dessas unidades no Maranhão, entre 2007 e 2023, revela mais do que um crescimento absoluto, uma lógica de expansão seletiva marcada pela concentração dos serviços

em porções específicas do território, especialmente nas regiões metropolitanas (Figura 8). Embora o aumento do número de unidades possa ser interpretado como avanço institucional, sua distribuição desigual reafirma desigualdades históricas e reforça os limites da regionalização como estratégia de universalização do acesso (Brasil, 2024b; Brasil, 2011b).

Figura 8 – Distribuição de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Organizado pelos autores (2025).

Em 2007, o estado contava com apenas sete UPAs, concentradas, em sua maioria, em São Luís e em poucos municípios estratégicos. Esse número cresceu até 2015, quando a quantidade de unidades saltou para 21, marcando um período

de investimentos mais robustos na expansão da infraestrutura de urgência e emergência (Brasil, 2024b). Esse aumento pode ser relacionado ao fortalecimento da regionalização dos serviços de saúde e à implementação de diretrizes federais que incentivaram a estruturação de redes regionais de atenção às urgências (Brasil, 2011b).

Entre 2015 e 2020, a implantação das UPAs passou de 21 para 27 unidades, marcando uma desaceleração no ritmo observado na etapa anterior. A partir de 2020, o acréscimo foi ainda mais discreto, chegando a 30 unidades em 2023, o que sinaliza uma inflexão no processo de territorialização desses estabelecimentos (Brasil, 2024b).

Essa desaceleração pode indicar a transição de uma fase de ativação institucional, voltada à expansão da cobertura, para uma etapa de manutenção e gestão das unidades já instaladas. Contudo, mais do que uma simples retração quantitativa, esse processo traduz uma reconfiguração de prioridades na política pública (Brasil, 2024b). A limitação orçamentária e a reorientação dos investimentos revelam que, mesmo no contexto das urgências, o território continua a ser operado segundo lógicas seletivas, nas quais a presença do Estado se dá de forma descontínua, hierarquizada e funcional à racionalidade dos lugares centrais (Brasil, 2011b).

A disposição das UPAs, conforme a Figura 8, indica que a extensão desse serviço privilegiou os maiores centros urbano-regionais, em especial a Região Metropolitana de São Luís, que concentra mais de um terço de todas as unidades existentes no estado. Em 2023, a capital contava com 11 UPAs, consolidando-se como polo centralizador dos serviços de urgência. Imperatriz e Caxias, ainda que desempenhem papel regional relevante no atendimento à população do entorno, receberam apenas duas unidades cada, o que reafirma a seletividade que orienta a distribuição dos estabelecimentos públicos (Brasil, 2024b; Brasil,

2011b).

A interiorização das UPAs ocorreu de maneira tímida e restrita, como também se observa na Figura 8. Açailândia, Chapadinha e Santa Inês foram incorporados à rede de atenção às urgências ao longo dos anos, mas cada um permaneceu com apenas uma unidade, condição que limita sua capacidade de absorção da demanda regional (Brasil, 2024b). Por sua vez, vastas porções do sul e do oeste maranhenses continuam estruturalmente desassistidas, sem presença efetiva de unidades que possam garantir o atendimento imediato à população dispersa desses territórios.

Nos municípios sem nenhuma cobertura direta, a população segue dependente dos grandes centros, como São Luís e Imperatriz, para o acesso a serviços de urgência, impondo longos deslocamentos, custos adicionais e barreiras concretas ao princípio da equidade. A Política Nacional de Atenção às Urgências prevê que a distribuição das UPAs seja orientada por critérios populacionais e pela capacidade de atendimento das unidades implantadas (Brasil, 2011b). Entretanto, na prática, o que se observa é que a alocação desses equipamentos tem seguido padrões que reproduzem desigualdades territoriais preexistentes, reforçando a centralidade urbana e mantendo vazios assistenciais em áreas de menor densidade técnica e institucional (Brasil, 2024b).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme estabelecido pelas diretrizes do SUS, constitui-se como um conjunto organizado e articulado de ações e serviços de diferentes níveis de complexidade, voltados à integralidade do cuidado. Sua função central é assegurar a continuidade da atenção, por meio da integração entre os pontos de entrada, como a atenção primária, e os serviços especializados de média e alta complexidade, organizados segundo critérios de regionalização e hierarquização (Matta *et al.*, 2007).

No interior dessa estrutura, as policlínicas exercem um papel estratégico na média complexidade, oferecendo atendimentos ambulatoriais especializados que exigem infraestrutura técnica

e profissionais qualificados, como consultas em cardiologia, ortopedia, neurologia, endocrinologia, ginecologia e outras áreas essenciais à ampliação da resolutividade do cuidado (Brasil, 2011b).

Apesar disso, a efetividade da RAS está condicionada à capacidade resolutiva do município, à infraestrutura disponível e à articulação entre os gestores locais e estaduais. Isso significa que, mesmo com a normatização da rede, a distribuição dos estabelecimentos, equipamentos e serviços de média complexidade, como as policlínicas, continua fortemente marcada por racionalidades seletivas, nem sempre vinculadas a necessidades da população, mas, muitas vezes, a critérios político-administrativas ou de viabilidade técnica nos centros mais consolidados (Matta *et al.*, 2007).

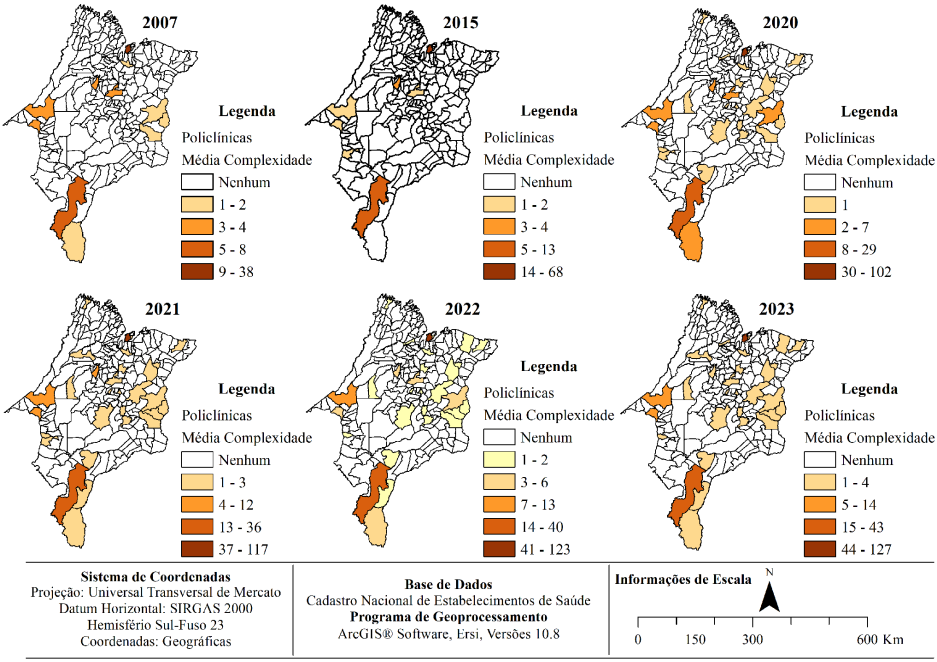
Almeida (2005) ressalta que a regionalização, tal como formulada nas políticas da NOAS 01/2002, é frequentemente reduzida a um procedimento técnico, desconsiderando a pluralidade de interesses e agentes que disputam o território. Assim, a presença ou ausência das policlínicas deve ser compreendida não apenas como um reflexo da necessidade epidemiológica, mas como expressão concreta da forma como o território é operado pelo Estado e condicionado por lógicas desiguais de comando, financiamento e infraestrutura (David, 2010).

Nesse sentido, diferente das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos postos de saúde e das próprias UPAs, as policlínicas concentram serviços especializados de caráter ambulatorial, cuja realização depende da disponibilidade de profissionais com formação específica e de recursos tecnológicos voltados ao diagnóstico e ao tratamento (Brasil, 2011b).

A distribuição das policlínicas entre 2007 e 2023 revela mais do que um crescimento numérico, a mobilização seletiva do território pelo Estado, que privilegia determinados centros em detrimento de outros (Figura 9). De acordo com os dados do CNES, o número de policlínicas saltou de 55, em 2007, para 235

em 2023, um aumento de 327%. No entanto, essa ampliação, longe de ser homogênea, concentrou-se nos principais polos urbanos, reforçando assimetrias estruturais já consolidadas no uso do território (Brasil, 2024b).

Figura 9 – Distribuição de policlínicas no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Organizado pelos autores (2025).

A capital São Luís ilustra com nitidez essa lógica. Passou de 38 para 127 policlínicas no período analisado, reafirmando sua condição de centro dominante na organização dos fluxos assistenciais do estado. Imperatriz e Balsas também se destacam, ainda que em menor escala, como pontos privilegiados de concentração dos equipamentos de saúde (Brasil, 2024b).

Essa configuração não é mero reflexo da densidade populacional ou da demanda espontânea, mas expressão de

decisões institucionais orientadas por critérios de viabilidade técnica, disponibilidade de recursos e centralidade política (Oliveira; Silva, 2022). Como observa Araújo (2016), os investimentos em infraestrutura tendem a se fixar nas regiões com maior capacidade de absorção institucional e técnica, o que aprofunda o distanciamento entre a formalização das políticas e sua materialização nos lugares.

No contexto da regionalização e interiorização dos serviços de saúde, Imperatriz passou de duas para nove policlínicas entre 2007 e 2023, reforçando sua posição como centro de referência para o sudoeste do estado. Esse incremento está alinhado à lógica da hierarquização assistencial, em que cidades de maior porte concentram estruturas de média e alta complexidade, atendendo sua própria população e a dos municípios do entorno (Brasil, 2015a; Oliveira; Silva, 2022).

A Figura 9 também ilustra um avanço, ainda que tímido, da interiorização das policlínicas em regiões estratégicas. Balsas e Açailândia registraram aumentos expressivos, de 8 para 46 e de 1 para 14 unidades, respectivamente, o que pode indicar uma tentativa de redistribuição da oferta de serviços especializados fora do eixo metropolitano, visando reduzir os fluxos concentrados em São Luís e Imperatriz (Brasil, 2024b).

Entretanto, a persistência de vazios assistenciais continua evidente. Barreirinhas, por exemplo, só recebeu sua primeira policlínica em 2023. Tasso Fragoso e Zé Doca também só passaram a contar com esse serviço no último ano da série analisada (2023), reforçando a permanência de uma lógica centralizadora, que concentra os investimentos nos polos urbanos e mantém diversas áreas em carência estrutural (Brasil, 2024b; Oliveira; Silva, 2022).

Entre 2020 e 2023, observa-se um novo movimento de ativação institucional, com o acréscimo de 64 policlínicas no estado. Esse avanço pode estar associado a políticas federais e estaduais voltadas ao fortalecimento da atenção especializada e à

pressão por ampliação da infraestrutura médica descentralizada diante da crise sanitária da Covid-19 (Brasil, 2024b; Oliveira; Silva, 2022, 2023).

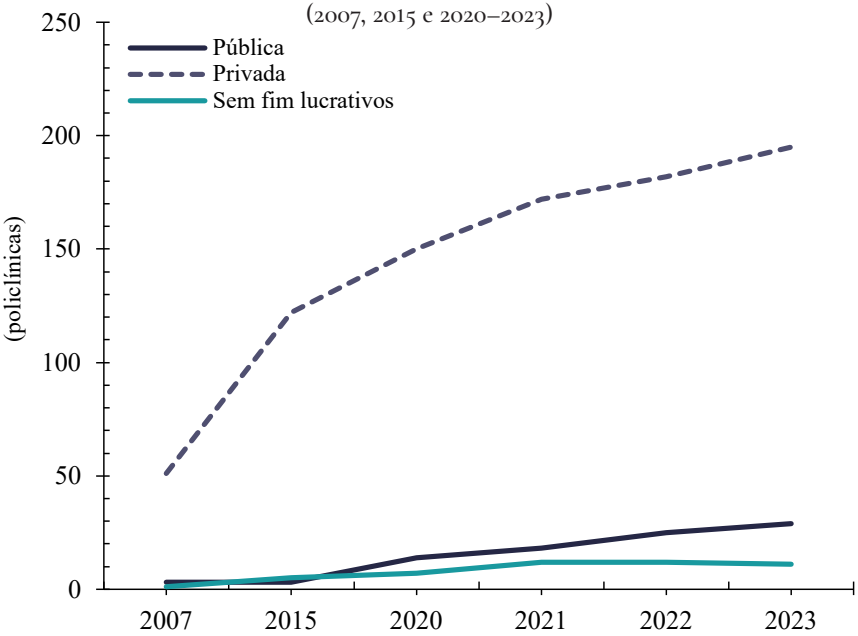
A literatura sobre regionalização da saúde destaca que a presença de policlínicas em áreas periféricas pode contribuir para a equidade no acesso e para a mitigação da viscosidade espacial (Oliveira; Silva, 2023; Santos, 1996). No entanto, os estudos de planejamento em saúde enfatizam que a efetividade desses serviços não se esgota em sua implantação física. Depende da presença contínua de especialistas, da disponibilidade de equipamentos e da capacidade resolutiva das unidades para atender a demandas complexas (Brasil, 2015a, 2015b).

Ao se buscar compreender a composição das policlínicas, fica clara a tensão estrutural entre Estado e capital, manifestando-se no predomínio da lógica privada na oferta desses serviços. Como observado no Gráfico 14, o setor privado lidera o seguimento. Em 2007, dentre as 55 unidades existentes, 51 eram privadas, o equivalente a 92,7% do total. Em 2023, esse número subiu para 195, com o setor privado ainda monopolizando a oferta. Esse avanço no Maranhão segue um padrão nacional, onde a prestação de serviços especializados de média complexidade tem sido cada vez mais absorvida pelo setor privado, seja por meio de clínicas particulares ou de serviços conveniados ao SUS (Brasil, 2015b).

A intensificação da presença da iniciativa privada na rede de policlínicas constitui uma forma aguda de seletividade territorial, operando em duas frentes complementares. De um lado, a expansão desses estabelecimentos tende a se concentrar em áreas de maior viabilidade econômica, onde a demanda por serviços especializados se converte em oportunidade de lucro. De outro, mesmo quando integradas à lógica do SUS por meio de convênios, essas unidades mantêm seu funcionamento subordinado à capacidade de financiamento dos municípios e aos mecanismos de regulação do acesso, convertendo o princípio da universalidade

em uma prática restrita e condicionada (Brasil, 2024b).

Gráfico 14 – Policlínicas públicas e privadas no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Organizado pelos autores (2025).

O setor público, por sua vez, apresenta um crescimento mais contido. Entre 2007 e 2023, o número de policlínicas públicas passou de três para 29, com um salto mais expressivo a partir de 2020, quando se observa o acréscimo de 11 novas unidades. Esse movimento, ainda que tardio, sugere uma tentativa de reequilibrar a oferta especializada em escala regional, a partir da emergência sanitária da Covid-19, que escancarou os limites de uma rede de atenção à saúde excessivamente centralizada e orientada por racionalidades de mercado (Brasil, 2024b).

Esse avanço no número de policlínicas públicas, embora significativo em termos relativos, permanece insuficiente para reconfigurar a lógica da oferta. Em 2023, as unidades públicas

representavam apenas 12,3% do total, o que indica permanência de uma estrutura assistencial sustentada majoritariamente pelo setor privado (Brasil, 2024b). Essa assimetria reforça a dependência do sistema público de saúde em relação à prestação privada de serviços especializados, convertendo o ideal da universalidade em uma prática seletiva, condicionada à lógica dos contratos, convênios e repasses locais.

As policlínicas classificadas como entidades sem fins lucrativos apresentam um padrão de crescimento mais instável e marginal na estrutura da média complexidade (Gráfico 14). Entre 2007 e 2021, o número dessas unidades subiu de um para 12, mas sofreu leve retração em 2023, com 11 unidades registradas (Brasil, 2024b). Apesar de sua presença, essas instituições responderam por apenas 4,7% do total de policlínicas no estado em 2023, o que revela sua baixa capacidade de inflexionar a tendência predominante de privatização dos serviços ambulatoriais especializados.

Ao contrário das policlínicas, que concentram diversas especialidades em um único estabelecimento e operam como nodos articuladores da média complexidade, os centros de especialidade ou clínicas especializadas têm um escopo funcional mais restrito (Brasil, 2015b). Voltados a áreas específicas da atenção, como a reabilitação ou a saúde odontológica, esses centros são configurados segundo uma lógica de segmentação, em que o território passa a ser ocupado por equipamentos isolados, fragmentados e, muitas vezes, sobrepostos (Silveira, 2011). Podem ser públicos ou privados, mas sua existência e localização refletem decisões institucionais e interesses que não apenas respondem a demandas epidemiológicas, mas integram-se à racionalidade seletiva que estrutura a rede de serviços em saúde (Brasil, 2015b; Silveira, 2011).

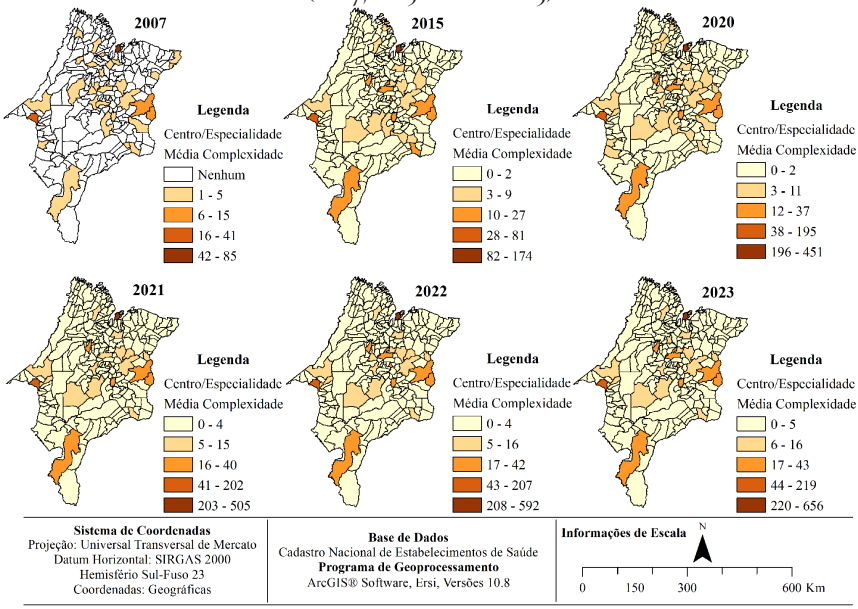
A distribuição dos centros de especialidade segue um padrão espacial similar aos de outras infraestruturas de saúde no estado, caracterizado pela forte concentração nos principais centros urbanos (Figura 10). Esse processo reflete desigualdades estruturais

históricas, em que os investimentos são direcionados conforme a dinâmica econômica e o fluxo de capital, em detrimento das necessidades regionais (Almeida, 2005; Brasil, 2015b, 2024b; David, 2010).

Entre 2005 e 2023, a implantação de centros de especialidade avançou de forma acelerada, com o número de estabelecimentos saltando de 208 para 1.367. Esse crescimento, superior a 550% em menos de duas décadas, revela não apenas um processo de ampliação da rede ambulatorial especializada, mas também a intensificação de uma lógica territorial seletiva, na qual os investimentos se concentram nos principais polos urbanos (Brasil, 2024b). A centralidade de São Luís, já observada em outros segmentos da rede de atenção analisados até aqui, reafirma-se com contundência. De 85 centros de especialidade em 2005, a capital passou a abrigar 656 em 2023, quase metade do total estadual (Brasil, 2024b).

Essa concentração decorre da articulação entre comando político, capacidade técnica e disponibilidade de infraestrutura, que condicionam a presença dos objetos técnicos ao valor estratégico dos lugares (Santos, 2001). Imperatriz, segunda cidade em relevância na hierarquia da rede, passou de 41 para 219 centros especializados no mesmo período, reforçando seu papel como polo de irradiação regional. Da mesma forma, Caxias, Bacabal, Santa Inês, Balsas e Timon ampliaram sua estrutura especializada, configurando-se como centros secundários no circuito técnico-científico da saúde, cada qual articulado a suas respectivas regiões de influência (Brasil, 2024b).

Figura 10 – Distribuição de clínicas/centros especializados no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

Esse padrão de distribuição reforça a lógica de concentração observada por Oliveira e Silva (2022), que argumentam que "a hierarquia urbana do estado orienta a distribuição dos serviços de saúde", consolidando o papel das maiores cidades como polo de referência para o atendimento especializado. Em contrapartida, Araioses, Guimarães e Formosa da Serra Negra, apesar do crescimento, registraram expansão tímida ou permaneceram sem centros de especialidade. Isso reforça a ideia de que a expansão dos serviços segue um padrão seletivo, priorizando áreas de maior fluidez e densidade em detrimento de regiões menos atrativas a investimentos (Brasil, 2024b).

A evolução espacial dos centros especializados revela uma progressiva interiorização dos serviços especializados. Em 2005, grande parte do estado encontrava-se desassistida, com vários

municípios sem nenhuma unidade de especialidade médica. Em 2015, observa-se uma leve ampliação da cobertura, sobretudo na região central e nordeste do estado, ainda que de forma desigual (Brasil, 2024b).

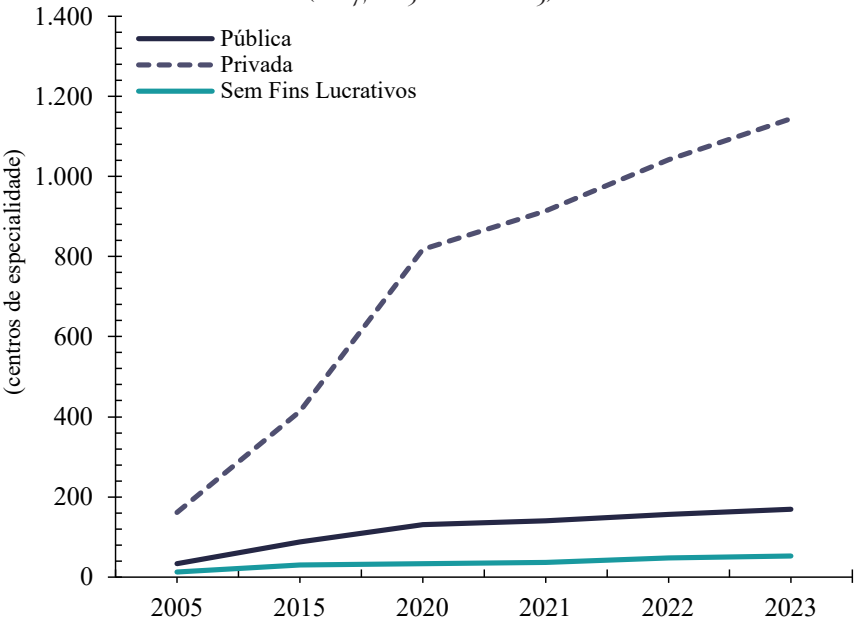
A partir de 2020, a expansão fica mais evidente, com novos serviços emergindo em cidades de médio porte, enquanto os grandes centros consolidam mais ainda sua posição estratégica. Entre 2021, 2022 e 2023, esse padrão se acentuou, com São Luís e Imperatriz ampliando sua oferta, ao passo que os municípios intermediários começaram a receber maior atenção, embora persistam grandes desigualdades na distribuição da infraestrutura especializada (Brasil, 2024b).

O crescimento dos centros de especialidade reflete a consolidação de um modelo corporativo na saúde, no qual a expansão da infraestrutura segue a lógica do mercado e da valorização do capital. Como aponta Almeida (2005), a saúde tem sido incorporada como um setor estratégico da economia, movimentando redes hospitalares, indústrias farmacêuticas e o mercado financeiro. Assim, os investimentos são seletivos e priorizam áreas economicamente mais dinâmicas (Almeida, 2005; Silveira, 2011). Nesse contexto, observa-se uma ampliação da oferta privada de serviços especializados, muitas vezes impulsionada por incentivos estatais que acabam beneficiando grandes conglomerados em detrimento da universalização do atendimento.

A configuração institucional da rede de especialidades expõe a contradição entre a promessa de universalidade do sistema público e a materialização concreta da assistência em saúde no território. O avanço dos centros de especialidade, embora expressivo em termos numéricos, está ancorado em uma estrutura predominantemente privada, que responde por 83,7% dos estabelecimentos em 2023, um salto de 162 unidades, em 2005, para 1.144 no último ano analisado, como expresso no Gráfico 15 (Brasil, 2024b). Esse predomínio revela mais do que uma preferência de

gestão, traduz a consolidação de uma racionalidade mercantil no interior do SUS, como já alertava Almeida (2005), na qual o capital se impõe como agente modelador da oferta de serviços, sobretudo em segmentos de maior densidade técnica e retorno financeiro.

Gráfico 15 – Centros/clínicas de especialidade públicas e privadas no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Organizado pelos autores (2025).

Essa tendência é amplamente reforçada por estudos como os de Paim (2008) David (2010) e Albuquerque (2006), que associam a hegemonia do setor privado às diretrizes de financiamento da saúde, desenhadas para favorecer a expansão da iniciativa privada, mesmo em contextos formalmente públicos. Nesse cenário, o papel do Estado se desloca da provisão direta para a contratação e regulação, contribuindo para a fragmentação da rede e para a reprodução de desigualdades históricas no uso do território.

Embora tenha ocorrido uma ampliação no número absoluto de centros públicos especializados, passando de 34 em 2005 para 170 em 2023, sua presença relativa no conjunto do sistema tornou-se ainda mais residual, caindo de 16,3% para apenas 12,4%, conforme se observa no Gráfico 15 (Brasil, 2024b). Esse crescimento, longe de representar uma inflexão na lógica estrutural da saúde, reafirma o papel subordinado do Estado diante de uma racionalidade territorial que privilegia a centralização dos meios e a fragmentação do acesso.

A expansão não acompanhou a complexificação da demanda, tampouco rompeu com os vetores seletivos que determinam onde, e sob quais condições, os estabelecimentos se tornam viáveis (Brasil, 2024b). As unidades sem fins lucrativos, embora numericamente ampliadas, permanecem marginais no sistema, muitas vezes assimiladas à mesma lógica privada que rege os circuitos principais da oferta, atuando como formas derivadas de uma modernização excludente (Almeida, 2005; Brasil, 2024b).

A estrutura assistencial formada pelos centros e clínicas especializadas mostra a conversão progressiva da saúde em mercadoria, com sua expansão orientada menos pelas necessidades concretas da população e mais pela lógica do mercado (Albuquerque, 2006; David, 2010). A prevalência do setor privado como agente organizador da rede especializada, aliada à retração do investimento público direto e à presença residual das unidades sem fins lucrativos, revela a constituição de um modelo mercantil que se inscreve no território de forma seletiva, ampliando as desigualdades regionais no acesso ao cuidado e subordinando o direito à saúde às dinâmicas de comando econômico (David, 2010; Brasil, 2024b).

Dessa mesma forma, essa lógica também se manifesta na distribuição e nas funções atribuídas aos hospitais gerais, que, embora concebidos como estruturas de média complexidade, assumem papéis múltiplos e desiguais no interior da rede

assistencial. Sua capacidade de resposta às demandas da população depende não apenas de sua classificação formal, mas da densidade técnica instalada em cada território. Essas unidades operam com um espectro diversificado de serviços, que inclui internações clínicas, cirurgias de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, exames de imagem e serviços ambulatoriais especializados (Brasil, 2024b).

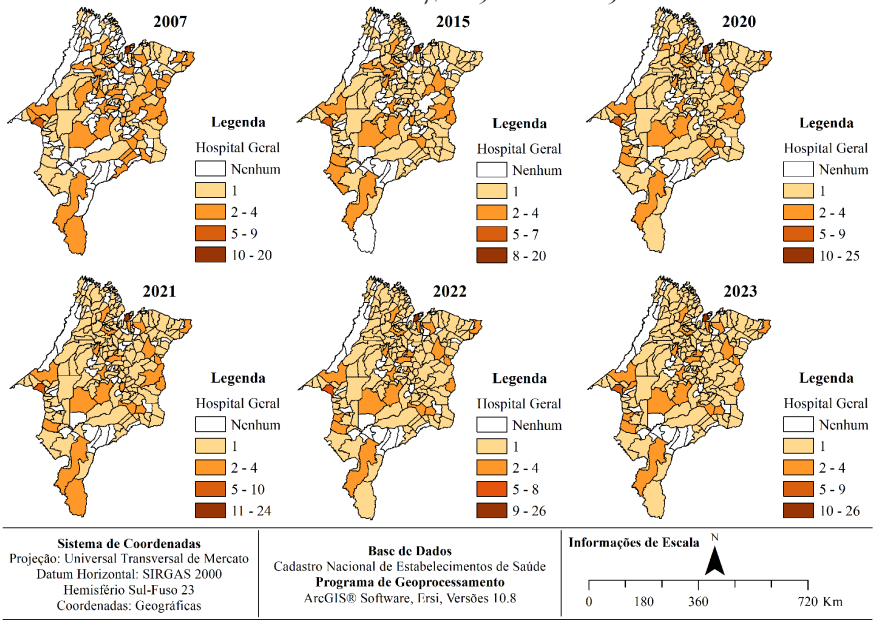
Os hospitais gerais, concebidos como estruturas de referência para o atendimento regionalizado no interior do SUS, deveriam constituir pontos de articulação entre os diferentes níveis de atenção (Brasil, 2024b). Como aponta Albuquerque (2006), embora a regionalização tenha sido instituída como estratégia de hierarquização e equidade, sua implementação tem reproduzido desigualdades ao se apoiar em uma lógica de planejamento concentradora, ancorada nos polos urbanos mais dinâmicos do estado. Dessa forma, a centralização dos hospitais gerais nas cidades de maior densidade técnica impacta a capilaridade da assistência e reforça os fluxos centrípetos em direção aos centros regionais, agravando a dependência dos municípios periféricos (Albuquerque, 2006; Brasil, 2024b).

Os efeitos da concentração hospitalar tornam-se mais nítidos ao se observar a evolução da rede nas últimas duas décadas. Entre 2007 e 2023, o número de hospitais gerais no Maranhão passou de 198 para 250 unidades (Figura 11). No entanto, esse crescimento numérico seguiu um padrão de forte centralização, com a consolidação de polos como São Luís, Imperatriz, Caxias e Santa Inês. A capital, por exemplo, ampliou sua rede de 20 para 26 hospitais, enquanto Imperatriz manteve-se praticamente estável, oscilando entre 9 e 10 unidades ao longo do período (Brasil, 2024b).

O crescimento também alcançou municípios historicamente desassistidos, como Afonso Cunha e Alcântara, que passaram a contar com ao menos uma unidade hospitalar após 2007. No entanto, esse processo foi acompanhado por retrações em outras

localidades: Codó, que possuía três hospitais, passou a contar com apenas um em 2023; e Paço do Lumiar perdeu todas as unidades que detinha no início do período analisado. Essas oscilações revelam que a seletividade territorial não se manifesta apenas na instalação inicial das infraestruturas, mas nos ciclos de permanência, manutenção e descontinuidade dos investimentos (Brasil, 2024b).

Figura 11 – Distribuição dos hospitais gerais com serviços de alta complexidade no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

A escassa presença de hospitais gerais no Maranhão não pode ser interpretada apenas como carência estrutural, mas deve ser compreendida como expressão concreta de um uso seletivo do território, conduzido por uma lógica estatal subordinada à racionalidade do mercado (David, 2010). O que se observa é a priorização da fluidez de determinados fluxos, de capitais, mercadorias, equipamentos e decisões, voltados à eficiência

sistêmica e à visibilidade político-econômica dos polos urbanos, em detrimento da fixação de serviços imprescindíveis à reprodução da vida nos lugares (Silveira, 2011; Souza, 2004).

