



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO
MARANHÃO



Pós-Graduação em
Geografia, Natureza
e Dinâmica do Espaço

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIAS EXATAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA, NATUREZA E DINÂMICA DO
ESPAÇO

DANIELY LIMA SILVA

**USO CORPORATIVO DO TERRITÓRIO POR SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS
REFLEXOS NA PANDEMIA DE COVID-19 NA REGIÃO GEOGRÁFICA
IMEDIATA DE IMPERATRIZ, MARANHÃO, BRASIL**

São Luís
2025

DANIELY LIMA SILVA

**USO CORPORATIVO DO TERRITÓRIO POR SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS
REFLEXOS NA PANDEMIA DE COVID-19 NA REGIÃO GEOGRÁFICA
IMEDIATA DE IMPERATRIZ, MARANHÃO, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, Natureza e Dinâmica do Espaço (PPGeo) da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Geografia.

Linha de Pesquisa: Dinâmicas Socioterritoriais, Modernizações e Desigualdades

Orientador: Prof. Dr. Allison Bezerra Oliveira

São Luís
2025



Universidade Estadual do Maranhão
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA, NATUREZA E
DINÂMICA DO ESPAÇO

ATA Nº 3

Aos dezoito dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte cinco às nove da manhã, realizou-se a sessão de apresentação e defesa de Dissertação pública no Laboratório de Estudos Urbanos e Regionais da mestrandia DANIELY LIMA SILVA do Programa de Pós-Graduação em Geografia, Natureza e Dinâmica do Espaço (PPGeo) da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), intitulada: **USO CORPORATIVO DO TERRITÓRIO POR SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS REFLEXOS NA PANDEMIA DE COVID-19 NA REGIÃO GEOGRÁFICA IMEDIATA DE IMPERATRIZ, MARANHÃO, BRASIL.**

A banca de Defesa de Dissertação de Mestrado foi composta pelos professores Doutores:
Presidente: Prof. Dr. Allison Bezerra Oliveira (Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão)

1º Membro: Profa. Dra. Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues (Universidade Federal do Maranhão)

2º Membro: Prof. Dr. José Sampaio de Mattos Junior (Universidade Estadual do Maranhão)

A banca de defesa da dissertação de mestrado avaliou o trabalho final como:

☒ Aprovada

☐ Reprovada

Documento assinado digitalmente
gov.br ZULIMAR MÁRITA RIBEIRO RODRIGUES
Data: 18/08/2025 16:23:16-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Dr. (a) ZULIMAR MÁRITA RIBEIRO RODRIGUES, UFMA

Examinador(a) Externo à Instituição
Documento assinado digitalmente
gov.br JOSE SAMPAIO DE MATTOS JUNIOR
Data: 20/08/2025 10:11:25-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Dr. (a) JOSÉ _____, UEMA

Documento assinado digitalmente
gov.br ALLISON BEZERRA OLIVEIRA
Data: 18/08/2025 15:12:43-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

ALLISON BEZERRA OLIVEIRA, UEMASUL

Presidente(a)

DANIELY LIMA SILVA

Mestrando(a)

Documento assinado digitalmente
gov.br DANIELY LIMA SILVA
Data: 20/08/2025 11:55:26-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Silva, Daniely Lima.

Uso corporativo do território por serviços de saúde e seus reflexos na pandemia de Covid-19 na região geográfica imediata de Imperatriz, Maranhão, Brasil. / Daniely Lima Silva. – São Luís, MA, 2025.

302f.

Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Geografia, Natureza e Dinâmica do Espaço – PPGeo) – Universidade Estadual do Maranhão, 2025.

Orientador: Prof. Dr. Allison Bezerra Oliveira

1. Uso Seletivo do Território. 2. Atenção à Saúde. 3. Sars-Cov-2.
4. Região Geográfica Imediata de Imperatriz. I.Título.

CDU: 355.415.6:616-036.21 (812.1)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me conceder saúde e determinação, nos momentos em que a exaustão ameaçava calar o entusiasmo. Agradeço à minha família: meu pai, Samuel Elias; minha mãe, Isabel Barros; e meus irmãos, Radhyja Elias e Marcos Barros, por estarem presentes em todos os momentos, especialmente nos mais difíceis. O apoio de vocês foi essencial para que eu chegasse até aqui. Também sou grata aos meus amigos Romário Santos e Carla Larissa, cuja escuta atenta, conselhos oportunos e amizade sincera fizeram toda a diferença ao longo desse percurso.

Ao Grupo de Pesquisa Socioeconômica do Maranhão (GPS), minha gratidão pelo acolhimento generoso, pelo aprendizado e pelas trocas que enriqueceram profundamente meu percurso. Aos amigos do grupo, obrigada pela convivência fraterna e pela disposição colaborativa que tanto me inspirou.

Aos professores do PPGeo, sou grata pelas contribuições. Cada disciplina, seminário, orientação e diálogo foi parte constitutiva desta jornada acadêmica. Agradeço à Nana Alves, sempre acolhedora; sua gentileza foi um alento em meio à rotina exigente da pesquisa e das viagens a São Luís.

À Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) e à Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), agradeço pelo apoio institucional e pelos ciclos de financiamento que viabilizaram este trabalho, assim como ao PPGeo, pelo suporte contínuo.

Deixo aqui meu agradecimento especial ao meu orientador, professor Dr. Allison Bezerra Oliveira, cuja presença constante desde a graduação foi marcada por paciência, generosidade, firmeza e até alguns necessários puxões de orelha. Minha sincera gratidão por tudo.

E, por fim, meu agradecimento a todos e todas que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa. Cada gesto, por menor que pareça, foi parte deste caminho.

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo compreender o uso corporativo do território pelos serviços de saúde na Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII) e seus reflexos durante a pandemia de Covid-19. Nessa perspectiva, partiu-se da análise da distribuição dos serviços médico-hospitalares sob a lógica da seletividade territorial, da dinâmica de mobilidade de pacientes em busca de atendimento e do processo de propagação da Covid-19 como fenômeno que revela e aprofunda desigualdades preexistentes na oferta regional de saúde. O recorte temporal da pesquisa abrange o período pandêmico de 2020 a 2022. Já o recorte espacial corresponde à Região Geográfica Imediata de Imperatriz, definida pelo IBGE em 2017 com base na centralidade funcional exercida por Imperatriz sobre os municípios que compõem essa unidade regional. Metodologicamente, a pesquisa desenvolveu-se em duas etapas articuladas, uma teórica, centrada na revisão bibliográfica e na construção conceitual, e outra técnico-analítica, voltada à sistematização e interpretação de dados secundários oriundos de fontes oficiais. A fundamentação teórica mobilizou autores centrais para a compreensão crítica do território e de seus usos seletivos, como Milton Santos (1996), Maria Laura Silveira (2011), Rogério Haesbaert (2007a), Claude Raffestin (1993), Marcelo Lopes de Souza (2008), Lucas Labigalini Fuini (2017), David Harvey (2005b), entre outros. A análise empírica baseou-se em dados públicos e oficiais do DataSUS, CNES, ANS, SIOPS, IBGE, bem como das pesquisas AMS/2005 e Estatísticas da Saúde (2009). Os resultados indicam que a distribuição seletiva de recursos, equipamentos, profissionais e estruturas de saúde intensifica fluxos compulsórios de mobilidade de pacientes, revelando as fissuras e contradições do processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) mas também da atuação do Estado na organização e garantia do direito à saúde, especialmente em territórios nos quais a oferta de serviços permanece subordinada a lógicas centralizadoras e desiguais. Tal configuração intensifica as assimetrias regionais no acesso aos serviços de média e alta complexidade, ao mesmo tempo em que reforça a dependência das áreas periféricas em relação ao centro regional. Essa centralização revela não apenas a fragilidade da regionalização do SUS, mas também a insuficiência da infraestrutura pública em responder, de maneira equânime, a situações de crise sanitária, condicionando deslocamentos contínuos e desiguais das populações em busca de atendimento.

Palavras-chave: Uso seletivo do território; Atenção à saúde; SARS-CoV-2; Região Geográfica Imediata de Imperatriz.

ABSTRACT

This research aims to understand the corporate use of territory by health services in the Immediate Geographic Region of Imperatriz (RGII) and its effects during the Covid-19 pandemic. From this perspective, the study is based on the analysis of the distribution of medical-hospital services under the logic of territorial selectivity, the dynamics of patient mobility in search of care, and the spread of Covid-19 as a phenomenon that reveals and deepens pre-existing inequalities in the regional provision of healthcare. The temporal scope of the research encompasses the pandemic period from 2020 to 2022. The spatial scope is the RGII, as defined by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) in 2017, based on the functional centrality exercised by Imperatriz over the municipalities that comprise this regional unit. Methodologically, the research unfolded in two interrelated stages, a theoretical stage, focused on bibliographic review and conceptual construction, and a technical-analytical stage, dedicated to the systematization and interpretation of secondary data from official sources. The theoretical foundation drew on key authors for a critical understanding of territory and its selective uses, such as Milton Santos (1996), Maria Laura Silveira (2011), Rogério Haesbaert (2007a), Claude Raffestin (1993), Marcelo Lopes de Souza (2008), Lucas Labigalini Fuini (2017), David Harvey (2005b), among others. The empirical analysis was based on data from DataSUS, CNES, ANS, SIOPS, IBGE, as well as from the AMS/2005 survey and the Health Statistics report (2009). The results indicate that the selective distribution of resources, equipment, professionals, and health infrastructure intensifies compulsory patient mobility flows, exposing the fissures and contradictions in the regionalization of Brazil's Unified Health System (SUS), as well as in the role of the State in organizing and ensuring the right to health especially in territories where service provision remains subordinated to centralizing and unequal logics. This configuration reinforces regional asymmetries in access to medium- and high-complexity services, while deepening the dependence of peripheral areas on the regional center. Such centralization reveals not only the fragility of SUS regionalization but also the inadequacy of public infrastructure in responding equitably to public health crises, resulting in continuous and unequal displacements of populations in search of care.

Keywords: Selective use of territory; Health care; SARS-CoV-2; Immediate Geographic Region of Imperatriz.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Região Geográfica Imediata de Imperatriz	19
Figura 2 – Procedimento metodológico para sistematização e análise dos dados	23
Figura 3 – Dimensões e abordagens do território no Brasil	37
Figura 4 – Dimensões do espaço geográfico	46
Figura 5 – Lógica do uso do território e suas inter-relações	47
Figura 6 – Estratégias corporativas modernas no uso do território	66
Figura 7 – Estrutura hierárquica dos níveis de atenção em sistemas de saúde	83
Figura 8 – Evolução das políticas de saúde no Brasil	89
Figura 9 – Saúde pública vs. Medicina previdenciária	90
Figura 10 – Estrutura e princípios do SUS	92
Figura 11 – Hierarquia dos serviços de saúde no Maranhão	127
Figura 12 – Resumo cronológico da pandemia no Brasil (2019-2023)	144
Figura 13 – Resumo cronológico da pandemia no Maranhão (2020-2023)	146
Figura 14 – Distribuição de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)	152
Figura 15 – Distribuição de policlínicas no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)	154
Figura 16 – Distribuição de clínicas/centros especializados no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)	158
Figura 17 – Distribuição dos hospitais gerais com serviços de alta complexidade no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)	162
Figura 18 – Distribuição de hospitais gerais habilitados com UTI no Maranhão	167
Figura 19 – Distribuição de hospitais gerais habilitados com UTI pediátrica no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)	169
Figura 20 – Distribuição e número de leitos de UTI em hospital geral no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)	170
Figura 21 – Distribuição de hospital especializado com serviços de alta complexidade no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)	172
Figura 22 – Distribuição e número de leitos de UTI em hospital especializado no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)	174
Figura 23 – Índice de diversidade econômica, comércio e serviços no Maranhão	181
Figura 24 – Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII)	182
Figura 25 – Índice de diversidade econômica, comércio e serviços na RGII	184
Figura 26 – Infraestrutura de transporte na RGII	186
Figura 27 – Atração em serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade	188

Figura 28 -	Distribuição de Unidades Básicas de Saúde (UBS) na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	191
Figura 29 –	Distribuição de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	193
Figura 30 –	Distribuição de policlínicas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	194
Figura 31 –	Distribuição de clínicas/centros de especialidade na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	197
Figura 32 –	Distribuição de hospitais gerais na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	199
Figura 33 –	Distribuição de hospitais gerais habilitados com UTI na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	201
Figura 34 –	Distribuição de hospitais gerais habilitados com UTI pediátrica na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	202
Figura 35 –	Distribuição de hospitais especializados na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	204
Figura 36 –	Distribuição de hospitais especializados com UTI na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	206
Figura 37 –	Distribuição de Serviços Complementares e de Apoio à Atenção em Saúde na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	207
Figura 38 –	Distribuição de equipes de saúde da família na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	210
Figura 39 –	Distribuição de médicos intensivistas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	211
Figura 40 –	Distribuição de médicos pneumologistas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	212
Figura 41 –	Distribuição de nefrologistas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	214
Figura 42 –	Distribuição de geriatras na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	216
Figura 43 –	Distribuição de imunologistas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	217
Figura 44 –	Distribuição de citopatologistas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	218
Figura 45 –	Distribuição de infectologistas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	220
Figura 46 –	Distribuição de aparelhos de ressonância magnética na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	223
Figura 47 –	Distribuição de tomógrafos na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	224
Figura 48 –	Distribuição de aparelhos raio-x na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	225
Figura 49 –	Distribuição de aparelhos de ultrassom na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	226
Figura 50 –	Distribuição de incubadoras na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	228
Figura 51 –	Distribuição de respiradores/ventiladores mecânicos na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	229

Figura 52 – Distribuição de reanimadores pulmonares na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	231
Figura 53 – Distribuição de monitores de pressão invasiva na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	232
Figura 54 – Distribuição de monitores de pressão não invasiva na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	234
Figura 55 – Distribuição de eletrocardiógrafos na RGII (2007, 2015 e 2020–2023) ..	235
Figura 56 – Distribuição de eletroencefalógrafos na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)	236
Figura 57 – Casos confirmados e óbitos registrados na RGII (2020-2022)	242
Figura 58 – Distribuição das doses aplicadas de vacina contra a covid-19 na RGII (2021 e 2022)	245
Figura 59 – Evolução da incidência acumulada de covid-19 na RGII (março/2020 – março/2022)	246
Figura 60 – Evolução da mortalidade acumulada de covid-19 na RGII (março/2020 – março/2022)	248
Figura 61 – Evolução da letalidade acumulada de covid-19 na RGII (março/2020 – março/2022)	250
Figura 62 – Complexidade dos fluxos hospitalares dirigidos a Imperatriz durante a pandemia de covid-19	252
Figura 63 – Internações por covid-19 ocorridas em Imperatriz (2020-2022), segundo município de residência na RGII	257
Figura 64 – Leitos de UTI covid-19 e leitos com suporte ventilatório pulmonar na RGII (2020-2022)	258

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Investimento em saúde no Brasil (1997-2023)	96
Gráfico 2 –	Investimento em saúde por região (2002-2023)	97
Gráfico 3 –	Estabelecimentos de saúde no Brasil (1975-2023)	98
Gráfico 4 –	Estabelecimentos de saúde por região (1975-2024)	99
Gráfico 5 –	Leitos hospitalares no Brasil (1975-2023)	101
Gráfico 6 –	Leitos hospitalares por região (2005-2023)	101
Gráfico 7 –	Estabelecimentos de saúde públicos e privados no Brasil (1975-2023)	107
Gráfico 8 –	Leitos públicos e privados no Brasil (1975-2023)	107
Gráfico 9 –	Planos de saúde registrados, por tipo de contratação (2024)	109
Gráfico 10 –	Operadoras de planos de saúde por modalidade no Brasil (2024)	110
Gráfico 11 –	Beneficiários de planos de saúde no Brasil (2000-2023)	111
Gráfico 12 –	Produção ambulatorial pública e privada no Brasil (2008-2023)	115
Gráfico 13 –	Produção hospitalar pública e privada no Brasil (2008-2023)	115
Gráfico 14 –	Cobertura da Atenção Básica no Brasil (2007-2023)	118
Gráfico 15 –	Taxa de cobertura de planos de saúde por região (2024)	118
Gráfico 16 –	Beneficiários de planos de saúde por região (2000-2023)	120
Gráfico 17 –	Faixa etária dos beneficiários de planos de saúde (2000)	121
Gráfico 18 –	Faixa etária dos beneficiários de planos de saúde (2023)	122
Gráfico 19 –	Estabelecimentos de saúde no Maranhão (1976-2023)	125
Gráfico 20 –	Cobertura da Atenção Básica no Maranhão (2007-2023)	126
Gráfico 21 –	Leitos públicos e privados no Maranhão (1981-2023)	129
Gráfico 22 –	Estabelecimentos de saúde públicos e privados no Maranhão (1981-2023)	131
Gráfico 23 –	Produção ambulatorial pública e privada no Maranhão (2008-2023)	131
Gráfico 24 –	Produção hospitalar pública e privada no Maranhão (2008-2023)	132
Gráfico 25 –	Beneficiários de planos de saúde em São Luís e Imperatriz (2000-2023)	134
Gráfico 26 –	Policlínicas públicas e privadas no Maranhão (2007, 2015 e 2020-2023)	156
Gráfico 27 –	Centros/clínicas de especialidade públicas e privadas no Maranhão (2007, 2015 e 2020-2023)	160
Gráfico 28 –	Hospitais gerais públicos e privados no Maranhão (2007, 2015 e 2020-2023)	164
Gráfico 29 –	Policlínicas públicas e privadas na RGII (2007, 2015 e 2020-2023) ...	195

Gráfico 30 –	Centros de especialidade públicos e privados na RGII (2007, 2015 e 2020-2023)	197
Gráfico 31 –	Hospitais gerais públicos e privados na RGII (2007, 2015 e 2020-2023)	200
Gráfico 32 –	Casos de covid-19 e óbitos confirmados na RGII em dois anos de pandemia (2020–2022)	240
Gráfico 33 –	Vacinas contra covid-19 aplicadas no Maranhão e na RGII (2021–2022)	244

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Instituições hospitalares privadas de destaque no Brasil (2024)	112
Quadro 2 –	Operadoras de planos de saúde, por modalidade, em destaque no Brasil (2024)	113
Quadro 3 –	Instituições hospitalares privadas de destaque no Maranhão (2024)	135
Quadro 4 –	Operadoras de planos de saúde, por modalidade, em destaque no Maranhão (2024)	136
Quadro 5 –	Classificação das Unidades de Terapia Intensiva (UTI)	167
Quadro 6 –	Regiões Intermediárias e Imediatas e seus polos de influência no Maranhão	180

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	–	Porte das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	150
Tabela 2	–	População e Produto Interno Bruto (PIB) por atividade econômica na RGII (2023)	185
Tabela 3	–	Leitos de UTI existentes e leitos SUS nos hospitais habilitados de Imperatriz (2023)	203
Tabela 4	–	Equipamentos por nível de atenção e preço estimado na RGII	222
Tabela 5	–	Internações por covid-19 em Imperatriz segundo a UF de residência dos pacientes (2020)	254
Tabela 6	–	Internações por covid-19 em Imperatriz segundo a UF de residência dos pacientes (2021)	255
Tabela 7	–	Internações por covid-19 em Imperatriz segundo a UF de residência dos pacientes (2022)	256

LISTA DE SIGLAS

AMS	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
OS	Organizações Sociais
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	O TERRITÓRIO E SEU USO CORPORATIVO	27
2.1	Território enquanto fundamento teórico e prática espacial	28
2.2	Os múltiplos usos do território na articulação de horizontes econômicos e sociais	43
2.3	O uso corporativo do território na era técnico-científico-informacional	57
3	A CORPORATIZAÇÃO DA SAÚDE E SUA MATERIALIZAÇÃO NO TERRITÓRIO	74
3.1	Economia política do território na organização e no acesso aos serviços de saúde	75
3.2	A relação entre os setores público e privado e as políticas de saúde e segmentação	102
3.3	Políticas de segmentação corporativa e desigualdades nos serviços de saúde do Maranhão	124
4	AS MODERNIZAÇÕES SELETIVAS NO TERRITÓRIO E AS FRAGILIDADES DOS SERVIÇOS DE SAÚDES NA REGIÃO GEOGRÁFICA IMEDIATA DE IMPERATRIZ	138
4.1	Fluidez e viscosidades na distribuição de serviços-médico-hospitalares no Maranhão	139
4.2	Modernização seletiva e os limites da fluidez na atenção de média e alta complexidade no Maranhão	150
4.3	A distribuição desigual de serviços-médico-hospitalares na Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII)	176
4.4	Seletividade espacial e dinâmicas de viscosidade nos estabelecimentos de saúde da RGII	190
4.5	Fluidez seletiva dos profissionais de saúde na RGII	209
4.6	Modernização seletiva e desigualdade nos usos do território pelos equipamentos médico-hospitalares na RGII	221
4.7	A pandemia de covid-19 e a intensificação dos usos desiguais do território na RGII	238
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	261
	REFERÊNCIAS	265
	APÊNCIDES	280

1 INTRODUÇÃO

A organização da assistência à saúde no Brasil, instituída a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamenta-se em três diretrizes estruturantes, a descentralização da gestão, a regionalização e hierarquização da rede de serviços, e a participação da comunidade nos processos decisórios (Matta, *et al.*, 2007). Essas diretrizes não operam apenas como princípios normativos abstratos, mas como dispositivos concretos de territorialização da política pública, que se inscrevem em um território socialmente produzido, atravessado por desigualdades históricas, disparidades estruturais e dinâmicas multiescalares de poder (Ribeiro, 2015).

Como argumentam Ribeiro (2015) e Faria e Bortolozzi (2009), a regionalização do cuidado à saúde requer o aprofundamento da abordagem territorial, não como mero expediente técnico-administrativo, mas como instrumento político-analítico capaz de articular o processo saúde-doença às múltiplas dinâmicas que configuram o território. Territorializar as políticas públicas de saúde, nesse sentido, pressupõem a leitura do território como processo social contraditório, estruturado por práticas seletivas, normas institucionais, relações desiguais de poder e racionalidades seletivas (Faria; Bortolozzi, 2009).

Essas dimensões, ao se entrelaçarem, redimensionam constantemente os sentidos da equidade e da universalidade no interior de um território federativo profundamente desigual (Ribeiro, 2015). Mais do que delimitar áreas de gestão, é necessário reconhecer o território como materialidade das práticas sociais e das territorialidades que nele se instauram (Faria; Bortolozzi, 2009).

Nesse cenário, ainda que orientadas constitucionalmente para a promoção da integralidade e da equidade, as diretrizes de descentralização e regionalização são frequentemente tensionadas por arranjos institucionais e lógicas seletivas de uso do território, que reproduzem desigualdades no acesso, no financiamento e na concentração de infraestrutura nos polos com maior densidade técnica, institucional e política (Ribeiro, 2015; Almeida, 2005).

Diante dessas contradições, torna-se necessário recorrer a uma concepção mais densa e dialética do território, capaz de dar conta da complexidade das relações que o estruturam e das múltiplas racionalidades que nele se sobrepõem. De acordo com Santos (2002, p. 9), “o território é o lugar onde desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações de sua existência”.

Essas interações moldam o uso do território, que constitui o espaço geográfico, caracterizado por formas, funções, estruturas e processos que se historicizam continuamente

(Santos, 1996). Dessa forma, o território não é estático, e sim constantemente reconfigurado por múltiplas dimensões sociais, políticas e econômicas, refletindo a complexidade das relações de poder na sociedade (Santos, 2002).

O território agrega tanto as obras humanas acumuladas ao longo do tempo quanto as ações contemporâneas, sendo continuamente transformado por técnicas, normas e práticas sociais. A divisão do trabalho destaca como o território é usado e estruturado (Silveira, 2011). No território, “as decisões políticas do Estado e das empresas se entrelaçam, atribuindo diferentes valores aos diversos tipos de trabalho e locais. É onde a vida da nação se desenrola” (Silveira, 2011, p. 35). A reconstrução constante do território, usado por gerações anteriores, ocorre “por meio de várias instâncias de produção e política, formando sistemas de objetos e normas expressas pelas ações contemporâneas desiguais” (Silveira, 2011, p. 35).

O uso do território pode ser entendido como uma “coleção de lugares que reúne todas as divisões territoriais do trabalho, capitais, tecnologias, formas organizacionais, consumos, produtos e valores” (Silveira, 2011, p. 36). Na era da globalização, alguns agentes se estendem pelo território, demonstrando crescimento econômico expressivo, muitas vezes com o apoio do Estado. As grandes corporações, por exemplo, estruturam suas divisões territoriais de trabalho de forma a promover uma difusão seletiva de recursos, enquanto concentram sua autoridade em poucas metrópoles (Santos, 1996; Silveira, 2011, 2018).