Nessa configuração, o hospital, enquanto objeto técnico e expressão da técnica incorporada ao território, é instalado não onde há maior necessidade humana, mas onde sua presença melhor serve à lógica da centralidade estratégica. A rarefação desses estabelecimentos, portanto, não é um fenômeno aleatório ou natural, mas a consequência direta de um projeto territorial desigual, em que a saúde é tratada como variável secundária frente às exigências do capital, reproduzindo a exclusão por meio da seletividade no uso do território (Santos, 1996).

Segundo dados do CNES (Brasil, 2024b), a densidade hospitalar nos municípios maranhenses oscilou ao longo dos últimos anos, ora ampliando o acesso, ora reconfigurando os vazios assistenciais em novos formatos de exclusão. Em 2007, havia 198 municípios contando com ao menos um hospital geral. Esse número cresceu até 2015, alcançando 212 municípios atendidos. No entanto, a expansão não se manteve, em 2020, o total de municípios com hospitais caiu novamente para 198, ampliando o contingente de localidades desassistidas. Apenas a partir de 2022 observa-se uma retomada parcial, com 210 municípios cobertos em 2023, ainda assim, sete municípios seguem completamente à margem dessa estrutura.

Apesar da centralização e da ampliação da rede hospitalar ao longo dos últimos anos, a presença de um hospital geral em determinado município não implica, necessariamente, que sua atuação esteja restrita ao território administrativo onde está instalado. Em grande parte dos casos, essas unidades assumem funções regionais, atendendo a uma população mais ampla, especialmente em contextos nos quais a lógica da regionalização concentra os serviços em polos urbanos estratégicos (Oliveira; Silva, 2023).

Entretanto, a descentralização hospitalar deve ser acompanhada de investimentos que assegurem não apenas a ampliação da rede física, mas a qualidade e a funcionalidade dos serviços. Sem esses elementos, os hospitais correm o risco de se tornarem fixos territoriais sem capacidade operacional, reproduzindo um modelo fragmentado e excludente (Almeida, 2005; Silveira, 2011). No Maranhão, essa dinâmica reflete o que Santos (1996) chama de "território normado", um espaço onde as diretrizes do sistema de saúde são impostas de forma centralizada, sem considerar as particularidades locais e os fluxos reais da população.

Esse processo reforça um padrão de seletividade territorial que se manifesta desde a atenção primária e se intensifica à medida que os níveis de complexidade da assistência aumentam, aprofundando as desigualdades e a dependência de centros urbanos mais estruturados, como São Luís e Imperatriz. Tal dinâmica é observável na análise dos sistemas de objetos e de ações que conformam a cadeia produtiva da saúde no estado (Santos, 1996; Silveira, 2011).

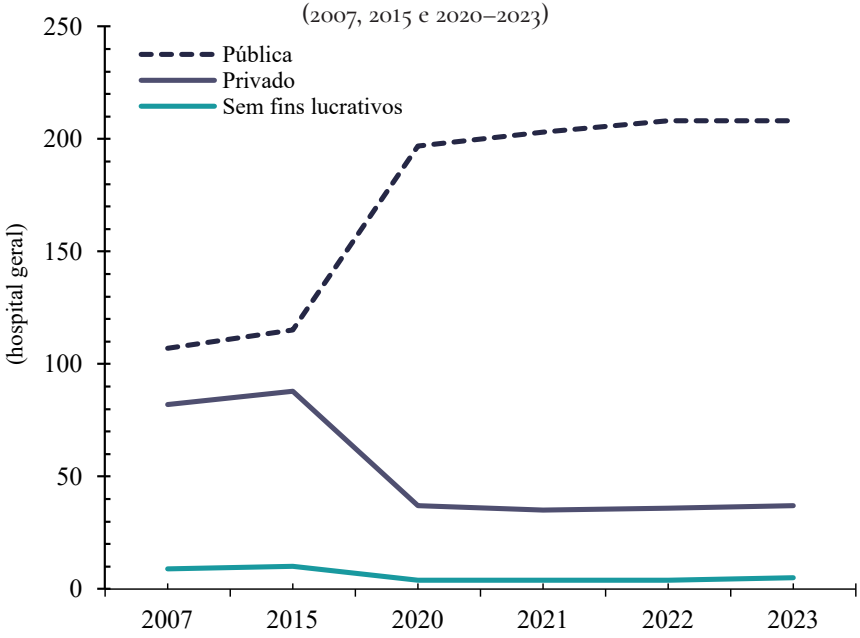
Para que a descentralização se traduza em acesso efetivo, é indispensável um planejamento territorial que integre a expansão da rede física à garantia de condições operacionais plenas, infraestrutura, insumos, recursos humanos e mecanismos de regulação, de modo a evitar a reprodução de estruturas inoperantes no espaço (Santos, 1996).

A predominância do setor público na rede de hospitais gerais no estado, sobretudo nas estruturas de média complexidade, reflete menos uma afirmação da universalidade do SUS e mais a retirada do capital privado dos territórios onde não há promessa de rentabilidade (Tozi, 2004). Como apontam os dados do CNES, em 2023, o estado contava com 208 hospitais gerais públicos, contra apenas 37 privados (Gráfico 16).

Esse desequilíbrio não indica, por si só, justiça distributiva.

Ele configura uma forma de uso corporativo do território (Santos, 1996; Silveira, 2011), em que o capital seleciona os lugares mais vantajosos para sua inserção e transfere indiretamente ao Estado a responsabilidade por cobrir as lacunas nos espaços de menor densidade técnica e econômica (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005; Tozi, 2004).

Gráfico 16 – Hospitais gerais públicos e privados no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Organizado pelos autores (2025).

Essa divisão funcional do território da saúde reflete uma lógica estrutural bastante recorrente: à medida que aumentam os custos e a complexidade dos serviços, tende a diminuir a presença do setor privado e intensifica-se a atuação compensatória do Estado (Oliveira; Silva, 2022). No caso do Maranhão, por exemplo, observa-se no Gráfico 16 um predomínio da oferta pública estadual de hospitais gerais, especialmente no interior do estado, onde a

presença de prestadores privados é limitada pela baixa atratividade econômica (Brasil, 2024b).

Ademais, é importante destacar que esse padrão não é homogêneo em todo o país. Cada unidade federativa apresenta arranjos próprios, condicionados por fatores como capacidade fiscal, densidade populacional, infraestrutura disponível e estratégias políticas locais (Brasil, 2011b). Entretanto, como observam Almeida (2005) e David (2010), essa atuação pública não rompe com a lógica seletiva, ao contrário, ela muitas vezes a reforça, pois se realiza de forma fragmentada, insuficiente e desarticulada. O resultado é uma rede que simula cobertura territorial, mas reproduz desigualdades, consolidando a centralidade dos polos urbanos como São Luís e Imperatriz, e relegando vastas porções do estado à condição de territórios de baixa fluidez (Santos, 1996; Silveira, 2011).

Essa configuração também se reflete na retração das unidades hospitalares sem fins lucrativos, tradicionalmente ligadas ao setor filantrópico. De nove unidades em 2007, o número caiu para quatro em 2020, com um aumento sutil em 2023, que registrou cinco unidades (Gráfico 16). Essa tendência revela não apenas dificuldades econômicas, mas a fragilidade de modelos de assistência que dependem de arranjos institucionais frágeis, repasses descontínuos e uma gestão pública frequentemente desarticulada. A substituição dessas instituições por unidades estatais ou privadas se dá, em muitos casos, sem ganho de resolutividade, apenas adaptando a estrutura às lógicas dominantes de financiamento e operação do sistema (Brasil, 2024b).

Ao observar a distribuição espacial dessas unidades, percebe-se que a ausência de protagonismo do setor privado não gera automaticamente a presença equitativa do Estado. Pelo contrário, a atuação pública, quando não acompanhada de investimentos em recursos humanos e materiais, resulta em "fixos vazios", ou seja, objetos técnicos presentes no espaço, mas sem funcionalidade

real dentro da rede (Santos, 1996; Oliveira; Silva, 2023). Esses equipamentos passam, então, a operar como simulacros de cobertura, mascarando a persistência dos vazios assistenciais e alimentando a falsa ideia de descentralização.

É nesse contexto que se insere a discussão sobre a habilitação de hospitais gerais com Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), um dos indicadores mais expressivos da densidade técnico-científica instalada no território da saúde (Almeida, 2005; Silveira, 2011). Concedida pelo Ministério da Saúde, por meio do CNES, a habilitação para atendimento a pacientes críticos está subordinada a normativas que estabelecem critérios mínimos, estrutura física, equipamentos, recursos humanos e protocolos clínicos, que nem sempre são atingíveis fora dos polos urbanos consolidados. Assim, mais do que um atributo técnico, a habilitação torna-se expressão da seletividade institucional, revelando onde e sob quais condições a complexidade assistencial pode ou não se materializar no espaço (Brasil, 1998).

A habilitação das UTIs no SUS é regida por um conjunto de normas federais que definem critérios técnicos mínimos para estrutura física, recursos humanos e tecnologias (Pires *et al.*, 2010). Tais normativas, ao buscar garantir segurança assistencial e padronização, operam também como mecanismos de ordenamento do território, selecionando os estabelecimentos que atendem aos requisitos para integrar as redes de cuidado intensivo (Spedo *et al.*, 2010).

A Portaria GM/MS nº 3.432/1998 introduziu a tipologia das UTIs em Tipos I, II e III, com base em diferentes graus de complexidade assistencial e densidade tecnológica. Essa classificação foi ampliada pela Resolução RDC nº 7/2010 da Anvisa, que definiu parâmetros mais rigorosos para avaliar estrutura física, dimensionamento de equipes multiprofissionais e biossegurança. Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 895/2017 revisou as exigências para os Tipos II e III, e a Portaria SAES/

MS nº 1.202/2023 extinguiu a habilitação para UTIs do Tipo I, promovendo a padronização nacional em torno de modelos tecnicamente mais exigentes (Anvisa, 2010; Brasil, 1998, 2017b, 1988).

Embora essas mudanças normativas tenham como premissa elevar a qualidade da atenção intensiva, elas produzem efeitos geográficos profundos ao serem aplicadas sobre um território marcado por desigualdades estruturais (Souza, 2004). Como observa Almeida (2005), as políticas públicas de saúde se materializam em um espaço historicamente desigual, e apenas os estabelecimentos situados em regiões com maior densidade institucional, capitais estaduais e polos regionais consolidados, conseguem atender aos critérios técnicos exigidos. Assim, a regulação normativa, embora universalizante em teoria, opera também como um vetor de diferenciação territorial (Brasil, 2024b).

Essa lógica se insere no que Santos (1996) e Santos e Silveira (2001) definem como uso seletivo do território no período técnico-científico-informacional, em que a instalação de objetos técnicos, como UTIs, é condicionada pela presença de infraestrutura, equipamentos, equipe qualificada e articulação com fluxos científicos e financeiros. O território deixa de ser um espaço neutro para tornar-se agente ativo da reprodução das desigualdades, ao permitir ou não a inserção de certos lugares nas redes de alta complexidade (Santos, 1996; Souza, 2004).

Nesse contexto, a normatização técnica funciona também como expressão de uma especialização territorial produtiva (Silveira, 2011), pois os lugares são integrados à lógica da assistência hospitalar conforme sua capacidade de responder às exigências normativas. O resultado é a formação de compartimentos tecnicamente adensados, verdadeiros enclaves assistenciais, cercados por regiões marcadas pela viscosidade, onde os fluxos técnicos e informacionais circulam com dificuldade, restringindo o acesso a cuidados intensivos complexos (Silveira, 2011).

O Quadro 3 sintetiza os três tipos de UTIs historicamente adotados no SUS. As UTIs do Tipo I, com menor exigência normativa, desempenharam papel relevante na interiorização da atenção intensiva, mas foram gradualmente desativadas até sua exclusão em 2023. As UTIs do Tipo II exigem que haja médico intensivista, enfermeiro exclusivo, exames complementares e suporte à ventilação mecânica (Mendes, 2012). Já as UTIs do Tipo III concentram o mais alto grau de complexidade, exigindo que haja infraestrutura avançada e equipe especializada com cobertura médica ininterrupta (Brasil, 1998, 2017b, 2023c).

Quadro 3 - Classificação das Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

Tipo de UTI	Perfil geral	Recursos humanos	Infraestrutura
Tipo I	Unidades antigas no SUS, sem exigências	Sem requisitos específicos	Sem exigências específicas
Tipo II	Estrutura e equipe qualificadas	Médico intensivista, enfermeiro e plantonista exclusivos	Laboratório, tomografia, USG e ventilação mecânica
Tipo III	Alta complexidade e tecnologia avançada	Plantonista a cada 10 leitos, 50% da equipe especializada	Infraestrutura do Tipo II, exames avançados e hemodinâmica

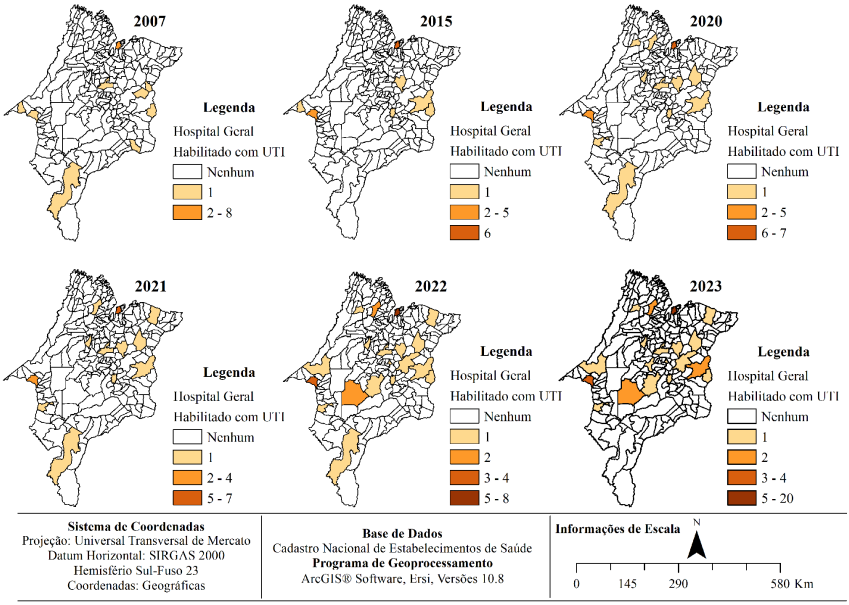
Fonte: CNES (Brasil, 1998, 2017b, 2023c, 2024a). Elaborado pelos autores (2025).

Segundo dados do CNES (Brasil, 2024a), o Maranhão dispõe apenas de UTIs dos tipos II e III para adultos e UTIs pediátricas também dos tipos II e III. No entanto, todas as UTIs do tipo III estão concentradas em São Luís, única cidade com estabelecimento habilitado nesse nível de complexidade (Brasil, 2024a). Entre 2007 e 2023, o número de hospitais gerais com UTI adulta habilitada passou de 16 para 34 no estado (Figura 12). Embora esse aumento aparente sinalize um esforço de expansão, ele não se traduziu em

descentralização efetiva.

A oferta segue fortemente concentrada em polos regionais consolidados, como São Luís e Imperatriz, que centralizam os equipamentos, os profissionais e os fluxos de atendimento. Em 2007, a capital já reunia metade das habilitações disponíveis e, mesmo com o avanço posterior, a estrutura permanece orientada por uma racionalidade seletiva, que define os territórios aptos à presença da alta complexidade com base em critérios técnicos, econômicos e institucionais (Brasil, 2024a).

Figura 12 – Distribuição de hospitais gerais habilitados com UTI no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024a). Elaborado pelos autores (2025).

A trajetória de expansão dos hospitais gerais habilitados para cuidados intensivos no Maranhão, entre 2015 e 2023, revela um movimento marcado por desigualdades e seletividade territorial.

Após uma retração institucional no ano de 2015, quando havia apenas 14 unidades habilitadas, observa-se uma retomada gradual a partir de 2020, quando o número de estabelecimentos chegou a 20 e se manteve estável em 2021.

O aumento mais expressivo ocorreu em 2022, com 31 unidades, provavelmente impulsionado pelas exigências da pandemia de Covid-19, que, enquanto evento total, forçou uma reorganização da infraestrutura assistencial no território. Em 2023, o estado atingiu sua maior cobertura, contando com 34 hospitais habilitados para UTI, mas esse crescimento, longe de representar uma desconcentração planejada, reafirma os traços da modernização seletiva.

Mesmo diante da ampliação numérica, a distribuição das UTIs segue fortemente concentrada em centros urbanos estratégicos, reafirmando um padrão de centralização que estrutura os fluxos da alta complexidade no estado. São Luís, que passou de oito para dez unidades no período analisado, reafirma sua posição como principal nó técnico-científico da rede hospitalar maranhense. Imperatriz, ainda que apresente oscilação de cinco para quatro unidades, mantém sua função regional de referência (Brasil, 2024a).

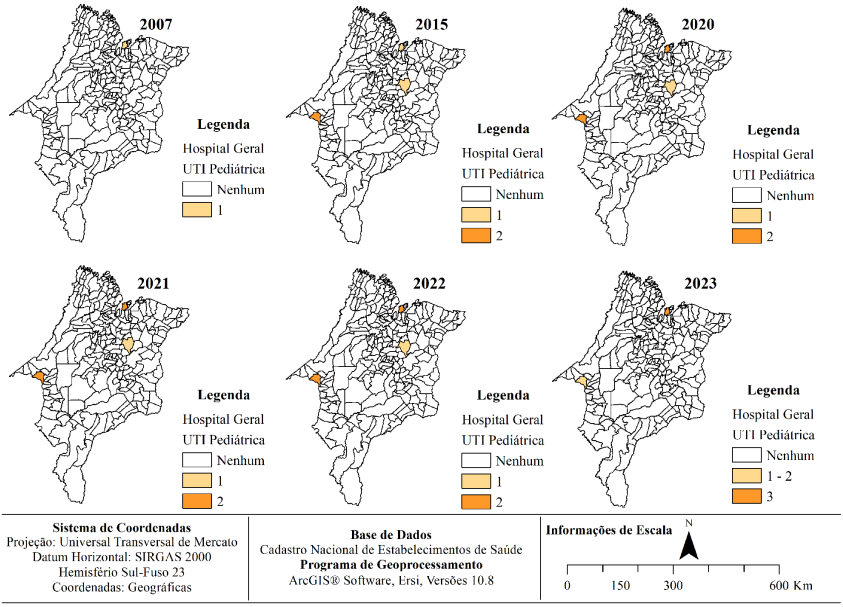
Embora Presidente Dutra, Pinheiro e Grajaú passem a figurar no mapa da alta complexidade, essa inserção ainda se dá de forma tímida e subordinada, sem alterar a lógica estrutural que centraliza os recursos e marginaliza os lugares. A habilitação recente de UTIs em Bacabal, Santa Inês e Caxias sugere uma tentativa de descentralização funcional, mas essa ampliação, operando sob os mesmos critérios seletivos de sempre, não rompe com a lógica da escassez planejada (Brasil, 2024b).

Assim, a expansão observada não rompe com as lógicas de seletividade que moldam o uso do território pela saúde, mas sim as reforça, ao manter a densidade técnica e institucional restrita aos espaços já integrados às redes de comando, enquanto vastas

áreas permanecem como zonas de escassez e lentidão dos fluxos assistenciais, como observado na Figura 12.

Tal lógica se mantém em relação à habilitação específica para UTIs pediátricas. Entre 2007 e 2023, o número de hospitais gerais habilitados para esse tipo de cuidado passou de um para cinco, revelando um crescimento mais seletivo, como apresentado na Figura 13. A distribuição dessas UTIs pediátricas permanece concentrada nos mesmos polos regionais já evidenciados no caso das UTIs adultas, reforçando a centralização da alta complexidade e a dificuldade de interiorização dos serviços especializados (Brasil, 2024a).

Figura 13 – Distribuição de hospitais gerais habilitados com UTI pediátrica no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024a). Elaborado pelos autores (2025).

A habilitação desse tipo de serviço concentrou-se, desde o início, nos principais polos urbanos e econômicos do estado,

reforçando a centralidade de alguns poucos municípios na organização da rede assistencial. Em 2007, apenas São Luís possuía uma unidade habilitada para UTI pediátrica, reunindo toda a oferta estadual (Brasil, 2024a).

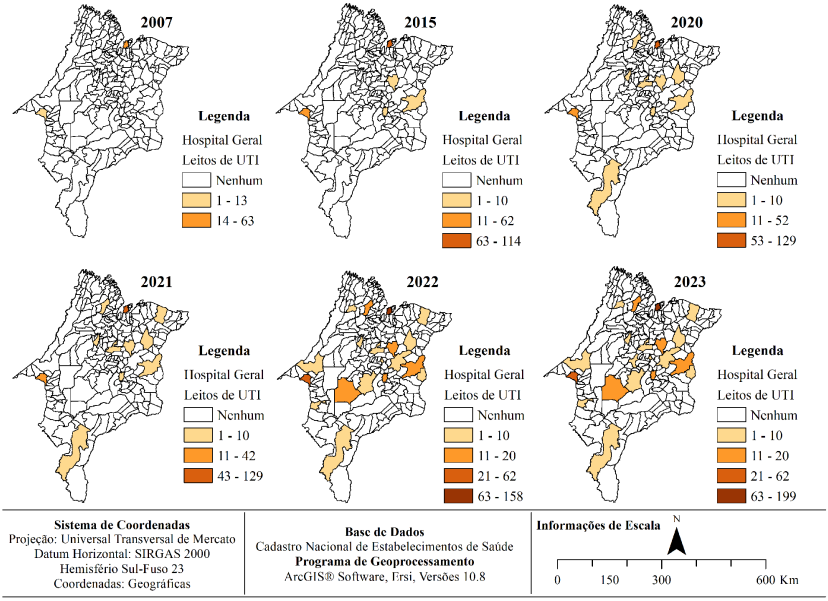
A partir de 2015, observa-se a inclusão de Imperatriz e Coroatá nessa estrutura, elevando o número de unidades habilitadas para quatro. Imperatriz manteve duas unidades ativas desde então, consolidando-se como polo de referência para o sul e o sudoeste do estado. São Luís, por sua vez, ampliou gradualmente sua capacidade, passando de uma para três unidades até 2023, reafirmando sua posição como referência de alta complexidade pediátrica (Brasil, 2024b). Já Coroatá, que manteve uma unidade entre 2015 e 2022, teve sua habilitação descontinuada em 2023, movimento que pode estar vinculado a dificuldades operacionais ou a uma reestruturação seletiva da rede (Brasil, 2024a).

A assistência intensiva pediátrica permanece fortemente concentrada nos mesmos polos já consolidados na atenção adulta. Trata-se, portanto, de uma expansão que não rompe com as lógicas de comando e de centralização, mas sim as aprofunda, ao manter a densidade técnico-científica restrita aos espaços já integrados às redes de decisão, deixando amplas regiões do território sem qualquer cobertura intensiva voltada ao público infantil (Brasil, 2024a).

Essa mesma racionalidade seletiva se manifesta também na distribuição dos leitos de UTI nos hospitais gerais, como observado na Figura 14. O número absoluto de leitos cresceu ao longo das últimas décadas, mas a posição desses recursos segue um padrão de concentração (Brasil, 2024b). Segundo o CNES (Brasil, 2024a), em 2007 havia apenas 76 leitos de UTI em todo o estado, sendo 63 deles, situados em São Luís e 13 em Imperatriz. Em 2023, o total saltou para 485 leitos, um aumento de 538%, mas esse crescimento volumétrico não se traduziu em uma redistribuição equitativa. Ao contrário, reforçou o domínio dos centros já consolidados,

reiterando o uso seletivo do território e a dificuldade estrutural de romper com os fluxos hierarquizados da alta complexidade (Brasil, 2024a).

Figura 14 – Distribuição e número de leitos de UTI em hospital geral no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

A distribuição dos leitos de UTI segue o mesmo padrão de seletividade territorial observado nas demais variáveis analisadas: expansão quantitativa combinada à manutenção das desigualdades estruturais no acesso. Essa lógica torna-se mais visível a partir de 2020, quando novos leitos foram implantados em municípios onde não havia nenhuma estrutura de terapia intensiva, como Grajaú, Timon e Lago da Pedra. Esse movimento parece responder tanto às pressões geradas pela pandemia de Covid-19 quanto aos esforços pontuais de regionalização da assistência hospitalar, mas sem romper com os vetores históricos de concentração (Brasil, 2024b).

São Luís mantém sua condição de polo hegemônico da alta complexidade, ampliando de 63 para 199 o número de leitos entre 2007 e 2023. Imperatriz segue o mesmo ritmo, passando de 13 para 62 leitos no mesmo período (Figura 14). Juntas, as duas cidades concentravam cerca de 53% de todos os leitos intensivos do estado em 2023, reiterando seu papel central nos fluxos de regulação e referência hospitalar. Por outro lado, embora haja um crescimento expressivo em alguns municípios, a distribuição dos leitos de UTI permanece profundamente desigual. Pedreiras e Barra do Corda, por exemplo, contam com apenas 9 e 10 leitos, respectivamente, enquanto Grajaú e Caxias apresentam 20 leitos cada (Brasil, 2024b).

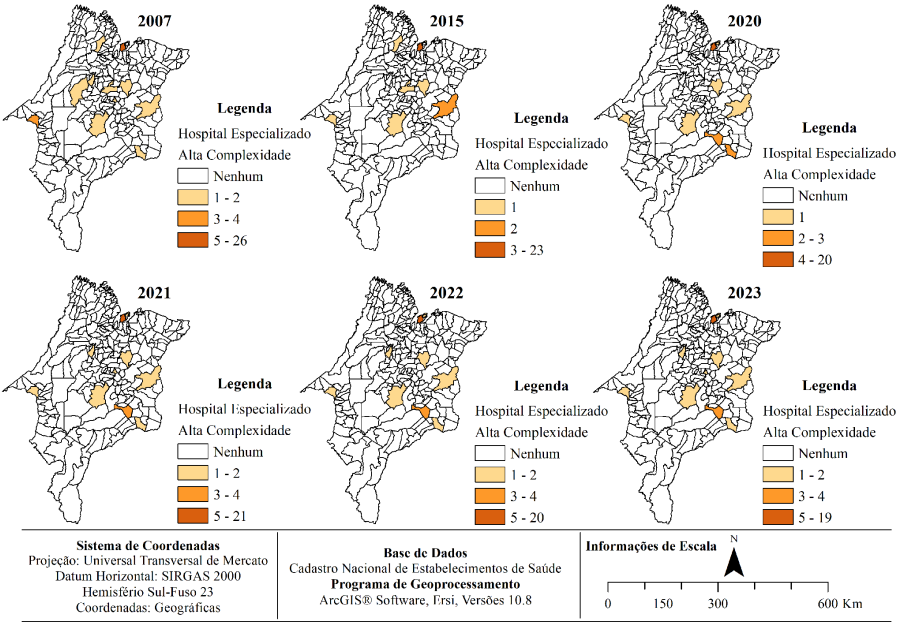
Tal configuração, para além da reprodução de desigualdades territoriais históricas, constitui forma de uso corporativo do território, em que a presença do Estado se articula à lógica do capital para definir os lugares considerados aptos à complexidade técnica, enquanto outros permanecem submetidos à lentidão dos fluxos e à descontinuidade da assistência (Silveira, 2011).

A relação entre território e infraestrutura hospitalar se insere, assim, em um contexto mais amplo de desigualdade no acesso à saúde. Nessa lógica, a fluidez, entendida como a capacidade de deslocamento dos pacientes e dos recursos, torna-se um elemento central na efetividade dos serviços disponíveis. Municípios sem leitos de UTI permanecem dependentes da transferência de pacientes para centros urbanos de referência, o que impõe barreiras adicionais, como a exigência de transporte especializado, a disponibilidade de vagas e o tempo de resposta das redes reguladoras, aprofundando a seletividade territorial (Brasil, 2011b, 2024a).

A distribuição dos hospitais especializados reflete a mesma lógica de comando e concentração dos recursos mais complexos (Figura 15). Em 2007, o estado contava com 40 unidades, que diminuíram para 30 em 2015. A partir de 2020, a rede voltou a crescer lentamente, atingindo 34 unidades em 2022 e

estabilizando-se com 33 em 2023. Essa oscilação pode indicar tanto a reestruturação dos serviços quanto alterações nos critérios de classificação e registro dos estabelecimentos, mas também revela que, mesmo com ajustes no sistema, os padrões de concentração e seletividade seguem orientando a configuração da rede hospitalar (Brasil, 2024b).

Figura 15 – Distribuição de hospitais especializados com serviços de alta complexidade no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

A partir de uma visão mais ampla da distribuição estadual, observam-se variações significativas na presença de hospitais especializados ao longo dos últimos anos. Bacabal e Barra do Corda mantiveram estabilidade na quantidade de unidades, enquanto outros experimentaram alterações relevantes. Caxias, por exemplo, passou de duas unidades em 2007 e 2015 para quatro

em 2022 e 2023, configurando-se como um polo intermediário em ascensão (Brasil, 2024b).

Segundo dados da CNES (Brasil, 2024b), São José de Ribamar, que até 2019 não possuía nenhum hospital especializado, passou a contar com duas unidades a partir de 2020, o que pode refletir um movimento de descentralização da oferta em nível metropolitano. Em sentido oposto, São Luís registrou queda expressiva no número de unidades, de 26 em 2007 para 23 em 2015, e apenas 19 em 2023, sinalizando um possível deslocamento seletivo dos serviços para áreas adjacentes da metrópole ou uma reestruturação institucional da rede, conforme se observa na Figura 15 (Brasil, 2024b).

Alguns municípios, porém, apresentaram perdas mais abruptas. Coroatá e Santa Luzia, que dispunham de hospitais especializados em 2007, deixaram de registrar qualquer unidade a partir de 2015, indicando descontinuidade na assistência. Imperatriz, por sua vez, passou de quatro unidades em 2007 para apenas uma a partir de 2015, situação que se manteve até 2023. Por outro lado, Grajaú, até então ausente da rede especializada, passou a contar com uma unidade habilitada a partir de 2020, o que sugere uma inserção pontual e recente nesse nível de atenção (Brasil, 2024b).

Esses deslocamentos e reconfigurações não podem ser compreendidos apenas como ajustes administrativos ou técnicos. A redução inicial e a posterior estabilização do número de unidades podem estar vinculadas a uma reorganização seletiva da rede, motivada pelo fechamento de hospitais de baixa resolutividade, pela reclassificação de serviços no CNES, ou ainda por uma política de redistribuição gradual dos equipamentos em direção a cidades intermediárias.

Nesse arranjo seletivo, Caxias e São José de Ribamar emergem como novos nós articuladores da rede, inserindo-se na hierarquia de comando que estrutura o acesso aos serviços de alta complexidade no território (Oliveira; Silva, 2023). As implicações

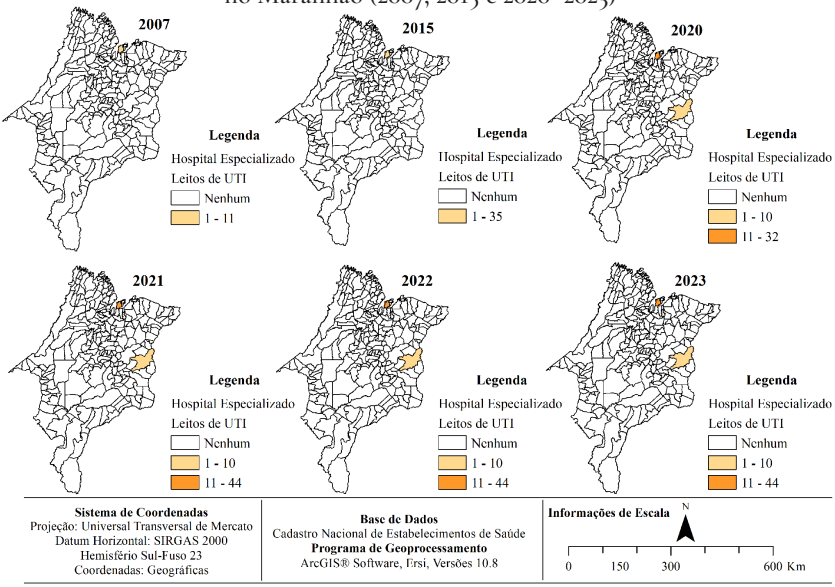
territoriais dessas transformações são significativas, municípios que perderam estabelecimentos especializados passam a depender de deslocamentos mais longos e complexos para obter atendimento, o que reforça as barreiras geográficas e institucionais no acesso à saúde e expõe, mais uma vez, o uso seletivo do território como lógica estruturante da rede assistencial (Brasil, 2024b; Silveira, 2011).