Essa perspectiva amplia a compreensão do território ao incorporá-lo como uma dimensão intrinsecamente vinculada às relações sociais, econômicas e políticas que o configuram e o transformam incessantemente (Silveira, 2011). Longe de ser uma entidade fixa, o território emerge como um reflexo das dinâmicas das interações humanas e dos processos históricos que lhe conferem materialidade e funcionalidade. Nessa complexa tessitura, o território é apropriado e ressignificado, constituindo-se como um espaço de manifestação e consolidação das relações de poder que o atravessam e o estruturam (Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001).

Essa lógica de uso seletivo intensifica desigualdades espaciais, privilegiando regiões estratégicas em detrimento de outras, numa dinâmica de concentração de recursos e atividades em locais onde as redes e os fluxos se tornam mais densos e estruturados (Santos; Silveira, 2001). Assim, o território deixa de ser apenas um espaço físico para se transformar em um palco estratégico da lógica do capital global, refletindo as tensões entre centralidade e periferia e reafirmando os processos de hierarquização espacial (Santos; Silveira, 2001).

Esse contexto apresenta um processo de uso do território marcado por profundas desigualdades e contradições, onde as práticas de apropriação refletem uma racionalidade

subordinada aos interesses do capital, orientados pela lógica corporativa e sua capacidade de instrumentalizar o território (Santos, 1996). Essa instrumentalização não se limita somente aos agentes econômicos privados, mas também encontra ressonância nas ações e omissões do Estado.

No âmbito da saúde, objeto desta análise, as contradições inerentes à atuação estatal tornam-se mais explícitas. Embora formalmente vinculado ao princípio constitucional da universalidade do acesso, o Estado opera, na prática, como vetor de intensificação das disparidades territoriais, seja por inação, seja por sua conivência com a lógica corporativa que instrumentaliza seletivamente o território (Santos, 1996; Albuquerque, 2006). Essa lógica, protagonizada majoritariamente pelo setor privado, encontra no próprio Estado o mediador de sua viabilização e legitimação.

Em economias periféricas, como a do Brasil e, de forma ainda mais evidente, no Maranhão e na Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII), essas dinâmicas se projetam de forma mais incisiva no território, destacando a fragilidade do Estado em se contrapor às forças que reproduzem e aprofundam as desigualdades. Paradoxalmente, é o próprio Estado, ao adotar uma lógica seletiva na distribuição dos objetos e das técnicas em saúde, que contribui para a concentração de investimentos em territórios historicamente dotados de densidade técnica, informacional e normativa (Santos; Silveira, 2001; Santos, 1996).

Na Região Geográfica Imediata de Imperatriz, situada no sudoeste do Maranhão, essa seletividade territorial manifesta-se de forma clara. Imperatriz, como município de maior centralidade urbano-regional, concentra grande parte da infraestrutura médico-hospitalar, enquanto os municípios vizinhos enfrentam limitações graves na oferta de serviços de média e alta complexidade. Esse cenário induz a mobilidade dos pacientes, ampliando os deslocamentos em busca de atendimento e revelando a fragmentação do sistema de saúde regional. Durante a pandemia, essa lógica de mobilidade não apenas sobrecarregou as unidades de saúde de Imperatriz, como também dificultou o controle epidemiológico, contribuindo para a propagação do vírus SARS-CoV-2 e agravando desigualdades preexistentes (Oliveira; Silva, 2022).

Assim, perpetua-se um modelo de organização no qual os frutos do desenvolvimento são apropriados de maneira seletiva, reforçando as desigualdades que estruturam as geografias do território (Santos; Silveira, 2001). Imperatriz, nesse contexto, constitui-se como um território de densidades técnicas, informacionais e normativas, concentrando recursos, estruturas e profissionais especializados. Por outro lado, os municípios periféricos permanecem relegados a uma infraestrutura insuficiente e fragmentada, incapaz de

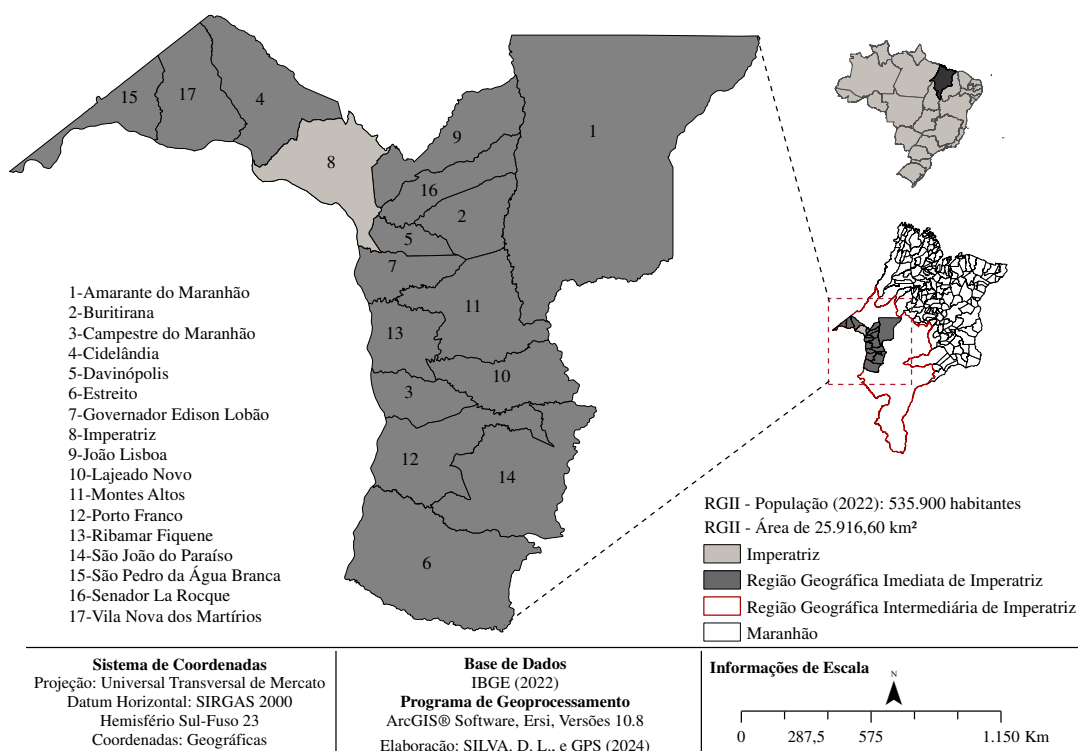
responder adequadamente às demandas impostas por crises sanitárias, aprofundando, assim, as desigualdades no acesso e na qualidade da assistência à saúde (Oliveira; Silva, 2023a, 2023b).

A partir desse contexto, que explicita a fragmentação territorial e a seletividade espacial na distribuição dos serviços de saúde, a pesquisa formula uma questão central: De que maneira a distribuição desigual desses serviços, moldada pela lógica corporativa de uso do território, afetou a mobilidade dos pacientes e a disseminação da Covid-19 na Região Geográfica Imediata de Imperatriz?

Esse questionamento se desdobra em três indagações complementares: De que forma o conceito teórico do uso corporativo do território orienta a seletividade espacial na oferta e na organização dos serviços de saúde? Em que medida essa lógica corporativa influencia a distribuição e o acesso aos serviços de saúde? E, finalmente, de que modo a seletividade territorial impacta a mobilidade dos pacientes e a eficácia na resposta dos serviços de saúde frente à propagação da Covid-19 na Região Geográfica Imediata de Imperatriz? A profundidade dessas questões visa não apenas à elucidação da dinâmica espacial, mas também à compreensão dos efeitos da estrutura territorial sobre os fluxos de saúde pública, tendo como pano de fundo a complexidade da pandemia.

Sob essa perspectiva, a presente pesquisa tem como objetivo geral compreender o uso corporativo do território pelos serviços de saúde na Região Geográfica Imediata de Imperatriz e seus reflexos na pandemia de Covid-19. Como objetivos específicos, propõe-se: a) verificar a distribuição dos serviços médico-hospitalares influenciada pelo uso corporativo do território na Região Geográfica Imediata de Imperatriz; b) analisar o processo de propagação da Covid-19 na Região Geográfica Imediata de Imperatriz; c) entender a dinâmica de mobilidade de pacientes, em meio à pandemia de Covid-19, motivada pela seletividade espacial na oferta de serviços de saúde na Região Geográfica Imediata de Imperatriz

Metodologicamente, adotou-se como recorte espacial a Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII) (Figura 1), situada no sudoeste do estado do Maranhão. Delimitada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2017, essa unidade regional é composta por 17 municípios: Amarante do Maranhão, Buritirana, Campestre do Maranhão, Cidelândia, Davinópolis, Estreito, Governador Edison Lobão, Imperatriz, João Lisboa, Lajeado Novo, Montes Altos, Porto Franco, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso, São Pedro da Água Branca, Senador La Rocque e Vila Nova dos Martírios. A definição da RGII baseia-se na direção e intensidade dos fluxos populacionais de deslocamento para o acesso a bens e serviços, sobretudo nas áreas da saúde, da educação e do comércio, refletindo padrões espaciais consolidados por relações cotidianas de dependência funcional (IBGE, 2017).

Figura 1 – Região Geográfica Imediata de Imperatriz

Fonte: IBGE (2022). Elaborado pela autora (2023)

Embora se reconheça a importância normativa da Região de Saúde de Imperatriz, instituída pela Resolução nº 44/2011 da Comissão Intergestores Bipartite do Maranhão (CIB/MA), instância de pactuação interfederativa no âmbito do SUS e responsável pela condução do processo de regionalização no estado (Maranhão, 2011), opta-se aqui pela RGII como recorte espacial, dada sua maior aderência às dinâmicas concretas de uso do território (IBGE, 2017).

Em consonância com a concepção de Santos (2000, p. 96), segundo a qual “o território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence [...]”. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população”, a RGII revela-se um referencial empírico mais sensível às dinâmicas de fluidez seletiva e de centralização assistencial que estruturam o uso corporativo do território. Esse recorte permite, portanto, a construção de uma análise crítica das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, aprofundadas no contexto da pandemia de Covid-19.

A presente análise se ancora em uma perspectiva teórico-metodológica predominantemente fundamentada no materialismo histórico-dialético, orientando-se pela

compreensão do território enquanto forma socialmente construída e historicamente apropriada, marcada pelas contradições inerentes ao modo de produção capitalista (Santos, 1996). À luz dos conceitos de território e uso corporativo do território, a partir da formulação teórica de Santos (1996, 2002, 2004) e Santos e Silveira (2001), busca-se interpretar as dinâmicas seletivas que regem a organização dos serviços de saúde, compreendidos como formas técnicas e normativas inscritas em um sistema de racionalidade instrumental.

Essa abordagem permite apreender como a distribuição territorial dos equipamentos médico-hospitalares, bem como das estruturas organizacionais e dos recursos em saúde, especialmente aqueles vinculados aos níveis de média e alta complexidade, se articula a lógicas seletivas, orientadas por interesses hegemônicos que instrumentalizam o território segundo uma racionalidade funcional à acumulação.

Esta pesquisa estrutura-se em duas etapas interdependentes, a primeira, dedicada à revisão bibliográfica e à construção da fundamentação teórica; a segunda, de natureza técnico-analítica, voltada para a sistematização e análise de dados secundários, com base em fontes oficiais. A base teórico-conceitual foi organizada em três eixos analíticos principais, que orientaram a construção dos capítulos 2, 3 e 4. O primeiro eixo, de natureza conceitual, fundamenta-se na discussão sobre o território e seus sucessivos usos, com ênfase na teoria crítica da Geografia. Foram mobilizados autores como Milton Santos (1996, 2002, 2004), Maria Laura Silveira (2011, 2018), Rogério Haesbaert (2004), Claude Raffestin (1993), Marcelo Lopes de Souza (2008), Lucas Labigalini Fuini (2014, 2017, 2020), David Harvey (2005b), entre outros.

Este eixo conceitual corresponde à segunda seção deste trabalho, *O território e seu uso corporativo*, que se desdobra em três subseções, a primeira (2.1) trata do território como fundamento teórico e expressão da totalidade da vida social; a segunda (2.2) examina os múltiplos usos do território em suas articulações conflitivas com interesses econômicos, políticos e sociais; e a terceira (2.3) aprofunda a ideia de uso corporativo do território na era técnico-científico-informacional, destacando a técnica e a norma como vetores de seletividade espacial.

O segundo eixo aprofunda a relação entre saúde, território e seletividade. Baseado na literatura da geografia da saúde e da economia política do território, e fundamentado por autores como Almeida (2005), Albuquerque (2006), David (2010), Faria e Bortolozzi (2009) e outros, busca-se compreender como a lógica de corporatização da saúde se manifesta territorialmente. Esse aprofundamento teórico e analítico resultou na elaboração da terceira seção, *A corporatização da saúde e sua materialização no território*, que é composta por três

subseções, a primeira (3.1) explora a dinâmica econômica e política e seu impacto no acesso aos serviços de saúde; a segunda (3.2) analisa as interações entre os sistemas de saúde público e privado e como isso afeta a regionalização da oferta; e a última (3.3) detalha as políticas de segmentação corporativa na saúde e suas manifestações no contexto do Maranhão.

Já o terceiro eixo diz respeito à quarta seção do trabalho, intitulada *As modernizações seletivas no território e as fragilidades dos serviços de saúde na Região Geográfica Imediata de Imperatriz*. Esta seção aprofunda a análise e é composta por sete subseções que discutem os seguintes pontos, (4.1) a fluidez e as viscosidades na distribuição dos serviços médico-hospitalares no Maranhão; (4.2) os limites da fluidez na atenção de média e alta complexidade no estado; (4.3) a distribuição desigual dos serviços médico-hospitalares na Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII); (4.4) as dinâmicas de seletividade espacial e viscosidade nos estabelecimentos de saúde da RGII; (4.5) a fluidez seletiva dos profissionais de saúde na região; (4.6) os usos desiguais do território pelos equipamentos médico-hospitalares; e (4.7) o papel da pandemia de Covid-19 como catalisador das desigualdades preexistentes no uso do território pela saúde.

A segunda etapa da pesquisa, portanto, corresponde à execução técnico-analítica do trabalho, com foco na produção empírica a partir de dados secundários, permitindo revelar as expressões espaciais da seletividade no território, no setor da saúde. Do ponto de vista metodológico, a pesquisa adota dois momentos distintos de recorte temporal, em consonância com os objetivos específicos de cada etapa da análise empírica.

Para a terceira seção, dedicada à compreensão das relações estruturais entre saúde, território e seletividade, foi adotado um recorte baseado em séries históricas contínuas, partindo do ano inicial disponível nas bases de dados oficiais, especialmente aquelas do DataSUS, CNES, SIOPS, ANS, AMS/IBGE e outras. Essa delimitação temporal permitiu acompanhar, a dinâmica evolutiva dos investimentos públicos em saúde, da estrutura da rede assistencial e da atuação dos setores público e privado, oferecendo subsídios para a análise das mudanças graduais e persistentes que moldam o sistema de saúde brasileiro, com ênfase no estado do Maranhão e RGII. Para a quarta seção, orientada por uma análise que articula representações cartográficas a uma leitura crítica da seletividade na oferta e no acesso aos serviços médico-hospitalares, a pesquisa adota uma periodização estratégica, focada nos contrastes centrais que evidenciam o uso desigual do território na esfera da saúde.

Como ponto de partida desse recorte temporal, sobretudo para a quarta seção, foi tomado o ano de 2007 como marco inicial, por representar o início da sistematização padronizada das informações nas bases do DataSUS e do CNES, além de coincidir com o ciclo

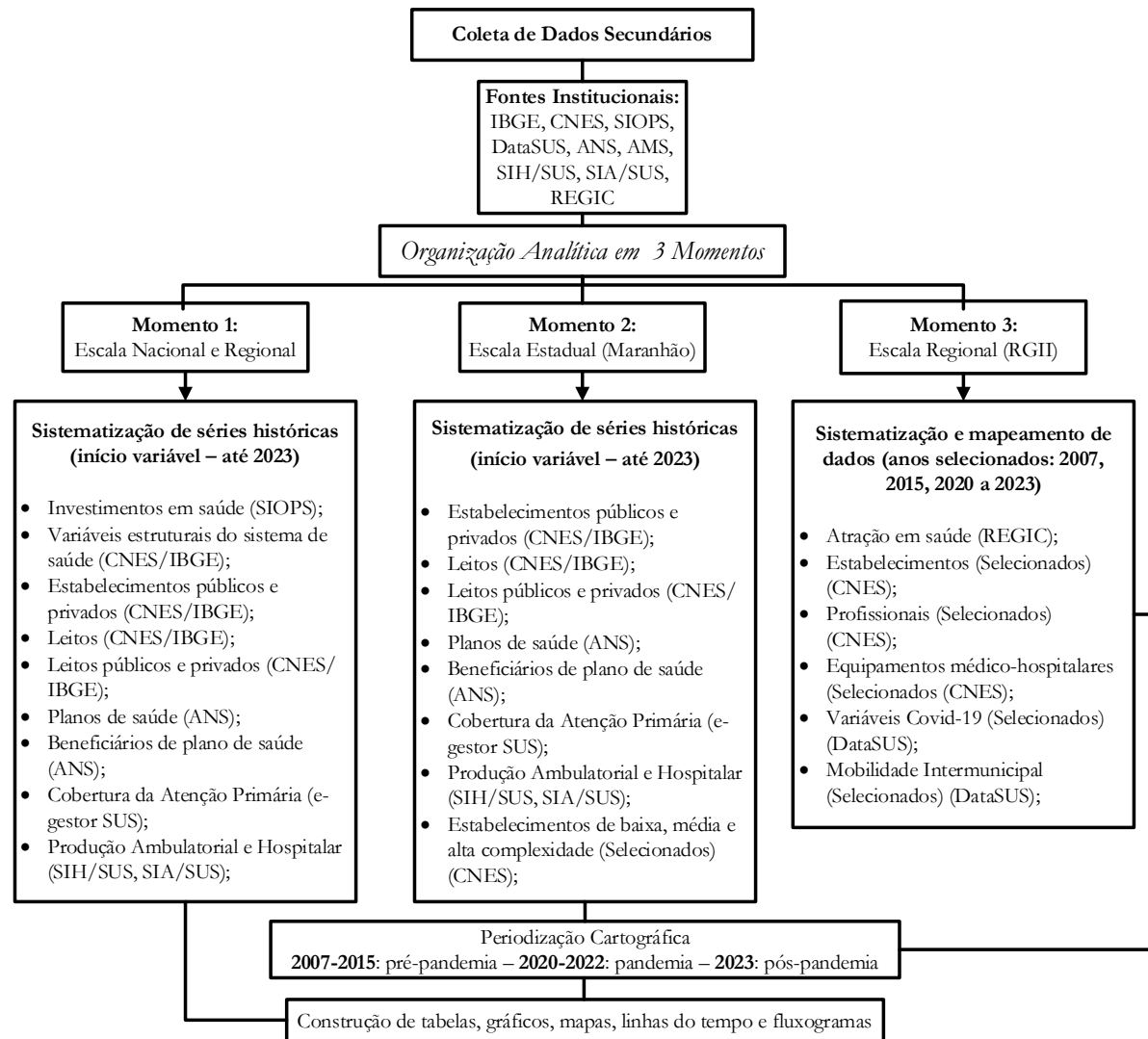
de consolidação das principais políticas estruturantes do SUS. O ano de 2015 foi estabelecido como marco intermediário do período pré-pandêmico, permitindo identificar as tendências estruturais acumuladas até a eclosão da crise sanitária. O intervalo de 2020 a 2022 compreende os anos centrais da pandemia de Covid-19 e constitui o recorte principal desta etapa da pesquisa, sendo, por isso, especialmente enfatizado na produção cartográfica e na análise espacial da seletividade territorial. Finalmente, o ano de 2023 é tomado como ponto de chegada da análise, possibilitando a observação dos efeitos imediatos do ciclo pandêmico sobre a organização territorial da oferta de serviços de saúde.

Ao compreender o território como uma instância histórica e política de mediação dos fluxos técnicos e institucionais, torna-se necessário um olhar que ultrapasse os recortes conjunturais e permita identificar continuidades e discontinuidades nas dinâmicas de uso seletivo do território (Santos, 1996). Assim, a periodização adotada visa compreender não apenas os efeitos imediatos da pandemia, mas também avaliar em que medida as dinâmicas de concentração, seletividade e exclusão territorial constituem estruturas persistentes ou transformações em curso no tempo histórico.

O levantamento de dados foi sistematizado em três momentos distintos, em consonância com os objetivos da pesquisa. No primeiro momento, a análise concentrou-se nos dados de saúde em escala nacional e regional. Realizou-se a sistematização de séries históricas, com ênfase em variáveis estruturais e funcionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (Figura 2) (Brasil, 2024a, 2024b, 2024c, 2024d, 2024f, 2025a, 2025b, 2025c).

Dentre essas variáveis, destacam-se aquelas que permitem apreender a organização e a dinâmica interna do sistema de saúde, como: (i) o valor dos investimentos públicos em saúde, obtido por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), ajustado conforme as possibilidades de desagregação temporal dos dados; (ii) o número de estabelecimentos de saúde, públicos e privados, analisado a partir do cruzamento entre os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e das bases da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS/2005) e da publicação *Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária* (2009), do Ministério da Saúde; e (iii) a distribuição e o tipo de leitos hospitalares disponíveis, também classificados conforme a natureza pública ou privada da oferta (Figura 2) (Brasil, 2024a, 2024b, 2024c, 2024d, 2024f).

Figura 2 – Procedimento metodológico para sistematização e análise dos dados



Fonte: A autora (2025)

Complementarmente, foram organizadas e tratadas variáveis provenientes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), relacionadas aos beneficiários de planos de saúde, com dados sobre faixa etária, cobertura e abrangência dos contratos, bem como informações sobre as operadoras e as modalidades de planos existentes. Por fim, integraram-se ao conjunto de dados informações sobre a produção ambulatorial e hospitalar, além da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), todas obtidas e refinadas a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do DataSUS e da plataforma e-Gestor SUS (Brasil, 2024a, 2024b, 2024c, 2024d, 2024f).

O segundo momento da coleta de dados concentrou-se na organização e sistematização de informações referentes ao estado do Maranhão, com o objetivo de aprofundar a análise em uma escala intermediária e captar as particularidades estaduais da oferta e do uso dos serviços de saúde. Foram mobilizadas diversas bases oficiais, entre as quais se destacam, o

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), além de dados complementares disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pela *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária* (AMS/IBGE) e pela plataforma e-Gestor SUS (Brasil, 2024b, 2024c, 2024d, 2024e, 2024f, 2024g).

Nesse recorte estadual, foram analisadas as seguintes variáveis, o número total de estabelecimentos de saúde, públicos e privados; a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS); o número e o tipo de leitos hospitalares disponíveis, conforme a natureza da gestão (pública ou privada); a produção hospitalar e ambulatorial em unidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS); e o número de beneficiários de planos de saúde, bem como as operadoras e os tipos de planos ofertados. O cruzamento dessas informações permitiu construir um panorama da estrutura assistencial no Maranhão, revelando desigualdades e padrões seletivos de atendimento que contribuem para o entendimento da organização e funcionamento da rede estadual de saúde.

O terceiro momento da coleta de dados foi voltado à análise aprofundada das infraestruturas e dinâmicas assistenciais em duas escalas complementares, estadual (Maranhão) e regional, com ênfase na Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII). Inicialmente, realizou-se um mapeamento detalhado dos estabelecimentos de atenção primária à saúde no estado, com foco específico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Equipes de Saúde da Família (ESF), observando-se sua distribuição territorial, cobertura populacional e estrutura física. Em seguida, a análise concentrou-se nos estabelecimentos de média e alta complexidade, incluindo Unidades de Pronto Atendimento (UPA), policlínicas, centros de especialidades, hospitais gerais, hospitais especializados, bem como aqueles habilitados para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e para a oferta de serviços de alta complexidade.

Para a escala regional, com foco na Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII), os dados foram extraídos e organizados a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), abrangendo três eixos principais: (i) a estrutura física dos estabelecimentos de saúde; (ii) a disponibilidade de profissionais especializados; e (iii) os equipamentos médico-hospitalares.

Além disso, foram integradas variáveis relativas à difusão da Covid-19 e à mobilidade populacional regional de pacientes em busca de atendimento hospitalar. No conjunto de variáveis relativas aos estabelecimentos de saúde, foram incluídos, Unidades

Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), policlínicas, centros de saúde, hospitais gerais e especializados, unidades com habilitação para UTI e para serviços de alta complexidade, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, unidades móveis de urgência e unidades móveis terrestres, além dos centros de imunização.

No que se refere aos profissionais de saúde, foram consideradas especialidades médicas cuja atuação se revelou estratégica no contexto da pandemia, tanto pela centralidade no enfrentamento clínico da Covid-19 quanto pela inserção nos circuitos estruturantes dos serviços de média e alta complexidade. A seleção dessas categorias profissionais não se deu apenas por sua relevância epidemiológica, mas também por sua capacidade de expressar os mecanismos seletivos de distribuição da força de trabalho em saúde no território. Foram selecionadas, nesse recorte, as seguintes especialidades, citopatologistas, imunologistas, infectologistas, intensivistas, geriatras, nefrologistas e pneumologistas.

Para a análise dos equipamentos médico-hospitalares, foram considerados os seguintes dispositivos, aparelhos de ressonância magnética, tomógrafos, equipamentos de raio-X, ultrassons, incubadoras, ventiladores mecânicos, reanimadores, monitores de pressão invasiva e não invasiva, eletrocardiógrafos e eletroencefalógrafos. A seleção dessas variáveis visou apreender não apenas a capacidade instalada dos serviços de saúde, mas também a distribuição territorial da infraestrutura técnica essencial ao atendimento de casos complexos durante a crise sanitária.

Quanto às variáveis diretamente relacionadas à pandemia de Covid-19, foram incluídos, o número de casos e óbitos; a disponibilidade de leitos clínicos e de UTI, tanto gerais quanto exclusivos para Covid-19; a existência de leitos com suporte ventilatório específico para pacientes com Covid-19; os índices de incidência, mortalidade e letalidade; e os fluxos intermunicipais de pacientes para internações. Essas informações permitiram apreender as disparidades no acesso, bem como as condições estruturais e funcionais do território sanitário regionalizado sob o impacto da pandemia.

Nesse contexto, este trabalho está estruturado de forma contínua, sendo composto pela introdução, considerações finais e três outras seções inter-relacionadas. A primeira delas, intitulada *O território e seu uso corporativo*, discute o conceito de território como fundamento teórico e prática espacial, os múltiplos usos do território na articulação de horizontes econômicos e sociais, bem como seu uso corporativo na era técnico-científico-informacional. O objetivo dessa seção é apresentar o ponto de partida conceitual da pesquisa, de modo a evidenciar como o território, enquanto base teórica, configura-se como abrigo e recurso de disputas, moldado por dinâmicas políticas, sociais e econômicas.

A segunda seção, intitulada *A corporatização da saúde e sua materialização no território*, aborda a economia política do território na organização e no acesso aos serviços de saúde, examinando a relação entre os setores público e privado, as políticas de saúde, a segmentação corporativa e as desigualdades nos serviços de saúde no Maranhão. Essa seção aprofunda a discussão sobre a economia política do território e as dissonâncias decorrentes da coexistência das lógicas pública e corporativa na oferta dos serviços de saúde, no Brasil, no Nordeste e, especialmente, no estado do Maranhão.

Por fim, a terceira seção, intitulada *As modernizações seletivas no território e as fragilidades dos serviços de saúde na Região Geográfica Imediata de Imperatriz*, dedica-se à análise empírica da fluidez e das viscosidades na distribuição dos serviços médico-hospitalares no Maranhão. Examina, em particular, a distribuição desigual desses serviços na Região Geográfica Imediata de Imperatriz e os fluxos relacionados à difusão da covid-19 e ao atendimento de pacientes durante a pandemia. O objetivo é demonstrar como a seletividade territorial molda o acesso aos serviços e aprofunda as desigualdades, impactando diretamente a capacidade de resposta do sistema de saúde, sobretudo em contextos de crise.

2 O TERRITÓRIO E SEU USO CORPORATIVO

A presente discussão toma o território como um conceito-chave na geografia crítica, compreendido não apenas como uma delimitação física ou administrativa, mas como uma totalidade viva, produzida e constantemente transformada pela ação humana. Corresponde a uma construção socioespacial resultante da articulação entre sistemas de objetos e sistemas de ações, manifestando-se como um espaço apropriado por relações de poder e práticas sociais que nele se inscrevem (Santos, 1996). Essa construção, entretanto, não é estática, é um processo dinâmico, no qual as formas materiais e imateriais se entrelaçam, configurando aquilo que Santos (1996) denomina formas-conteúdo.

O território, enquanto categoria fundamental, transcende a mera materialidade do espaço, configurando-se como uma construção social e política intrinsecamente vinculada a processos históricos de controle e apropriação. Sua formação resulta da interação entre diversos agentes que, ao longo do tempo, estabelecem relações de poder capazes de normatizar e condicionar seu uso. Nesse sentido, o território se destaca não apenas como um campo de disputas e transformações, mas como um elemento dinâmico, constantemente moldado por intenções e interesses que o atravessam, refletindo a complexidade de sua natureza social (Santos, 1996).

Esta seção organiza-se em três subseções, cada uma dedicada à compreensão do território sob diferentes perspectivas, (i) como fundamento teórico e prática espacial; (ii) em seus múltiplos usos na articulação de horizontes econômicos e sociais; e (iii) no contexto do uso corporativo do território na era técnico-científico-informacional.

Inicialmente, aborda-se a evolução do conceito de território na geografia, cuja compreensão foi sendo transformada ao longo do tempo, acompanhando as dinâmicas da própria sociedade, da geografia tradicional à contemporânea. Tal percurso permite entender as mudanças na forma como o território é percebido, de uma concepção predominantemente estática e delimitada para uma abordagem que enfatiza sua dinamicidade, as relações de poder e as práticas socioespaciais que o constituem.

Em seguida, discutem-se os múltiplos usos do território na articulação de horizontes econômicos e sociais. Destaca-se que o território é apropriado por, e a partir de, relações de poder, em uma dinâmica de modernização incompleta, marcada pela coexistência de temporalidades distintas e pela acumulação desigual de tempos (Santos, 1996).

Por fim, discute-se o uso corporativo do território na era técnico-científico-informacional, expondo como as corporações se apropriam estrategicamente do espaço. Apoiadas em infraestruturas técnicas e redes informacionais, essas práticas corporativas consolidam a

lógica da fluidez, essencial na economia globalizada, ao mesmo tempo em que reforçam as desigualdades territoriais.

2.1 Território enquanto fundamento teórico e prática espacial

O território impõe-se como uma categoria central para a compreensão das dinâmicas do mundo contemporâneo, por condensar as formas pelas quais o espaço é apropriado, configurado e transformado pelas práticas sociais. Mais do que um mero suporte físico ou cenário da ação, o território constitui-se como expressão material e simbólica das relações de poder, inscrevendo no espaço tanto identidades coletivas quanto contradições que articulam o social ao geográfico. Nesse sentido, apresenta-se como uma chave analítica indispensável à geografia, ao permitir a decifração da complexa interação entre estruturas sociais e práticas espaciais, elementos que se manifestam e se recriam continuamente no tecido espacial (Stürmer; Costa, 2017).

Do ponto de vista histórico, a noção de território antecede a institucionalização da Geografia como disciplina acadêmica, tendo emergido, inicialmente, nas ciências naturais, especialmente na Biologia e na Zoologia, a partir dos estudos etológicos que associavam o território ao comportamento de demarcação e defesa de áreas de influência por determinadas espécies (Terra, 2009).

Posteriormente, com a consolidação da Geografia Política Clássica no século XIX, particularmente na Alemanha e na França, o conceito foi apropriado e ressignificado pelas ciências humanas, passando a ser associado à noção de território nacional e à soberania do Estado (Stürmer; Costa, 2017; Ferreira, 2014; Coelho Neto, 2013; Terra, 2009). Segundo Fuini (2017), essa concepção tradicional compreendia o território como expressão do poder jurídico e administrativo do Estado, encarregado da definição e manutenção de fronteiras físicas ou naturais.

Contudo, conforme observa Ferreira (2014), esse entendimento passou a ser questionado a partir da constituição da Geografia como ciência, que desloca o foco do território como dado estático e legal para uma abordagem mais dinâmica, marcada pelas relações de poder que o produzem e o transformam (Ferreira, 2014; Terra, 2009).

Conforme argumenta Ferreira (2014), no processo de institucionalização da Geografia como disciplina, o esforço dos estudiosos concentrava-se na delimitação dos contornos e atributos do território, geralmente sob a ótica centralizada do poder estatal. A Geografia Política, nesse contexto, direcionava sua atenção para a análise das fronteiras e do

controle territorial, dimensões consideradas fundamentais à afirmação da soberania e à constituição da identidade nacional (Coelho Neto, 2013). Tal enfoque refletia as demandas políticas e militares de um período historicamente marcado pela consolidação dos Estados-nação e pelo avanço das práticas coloniais.

Como observa Fuini (2017), grande parte da produção teórica sobre o território emergiu sob o predomínio de uma racionalidade estatal, na qual o território se configurava como extensão material e simbólica do poder. As fronteiras, longe de serem simples linhas de separação no espaço, operavam como dispositivos de legitimação da autoridade e da ordem política instituída. No entanto, à medida que os imperativos do Estado se reconfiguram e as formas de exercício do poder se tornam mais complexas, a leitura geográfica do território também é convocada a ultrapassar o reducionismo institucional, incorporando múltiplas determinações e abrindo-se à pluralidade de usos, agentes e escalas que tensionam a totalidade espacial (Terra, 2009).

Ernest Renan, em seu ensaio *O que é uma nação?* (1882)¹, define a nação como uma alma espiritual e uma solidariedade fundada em memórias compartilhadas e na vontade coletiva de coexistir, superando fronteiras físicas e legais. Complementando essa perspectiva, Benedict Anderson, em *Comunidades Imaginadas* (1983)², argumenta que as nações são construções culturais imaginadas por indivíduos que compartilham uma identidade, mesmo sem se conhecerem pessoalmente.

A concepção de nação como vínculo simbólico e imaterial permite desvelar a intrincada tessitura que articula território, povo e Estado, evidenciando que tais categorias, embora frequentemente confundidas, operam segundo lógicas distintas e nem sempre coincidentes (Ferreira, 2014). O Estado, enquanto forma jurídico-política, exige a conjunção de um território definido, uma população reconhecida e um governo instituído. A nação, por sua vez, funda-se na relação histórica e cultural entre o povo e o território, mesmo quando desprovida de uma institucionalidade estatal formalizada (Andrade, 1994).

Como afirmam Santos e Silveira (2001), o território é o nome político do espaço de um país, ou seja, a materialidade espacial dotada de um regime normativo (Fuini, 2014). Contudo, um país só se constitui plenamente com um território, ao passo que uma nação pode persistir mesmo na ausência de um Estado, subsistindo como projeto, memória e identidade em busca de realização histórica (Souza, 2004).

¹ RENAN, E. **O que é uma nação?** Lisboa: Relógio D'Água, 1882.

² ANDERSON, B. **Comunidades imaginadas**: reflexões sobre a origem e a difusão do nacionalismo. São Paulo: Companhia das Letras, 1983.

Sob uma perspectiva política mais ampla, o território ultrapassa a condição de mero suporte físico do Estado, constituindo-se como instância fundadora da própria ideia de Estado-nação, ao lado do povo e da soberania (Fuini, 2014; Santos; Silveira, 2001). Mais do que cenário, o território é um produto histórico das práticas sociais, e sua materialidade é continuamente redefinida pelo uso que a sociedade faz do espaço, um uso seletivo, hierarquizado e conflitivo, como assinala Santos (1996). Ainda que delimitado por fronteiras juridicamente fixadas, o território revela-se como forma histórica em constante transformação, cujas extensões, contornos e funções variam conforme as correlações de força, os conflitos de classe e os arranjos de poder que moldam, de modo desigual, a ocupação e a apropriação do espaço (Santos, 1996).

Assim, “a formação do território confere aos habitantes a consciência de participação, fomentando um sentido de territorialidade que, de forma subjetiva, promove a confraternização entre eles” (Andrade, 1995, p. 20). Na mesma direção, Santos e Silveira (2001, p. 27) destacam que “o sentido da palavra territorialidade, entendido como pertencimento àquilo que nos pertence, ultrapassa a raça humana e independe da existência de um Estado”.

A concepção de território é intrinsecamente complexa e polissêmica, abrangendo tanto as dinâmicas sociais e culturais quanto os espaços físicos habitados por diversas espécies, humanas e não humanas (Haesbaert, 1997). Essa versatilidade conceitual permite sua aplicação em múltiplos campos do saber, desde os territórios abstratos da filosofia até as configurações políticas e geográficas dos Estados-nação (Haesbaert, 1997).

Essa flexibilidade semântica não apenas amplia sua utilidade nas mais diversas disciplinas, como também foi decisiva para seu desenvolvimento histórico. No século XIX, o conceito de território ganhou densidade teórica por meio dos estudos de geógrafos, sobretudo no campo da Geografia Política, onde passou a ser associado às noções de Estado e fronteira (Fuini, 2017; Ferreira, 2014). Nesse processo, a Geografia Política consolidou-se como disciplina acadêmica voltada à compreensão das interações entre espaço e poder, tendo o território como categoria central para a análise das dinâmicas políticas e sociais que moldaram os Estados-nação emergentes. Um exemplo emblemático dessa abordagem é a teoria do *espaço vital*, formulada por Friedrich Ratzel no final daquele século (Terra, 2009).

Foi nesse cenário de formação dos Estados-nação imperialistas que o geógrafo alemão, atento ao papel do Estado no controle territorial, trouxe o conceito de território para o centro do discurso geográfico moderno, em obras como *Antropogeografia* (1882–1889) e *Geografia Política* (1887), conforme comenta Fuini (2020).

Segundo Moraes (2007), na geografia política de Ratzel o território é comparado ao corpo do Estado, frequentemente vinculado ao solo e aos recursos naturais. Para o autor, o território é concebido como um *espacio vital* (*Lebensraum*), que deve ser dominado, protegido e expandido para garantir o progresso de um povo (Fuini, 2020; Moraes, 2007).

El territorio, siempre constante y ubicado en el mismo lugar del espacio, sirve como soporte rígido a los humores, a las cambiantes aspiraciones de los hombres, y cuando estos olvidan este sustrato, les hace sentir su autoridad y les recuerda, mediante serias advertencias, que toda la vida del Estado tiene sus raíces en la tierra. El territorio, por el simple hecho de ofrecer un punto de referencia fijo en medio de los constantes *cambios de las manifestaciones vitales*, tiene ya, en sí mismo, algo de universal (Ratzel, 1982, p. 202). (Grifos da autora).

O conceito de território desenvolvido por Ratzel estava profundamente vinculado ao Estado-nação, visto por uma lente biológica, ou visão organicista, na qual o território era comparado ao corpo do Estado. Essa abordagem refletia o pensamento determinista predominante à época, com foco em objetivos geopolíticos e na apropriação do solo e dos recursos naturais (Fuini, 2017; Moraes, 2007). De acordo com Ratzel (1982), a força de um Estado dependia do controle que exercia sobre seu território, estabelecendo uma hegemonia fundada na exploração dos recursos disponíveis para o desenvolvimento da nação e do próprio Estado.

Com o declínio das abordagens deterministas e a emergência de novas perspectivas na Geografia, como o possibilismo e a geografia cultural, o conceito de território perdeu sua centralidade (Fuini, 2017). Nessa transição, categorias como espaço, meio, habitat, paisagem e lugar passaram a ocupar posição de destaque nos trabalhos de pensadores como Immanuel Kant, Alexander von Humboldt e Karl Ritter, relegando o termo “território” a um papel secundário. Liderada por Paul Vidal de La Blache, a escola possibilista introduziu a ideia de que os seres humanos exercem um papel ativo na modificação e adaptação ao meio, contrapondo-se ao determinismo geográfico de Ratzel (Terra, 2009). A Nova Geografia e a Geografia Cultural expandiram esse horizonte, enfatizando a importância das práticas culturais e sociais na formação dos espaços geográficos (Fuini, 2017).

No entanto, houve pouco avanço na formulação de bases teóricas mais robustas, o que resultou na persistência de uma abordagem tradicional e limitada da noção de território. Tal lacuna é particularmente preocupante em um campo que, em tese, deveria contemplar uma diversidade significativa de conceitos de territorialidade e uma ampla gama de tipologias territoriais (Souza, 2001).

Entre as décadas de 1950 e 1970, novas abordagens emergiram em reação à hegemonia do positivismo e do neopositivismo na ciência geográfica, ganhando força

especialmente no Brasil. Essas perspectivas renovadas destacaram a relevância dos processos históricos e sociais na ocupação e configuração do espaço geográfico. Como observa Ferreira (2014), esse movimento não apenas reintroduziu o conceito de território no debate acadêmico, como também passou a interpretá-lo como produto de dinâmicas sociais e históricas, rompendo com a leitura puramente técnica e objetivista da geografia.

No contexto brasileiro, geógrafos como Milton Santos foram decisivos ao propor uma concepção de território não mais restrita à sua materialidade ou função administrativa, mas comprometida com a inteligibilidade das práticas sociais e das determinações históricas que o constituem. A partir dessa inflexão teórica, consolida-se uma abordagem crítica e totalizante do espaço geográfico, compreendido como expressão das relações sociais em movimento (Fuini, 2017; Santos, 1996). Nesse horizonte, ganham relevo novas perspectivas analíticas que ressaltam a indissociabilidade entre os fatores sociais, econômicos e ambientais na gênese e na metamorfose dos territórios, concebidos, agora, como produtos e condições das contradições que estruturam a vida concreta (Fuini, 2017, 2020; Coelho Neto, 2013).

É nesse contexto que a Geografia Crítica, orientada pelo materialismo histórico-dialético, reformula o conceito de território a partir da abordagem marxista (Terra, 2009). Nessa perspectiva, o território é definido pelo uso que a sociedade faz de uma área específica, por meio de uma relação de apropriação mediada pelo trabalho vivo (Fuini, 2017; Santos, 1996). A preocupação central desloca-se para a compreensão das transformações econômicas, políticas e sociais que emergem da reorganização territorial em escala global, intensificada no final do século XX com a ascensão do capitalismo flexível e da globalização econômica (Terra, 2009). Esse período é marcado pelo aumento dos fluxos de capital, pela intensificação das desigualdades e pela reconfiguração de territórios (Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001).

Enquanto isso, Jean Gottmann (2012) oferece uma perspectiva centrada na relação entre espaço e política. O autor concebe o território como uma porção do espaço geográfico que coincide com a extensão da jurisdição de um governo, atuando como suporte físico para o corpo político organizado sob uma determinada estrutura estatal. Para ele, o território não é apenas uma entidade física, mas também um instrumento moldado e utilizado em contextos políticos (Gottmann, 2012). Gottmann a enxerga como a conexão ideal entre espaço e política, destacando sua evolução histórica e sua importância para a noção de soberania, tanto no Direito Internacional quanto no Constitucional (Gottmann, 2012).

Além disso, Gottmann (2012) amplia essa compreensão ao argumentar que o território se manifesta de múltiplas formas, a saber, a) por meio dos diferentes usos que o caracterizam como espaço de proteção e desenvolvimento, ou como recurso moldado por

relações interpessoais e econômicas; b) como um ente psicossomático, que integra componentes físicos e mentais, oferecendo base para a liberdade e a singularidade das comunidades; e c) na dialética entre os fluxos de movimento e a simbologia associada aos lugares, frequentemente fontes de disputa e competição (Fuini, 2017; Gottmann, 2012).

Essa pluralidade de perspectivas contribuiu para o movimento de redescoberta do conceito de território, intensificado no final dos anos 1970 e ao longo da década de 1980 (Ferreira, 2014; Terra, 2009). Esse período foi marcado por uma ruptura com o pensamento positivista, dominante desde o final do século XIX, e continua a influenciar o pensamento geográfico contemporâneo. A renovação da Geografia nesse contexto incorporou tanto os fundamentos do materialismo histórico-dialético quanto os aportes da fenomenologia, ampliando as interpretações sobre o território e diversificando os objetos e objetivos da análise geográfica (Ferreira, 2014).

Com o avanço do capitalismo pós-fordista, o conceito de território passou a se adequar às transformações socioespaciais e político-institucionais contemporâneas. As práticas cada vez mais complexas de produção, troca, comércio e circulação de capital reconfiguraram o ordenamento territorial, refletindo a fluidez e a volatilidade da economia global (Terra, 2009). Nesse cenário, o território deixa de ser concebido como um espaço fixo e se torna uma instância multidimensional, moldada por processos econômicos que transcendem fronteiras nacionais e reestruturam as relações espaciais e temporais (Harvey, 2005b; Santos, 1996).

A nova racionalidade econômica, fundada nas exigências do capital globalizado, manifesta-se por meio de práticas territoriais seletivas, que redesenham profundamente a organização dos lugares (Santos, 2002). As decisões relacionadas ao uso do território deixam de ser apenas expressões de políticas locais e passam a integrar uma engrenagem mais ampla, subordinada à lógica sistêmica do modo de produção capitalista (Santos, 1996).

Nesse processo, o capitalismo demonstra uma notável capacidade de articular espaço e tempo em escala planetária, ajustando seus circuitos produtivos às injunções da economia mundializada (Harvey, 2005b). Segundo E. Sposito e M. Sposito (2020), essa articulação se materializa na fragmentação espacial da indústria, na instantaneidade dos fluxos informacionais possibilitada pelas novas tecnologias de telecomunicação e na integração intensiva entre os setores produtivo, financeiro e comercial. Elementos que, como observa Harvey (2005b), evidenciam o estreitamento do tempo e a reorganização do espaço como imperativos centrais da lógica de acumulação contemporânea.

Portanto, o território é continuamente moldado tanto pelas ações das empresas, que frequentemente ultrapassam os limites da atuação estatal, quanto pelas dinâmicas competitivas

entre corporações que disputam espaços e mercados (Santos, 1996). A competição empresarial reorganiza as estruturas territoriais, e, em diversas situações, o poder econômico sobrepõe-se às estruturas políticas tradicionais (Santos; Silveira, 2001).

O debate em torno do território apresenta duas abordagens centrais. A primeira, de orientação materialista-histórica e marxista, focaliza a produção e o controle do espaço, as relações entre capital e trabalho e os conflitos sociais que delas decorrem. A segunda, de cunho humanista e cultural, ainda que influenciada por perspectivas marxistas, enfoca as territorialidades e desterritorializações que emergem dos fluxos de produção e comércio. Esses processos não apenas transcendem as fronteiras estatais, como também se vinculam à reprodução do capital e ao contínuo processo de reterritorialização (Ferreira, 2014).

Nessa direção, Claude Raffestin (1993) propõe uma leitura ampliada dos conceitos de território e territorialidade, concebendo-os como produtos de relações mediadas historicamente. Para o autor, o espaço constitui a base anterior e necessária à formação do território, funcionando como a matéria-prima sobre a qual se operam as práticas de apropriação e organização (Terra, 2009). O território, longe de ser um dado natural, resulta de um processo socialmente construído; já a territorialidade revela-se como uma dinâmica permanente de ordenamento e reordenamento do espaço, tensionada por determinações de natureza social, cultural e econômica (Raffestin, 1993).

O autor afirma que “o território é formado a partir do espaço e resulta de ações conduzidas por um ator sintagmático, que realiza um programa em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, seja concreta ou abstratamente (como pela representação), o ator ‘territorializa’ o espaço” (Raffestin, 1993, p. 143). Essa concepção ressalta a importância das práticas e interações humanas na constituição e transformação dos territórios, evidenciando a interdependência entre sociedade e espaço geográfico (Santos, 1996).

Segundo Raffestin (1993), o espaço, nessa concepção, não deve ser apreendido como mera unidade fragmentada ou neutra, mas como um elemento estruturante e imprescindível à constituição do território. Contudo, o território não se esgota em sua dimensão físico-material; ele é, antes, uma construção social resultante da ação de agentes historicamente situados, que o mobilizam segundo seus interesses, estratégias e finalidades. Diz respeito a uma entidade em constante transformação, reconfigurada por práticas que expressam relações de poder, saber e produção. Essa abordagem torna visível a natureza complexa do território, cuja gênese e metamorfose estão intimamente articuladas à interação entre fatores sociais, culturais e econômicos, responsáveis por sua forma e por seu conteúdo.