Contudo, a presença de hospitais especializados não garante a disponibilidade proporcional de leitos de terapia intensiva. A habilitação desses serviços para o atendimento de alta complexidade segue critérios ainda mais restritivos, o que resulta em uma concentração rarefeita dos leitos críticos em poucos municípios, revelando uma nova camada de seletividade, agora não apenas na implantação das unidades, mas na capacidade real de resposta do sistema (Brasil, 2024b).

Embora tenha havido um crescimento no número de hospitais especializados, a ampliação dos leitos de UTI ocorreu de forma ainda mais restrita, com forte concentração na capital ao longo de todo o período analisado (Figura 16). Em 2007, apenas o Hospital Sarah, em São Luís, dispunha de seis leitos intensivos. Esse número subiu para 35 em 2015, distribuídos entre o Hospital Presidente Vargas (10), o Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho (10) e o Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo (9).

Nos anos seguintes, a oferta apresentou oscilações. Em 2020 e 2021, houve um leve crescimento, com a inclusão da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (oito leitos) e da primeira unidade fora da capital, o Hospital Macrorregional de Caxias Dr. Everaldo F. Aragão, com dez leitos. Em 2022, a entrada do Hospital de Trauma e Ortopedia (HTO), com mais dez leitos, elevou o total para 54, número que se manteve estável até 2023 (Brasil, 2024a).

Figura 16 – Distribuição e número de leitos de UTI em hospital especializado no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024a). Elaborado pelos autores (2025).

A maior parte dos leitos intensivos registrados em hospitais especializados no estado está vinculada a UTIs do Tipo III, classificadas como unidades de alta complexidade voltadas ao atendimento intensivo de adultos. Essa configuração reforça o caráter seletivo da rede hospitalar, uma vez que tais unidades exigem infraestrutura tecnológica avançada, equipes altamente especializadas e maior volume de investimento público para sua manutenção. Assim, ainda que tenha havido a inclusão pontual de Caxias nesse sistema, a interiorização dos cuidados intensivos não se consolidou, permanecendo uma dependência estrutural da capital para os atendimentos de maior complexidade (Brasil, 2024a).

A habilitação de dez leitos em Caxias, a partir de 2020, representou uma tentativa de descentralização diante da emergência sanitária da Covid-19. No entanto, esses leitos foram

desativados em 2023, após o encerramento do estado de emergência, evidenciando o caráter provisório da expansão fora dos grandes centros (Brasil, 2024a). Dessa forma, mesmo sob pressão da crise sanitária, não houve a consolidação de uma rede regionalizada e permanente de cuidados intensivos no estado.

Embora o número total de leitos tenha crescido de 6 em 2007 para 54 em 2023, essa expansão permaneceu restrita a São Luís, já que a única experiência de interiorização, em Caxias, foi interrompida. A centralização da alta complexidade na capital intensificou os desafios de deslocamento para as populações do interior e contribuiu para a sobrecarga da infraestrutura hospitalar local. Como apontam Oliveira e Silva (2023), grande parte do aumento de leitos e equipamentos especializados resultou da conjuntura emergencial imposta pela pandemia, e não de uma estratégia territorialmente estruturada de interiorização e equidade.

O uso do território, sob a égide da racionalidade técnica e econômica, não resulta de uma distribuição espontânea dos serviços, mas de decisões estruturadas que condicionam sua reprodução aos espaços institucionalmente aptos a articular política pública, infraestrutura técnica e capital de investimento (Santos, 1996; Silveira, 2011). Nesse arranjo, a rarefação da alta complexidade, sobretudo em habilitações estratégicas como laboratórios de eletrofisiologia ou cirurgias pediátricas, não constitui um acaso, mas a expressão espacializada de uma lógica seletiva que perpetua desigualdades históricas e legitima uma modernização territorial excludente (Almeida, 2005; Santos, 1996; Silveira, 2011).

Ainda que possa parecer excessivamente detalhado e prolixo, é nesse sentido que esta análise percorre as diferentes instâncias da rede de saúde, partindo das Unidades Básicas de Saúde (UBS), passando pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), hospitais gerais e especializados, clínicas e policlínicas, até os diversos níveis de habilitação em serviços especializados de

média e alta complexidade (Brasil, 2024a, 2024b).

A fim de compreender plenamente as dinâmicas de seletividade e de modernização excludente que moldam o uso do território pela saúde no estado, é necessário ir além da análise da distribuição institucional das unidades físicas assistenciais. Considerando a escala adotada neste trabalho, optou-se por não detalhar esse aspecto nesta seção, embora tais dados estejam disponíveis, a título de complementação, ao final do documento. A infraestrutura, por si só, não assegura a efetividade do cuidado em saúde, sua operatividade está intrinsecamente condicionada à presença de recursos humanos especializados e à disponibilidade de equipamentos técnicos de suporte, os quais viabilizam, em última instância, a materialização dos serviços no território (Oliveira; Silva, 2023).

Dessa forma, por meio dos dados espacializados, buscamos compreender como se estrutura a seletividade territorial da saúde no estado, revelando contrastes marcantes de fluidez e viscosidade na escala estadual. A análise permite evidenciar que essas dinâmicas seletivas não operam de forma isolada, mas se articulam de maneira multiescalar, entre o Maranhão, a Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII) e o próprio município de Imperatriz.

O uso corporativo do território pelo Estado, nesse sentido, não ocorre de maneira difusa ou aleatória, mas é guiado por escolhas técnicas e políticas estruturadas. Essa formulação implica reconhecer que a ação estatal no território não é neutra nem universalizante. Ao contrário, ela se realiza por meio de decisões orientadas por critérios seletivos que articulam eficiência técnica, viabilidade fiscal, interesses políticos e alianças institucionais (Santos, 1996).

Esses critérios promovem a concentração de fluxos de recursos, equipamentos, pessoas e decisões em determinados pontos do território, geralmente dotados de maior densidade técnica e

institucional (Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001). Ao organizar esses fluxos de forma seletiva, o Estado estabiliza hierarquias espaciais preexistentes e consolida centralidades funcionais, aprofundando, assim, os desníveis regionais e perpetuando um padrão estrutural de desigualdade territorial (Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001).

CAP. 5

A DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES NA REGIÃO GEOGRÁFICA IMEDIATA DE IMPERATRIZ (RGII)

A DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES NA REGIÃO GEOGRÁFICA IMEDIATA DE IMPERATRIZ (RGII)

A divisão regional do território brasileiro, organizada pelo IBGE ao longo do século XX e reformulada no início do século XXI, deve ser compreendida não apenas como um instrumento técnico-administrativo de ordenamento espacial, mas como expressão material de um processo histórico de reconfiguração territorial ancorado em racionalidades seletivas e estratégias de controle. Mais do que um recorte descritivo, trata-se de uma representação operativa do território, orientada por critérios que incorporam dinâmicas desiguais de desenvolvimento, padrões de articulação interurbana e hierarquias espaciais historicamente construídas (IBGE, 2017; Santos, 1996).

Nesse sentido, a reformulação da divisão regional do Brasil, formalizada em 2017, com a instituição das Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias, é o que interessa a este trabalho. Visto que representa não apenas uma atualização metodológica e cartográfica, mas uma inflexão institucional e epistemológica na leitura da regionalização do território brasileiro. Mais do que propor um novo arranjo espacial, o IBGE buscou captar, por meio de uma abordagem técnico-científica, as múltiplas transformações socioespaciais ocorridas nas últimas décadas, associadas à reestruturação da economia, à intensificação das redes de informação, circulação e comunicação e à redefinição das centralidades urbanas (IBGE, 2017).

Esse recorte regional traduz uma realidade territorial marcada pelo predomínio do meio técnico-científico-informacional, no qual o território não é mais compreendido apenas como uma zona contínua, mas como um sistema de redes, entrelaçado por fluxos materiais e imateriais, cuja organização resulta da articulação entre fixos (infraestruturas, equipamentos

e objetos técnicos) e fluxos (mobilidade seletiva de pessoas, bens, capitais e informações) (Corrêa, 2006; Santos, 1996).

Com o intuito de fundamentar essa proposta, o IBGE lançou mão de um conjunto de estudos que ampliaram sua capacidade analítica sobre a organização territorial brasileira, entre os quais se destacam a Divisão Urbano-Regional (2013), a Gestão do Território (2014), a Logística dos Transportes do Brasil (2014), os Arranjos Populacionais e Concentrações Urbanas do Brasil (2015) e, especialmente, a pesquisa Regiões de Influência das Cidades – REGIC de 2007 (IBGE, 2008, 2017, 2020b; Oliveira *et al.*, 2025).

A REGIC, em particular, assumiu papel central como suporte empírico e conceitual, ao identificar como as cidades se organizam em redes e quais são os polos regionais mais influentes. Essa identificação se dá por meio de critérios como a mobilidade da população para acessar serviços de saúde, educação e comércio; a presença de instituições públicas e privadas; a fluidez territorial em relação a outras cidades, incluindo aspectos de transporte, economia e comunicação, e os níveis de centralidade urbana (IBGE, 2008, 2020b).

Desse modo, o IBGE (2008, 2020b) classifica as cidades em diferentes níveis hierárquicos, a saber: Metrópoles, Capitais Regionais, Centros Sub-Regionais, Centros de Zona e Centros Locais. Essa abordagem permitiu não apenas reconhecer os polos de comando territorial, mas também mapear os padrões de interdependência, influência e articulação entre escalas, fundamentais para a redefinição das demarcações regionais.

Ao reconhecer a coexistência entre as lógicas zonal e reticular, respectivamente baseada na continuidade espacial e orientada pelas relações de fluxo, a proposta de regionalização intermediária e imediata supera os limites analíticos das antigas mesorregiões e microrregiões, que já não refletiam as dinâmicas territoriais contemporâneas. Conforme destaca o IBGE (2017), a proposta busca integrar conhecimento técnico e empírico, aliando

critérios geográficos, demográficos, econômicos e administrativos aos padrões de mobilidade, polarização e governança urbana.

As Regiões Geográficas Imediatas são definidas a partir da centralidade funcional de centros urbanos de porte intermediário, que respondem por demandas imediatas da população, enquanto as Regiões Geográficas Intermediárias organizam essas unidades em torno de polos de maior hierarquia, com funções mais complexas e capacidade ampliada de comando regional.

Ao focar nessa dupla escala, articulando a vida cotidiana e os fluxos estruturantes, o IBGE (2017) delineia uma proposta que não apenas atualiza tecnicamente os recortes espaciais, mas revela as novas formas de uso do território, produzidas pela lógica da fluidez, da seletividade e da divisão do trabalho. Ou seja, uma regionalização que responde aos imperativos contemporâneos da circulação e da centralização seletiva, expressando os vínculos entre a dinâmica da rede urbana e as estratégias de ordenamento territorial (Gomes, 2000; Santos, 1996).

Para Corrêa (2006), a hierarquia urbana é reflexo direto das dinâmicas de reprodução social e econômica, operando ao mesmo tempo como meio técnico de circulação e como condição política da gestão territorial. Nesse sentido, a regionalização proposta pelo IBGE, e que interessa particularmente a esta pesquisa, não escapa dessas assimetrias, pois ao estruturar o território com base na centralidade funcional, ela tende a reproduzir as lógicas de concentração e seletividade que marcam a organização da rede urbana brasileira (Côrrea, 2006; IBGE, 2017; Santos, 1996). A lógica hierárquica se materializa em fluxos de bens, pessoas, capitais e informações que incidem de forma desigual sobre o território, intensificando os processos de centralização e subordinação (Côrrea, 2006; Gomes, 2000; Santos, 1996).

Dessa forma, as Regiões Geográficas Imediatas não devem ser vistas apenas como construções estatísticas, mas como espaços operacionais da coesão seletiva, onde centros urbanos com maior

densidade técnica e institucional organizam e controlam o acesso a serviços, infraestrutura, bens, informações e oportunidades. A articulação cotidiana entre centros e seus entornos revela, portanto, a persistência de um território estruturado por fluxos assimétricos e diferentes usos (Corrêa, 2006; IBGE, 2017).

Por sua vez, as Regiões Geográficas Intermediárias expressam níveis mais amplos de centralidade, articulando redes urbanas regionais sob o comando de centros que concentram decisões econômicas, políticas e administrativas. Esses centros funcionam como vértices estratégicos do território nacional, exercendo funções de articulação e regulação sobre extensas áreas heterogêneas. Essa organização territorial, longe de ser neutra ou espontânea, resulta de um processo histórico de racionalização espacial que articula técnica, norma e poder, uma forma espacial carregada de contradições sociais e marcada por disputas em torno do uso seletivo do território (Corrêa, 2006; Gomes, 2000; IBGE, 2017).

A metodologia adotada na redefinição das unidades territoriais em 2017 incorpora os conceitos de território-rede e território-zona para captar os padrões de articulação funcional entre os municípios e a configuração interna das regiões (IBGE, 2008, 2017). Tais conceitos buscam evidenciar, de um lado, a fluidez das conexões materiais e imateriais que estruturam os circuitos espaciais, como os fluxos de pessoas, mercadorias, serviços e informações e, de outro, a fixação de elementos técnicos e institucionais que ancoram a organização territorial, como infraestrutura, equipamentos e serviços especializados nessas regiões.

Essa abordagem revela um território complexo e seletivo, marcado por assimetrias estruturais e racionalidades conflitantes, especialmente diante das transformações operadas no contexto do período técnico-científico-informacional (Santos, 1996, 2004; Santos; Silveira, 2001; Silveira, 2011).

Em um país cuja formação territorial é atravessada por desigualdades estruturais e cuja inserção no sistema-mundo capitalista se realiza sob a condição subordinada das periferias, como é o caso do Brasil (Santos, 1996), as divisões regionais não devem ser vistas apenas como instrumentos técnicos de análise, mas como ferramentas potenciais de intervenção territorial. Quando bem construídas, podem orientar políticas públicas mais sensíveis às dinâmicas locais e regionais, promovendo leituras mais justas da heterogeneidade espacial (IBGE, 2017).

No Maranhão, a divisão territorial promovida pelo IBGE em 2017 resultou na constituição de 22 Regiões Geográficas Imediatas e 5 Regiões Geográficas Intermediárias, estruturadas com base na articulação funcional entre centros urbanos e seus respectivos entornos. Essa delimitação, embora tecnicamente orientada por critérios como a proximidade espacial entre núcleos urbanos, os fluxos populacionais regulares e a oferta de serviços públicos e privados, tem como propósito representar de forma mais aderente a dinâmica urbana regional e os circuitos socioeconômicos que conectam os diferentes níveis do território intraestadual.

A partir dos critérios estabelecidos pelo IBGE, o Maranhão foi segmentado em cinco Regiões Intermediárias, sendo elas São Luís, Imperatriz, Santa Inês-Bacabal, Presidente Dutra e Caxias (Quadro 4). A Região de São Luís, a mais extensa e complexa, compreende 73 municípios e abarca oito Regiões Imediatas, entre as quais se destacam São Luís, Pinheiro e Chapadinha como principais polos. A segunda mais extensa, a Região de Santa Inês-Bacabal inclui 59 municípios, organizados em três Regiões Imediatas, com polos como Santa Inês e Bacabal (IBGE, 2017).

A Região de Imperatriz, por sua vez, é composta por 43 municípios e articula importantes centros, como Imperatriz, Açailândia e Balsas, evidenciando a força econômica e logística dessa porção do território. Já a Região de Presidente Dutra, com 28 municípios, estrutura-se a partir de polos como Presidente

Dutra e Colinas. Por fim, a Região de Caxias, embora a menor em extensão, com apenas 14 municípios, concentra centralidades relevantes, como Caxias, Timon e Codó (IBGE, 2017).

Quadro 4 – Regiões Intermediárias e Imediatas e seus polos de influência no Maranhão

Região Intermediária	Municípios	Regiões Imediatas	Polos
São Luís	73	São Luís, Pinheiro, Chapadinha, Itapecuru Mirim, Viana, Barreirinhas, Tutóia-Araioses e Cururupu	São Luís, Pinheiro, Chapadinha
Santa Inês-Bacabal	59	Santa Inês, Bacabal, Governador Nunes Freire	Santa Inês, Bacabal
Imperatriz	43	Imperatriz, Barra do Corda, Açailândia e Balsas	Imperatriz, Açailândia, Balsas
Presidente Dutra	28	Presidente Dutra, São João dos Patos e Colinas	Presidente Dutra, Colinas
Caxias	14	Caxias, Timon, Codó e Pedreiras	Caxias, Timon, Codó

Fonte: IBGE (2017). Elaborado pelos autores (2025).

Configuração territorial marcada pela centralidade funcional dos polos destacados, pela seletividade locacional e pela hierarquização interna do território maranhense, evidenciada na desigual capacidade de organização das funções urbanas e pelos diferentes graus de articulação com as redes de circulação e de comando (IBGE, 2017).

Constitui-se, assim, por um arranjo que vai além de uma mera revisão técnico-cartográfica, configurando a cristalização de racionalidades hegemônicas que operam no território seletivamente, organizando a distribuição de recursos e oportunidades por meio da articulação desigual entre fixos e fluxos (IBGE, 2017). Nesse processo, as cidades não apenas se

posicionam, mas são posicionadas, de forma hierárquica, em uma rede funcional na qual a fluidez, a densidade técnica e o acesso aos bens públicos seguem lógicas concentradoras (Araújo, 2016; Oliveira; Silva, 2023).

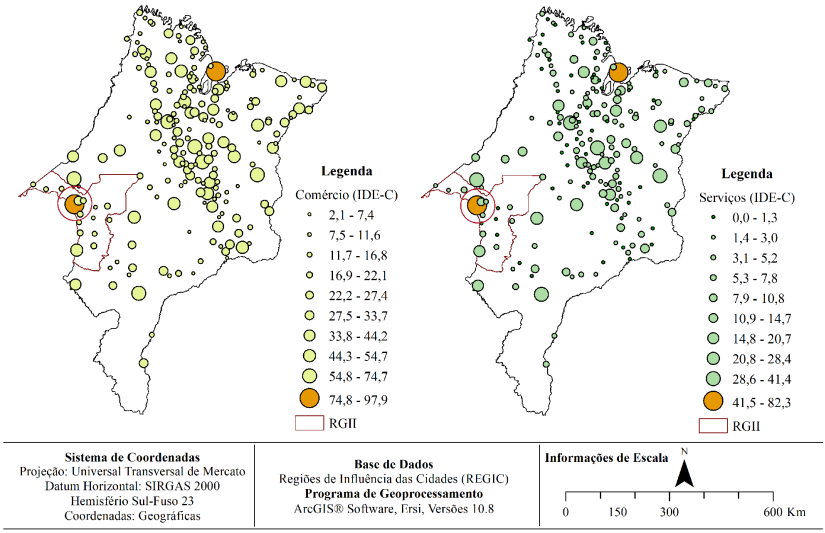
Essas centralidades territoriais tornam-se ainda mais perceptíveis quando se analisam as formas concretas que compõem o território, como a presença, ou ausência, de serviços, infraestrutura e atividades econômicas. Essas formas revelam, de maneira visível, os efeitos de processos seletivos que distribuem desigualmente os investimentos públicos e privados, resultando em diferentes capacidades de organização funcional entre os municípios (Côrrea, 2006; Santos, 1996).

Diante disso, um exemplo da presença ou ausência dessas formas concretas de centralidade é o índice de diversidade econômica, comércio e serviços, apresentado na Figura 17. Esse índice, que varia de 0 a 100, mede a diversidade e a complexidade das atividades econômicas em cada município (IBGE, 2020b). Quanto mais elevado for o índice, maior será a autonomia funcional, refletindo a capacidade local de reter fluxos, atrair consumidores e oferecer uma gama de serviços. Por outro lado, índices mais baixos indicam fragilidade estrutural e maior dependência em relação aos centros regionais.

Nesse cenário, apenas dois municípios concentram os índices mais elevados de diversidade, São Luís e Imperatriz (Figura 17). Ambos se destacam como vértices nodais de comando regional, exercendo papel central na organização funcional do território. Suas altas pontuações revelam a existência de uma infraestrutura econômica e institucional complexa, capaz de ofertar desde serviços básicos até especializados, consolidando-os como polos privilegiados de consumo, circulação e decisão. Em contraste, a maioria dos demais municípios apresentam índices intermediários e baixos, configurando um espaço fortemente dependente e subordinado, fluído e viscoso, uma geografia seletiva, marcada pela

concentração de oportunidades em poucos pontos do território (Araújo, 2016; Silveira, 2011).

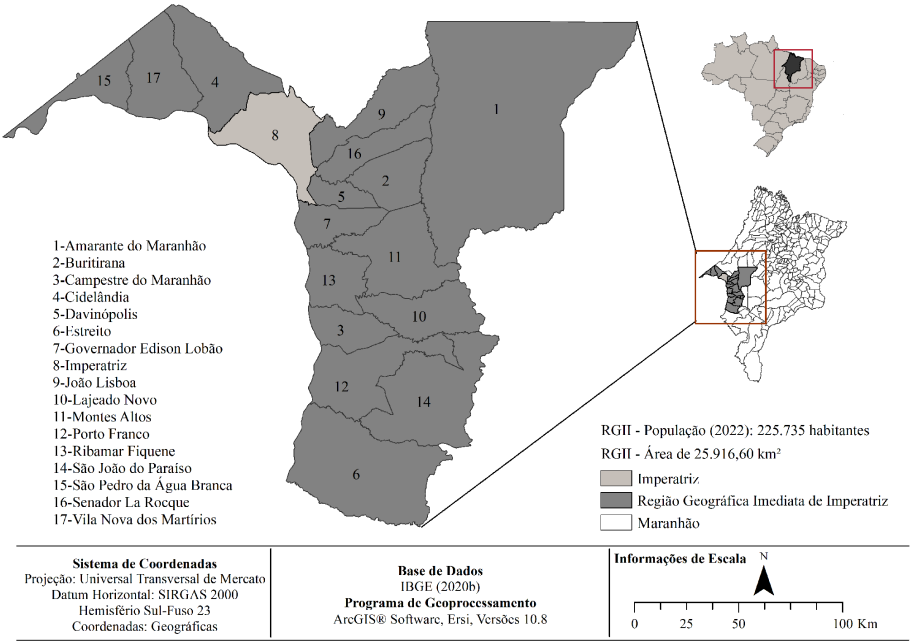
Figura 17 – Índice de diversidade econômica, comércio e serviços no Maranhão



Fonte: REGIC (IBGE, 2020b). Elaborado pelos autores (2025).

Considerando a lógica seletiva que orienta a distribuição das funções territoriais, destaca-se a centralidade de Imperatriz como elemento estruturador da organização econômica regional. A Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII), composta por 17 municípios (Figura 18), configura-se como uma unidade funcional intermediária, cujo raio de influência é sustentado pela diversidade de funções urbanas da sede regional (Imperatriz), tais como a presença de hospitais de média e alta complexidade, instituições de ensino superior, setores especializados do comércio e equipamentos culturais, que conferem à cidade o papel de polo de comando regional, articulando fluxos técnicos, econômicos e populacionais, como definido pelo IBGE (2017).

Figura 18 – Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII)



Fonte: IBGE (2020b). Elaborado pelos autores (2025).

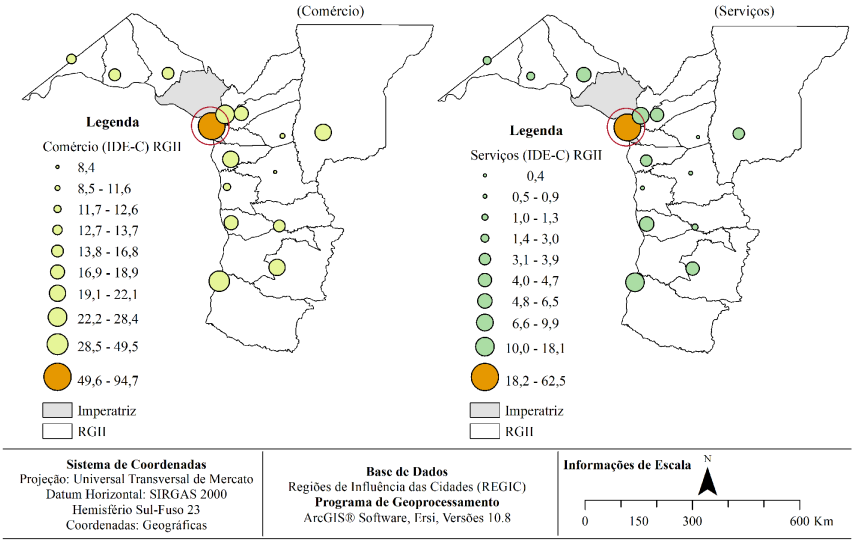
Essa centralidade não se limita à presença institucional de equipamentos e serviços, mas encontra respaldo também na estrutura econômica urbana. A diversidade econômica de Imperatriz, evidenciada por indicadores como o índice de complexidade comercial e de serviços (Figura 19), não apenas reforça sua posição como centro regional, mas também ilustra como a lógica da fluidez seletiva organiza o território maranhense (IBGE, 2020b).

Como destacam Oliveira e Silva (2023), o funcionamento das redes regionais de saúde, educação e consumo está profundamente condicionado à concentração dos objetos técnicos e dos sistemas de ação, de modo que apenas alguns municípios dispõem de densidade suficiente para atrair fluxos e reproduzir os circuitos da

modernização e da economia urbana (Silveira, 2011).

É nesse contexto de seletividade territorial e concentração funcional que Imperatriz se consolida como ponto de convergência privilegiado, cuja centralidade resulta de uma trajetória histórica marcada por investimentos públicos e privados que moldaram sua infraestrutura e reforçaram sua hegemonia sobre os municípios vizinhos. Tal centralidade ultrapassa o plano simbólico e institucional, materializando-se em indicadores objetivos, 94,74 para o setor comercial e 62,5 para os serviços (Figura 19), os mais elevados da região. Imperatriz dispõe de uma estrutura urbana e institucional que a habilita a atrair fluxos regionais e a suprir demandas que os demais municípios de sua Região Geográfica Imediata não conseguem absorver (IBGE, 2020b).

Figura 19 – Índice de diversidade econômica, comércio e serviços na RGII



Fonte: REGIC (IBGE, 2020b). Elaborado pelos autores (2025).

É nesse contexto de seletividade territorial e concentração funcional que Imperatriz se consolida como ponto de convergência

privilegiado, cuja centralidade resulta de uma trajetória histórica marcada por investimentos públicos e privados que moldaram sua infraestrutura e reforçaram sua hegemonia sobre os municípios vizinhos. Tal centralidade ultrapassa o plano simbólico e institucional, materializando-se em indicadores objetivos, 94,74 para o setor comercial e 62,5 para os serviços (Figura 19), os mais elevados da região. Imperatriz dispõe de uma estrutura urbana e institucional que a habilita a atrair fluxos regionais e a suprir demandas que os demais municípios de sua Região Geográfica Imediata não conseguem absorver (IBGE, 2020b).

Configura-se como uma centralidade historicamente construída, cuja força deriva da convergência entre objetos técnicos, decisões políticas e sucessivos usos do território. Imperatriz não apenas concentra infraestruturas e serviços, mas os articula como suporte de uma racionalidade seletiva, transformando-se em vértice privilegiado da rede urbana regional (Corrêa, 2006; Oliveira; Silva, 2022; Silveira, 2011). Sua influência ultrapassa os limites estaduais e alcança porções do sul do Maranhão, do Tocantins e do sudeste do Pará, conformando um território de comando funcional sustentado por fluxos intensos e uma infraestrutura técnica concentrada (Gomes, 2000; Santos, 1996).

O resultado é um uso seletivo e corporativo do território, entendido aqui como uma forma de centralização funcional que atende prioritariamente aos interesses de empresas, capital, instituições ou redes de comando, que operam o território de maneira racionalizada e lucrativa, em detrimento de uma lógica socialmente equitativa (Santos; Silveira, 2001). Nesse contexto, a centralidade de Imperatriz se afirma em contraste com a dependência estrutural dos municípios periféricos, os quais orbitam em torno de um polo urbano especializado, mas funcionalmente centralizador e seletivo (Araújo, 2016).

A centralidade de Imperatriz manifesta-se de forma

concreta na articulação de múltiplas funções urbanas, comerciais, logísticas, industriais, financeiras e de serviços, que a consolidam como núcleo regional da RGII. Essa posição central é sustentada por um tecido urbano complexo, no qual coexistem, de maneira desigual, os dois circuitos da economia urbana descritos por Santos (2004): o circuito superior, composto por serviços e infraestrutura de alto custo agregado, concentrado nos espaços mais densos; e o inferior, formado por atividades de baixa complexidade tecnológica e organização precária, mais presentes nas periferias e nos municípios de menor porte. A coexistência desses circuitos, articulados de forma assimétrica, revela uma lógica territorial seletiva, na qual os fluxos modernos se enraízam apenas onde há suporte técnico, político e institucional (Santos; Silveira, 2001).

Embora Imperatriz concentre a maior parte da população e da atividade econômica da RGII, alguns municípios se destacam por desempenhar papéis complementares na rede regional (Tabela 2). Estreito, por exemplo, apresenta um desempenho expressivo no setor industrial, com R$ 618 milhões de PIB industrial, o segundo maior valor da região, fortemente vinculado à presença de infraestrutura energética e logística.

Porto Franco também assume relevância na indústria e nos serviços, com valores superiores a R$ 300 milhões em cada setor, posicionando-se como ponto estratégico no eixo de circulação interestadual. Governador Edison Lobão e Davinópolis, por sua vez, revelam alguma diversidade produtiva, ainda que ancorada em menor escala (IBGE, 2021).

Tabela 2 – População e Produto Interno Bruto (PIB) por atividade econômica na RGII (2021)

Município	Pop.	Agropecuária (R$ mi)	Indústria (R$ mi)	Serviços (R$ mi)	Administração Pública (R$ mi)
Amarante do Maranhão	37.085	126.800	9.025	85.808	150.376
Buritirana	12.918	34.610	2.956	22.254	58.268
Campestre do Maranhão	12.301	74.812	6.281	53.305	61.599
Cidelândia	12.878	67.041	6.532	38.381	61.646
Davinópolis	14.404	14.112	27.286	62.210	69.869
Estreito	33.294	78.195	618.797	226.655	161.796
Governador Edison Lobão	18.411	19.779	121.494	98.750	87.095
Imperatriz	**273.110**	**55.440**	**1.213.083**	**4.091.562**	**1.226.954**
João Lisboa	24.709	44.486	24.709	77.205	109.549
Lajeado Novo	7.057	31.153	2.668	25.639	35.961
Montes Altos	9.106	27.937	3.356	17.210	34.735
Porto Franco	23.903	57.602	403.830	307.435	109.341
Ribamar Fiquene	7.420	47.433	15.805	22.556	33.966
São João do Paraíso	9.904	57.102	3.607	35.783	46.763
São Pedro da Água Branca	14.338	21.584	4.947	31.289	61.276
Senador La Rocque	14.700	48.776	7.335	49.216	72.632
Vila Nova dos Martírios	10.362	60.514	4.686	29.058	56.370

Fonte: IBGE (2021). Elaborado pelos autores (2025).