O território, portanto, vai além da delimitação física no espaço, englobando também dinâmicas de poder, controle e simbolismos atribuídos ao espaço geográfico (Raffestin, 1993). Ainda que poder e território não se confundam, ambos estão intrinsecamente relacionados. O poder, portanto, constitui um elemento essencial do território, manifestando-se em diferentes graus, níveis e escalas (Souza, 2001).

Desde o Estado até o indivíduo, passando por diversas organizações em diferentes escalas, todos atuam como agentes na produção dos territórios (Sposito, E.; Sposito, M., 2020). Essa produção ocorre em momentos, lugares e intensidades distintas, indicando que, de algum modo, todos participam ativamente da criação e transformação territorial (Terra, 2009).

Constitui-se, assim, como uma instância complexa, resultante de uma trama densa de relações entre sujeitos individuais ou coletivos, que interagem entre si e com a natureza, conferindo ao espaço um estatuto ativo e historicamente produzido. O território, portanto, emerge como forma-conteúdo, produto direto das práticas de apropriação, tanto materiais quanto simbólicas, que os agentes sociais imprimem ao espaço (Santos, 1996). Essa dinâmica põe em questão o território como uma totalidade em movimento, marcado por contradições que atravessam a vida concreta (Terra, 2009).

Esse processo de territorialização é inseparável das relações de poder, que são fundamentais para a definição e organização dos territórios (Terra, 2009; Raffestin, 1993). Sem a ação de indivíduos ou grupos exercendo poder, o território não se constitui plenamente. Presente em todas as relações sociais, o poder é essencialmente relacional e molda a forma como os territórios são produzidos e transformados ao longo do tempo (Souza, 2001).

Segundo Saquet (2010), a concepção de espaço em Raffestin apresenta limitações relevantes, pois este o entende como um substrato ou palco pré-existente ao território, o que restringe sua compreensão a aspectos naturais e superficiais. Saquet argumenta que o espaço não pode ser reduzido a um simples cenário ou receptor de ações humanas, uma vez que possui valor de uso e de troca, múltiplos significados e atua como elemento constitutivo e inseparável do território.

Raffestin (1993), ao enfatizar a precedência do espaço natural, acaba sugerindo que o território está sempre associado ao espaço social. Tal formulação reforça a ideia de que o território deve ser compreendido como fenômeno social, moldado pelas relações humanas, e não apenas como reflexo de uma base física (Sposito, E.; Sposito, M., 2020). Nesse sentido, torna-se essencial adotar uma abordagem mais abrangente e complexa, que articule as dimensões físicas, sociais, culturais e simbólicas do espaço geográfico. Embora concorde com Raffestin quanto à precedência do espaço em relação ao território, Souza (2001) adverte para

os riscos de se coisificar ou reificar o território, ao tratá-lo como parte do substrato material, isto é, como se fosse o próprio espaço social naturalizado.

Toda interação humana com o espaço, desde a transformação da natureza pelo trabalho até a criação de valor que modifica o espaço social, revela que se trata de um território, e não apenas de um espaço econômico (Souza, 2001). Cada intervenção no território, mais que ação econômica, envolve relações sociais, identidades coletivas e práticas culturais (Souza, 2001).

À medida que o trabalho humano atribui valor a um espaço e transforma o ambiente, tende-se à territorialização, surge uma necessidade de controle e apropriação que materializa o território como forma concreta e dinâmica das interações sociais (Ferreira, 2014). Nesse contexto, Souza (2001) destaca que o poder e o território estão imbricados em todas as relações sociais, sendo constitutivos da espacialidade. Ele observa, ainda, que “embora todo território envolva um espaço social, nem todo espaço social pode ser considerado um território” (Souza, 2001, p. 96).

As contribuições de Claude Raffestin (1993) representaram um marco ao questionar a perspectiva unidimensional do poder predominante na Geografia Política Clássica e em parte dos estudos contemporâneos da época. Sua proposta ampliou o entendimento das relações entre poder, espaço e sociedade, atribuindo maior complexidade à noção de território. No entanto, mesmo ao definir o território como produto da ação humana sobre o espaço, Raffestin preserva aspectos tradicionais ao conceber o território como um substrato material, o que implica tratar o espaço como um cenário previamente dado às dinâmicas territoriais. Essa visão é apontada como uma limitação por não abarcar plenamente as dimensões simbólicas, culturais e políticas que também constituem o território (Ferreira, 2014; Terra, 2009).

A exigência de incorporar novas dimensões às análises do território manifesta-se de forma evidente no contexto brasileiro, cuja tradição geográfica evoluiu em consonância com as transformações políticas, econômicas, sociais e culturais que atravessaram o país ao longo do tempo (Fuini, 2017, 2014). Desde o século XIX, quando predominava uma abordagem naturalista centrada na Geografia Física e na inventariação dos recursos naturais, observa-se um deslocamento gradual rumo a concepções mais complexas, nas quais o território passa a ser compreendido como espaço vivido, apropriado e socialmente produzido (Fuini, 2017).

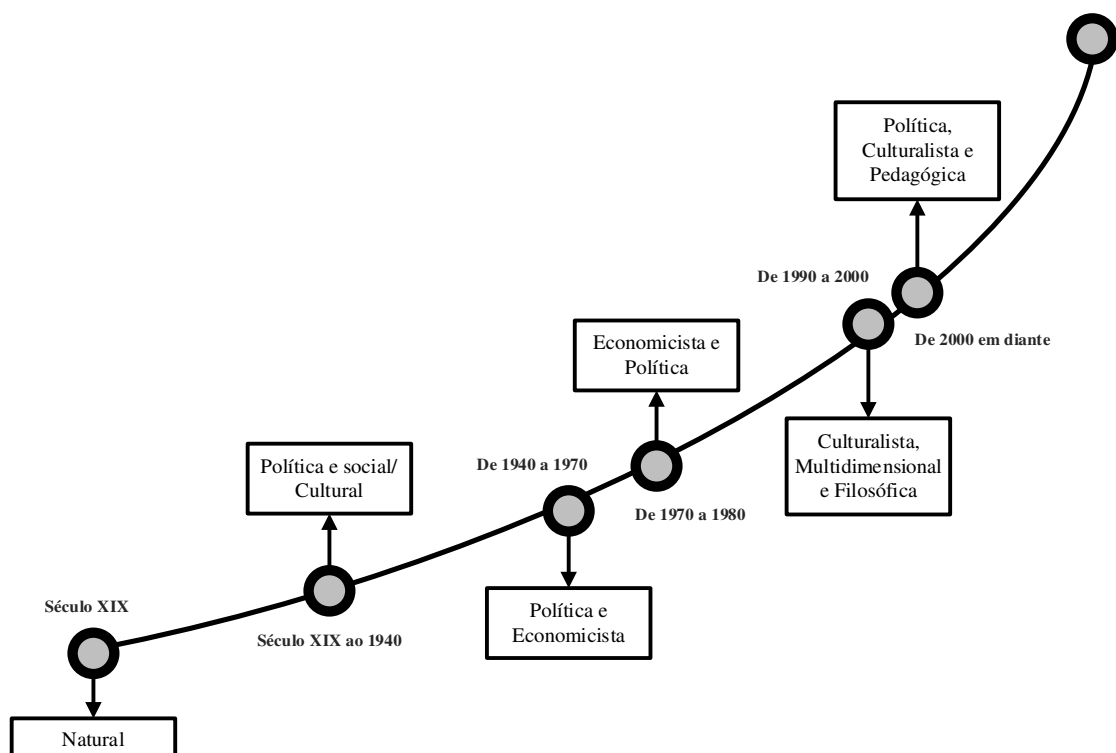
Essa inflexão teórica rompe com a leitura objetivada e passiva do território, abrindo espaço para análises pluridimensionais que articulam dimensões políticas, econômicas e simbólicas. Tal trajetória, envolve tanto a vitalidade da geografia brasileira quanto sua capacidade de captar as determinações estruturais que moldam a realidade nacional e de

dialogar criticamente com os processos de reestruturação em escalas global e local (Ferreira, 2014; Fuini, 2017).

As análises territoriais no Brasil foram se transformando em resposta às limitações impostas por abordagens teóricas anteriores, como a de Raffestin, cuja contribuição, embora relevante, não esgota a complexidade das relações socioespaciais. A Figura 3 ilustra essa trajetória de inflexão, no século XIX, sob o predomínio de uma perspectiva naturalista, a atenção da Geografia recaía sobre os elementos físicos e ambientais, com ênfase na paisagem e nos recursos naturais como objetos centrais de investigação (Fuini, 2017).

Nesse contexto, as dimensões sociais, econômicas e políticas permaneciam em segundo plano, pouco integradas à compreensão do território como produto histórico das ações humanas. Ao privilegiar a materialidade e a natureza como determinantes primeiras, tal orientação teórica limitava a apreensão do território como instância dinâmica, constituída pelas práticas e contradições da vida social (Fuini, 2017; Stürmer; Costa, 2017). Com a transição para o século XX, especialmente até a década de 1940, as análises passam a incorporar, ainda que de forma incipiente, elementos sociais, políticos e culturais, reconhecendo que o território não se restringe à dimensão física, mas constitui o cenário e o resultado de dinâmicas sociais significativas (Fuini, 2014; Ferreira, 2014).

Figura 3 – Dimensões e abordagens do território no Brasil



Fonte: Fuini (2017, 2020). Elaborado pela autora (2024)

Dos anos 1940 até a década de 1970, as análises territoriais passaram a incorporar, de modo mais explícito, os determinantes políticos e econômicos na conformação do espaço, evidenciando o papel estruturante das forças produtivas e das decisões estatais na organização dos territórios. Nesse período, o impacto das políticas públicas, os processos de industrialização e o crescimento urbano tornaram-se centrais na leitura da dinâmica territorial (Fuini, 2014).

Nas décadas de 1970 e 1980, observa-se uma inflexão teórica rumo a abordagens mais sistêmicas e integradoras, nas quais as relações entre múltiplas escalas, do local ao global, passam a ser reconhecidas como dimensões fundamentais para compreender a produção do espaço (Fuini, 2017). Assim, a análise territorial se complexifica, articulando as lógicas internas dos lugares às determinações mais amplas da economia-mundo, numa perspectiva que busca apreender o território como totalidade em movimento (Fuini, 2017; Stürmer; Costa, 2017).

Já entre as décadas de 1990 e 2000, as análises territoriais passaram a incorporar com mais intensidade uma perspectiva cultural, filosófica e multidimensional, rompendo com leituras estritamente político-econômicas e abrindo espaço para considerar as territorialidades como expressões de identidades, representações simbólicas e práticas culturais. Esse movimento ampliou o escopo analítico do território, reconhecendo-o como uma construção social atravessada por sentidos, disputas e valores (Fuini, 2017, 2020).

A partir dos anos 2000 até os dias atuais, observa-se a emergência de abordagens pedagógicas que reposicionam a geografia como instrumento formativo para a leitura crítica da realidade. Um compromisso com a formação cidadã, em que a educação geográfica ganha centralidade na compreensão ativa das dinâmicas territoriais. Nesse contexto, prevalece uma visão holística e integradora, que articula dimensões políticas, econômicas, culturais e educativas do território, concebido como totalidade em permanente construção (Fuini, 2017, 2020).

Fuini (2017) argumenta que o conceito de território evoluiu ao longo do tempo, acompanhando as mudanças teóricas e contextuais de cada época. Inicialmente entendido como apenas um elemento descritivo do espaço geográfico, gradualmente adquiriu uma perspectiva nacionalista, associada aos aspectos orgânicos do país, posteriormente passando a ser compreendido como um instrumento central para o exercício e manutenção do poder estatal. Nas concepções contemporâneas, o território é abordado como um espaço de relações de poder e de busca por autonomia e identidade em múltiplas escalas, constituindo um campo de embates e negociações, atravessado por aspectos tanto materiais quanto imateriais (Fuini, 2020).

Nesse percurso interpretativo, marcado por um amadurecimento epistemológico, Saquet (2009) propõe uma leitura crítica que articula a dimensão natural do espaço às formas

historicamente construídas de organização social. O espaço deixa de ser apenas a base física e passa a englobar o ambiente natural em interação com o tecido social. O território, assim, emerge das práticas humanas sobre o espaço, materializando-se em paisagens e relações interdependentes que revelam sua natureza dinâmica, conflitiva e multiescalar (Saquet, 2009).

O autor destaca, ainda, que o território é uma área que sintetiza relações sociais, econômicas e políticas, sendo moldado pela sociedade por meio da transformação da natureza e do controle de áreas e atividades. Esse processo denota complementariedade e historicidade nas relações sociais, revelando desigualdades que se manifestam em diferentes escalas, do local ao global (Saquet, 2007). Mais do que uma simples delimitação espacial no mapa, o território configura-se como um espaço carregado de significados e atravessado por dinâmicas sociais que, historicamente, moldam e são moldadas pela ação humana (Saquet, 2009, 2007).

Sob outra perspectiva, Haesbaert (2007a) amplia essa concepção ao enfatizar a interdependência entre espaço e território, defendendo que são conceitos inseparáveis. O território não pode existir sem o espaço, pois este constitui sua base material e simbólica. Essa inter-relação torna-se ainda mais evidente quando se considera o entrelaçamento com a dimensão temporal, revelando que tempo, espaço e território são categorias indissociáveis na análise das dinâmicas sociais e geográficas (Haesbaert, 2007a).

Ao reconhecer a interdependência estrutural entre espaço e território, amplia-se a capacidade de compreender as dinâmicas sociais, políticas e econômicas que conformam o mundo contemporâneo, possibilitando uma leitura mais totalizante e situada dos fenômenos territoriais. Tal compreensão não apenas aprofunda o debate teórico e epistemológico, como também fornece subsídios fundamentais para a formulação de políticas públicas e estratégias de desenvolvimento orientadas por princípios de equidade territorial e sustentabilidade, superando abordagens fragmentadas e promovendo uma intervenção mais consciente e transformadora sobre o espaço vivido (Ferreira, 2014; Haesbaert, 2007a).

Haesbaert (2007b) observa que o território carrega uma dualidade significativa, tanto material quanto simbólica. Etimologicamente, o termo remete a ideias de dominação e exclusão, como na expressão *territorium*, associada ao controle da terra e ao terror imposto àqueles que não a possuíam. Em contrapartida, para os que exercem domínio sobre o território, este se torna fonte de identificação positiva e apropriação efetiva (Haesbaert, 2007a, 2007b).

A vinculação entre grupos sociais e seus territórios assume, portanto, um caráter constitutivo e indissociável, na medida em que o território não apenas espelha, mas funda os marcos históricos, culturais e identitários que sustentam a existência coletiva. Assim, supera a ideia de mero recorte geográfico e se afirma como totalidade viva, forjada pela articulação entre

a materialidade do espaço, as práticas sociais que o conformam e as representações simbólicas que o atravessam. Essa concepção permite apreender as múltiplas camadas de complexidade que estruturam a vida em sociedade, conferindo densidade histórica e valor político às territorialidades (Haesbaert, 2004a, 2007a, 2007b).

Nesse contexto, Haesbaert (2004b) identifica quatro vertentes fundamentais que moldam o território, a natural, a política, a econômica e a simbólico-cultural. Tais dimensões refletem a pluralidade de interações que o configuram em suas distintas manifestações. O autor também diferencia o território unifuncional, voltado para um único propósito, do território como espaço-tempo vivido, que integra a experiência subjetiva e cotidiana das práticas sociais.

O território unifuncional está estreitamente ligado à lógica capitalista hegemônica, consolidada pelo Estado territorial moderno, que promove uma visão homogênea e centralizada do espaço, inibindo a multiplicidade de jurisdições e territorialidades (Haesbaert, 2007b). Em oposição, o território entendido como espaço-tempo vivido emerge da interação dinâmica entre processos materiais e imateriais que permeiam o cotidiano social. Essa distinção sublinha a relevância de considerar não apenas os aspectos funcionais do território, mas também as experiências subjetivas e identidades que o constituem historicamente.

Essa perspectiva implica reconhecer as experiências e identidades individuais como elementos fundamentais para a configuração do território. Haesbaert (2007a) propõe dois modelos ideais que orientam a análise das múltiplas expressões territoriais, de um lado, prevalece a funcionalidade territorial, frequentemente adotada em abordagens que priorizam aspectos práticos e utilitários; de outro, destacam-se os aspectos simbólicos do território, cuja crescente relevância permite uma compreensão mais abrangente das dinâmicas territoriais. A dualidade entre a homogeneização promovida pela globalização e a diversidade de apropriações culturais constitui traço fundamental da complexidade constitutiva dos territórios (Haesbaert, 2004a, 2007a).

No mesmo sentido, Costa (2010) complementa a discussão ao propor três dimensões essenciais para compreender plenamente o território, resultado da interação contínua entre sociedade e natureza. A primeira é a dimensão político-jurídica, que o define como um espaço delimitado, regulado e controlado, onde o poder, especialmente o poder estatal, exerce papel central. Em seguida, destaca-se a dimensão cultural ou simbólico-cultural, que privilegia a subjetividade dos grupos sociais e os significados que atribuem aos lugares que habitam. Esta última, em consonância com Haesbaert, reforça a compreensão do território como uma construção tanto material quanto simbólica, revelando sua função simultânea como instrumento de dominação e campo de afirmação identitária.

Por fim, Costa (2010) introduz a dimensão dos usos do território, referindo-se tanto à instalação de infraestruturas quanto ao dinamismo das práticas e esferas sociais, econômicas e culturais que o atravessam. Essa dimensão amplia a compreensão do território ao concebê-lo como uma construção complexa, resultado da convergência entre determinações políticas, simbólicas e operacionais. Refere-se a uma abordagem que se articula às formulações de Haesbaert (2004a), ao reconhecer que o território é forjado na interação contínua entre processos materiais e imateriais, configurando-se, assim, como instância multidimensional, histórica e sempre em processo de ressignificação, onde coexistem forças, significados e apropriações em permanente disputa.

Ao longo de três décadas, entre 1970 e 1990, Milton Santos (1978, 1979, 1988, 1994a, 1994b, 2004) construiu uma concepção evolutiva e dinâmica do território. Em um primeiro momento, o autor o compreendia como um espaço fixo e imutável, utilizado pelo povo (Santos, 1978). Essa leitura, no entanto, foi progressivamente ampliada para uma abordagem que concebe o território como uma construção social, resultante do trabalho humano e das relações sociais, fortemente influenciada pelas dinâmicas econômicas e pela divisão internacional do trabalho – sobretudo nos países periféricos (Stürmer; Costa, 2017). Nesses contextos, a busca pela mais-valia ocorre em paralelo à desvalorização dos recursos estatais e à crescente valorização das grandes corporações (Santos, 1979). Essa transformação demonstra como o território se converte em um espaço dinâmico, profundamente influenciado por forças econômicas globais e relações de poder desiguais (Santos, 2000).

Nos anos 1980, essa formulação ganha novos contornos com a incorporação da herança cultural dos povos como elemento estruturante do território, agora também articulado ao espaço mundial (Santos, 1985). Reorganizações constantes passam a caracterizar os territórios (Santos, 1988), refletindo especializações e funções que são continuamente atualizadas. As mudanças observadas a partir de meados do século XX ilustram esse processo, demonstrando como a integração econômica e os legados culturais atuam na redefinição dos usos do espaço, exigindo reconfigurações nas infraestruturas e nos sistemas sociais.

O território, portanto, incorpora ciência, tecnologia e informação, representando uma sobreposição de sistemas de engenharia de diferentes épocas, moldando seu uso ao longo da história (Santos, 1996). E esse processo é orientado pela racionalização da sociedade (Santos, 1994a; Santos; Silveira, 2001). Como explica o autor: “cada parte do território é moldada por características específicas, determinadas por atores hegemônicos, cuja eficácia depende de uma produtividade espacial resultante de um planejamento intencional e específico” (Santos, 1994a,

p. 24). Desse modo, a integração entre tecnologia e informação redefine economias, sociedades e culturas em nível local e regional.

Esse uso do território, mais que um conjunto de formas visíveis, envolve objetos, ações e normas (técnicas, políticas e jurídicas), além de ritmos, heterogeneidades e sujeitos sociais. É nesse sentido que Santos e Silveira (2001, p.201) afirmam: “o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado, é usado a partir dos seus acréscimos de técnica e técnica”. Essa concepção também se aplica ao espaço banal ou geográfico, descrito por ele (1996, p. 51) como “[...] formado por um conjunto indissociável, solidário e contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá”.

As discussões geográficas têm contemplado diferentes perspectivas sobre a relação entre território e espaço (Santos; Silveira, 2001). Enquanto teóricos como Raffestin (1993) argumentam que o território antecede o espaço, outras correntes sustentam o contrário. Para Santos e Silveira (2001, p. 28), contudo, “o território só existe se usado”, sendo compreendido como sinônimo de espaço geográfico, cenário onde se materializam as ações humanas, com suas técnicas, tempos e intencionalidades entrelaçados em uma complexa rede de interações. Nessa concepção, o espaço geográfico se mostra como agente ativo na produção social, e não como mero suporte (Santos, 1994a, 1994b, 1996).

Partindo dessa abordagem, adota-se neste estudo a concepção de território proposta por Milton Santos (1996), que o define como uma construção social indissociável da articulação entre sistemas de objetos e sistemas de ações, mediados por normas institucionais e práticas sociais concretas, os quais revelam a presença contínua de relações de poder e intencionalidades historicamente situadas. Assim, o território adquire uma dimensão dinâmica e dialética, refletindo a totalidade social (Santos, 1994a, 1994b, 1996).

Mais do que base física da ação, o território configura o palco onde se estabelecem e se reproduzem relações de poder, mediadas por tecnologias, normas e racionalidades diversas. Essa compreensão é central para a análise desenvolvida nesta pesquisa, na medida em que permite reconhecer que a distribuição dos serviços de saúde não responde apenas a critérios técnicos de eficiência ou de cobertura populacional. Configura-se, antes, de um uso seletivo e corporativo do território, no qual determinadas áreas são privilegiadas com visibilidade, recursos e infraestrutura, enquanto outras permanecem sistematicamente marginalizadas (Santos, 1996).

Sob esse prisma o território é concebido aqui como instância ativa de mediação e diferenciação, estruturando desigualdades e conformando os circuitos seletivos por onde os fluxos da política pública circulam. A abordagem de Santos (1996), portanto, não apenas

fundamenta teoricamente esta pesquisa, como também oferece instrumentos críticos necessários para desvelar as racionalidades que organizam, de forma seletiva e desigual, o acesso aos serviços de saúde na Região Geográfica Imediata de Imperatriz.

2.2 Os múltiplos usos do território na articulação de horizontes econômicos e sociais

Considerando que a natureza é um elemento dinâmico, que se transforma à medida que se amplia o conhecimento e a consequente inserção técnica, Moreira (2010, p. 103) pontua que “a transformação da natureza em meios de produção de vida é realizada pelos seres humanos em uma relação de cooperação e com o apoio da técnica”. Essa nova configuração da realidade resulta da busca contínua por atender necessidades e superar as condições adversas impostas pela própria natureza (Santos, 1996; Simondon, 1989).

Segundo Santos (1996, p. 203), “a história do homem faz-se a partir de momentos divergentes, como uma soma de acontecimentos dispersos, disparatados e desconexos”. A conversão do mundo natural em ambiente artificial representa, nesse percurso histórico, uma ruptura decisiva na relação entre o ser humano e o meio. É nesse processo que o homem se reconhece como sujeito autônomo e inaugura a mecanização do planeta, a partir da criação e do uso de instrumentos voltados à dominação da natureza (Santos, 1996).

Enquanto mediação entre conhecimento e ação, a técnica acompanha todas as fases da trajetória humana, manifestando-se em distintos contextos geográficos e períodos históricos. Seu desenvolvimento responde às demandas sociais de cada época, ainda que nem todas as técnicas permaneçam em uso indefinidamente. Muitas, embora decisivas em determinados momentos, tornam-se obsoletas ou são abandonadas com o avanço da sociedade e da própria tecnologia (Santos, 1996; Simondon, 1989).

Nos primórdios da trajetória humana, o território era composto exclusivamente pelos elementos naturais. Com o avanço das sociedades, passou a ser moldado por intervenções antrópicas, estradas, plantações, construções, portos, fábricas e cidades, que progressivamente substituíram a paisagem original por uma realidade plenamente humanizada. Essas formas artificiais, enquanto extensões do corpo e da ação humana, conferem ao território um caráter historicamente produzido (Santos, 1996).

Nesse contexto, a técnica desempenha um papel central na apropriação e no uso do território, indo além de sua função instrumental como simples mediadora de transformações, síntese de condições sociais, aspirações coletivas e conflitos latentes que configuram o mundo contemporâneo (Santos; Silveira, 2001). Ao mesmo tempo em que viabiliza o desenvolvimento,

a técnica também potencializa mecanismos de exclusão, revelando as contradições inscritas no espaço geográfico (Santos, 1996).

Por isso, o território deve ser compreendido como um produto social em constante movimento, continuamente negociado e ressignificado pelas múltiplas relações que o constituem, nas quais a técnica ocupa posição de destaque, ainda que nunca se manifeste de maneira neutra ou unívoca (Santos, 1996).

Essa mediação técnica se materializa em objetos e infraestruturas que compõem o espaço geográfico, cuja funcionalidade está diretamente relacionada ao grau de articulação entre sistemas de objetos e de ações. A densidade técnica de um território, ou seja, a complexidade e integração dos elementos que o conformam, influencia não apenas sua aptidão de uso, mas também as dinâmicas sociais, econômicas e políticas que nele se desenvolvem (Santos, 2001; 1996). Em locais com maior densidade técnica, como áreas urbanas, onde prédios, estradas e sistemas de comunicação coexistem de forma integrada, a variedade e a complexidade das funcionalidades são mais acentuadas, otimizando fluxos, reduzindo distâncias e afetando diretamente o modo como se experimenta o espaço e o tempo (Santos, 1994b).

Entre os elementos que evidenciam essa densidade técnica, destaca-se a infraestrutura de transporte, formada por rodovias, ferrovias e aeroportos. Além de facilitar o deslocamento de pessoas e mercadorias, ela estrutura o território ao definir o acesso a mercados, serviços e oportunidades. Tais elementos redefinem a conectividade entre regiões, impulsionam o desenvolvimento econômico e integram mercados locais a sistemas globais (Harvey, 2003). Outro exemplo é a gestão dos recursos hídricos, viabilizada por represas, canais e sistemas de irrigação, essenciais para o abastecimento urbano e a sustentabilidade da produção agrícola, interferindo diretamente na paisagem e nos padrões de assentamento (Santos; Silveira, 2001).

O avanço das tecnologias de informação e comunicação também redefine o território ao proporcionar conectividade e comunicação em tempo real, fibras ópticas e satélites são infraestruturas decisivas para os fluxos financeiros, comerciais e culturais em escala global (Santos, 2001). Simultaneamente, a engenharia e a arquitetura utilizam técnicas sofisticadas para erguer pontes e arranha-céus, superando limites físicos e redesenhando o espaço urbano (Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001). No campo da saúde, tecnologias como a ressonância magnética e a telemedicina ampliam o acesso a serviços e otimizam a alocação de recursos, transformando radicalmente os modos de diagnóstico e tratamento (Almeida, 2005).

Assim, diferentes técnicas não apenas satisfazem demandas sociais, mas também redesenham as relações entre sociedade, tecnologia e território. Como observa Santos (1996,

p. 45-46), “a técnica é um meio essencial para a produção do espaço geográfico, evidenciando a relação dialética entre a humanidade e o território que ocupa”.

Os sistemas técnicos, formados por um conjunto de técnicas, infraestruturas e dispositivos, estruturam o espaço geográfico ao englobarem tanto sua materialidade, os objetos físicos, quanto os modos de organização e normatização que o regulam. É por meio desses sistemas que se definem, em cada momento histórico, as formas e a distribuição territorial do trabalho (Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001).

Nesse contexto, a divisão territorial do trabalho implica, de um lado, a distribuição do trabalho vivo nos lugares e, de outro, a alocação do trabalho morto e dos recursos naturais (Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001). Como pontua Santos (1996, p. 106), “[...] a divisão do trabalho pode também ser vista como um processo pelo qual os recursos disponíveis se distribuem social e geograficamente”.

Essa divisão estabelece hierarquias entre os lugares e redefine constantemente a capacidade de ação das pessoas, empresas e instituições. Hoje, novas técnicas hegemonomizam as relações sociais, constituindo a base material da sociedade contemporânea (Santos, 2001). A ciência, orientada por uma técnica predominantemente informacional, emerge como um complexo que define o desenvolvimento do período atual, onde o meio técnico-informacional constitui uma forma espacial concreta por meio da qual se materializa a globalização no território (Santos; Silveira, 2001).

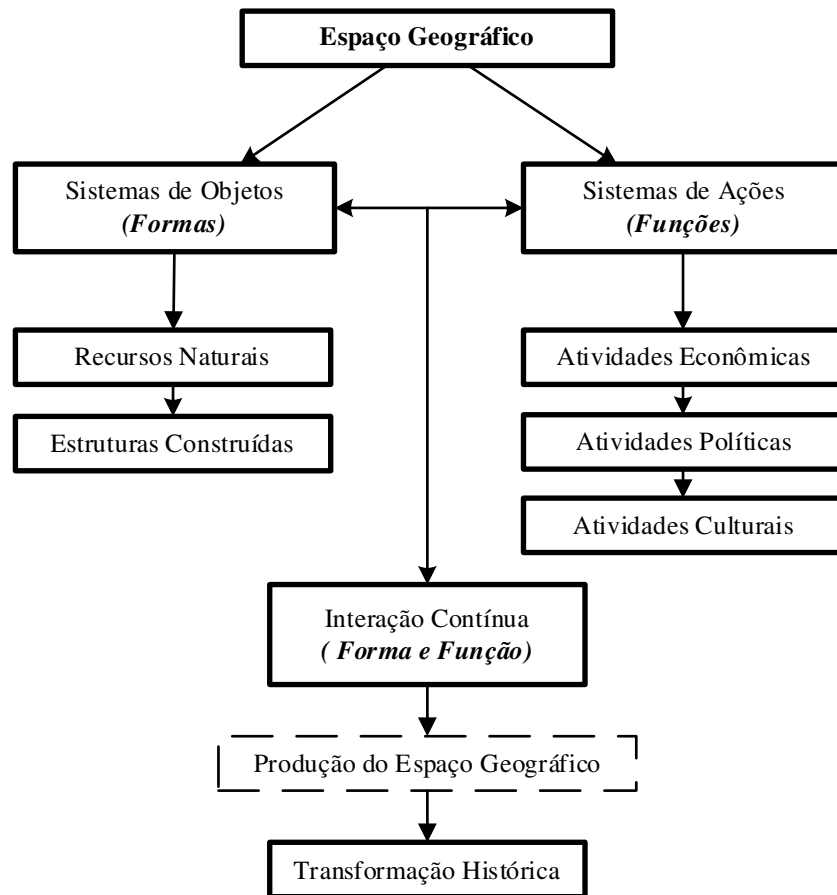
Em cada fase histórica, o território se configura como um campo de forças que atua sobre formas naturais e artificiais. Essas formas exercem um papel dinâmico, contribuindo para a criação de densidades técnicas, informacionais e normativas. A esse conjunto somam-se as ações humanas, que desempenham função central na construção e transformação do espaço (Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001; Silveira, 2011).

O comportamento dos indivíduos, instituições e empresas no território cria um dinamismo que varia conforme sua origem, força, intencionalidade e conflitos (Silveira, 2011). Assim, o território funciona como uma arena onde atores diversos, independentemente de sua força, contribuem para a criação de múltiplas situações (Santos, 1996). A Figura 4 sintetiza o entrelaçamento entre os elementos que conformam a realidade geográfica.

De acordo com Santos (1996), o espaço pode ser compreendido como um conjunto articulado de formas (os objetos geográficos) e funções (as ações sociais), que se constituem mutuamente. A estrutura física, vias de comunicação e edificações, e a energia humana, nas atividades econômicas, culturais e políticas, articulam-se na produção do espaço geográfico. O conteúdo (a vida social em suas diversas expressões) não pode ser dissociado de sua forma (a

materialidade do espaço). Indissociável, o par forma-conteúdo encontra-se em constante transformação histórica, moldado pelas ações humanas e pelos avanços técnicos (Figura 4).

Figura 4 – Dimensões do espaço geográfico



Fonte: Santos (1996). Elaborado pela autora (2024)

Hoje, o espaço é composto por um sistema de objetos cada vez mais artificiais, povoado por sistemas de ações igualmente marcados pela artificialidade, muitas vezes orientados por finalidades que se distanciam das necessidades e da identidade dos lugares e de seus habitantes (Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001). Como observa Santos (1996, p. 63), “os objetos têm realidade filosófica, isto é, não nos permitem o conhecimento, se os vemos separados dos sistemas de ações. Os sistemas de ações também não se dão sem os sistemas de objetos”.

O espaço não é apenas um pano de fundo para a ação humana, mas está impregnado de intencionalidade. Resulta da interação entre as aspirações e intenções de grupos e instituições, refletindo um mosaico de influências sociais (Lefebvre, 2006; Santos, 1996). Nessa perspectiva, o espaço é relacional e dinâmico, continuamente moldado e remodelado pelas interações e atribuições de significado dos agentes sociais (Santos, 1996). Ele é, ao mesmo tempo, produto da atividade social coletiva e agente dessa mesma atividade, um entrelaçamento de relações

sociais e técnicas experimentadas no cotidiano. Nesse cenário de potenciais e conflitos, sujeito a transformações constantes, o território se configura como um espaço ativamente mobilizado para diferentes finalidades (Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001).

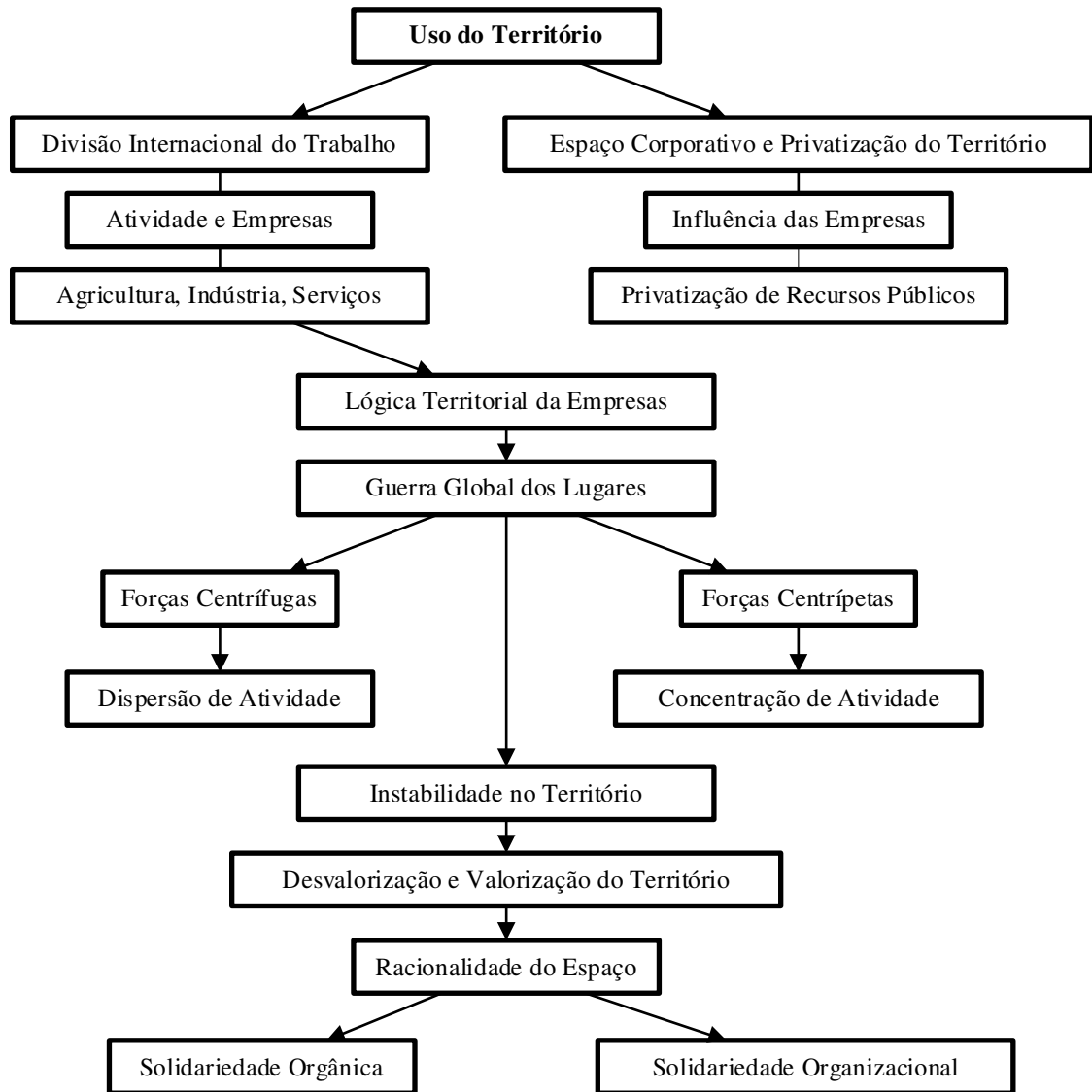
Longe de ser apenas o palco onde se desenrolam os processos sociais, o espaço constitui uma força ativa, incorpora formas da produção, da divisão do trabalho e das lógicas de apropriação. Essa dinâmica está estreitamente vinculada à noção de propriedade e aos valores de uso e de troca, inserindo o espaço na lógica mercantil da modernidade (Lefebvre, 2006). Nesse sentido, Massey (2008) aprofunda a reflexão ao caracterizá-lo como uma trama em permanente produção, composta por interações que conectam o global e o íntimo, revelando sua multiplicidade sempre aberta a transformações. Assim, o espaço deixa de figurar como mero suporte ou cenário para se afirmar como uma categoria ativa, relacional e politicamente disputada.

Esse entendimento encontra ressonância em Santos (1996), para quem o espaço é ao mesmo tempo produto e agente das atividades sociais, técnico-científicas e culturais, refletindo um mosaico de múltiplas influências sociais e econômicas. Conforme reforçam Santos e Silveira (2001, p. 19), significa uma “união indissolúvel de sistemas de objetos e sistemas de ações e suas formas híbridas, as técnicas que nos indicam como o território é usado: como, onde, por quem, por que, e para quê”.

Nesse contexto, a produção não diz respeito ao espaço geográfico em si, mas ao uso concreto do território. Tal uso pode ser interpretado sob duas formas principais, como recurso e norma, ou como abrigo e bem comum (Santos, 1996). Não se trata apenas da implantação de infraestruturas físicas, como os sistemas de engenharia, mas também da movimentação da economia e da sociedade em sua totalidade. Santos e Silveira (2001) explicam que “isso inclui o movimento da população, a distribuição da agricultura, da indústria e dos serviços, além do arcabouço normativo que engloba legislações civil, fiscal e financeira”. A tudo isso somam-se os limites e alcances da cidadania, que delineiam as funções que o território pode assumir (Fernandes, 2012).

As inter-relações que orientam o uso do território, tal como sistematizadas por Santos (1996) e representadas na Figura 5, revelam a complexidade e a multiplicidade de determinações que conformam o espaço geográfico contemporâneo. Conceitos como divisão territorial do trabalho, espaço corporativo, lógica territorial das empresas, guerra global entre lugares, forças centrífugas e centrípetas, instabilidade territorial, desvalorização e revalorização do território, além da racionalidade espacial, não atuam de forma isolada.

Figura 5 – Lógica do uso do território e suas inter-relações



Fonte: Santos (1996). Elaborado pela autora (2024)

Ao contrário, entrelaçam-se em uma rede dinâmica de influências recíprocas, moldando formas e conteúdos em constante transformação. Compreender essas articulações não se limita a uma reflexão teórica, significa reconhecer o território como instância histórica viva, marcada por disputas, seletividades e transformações que atualizam continuamente sua materialidade e seus sentidos (Santos; Silveira, 2001).

Nessa perspectiva, o conceito de território torna-se fundamental para compreender o espaço geográfico como produto das práticas sociais. Resultante da apropriação social do espaço, o território se configura por meio de mediações técnicas, políticas e históricas que operam de forma simultânea e entrecruzada (Santos, 1996). A divisão territorial do trabalho, por exemplo, relaciona-se à distribuição de distintas atividades econômicas (agricultura,

indústria, serviços) no território, que se organiza segundo suas demandas por infraestrutura, tecnologia e logística (Santos, 1996; Silveira, 2011).

A partir desse entendimento, ganha centralidade o conceito de espaço corporativo e a noção de privatização do território, que explicitam o modo como grandes empresas intervêm na configuração espacial, apropriando-se de recursos públicos para atender a finalidades privadas. Essa lógica engendra uma hierarquia territorial, na qual os pontos mais vantajosos, em termos de acessibilidade, infraestrutura e conectividade, são ocupados por corporações dotadas de elevado poder econômico (Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001).

Nesse cenário, cada empresa desenvolve uma lógica territorial própria, selecionando locais estratégicos para suas operações e reorganizando o espaço em função de seus circuitos produtivos. Ao articular fornecedores, distribuidores e mercados consumidores, as corporações constroem redes funcionais que se sobrepõem ao território nacional, imprimindo novas racionalidades de uso (Santos, 1996).

Com a intensificação dos processos de globalização, essa dinâmica se acelera, convertendo o território em arena de disputa entre lugares que buscam atrair capital mediante incentivos fiscais e melhorias infraestruturais (Santos, 2001). Essa disputa resulta na reconfiguração constante do território, onde algumas áreas se destacam como “pontos luminosos” de desenvolvimento econômico, enquanto outras permanecem como “espaços opacos” (Santos; Silveira, 2001).

A organização do território resulta do embate contínuo entre forças centrífugas, que tendem a dispersar atividades, serviços e populações, e forças centrípetas, que concentram dinamismos e recursos em pontos estratégicos (Santos; Silveira, 2001). Nessa dinâmica desigual, os centros urbanos se consolidam como nós privilegiados de atração, enquanto as regiões periféricas, sobretudo rurais, experimentam a rarefação da infraestrutura e da ação estatal. Essa assimetria territorial reflete os imperativos da economia globalizada, que redefine, de forma acelerada e seletiva, o valor e as funções de cada porção do espaço (Santos, 1996).

O valor atribuído ao território não é fixo, mas resulta de sua inserção nas lógicas econômicas dominantes, variando conforme a funcionalidade que oferece a diferentes agentes econômicos e políticos, em determinados momentos históricos (Silveira, 2011). Essa valoração instável decorre da racionalidade hegemônica, pautada pela produtividade e pelas condições materiais e institucionais disponíveis. Santos (1996) diferencia dois tipos de coesão territorial, uma solidariedade orgânica, fundada na articulação entre práticas locais; e outra de natureza organizacional, determinada por imperativos externos, sobretudo mercantis, que frequentemente desconsideram as necessidades e aspirações da população local.

Ao fim, o uso do território se atesta como resultado de múltiplas determinações. Estas, intrínsecas aos diferentes níveis de decisão dos agentes sociais, produzem divisões territoriais do trabalho que se sobrepõem e se transformam continuamente. Como destaca Silveira (2018, p. 9), “a mediação dos objetos e das normas, o poder desigual dos agentes corporifica na seletividade da modernização”.

Dessa forma, o uso do território “inclui todos os atores e não apenas o Estado, como na concepção herdada da modernidade” (Silveira, 2011, p. 35), abrangendo tanto aqueles com mobilidade quanto os territorialmente fixos. O território não se restringe à topologia das grandes empresas ou ao espaço econômico, mas representa a existência social em sua totalidade (Santos; Silveira, 2001; Santos, 2001).

O território abrange tanto as obras humanas acumuladas ao longo do tempo quanto as ações contemporâneas, sendo continuamente transformado por técnicas, normas e práticas sociais (Santos, 1996). A divisão do trabalho anuncia o modo como o território é mobilizado, estruturado e hierarquizado (Silveira, 2011). Nele, entrelaçam-se as decisões políticas do Estado e das empresas, que atribuem valores distintos aos diferentes tipos de trabalho e localidades, configurando um espaço onde a vida se desenvolve. A reconstrução do território herdado das gerações anteriores dá-se “através de várias instâncias de produção e política, formando sistemas de objetos e normas expressas pelas ações contemporâneas desiguais” (Silveira, 2011, p. 35).

Entendido como uma “coleção de lugares que reúne todas as divisões territoriais do trabalho, capitais, tecnologias, formas organizacionais, consumos, produtos e valores” (Silveira, 2011, p. 36), o território usado revela a complexidade das dinâmicas socioespaciais. Na era da globalização, certos agentes econômicos se expandem de forma expressiva, frequentemente amparados por políticas estatais. Grandes corporações, por exemplo, estruturam suas divisões territoriais do trabalho de forma a promover uma difusão seletiva de recursos, ao mesmo tempo em que concentram sua autoridade em poucas metrópoles (Santos, 1996; Silveira, 2011, 2018).

O território possui uma dupla dimensão, técnica e política, ambas historicamente construídas e em constante transformação. É nesse espaço que se observa “o que é novo no território e como se combina com o que já existia” (Santos, 1996, p. 19). Nesse sentido, considerando que “o espaço geográfico é sinônimo de território usado”, os objetos materiais e técnicos, como rodovias, edifícios e redes de comunicação, desempenham papel central na estruturação e facilitação das atividades socioeconômicas (Silveira, 2011).

Os sistemas técnicos são projetados para atender às demandas da racionalidade instrumental da sociedade, orientando as atividades humanas de acordo com a lógica de eficiência e funcionalidade. Esses objetos e infraestruturas emergem de um “processo técnico com uma

origem técnica, um conteúdo técnico e participam das condições técnicas em sua realização e funcionalidade” (Santos, 1996, p. 221). Ainda segundo o autor, a materialidade do território é moldada por objetos altamente especializados, cuja origem e função são definidas pelas condições técnicas que os influenciam.

A presença e o funcionamento dos sistemas técnicos no território revelam escolhas seletivas que favorecem determinados grupos sociais em detrimento de outros. Esses sistemas, longe de serem universais ou neutros, estabelecem condições desiguais de acesso, definindo quem pode se beneficiar das infraestruturas disponíveis e sob quais circunstâncias (Santos, 1996). Enquanto os grupos com maior poder econômico e institucional operam com tecnologias mais atualizadas, populações marginalizadas enfrentam restrições impostas por estruturas técnicas obsoletas ou desarticuladas, revelando uma organização territorial marcada pela desigualdade e pelo privilégio seletivo (Silveira, 2011).

À medida que novas tecnologias são introduzidas, os sistemas de objetos e de ações entram em tensão, já que as estruturas existentes tendem à obsolescência. Esse processo tensiona disputas entre grupos sociais com diferentes capacidades de adaptação e domínio técnico, impactando diretamente a apropriação e os usos do território, uma vez que tais sistemas são criados para atender às necessidades humanas e superar as adversidades impostas pela própria natureza (Silveira, 2011; Simondon, 1989). A substituição de determinados artefatos técnicos transforma não apenas a infraestrutura material, mas também os conflitos e as negociações que marcam a dinâmica territorial entre atores com distintos níveis de poder.

Nunca na história houve um subsistema técnico tão invasivo quanto o atual. Nos períodos anteriores, nenhum se apresentou com tal força de difusão e tal capacidade de se impor e espalhar quanto agora. Ao mesmo tempo, o sistema técnico representativo da atualidade tende à unidade, sendo a primeira vez na história em que há apenas um sistema técnico regendo toda a atividade humana (Santos, 1996, p. 221).

A consolidação de um sistema técnico unificado impõe uma lógica operacional comum a diferentes lugares, ao mesmo tempo em que torna visíveis as desigualdades e tensões presentes no interior do território. A inovação contínua nas técnicas não apenas altera os meios de ação, mas também redefine as formas de interação entre os agentes (Santos, 1996). Ao se integrarem aos sistemas de ação, as tecnologias difundidas mobilizam processos contraditórios, que combinam a aceitação de padrões externos com estratégias locais de resistência e adaptação (Santos, 1996). Essa dinâmica está relacionada a disparidades marcantes no acesso e no controle desses dispositivos, manifestando-se de modo desigual entre regiões e grupos sociais (Silveira, 2001).

Marcado pela técnica e pela materialidade, o território está longe de ser um espaço neutro. Pelo contrário, ele reflete intenções e usos que representam interesses e relações de poder específicas (Saquet, 2007). Cada objeto implantado e cada ação ali realizada carrega não apenas uma dimensão técnica, mas também política, e é essa inter-relação que molda a realidade concreta dos territórios no mundo contemporâneo (Lefebvre, 2006; Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001). A engenharia de infraestrutura, as redes de transporte, comunicação e serviços, bem como a organização do espaço, não apenas respondem a necessidades técnicas, mas são mobilizadas conforme interesses dominantes, moldando o território segundo as estratégias de poder, notadamente as do grande capital (Massey, 2008).