Apesar desses indicadores, os municípios permanecem funcionalmente subordinados ao núcleo de Imperatriz. Suas estruturas produtivas e institucionais não lhes conferem autonomia regional, mas sim um papel periférico na reprodução

dos fluxos comandados a partir da centralidade metropolitana. Assim, mesmo os casos de maior dinamismo econômico dentro da RGII não rompem com a lógica da modernização seletiva, que centraliza densidades técnicas e políticas em poucos pontos e reproduz relações assimétricas entre centro e periferia (Santos, 1996; Silveira, 2011).

Observa-se, assim, um território marcado pela sobreposição de tempos históricos e usos sucessivos, onde se materializam as tensões permanentes entre uma modernização seletiva, concentrada nos centros capazes de atrair investimentos e serviços especializados, e a persistência de formas tradicionais de reprodução da vida, frequentemente relegadas à informalidade ou à baixa tecnificação (Santos; Silveira, 2001; Silveira, 2011).

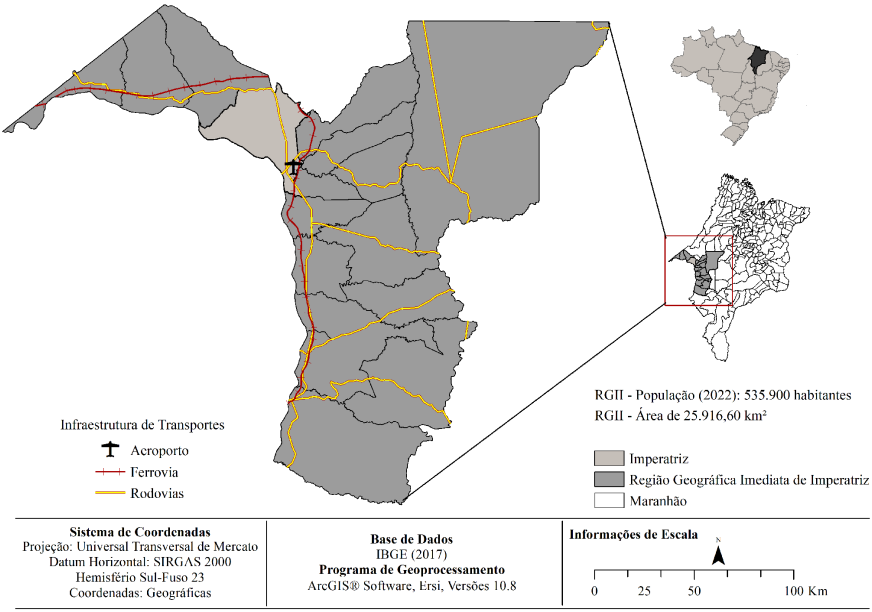
Essa configuração territorial expressa, de maneira exemplar, as contradições inerentes ao período técnico-científico-informacional, em que a coesão regional resulta menos de complementaridades horizontais e mais de uma solidariedade organizacional verticalizada e funcionalmente desigual (Corrêa, 2006; Santos, 1996, 2004).

Entre os elementos que sustentam a centralidade de Imperatriz na RGII, destaca-se de forma decisiva a sua fluidez territorial, que a conecta aos circuitos econômicos superior e inferior. A cidade é atravessada por rodovias federais e estaduais, como a BR-010 (Belém-Brasília), a BR-226 e a MA-122, que a ligam ao norte e ao sul do país, bem como ao interior do Maranhão (Figura 20). Soma-se a isso a presença da ferrovia Norte-Sul, que integra Imperatriz ao corredor logístico que conecta os portos de Itaqui (MA) e Santos (SP), reforçando sua inserção em cadeias produtivas de escala ampliada e especializada (IBGE, 2017).

Além disso, o aeroporto de Imperatriz opera voos comerciais regulares, funcionando como ponto de apoio para os fluxos empresariais e institucionais, enquanto o rio Tocantins, com potencial hidroviário subutilizado, configura um eixo geográfico

de suporte à movimentação de cargas em períodos específicos (Figura 20). Essa rede multimodal constitui um componente fundamental daquilo que Santos (1996) e Santos e Silveira (2001) chamaram de fluidez seletiva: a capacidade de certos lugares de absorver fluxos logísticos, financeiros e informacionais com rapidez e conectividade, consolidando sua posição no interior da divisão territorial do trabalho.

Figura 20 – Infraestrutura de transporte na RGII



Fonte: IBGE (2017). Elaborado pelos autores (2025).

Nesse processo, a infraestrutura não apenas viabiliza deslocamentos, mas também reorganiza o uso do território, definindo barreiras técnicas e funcionais que favorecem os centros dotados de maior densidade técnica, como Imperatriz, e marginalizam as áreas não atravessadas por esses fluxos estruturantes. A mobilidade, nesse contexto, torna-se um

privilégio geográfico seletivo, estruturado por decisões políticas e corporativas que condicionam a acessibilidade e o pertencimento (Santos, 1996; Silveira, 2011).

Essa infraestrutura de transporte desigual condiciona diretamente a organização e o acesso aos serviços públicos, especialmente na área da saúde. A fluidez territorial garantida a poucos centros funciona, na prática, como um critério de seletividade espacial: onde há mobilidade, há centralidade funcional. Em regiões como a RGII, isso significa que Imperatriz não apenas se beneficia da convergência dos fluxos rodoviários, mas transforma essa condição em vantagem logística na atração e concentração (IBGE, 2017).

Segundo Araújo (2016), a centralidade de Imperatriz é reforçada pela concentração de serviços especializados que a cidade abriga, como estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade, instituições de ensino superior, centros comerciais e culturais, sistema de engenharia de fluidez territorial, além de sua posição estratégica às margens do Rio Tocantins. Dessa forma, tais atributos fortalecem seu papel como um polo de atração e gestão da RGII, ao articular fluxos e redes que ampliam sua influência como núcleo regional (IBGE, 2017).

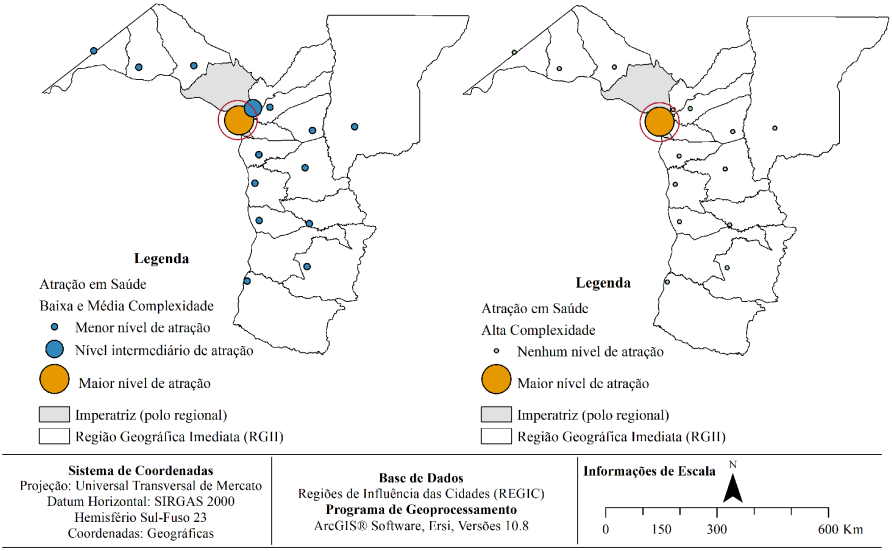
Essa estrutura funcional, no entanto, impõe uma mobilidade assimétrica: populações oriundas de localidades periféricas são constantemente forçadas a deslocar-se em busca de atendimento e acesso a serviços qualificados. Nesse processo, dimensões fundamentais, como saúde, educação e cultura, tornam-se mediadas por barreiras territoriais que dificultam a efetivação de direitos e intensificam a desigualdade no acesso a bens públicos e oportunidades sociais (Araújo, 2016; Oliveira; Silva, 2022).

É justamente essa assimetria funcional, estruturada por uma lógica de seletividade territorial, que se revela com mais nitidez na organização dos serviços de saúde. A RGII materializa, de forma exemplar, os efeitos de uma racionalidade centralizadora

que orienta a distribuição dos recursos assistenciais no território, priorizando centros tecnicamente equipados e deixando extensas áreas em condição de dependência estrutural (Santos, 1996).

A Figura 21, ao representar a hierarquia de atração dos serviços de saúde, sintetiza de forma expressiva a centralidade funcional de Imperatriz na RGII. Mais do que polo regional, a cidade assume o papel de nó de convergência das redes assistenciais, especialmente nos atendimentos de média e alta complexidade. Sua atratividade, evidenciada pelos fluxos sanitários direcionados desde os municípios do entorno, revela não apenas a concentração dos recursos técnico-institucionais, mas a materialização territorial de uma lógica seletiva na provisão de cuidados (Côrrea, 2006; IBGE, 2020b).

Figura 21 – Atração em serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade



Fonte: REGIC (IBGE, 2020b). Elaborado pelos autores (2025).

Tal processo de centralização está longe de ser neutro, pois configura um projeto estruturado de organização do território

segundo os princípios da fluidez controlada. Imperatriz concentra hospitais gerais e especializados, unidades técnicas, equipes médicas completas e estruturas reguladoras, tornando-se referência para uma ampla rede de municípios cuja baixa densidade técnica inviabiliza a autonomia funcional (Santos, 1996; Oliveira; Silva, 2023). O território, nesse caso, é operado por um sistema que privilegia pontos de comando e subordina periferias, produzindo uma geografia da desigualdade assistencial.

Como resultado, cria-se um circuito de atendimento profundamente assimétrico, no qual a mobilidade dos pacientes é imposta como condição para o acesso. Municípios com estrutura precária transferem à alta complexidade demandas que poderiam ser absorvidas na atenção básica, intensificando o trânsito de pacientes e sobrecarregando os centros já saturados. Simultaneamente, essa fragilidade compromete a efetividade das portas de entrada do SUS, fragmentando o cuidado e transferindo à esfera hospitalar a responsabilidade por problemas que deveriam ser resolvidos antes da urgência (Brasil, 2024a).

Nesse cenário, o lugar que cada indivíduo ocupa no território condiciona diretamente sua capacidade de acesso. Para quem reside fora do raio de influência direta, em localidades separadas por distâncias superiores a 60 km da sede regional, o deslocamento para obter cuidado torna-se, em si, um exercício de desigualdade geográfica. A fluidez, garantida a poucos, cede lugar à viscosidade para muitos, à medida que obstáculos físicos, econômicos e institucionais reiteram a exclusão dos espaços menos integrados às redes técnicas, aprofundando a dependência funcional e o caráter seletivo do sistema público (Almeida, 2005; Santos; Silveira, 2001).

A configuração hospitalar da RGII deve ser compreendida como expressão de um processo histórico de seletividade espacial. A concentração de serviços especializados, como oncologia e ortopedia, na cidade-polo reflete a densificação em um único ponto da rede urbana regional. Essa lógica corresponde ao que Santos

(1996, 2004) define como solidariedade organizacional, uma forma de organização territorial fundada não na complementaridade entre os lugares, mas na subordinação funcional de uns à centralidade de outros. Essa arquitetura assistencial opera, portanto, como dispositivo da modernização seletiva, na qual apenas determinados territórios são considerados legítimos para concentrar investimentos e decisões, enquanto outros permanecem estruturalmente dependentes (Santos; Silveira, 2001).

A centralidade hospitalar de Imperatriz estende-se, inclusive, a municípios dos estados vizinhos, como Tocantins e Pará, revelando o papel regional que lhe foi atribuído no interior da racionalidade técnico-funcional que estrutura o sistema de saúde brasileiro e, em especial, o maranhense (Araújo, 2016). Contudo, essa centralidade não resulta de uma articulação solidária entre os territórios, mas da ausência de um projeto público. O que se apresenta como eficiência logística, na verdade, oculta a precarização da assistência nas margens e reproduz as desigualdades históricas no acesso aos bens públicos (Araújo, 2016; Santos, 1996).

Como ensina Santos (1996), o território é o lugar onde se realiza a vida em sua totalidade, e a saúde, enquanto dimensão essencial dessa vida e direito adquirido, exige mais do que um arranjo operacional eficaz. Exige uma solidariedade concreta, baseada na equidade distributiva, na valorização dos lugares e no reconhecimento das populações que neles estão. Um planejamento territorial que desconsidere essas dimensões tende a reforçar, mesmo sem intenção declarada, as exclusões que afirma combater (Almeida, 2005; Santos, 1996).

CAP. 6

SELETIVIDADE ESPACIAL E DINÂMICAS DE VISCOSIDADE NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DA RGII

SELETIVIDADE ESPACIAL E DINÂMICAS DE VISCOSIDADE NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DA RGII

A rede de estabelecimentos de saúde constitui uma das expressões mais visíveis da seletividade territorial que estrutura o acesso à saúde no Brasil. No Maranhão, essa seletividade se manifesta na distribuição desigual dos serviços de baixa, média e alta complexidade, marcando contrastes entre os centros regionais mais integrados aos circuitos institucionais e os municípios periféricos, frequentemente limitados a uma oferta mínima de atenção (Brasil, 2024a, 2024b).

Essa lógica, pautada por critérios de viabilidade técnica e política, mais do que pela equidade, produz um território da saúde segmentado, em que o acesso aos serviços depende da inserção funcional do município na hierarquia urbana e institucional do Estado (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005; Oliveira; Silva, 2022).

A análise da Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII), com atenção especial ao período da pandemia de Covid-19, busca compreender como o uso corporativo do território pelos serviços de saúde condiciona, de forma seletiva, a localização, a densidade e a funcionalidade dos estabelecimentos assistenciais em escala regional. A crise sanitária, longe de representar uma ruptura, atuou como catalisadora de tendências já em curso, expondo com maior nitidez as hierarquias territoriais e as assimetrias estruturais que sustentam a lógica da modernização seletiva na saúde (Brasil, 2024a, 2024b).

Para tanto, a espacialização recorre a uma periodização analítica que compreende os anos de 2007, 2015 e 2020 a 2023 permitindo, por um lado, observar a trajetória acumulada da estrutura assistencial ao longo do tempo, e, por outro, identificar os efeitos imediatos e prolongados da pandemia sobre a rede regional de saúde. Essa escala temporal possibilita capturar os momentos

de inflexão, aceleração ou estagnação na expansão dos serviços, revelando como o território foi mobilizado de forma desigual ao longo das diferentes fases da crise e conforme a intensidade da resposta estatal.

O objetivo desta seção é evidenciar como a pandemia intensificou processos preexistentes de concentração de recursos, reforçando centralidades e aprofundando exclusões funcionais. Para isso, propõe-se um mapeamento interpretativo da distribuição dos principais tipos de estabelecimentos de saúde na RGII, a começar pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), instância fundamental da atenção primária e indicador estratégico da capacidade local de resposta em contextos de crise.

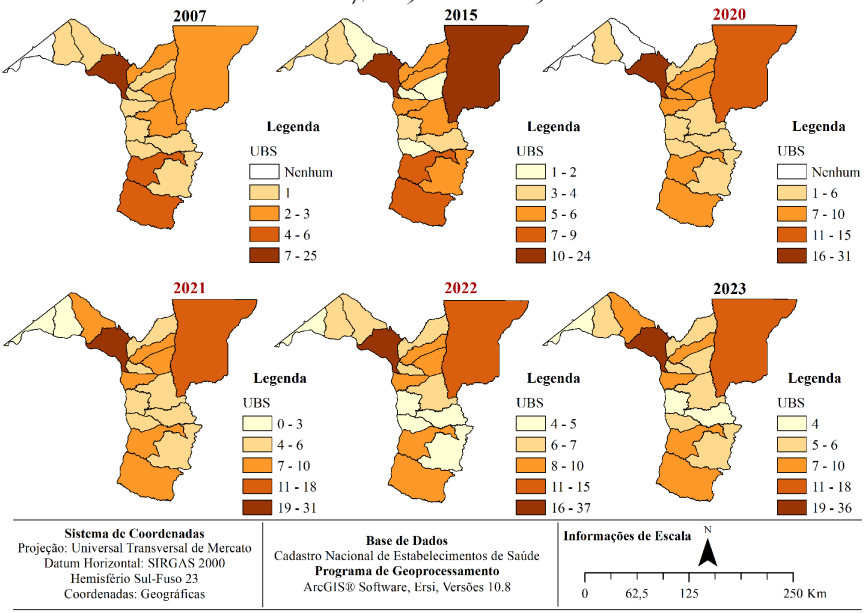
A análise da presença, ausência ou subdimensionamento das UBS entre os municípios da RGII, no período de 2007 a 2023, permite identificar os limites operacionais da descentralização assistencial. O crescimento assimétrico dessas unidades revela uma configuração territorial marcada pela fluidez dos investimentos públicos nos centros mais institucionalizados e pela persistência de condições de viscosidade e desassistência nas periferias regionais (Brasil, 2024b; Oliveira; Silva, 2022).

Na Figura 22, abaixo, observa-se que Imperatriz, centro polarizador da RGII, é o município que concentra o maior número de UBS em todo o período analisado, passando de 25 unidades em 2006 para 36 unidades em 2023. Segundo Santos (1996), o território se torna fluido onde as condições técnicas, normativas e organizacionais favorecem a circulação de ações e investimentos, que é o caso de Imperatriz, cuja densidade urbana e relevância político-econômica tornam o município mais apto a receber infraestruturas, profissionais e equipamentos de saúde (Brasil, 2021).

Entretanto, esse cenário não se replica com equidade nos demais municípios da RGII. Cidelândia, São Pedro da Água Branca e Campestre do Maranhão apresentaram uma ampliação

muito mais lenta, com períodos de estagnação ou ausência total de unidades básicas. Cidelândia, por exemplo, não possuía UBS registradas até 2015, saltando de nenhuma para sete unidades apenas em 2020, justamente no auge da crise sanitária provocada pela Covid-19 (2024b).

Figura 22 – Distribuição de Unidades Básicas de Saúde (UBS) na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

A Figura 22 ainda demonstra que, de forma semelhante, São Pedro da Água Branca, que também não contava com nenhuma unidade até 2015, passou a registrar quatro UBS a partir de 2022. Esse comportamento ilustra o que Santos (1996) define como *viscosidade territorial*, isto é, a dificuldade estrutural de certos lugares em absorver os fluxos técnicos e institucionais indispensáveis à reprodução da vida e dos serviços básicos (Silveira, 2018).

Essas dinâmicas reforçam a tese de que a configuração

territorial da saúde pública na RGII não é apenas produto de carências, mas expressão concreta do uso seletivo do território. Tal seletividade se manifesta não apenas na desigualdade da oferta de UBS, mas também no ritmo e intensidade com que essas unidades são implementadas em resposta às emergências sanitárias, como foi o caso da pandemia de Covid-19. Conforme argumenta Almeida (2005), a universalização do SUS esbarra não só em limitações financeiras ou técnicas, mas, sobretudo, nas possibilidades reais de uso dos territórios, que são historicamente organizados de forma desigual, com concentração de infraestrutura nas áreas economicamente mais dinâmicas.

Embora as UBS apresentem uma distribuição territorial mais capilarizada na RGII, uma vez que integram a base da estratégia de regionalização do SUS e estão formalmente presentes na maioria dos municípios, sua implantação não garante acesso pleno ou qualidade assistencial. A lógica de planejamento ainda favorece as centralidades urbanas, que concentram as UBS com melhor infraestrutura, maior número de equipes e maior capacidade resolutiva, em detrimento das periferias do território (Albuquerque *et al.*, 2017; Brasil, 2024b).

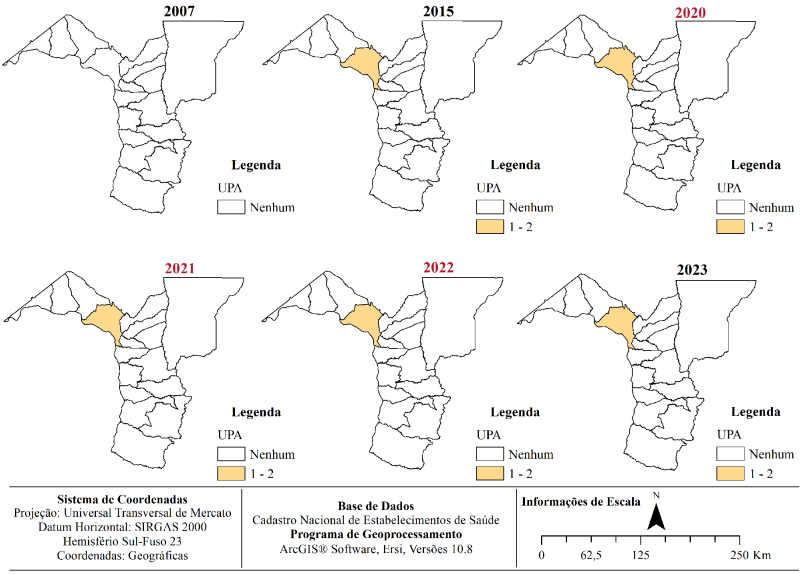
Mesmo diante de contextos de emergência sanitária que exigiriam capilaridade e efetividade, persistem desigualdades funcionais que limitam a atenção primária nos municípios menos favorecidos (Brasil, 2024b; Oliveira; Silva, 2022). Assim, a seletividade na expansão e qualificação da atenção primária intensifica as desigualdades regionais no direito à saúde, tornando mais evidentes os efeitos da racionalidade corporativa que orienta o uso institucional do território, inclusive dentro da esfera pública (Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001; Silveira, 2011, 2018).

Essa lógica de concentração se aprofunda quando se observa a distribuição dos serviços de média complexidade, cuja natureza exige maior densidade técnica e capacidade de resposta em situações de urgência. Ao contrário do que seria esperado em uma

rede regionalizada e articulada, a presença das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), aqui compreendidas de forma ampliada como pronto-socorro geral, especializado e pronto atendimento, traduz uma seletividade ainda mais rigorosa. A análise desse nível de atenção na RGII desvela a concentração absoluta desses serviços em Imperatriz (Figura 23), ampliando as desigualdades territoriais e restringindo drasticamente o acesso dos demais municípios à atenção intermediária em saúde.

Mesmo diante desse escopo ampliado (pronto-socorro geral, especializado e pronto atendimento), os dados demonstram que apenas o município de Imperatriz concentra esse tipo de estrutura em toda a região, mantendo, desde 2015, duas unidades em operação. Nenhum outro município da RGII apresenta sequer uma unidade desse nível de atendimento, evidenciando um cenário de profunda centralização e uma viscosidade estrutural nos demais territórios (Brasil, 2024b).

Figura 23 – Distribuição de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

Tal cenário indica um modelo de regionalização da saúde que perpetua desigualdades históricas, ao estabelecer os equipamentos de maior densidade técnica exclusivamente em centros polarizadores. A leitura crítica desse fenômeno, conforme proposto por Santos (1996, 2004), permite entender essa configuração como fruto de um uso seletivo do território, no qual o acesso aos fluxos institucionais e técnicos, como os investimentos em saúde, depende da atratividade territorial, e não necessariamente das necessidades sanitárias locais.

A concentração das UPAs em Imperatriz confere à cidade o papel de nó funcional quase exclusivo na rede regional de atendimento de urgência e emergência, obrigando os demais municípios à mobilidade compulsória de seus habitantes em busca de assistência. Vale ressaltar que, mesmo diante da pandemia de Covid-19 (2020-2023), que escancarou a urgência por estruturas de atendimento imediato descentralizadas, nenhum esforço foi registrado para ampliação dessas unidades nos demais municípios da RGII (Brasil, 2024b).

Isso demonstra a persistência da rigidez estrutural dos fluxos institucionais, com impactos graves na fluidez do acesso à saúde. Como reforçam Oliveira e Silva (2022), essa rigidez resulta na formação de zonas de rarefação assistencial, onde a ausência de serviços gera dependência crítica dos centros regionais e intensifica o risco sanitário em situações de emergência.

Mesmo quando se adota uma classificação ampliada para os serviços de pronto atendimento, a centralização das UPAs em Imperatriz escancara uma das expressões mais agudas da seletividade territorial e da viscosidade institucional que moldam a oferta de serviços públicos na escala regional (Brasil, 2024b).

No caso das UPAs, corresponde a um serviço majoritariamente público, o que torna a seletividade ainda mais contraditória. Não se trata de uma decisão do setor privado, mas de uma política pública que, ao ser territorializada, acaba

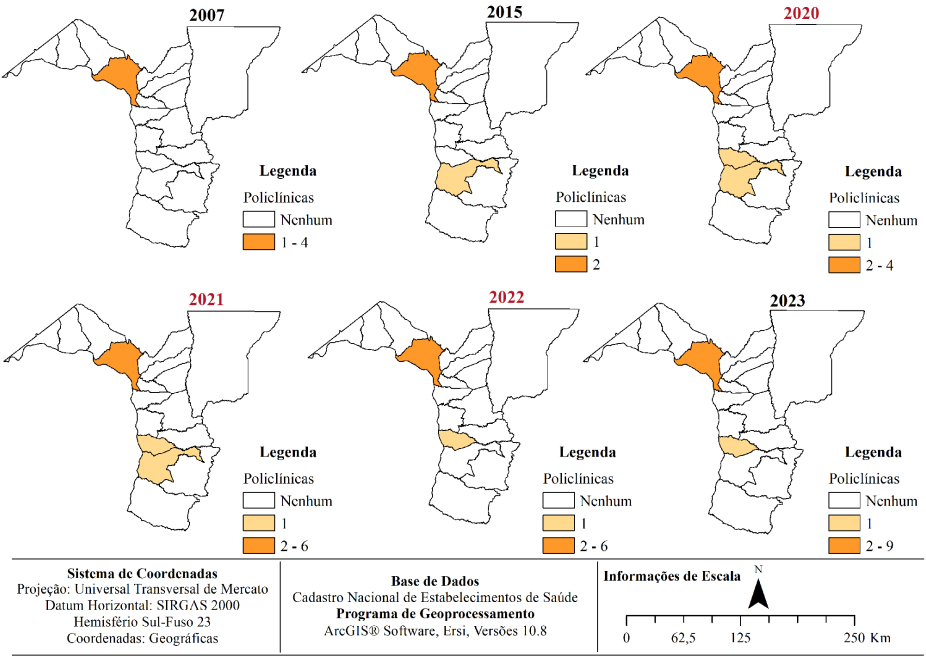
por reforçar as desigualdades regionais. A concentração desses estabelecimentos em Imperatriz reflete decisões estatais que orientam habilitações e investimentos com base em critérios de viabilidade técnico-administrativa, o que contribui para consolidar centralidades historicamente estabelecidas e negligenciar os municípios periféricos (Brasil, 2015c).

Essa concentração, no entanto, não é acidental. Imperatriz, por sua posição estratégica como entroncamento comercial, torna-se um ponto atrativo para fluxos técnicos, econômicos e institucionais, o que retroalimenta sua centralidade também no campo da saúde. Como aponta Tozi (2004), a estrutura imposta pelas redes comerciais e logísticas tende a atrair outros tipos de serviços, especialmente os de média complexidade, reforçando um modelo territorial que reproduz desigualdades históricas (Brasil, 2024b).

Ao analisar a Figura 24, observa-se que a racionalidade seletiva também se reproduz nos estabelecimentos ambulatoriais especializados, como as policlínicas, cuja função estratégica no escopo da média complexidade é ampliar o acesso à atenção especializada de forma regionalizada. No entanto, ao observar a distribuição dessas unidades na RGII, entre 2007 e 2023, verifica-se uma concentração em Imperatriz, com um crescimento de duas para nove policlínicas ao longo do período. Em contraste, os demais municípios permaneceram desassistidos ou apresentaram inserções pontuais e descontinuadas, como Porto Franco, em 2007, e Campestre do Maranhão, a partir de 2021.

Essa expansão, no entanto, ocorre por meio do setor privado (Gráfico 17). Do total de policlínicas presentes na RGII em 2023, oito são privadas, contra apenas duas públicas e uma vinculada a entidades sem fins lucrativos. Essa diferença é significativa e traduz uma tendência de deslocamento da atenção especializada para fora do eixo público, fragilizando o protagonismo do SUS na rede ambulatorial de média complexidade (Brasil, 2024b; Tozi, 2004).

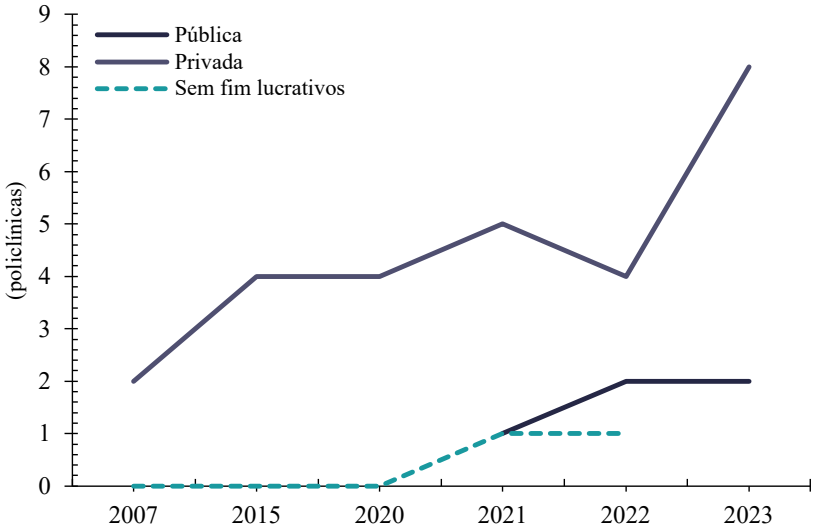
Figura 24 – Distribuição de policlínicas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

Em Imperatriz, a concentração de policlínicas privadas condiz com sua condição de polo regional de maior densidade econômica, institucional e técnica. A oferta se organiza em função de lógicas que privilegiam os espaços considerados mais viáveis para a operação dos serviços especializados (Oliveira; Silva, 2022; Brasil, 2024b).

Gráfico 17 – Policlínicas públicas e privadas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

O mais contraditório, no entanto, é que essa seletividade não é apenas tolerada, mas frequentemente reproduzida pelo próprio Estado, que orienta investimentos e habilitações com base em critérios administrativos e financeiros que reforçam a centralidade de Imperatriz, em vez de promover a desconcentração e a qualificação da rede regional (Brasil, 2024b). O resultado é um arranjo que, embora operado por instrumentos públicos, alinha-se à mesma racionalidade que sustenta a concentração privada, a lógica da viabilidade, da escala e da eficiência técnica (Brasil, 2024b; Tozi, 2004).

Essa dinâmica reforça o alerta de Almeida (2005) e Albuquerque *et al.* (2017), para quem a consolidação do SUS enfrenta entraves não apenas financeiros, mas também estruturais e territoriais. A desigualdade na capacidade de instalação de serviços entre os municípios está diretamente ligada ao histórico de investimentos e à concentração de infraestrutura técnica. No

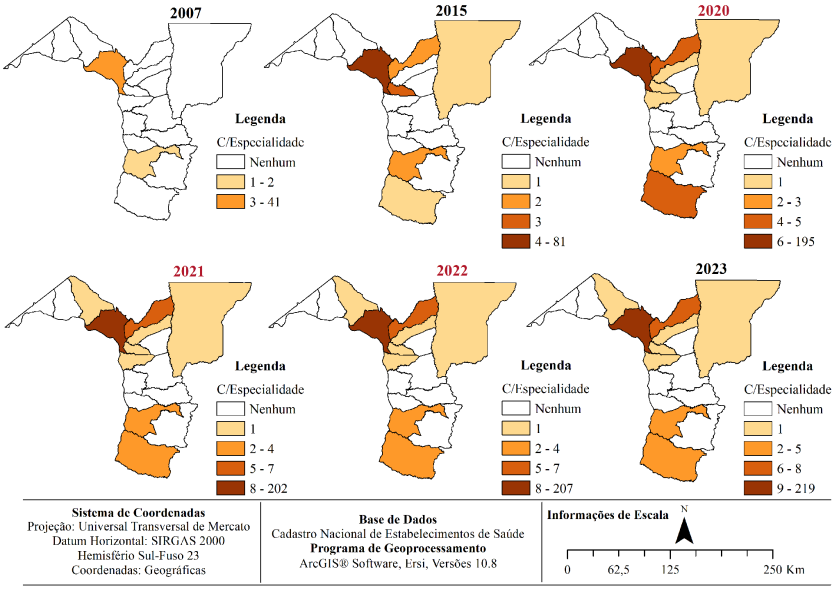
caso da RGII, esse padrão pode ser observado na composição da rede de policlínicas, em que o poder público atua de maneira residual, enquanto a oferta privada avança (Brasil, 2024b).

Esse cenário se reproduz de modo ainda mais acentuado na distribuição dos centros de especialidades médicas (Figura 25). Entre 2007 e 2023, observa-se não apenas uma ampliação considerável desse tipo de serviço, mas também a intensificação das desigualdades territoriais na sua oferta (Brasil, 2024b). O número de clínicas especializadas saltou de 4 para 240 no período, mas com um padrão de concentração ainda mais acentuado, em 2023, Imperatriz abriga, sozinha, 219 dessas unidades, enquanto nos demais municípios a presença é quase inexistente. Tal cenário reforça os mecanismos de centralização e exclusão no acesso aos serviços de média complexidade (Brasil, 2024b).

No âmbito da média complexidade, os centros de especialidades médicas constituem instâncias essenciais para a atenção a demandas clínicas específicas, abrangendo áreas como cardiologia, pneumologia, neurologia, ortopedia, pediatria, ginecologia/obstetrícia, oftalmologia, entre outras, com predominância de atendimentos em regime clínico e ambulatorial (Brasil, 2015b, 2024b).

Entretanto, na RGII, a distribuição desses serviços não ocorreu de forma equitativa. Ao contrário, a expansão foi impulsionada quase exclusivamente pelo setor privado. Em 2023, dos 240 centros de especialidades médicas existentes na região, 218 eram privados (90,8%), enquanto apenas 14 pertenciam ao setor público (5,8%) e 8 estavam vinculados a entidades sem fins lucrativos (3,3%), como observado no Gráfico 18. Em Imperatriz, essa tendência é ainda mais acentuada, com 204 dos 219 centros localizados no município pertencentes à rede privada.

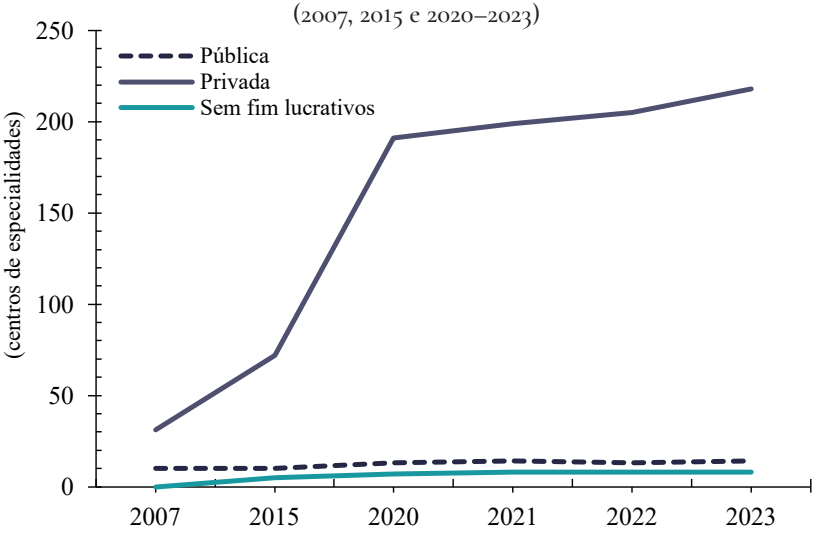
Figura 25 – Distribuição de clínicas/centros de especialidade na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

Tal dinâmica reflete o fenômeno que Silveira (2011) descreve como especialização produtiva do território, processo no qual certas cidades passam a se estruturar em torno de funções específicas, fortalecendo circuitos econômicos seletivos. Em Imperatriz, a saúde especializada torna-se um verdadeiro "produto territorial", constituindo um polo de atração regional para o consumo de serviços médicos de alta intensidade técnica e valor agregado (Brasil, 2024b; Silveira, 2011, 2018).

Gráfico 18 – Centros de especialidade públicos e privados na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

Essa especialização, contudo, não ocorre de forma espontânea. Ela resulta de uma conformação territorial marcada pela sobreposição entre centralidade urbana, densidade técnica e decisões seletivas de agentes públicos e privados. Ao longo do tempo, o território da RGII foi sendo organizado segundo uma lógica que favorece Imperatriz como centro de comando e convergência dos fluxos mais densos, não apenas de pessoas e mercadorias, mas também de investimentos estatais e privados em saúde (Albuquerque, 2006; Santos; Silveira, 2001).

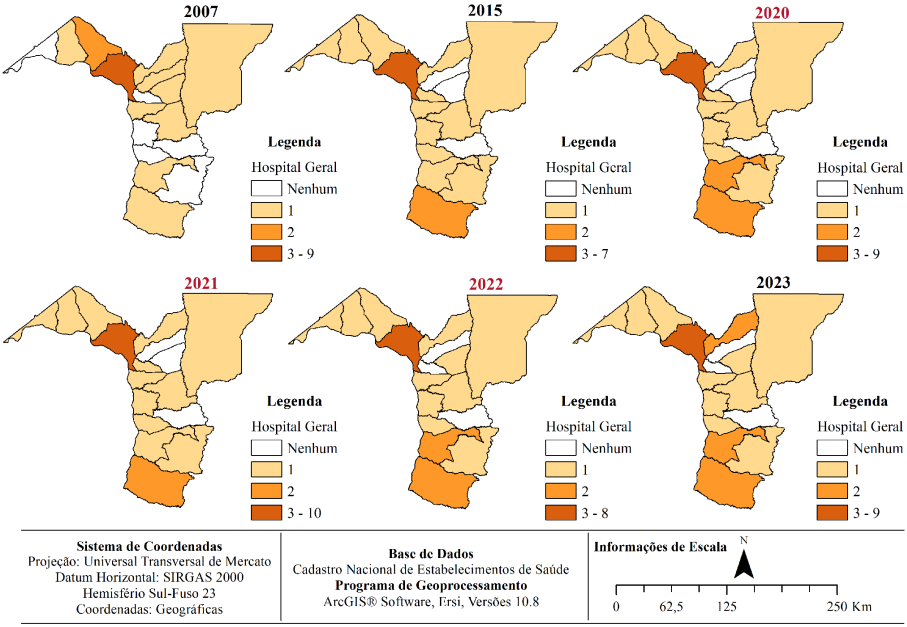
A concentração massiva de centros de especialidades em Imperatriz, articulada ao predomínio do setor privado, constitui expressão da mercantilização da saúde, em que o acesso aos serviços depende da capacidade de consumo, e não da garantia de direitos (Albuquerque, 2006; Tozi, 2004). O efeito direto desse processo é a intensificação da viscosidade territorial nos demais municípios da RGII. Buritirana, Montes Altos e Vila Nova dos Martírios

seguem enfrentando barreiras estruturais no acesso a serviços especializados, dependendo de deslocamentos compulsórios que ampliam os custos econômicos, sociais e sanitários da busca por atendimento (Brasil, 2024b).

A lógica de centralização e exclusão, observada na oferta ambulatorial especializada de média complexidade, também se reproduz na organização hospitalar da RGII. Trata-se de uma estrutura territorial hierarquizada, na qual a presença formal de hospitais nos municípios periféricos convive com uma profunda concentração funcional em torno do polo regional (Figura 26). Apesar da leve variação no número total de unidades entre 2020 e 2024, o padrão de distribuição permaneceu inalterado, reforçando a dependência estrutural das cidades menores em relação à infraestrutura hospitalar instalada em Imperatriz.

Em 2023, Imperatriz concentrava nove hospitais gerais, enquanto os demais municípios da RGII, quando contavam com estabelecimentos hospitalares, o faziam em número bastante limitado, geralmente, uma única unidade pública por cidade. Há, porém, exceções pontuais, como Estreito, com uma unidade pública e uma privada; e Porto Franco, no mesmo ano, também apresentou um hospital privado em operação, conforme apresentado na Figura 26. Essa configuração, embora possa sugerir certa pulverização espacial, não representa uma efetiva desconcentração da capacidade hospitalar. Fora do polo regional, os hospitais são, em sua maioria, de pequeno porte e apresentam limitações evidentes na oferta de leitos, especialidades médicas e equipamentos (Brasil, 2024b; Oliveira; Silva, 2022).

Figura 26 – Distribuição de hospitais gerais na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

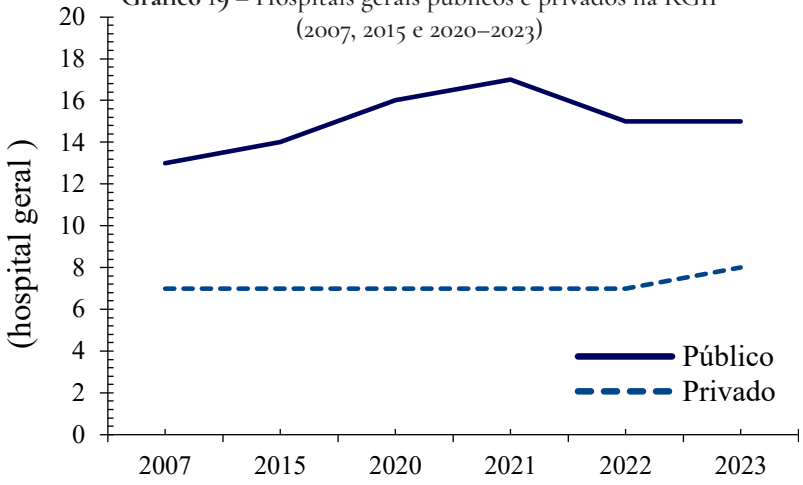
Em Imperatriz, por outro lado, observa-se não apenas a concentração numérica, mas também a permanência e a diversificação institucional da rede hospitalar ao longo do tempo. Desde 2007, unidades como o Hospital Alvorada, o Hospital Municipal de Imperatriz (HMI), o Hospital Santa Mônica, o Hospital São Rafael, o Hospital das Clínicas e o Hospital Unimed figuram de forma recorrente entre as infraestruturas ativas (Brasil, 2024b).

Durante o pico da pandemia de Covid-19, em 2020, implementaram-se duas unidades de hospitais de campanha temporária de atendimento emergencial, cujas operações, contudo, foram desmobilizadas após o ápice da crise sanitária. No mesmo período (2020), destaca-se a entrada do Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto, este incorporado de forma estável à rede

hospitalar pública estadual. Já em 2023, observa-se a inclusão de novos estabelecimentos, como o Allume Oftalmologia, sinalizando uma ampliação funcional e setorial da rede de saúde, com arranjos voltados à especialização em oftalmologia (Brasil, 2024b).

A natureza institucional desses hospitais também é reveladora. Dos 24 hospitais gerais existentes na RGII em 2023, 15 são públicos e 8, privados (Gráfico 19). Em Imperatriz, o setor privado não apenas se faz presente, mas predomina em termos numéricos e funcionais, pois, dos nove hospitais identificados na cidade, sete são privados, entre eles o Hospital das Clínicas, o Hospital Santa Mônica, o Hospital São Rafael, o Hospital Alvorada, o Hospital Unimed, a Allume Oftalmologia e os Serviços de Tratamento Intensivo de Imperatriz (SS). Essa concentração privada nos espaços de maior densidade técnica e institucional traduz uma lógica seletiva de alocação da capacidade hospitalar, favorecendo os territórios mais competitivos e aprofundando as assimetrias no acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2024b).

Gráfico 19 – Hospitais gerais públicos e privados na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



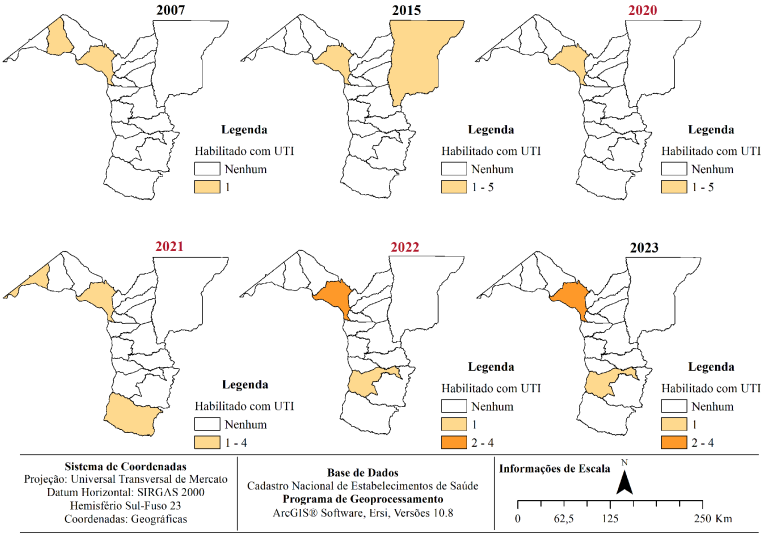
Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

A presença formal de hospitais gerais nos municípios da

RGII pode, à primeira vista, sugerir uma distribuição territorial equilibrada dos serviços hospitalares. No entanto, uma leitura mais crítica e profunda revela que se trata de uma capilarização meramente institucional e numérica, incapaz de assegurar autonomia funcional ou resolutividade local. Segundo os dados do CNES (Brasil, 2024b), a maior parte dessas unidades situadas fora de Imperatriz opera com infraestrutura limitada, reduzido número de leitos e baixa capacidade técnica, o que reforça a dependência estrutural em relação ao polo regional.

A assimetria entre polo regional e periferia se torna ainda mais evidente quando se observa a habilitação dessas unidades hospitalares em relação às Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Se a simples presença de hospitais já indicava um padrão seletivo e concentrado em Imperatriz, a análise da distribuição das UTIs revela um agravamento desse quadro, com o acesso ao atendimento intensivo permanecendo rigidamente centralizado e deixando os demais municípios sem cobertura para procedimentos de alta complexidade, inclusive em emergências (Figura 27).

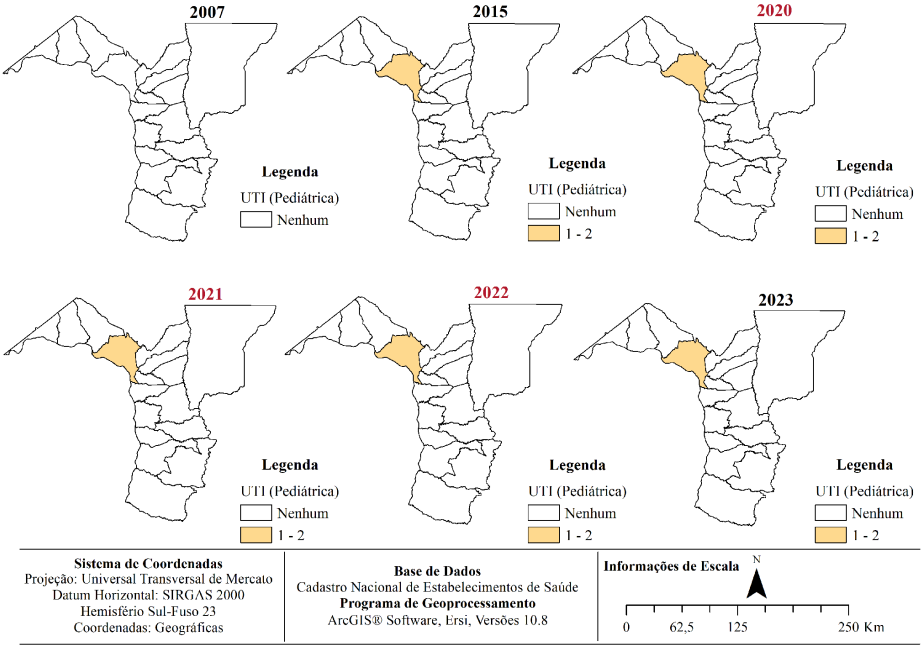
Figura 27 – Distribuição de hospitais gerais habilitados com UTI na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024a). Elaborado pelos autores (2025).

A Figura 27 mostra que, entre 2007 e 2023, a habilitação de UTIs na RGII manteve-se restrita quase exclusivamente a Imperatriz, variando entre quatro e cinco estabelecimentos ao longo do período. A Figura 28, por sua vez, demonstra que, no caso das UTIs pediátricas, a situação é ainda pior, com apenas duas unidades, ambas em Imperatriz, permanecendo habilitadas durante todo o intervalo analisado. A ausência de estabelecimentos com habilitação intensiva nos municípios periféricos reforça a dependência estrutural dessas localidades e aprofunda a viscosidade dos fluxos de atendimento em emergências (Brasil, 2024b).

Figura 28 – Distribuição de hospitais gerais habilitados com UTI pediátrica na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024a). Elaborado pelos autores (2025).

Dessa forma, embora existam hospitais gerais distribuídos

pela RGII, a ausência de UTIs nesses estabelecimentos limita veemente sua capacidade resolutiva, restringindo os a atendimentos de baixa e média complexidade clínica ambulatorial, demonstrando uma contradição na organização territorial dos objetos em saúde. O próprio SUS reconhece a habilitação em UTI como critério central para classificar um hospital como de média e alta complexidade, o que deixa a maior parte dos municípios em uma situação de dependência funcional grave (Brasil, 2017b, 2023c).

Entre 2015 e 2019, os hospitais habilitados para UTI em Imperatriz incluíam o Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) e quatro instituições privadas, com o Hospital Santa Mônica, o Hospital São Rafael, o Hospital das Clínicas e o Hospital Alvorada (Brasil, 2024a). A partir de 2020, essa configuração foi parcialmente modificada com a inclusão do Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto, ampliando a oferta pública de leitos de terapia intensiva na cidade (Brasil, 2024b). Diferentemente do que se poderia supor, hospitais como o Santa Mônica e o Alvorada continuavam habilitados até 2023, mas sem ofertar leitos ao SUS, evidenciando uma dinâmica seletiva de incorporação e permanência institucional que transcende a simples habilitação formal.

Quanto às UTIs pediátricas, a concentração foi ainda mais acentuada, limitando-se ao Hospital Municipal de Imperatriz e ao Hospital São Rafael. Isso reflete uma estrutura fragmentada, onde a disponibilidade técnica não necessariamente corresponde a acesso público (Brasil, 2024a). A Tabela 3 ilustra a distribuição dos leitos de UTI em Imperatriz no ano de 2023, revelando um quadro de concentração e seletividade que reforça as desigualdades no acesso aos serviços de alta complexidade. Embora o número de leitos destinados ao SUS (62) supere o de leitos exclusivamente privados (42), isso não implica, por si só, uma hegemonia pública sobre a infraestrutura intensiva da cidade. A maior parte dos leitos públicos encontra-se concentrada em apenas duas

unidades, o Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) e o Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto, ambas instituições de natureza pública (Brasil, 2024a).

Tabela 3 – Leitos de UTI existentes e leitos SUS nos hospitais habilitados de Imperatriz (2023)

Estabelecimento	Natureza	Leitos de UTI	Leitos de UTI SUS
Hospital Municipal de Imperatriz (HMI)	Público Municipal	30	30
Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto	Público Estadual	20	20
Hospital das Clínicas	Privado	10	7
Hospital São Rafael	Privado	8	5
Hospital Santa Mônica	Privado	8	0
Hospital Alvorada	Privado	8	0
Serviços de Tratamento Intensivo de Imperatriz (SS)	Privado	20	0
Total	-	**104**	**62**

Fonte: CNES (Brasil, 2024a). Organizado pelos autores (2025).

Nos hospitais privados habilitados que ofertam leitos ao SUS, como o São Rafael e o Hospital das Clínicas, o quantitativo destinado ao atendimento público é de apenas cinco e sete leitos, respetivamente. Tal limitação compromete a previsibilidade e a estabilidade do acesso público, uma vez que esses leitos estão sujeitos a dinâmicas contratuais, capacidade instalada e racionalidades institucionais próprias do setor privado. Enquanto isso, outras instituições privadas, como o Hospital Santa Mônica, o Hospital Alvorada e o Serviço de Tratamento Intensivo (SS),

embora habilitadas, não ofertam leitos ao SUS, um dado que reforça a coexistência de estruturas ociosas para o setor público, mas plenamente ativas para o mercado privado (Brasil, 2024a).

Ainda que Imperatriz concentre a totalidade dos leitos intensivos da RGII, o volume total de 104 leitos, sendo 62 vinculados ao SUS, revela-se modesto diante da apatia estrutural dos demais municípios da região, que não dispõem de qualquer oferta local de terapia intensiva. Essa centralização extrema torna Imperatriz um polo exclusivo da atenção de alta complexidade, intensificando os fluxos intra-regionais em direção à cidade e aprofundando as assimetrias territoriais no acesso ao cuidado intensivo (Araújo, 2016; Brasil, 2024a).

Na prática, o que se observa é a formação de uma rede de atendimento intensivo predominantemente privada, cuja existência e expansão têm sido, em grande medida, fomentadas pelo próprio Estado. Como aponta Albuquerque (2006), o Estado brasileiro, ao adotar uma política de descentralização e ajuste fiscal com baixa coordenação federativa, acabou por criar condições para que a lógica de viabilidade econômica se impusesse à lógica do direito.

Em vez de induzir à superação das desigualdades regionais, as políticas públicas reforçaram as dinâmicas de seletividade e competição territorial, consolidando uma regionalização funcionalmente assimétrica (David, 2010). Na RGII, isso se traduz na concentração da oferta intensiva em poucos hospitais privados em Imperatriz, revelando que o acesso à média e alta complexidade hospitalar continua subordinado à lógica do mercado, e não à universalização da saúde como direito de cidadania (Brasil, 2024a).

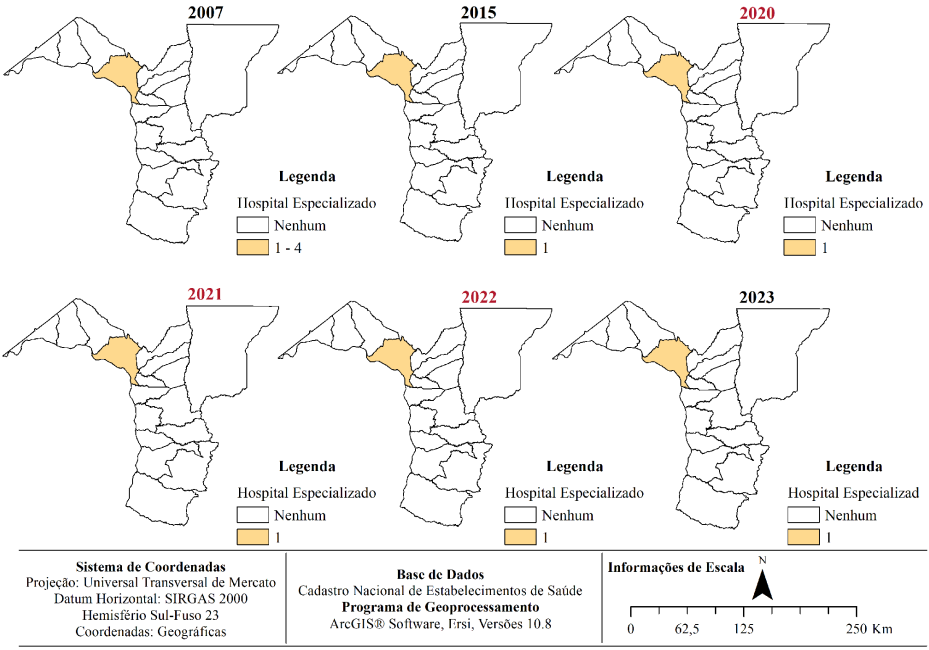
Essa concentração, contudo, não se restringe à estrutura intensiva geral. Ela também se estabelece de forma contundente na oferta de serviços hospitalares especializados, cuja presença na RGII revela um processo de retração institucional e de estreitamento funcional da rede. Em 2007, Imperatriz contava

com quatro hospitais classificados como especializados no CNES (Brasil, 2024a), entre eles a Maternidade de Alto Risco de Imperatriz, o Hospital Infantil Pequeno Príncipe, a Clínica de Acidentados de Imperatriz (CAI) e o Núcleo de Atenção Integrada em Saúde (NAISI). A partir de 2015, apenas a maternidade seguiu registrada como hospital especializado ativo, indicando não apenas uma redução quantitativa, mas sobretudo o enfraquecimento da diversidade da atenção especializada hospitalar na cidade e na região (Figura 29).

Esse cenário revela uma tendência clara de descontinuidade e centralização ainda mais restrita da oferta de serviços hospitalares especializados. A ausência completa de hospitais especializados fora de Imperatriz, ao longo de todo o período analisado, reforça o modelo regional de concentração da alta complexidade (Brasil, 2024b).

Ao mesmo tempo, a descontinuação de três dos quatro estabelecimentos ativos até 2007, a Clínica de Acidentados, o Hospital Infantil Pequeno Príncipe e o NAISI, indica um esvaziamento funcional da rede especializada mesmo dentro do município-polo. A permanência isolada da Maternidade de Alto Risco como única instituição especializada em atividade denuncia a fragilidade dessa rede, cuja oferta de cuidado é limitada e desarticulada em relação à complexidade real das demandas regionais (Brasil, 2024a).

Figura 29 – Distribuição de hospitais especializados na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



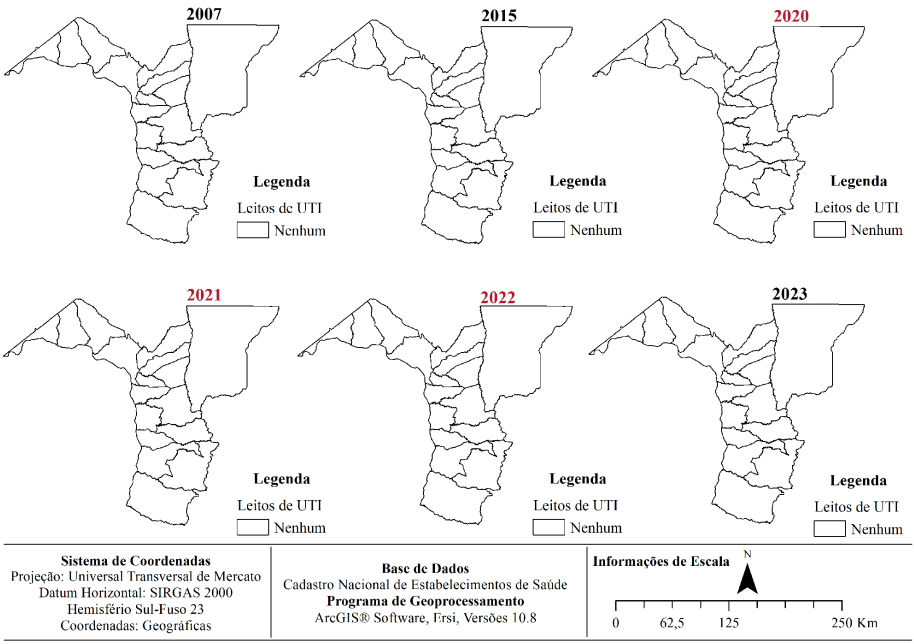
Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

Essa dinâmica territorial mantém os municípios da RGII em situação de dependência estrutural em relação à centralidade de Imperatriz, não apenas para os serviços especializados, mas também para parte significativa da atenção ambulatorial de baixa e média complexidade. Por sua vez, Imperatriz revela-se funcionalmente subordinada a centros mais dinâmicos do estado, como São Luís, e outras regiões intermediárias, especialmente quando se trata de procedimentos de alta complexidade, terapias especializadas e acesso a infraestrutura tecnológica mais avançada (Brasil, 2024a).

Observa-se, portanto, uma hierarquia territorial encadeada, em que as desigualdades são reproduzidas em múltiplas escalas e o poder de comando regional de Imperatriz convive com sua

própria condição de periferia diante das regiões metropolitanas mais dinâmicas (Brasil, 2024a; Tozi, 2004). A precariedade dessa rede fica ainda mais evidente quando se observa a habilitação em UTI. Entre 2007 e 2023, nenhum hospital especializado na RGII foi habilitado para atendimento intensivo, nem adulto nem pediátrico (Figura 30).

Figura 30 – Distribuição de hospitais especializados com UTI na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024a). Elaborado pelos autores (2025).

A inexistência de hospitais especializados com UTI expõe a limitação estrutural da atenção especializada na RGII (Figura 30). Essa ausência compromete a articulação entre os níveis de complexidade do sistema regional de saúde e impede que a rede especializada desempenhe seu papel estratégico na lógica de

atenção integral à saúde (Brasil, 2024a). Além disso, o fato de os hospitais especializados remanescentes não disporem de leitos intensivos inviabiliza a ampliação de serviços voltados a condições crônicas ou situações clínicas complexas que exigem suporte técnico avançado.

Esse cenário de retração e hiperconcentração dos hospitais especializados na RGII corrobora a tese de que a lógica da seletividade territorial, operada por critérios de viabilidade institucional e econômica, também estrutura a alta complexidade especializada. A permanência exclusiva da Maternidade de Alto Risco, mesmo sendo uma estrutura pública, não contradiz essa lógica, pois se trata de um serviço consolidado, vinculado a programas estruturados de atenção materno-infantil, com financiamento e protocolos nacionais, o que o torna mais "viável" do ponto de vista técnico e administrativo (Almeida, 2005; Brasil, 2024a; Santos; Silveira, 2001).

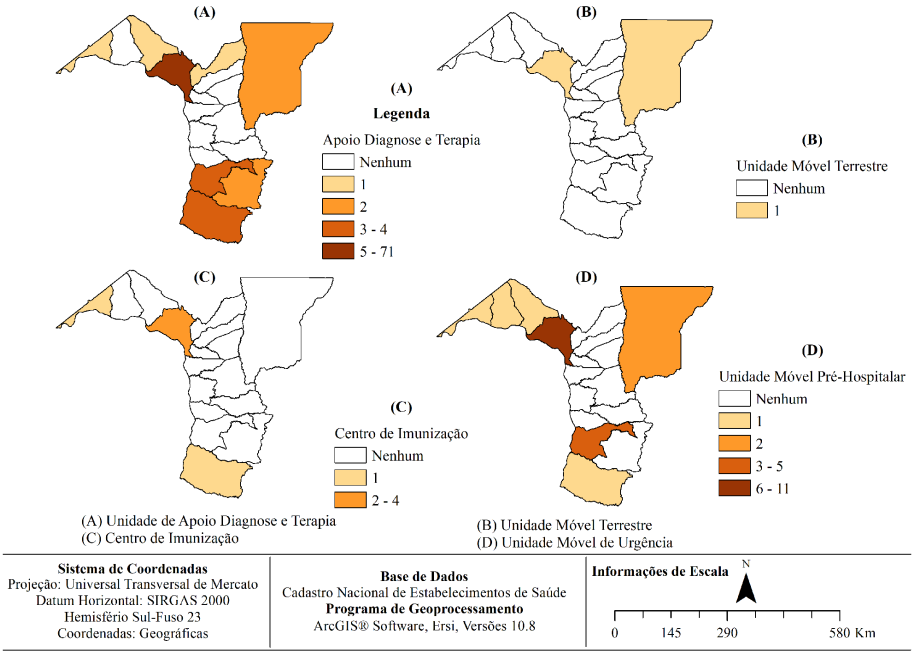
A ausência de hospitais especializados com UTI também revela um tipo de vazio institucional qualificado, que não se resume à falta física de equipamentos, mas à própria não priorização da especialização funcional do sistema de saúde para além do atendimento generalista e ambulatorial (Brasil, 2024a, 2015a).