Para Santos (1996), o território deve ser apreendido como resultado da articulação entre sistemas de objetos e sistemas de ações, cuja interação contínua fundamenta sua estrutura e funcionalidade. As inovações técnicas, além de alterar materialmente o espaço, provocam reconfigurações nas relações sociais e econômicas, afetando diretamente os processos de desenvolvimento regional e as dinâmicas cotidianas que nele se desenrolam.

O território, desde sua concepção inicial, possui uma relação intrínseca com o poder e a organização política. Historicamente, foi compreendido como uma extensão geográfica sob a jurisdição de um ente governamental, funcionando como suporte físico do corpo político e arena para o sistema político, tanto em âmbito nacional quanto internacional (Haesbaert, 2004a, 2004b, 2007a; Raffestin, 1993; Santos, 1996; Souza, 2001).

A influência das forças de mercado, das políticas estatais e da mobilização da sociedade civil confere ao território múltiplas camadas e significados. Hoje, ele é compreendido também como parte de redes de comunicação e transações que ultrapassam fronteiras, sendo “um palco para o conflito entre mercados, que buscam singularizar o espaço, e a sociedade” (Santos, 2000, p. 15), que o generaliza ao incluir diferentes grupos e interesses. Nas cidades, o território é usado intensamente para habitação, comércio, serviços e lazer; já nas áreas rurais, prevalecem atividades como agricultura, conservação ambiental e turismo (Silveira, 2008).

A globalização representa o ápice do processo de internacionalização do capitalismo (Arroyo, 2001). Para compreendê-la, é fundamental considerar dois pilares interdependentes, as técnicas e a política, e o modo como cada um se manifesta em diferentes períodos históricos. As técnicas constituem um sistema integrado, realizado “[...] combinadamente por meio do trabalho e das formas de escolhas dos momentos e dos lugares de seu uso”, compondo, assim, a própria trajetória da humanidade (Santos, 2001, p. 23).

Com os avanços científicos, consolidou-se um sistema técnico cuja centralidade está nas técnicas da informação, que passaram a articular as demais, conectando-as e conferindo

ao novo arranjo técnico um alcance planetário (Santos, 2001). Entre os fatores que explicam a arquitetura da globalização contemporânea estão “a unidade da técnica, a convergência dos momentos, a cognoscibilidade do planeta e a existência do motor único da história representado pela mais-valia globalizada” (Santos, 2001, p. 24). Utilizando essas técnicas avançadas, o mercado global impulsionou o fenômeno da globalização (Arroyo, 2001).

Nesse cenário, o território assume uma nova dimensão, sendo continuamente redefinido pelos fluxos globais de capital, informação e mercadorias. “A globalização é a nova lógica da produção e da circulação do capital, que redefine o uso do território ao impor uma nova divisão internacional do trabalho” (Santos, 2001, p. 25). O território é, simultaneamente, recurso, abrigo e lócus de ação, refletindo as dinâmicas de poder e as interações sociais que nele se realizam. Como afirma Santos (1996, p. 52), “o território usado é a base material onde se realizam as atividades humanas, mas é também um produto dessas atividades, uma construção social que reflete e, ao mesmo tempo, molda as relações sociais”.

Segundo Santos (2000), a globalização, ao consolidar-se a partir da centralidade do meio técnico-científico-informacional, reconfigura profundamente o uso e a organização do território. Essa nova etapa do meio geográfico caracteriza-se pela intensificação da integração entre ciência, técnica e informação, permitindo a generalização de objetos e sistemas de ação subordinados às lógicas do mercado global. Como consequência, observa-se a reestruturação das dinâmicas espaciais, com a redefinição das funções urbanas e rurais, a intensificação dos fluxos de capitais e pessoas e a disseminação seletiva de tecnologias. Nesse cenário, o território passa a ser reorganizado de acordo com padrões operacionais cada vez mais condicionados por interesses hegemônicos, instaurando novas formas de uso e aprofundando as desigualdades existentes (Santos, 1996, 2000).

Ao mesmo tempo, a globalização engendra processos contraditórios, promove certa homogeneização cultural, enquanto intensifica a fragmentação espacial. De um lado, cidades com inserção global se consolidam como epicentros do poder financeiro e simbólico; de outro, agravam-se as desigualdades socioespaciais, materializadas em zonas de privilégio justapostas a territórios marcados pela exclusão (Harvey, 2005a). Nesse cenário, como aponta Sassen (1998a, 1998b), configura-se uma geografia profundamente desigual, caracterizada pela polarização entre áreas centrais e periféricas, revelando a lógica concentradora e excludente que estrutura a expansão do capital global.

Milton Santos e David Harvey oferecem perspectivas complementares acerca da influência da globalização e do capital no território, especialmente do capital financeiro. Enquanto Santos (1988, 1996) enfatiza a diferenciação territorial e o desenvolvimento desigual

que favorece firmas poderosas, ampliando as desigualdades socioeconômicas, Harvey (2001, 2003) destaca a acumulação flexível como uma força motriz na reconfiguração dos espaços produtivos. Assim, revela-se um cenário complexo, onde a globalização não apenas introduz uma seletividade espacial que intensifica divisões, mas também propicia a emergência de novas formas de produção e operações econômicas.

Paralelamente, Santos (1996) observa a perda de controle dos Estados sobre seus territórios em face das corporações transnacionais, diluindo a soberania nacional e promovendo um processo de desterritorialização. Enquanto Harvey (2001) identifica potenciais benefícios econômicos advindos da intensificação da interconectividade global, Santos (1996) adverte sobre a gestão global das diferenciações territoriais, que coloca negócios e capital em uma posição de preeminência em relação às políticas governamentais no controle dos territórios. Isso cria uma dinâmica complexa que remodela incessantemente tanto a economia quanto seus territórios de atuação.

A aceleração dos processos de inovação técnica, impulsionada pela crescente velocidade e capacidade de transmissão de dados e informações, transformou radicalmente a configuração dos territórios. As tecnologias digitais de comunicação e informação provocaram uma inflexão paradigmática, originando novas formas de centralidade urbana, redefinindo os eixos de desenvolvimento e ressignificando a própria noção de proximidade (Castells, 1999). Assim, a consolidação do meio técnico-científico-informacional (Santos, 1996) intensifica essas transformações ao integrar técnica, ciência e informação como vetores estruturantes da organização espacial contemporânea.

À medida que a conectividade e a integração favorecem o crescimento e a concentração de atividades em áreas estrategicamente localizadas, emerge uma crescente fragmentação e desigualdade socioespacial (Castells, 1999). O espaço torna-se um sistema de objetos e ações impregnado de técnica, transformando-se em um palco de constantes disputas, conflitos e reações sociais (Santos, 1996).

O ambiente de disputas é dinâmico e segue o ritmo das transformações impulsionadas pelas intensas redes de fluxos financeiros (Harvey, 2003), humanos e informacionais que definem o meio técnico-científico-informacional (Santos; Silveira, 2001). Mas é evidente que a técnica, embora atue como um catalisador de mudanças, não se desvincula de sua base territorial (Santos, 1996). Há uma lógica intrínseca à globalização, conduzida por objetos técnico-informacionais e atores hegemônicos, que transforma o território em um espaço cada vez mais homogêneo, mas paradoxalmente segregado e desigual (Sassen, 1998b).

Técnica, ciência e informação são, desse modo, indissociáveis e interconectados. Ou seja, a produção, o movimento e a função dos objetos técnicos dependem fortemente da informação. Santos (1996) argumenta que, nesse contexto, objetos e ações são profundamente influenciados pelo avanço da informação e pelas novas tecnologias, resultando na globalização dos mercados e na integração econômica mundial.

O autor identifica cinco pilares fundamentais que estruturam o meio técnico-científico-informacional e reorganizam o espaço geográfico sob a lógica do capital (Santos, 1996, 2000). O primeiro é a integração tecnológica, que garante o funcionamento sistêmico ao conectar redes técnicas e acelerar os fluxos (Silveira, 2003). O segundo refere-se à centralidade do conhecimento e da informação, que passam a orientar a produção e o controle das técnicas (Santos; Silveira, 2001).

A terceira dimensão diz respeito à globalização, caracterizada pela instantaneidade da comunicação e pela ampliação do alcance territorial das ações. Em quarto lugar, observa-se uma redefinição da espacialidade, a compressão do tempo e do espaço altera profundamente as formas de presença compartilhada e de organização territorial. Por fim, a flexibilidade sistêmica impõe uma lógica de adaptação contínua, em que a instabilidade se torna parte integrante do processo produtivo e da reprodução espacial (Santos, 1996, 2000; Santos; Silveira, 2001).

A partir dessas transformações, o avanço das tecnologias da informação e da comunicação, somado às inovações nos sistemas de transporte, tem reconfigurado profundamente a organização territorial contemporânea. Entre os efeitos mais evidentes está a intensificação da fluidez espacial, com a aceleração da circulação de mercadorias, pessoas e dados em escala global (Finatti; Sposito, 2010; Santos; Silveira, 2001).

Segundo Sassen (1988b) e Harvey (2005b), essa dinâmica favorece a constituição de redes comerciais transnacionais e redefine o papel estratégico de cidades e regiões, agora inseridas como nós em uma economia global interconectada. No entanto, esse processo também acentua as disparidades socioespaciais, territórios com acesso privilegiado às tecnologias mais avançadas tendem a se integrar mais rapidamente e a ampliar sua competitividade, enquanto regiões periféricas, desprovidas dessa infraestrutura, permanecem à margem dos circuitos dinâmicos do capital (Harvey, 2005b; Silveira, 2011).

A emergência de cidades globais se destaca como um fenômeno significativo no meio técnico-científico-informacional. Segundo Sassen (1998b), essas cidades tornam-se centros cruciais de finanças, serviços e comércio em nível global, concentrando tecnologia, capital humano qualificado e infraestrutura de informação, que lhes permitem exercer funções de comando e controle em redes globais.

A valorização da informação como recurso essencial é uma consequência importante desse contexto. A reconfiguração da economia, bem como o surgimento de novos setores, é impulsionada pela crescente importância atribuída ao conhecimento. Regiões especializadas na indústria do conhecimento, como o Vale do Silício, na Califórnia, ganham destaque e exercem influência significativa na organização espacial das áreas vizinhas (Sassen, 1998a, 1998b, 1998c).

A construção da realidade social e do imaginário coletivo é cada vez mais mediada pelos dispositivos comunicacionais e pelas lógicas da mídia, expressões diretas do meio técnico-científico-informacional, como aponta Silveira (2011, 2018). Esses mecanismos produzem sentidos compartilhados que atravessam fronteiras territoriais, influenciando identidades culturais e práticas sociais localizadas, ao mesmo tempo em que promovem uma homogeneização simbólica em escala planetária. Nesse cenário, a vida cotidiana é reorganizada de modo profundo, a presença ubíqua de dispositivos inteligentes e a conectividade permanente reconfiguram as noções de comunidade, pertença e formas de interação social (Harvey, 2005b).

As inovações tecnológicas também têm reconfigurado profundamente as estruturas laborais, com a automação de tarefas manuais e repetitivas e a valorização de competências vinculadas à análise de dados, engenharia de sistemas e processos computacionais. Essa transição modifica as geografias econômicas locais, promovendo a concentração de oportunidades em áreas integradas às redes técnico-científicas, ao mesmo tempo em que acentua a exclusão de territórios desconectados dessas dinâmicas. Diante disso, torna-se imperativo um redesenho das políticas educacionais e formativas, capazes de responder às novas exigências do mercado de trabalho (Harvey, 2003, 2005d).

Paralelamente, o avanço dos dispositivos de controle e vigilância, potencializado pela capacidade de coleta, processamento e cruzamento massivo de dados digitais, tem provocado debates em torno da privacidade e do controle territorial. A ampliação desses mecanismos redefine as formas de governança e gestão do espaço, ao mesmo tempo em que impulsiona processos de inovação e aproxima a pesquisa científica da produção técnica aplicada. Nesse contexto, a infraestrutura e os serviços tendem a ser reorganizados segundo critérios de eficiência informacional, mas também sob lógicas seletivas de comando (Santos; Silveira, 2001).

Conforme discutido por Santos (1996) e Santos e Silveira (2001), o meio técnico-científico-informacional constitui uma força estruturante na organização territorial do mundo contemporâneo. Ao remodelar infraestruturas físicas, organizações sociais e relações de poder, esse meio atravessa todas as esferas da vida, alterando os modos de habitar, trabalhar e interagir. No nível territorial, produz novas configurações de conexão e exclusão, redefinindo centralidades e marginalidades regionais (Santos, 1996). Cidades globais emergem como epicentros dessas

transformações, enquanto processos de exclusão e desigualdade também se aprofundam (Harvey, 2005d; Sassen, 1998c).

As formas de uso do território expressam a intrincada articulação entre sistemas técnicos, práticas sociais e organização espacial. Nesse processo, o meio técnico-científico-informacional desempenha um papel central ao reordenar o espaço com base em racionalidades seletivas, que geram centralidades econômicas e, simultaneamente, ampliam zonas de exclusão (Lopes Junior; Santos, 2010). O território torna-se, assim, materialização concreta das dinâmicas socioeconômicas que se renovam sob o imperativo da técnica e do capital (Santos, 1996, 2001).

Inserida nesse quadro, a globalização, articulada aos avanços tecnológicos, redefine continuamente os modos de apropriação territorial. Esse processo demanda uma abordagem crítica que compreenda o território como uma construção social situada historicamente, na qual se condensam tanto as oportunidades quanto as desigualdades, mediadas por múltiplas relações de poder e por racionalidades políticas e econômicas em disputa (Santos; Silveira, 2001).

No mundo contemporâneo, os dispositivos comunicacionais, expressões diretas do meio técnico-científico-informacional, exercem influência decisiva na mediação da realidade social. A mídia e as tecnologias da informação não apenas moldam práticas territoriais e identidades culturais específicas, como também fomentam uma cultura globalizada, atravessada por símbolos, valores e códigos transnacionais (Santos, 1996). A vida cotidiana, nesse cenário, é reorganizada pela presença universal de tecnologias inteligentes e pela interconexão em rede, que transformam profundamente as formas de convivência, pertencimento e socialização.

Portanto, reconhecer o território como uma construção social historicamente situada exige compreender a complexa tessitura de interações entre sistemas técnicos, ações humanas, organização espacial e relações de poder. O uso do território, longe de ser neutro, reflete escolhas seletivas e desiguais que expressam disputas de poder, racionalidades econômicas e estratégias de comando (Santos; Silveira, 2001). Nesse sentido, entender a configuração e a estrutura territorial contemporânea é também desvendar os modos como o uso corporativo do território se articula às transformações técnicas e sociais que o atravessam (Santos, 1996, 2000, 2004; Santos; Silveira, 2001).

2.3 O uso corporativo do território na era técnico-científico-informacional

O uso do território pelas empresas, materializa a racionalidade capitalista, cujas raízes se aprofundam no processo histórico de formação sistema-mundo moderno (Santos;

Silveira, 2001). Desde as grandes navegações e o expansionismo europeu dos séculos XV e XVI, instaurou-se uma lógica territorial que subordinava terras e populações ao imperativo da acumulação, por meio da colonização e do comércio intercontinental (Harvey, 2007). Essa espacialização do capital implicou uma ordenação seletiva do território, fundada na expropriação de recursos e no disciplinamento das formas de vida locais, instaurando os fundamentos de uma geopolítica funcional à lógica mercantil e posteriormente industrial (Harvey, 2007).

Segundo Santos (2000), com a intensificação da globalização, esse movimento passa a assumir novas configurações técnicas e normativas, mas preserva sua essência, fazer do território o lócus privilegiado da reprodução ampliada do capital. Uma apropriação que reafirma, no espaço, a centralidade do poder econômico e a hierarquia entre os lugares, convertendo o território em condição e meio das dinâmicas capitalistas contemporâneas (Harvey, 2007; Santos, 2000).

Santos (1996) argumenta que os sistemas técnicos modernos intensificam essa apropriação, facilitando a difusão global de tecnologias e práticas capitalistas que reforçam o controle corporativo sobre os territórios. Assim, a interação entre sistemas técnicos, globalização e apropriação territorial resulta em complexas relações de poder e tensões sociais (Silveira, 2001).

A partir do século XVIII, a Revolução Industrial intensificou a relação estrutural entre empresas e território, instaurando um novo regime de uso do espaço, fundamentado na racionalidade técnica e na acumulação ampliada de capital. A crescente demanda por matérias-primas, energia e mercados consumidores impulsionou a expansão empresarial em direção a áreas dotadas de atributos estratégicos, como recursos naturais abundantes, mão de obra barata e possibilidades de escoamento da produção, promovendo um uso seletivo e funcional do território (Harvey, 2005b).

A construção de grandes sistemas de infraestrutura, como ferrovias, portos e vias de circulação, configurou-se não apenas como meio técnico, mas como mediação indispensável à fluidez do capital e à centralidade dos novos centros industriais emergentes. Nesse processo, o território passou a ser moldado conforme as necessidades produtivas, revelando sua condição de instância social mar por interesses econômicos e por hierarquias de poder (Harvey, 2005b; Saquet, 2009).

Segundo Harvey (2007a), o neoliberalismo e a globalização remodelaram a economia global, expandindo o capital transnacional. Esse processo foi impulsionado pela desregulamentação e abertura dos mercados nacionais, o que permitiu que corporações transnacionais otimizassem suas operações conforme as vantagens competitivas de diferentes

regiões. Além disso, a flexibilização das leis trabalhistas e ambientais, principalmente em países periféricos, também contribuiu para esse cenário, tornando os locais mais atraentes para o capital, ao favorecer a maximização da eficiência e a minimização dos custos (Harvey, 2007a, 2007b).

As políticas neoliberais, caracterizadas pela redução do papel do Estado e pela promoção da liberalização, desregulamentação e privatização, criaram um ambiente favorável à expansão das corporações transnacionais (Harvey, 2007a). Essas políticas facilitaram o fluxo de capitais e a transferência de operações produtivas para regiões com menores custos de produção e regulamentações mais flexíveis. Assim, ocorreu uma migração significativa de indústrias para países em desenvolvimento, atraídas por incentivos fiscais e mão de obra barata, promovendo uma reorganização territorial que reforça desigualdades e dinâmicas de dependência econômica (Sassen, 1998a).

Smith (1988) pontua que o desenvolvimento geográfico desigual é parte constitutiva da lógica de expansão do capital, a qual depende da produção e reprodução de diferenciações espaciais como forma de manter sua dinâmica de valorização. A busca constante por novas áreas de exploração e a mobilidade seletiva dos investimentos fazem do espaço não um palco neutro, mas um agente na perpetuação das desigualdades.

Nesse sentido, Santos (1996) adverte que a globalização intensifica essa dinâmica, ao acentuar a seletividade territorial e aprofundar as iniquidades no uso do território, comandado por racionalidades corporativas. Durante o período fordista-keynesiano, marcado por estratégias de coesão nacional e forte intervenção estatal, chegou-se a vislumbrar um novo horizonte de organização global. No entanto, essa reorganização, longe de superar as desigualdades, acabou por perpetuá-las e reconfigurá-las, dando forma a uma espacialidade cada vez mais fragmentada e funcional às exigências do capital em escala planetária (Smith, 1988).

Esse período foi marcado por tensões sociais e econômicas, refletindo o declínio gradual dos modelos produtivos baseados na produção em massa e estabilidade empregatícia (Harvey, 2005b). As políticas fordistas-keynesianas, vigentes entre o final da Segunda Guerra Mundial e a crise do petróleo na década de 1970, impulsionaram o desenvolvimento industrial mediante investimentos públicos em infraestrutura e regulação dos mercados. Porém a crescente globalização e a busca incessante por eficiência econômica desencadearam uma reconfiguração territorial contínua. Nesse contexto, o capital, sempre em busca de menores custos e legislações mais flexíveis, promoveu uma nova ordem espacial, aprofundando as

desigualdades e reforçando as dinâmicas de dependência econômica (Harvey, 2005d, 2007b; Santos, 2000).

Com a consolidação do ideário neoliberal, marcado pela retração das funções reguladoras do Estado e pela primazia do mercado como instância organizadora da vida social, inaugura-se uma nova etapa na lógica de uso corporativo do território (Harvey, 2007a). Nesse contexto, os territórios passam a ser tratados como ativos estratégicos, mobilizados seletivamente pelas grandes corporações transnacionais de acordo com critérios de rentabilidade e fluidez operacional.

A intensificação da desregulamentação, das privatizações e da liberalização dos fluxos financeiros permitiu que as grandes corporações operassem em múltiplas jurisdições, explorando desigualdades normativas, fiscais e laborais. Desse movimento emergiu uma nova divisão internacional do trabalho, caracterizada pelo deslocamento da produção para regiões periféricas, onde a oferta de força de trabalho barata, aliada à fragilidade das legislações ambientais e trabalhistas, conforma uma geografia funcional aos interesses à lógica do capital globalizado (Harvey, 2007a). Um exemplo emblemático dessa reconfiguração produtiva é a migração de indústrias manufatureiras para países da Ásia e da América Latina, onde os custos de produção são menores. Corporações como Nike e Apple transferiram parte substancial de suas cadeias produtivas para países como China e Vietnã, beneficiando-se de baixos salários e regulamentações mais flexíveis.

De acordo com Santos (1996), essa realocação não visa apenas à maximização dos lucros, mas também reforça a estrutura global de desigualdades. Arroyo (2001) observa que tais práticas aprofundam a dependência econômica e espacial, produzindo territórios periféricos subordinados às exigências do capital global e perpetuando uma geografia desigual e fragmentada. Massey (2008) complementa essa análise ao mostrar como as divisões espaciais do trabalho reforçam as desigualdades econômicas e organizam a produção de forma desigual em diferentes partes do mundo, acentuando as condições de exploração nos territórios periféricos.

O uso corporativo do território ampliou a capacidade das empresas transnacionais de interferir não apenas nas economias locais, mas também na configuração da geopolítica global. A emergência dos chamados Novos Países Industrializados, com destaque para os Tigres Asiáticos, exemplifica esse redirecionamento estratégico dos fluxos de capital e produção (Sassen, 1998b). Ao combinar políticas estatais agressivas, mão de obra qualificada e inserção seletiva nas cadeias globais de valor, esses países tensionaram a hegemonia dos centros tradicionais do capitalismo, reposicionando-se nas redes de comércio internacional e na disputa por investimentos. Contudo, como aponta Santos (1996), essa reorganização espacial não

elimina os desequilíbrios estruturais; ao contrário, reinscreve novas formas de dependência e subordinação funcional ao sistema global, reafirmando a seletividade territorial que sustenta a dinâmica do capital em sua fase mais avançada.

A realocação de indústrias não implicou apenas a transferência de empresas e capital, mas também a disseminação de conhecimento técnico e inovação, reestruturando o mapa global do desenvolvimento e estabelecendo novas relações de dependência entre os países (Sassen, 1998b). Os Tigres Asiáticos, “Coreia do Sul, Taiwan, Cingapura e Hong Kong”, por exemplo, ficaram conhecidos por seu rápido crescimento econômico e industrialização acelerada, impulsionados por políticas estatais estratégicas, investimentos estrangeiros e mão de obra qualificada. Nesse contexto, Castells (1999) destaca que a difusão do conhecimento técnico e a formação de redes globais de poder são elementos centrais na reconfiguração territorial, moldando novas hierarquias e dinâmicas da economia global.

Harvey (2005b) pontua que a flexibilização produtiva, “que frequentemente resulta na precarização das condições de trabalho e na diminuição da segurança no emprego”, é impulsionada pelo neoliberalismo e promove uma maior exploração da mão de obra, sobretudo nos países periféricos, reforçando a desigualdade entre o capital e o trabalho.

As consequências da transformação territorial extrapolaram as linhas de produção, afetando negativamente as comunidades locais e o meio ambiente, que sofreram com práticas industriais e extrativistas desenfreadas. Ao mesmo tempo, o rápido crescimento de alguns países em desenvolvimento foi acompanhado por uma urbanização acelerada e pela formação de novas classes médias, modificando padrões de consumo e promovendo maior integração cultural e econômica. No entanto, a distribuição desigual dos benefícios econômicos gerou profundas tensões sociais e ampliou a cisão entre *insiders* e *outsiders* na nova ordem econômica global, conforme argumenta Castells (1999). Nesse contexto, Sassen (1998b) explica que essa divisão resulta da inserção seletiva das regiões no processo global de produção e consumo, criando uma geografia marcada por centros de poder e periferias subordinadas, o que aprofunda as desigualdades espaciais e sociais (Sousa, 2009).