Como discutem Santos (1996) e Silveira (2001), o uso corporativo do território se materializa na concentração dos recursos técnicos e normativos nos territórios que reforçam a lógica da produtividade, da fluidez institucional e da seletividade econômica. A RGII, nesse sentido, é desenhada como um território funcionalmente segmentado, em que a especialização, quando existe, é frágil, parcial e pouco conectada às reais necessidades de diversificação da atenção hospitalar (Brasil, 2024a).

Essa lógica de segmentação também é observada nos serviços complementares e de apoio à atenção em saúde, conforme ilustrado na Figura 31. Ainda que com menor visibilidade institucional, unidades como centros de imunização, serviços de diagnóstico e

terapia, unidades móveis terrestres e de urgência desempenham papéis essenciais na manutenção da atenção contínua e na resposta em situações críticas. Com base nos dados do CNES (Brasil, 2024b), de 2007 a 2023 o que se vê é o padrão já identificado de concentração, seletividade e fragilidade.

Figura 31 – Distribuição de Serviços Complementares e de Apoio à Atenção em Saúde na RGII – 2023



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pelos autores (2025).

No caso dos centros de diagnóstico e terapia, a disparidade é ainda mais acentuada, enquanto Imperatriz mantinha 71 unidades ativas em 2023, Estreito e Porto Franco, embora contem com alguma estrutura, não ultrapassaram quatro unidades cada. Nos demais municípios, a presença foi pontual ou inexistente. Tal concentração compromete a descentralização dos exames especializados, obrigando o deslocamento para o polo regional

mesmo em casos de média complexidade (Brasil, 2024b).

Já os centros de imunização, fundamentais para a gestão coletiva da saúde, sobretudo em momentos de epidemias e crises sanitárias, mantêm o padrão. Em 2023, apenas três municípios da RGII possuíam esse tipo de estabelecimento, todos com cobertura restrita. Imperatriz reunia quatro centros, enquanto Cidelândia e São Pedro da Água Branca contavam com apenas um cada (Brasil, 2024b).

Dessa forma, os dados do CNES (Brasil, 2024b) indicam que as unidades móveis terrestres e de urgência, que deveriam funcionar como suporte regional para casos agudos, atendimento remoto e articulação da atenção pré-hospitalar, também refletem a lógica de centralidade. Em 2023, Imperatriz registrava a única unidade móvel terrestre regularizada e mantinha 11 unidades móveis de urgência pré-hospitalar. Porto Franco aparece como a única exceção relevante entre os demais municípios, com cinco unidades desse tipo; nas demais localidades, quando há alguma estrutura, ela se limita a uma única unidade, ou sequer existe.

Mesmo quando analisados isoladamente dos hospitais gerais ou dos serviços de média e alta complexidade, esses dados revelam que a organização territorial da saúde na RGII está ancorada em critérios de densidade técnica e viabilidade institucional. A segmentação funcional do território define-se pela permanência de um núcleo regional fortalecido, Imperatriz, que concentra recursos e densidade técnica, além de estruturas complementares, enquanto os demais municípios operam com baixa autonomia e extrema dependência do centro regional (Brasil, 2024b).

Tal estrutura é resultado de usos sucessivos do território que, ao longo do tempo, consolidaram centralidades e aprofundaram desigualdades (Santos; Silveira, 2001). Como argumenta Santos (1996), o uso do território – formas pela qual o mundo se impõe aos lugares – tem no uso corporativo uma decorrência da seletividade que orienta as decisões públicas e privadas,

priorizando os espaços capazes de responder às exigências dos fluxos econômicos e institucionais dominantes. Assim, a saúde, nesse contexto, constitui mais um vetor de seletividade, operando segundo lógicas que favorecem a concentração dos recursos nos polos economicamente mais densos e integrados, como ocorre na RGII.

Essa seletividade compromete a efetivação do SUS como projeto nacional, pois sua normatização esbarra na lógica desigual com que o meio técnico-científico se incorpora ao território (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005). A organização seletiva e corporativa do território na RGII, consolidada pela concentração de recursos técnicos, institucionais e financeiros, antecede a pandemia de Covid-19 e condiciona, de forma decisiva, a maneira como a crise sanitária se territorializou (Oliveira; Silva, 2022). A pandemia não instaurou o colapso, mas escancarou uma lógica de uso do território já em funcionamento, marcada por assimetrias funcionais, centralização das capacidades resolutivas e desigualdade na mobilização da técnica (Brasil, 2024b).

A distribuição dos estabelecimentos de saúde (UBSs, policlínicas, centros de especialidade, hospitais gerais, hospitais especializados, unidades móveis terrestres, unidades móveis de urgência, centros de diagnose e centros de imunização), resulta de dinâmicas territoriais desiguais, de modo que a reação da região à pandemia não se deu de forma neutra ou espontânea (Oliveira; Silva, 2022, 2023).

Ela foi moldada por uma estrutura territorial pré-existente, marcada por desigualdades acumuladas, em que a fluidez se concentra nos polos de comando e a viscosidade se impõe às margens. Nessas bordas, apenas os centros mais integrados, como Imperatriz, conseguem responder com agilidade e estrutura, enquanto os demais municípios ficam submetidos à lentidão, à dependência e à precariedade, especialmente em contextos de crise (Oliveira; Silva, 2022, 2023; Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001; Silveira, 2011).

CAP. 7

A PANDEMIA DE COVID-19 E A INTENSIFICAÇÃO DOS USOS DESIGUAIS DO TERRITÓRIO NA RGII



A PANDEMIA DE COVID-19 E A INTENSIFICAÇÃO DOS USOS DESIGUAIS DO TERRITÓRIO NA RGII

Ainda que o Sistema Único de Saúde (SUS) represente um marco institucional na tentativa de universalizar o acesso à saúde no Brasil, sua operacionalização tem sido reiteradamente limitada por contradições estruturais inscritas no território. A centralização de recursos, o subfinanciamento crônico e a persistência de disparidades regionais configuram obstáculos materiais à consolidação de um sistema verdadeiramente equânime, sobretudo em contextos de crise sanitária, como a pandemia de Covid-19 (Rocha *et al.*, 2021; Trivilato *et al.*, 2021).

Tais deficiências são agravadas por profundas disparidades regionais na distribuição dos serviços de saúde, resultando em maior vulnerabilidade para populações residentes em áreas periféricas e para grupos socialmente desfavorecidos, que enfrentam obstáculos adicionais ao acesso a cuidados adequados e oportunos (Trivilato *et al.*, 2021; Rocha *et al.*, 2021).

De acordo com Rocha *et al.* (2021), a trajetória da pandemia de Covid-19 no Brasil foi profundamente marcada pelas desigualdades socioeconômicas estruturais. Trivilato *et al.* (2021) argumenta que, mais do que fatores demográficos ou prevalência de comorbidades, foram os distintos níveis de vulnerabilidade social e territorial que determinaram, de forma decisiva, a dinâmica de difusão do vírus e a letalidade da doença (Trivilato *et al.*, 2021; Rocha *et al.*, 2021; Diniz *et al.*, 2021).

No caso do Maranhão, essa lógica adquire contornos ainda mais contundentes, onde a precariedade histórica na distribuição dos serviços de saúde, aliada à concentração espacial dos equipamentos médico-hospitalares, ampliou os efeitos da crise sanitária (Costa *et al.*, 2023; Alencar *et al.*, 2023). Na Região Geográfica Imediata de Imperatriz, essa realidade se manifesta de modo particularmente acentuado, com fluxos intermunicipais

em busca de atendimento concentrado em poucos centros polarizadores, resultando tanto em ampliação das áreas de contágio quanto em distorções estatísticas sobre a origem territorial dos casos (Oliveira *et al.*, 2025; Costa *et al.*, 2023).

Conforme aponta Oliveira *et al.* (2025), a correlação entre óbitos por Covid-19 e os altos índices de vulnerabilidade socioeconômica torna-se evidente nesse recorte regional, revelando a reprodução de um padrão seletivo de acesso e cuidado no território. A consolidação dos dados acumulados de casos confirmados e óbitos no biênio pandêmico (março de 2020 a março de 2022) permite revelar, de forma empírica, como a centralidade regional de Imperatriz, combinada à escassa capilaridade da rede de saúde nos municípios periféricos, impulsionou deslocamentos sistemáticos de populações socialmente fragilizadas, expandindo territorialmente os circuitos de exposição ao contágio (Brasil, 2024f).

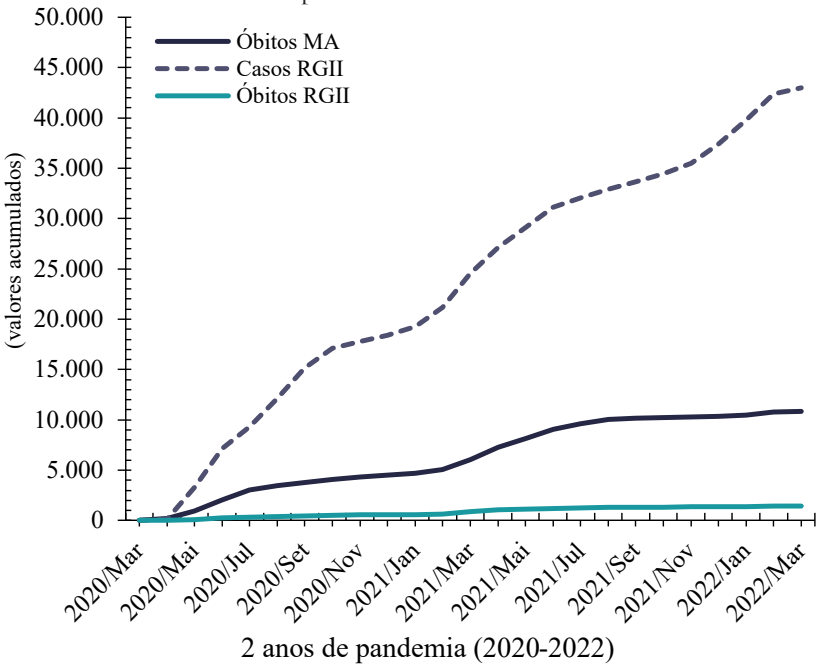
Essa lógica de circulação seletiva, associada à concentração espacial dos serviços de saúde, expôs com maior intensidade essas populações aos riscos da pandemia. Como observa Guimarães *et al.*, (2020, p. 134), "o mapeamento e análise da Covid-19 no território permite constatar que sua evolução se dá estreitamente associada a essas estruturas territoriais, que são formas fixas associadas aos fluxos por elas conformadas".

Ao considerar que os meios de transporte funcionam como rotas preferenciais de transmissão, o autor destaca o papel da geografia não apenas na análise retrospectiva dos contágios, mas também na elaboração de diagnósticos e prognósticos que orientem a ação pública Guimarães *et al.* (2020). Essa chave de leitura territorial é fundamental para compreender como a centralidade regional de Imperatriz, aliada à rarefação da rede nos municípios periféricos, conformou circuitos expandidos de exposição ao contágio (Oliveira *et al.*, 2025).

Essa dinâmica pode ser observada empiricamente na

evolução dos casos e óbitos na RGII, conforme representado no Gráfico 20. O gráfico não se restringe à progressão temporal da pandemia, diante do contexto já analisado, também aponta a seletividade dos fluxos e a reprodução de hierarquias que, longe de atenuar os efeitos da crise sanitária, contribuíram para sua intensificação em áreas estruturalmente fragilizadas. Constitui uma manifestação concreta do uso seletivo do território, em que a lógica da concentração de recursos impôs limites materiais à eficácia do enfrentamento local da pandemia (Brasil, 2024f).

Gráfico 20 – Casos de Covid-19 e óbitos confirmados na RGII em dois anos de pandemia (2020–2022)



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2024f). Organizado pelos autores (2025).

Os dados referentes aos casos confirmados e óbitos na RGII, entre março de 2020 e março de 2022, denotam uma dinâmica de

difusão viral profundamente condicionada pelas desigualdades territoriais no acesso aos serviços médico-hospitalares e pela fluidez seletiva dos fluxos assistenciais. Conforme apontam Oliveira *et al.* (2025), a rede urbana da RGII, estruturada a partir da concentração de equipamentos e especialidades médicas no núcleo regional de Imperatriz, configurou obstáculos materiais ao enfrentamento da pandemia, ao induzir deslocamentos intermunicipais sistemáticos em busca de atendimento. Essa lógica de centralidade hospitalar resultou não apenas na ampliação das áreas de contágio, mas também na distorção estatística da distribuição dos casos, com sobrecarga numérica concentrada no município polarizador (Oliveira *et al.*, 2025).

No primeiro semestre de 2020, observou-se uma aceleração significativa nos registros da pandemia na RGII. Em maio, o território já contabilizava 3.295 casos confirmados e 109 óbitos, saltando para 7.145 casos e 258 óbitos em junho (Gráfico 20). Esse ritmo de crescimento não se deu de forma aleatória, refletindo um padrão hierárquico de propagação viral, conforme descrito por Oliveira *et al.* (2025) no qual as interações espaciais estruturadas pelas redes urbanas, sobretudo aquelas que articulam centros regionais e municípios periféricos, condicionam o tempo e a escala da difusão. Assim, os dados empíricos corroboram a leitura de Jardim, Pereira e Rodrigues (2022), segundo a qual o contágio seguiu trajetórias seletivas, orientadas por desigualdades preexistentes no acesso aos equipamentos de saúde.

A fluidez seletiva observada no território maranhense (marcada pela rarefação da rede de serviços e pela concentração de equipamentos em polos regionais) intensificou os fluxos de deslocamento e acelerou a interiorização da Covid-19, sobretudo a partir de centros de maior centralidade, como Imperatriz (Oliveira; Silva, 2023; Jardim; Pereira; Rodrigues, 2022).

Em 2021, contudo, nota-se um recuo relativo no ritmo de crescimento dos indicadores, com o número acumulado de casos na

RGII evolui de 24.544 em março para 37.377 em dezembro, enquanto os óbitos passam de 896 para 1.381 no mesmo intervalo (Brasil, 2024f). Esse comportamento indica uma mudança na dinâmica de propagação, possivelmente relacionada ao esgotamento das trajetórias mais intensas de contágio, à ampliação da imunidade populacional e ao início das campanhas de vacinação, fatores que, ainda assim, não eliminaram as desigualdades territoriais no acesso ao cuidado (Brasil, 2024f).

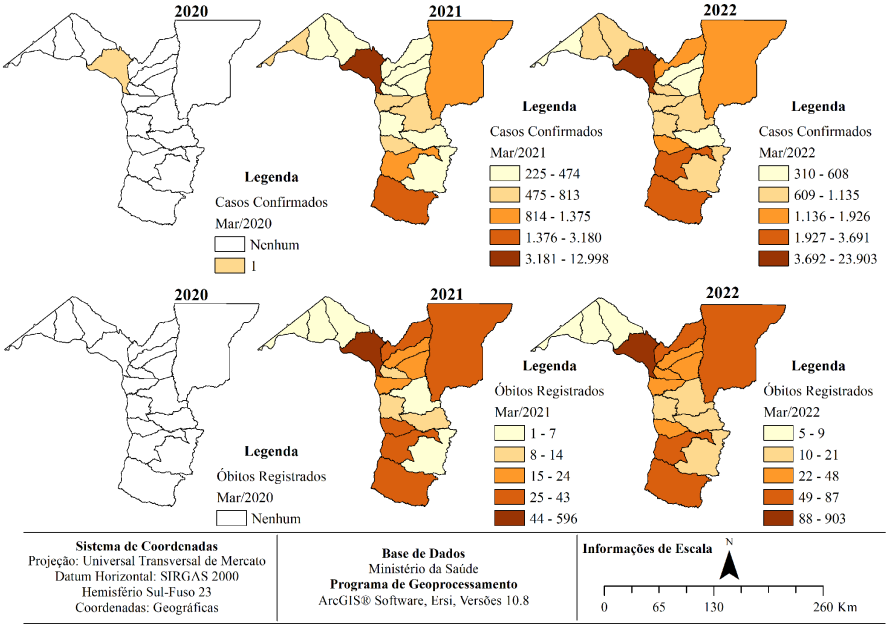
Tal desaceleração coincide com o avanço da vacinação e com uma maior articulação das ações de saúde pública, sem, contudo, neutralizar os efeitos estruturais das desigualdades na oferta de serviços, nem a persistente dependência dos fluxos centralizados em Imperatriz (Oliveira *et al.*, 2025; Oliveira; Silva, 2023). Em 2022, os dados indicam uma estabilização relativa, com a RGII somando, em março, 42.993 casos confirmados e 1.444 óbitos acumulados (Gráfico 20) (Brasil, 2024f). Esse padrão, em parte, reflete os efeitos das medidas de contenção e da ampliação da cobertura vacinal, ao mesmo tempo que expõe os limites estruturais da rede de saúde em um território marcado pela seletividade territorial, onde coexistem zonas de fluidez e de viscosidade no acesso aos serviços (Oliveira; Silva, 2023; Costa *et al.*, 2023).

Os dados analisados corroboram o entendimento de que a difusão da Covid-19 na RGII se deu sob forte influência das desigualdades estruturais e da lógica do uso corporativo do território, o que intensificou os fluxos seletivos em busca de atendimento e tornou mais complexa a contenção da pandemia (Jardim; Pereira; Rodrigues, 2022; Oliveira; Silva, 2022).

Imperatriz, enquanto capital regional C (IBGE, 2018) e principal polo da RGII, concentrou os maiores números em toda a série analisada, registrando 12.998 casos e 596 óbitos em 2021, e 23.903 casos e 903 óbitos em 2022 (Figura 32) (Brasil, 2024f). Essa concentração reflete a seletividade territorial do sistema de saúde e os fluxos intensos de pacientes vindos dos municípios vizinhos

em busca de diagnóstico e tratamento (Figura 32) (Oliveira *et al.*, 2025).

Figura 32 – Casos confirmados e óbitos registrados na RGII (2020-2022)



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2024f) e IBGE (2017). Organizado pelos autores (2025).

Como observam Oliveira e Silva (2023, p. 219), "a Covid-19 evidenciou as fragilidades do território maranhense, no qual poucos centros concentram os recursos e equipamentos necessários ao enfrentamento de emergências sanitárias, obrigando a população de áreas periféricas ao deslocamento em busca de assistência". Essa dinâmica se materializa nos dados relativos a Estreito, Porto Franco e Amarante do Maranhão, cujos indicadores foram diretamente modulados por seu grau de conectividade e pela proximidade com o centro regional de Imperatriz (Brasil, 2024f; Jardim; Pereira; Rodrigues, 2022). Em 2022, Estreito registrou 3.691

casos e 87 óbitos; Porto Franco, 2.687 casos e 65 óbitos; Amarante do Maranhão, 1.926 casos e 62 óbitos (Figura 32), revelando como os circuitos seletivos de deslocamento ampliaram os efeitos da crise sanitária também nos centros intermediários da RGII (Brasil, 2024f).

Essas localidades, inseridas em rotas estratégicas da malha viária regional, assumiram a função de centros intermediários de redistribuição dos fluxos, funcionando como vetores da propagação viral segundo o padrão hierárquico de difusão descrito por Jardim, Pereira e Rodrigues (2022). Conforme os autores, "a interiorização e aceleração da transmissão ocorreram através das conexões e fluxos de pessoas e mercadorias [...], devido ao grau de influência ou subordinação dos centros urbanos" (Jardim; Pereira; Rodrigues, 2022, p. 14).

Em contraste, municípios periféricos da RGII, como São Pedro da Água Branca, Vila Nova dos Martírios e Ribamar Fiquene, apresentaram números absolutos mais baixos em 2022, respectivamente, 608 casos e 5 óbitos; 910 casos e 9 óbitos; 745 casos e 21 óbitos (Brasil, 2024f). No entanto, esses números não devem ser interpretados como expressão de menor impacto sanitário, mas como resultado da rarefação da rede assistencial e da subnotificação associada à dependência dos fluxos centrados em Imperatriz.

Nesses territórios, os efeitos da pandemia foram agravados pela ausência de infraestrutura especializada e pela necessidade de deslocamento para centros hierarquicamente superiores, ampliando os circuitos de exposição e reforçando as assimetrias na capacidade de resposta (Jardim; Pereira; Rodrigues, 2022; Oliveira; Silva, 2022).

O padrão de contrastes e densidades observados na Figura 32 torna perceptível, de modo inequívoco, a função estruturante das rotas territoriais como vetores de difusão da Covid-19, ao mesmo tempo expondo como os usos desiguais do território, enquanto

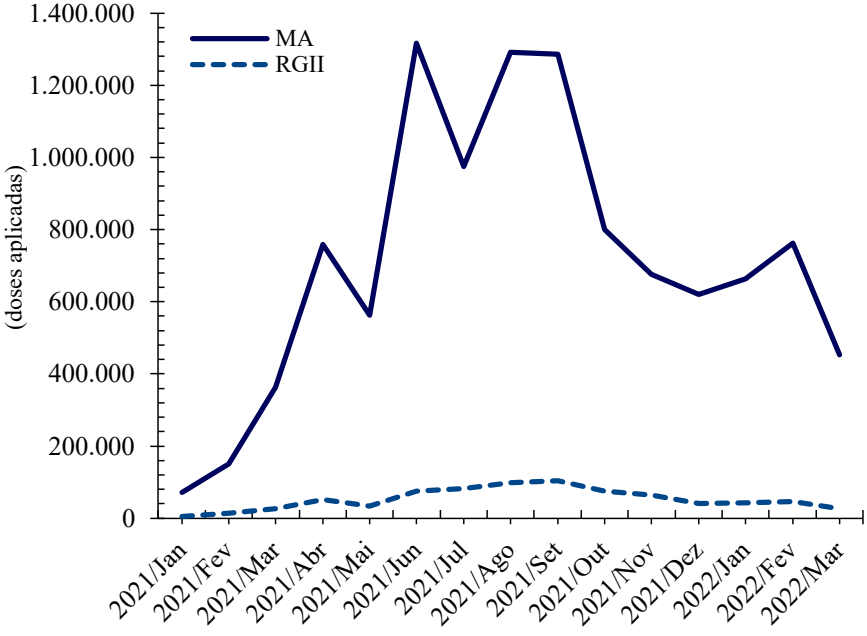
expressão material das seletividades impostas pelo meio técnico-científico-informacional, condicionaram, de forma diferenciada, os impactos da pandemia sobre o território e sobre a sociedade que o conforma (Jardim; Pereira; Rodrigues, 2022; Santos, 1996). A pandemia "não apenas expôs, mas intensificou as desigualdades territoriais preexistentes, ao reforçar os fluxos seletivos em busca de atendimento e ao ampliar as vulnerabilidades das populações nas áreas de rarefação dos serviços" (Oliveira *et al.*, 2025, p. 140).

A campanha de vacinação contra Covid-19 no Maranhão foi iniciada em janeiro de 2021, apresentando avanços graduais até atingir seus picos entre junho e setembro do mesmo ano, quando o volume mensal de doses aplicadas superou 1,3 milhão em junho (1.317.148); 1,2 milhão em agosto (1.291.728); e quase 1,3 milhão novamente em setembro (1.286.688), conforme dados apresentados no Gráfico 21.

Na RGII, esse crescimento seguiu a mesma tendência, ainda que em menor escala, partindo de 4.992 doses aplicadas em janeiro de 2021, o total saltou para 97.603 em agosto e atingiu o pico de 103.365 em setembro, revelando que o esforço de imunização se concentrou nos trimestres mais críticos da pandemia. Ainda assim, o volume acumulado da RGII representou apenas cerca de 5,4% do total estadual em setembro, o que demonstra uma defasagem relativa na capilaridade vacinal da região (Brasil, 2025b).

Os dados de densidade vacinal apresentados demonstram a distribuição espacial do total de doses aplicadas nos municípios da RGII até o ano de 2022. Esses totais incluem todas as fases da campanha nacional de imunização contra a Covid-19, primeiras e segundas doses, reforços subsequentes (1º, 2º e 3º) e doses únicas, expressando o esforço acumulado dos sistemas locais de saúde. A escolha de utilizar o valor agregado de doses permite observar com mais nitidez os padrões territoriais de cobertura e o grau de mobilização institucional.

Gráfico 21 – Vacinas contra Covid-19 aplicadas no Maranhão e na RGII (2021–2022)



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2025b). Elaborado pelos autores (2025).

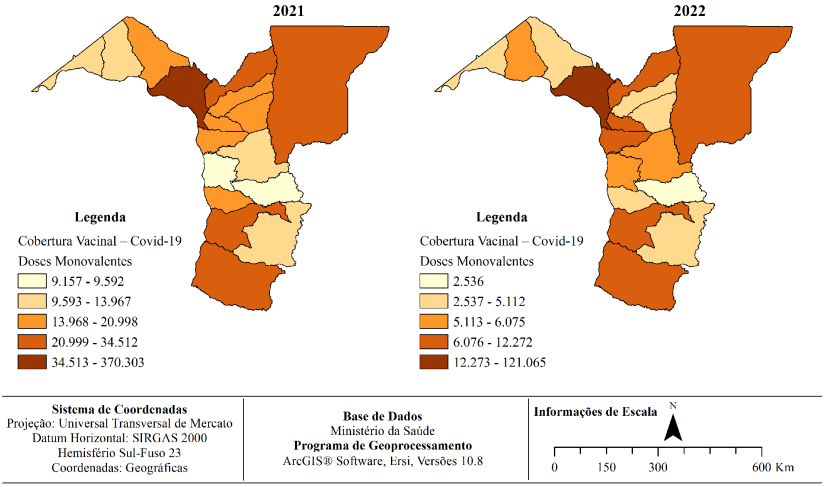
A comparação entre os períodos sugere que, apesar da assimetria na capacidade técnica e logística entre o estado do Maranhão, em sua totalidade, e a RGII, o esforço de imunização foi capaz de atenuar as formas mais graves da doença, reduzindo a pressão sobre os serviços hospitalares centralizados em Imperatriz (Costa *et al.*, 2023; Brasil, 2025b).

A evolução das doses monovalentes aplicadas, materializa o descompasso em duas escalas, enquanto o Maranhão experimentava um salto acentuado na cobertura, a RGII acompanhava de forma desigual, com menor intensidade e capilaridade (Gráfico 21). Mesmo diante dessa defasagem, a ampliação da imunização na região desempenhou um papel central na redução dos deslocamentos sanitários compulsórios em direção à sede regional, corroborando

a eficácia da distribuição territorial da vacina, mesmo quando condicionada por uma lógica de cobertura seletiva (Brasil, 2025b).

As doses aplicadas por município na RGII reforçam a hipótese de que os insumos de imunização seguiram também uma seletividade territorial, refletindo as desigualdades estruturais já manifestas anteriormente. O município de Imperatriz concentrou, isoladamente, mais de 370 mil doses aplicadas em 2021, número que supera em muito os valores somados de qualquer conjunto de municípios vizinhos (Figura 33) (Brasil, 2025b).

Figura 33 - Distribuição das doses aplicadas de vacina contra a Covid-19 na RGII (2021 e 2022)



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2025b). Elaborado pelos autores (2025).

Essa concentração pode ser interpretada tanto como reflexo da capacidade logística superior de Imperatriz quanto de sua posição institucional como polo da Macrorregião de Saúde Sul do Maranhão. Os demais municípios apresentaram volumes muito inferiores, geralmente abaixo de 35 mil doses, mesmo em contextos de forte pressão sanitária, como nos casos de Estreito

(34.512), Amarante do Maranhão (33.387) e Porto Franco (32.683), que figuram entre os que mais internaram pacientes em Imperatriz (Brasil, 2025b).

Em 2022, observa-se uma redução generalizada nos volumes vacinais em toda a RGII, acompanhando o recuo da pandemia, mas sem que se revertessem as desigualdades na distribuição. Imperatriz novamente liderou com 121.065 doses aplicadas, enquanto Lajeado Novo (2.536), Ribamar Fiquene (3.702) e Buritirana (4.055) figuraram entre os que menos aplicaram doses do imunizante (Brasil, 2025b).

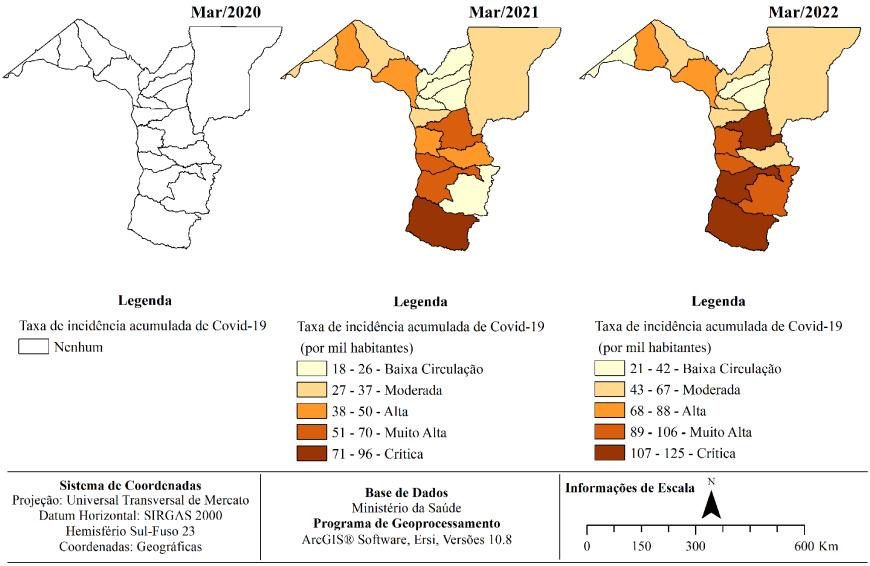
A distribuição da vacinação aponta para uma hierarquia que dialoga com a já identificada centralidade hospitalar e as rotas de disseminação do vírus, os municípios com menor capacidade institucional tendem a apresentar índices vacinais mais baixos, o que reforça sua posição periférica e dependente em relação ao centro regional (Jardim; Pereira; Rodrigues, 2022). Assim, a territorialização da imunização segue a lógica de um uso seletivo do território, priorizando a aplicação onde há maior densidade técnica, respaldo institucional e articulação política, acentuando as assimetrias entre a demanda por proteção sanitária e a capacidade efetiva de resposta (Brasil 2025b).

Diante disso, a análise não se limita à leitura bruta dos números absolutos, mas avança na consideração de indicadores ajustados, como incidência, mortalidade e letalidade, que levam em conta a dimensão populacional de cada município. Esses índices permitem revelar, com maior precisão, as fragilidades estruturais que atravessam o território da RGII, tornando visíveis as desigualdades internas que condicionaram os efeitos diferenciados da pandemia sobre os distintos arranjos locais (Brasil, 2024f).

Tais desigualdades ganham forma empírica quando observadas por meio dos dados de incidência acumulada por mil habitantes nos anos de 2020, 2021 e 2022, os quais expressam a materialização territorial da dinâmica pandêmica (Figura 34).

A leitura desses registros revela três movimentos territoriais interligados, (1) a concentração inicial em Imperatriz, (2) a propagação pelas rotas de maior conectividade regional e (3) a interiorização, com elevação acentuada da difusão viral em municípios de menor centralidade (Brasil, 2024f).

Figura 34 – Evolução da incidência acumulada de Covid-19 na RGII (março/2020 – março/2022)



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2024f) e IBGE (2017). Elaborado pelos autores (2025).

Em março de 2020, apenas Imperatriz registrava casos confirmados de Covid-19, com incidência residual (0,003 por mil habitantes). Já em março de 2021, todos os municípios da RGII apresentavam incidência da doença, evidenciando o avanço da pandemia pelas conexões seletivas da rede urbana, ativadas pelos fluxos e densidades desiguais do território usado. A incidência variou de 18 casos por mil habitantes, em Senador La Rocque, a 96 por mil em Estreito, com destaque também para Porto Franco

(58), Montes Altos (70) e Ribamar Fiquene (43) (Brasil, 2024f).

Esse padrão está diretamente articulado às rotas de conectividade regional identificadas por Jardim *et al.* (2022), segundo as quais os municípios mais integrados à BR- 010 e à BR-226 desempenharam um papel estratégico na propagação da Covid-19, funcionando como intermediários na difusão hierárquica da doença em direção às periferias do estado e, especificamente, da RGII (Brasil, 2024f). Tais municípios, devido à sua posição na malha viária e na rede urbana, tornaram-se pontos de inflexão nos fluxos seletivos de circulação de pessoas, mercadorias e, consequentemente, de contágio viral (Costa *et al.*, 2023; Jardim; Pereira; Rodrigues, 2022).

Para além da difusão hierárquica, os dados indicam os efeitos da centralização dos serviços médico-hospitalares em Imperatriz, que, em 2021, registrou 48 casos por mil habitantes (Brasil, 2024f). A condição do município como centro receptor de fluxos seletivos, envolvendo insumos, equipamentos, profissionais de saúde e pacientes, não apenas contribuiu para o acúmulo de registros em seu território, como também redistribuiu o risco de forma assimétrica, em função das relações de dependência funcional estabelecidas com os outros municípios da RGII (Oliveira *et al.*, 2025).

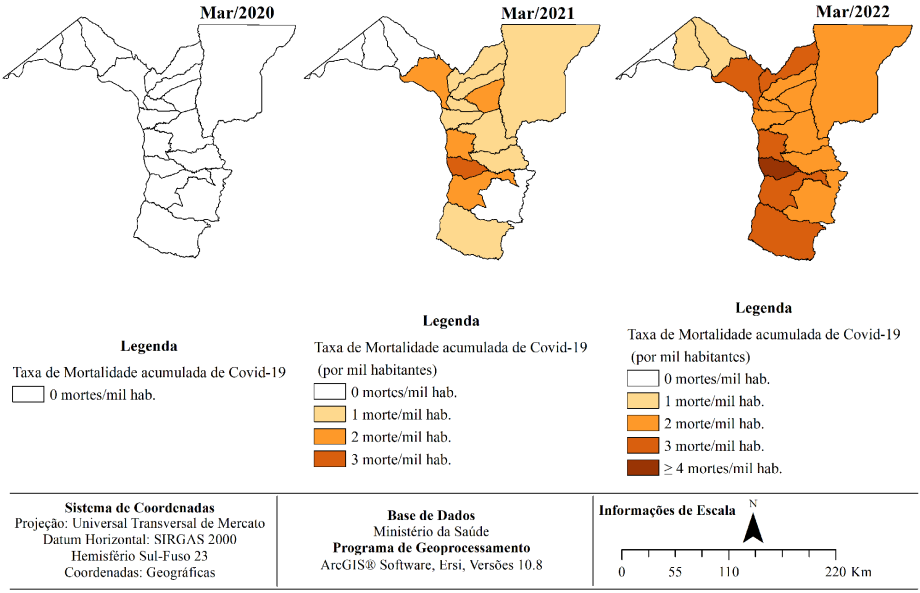
Em março de 2022, a incidência acumulada disparou em quase todos os municípios, com uma elevação expressiva nos que anteriormente apresentavam índices mais moderados. Montes Altos (125 casos por mil habitantes), Porto Franco (112), São João do Paraíso (106) e Campestre do Maranhão (104) destacam-se, superando Imperatriz (88) (Brasil, 2024f). Tal deslocamento do pico de incidência reforça o padrão de interiorização observado na pandemia e indica o papel da seletividade territorial, no qual o vírus circula inicialmente pelas zonas de maior densidade técnica e, em seguida, alcança os territórios viscosos e com infraestrutura mais precária (Brasil, 2024f; Oliveira; Silva, 2023).

Ao longo da pandemia, observou-se um duplo movimento territorial, inicialmente, a concentração dos casos e dos serviços nos grandes centros urbanos, como Imperatriz; em seguida, uma descentralização, na qual municípios de menor porte e posição periférica passaram a enfrentar surtos epidemiológicos intensos, frequentemente sem a infraestrutura mínima para o atendimento adequado (Brasil, 2024f). Essa configuração incorpora, de forma concreta, o que Santos (2004) conceitua como uso seletivo do território, uma lógica em que os fluxos, recursos e oportunidades são direcionados de maneira desigual, favorecendo determinados lugares enquanto aprofundam a vulnerabilidade de outros. Esse padrão já se manifestava anteriormente na distribuição das infraestruturas e serviços de saúde no Maranhão e, com especial nitidez, na RGII.

A análise dos registros proporcionais de óbitos por município, ajustados à população residente (Figura 35), permite apreender a intensidade com que os efeitos letais da Covid-19 se manifestaram no território regional. Considerando as diferentes escalas demográficas locais, observa-se que os dados de mortalidade acumulada não apenas exprimem a severidade da crise sanitária, mas também revelam a lógica seletiva que estrutura o uso do território, na medida em que o acesso aos serviços de saúde se apresenta distribuído de forma desigual entre os municípios da RGII (Brasil, 2024f).

A interpretação do indicador em suas dimensões espacial e temporal manifesta os processos de interiorização da mortalidade, a concentração inicial dos óbitos em áreas centrais e sua posterior expansão para municípios menores. Esse movimento marca, simultaneamente, a seletividade do acesso aos serviços de saúde, a fragilidade estrutural das periferias regionais e a rota do vírus no território. A geografia dos óbitos, assim, não apenas permite entender os caminhos da pandemia, mas espelha as dissonâncias históricas na organização do território e na seletividade do acesso aos bens públicos essenciais (Brasil, 2024f).

Figura 35 – Evolução da mortalidade acumulada por Covid-19 na RGII (março/2020 – março/2022)



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2024f) e IBGE (2017). Elaborado pelos autores (2025).

Em março de 2020, todos os municípios da RGII apresentavam valores nulos de mortalidade por Covid-19. No entanto, esse dado requer interpretação cautelosa, pois a ausência de óbitos registrados não implica, necessariamente, a inexistência de circulação viral. Trata-se, antes, de um efeito do recorte metodológico adotado, que considera dados acumulados ano a ano, sempre no intervalo de março a março entre 2020 e 2022 (Brasil, 2024f).

Durante o primeiro ano pandêmico completo, compreendido entre março de 2020 e março de 2021, já se verifica o aumento da mortalidade acumulada na maior parte dos municípios. Os maiores valores, considerando-se o número

de óbitos por mil habitantes, foram registrados em Campestre do Maranhão (3), Imperatriz (2), Ribamar Fiquene (2) e Porto Franco (2). Essa distribuição espacial aponta uma lógica hierárquica, os municípios mais integrados às rotas regionais e com maior fluxo populacional registraram, precocemente, as consequências mais graves da pandemia, associadas à dependência funcional em relação aos serviços concentrados em Imperatriz (Brasil, 2024f; Jardim; Pereira; Rodrigues, 2022; Oliveira *et al.*, 2025).

Destaca-se que Imperatriz, como centro de comando regional, registrou, sozinha, 596 óbitos até março de 2021, refletindo tanto sua posição central na rede hospitalar quanto sua função como polo receptor dos fluxos de pacientes oriundos dos demais municípios da RGII (Oliveira *et al.*, 2025).

Ainda analisando a Figura 35, tem-se que em março de 2022, todos os municípios da RGII, com exceção de São Pedro da Água Branca, apresentaram índices acumulados de mortalidade. Alguns superaram os níveis do polo regional, como Campestre do Maranhão, que registrou quatro óbitos por mil habitantes, Ribamar Fiquene e Porto Franco, que registraram, cada um, três óbitos por mil habitantes (Brasil, 2024f). Observa-se o avanço dos óbitos na RGII, que passam a atingir municípios que, até então, apresentavam padrões médios ou baixos de mortalidade. Esse fenômeno materializa, de forma clara, o processo de interiorização dos efeitos letais da pandemia no território.

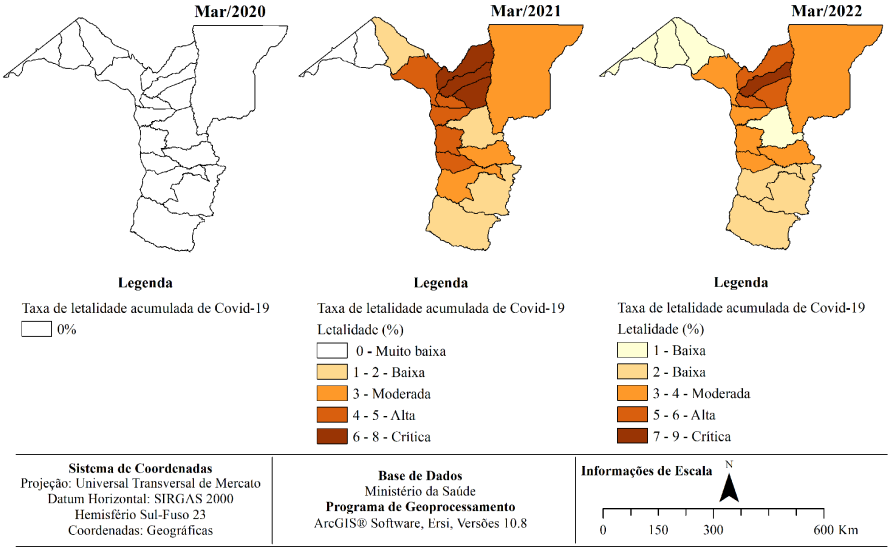
Reforçando a compreensão de que os territórios mais vulneráveis, marcados pela baixa fluidez dos serviços e maior dependência dos centros urbanos, acabaram absorvendo parte do impacto da sobrecarga hospitalar e da lentidão no acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Oliveira *et al.* (2025, p. 141) pontuam que a geografia da mortalidade por Covid-19 permite perceber "as desigualdades estruturais do território e os efeitos seletivos da centralização dos serviços de saúde".

Dessa forma, a mortalidade não se apresenta apenas como

um dado epidemiológico, mas como manifestação concreta das formas seletivas de uso do território, que produziram distintas geografias da vulnerabilidade e do risco, especialmente nas áreas de menor densidade técnica e maior dependência funcional dos centros regionais (Brasil, 2024f).

Além disso, existe também a taxa de letalidade (Figura 36), entendida como a proporção entre os óbitos e os casos confirmados de Covid-19, constituindo um indicador crítico da capacidade institucional de resposta aos quadros clínicos mais graves. Valores elevados dessa razão não apenas sinalizam a gravidade da doença, mas, principalmente, as limitações estruturais e operacionais dos serviços de atenção à saúde em conter a evolução dos casos para o óbito (Brasil, 2024f).

Figura 36 – Evolução da letalidade acumulada de Covid-19 na RGII (março/2020 – março/2022)



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2024f) e IBGE (2017). Elaborado pelos autores (2025).

Na RGII, a distribuição da letalidade indica um padrão espacial seletivo, no qual os centros dotados de maior densidade técnica assumem a função de polos de acolhimento dos fluxos regionais de pacientes, enquanto os municípios periféricos enfrentam os desdobramentos da crise com recursos escassos e infraestrutura precarizada. O resultado é a ampliação das proporções letais em localidades periféricas, mesmo quando os volumes absolutos de casos são reduzidos, revelando a dissociação entre volume e gravidade diante da desigualdade no uso do território (Brasil, 2024f).

No primeiro ano completo da pandemia, os dados de letalidade revelam proporções alarmantes em municípios com baixa densidade técnica e reduzida capacidade instalada em saúde, como Buritirana (7,5%), João Lisboa (7,5%) e Senador La Rocque (6,7%). Esses índices indicam que, nessas áreas do território, uma parcela expressiva dos infectados evoluiu para óbito, o que não apenas reflete a intensificação dos efeitos locais da crise sanitária, mas também a ausência de suporte hospitalar efetivo e a dependência estrutural dos fluxos assistenciais direcionados a Imperatriz. Assim, a letalidade elevada materializa as consequências do uso desigual do território e da seletividade no acesso aos bens e serviços (Brasil, 2024f).

Mesmo Imperatriz, que concentra a maior parte da infraestrutura hospitalar da RGII, registrou uma letalidade de 4,6% em 2021, valor que explicita os limites operacionais do sistema de saúde regional diante da intensificação dos fluxos assistenciais e da magnitude da demanda (Brasil, 2024f). Nesse sentido, Oliveira *et al.* (2025) explicam que os centros médicos instalados em Imperatriz funcionaram, ao mesmo tempo, como polos de recepção e de amplificação do adoecimento, na medida em que assumiram o atendimento de uma população significativamente superior àquela que constitui sua base territorial direta, refletindo os efeitos da centralização dos recursos e da dependência estrutural

dos municípios periféricos.

No segundo ano de pandemia, observa-se uma tendência de redução das taxas de letalidade em boa parte dos municípios, provavelmente associada ao avanço da vacinação e à disseminação de variantes menos letais. No entanto, a desigualdade persiste. O município de Senador La Rocque apresentou a maior taxa de letalidade da RGII em 2022 (8,7%), seguido por Buritirana (6,2%) e Davinópolis (4,7%). Esse padrão indica que os municípios mais vulneráveis mantiveram um desempenho crítico na capacidade de resposta clínica, mesmo com a ampliação das políticas públicas, o que reforça o diagnóstico de que a seletividade territorial do sistema de saúde não foi superada no período pandêmico (Brasil, 2024f).

Como demonstrado ao longo desta pesquisa, a pandemia aprofundou desigualdades históricas no acesso e na oferta de serviços de saúde da RGII, expondo as limitações estruturais dos territórios de menor centralidade. Em contrapartida, alguns municípios apresentaram redução nos índices de letalidade, possivelmente associada a uma maior cobertura vacinal e à presença de redes de apoio localmente articuladas. É o caso de Cidelândia (de 0,6% para 1,0%), São Pedro da Água Branca (de 0,2% para 0,8%) e Vila Nova dos Martírios (de 0,5% para 1,0%), onde se observou maior capacidade de contenção dos desfechos letais da infecção.

Os índices de letalidade elevadas em municípios pequenos e intermediários revelam o custo humano da seletividade territorial e a incapacidade do sistema em garantir o cuidado adequado em escala regional, sobretudo em contextos de crise. A desigualdade na sobrevivência frente à infecção é, assim, uma expressão da desigualdade no uso do território da saúde, das infraestruturas instaladas e dos fluxos de atendimento que definem quem vive e quem morre (Oliveira *et al.*, 2025; Santos, 2004).

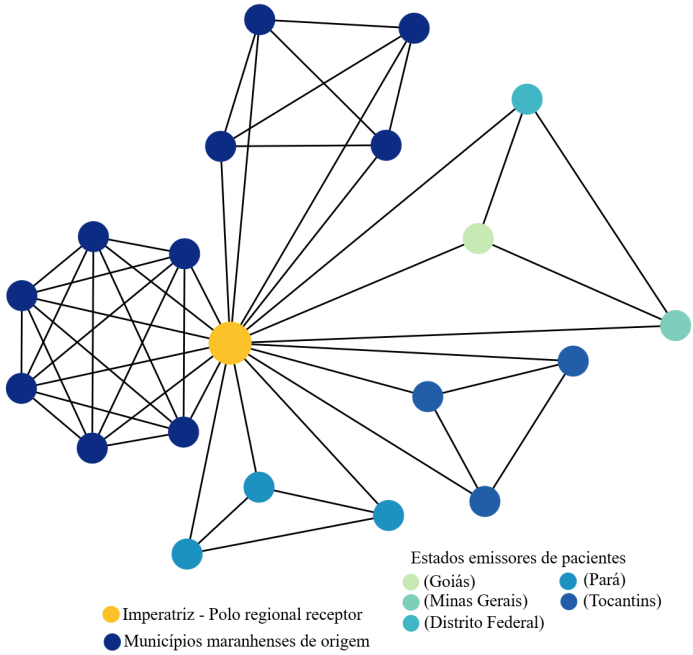
A propagação territorial da Covid-19 manifesta-se como expressão de uma lógica perversa da fluidez seletiva, pela qual os

deslocamentos da população, sobretudo oriundos dos lugares de menor densidade técnica e institucional, orientam-se em direção aos centros dotados de maior complexidade de equipamentos e serviços (Costa *et al.*, 2023; Santos, 1996). Tais movimentos, que revelam a busca por acesso a estruturas de saúde concentradas, paradoxalmente acabam por acelerar a difusão do contágio, pois transformam o território em vetor da pandemia (Jardim; Pereira; Rodrigues, 2022).

Os fluxos de internação por Covid-19 direcionados ao município de Imperatriz são representados de maneira relacional e sintética na Figura 37. Cada vértice corresponde a um município de origem dos pacientes, agrupados cromaticamente segundo sua respectiva unidade federativa. No centro da rede, Imperatriz emerge como nó articulador e polo de convergência, apontando sua centralidade como polo regional receptor no contexto da rede hospitalar pública (Brasil, 2025a).

A rede ao lado permite visualizar a complexidade territorial da atuação hospitalar e dos fluxos populacionais direcionados a Imperatriz, cuja abrangência, em determinados momentos, extrapola os limites da RGII e alcança municípios pertencentes a cinco estados distintos, Pará, Tocantins, Goiás, Minas Gerais e Distrito Federal (Brasil, 2025a). Essa dinâmica de fluxos e práticas sociais não apenas reforça a centralidade de Imperatriz, mas revela o modo contraditório como ela se afirma, uma centralidade funcional seletiva, erguida sobre as carências estruturais da região e reforçada pela concentração desigual dos meios técnicos, que converte necessidades coletivas em vetores de dependência territorial (Oliveira; Silva, 2022; Brasil, 2025a).

Figura 37 – Complexidade dos fluxos hospitalares dirigidos a Imperatriz durante a pandemia de Covid-19



Fonte: DataSUS/SIHSUS (Brasil, 2025a). Elaborado pelos autores (2025).

Sua posição como destino preferencial para internações hospitalares, sobretudo em contextos de colapso das redes locais, não decorre de um planejamento equitativo, mas de um uso do território que privilegia poucos lugares em detrimento da maioria, submetendo a fluidez das populações às exigências de um território funcionalmente hierarquizado (Costa *et al.*, 2023; Santos, 1996).

O padrão espacial evidenciado revela uma centralidade funcional profundamente desigual, que se estrutura tanto no interior do estado do Maranhão quanto nas bordas interestaduais, desenhando um território sanitariamente hierarquizado. Tal assimetria é institucionalmente respaldada pela Resolução CIB/MA nº 44/2011, que estabelece a conformação de 19 Regiões de

Saúde e 8 Macrorregiões, reconhecendo Imperatriz como polo estruturante da Macrorregião de Saúde do Sul do Maranhão (Maranhão, 2011).

Os pactos intermunicipais de saúde que derivam dessa normativa configuram uma rede assistencial regulada a partir da oferta e da capacidade instalada de determinados centros, legitimando fluxos assistenciais pendulares, orientados sobretudo pela escassez generalizada nos municípios periféricos (Maranhão, 2011). Nesse contexto, a centralidade de Imperatriz deixa de ser apenas resultado empírico das práticas de deslocamento populacional e passa a assumir, também, uma dimensão normativa, instituída pela própria lógica de organização regional do sistema de saúde.

Essa construção legal, contudo, não elimina os descompassos entre o planejamento formal e a realidade territorial. A própria rede revela que a territorialização dos fluxos obedece menos à lógica da regionalização institucional e mais à lógica da infraestrutura hospitalar efetivamente disponível, reafirmando o uso corporativo e seletivo do território (Oliveira; Silva, 2023). Em outras palavras, a dinâmica dos deslocamentos por cuidados hospitalares responde mais aos imperativos da densidade técnica e da concentração de equipamentos do que aos critérios normativos de ordenamento regional (Brasil, 2025a).

A Tabela 4, a seguir, apresenta dados quantitativos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, o SIH/SUS (Brasil, 2025a), que evidenciam, tanto empiricamente quanto visualmente, a centralidade exercida por Imperatriz na hierarquia hospitalar que estrutura o Sul do Maranhão. Em 2020, das 1.504 internações por Covid-19 registradas no município, 35,8% foram de pacientes não residentes em Imperatriz, com destaque para os municípios da própria RGII (19,1%) e de outras regiões maranhenses (14,4%) (Brasil, 2025a).

Tabela 4 – Internações por Covid-19 em Imperatriz segundo a UF de residência dos pacientes (2020)

UF	nº de municípios (n)	nº de internações	% do total
MA - Imperatriz	1	965	64,2%
MA - RGII (exceto Imperatriz)	16	287	19,1%
MA - Outros municípios	33	217	14,4%
TO (Tocantins)	9	13	0,86%
PA (Pará)	9	13	0,86%
DF (Distrito Federal)	1	3	0,20%
MG (Minas Gerais)	2	2	0,13%
GO (Goiás)	2	2	0,13%
PR (Paraná)	1	1	0,07%
SP (São Paulo)	1	1	0,07%
Total	**75**	**1.504**	**100%**

Fonte: DataSUS/SIHSUS (Brasil, 2025a). Elaborado pelos autores (2025).

Mais de um terço da demanda hospitalar foi absorvida por fluxos extramunicipais, o que demonstra a função polarizadora de Imperatriz para além de sua jurisdição direta. Embora o número absoluto de internações de pacientes oriundos de outros estados seja relativamente baixo (2,2% do total), sua dispersão territorial é significativa, Tocantins e Pará figuram com 13 internações cada, seguidos por casos isolados oriundos do Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Paraná e São Paulo (Brasil, 2025a).

A presença interestadual desses fluxos, ainda que numericamente minoritária, reforça a projeção funcional de Imperatriz no eixo interfronteiriço da Amazônia Oriental, onde a fragilidade das redes locais de atenção à saúde confere à cidade um papel estratégico no acolhimento assistencial (Brasil, 2025a). Nesse sentido, Imperatriz consolida-se não apenas como centralidade

sanitária regional, mas como plataforma assistencial ampliada, interligada por um território funcionalmente seletivo (Oliveira *et al.*, 2025).

No ano de 2021, observa-se a intensificação dos fluxos assistenciais direcionados a Imperatriz, que contabilizou 3.659 internações por Covid-19, um aumento de 143% em relação ao ano anterior. A distribuição das origens dos pacientes (Tabela 5) anuncia a continuidade de um padrão já delineado em 2020, com 38% das internações provenientes de fora do município. Desse total, 22,9% são provenientes de outros municípios da RGII, 13,6% de outras regiões maranhenses e 1,5% de estados diversos, reforçando a abrangência regional e interestadual da polarização sanitária exercida por Imperatriz (Brasil, 2025a; Oliveira *et al.*, 2025).

Tabela 5 – Internações por Covid-19 em Imperatriz segundo a UF de residência dos pacientes (2021)

UF	nº de municípios (n)	nº de internações	% do total
MA - Imperatriz	1	2267	62,0%
MA - RGII (exceto Imperatriz)	16	838	22,9%
MA - Outros municípios	34	497	13,6%
TO (Tocantins)	13	35	0,96%
MG (Minas Gerais)	4	7	0,19%
PA (Pará)	6	6	0,16%
GO (Goiás)	2	3	0,08%
CE (Ceará)	1	1	0,03%
PE (Pernambuco)	1	1	0,03%
SP (São Paulo)	1	1	0,03%
SC (Santa Catarina)	1	1	0,03%
RS (Rio Grande do Sul)	1	1	0,03%
MT (Mato Grosso)	1	1	0,03%
Total	**82**	**3.659**	**100%**

Fonte: DataSUS/SIHSUS (Brasil, 2025a). Elaborado pelos autores (2025).

O número de municípios de origem dos pacientes atendidos em Imperatriz cresceu de 75 para 82, revelando um alargamento da capilaridade territorial da cidade no contexto da pandemia. Tocantins manteve posição de destaque entre os estados fronteiriços, contabilizando 35 internações, enquanto novas origens, como Ceará, Pernambuco, Santa Catarina, Mato Grosso e Rio Grande do Sul, passaram a figurar, ainda que com ocorrência isolada (Brasil, 2025a). Esse dado não é trivial, mesmo em distâncias interestaduais elevadas, a referência hospitalar de Imperatriz se impôs, indicando não apenas uma centralidade técnica consolidada, mas também a existência de redes familiares, relações migratórias ou vacâncias assistenciais nos territórios de origem desses pacientes (Brasil, 2025a; Oliveira *et al.*, 2025).

Tal alargamento do raio de influência sugere que, além de um polo da Macrorregião de Saúde Sul do Maranhão, Imperatriz projeta sua funcionalidade sanitária para além dos limites administrativos pactuados, mobilizando uma fluidez assistencial que escapa aos mecanismos formais de regulação. Esse descompasso reafirma a lógica do uso seletivo do território, são as densidades técnicas, e não as normativas de regionalização, que definem os deslocamentos para cuidado, sustentando a tese de que o território, mais do que uma estrutura de ordenamento racional, é um espaço funcionalmente corporativo (Maranhão, 2011; Santos, 1996).

Embora 2022 tenha registrado uma queda expressiva no número absoluto de internações por Covid-19 em Imperatriz, 295 atendimentos, a estrutura seletiva do território permaneceu inalterada. Apenas 56% das internações correspondem a pacientes locais, enquanto 44% resultam de deslocamentos compulsórios de pacientes de municípios vizinhos (Brasil, 2025a). Esse cenário de contrates explicita como a fluidez regional da saúde continua a se organizar de forma seletiva, conforme Tabela 6.

Tabela 6 – Internações por Covid-19 em Imperatriz segundo a UF de residência dos pacientes (2022)

UF	nº de municípios (n)	nº de internações	% do total
MA - Imperatriz	1	166	56%
MA - RGII (exceto Imperatriz)	14	89	30%
MA - Outros municípios	13	35	12%
GO (Goiás)	2	3	1,02%
TO (Tocantins)	1	1	0,34%
BA (Bahia)	1	1	0,34%
Total	**32**	**295**	**100%**

Fonte: DataSUS/SIHSUS (Brasil, 2025a). Elaborado pelos autores (2025).

É importante destacar a manutenção da dependência dos municípios da RGII em relação ao atendimento hospitalar centralizado em Imperatriz, que respondeu por 30% das internações, uma proporção que, embora tenha diminuído em termos absolutos, manteve-se estável em comparação com o ano anterior. A participação de outros municípios maranhenses, embora menor (12%), ainda se mostrou relevante. Além disso, destaca-se a permanência de Goiás e a entrada da Bahia como "territórios emissores", apesar da redução nos fluxos interestaduais (Brasil, 2025a). Esses dados confirmam que a centralidade hospitalar de Imperatriz continua a atrair pacientes de outras regiões, principalmente em contextos críticos (Oliveira *et al.*, 2025).

A diminuição dos atendimentos não significa um enfraquecimento da centralidade de Imperatriz, mas uma reconfiguração do alcance dos fluxos assistenciais em um contexto pandêmico de menor pressão. A permanência da cidade como destino hospitalar fora de sua jurisdição imediata, mesmo em uma fase de estabilização sanitária, reafirma o papel estrutural da desigualdade territorial na organização dos serviços públicos. O

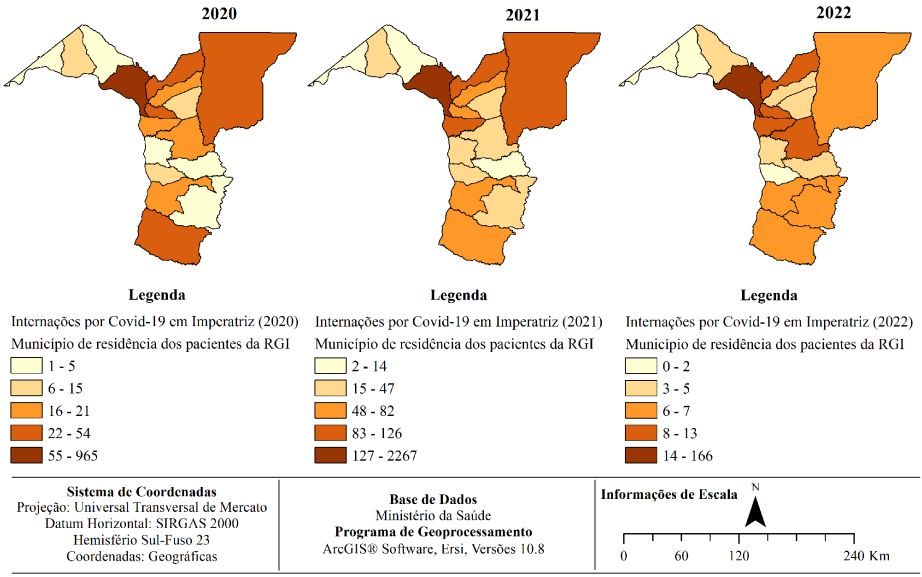
que se delineia é uma seletividade que resiste às circunstâncias, pois se ancora em déficits históricos de infraestrutura nos centros periféricos, consolidando Imperatriz como um "polo necessário", não por sua vocação natural, mas pela ausência generalizada de alternativas locais de alta e média complexidade (Brasil, 2025a).

Os padrões de hierarquização intrarregional do acesso hospitalar, indicam que a fluidez hospitalar dentro da RGII não é homogênea, enquanto alguns municípios concentram fluxos intensos e reiterados, outros apresentam movimentos mais esparsos ou até ausentes em determinados períodos (Figura 38) (Brasil, 2025a).

Em 2020, os maiores volumes de internação foram de pacientes originários dos municípios de Estreito (54), Davinópolis (35), João Lisboa (35), Amarante do Maranhão (35) e Governador Edison Lobão (18), sinalizando a relação espacial direta com Imperatriz, marcada pela proximidade geográfica e dependência funcional. Já em 2021, nota-se uma intensificação significativa desses fluxos, sobretudo a partir de Governador Edison Lobão (112), João Lisboa (126) e Amarante do Maranhão (103), indicando o agravamento da crise sanitária e o esgotamento das alternativas locais de cuidado (Brasil, 2025a).

Essa ampliação dos fluxos em 2021 pode ser compreendida como um movimento centrípeto de pressão assistencial, em que a centralização da atenção hospitalar em Imperatriz, sustentada por sua densidade técnica, absorve uma demanda dispersa e expandida para além de seu território. A saturação dos serviços locais e a escassez de alternativas regionais forçam a convergência de pacientes para o polo regional, revelando que o território, no contexto da crise pandêmica, foi mobilizado como vetor de deslocamentos sanitariamente compulsórios (Oliveira; Silva, 2023).

Figura 38 - Internações por Covid-19 em Imperatriz (2020-2022), segundo município de residência na RGII



Fonte: DataSUS/SIHSUS (Brasil, 2025a). Elaborado pelos autores (2025).