A globalização econômica, embora promotora de inovação tecnológica e crescimento localizado, revelou-se uma força ambígua, ao mesmo tempo em que ampliou a fluidez dos fluxos de capital, impôs uma racionalidade normativa que desestabilizou formas tradicionais de regulação, fragilizou vínculos territoriais e acentuou a fragmentação socioespacial (Harvey, 2005d). Como assinala Santos (1996, 2000), essa nova ordem global, orientada pela lógica do lucro e da velocidade, coloca sérios desafios à governança

supranacional, à busca por modelos de desenvolvimento sustentáveis e à preservação da coesão social em territórios crescentemente desiguais e hierarquizados.

Harvey (2005d) reforça que a globalização, ao expandir o capital para além das fronteiras nacionais, cria instabilidades profundas, resultando em desigualdades estruturais difíceis de mitigar no contexto atual. As complexas cadeias internacionais de suprimentos redefiniram a geopolítica do uso corporativo do território. Ao buscarem locais estratégicos para fábricas e escritórios, as corporações construíram redes globais de fornecedores e unidades de produção transnacionais, criando um sistema de dependências interligadas que intensifica as desigualdades espaciais e econômicas (Santos, 1996; Sassen, 1998b).

Segundo Arroyo (2001), a reorganização do território conforme a lógica corporativa constitui um dos pilares das estratégias empresariais contemporâneas. As cadeias globais de suprimento, estruturadas com base na fragmentação internacional da produção, permitem às corporações otimizar custos, redistribuir funções produtivas e explorar diferencialmente as condições locais (Arroyo, 2001). Porém essa fluidez operacional se sustenta sobre uma teia de interdependências desiguais, que expõe os territórios, sobretudo os periféricos, a vulnerabilidades geopolíticas e econômicas significativas.

A dependência de fornecedores dispersos em múltiplas jurisdições submete as empresas a riscos derivados das instabilidades locais, mas, paradoxalmente, também amplia seu poder de barganha e imposição. Sassen (1998a, 1998b, 1998c) argumenta que tais interconexões não geram apenas integração funcional, mas instauram uma forma de dominação econômica, em que as exigências das grandes corporações se sobrepõem às políticas públicas e aos projetos territoriais autônomos, reproduzindo, nas escalas locais, a lógica de subordinação própria do capitalismo global.

Contrariamente a essa tendência, as questões de soberania e o desejo de controle territorial têm levado a movimentos de resistência. O processo crescente de reterritorialização, seja por meio de políticas protecionistas ou por movimentos populares que desejam maior controle sobre seus recursos e economias, desafia as dinâmicas estabelecidas pelo uso corporativo do território (Escobar, 2008). Exemplos notáveis incluem a resistência indígena contra projetos de mineração na América Latina e as políticas protecionistas adotadas por alguns países para proteger suas indústrias nacionais. Tais movimentos buscam reafirmar o controle local frente à influência das corporações transnacionais (Escobar, 2008). Para Harvey (2005d), a reterritorialização é um processo inevitável de reação às pressões globais do capital, uma tentativa de resistir à fragmentação territorial e às desigualdades impostas pela globalização.

Nesse cenário, o Estado e os organismos internacionais emergem como mediadores centrais na regulação dos usos territoriais impostos pelo capital transnacional. A atuação estatal, por meio de políticas públicas, incentivos fiscais e marcos regulatórios, influencia diretamente a forma como as corporações se apropriam do território, ora promovendo a atração de investimentos, ora tentando salvaguardar os interesses nacionais diante das pressões externas (Harvey, 2005b). Ao mesmo tempo, os acordos comerciais multilaterais e regionais operam como vetores normativos de padronização, moldando infraestruturas, regimes jurídicos e dispositivos logísticos que facilitam a fluidez do capital, mas também subordinam os territórios a uma lógica global homogênea (Harvey, 2005b; Santos, 1996).

As interações históricas e geopolíticas seguem moldando profundamente as formas pelas quais as empresas se apropriam do território, seja por meio da presença direta de ativos produtivos, seja por sua influência indireta sobre os marcos normativos que regem o uso e a governança do espaço. Um exemplo emblemático é o Acordo de Livre Comércio da América do Norte (NAFTA), que, ao ser implementado nos anos 1990, promoveu a reconfiguração das cadeias produtivas e alterou significativamente os fluxos de capital e de trabalho entre Estados Unidos, Canadá e México. Ainda que tenha sido substituído, em 2020, pelo USMCA (United States-Mexico-Canada Agreement), seus efeitos persistem como referência (Mariano; Mattos; Sugahara, 2019). Como observa Sassen (1998b), acordos desse tipo não apenas intensificam os fluxos econômicos, mas também instauram novas arquiteturas de poder entre os países signatários, reforçando hierarquias econômicas e aprofundando a dependência das regiões periféricas frente ao comando das grandes corporações transnacionais.

O território não é apenas um palco, mas um ativo moldado pelos movimentos intencionais das corporações (Santos, 1996). Ao definirem estratégias locais e políticas de desenvolvimento de infraestrutura, essas empresas moldam o espaço geográfico segundo seus interesses econômicos. Esse fenômeno aponta que as demandas do capital extrapolam a esfera da produção, impactando diretamente as esferas sociais e econômicas locais (Santos, 1996; Sassen, 1998a). A construção de parques industriais e zonas econômicas especiais exemplifica esse processo, ao oferecer infraestrutura avançada e incentivos fiscais voltados à maximização das operações empresariais.

A configuração territorial, enquanto expressão material das relações sociais, resulta da interação complexa entre forças econômicas, políticas e sociais que, embora muitas vezes naturalizadas no cotidiano, operam de forma estruturante na organização do espaço. Como destaca Santos (1996), os processos de privatização e a reconfiguração da gestão do território

evidenciam a metamorfose do Estado, que ora se adapta, ora se retrai, criando condições para o avanço da lógica corporativa sobre porções cada vez mais amplas do espaço geográfico.

A alienação de terras públicas para empresas privadas, a instituição de zonas de livre comércio e a terceirização de funções estatais essenciais, como saúde e educação, são práticas que transferem o comando de recursos e funções territoriais para agentes econômicos privados. Tais práticas ampliam o poder das corporações sobre o território, frequentemente em descompasso com as necessidades e direitos das populações locais, aprofundando desigualdades socioespaciais (Santos; Silveira, 2001).

Na busca por vantagens competitivas, os agentes de mercado privilegiam locais com acesso a mercados consumidores, baixos custos de produção, mão de obra qualificada e infraestrutura logística eficiente. Nessa perspectiva, estabelecem-se em *clusters* industriais ou parques tecnológicos, onde a proximidade com outras empresas e centros de pesquisa cria um ambiente sinérgico que favorece a inovação e a eficiência (Santos, 1996). Sassen (1998a) destaca que locais como o Vale do Silício, nos Estados Unidos, tornaram-se epicentros globais da inovação tecnológica, enquanto a Zona Econômica Especial de Shenzhen, na China, catalisou o desenvolvimento industrial do país por meio de políticas favoráveis e infraestrutura de ponta.

Como observa Santos (1996), em uma economia marcada pela centralidade da circulação, as infraestruturas de transporte e comunicação tornam-se elementos estratégicos para a reprodução do capital, organizando o território segundo as exigências da fluidez e da produtividade. Nesse contexto, as corporações assumem papel determinante na configuração do desenvolvimento local e regional, condicionando não apenas os investimentos técnicos, mas também a orientação das políticas públicas e das prioridades territoriais (Santos, 2001, 1996).

Seus impactos, porém, são ambíguos, por um lado, podem promover a dinamização econômica e a geração de empregos; por outro, frequentemente provocam o deslocamento compulsório de populações, o esgotamento de recursos naturais e a desestruturação de práticas socioculturais historicamente enraizadas. Trata-se, portanto, de uma atuação que reorganiza o espaço conforme uma lógica funcional ao capital, ainda que em detrimento das especificidades e direitos das comunidades locais (Santos; Silveira, 2001).

A nova divisão internacional do trabalho, estruturada pela fragmentação e dispersão global da produção, cria condições para que as corporações transnacionais exercem uma influência territorial que ultrapassa as fronteiras nacionais (Santos, 1996). Por meio de suas cadeias globais de suprimentos, essas empresas instalam suas operações onde identificam maiores vantagens, como na indústria têxtil, que frequentemente desloca sua produção para países com baixos custos trabalhistas, como Bangladesh e Vietnã, ao mesmo tempo em que

mantêm centros de design e marketing em países desenvolvidos. A corporatização do território refere-se, portanto, ao controle exercido pelas empresas sobre regiões e recursos estratégicos, com vistas à otimização de seus processos produtivos e à maximização de lucros (Santos, 1996). Harvey (2001, 2003, 2005b) pontua algumas estratégias envolvidas nesse processo:

- localização estratégica: busca por territórios com vantagens comparativas, tais como infraestrutura consolidada, acesso a mercados, força de trabalho qualificada, logística integrada e estímulos governamentais (Harvey, 2001).
- desenvolvimento e controle da infraestrutura: financiando ou condicionando a implantação de redes logísticas e de comunicação, muitas vezes em parceria com o Estado. Um exemplo desse processo é o porto de Shenzhen, na China, impulsionado por investimentos corporativos voltados à integração comercial global (Harvey, 2003)
- influência nas políticas locais e regionais: influenciando mudanças em políticas e regulamentações que favoreçam suas atividades, tais como mudanças na legislação ambiental, trabalhista ou fiscal (Harvey, 2001, 2003, 2005b).
- zonas de livre comércio: corporações multinacionais instalam operações em países com legislações trabalhistas mais flexíveis e benefícios fiscais, resultando em maior competitividade. As zonas de processamento de exportação (ZPEs), na China, oferecem incentivos às empresas estrangeiras, gerando empregos, mas também resultando em salários baixos e condições de trabalho precárias.

Essas dinâmicas ilustram como as corporações, sejam nacionais ou transnacionais, desempenham um papel fundamental na produção e transformação do território (Santos, 1996). O território, enquanto ativo dinâmico, é continuamente moldado pelas forças da globalização e pelo poder econômico das corporações, que o utilizam para atender suas necessidades, conforme destaca Harvey (2005b). Ainda segundo o autor, a configuração espacial contemporânea é intensamente moldada pela lógica do capitalismo, com grandes corporações atuando como agentes transformadores dos territórios, em uma busca constante pelo acúmulo de capital.

Segundo Harvey (2001, 2003, 2005b), a lógica da acumulação de capital transforma o território por meio de estratégias que articulam urbanização, especulação imobiliária e grandes empreendimentos. Esses processos redesenham paisagens urbanas, elevam o valor da terra e aprofundam a segregação socioespacial, frequentemente às custas do deslocamento de comunidades locais. Entre essas estratégias, destacam-se:

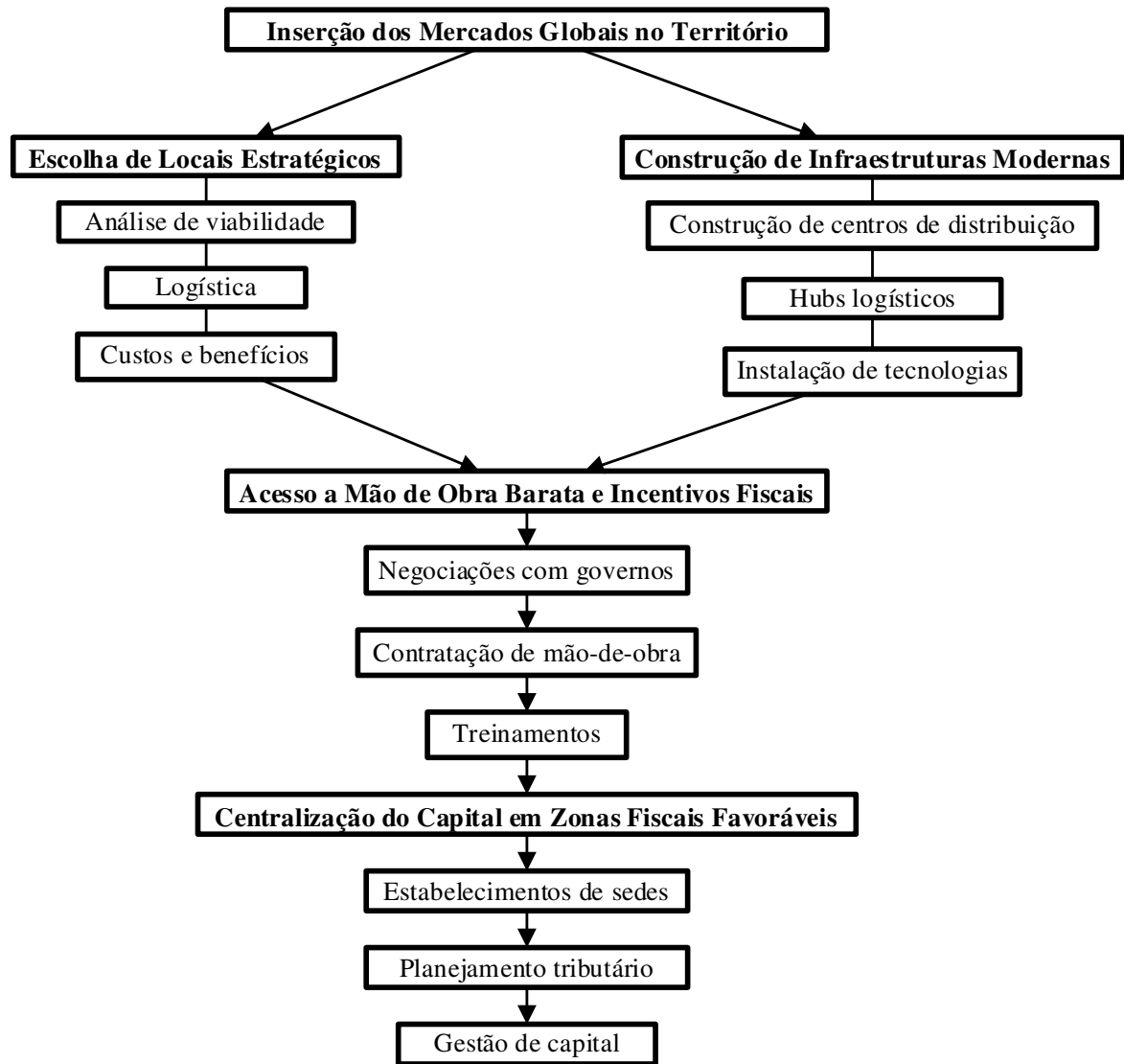
- especulação imobiliária: aumenta o valor da terra e frequentemente leva à formação de bolhas imobiliárias (Harvey, 2005b);

- urbanização e reurbanização conjuntas: transformam e revitalizam áreas, como a renovação do Porto de Barcelona (Castells, 1999);
- planejamento urbano e megaprojetos: redesenham as paisagens urbanas, a exemplo da construção do complexo Hudson Yards, em Nova York (Harvey, 2012); e
- gentrificação: desloca comunidades locais e altera a identidade cultural de bairros inteiros, como ocorreu em Williamsburg, Nova York (Smith, 1996).

As corporações transnacionais moldam os territórios para além das fronteiras nacionais, articulando fluxos de produção, comércio e investimento em escala planetária. Desse modo, conforme destaca Harvey (2005c), a aniquilação do espaço pelo tempo, característica central do capitalismo contemporâneo, reconfigura os sistemas locais e globais de abastecimento e circulação de mercadorias.

Exemplos como o Walmart e a Amazon ilustram essa transformação no varejo global, ao instalarem centros de distribuição em pontos estrategicamente localizados, visando acelerar a entrega de produtos e otimizar a logística (Sassen, 1998a). Essa reorganização territorial impacta diretamente as economias locais e os padrões de consumo da população (Santos, 1996). Para entender melhor essas estratégias corporativas e o uso do território, a Figura 6 apresenta um fluxograma que detalha cada etapa categórica do processo de corporatização do território (Harvey, 2001, 2003; Santos, 1996).

Figura 6 — Estratégias corporativas modernas no uso do território



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

As etapas descritas evidenciam como as corporações transnacionais estruturam suas operações visando maximizar a eficiência e ampliar suas margens de lucro. A partir da identificação de mercados globais estratégicos, da seleção criteriosa de localizações vantajosas, da implantação de infraestruturas logísticas avançadas, do acesso a mão de obra barata e da exploração de regimes fiscais favoráveis, essas empresas concentram capital em zonas otimizadas para a circulação, garantindo sua competitividade em escala planetária. Conforme destaca Harvey (2005c), a compressão espaço-tempo, promovida pela intensificação da circulação de mercadorias, capitais e informações, permite que as corporações reorganizem suas cadeias produtivas e logísticas com alta precisão, assegurando o controle simultâneo sobre mercados locais e globais.

Essa dinâmica manifesta-se, assim, em diversas operações corporativas, como a criação de rotas globais que articulam territórios de extração de matérias-primas a centros de

transformação e consumo, a concentração de capital em jurisdições fiscalmente vantajosas e a indução de investimentos externos em áreas estrategicamente selecionadas (Harvey, 2003).

A corporatização do território pelas empresas acarreta efeitos socioeconômicos heterogêneos, cuja natureza e intensidade variam conforme a escala de observação. Em nível local, a presença de corporações pode representar um vetor de dinamização econômica, por meio da atração de investimentos em infraestrutura, da geração de empregos e da ampliação das oportunidades de qualificação da força de trabalho (Harvey, 2003). Multinacionais, em particular, tendem a induzir processos de modernização nos sistemas produtivos locais, seja pela introdução de tecnologias avançadas, seja pela difusão de novos padrões organizacionais e operacionais, reorganizando as dinâmicas econômicas regionais sob sua lógica de eficiência e competitividade (Sassen, 1998a, 1998b).

Como observa Arroyo (2001), os efeitos da corporatização do território não são unicamente positivos. A especialização econômica induzida por grandes corporações pode gerar uma dependência estrutural em torno de uma única atividade ou empresa, tornando os territórios vulneráveis a oscilações do mercado global. Além disso, não são raras as consequências sociais e ambientais associadas a esse processo, como o deslocamento forçado de comunidades, a precarização das relações de trabalho e a degradação dos ecossistemas locais (Santos; Silveira, 2001). A instalação de grandes complexos industriais, por exemplo, frequentemente implica a apropriação intensiva de recursos naturais, em detrimento das necessidades da população local, ao mesmo tempo em que a poluição decorrente das atividades produtivas compromete a saúde pública e os equilíbrios ambientais (Arroyo, 2001).

Em escala internacional, o uso corporativo dos territórios pode contribuir para a geração de riqueza e intensificar a interconexão econômica entre diferentes regiões do mundo. No entanto, como apontam Harvey (2005c) e Sassen (1998a), esse processo também está associado a práticas neocoloniais, nas quais corporações de países centrais exercem controle sobre recursos estratégicos em nações periféricas, perpetuando desigualdades históricas e estruturas de dependência. A exploração de recursos minerais na África por empresas europeias e norte-americanas exemplifica esse desequilíbrio, embora ocorra dinamização econômica e inserção no mercado global, os benefícios concentram-se nas corporações, enquanto as populações locais permanecem submetidas a condições de pobreza e carecem de acesso à infraestrutura básica e a direitos sociais elementares (Sassen, 1998a).

As corporações transnacionais que atuam como vetores de inovação criam mercados e impulsionam avanços tecnológicos (Arroyo, 2001), mas esses avanços geralmente vêm acompanhados de condições de trabalho precárias, subversão de normativas locais e

impactos ambientais negativos. A indústria de vestuário no Sudeste Asiático, por exemplo, gera empregos e crescimento, mas também enfrenta críticas pelas condições inadequadas de trabalho e pela poluição ambiental (Sachs, 2005). A concentração de poder econômico nas mãos de grandes corporações levanta questões sobre a equidade na distribuição dos benefícios. Enquanto acionistas e executivos acumulam ganhos substanciais, trabalhadores e comunidades locais frequentemente não experimentam melhorias proporcionais em sua qualidade de vida, reforçando padrões de desigualdade social (Silva; Schmidt, Kliass, 2019).

Os impactos socioambientais também são significativos. A extração intensificada de recursos naturais pelas corporações e o crescimento urbano desordenado resultam em degradação ambiental, com desmatamento, poluição e esgotamento de recursos hídricos, ameaçando a sustentabilidade dos ecossistemas a longo prazo. Para mitigar esses efeitos, é essencial uma governança eficaz e regulamentações que alinhem os interesses corporativos aos objetivos do desenvolvimento sustentável. Investimentos responsáveis, respeito aos direitos humanos, justiça social e proteção ambiental são fundamentais para que as empresas atuem de forma alinhada às necessidades da sociedade (Sachs, 2005; Santos, 2000).

Um exemplo interessante é o da Hertz Global Holdings. A decisão de relocar sua sede corporativa indica a dinâmica do controle corporativo sobre o território e levanta questões sobre problemas de agência entre a gestão e os acionistas, além de como o mercado reage a essas mudanças. A escolha de um novo local para a sede de uma grande corporação envolve acesso a mercados, incentivos fiscais, disponibilidade de mão de obra qualificada e capacidade de influenciar políticas locais e regionais. A realocação da sede da Hertz para a Flórida foi motivada pela busca de um ambiente fiscal mais favorável e melhor acesso a talentos qualificados, mas também levantou questões sobre a governança corporativa e a desconexão entre os interesses da administração e dos acionistas, que esperavam maiores retornos financeiros imediatos (Jones; Allen, 2018; Kahil, 2010).

As indústrias extrativas constituem expressão paradigmática do uso corporativo do território, evidenciando a apropriação seletiva e funcional por grandes agentes econômicos. Empresas mineradoras de grande porte, por exemplo, estabelecem suas operações em áreas remotas, mobilizando vastas extensões territoriais em função de seus interesses produtivos (Becker, 1995).

De forma distinta, o Vale do Silício, na Califórnia, exemplifica o uso estratégico do território por grandes corporações. Esse centro tecnológico, reconhecido pela inovação, atrai talentos globais e impacta significativamente a economia local e global. A concentração de recursos financeiros e intelectuais em uma única região demonstra como o território pode ser

utilizado estrategicamente para fomentar redes de inovação. Porém essa mesma concentração também acarreta desafios, como o aumento do custo de vida e a desigualdade na distribuição de oportunidades (Castells, 1999; Lemos, 2004; Santos, 2000).

Na Ásia, a indústria de eletrônicos exemplifica o uso corporativo do território em uma escala internacional. Grandes fabricantes de eletrônicos selecionam locais estratégicos que oferecem acesso a cadeias de suprimentos, mão de obra barata e políticas governamentais favoráveis. Zonas de processamento de exportação, como as encontradas na China e no Vietnã, foram criadas especificamente para atender às demandas dessas empresas (Bauman, 1999; Pinto, 2002; Santos, 2000). Embora essas zonas representem motores de crescimento econômico, elas também levantam questões sobre condições de trabalho e sustentabilidade ambiental. A falta de regulamentações trabalhistas e ambientais robustas destaca a necessidade urgente de políticas que protejam os trabalhadores e o meio ambiente.

Sousa (2009) destaca a cidade de Dubai como outro exemplo de transformação territorial impulsionada pelas corporações. Originalmente uma pequena vila de pescadores, Dubai se reinventou como um centro global de finanças, turismo e imóveis de luxo. Essa transformação atraiu corporações globais e investidores, favorecidos pela combinação de incentivos fiscais, infraestrutura avançada e projetos inovadores (Corrêa, 1995; Ribeiro, 2001; Santos, 2000).

Esses exemplos ilustram a complexidade e a diversidade inerentes ao processo de corporatização do território. Eles demonstram as teorias sobre globalização, desenvolvimento econômico e os impactos sociais e ambientais, frisando a natureza diversificada e contraditória do uso corporativo do território (Corrêa, 1995; Santos, 2000). Cada um desses exemplos, seja a mineração na Amazônia, o ecossistema de inovação no Vale do Silício ou a urbanização acelerada de Dubai, destaca diferentes aspectos e consequências da influência corporativa sobre os territórios. Juntos, eles mostram a necessidade de políticas e regulações que equilibrem os benefícios econômicos com a justiça social e a sustentabilidade ambiental (Pinto, 2002; Ribeiro, 2001; Santos, 2000).