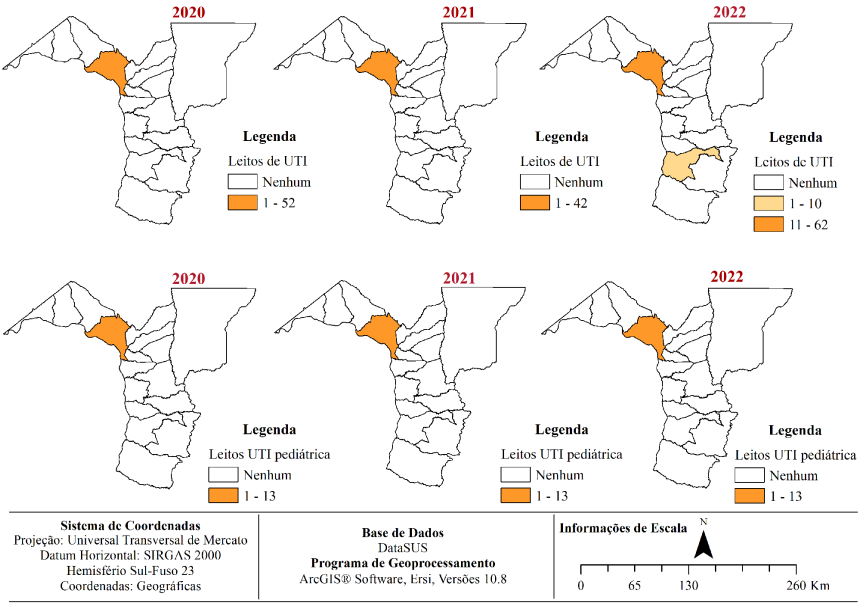
Geograficamente, os mapas indicam a persistência de padrões de dependência espacial diferenciada, Estreito, Governador Edison Lobão, Amarante, João Lisboa e Davinópolis mantiveram participação expressiva ao longo de todo o período. Em contrapartida, áreas como São Pedro da Água Branca e Vila Nova dos Martírios desapareceram da estatística em 2022, revelando uma retração dos fluxos que pode estar mais ligada à oscilação dos registros do que à reversão da estrutura de dependência (Oliveira *et al.*, 2025; Brasil, 2025a).

Essa seletividade intrarregional explicita que, mesmo dentro de uma mesma RGII formalmente integrada, o uso do território obedece à lógica das densidades técnicas disponíveis, e não a critérios puramente administrativos. Nesse caso, tem-se um território funcionalmente seletivo, onde o grau de mobilidade

populacional em direção ao centro varia conforme a existência (ou ausência) de alternativas locais e da capacidade de absorção do polo hospitalar.

A concentração dos fluxos de internação em direção a Imperatriz, observada ao longo dos anos pandêmicos, encontra respaldo na materialidade da infraestrutura hospitalar disponível na RGII. Como revela a Figura 39, o município de Imperatriz foi, durante todo o período analisado, o único centro com oferta regular de leitos de UTI e, majoritariamente, o único a dispor de leitos com suporte ventilatório pulmonar. Essa condição o posiciona como o único ponto efetivamente apto a receber pacientes em estado crítico, justificando, portanto, os deslocamentos pendulares e intermunicipais observados em 2020, 2021 e mesmo em 2022 (Brasil, 2025a).

Figura 39 – Leitos de UTI Covid-19 e leitos com suporte ventilatório pulmonar na RGII (2020-2022)



Fonte: DataSUS (Brasil, 2023a) e IBGE (2017). Elaborado pelos autores (2025).

A espacialização desses recursos, marcada pela ausência de alternativas técnicas nos municípios vizinhos, explica a formação de fluxos de pacientes que ultrapassam vínculos administrativos ou de proximidade geografia (Oliveira; Silva, 2023). Essa configuração desigual dos fluxos de internação ao longo da pandemia encontra respaldo material direito na disponibilidade de infraestrutura hospitalar crítica.

Segundo dados do CNES (Brasil, 2023a), conforme se observa na Figura 38, Imperatriz foi o único município da RGII a dispor, de forma contínua, de leitos de UTI adulto Covid-19, com uma ampliação significativa ao longo de 2021, de 10 leitos em março de 2020, o número saltou para 60 em março de 2021, atingindo o pico de 61 em abril, antes de iniciar um processo de desmobilização gradual, até estabilizar-se em 10 leitos ao final de 2022. Nenhum outro município da região registrou leitos com esse tipo de habilitação (Brasil, 2025a).

Em relação aos leitos com suporte ventilatório pulmonar, a distribuição manteve o padrão de concentração. Imperatriz novamente liderou com uma escalada rápida de 10 leitos, em abril de 2021, para 30 leitos em julho do mesmo ano, enquanto apenas dois outros municípios, Porto Franco e Amarante do Maranhão, apresentaram disponibilidade desse tipo de leito, ambos com números bastante reduzidos (6 leitos em Porto Franco e 4 em Amarante).

Trata-se, portanto, de uma infraestrutura crítica severamente centralizada, que impossibilita a autonomia local e reproduz uma lógica de mobilidade assistencial forçada em direção ao centro regional. A análise integrada dos fluxos de internação, da cobertura vacinal e da infraestrutura instalada demonstra que a centralidade de Imperatriz não é apenas um reflexo funcional da rede, mas uma imposição estrutural produzida pela seletividade técnica do território (Santos, 1996).

O que se observa é a consolidação de um território

sanitariamente hierarquizado, em que o acesso à saúde depende da capacidade de deslocamento territorial. A pandemia não apenas revelou essas desigualdades, mas as aprofundou, transformando a fluidez em vetor da sobrevivência, e a centralização em condição de exclusividade. Trata-se de um uso corporativo do território, onde o planejamento cede lugar à concentração e a política pública assume feições de exceção, submetidas à lógica da escassez administrada (Brasil, 2025a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A distribuição dos serviços de saúde na Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII), historicamente marcada por assimetrias estruturais e tecnicamente induzidas, tornou-se ainda mais evidente durante a pandemia de Covid-19. A crise sanitária não instaurou desigualdades, mas desvelou a racionalidade seletiva que estrutura o uso do território, particularmente no campo da saúde, evidenciando-o como instância de comando e mediação. A lógica corporativa que orienta esse uso impõe padrões de centralidade e dependência, convertendo o território em instrumento de regulação do acesso ao cuidado.

A investigação, conduzida entre os anos de 2020 a 2022 e incorporando os períodos de 2007, 2015 e 2023, permitiu apreender não apenas as dinâmicas emergenciais desencadeadas pela pandemia, mas, sobretudo, as permanências estruturais que sustentam a seletividade territorial. Nesse sentido, o território é aqui concebido, à luz de Santos (1996, 2002, 2004), como o resultado da articulação entre sistemas de objetos e de ações, por e a partir de relações, uma materialidade construída pelas práticas sociais e pelas racionalidades hegemônicas que organizam a vida e a técnica.

Longe de representar mero suporte para políticas públicas, o território emerge como operador ativo das desigualdades, regulando seletivamente os fluxos, hierarquizando lugares e institucionalizando iniquidades (Santos, 1996). Em tempos de crise, essa engrenagem torna-se mais visível, revelando os mecanismos que definem quem tem acesso a quê, onde e quando. O caso da RGII, portanto, constitui uma chave empírica para a compreensão da reprodução do uso corporativo do território em escala regional, evidenciando como as estratégias de uso seletivo do território interferem diretamente na produção social da saúde e da doença.

A análise da distribuição dos serviços médico-hospitalares na RGII revelou uma configuração territorial profundamente desigual, estruturada por uma lógica seletiva que privilegia certos recortes espaciais em detrimento de outros. A centralidade de Imperatriz como polo regional de saúde não resulta de um desenvolvimento homogêneo, mas expressa uma racionalidade técnico-institucional que concentra recursos, equipamentos e poder decisório, com base em critérios de viabilidade operacional e gestão estratégica (Oliveira; Silva, 2023). Nesse contexto, os municípios periféricos permanecem funcionalmente subordinados, operando com baixa autonomia e reduzida densidade técnico-infraestrutural, o que compromete sua capacidade de resposta às demandas locais de saúde.

Esse padrão de regionalização expressa uma lógica organizativa regida por interesses corporativos, na qual a oferta de serviços se apresenta em dissonância com os princípios de equidade e universalidade do SUS, priorizando a eficiência administrativa e concentrando investimentos em áreas previamente valorizadas. Como argumentam Santos e Silveira (2001), o território se configura como um meio técnico-informacional seletivo, no qual objetos e ações se distribuem de forma desigual, reforçando desigualdades históricas. A assimetria identificada na RGII revela, portanto, um uso corporativo do território que não apenas reproduz, mas intensifica a dependência estrutural dos municípios menores em relação ao centro regional.

O evento pandêmico, ao incidir sobre um território previamente estruturado por desigualdades funcionais e seletividades técnicas, evidenciou as consequências da concentração dos recursos assistenciais (estabelecimentos, equipamentos e profissionais) na cidade de Imperatriz (Oliveira; Silva, 2023). A disseminação da Covid-19 não seguiu um percurso aleatório, mas foi mediada por redes de circulação seletiva, organizadas em torno de fluxos assimétricos de pessoas, serviços e informações (Jardim;

Pereira; Rodrigues, 2022). Essa fluidez, longe de ser difusa ou integradora, ancorou-se em um sistema territorial que concentra os meios de atenção qualificada nos espaços centrais, relegando os municípios periféricos à condição de espera, fragilidade e dependência.

Durante a pandemia, o acesso ao cuidado, internações, leitos de UTI e suporte clínico, foi menos condicionado pela necessidade epidemiológica do que pela posição relativa no território. Estar próximo a centros urbanos com infraestrutura hospitalar consolidada representou, para muitos, a principal condição para o acesso efetivo aos serviços (Oliveira *et al.*, 2025; Costa *et al.*, 2023; Jardim; Pereira; Rodrigues, 2022).

Como destaca Santos (1996), o território não é apenas o lugar onde os eventos ocorrem, mas o próprio meio através do qual as racionalidades operam, ele seleciona, filtra, organiza. No contexto da RGII, essa operacionalidade territorial materializou-se como vetor das iniquidades, atualizando padrões históricos de exclusão sob a forma de obstáculos concretos ao exercício do direito à saúde.

A intensificação da mobilidade de pacientes no interior da RGII, durante a pandemia, revelou a fluidez seletiva imposta pela configuração territorial da saúde. Esses deslocamentos, longe de representar dinâmicas espontâneas ou escolhas livres, foram em grande parte compulsórios, resultado da ausência sistemática de oferta local em municípios historicamente mantidos à margem dos circuitos de média e alta complexidade. Assim, a fluidez observada não decorre de uma integração solidária do território, mas da incapacidade deliberadamente produzida de certas localidades sustentarem respostas autônomas às suas necessidades sanitárias.

Como assinalam Albuquerque (2006) e Almeida (2005), a ausência de serviços não deve ser interpretada apenas como escassez, mas como produto de escolhas político-técnicas que naturalizam a dependência e legitimam a exclusão. Os territórios periféricos

são, assim, mantidos em estado de carência crônica, o que reforça sua subordinação dentro de uma rede hierarquizada e seletiva, operada segundo as exigências da racionalidade corporativa.

A leitura crítica da RGII, sob a lente do uso corporativo do território, corrobora a hipótese central desta pesquisa, o território não funciona como um cenário neutro das políticas públicas, mas como engrenagem ativa de um sistema seletivo, operado por racionalidades normativas, econômicas e técnico-institucionais. A territorialização dos serviços de saúde, materialização concreta da articulação entre objetos técnicos e ações hegemônicas, aquilo que Santos (1996) e Santos e Silveira (2001) denominam território usado. Tal articulação não obedece a uma lógica de equidade, mas sim de funcionalidade seletiva, a técnica, como alertam Santos e Silveira (2001), não é apenas meio, mas estratégia, e territorializa-se conforme os interesses dos agentes dominantes, reforçando centralidades historicamente instituídas.

O que a pandemia tornou visível, portanto, não foram falhas inéditas, mas a radicalização de desigualdades previamente inscritas no ordenamento técnico-normativo do território. A fluidez do sistema de saúde regional não se manifestou como integração equitativa, mas como circuito seletivo que conecta o que interessa à lógica da eficiência institucional, relegando vastas parcelas do território à condição de dependência funcionalizada. Assim, o território da RGII não apenas reflete as desigualdades, ele as produz, as organiza e as naturaliza, operando como instrumento de comando e exclusão sob a racionalidade do uso corporativo (Oliveira *et al.*, 2025; Oliveira; Silva, 2023).

Os achados deste estudo demonstram que a organização territorial dos serviços de saúde na RGII não se estrutura segundo os princípios constitucionais da equidade, integralidade e universalidade, mas sim por uma lógica seletiva sustentada por interesses técnico-institucionais, normativos e corporativos. O território, longe de ser um mero suporte neutro, atua como

mediação ativa das desigualdades, selecionando circuitos, restringindo fluxos e condicionando o acesso ao cuidado à posição relativa dos lugares na hierarquia regional. Tal constatação aprofunda a crítica à territorialização das políticas sociais no Brasil, evidenciando que, sem a ruptura com a racionalidade hegemônica, qualquer política corre o risco de apenas atualizar, sob novas roupagens, os mecanismos de exclusão (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005).

Compreender o território como instância de comando, conforme propõe Santos (1996), é reconhecer que a produção das desigualdades não constitui um efeito colateral, mas é intrínseca ao modo como o território é apropriado, normatizado e instrumentalizado. Trata-se, assim, de um projeto seletivo de organização do espaço, cuja eficácia é medida pela capacidade de manter a escassez organizada e a dependência funcionalizada.

Para desdobramentos futuros, propõe-se a ampliação do escopo empírico, com o mapeamento comparativo de outras regiões imediatas do Maranhão ou regiões de saúde, visando identificar recorrências, variações e singularidades nos padrões de seletividade territorial observados. Ademais, recomenda-se a incorporação de dimensões ainda pouco exploradas, como os fluxos de financiamento, os arranjos de governança interfederativa e os mecanismos de participação social, que possam desvelar, em maior profundidade, os dispositivos que sustentam e legitimam a produção política das desigualdades no interior do Estado.

A análise crítica aqui desenvolvida permite vislumbrar caminhos para a formulação de políticas públicas comprometidas com a superação das disparidades estruturais que marcam o uso seletivo do território da saúde. Mais do que propor ajustes técnicos ou reorganizações funcionais, trata-se de afirmar a urgência de um novo paradigma de justiça territorial, fundado na equidade substantiva e na universalização concreta do direito à saúde, capaz de romper com as racionalidades normativas que naturalizam a exclusão e reproduzem a dependência.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. de. **Território usado e saúde:** respostas do SUS à metropolização em Campinas – SP. 2006. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-17072007-105406/pt-br.php. Acesso em: 31 out. 2024.

ALBUQUERQUE, M. V. de; VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D. de; FERREIRA, M. P.; FUSARO, E. R.; IOZZI, F. L. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/mnpHNBCXdptWTzt64rx5GSn/?lang=pt. Acesso em: 31 out. 2024.

ALENCAR, L. K. B.; CALDAS, A. de J. M.; FERREIRA, T. F.; SILVA, T. C.; NINA, L. N. da S.; COUTINHO, N. P. S.; SOEIRO, V. M. da S. Análise espacial da relação dos casos e óbitos da Covid-19 com indicadores socioeconômicos e de saúde no Maranhão. **Hygeia,** Uberlândia, v. 20, p. 1-13, 2023. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/69473/38476. Acesso em: 8 jul. 2025.

ALMEIDA, E. P. de. **A metropolização-periferização brasileira no período técnico-científico informacional.** 2000. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-07092022-120452/pt-br.php. Acesso em: 31 out. 2024.

ALMEIDA, E. P. de. **Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional.** 2005.

Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-04012023-115610/. Acesso em: 10 abr. 2024.

ANS. Beneficiários. *In*: ANS. **ANS TABNET:** informações em saúde suplementar. Brasília: ANS, 2024a. Disponível em: www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def. Acesso em: 29 out. 2024.

ANS. Operadoras. *In*: ANS. **ANS TABNET:** informações em saúde suplementar. Brasília: ANS, 2024b. Disponível em: www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_03a.def. Acesso em: 29 out. 2024.

ANTAS JR., R. M.; ALMEIDA, R. da S. Diagnóstico médico e uso corporativo do território brasileiro: uma análise do circuito espacial produtivo dos reagentes para diagnóstico. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 674-690, 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sausoc/2015.v24n2/674-690/. Acesso em: 18 out. 2024.

ANVISA. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro 2010.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: Anvisa, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 17 jul.2025.

ARAÚJO, J. A. V. A. **Região de Influência de Imperatriz-MA:** estudo da polarização de uma capital regional, destacando a regionalização dos serviços públicos de saúde. 2016. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFPE_9a785bcc902399c578f37b2eb45d0943. Acesso em: 20 jun. 2024.

BAHIA, L. *et al.* Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 38, p. 1-13, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/bG4FMQpwfnGs99fmPYHhrJR/. Acesso em: 10 nov. 2024.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, 1996. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/nvBCWN369CLGJPQzB6k9HyL/abstract/?lang=pt. Acesso em: 9 jul. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Presidência da República, [2023]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ Constituiçao.htm. Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde.** Brasília: CONASS, 2015b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS.** Brasília: CONASS, 2011b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde.** Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à saúde.** Brasília: CONASS, 2015a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de atenção às urgências e emergências:** avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS, 2015c.

BRASIL. **Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005.** Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. **Arquivos DBC processados via TabWin.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&submenu=1. Acesso em: jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Estabelecimentos de saúde segundo habilitação.** Brasília: MS, 2023a. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/habbr.def. Acesso em: 6 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações dos estabelecimentos com leitos hospitalares. Tipo do leito, leito, quantitativo existente e SUS. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://elasticnes.saude.gov.br/leitos. Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel da produção consolidada ambulatorial e hospitalar do SUS. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: https://elasticnes.saude.gov.br/producao-consolidada. Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento da COVID-19.** Brasília: MS, 2024f. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 6 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de vacinação COVID-19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19.html. Acesso em: dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel geral: unidades ativas, leitos, localização, gestão, natureza jurídica e tipo de estabelecimento. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://elasticnes.saude.gov.br/geral. Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998.** Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. Brasília: MS, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.016, de 26 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para a organização da linha de cuidado do paciente com doença cardiovascular no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 27 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Organizações Sociais no SUS:** desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria SAES/MS nº 1.202, de 29 de dezembro de 2023.** Altera as classificações e institui o processo de homologação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva [...]. Brasília: MS, 2023c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2023/prt1202_29_12_2023.html. Acesso em: 15 jul.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Histórico de cobertura da Atenção Básica:** período jul. 2007 a dez. 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Histórico de cobertura - APS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml. Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde:** indicadores estaduais. Brasília: Ministério da Saúde, 2024d. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/indicadores. Acesso em: 30 out. 2024.

CASTELO BRANCO, S. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):** princípios e diretrizes. Brasília: UNA-SUS, 2019.

CATELAN, M. J. **Heterarquia urbana:** interações espaciais interescalares e cidades médias. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013.

CÉSPEDES, M. da S.; SOUZA, J. C. R. P. de. Coronavirus: a clinical update of Covid-19. **Revista da Associação Médica Brasileira,** São Paulo, v. 66, n. 2, p. 116-123, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ramb/a/x5Rp3mzfnhc9xVPq7zFhX9B/. Acesso em: 10 nov. 2024.

CORRÊA, R. L. **Estudos sobre a rede urbana.** São Paulo: Bertrand Brasil, 2006.

COSTA, T. R. S. *et al*. A espacialização da Covid-19 no estado do Maranhão, Brasil (2020-2021). **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 19, p. e1902, 2023.

DAVID, V. C. **Território usado e circuito superior marginal:** equipamentos médico-hospitalares em Campinas, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto (SP). 2010. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-19092011-125527/. Acesso em: 29 out. 2024.

DINIZ, M. T. M.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. A. C. DE; PEREIRA, V. H. C.; ROCHA, G. C. Análise da influência de variáveis socioeconômicas na distribuição de casos e óbitos de Covid-19 no Brasil. **Geografia Ensino & Pesquisa,** Santa Maria, v. 25, 2021. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/geografia/article/view/61365. Acesso em: 8 jul. 2025.

FIOCRUZ. **Boletim do Observatório COVID-19:** organização dos serviços de saúde no enfrentamento da pandemia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

FURTADO, C. **Introdução ao desenvolvimento:** enfoque histórico-estrutural. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

GADELHA, C. A. G.; GIMENEZ, D. M.; CASSIOLATO, J. E. (coord.). **Saúde é desenvolvimento:** o complexo econômico-industrial da saúde como opção estratégica nacional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GOMES, P. C. da C. O conceito de região e sua discussão. In: CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (org.). **Geografia:** conceitos e temas. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. p. 49-76.

GUIMARÃES, A. **Redes de saúde e a organização do SUS.** [*S. l.*]: Editora DEF, 2006.

GUIMARÃES, R. B. et al. O raciocínio geográfico e as chaves de leitura da Covid-19 no território brasileiro. **Estudos avançados,** v. 34, p. 119-140, 2020.

IBGE. Coordenação de Geografia. Cidades. Produto Interno Bruto dos municípios: 2021. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/. Acesso em: 05 ago. 2023.

IBGE. Coordenação de Geografia. **Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias.** Rio de Janeiro: IBGE, 2017. *E-book*. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100600.pdf. Acesso em: 26 fev. 2024.

IBGE. Coordenação de Geografia. **Regiões de Influência das Cidades 2007.** Rio de Janeiro: IBGE, 2008. *E-book*. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv40677.pdf. Acesso em: 26 fev. 2024.

IBGE. Coordenação de Geografia. **Regiões de Influência das Cidades 2018.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020b. *E-book*. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101728.pdf. Acesso em: 26 fev. 2024.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estatísticas da saúde:** assistência médico-sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=283176. Acesso em: 29 out. 2024.

IBGE. **Pesquisa Assistência Médico-Sanitária - 2005.** Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/ams/tabelas. Acesso em: 29 out. 2024.

IBGE. **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).** Rio de Janeiro: IBGE, 2020a.

JARDIM, R. O.; PEREIRA, C. R. P.; RODRIGUES, Z. M. R. Rotas da COVID-19 no estado do Maranhão, BR. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde,** v. 18, p. 14, 2022.

KAHIL, S. P. Psicoesfera: uso corporativo da esfera técnica do território e o novo espírito do capitalismo. **Sociedade & Natureza,** Uberlândia, v. 22, n. 3, p. 475-485, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sn/a/wQHXbKCXRRmCRVxYLzbXK6p/abstract/?lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2025.

LANA, R. M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 1-5, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZNK6rJVpRxQL. Acesso em: 15 out. 2024.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletins COVID-19.** São Luís: SES/MA, 2024. Disponível em: https://www.saude.ma.gov.br/boletins-covid-19/. Acesso em: 12 maio 2024.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução CIB/MA Nº 44/2011, de 16 de junho de 2011.** Dispõe sobre a conformação das Regiões de Saúde. Diário Oficial [do] Estado do Maranhão, Poder Executivo, 22 jul. 2011. Disponível em: http://goo.gl/ vb35gB. Acesso em: 23 jul. 2025.

MARIANO, K. L. P.; MATTOS, A. R.; SUGAHARA, D. R. Do NAFTA ao USMCA: Trump e os interesses nacionais. **Perspectivas:** Revista de Ciências Sociais, São Paulo, v. 54, p. 235-260, 2019. Disponível em: https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/15215. Acesso em: 8 jul. 2025.

MARTINUCI, O. da S.; GUIMARÃES, R. B. O meio técnico-científico-informacional, os equipamentos de imagem-diagnóstico e a desigualdade em saúde no Brasil. **GEOUSP,** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 76-95, 2018. Disponível em: https://revistas.usp.br/geousp/article/view/118718. Acesso em: 8 jul. 2025.

MATTA, G.C. et al. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Matta GC, Pontes ALM, coordenadores. **Políticas de Saúde:** organização e operacionalização do Sistema único de Saúde. Rio de Janeiro: editora Fiocruz/EPSJV; 2007. p.61-80.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil:** atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (org.). **Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas:** a história e suas interfaces. São Paulo: FMUSP: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2011. (Coleção Medicina, Saúde e História, 1).

NORONHA, J. C. de; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. *In*: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. **Saúde e sociedade no Brasil:** anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 73-111.

OLIVEIRA, A. B.; SILVA, A. M. B. da. Covid-19 e sua dinâmica de propagação na rede urbana do Maranhão, Brasil. **Ateliê Geográfico,** Goiânia, v. 16, n. 3, p. 80-101, dez. 2022. Disponível em: https://revistas.ufg.br/atelie/article/view/72249. Acesso em: 10 ago. 2023.

OLIVEIRA, A. B.; SILVA, A. M. B. da. Fixos da saúde e fluxos na difusão e atendimento de pacientes com Covid-19 em São Luís, Maranhão, Brasil. **GEOUSP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 1-24, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/geo/a/GvQ5JTppYZ8wS8RGq9TbxNt/?lang=pt. Acesso em: 10 ago. 2023.

OLIVEIRA, A. B.; SILVA, L. M. dos R.; SILVA, D. L.; SANTOS, F. R. dos. Serviços médico-hospitalares e dinâmica de propagação do SARS-CoV-2 na rede urbana da região geográfica imediata de Imperatriz, Maranhão, Brasil. **Revista Contexto Geográfico,** Maceió, v. 10, n. 23, p. 128-145, 2025. Disponível em: https://www.seer.ufal.br/index.php/contextogeografico/article/view/17450. Acesso em: 9 jul. 2025.

ORTEGA Y GASSET, J. **Meditação da técnica.** Rio de Janeiro: Livro Ibero Americano, Lisboa, 1963.

PAHO. Pan American Health Organization. **COVID-19:** health system response and challenges, 2022. Disponível em: https://www.paho.org. Acesso em: 31 out. 2024.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system reform: progress and challenges. **The Lancet,** v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18316. Acesso em: 31 out. 2024.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D.; MARTINS, C. M. F.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 15, p. 1009-1019, 2010. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1009-1019/pt. Acesso em: 18 out. 2023.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D.; MARTINS, C. M. F.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Oferta e demanda por média

complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 15, p. 1009-1019, 2010. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1009-1019/pt. Acesso em: 18 out. 2023.

RAMIRES, M. **A hierarquia dos serviços de saúde e a atenção primária.** Editora ABC, 2007.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 403-412, 2015.

ROCHA, R. et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. **The Lancet Global Health,** v. 9, n. 6, 2021.

ROSANVALLON, P. **O liberalismo econômico:** história da ideia de mercado. Bauru: EDUSC, 2002.

SÁ, M. C. de; HOLANDA, V. C. C. de. O uso seletivo do território na distribuição dos serviços de saúde: um estudo de Sobral – Ceará. **Ateliê Geográfico,** Goiânia, v. 11, n. 2, p. 95-111, 2017. Disponível em: https://revistas.ufg.br/atelie/article/view/39794/24603. Acesso em: 12 nov. 2024.

SANTOS, M. **A natureza do espaço:** técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. **Espaço e sociedade.** Petrópolis: Vozes, 1979.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado.** São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. *In*: SANTOS, M.; BECKER, B.; SILVA, C. A. F. (org.). **Território, territórios:** ensaios sobre o ordenamento territorial. 3. ed. Niterói: Lamparina, 2002. Cap. 1.

SANTOS, M. **O espaço dividido:** os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos. 3. ed. São Paulo: Edusp, 2004.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (org.). **Território:** globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994a.

SANTOS, M. **Por uma economia política da cidade:** o caso de São Paulo. 2. ed. São Paulo: Edusp, 2012.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova.** São Paulo: Hucitec: Edusp, 1978.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização:** do pensamento único à consciência universal. São Paulo: Record, 2001.

SANTOS, M. **Território e sociedade:** entrevista a Leneide Duarte-Plon. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil:** território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCHEFFER, M. C. (org.). **Demografia médica no Brasil 2023.** São Paulo: FMUSP: AMB, 2023.

SILVEIRA, M. L. Dossiê "Argentina: território usado, urbanização e circuitos da economia urbana". **Boletim Campineiro de Geografia,** Campinas, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2018. Disponível em: https://publicacoes.agb.org.br/boletim-campineiro/article/

view/009-018_2018v8n1_MariaLauraSilveira_ApresentacaoDossie. Acesso em: 8 jul. 2025.

SILVEIRA, M. L. Território usado: dinâmicas de especialização, dinâmicas de diversidade. **Ciência Geográfica,** Bauru, v. 15, n. 1, p. 4-12, 2011. Disponível em: https://www.agbbauru.org.br/publicacoes/revista/anoXV_1/AGB_dez2011_artigos_versao_internet/AGB_dez2011_01.pdf. Acesso em: 31 out. 2024.

SOUZA, M. A. A. de. "Uso do território e saúde: refletindo sobre 'municípios saudáveis'. *In:* SPERANDIO, A. M. G. (org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis.** Campinas: IPES Editorial, 2004. p. 57-77.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/vBv9ZbGrBZd4N8RKx5xGRNL/abstract/?lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2025.

SPOSITO, E. S.; SPOSITO, M. E. B. Fragmentação socioespacial. **Mercator,** Fortaleza, v. 19, p. 1-13, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/mercator/a/55sLWtgZ6DSb5h8B7Vymwkv/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2025.

STARFIELD, B. **Primary care:** balancing health needs, services, and technology. Oxford: Oxford University Press, 2002.

TOZI, F. **As privatizações e a viabilização do território como recurso.** 2004. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G de; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/wKcBqfFLf6JzFz8ZkbbYMXM. Acesso em: 8 jul. 2025.

TRIVILATO, R. A. et al. Taxas de mortalidade e fatalidade de casos da COVID-19 no Estado de Goiás, Brasil. **Journal of Human Growth and Development,** v. 31, n. 3, p. 521-532, 2021. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v31n3/pt_18.pdf. Acesso em: 8 jul. 2025.

UZUNIAN, A. Coronavírus SARS-CoV-2 e Covid-19. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial,** Rio de Janeiro, v. 56, p. 1-4, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpml/a/Hj6QN7mmmKC4Q9SNNt7xRhf/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2025.

VIANA, A. L. d'A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl., p. 225-264, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/nTcQ6D5BjBMjFVZKvcm7phd/?format=pdf&la. Acesso em: 10 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19).** Geneva, 9 Aug. 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19). Acesso em: 12 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008:** primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008.

SOBRE OS AUTORES

Allison Bezerra Oliveira



Graduado em Geografia pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) e em Economia pela Faculdade Católica Paulista. Especialista em Planejamento Ambiental pela UEMA e em Economia Brasileira Contemporânea pela Faculdade Metropolitana. Mestre e Doutor em Geografia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com Pós-Doutorado pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Atua como professor do curso de Geografia da Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão (UEMASUL) e dos programas de pós-graduação em Geografia e Ciências Ambientais. Pró-reitor de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação da UEMASUL. Bolsista produtividade CNPq, FAPEMA e UEMASUL.

Daniely Lima Silva



Mestre em Geografia pela Universidade Estadual do Maranhão - UEMA. Graduada em Geografia - Licenciatura pela Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão - UEMASUL. Pesquisadora do Grupo de Pesquisas Socioeconômicas do Maranhão - GPS, vinculado ao Laboratório de Estudos Urbanos e Regionais - LEUR/ UEMASUL

Fontes: Cormorant Garamond e Calibri
Papel: Offset 90
Gráfica: K DE F C FREITAS LTDA

A obra de Allison Bezerra Oliveira e Daniely Lima Silva analisa a organização territorial dos serviços de saúde no Maranhão, com foco na Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII). Fundamentado na Geografia Crítica de Milton Santos, o livro expõe como a seletividade espacial e a lógica corporativa concentram a infraestrutura e os recursos de alta complexidade em polos econômicos, gerando assimetrias e territórios de carência no interior. A pesquisa demonstra como esse modelo de desigualdade assistencial foi agravado pela pandemia de COVID-19, impactando diretamente a mobilidade populacional e a geografia dos óbitos na região.

PROPGI
Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação
EDITORA UEMASUL
10 anos UEMASUL