Compreender as articulações entre Estado e mercado constitui um exercício analítico que exige ir além das aparências institucionais para alcançar a inteligibilidade das formas hegemônicas de produção e comando (Santos, 2002; Santos; Silveira, 2001). Não se trata apenas de identificar a coexistência dessas instâncias, mas de compreender como sua ação sinérgica mediada por normas, técnicas e racionalidades globais engendra um uso seletivo e funcional do território, subordinando-o à lógica do capital (Santos, 1996, 2002).

Nessa confluência, o Estado já não é um simples agente regulador, mas um operador ativo da reprodução das condições necessárias à fluidez dos interesses corporativos, naturalizando desigualdades e neutralizando a possibilidade do território como abrigo do coletivo (Santos, 1994a, 2002). A implementação de políticas neoliberais e o avanço dos processos de privatização, ao transferirem setores estratégicos da esfera pública para a lógica empresarial, reduzem significativamente a capacidade do Estado de regular a organização e a gestão do território (Kahil, 2010; Sousa, 2009).

Essa transição favorece a apropriação seletiva dos recursos e das infraestruturas por grandes corporações, subordinando o território aos imperativos do lucro (Santos; Silveira, 2001). Como consequência, observa-se a marginalização de interesses coletivos e a fragilização dos mecanismos de proteção socioambiental, numa dinâmica que converge para a produção de desigualdades territoriais e para a intensificação da racionalidade mercantil na condução da vida social (Braga, 2000; Harvey, 2005b).

A retórica da eficiência, frequentemente mobilizada pelos defensores do ideário neoliberal, apoia-se na crença de que o mercado, livre de interferências estatais, seria o árbitro mais eficaz das atividades econômicas. Nessa perspectiva, a privatização de setores estratégicos, como energia e telecomunicações, é apresentada como vetor de inovação e produtividade. A suposta neutralidade do mercado encobre sua seletividade, ao privilegiar áreas rentáveis e populações solventes, desestrutura a coesão territorial e aprofunda desigualdades socioespaciais historicamente produzidas (Harvey, 2005b).

Em contrapartida, o território não se reduz ao papel de palco da dominação; ele também se configura como locus da resistência. Diversas formas de insurgência contra a lógica empresarial e sua hegemonia sobre os usos do espaço emergem como contra-racionalidades, portadoras de outras possibilidades de organização da vida (Santos, 2000; Scherer-Warren, 2006). Movimentos indígenas, ao reivindicarem a preservação de seus territórios ancestrais, confrontam diretamente os vetores de homogeneização impostos por grandes projetos minerários e agroindustriais. As experiências de economia solidária, por sua vez, recusam o paradigma da competitividade em nome da cooperação e da reciprocidade (Santos, 1996).

Ambientalistas, articulando o local e o global, repõem a centralidade do bem comum frente à dilapidação dos recursos naturais. Essas iniciativas, enraizadas no cotidiano dos lugares, revelam a vitalidade das horizontalidades e a potência do acontecer solidário, aspectos que desestabilizam o projeto único do capital e reinscrevem no território valores que afirmam a vida, a dignidade e o futuro compartilhado (Becker, 1995; Sachs, 2000).

O uso corporativo do território pode contribuir para a diversificação econômica e integrar o país nas cadeias globais de valor, eventualmente melhorando o balanço de pagamentos por meio das exportações. No entanto isso também acarreta riscos, como a saída de divisas devido à repatriação de lucros e o desenvolvimento desigual entre regiões (Carneiro, 2002). Esse fenômeno se manifesta em contrastes acentuados entre regiões desenvolvidas e subdesenvolvidas em um mesmo país, exacerbando desigualdades regionais. No Brasil, por exemplo, a concentração de investimentos no Sudeste contrasta com a falta de desenvolvimento no Norte e Nordeste, criando disparidades significativas em termos de infraestrutura e oportunidades econômicas (Becker, 1995; Santos, 2000).

A primazia do lucro enquanto norma organizadora do território impõe uma racionalidade seletiva que privilegia fluxos rentáveis em detrimento dos lugares e populações que não se ajustam às exigências do capital. Assim, o território deixa de ser abrigo solidário para se tornar recurso a ser explorado, fragmentado e hierarquizado segundo os interesses da acumulação (Santos, 1994a).

Diante disso, a urgência por uma reconfiguração do território exige a subversão das normas hoje impostas pelo mercado e a revalorização do Estado e da sociedade civil enquanto agentes de um uso mais justo e solidário (Santos, 1994a). Mais do que redistribuir funções, é sobre refundar os papéis desses atores sob uma nova normatividade territorial, orientada não pela competitividade, mas pela universalização dos direitos, pela sustentabilidade e pelo bem comum (Santos, 2000).

A contradição entre os imperativos da acumulação e as exigências da reprodução social manifesta-se com especial agudeza no setor da saúde, à medida que a lógica empresarial orientada pela rentabilidade e pela seletividade espacial, impõe-se sobre um campo historicamente concebido como expressão do direito universal (Almeida, 2005). Nesse processo, o território é reconfigurado como recurso funcional à acumulação, rompendo com sua função solidária e transformando a saúde em mercadoria, em detrimento de sua condição original de bem público e componente estruturante da totalidade social (Almeida, 2005; Santos, 1996).

A mercantilização da saúde, marcada pela concentração de serviços de alta complexidade e pela gestão empresarial dos equipamentos públicos e privados, redimensiona o território a partir de critérios de rentabilidade, não de equidade (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005). Segundo Almeida (2005), os vazios assistenciais e a mobilidade compulsória de pacientes entre lugares expõem como a saúde, enquanto direito fundamental, submete-se aos vetores da fluidez seletiva. A partir disso, torna-se evidente a contradição entre o território como suporte da vida e o território como suporte da valorização do capital (Santos, 1994a). Reafirmar a saúde

como direito, nesse contexto, implica recusar a instrumentalização do território pelo capital e recolocá-lo como totalidade concreta, onde se torna possível produzir solidariedades espaciais e garantir a efetividade das políticas públicas (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005; Santos, 1994a; 2000).

3 A CORPORATIZAÇÃO DA SAÚDE E SUA MATERIALIZAÇÃO NO TERRITÓRIO

A corporatização da saúde reflete a expansão e a consolidação de grupos empresariais na organização dos serviços de saúde, moldando o acesso e a distribuição desses serviços de forma desigual no território. Essa transformação se desdobra em diferentes frentes, analisadas nesta seção em três momentos principais, evidenciando a articulação entre economia, políticas públicas e estratégias corporativas.

A análise inicia-se com a seção secundária *Economia política do território na organização e no acesso aos serviços de saúde*, em que se discute como o território é produzido e moldado pela lógica econômica. O acesso aos serviços de saúde não se distribui de forma homogênea, sendo afetado por interesses econômicos e pela concentração de investimentos em regiões de maior atratividade econômica. A lógica territorial, aqui, articula-se com a dinâmica do mercado, promovendo um processo de segmentação e aprofundando desigualdades regionais no acesso aos serviços essenciais. Essa abordagem permite compreender a relação entre capital e território, ressaltando as dificuldades de garantir equidade no atendimento em diferentes escalas espaciais.

Na seção subsequente, intitulada *A relação entre os setores público e privado e as políticas de saúde e segmentação*, aprofunda-se a leitura crítica das interações e tensões estruturais entre essas esferas na organização da oferta de serviços de saúde. O fenômeno da segmentação inclui não apenas a coexistência, mas também a interpenetração funcional entre os setores, em que políticas públicas passam a ser fortemente condicionadas pelas lógicas e pressões do mercado privado. A crescente inserção de agentes privados no campo sanitário, embora contribua para a ampliação da oferta, reforça padrões seletivos de distribuição territorial, favorecendo regiões de maior dinamismo econômico e relegando áreas periféricas à condição de escassez. Tal dinâmica compromete os princípios estruturantes do SUS, em especial a universalidade e a integralidade, e expõe as contradições de um sistema público que se vê progressivamente subordinado à lógica de uma racionalidade empresarial.

Por fim, na seção secundária *Políticas de segmentação corporativa e desigualdades nos serviços de saúde do Maranhão* destaca-se um exemplo regional que ilustra as consequências da corporatização. A lógica de mercado aplicada a contextos de maior vulnerabilidade econômica, como o estado do Maranhão, agrava as desigualdades territoriais. As políticas corporativas de segmentação ampliam a disparidade na oferta de serviços de saúde, consolidando a presença de grupos privados em nichos lucrativos e deixando lacunas significativas no atendimento público. A análise desse caso ilustra como a lógica territorial

corporativa contribui para a reprodução de desigualdades no acesso aos serviços e na distribuição dos recursos de saúde, revelando a necessidade de políticas mais integradas e justas.

A corporatização da saúde, por meio de processos que intensificam a seletividade espacial, consolida desigualdades no acesso e na provisão dos serviços assistenciais. Essa configuração resulta da articulação funcional entre atores públicos e privados sob o predomínio de uma racionalidade mercantil, que subordina o direito à saúde aos imperativos da acumulação. Tal dinâmica impõe um modelo de organização territorial assimétrico, que dificulta a efetivação da saúde como direito universal e compromete a construção de um sistema público pautado pela equidade, pela integralidade e pela justiça territorial.

3.1 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 (1994, 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.

A seletividade territorial, conforme discutido por Santos (1978, 1996, 1998), 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, 2006).

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.

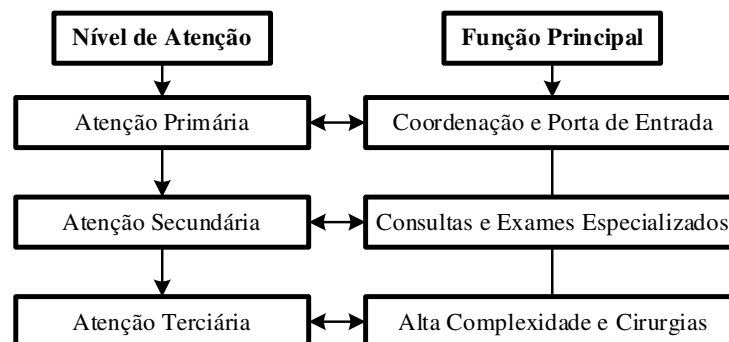
No contexto, global, após a Segunda Guerra Mundial, surgiram novos mecanismos e instituições supranacionais voltados à regulação das políticas de saúde, com o objetivo de conciliar desenvolvimento econômico e bem-estar social (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005; David, 2010). A criação da Organização Mundial 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 7 – Estrutura hierárquica dos níveis de atenção em sistemas de saúde



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

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 7). 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. 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 (World Health Organization, 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 (World Health Organization, 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 (World Health Organization, 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 (Brasil, 2023; 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, 2020). 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, 2020).

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).

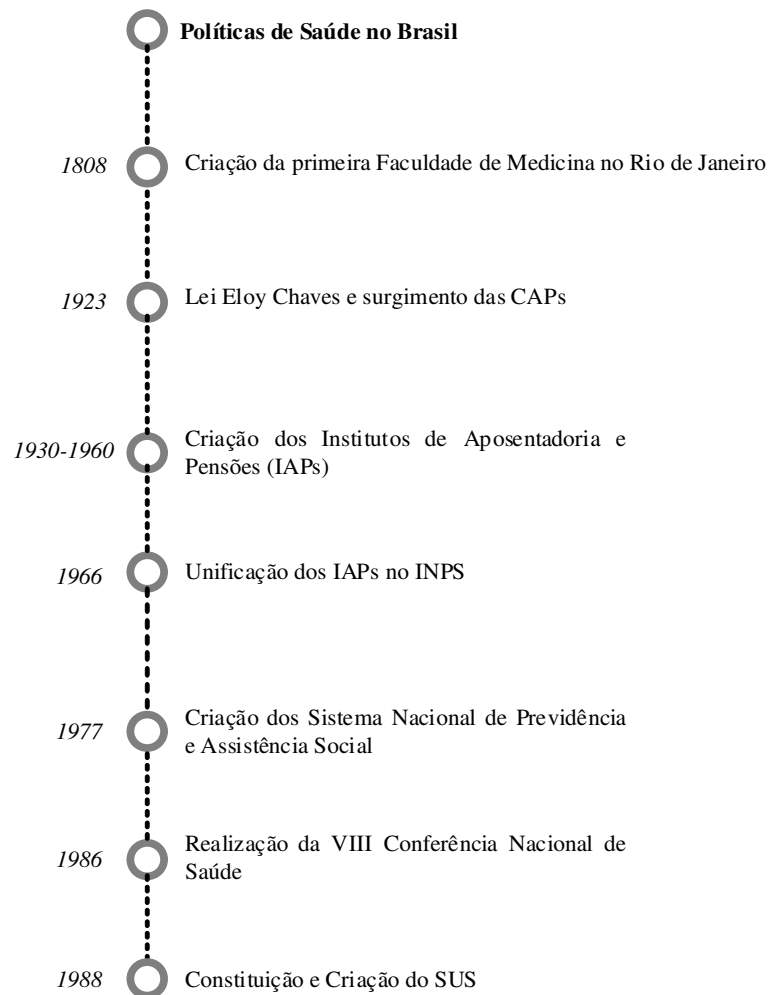
Compreender a evolução do SUS no Brasil exige atenção ao processo histórico de construção e transformação que culminou em um modelo de atenção universal e equânime (Matta *et al.*, 2007). Desde as primeiras iniciativas de organização sanitária no século XIX até a consolidação do SUS na Constituição Federal 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 8 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 8, 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.

Figura 8 – Evolução das políticas de saúde no Brasil



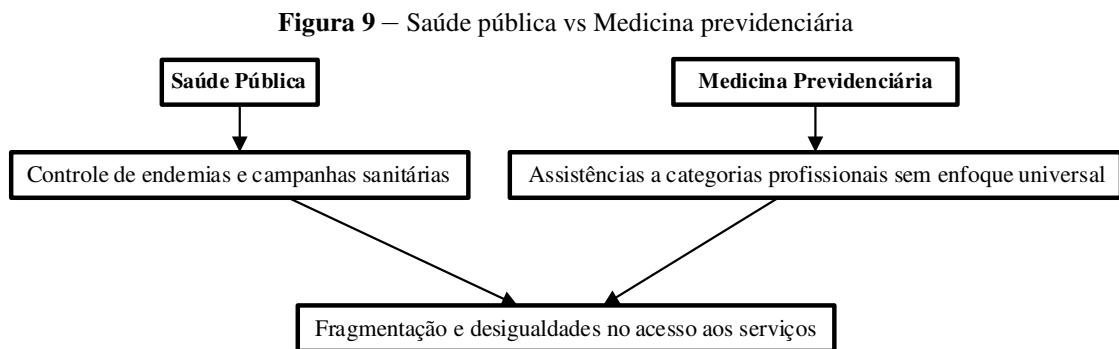
Fonte: Elaborado pela autora (2023)

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).

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 9 (Bertolozzi; Greco, 1996).



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

A dualidade ilustrada na Figura 9, 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.

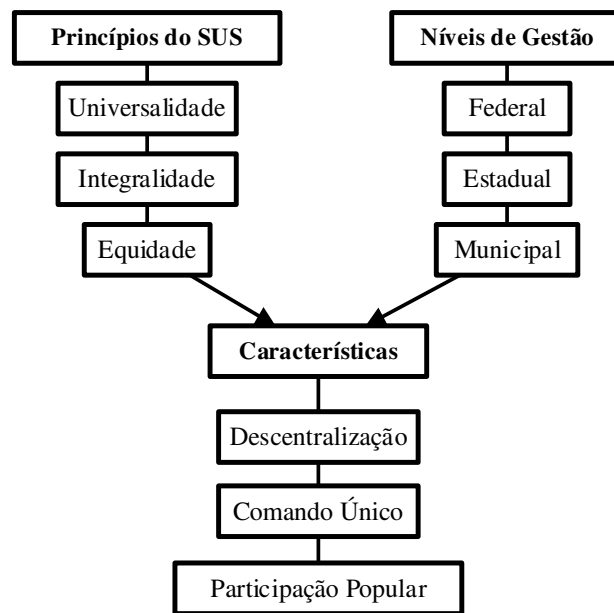
Foi nesse cenário de crise institucional e fragmentação que surgiu o movimento pela reforma sanitária, impulsionado por intelectuais, sanitaristas e movimentos sociais (Noronha; Levcovitz, 1994). A proposta da reforma sanitária defendia a universalização do acesso à saúde e a reorganização do sistema 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 10). 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).

Figura 10 – Estrutura e princípios do SUS



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

A Figura 10 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).

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, 2018; 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, E.; Sposito, M., 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. 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).

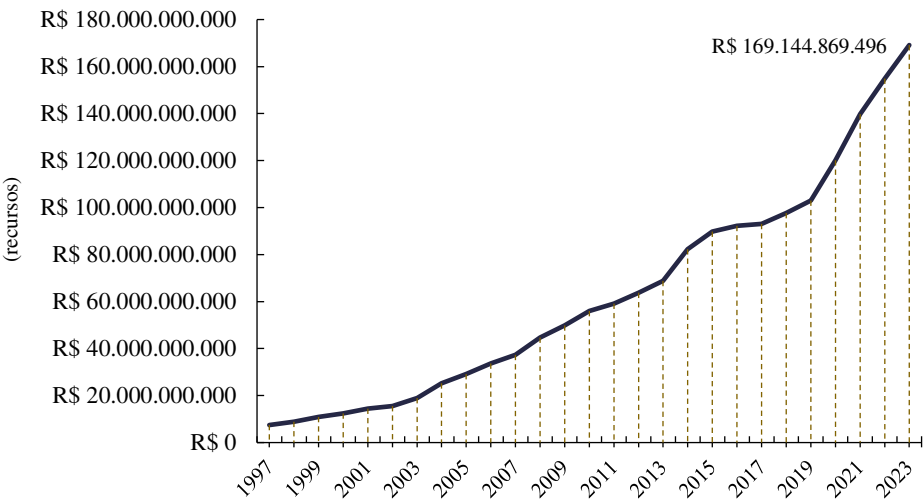
Esses conglomerados não se limitam à prestação de serviços, mas atuam também como grandes grupos financeiros, controlando fluxos de capital e moldando a alocação dos investimentos no território. A Rede D'Or, por exemplo, recebeu aportes de fundos internacionais para criar uma rede de alta complexidade, 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 2023³, os investimentos em saúde no Brasil 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. 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

³ 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 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.

não serem acompanhadas de uma redistribuição regional estratégica, acabaram por reforçar a concentração de recursos nas regiões economicamente mais dinâmicas.

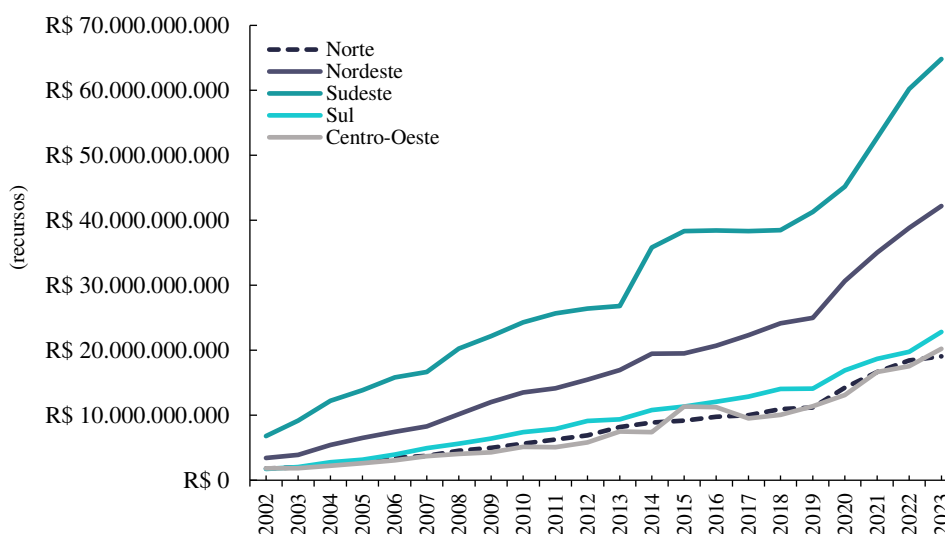
Gráfico 1 – Investimento em saúde no Brasil (1997-2023)



Fonte: SIOPS (Brasil, 2024d). Organizado pela autora (2024)

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.

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.

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

Fonte: SIOPS (Brasil, 2024d). Organizado pela autora (2024)

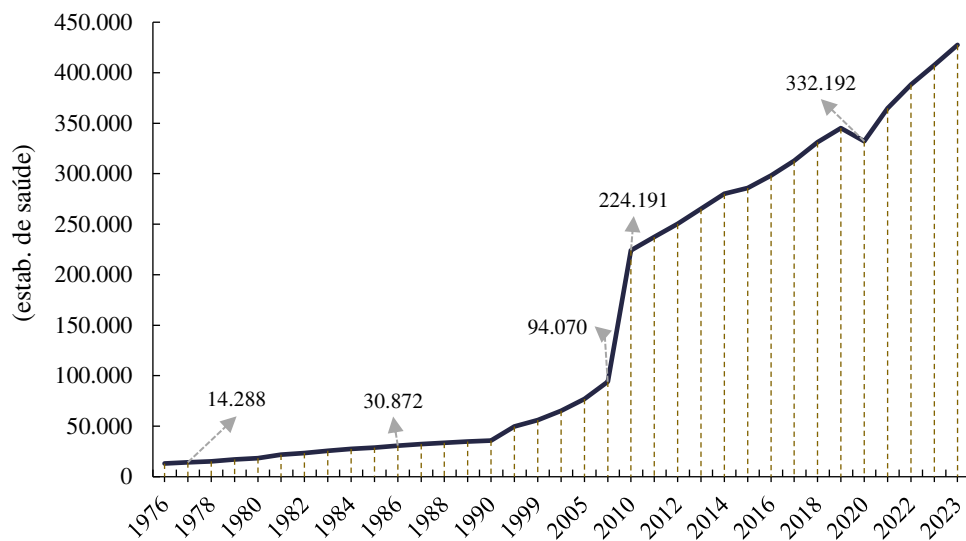
Enquanto a região Sudeste se consolida como um polo de inovação e concentração tecnológica, o Norte, que em 2023 recebeu menos de R\$ 20 bilhões, permanece em um circuito inferior, caracterizado por práticas simplificadas e baixa capacidade resolutiva, que refletem um cenário de extrema precariedade (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. 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 pela autora (2024)

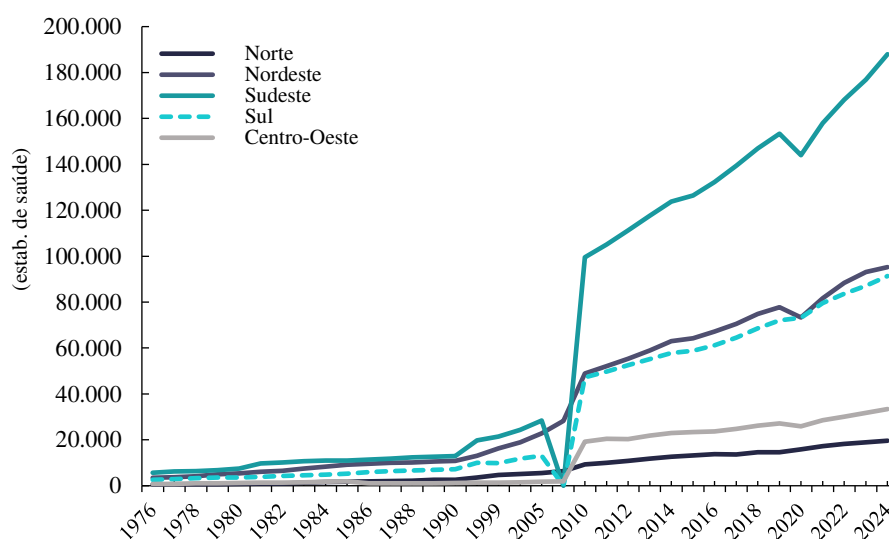
A partir de 2009, a implementação de políticas públicas focadas na ampliação da atenção básica e na consolidação do SUS contribuiu para um aumento significativo dos estabelecimentos de saúde, que chegaram a mais de 224 mil no ano subsequente. Embora tenha ocorrido um aumento expressivo em termos quantitativos, tal impulso não foi suficiente para promover uma redistribuição equitativa, o que acabou por reforçar desigualdades preexistentes (Almeida, 2005; David, 2010).

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 pela autora (2024)

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.

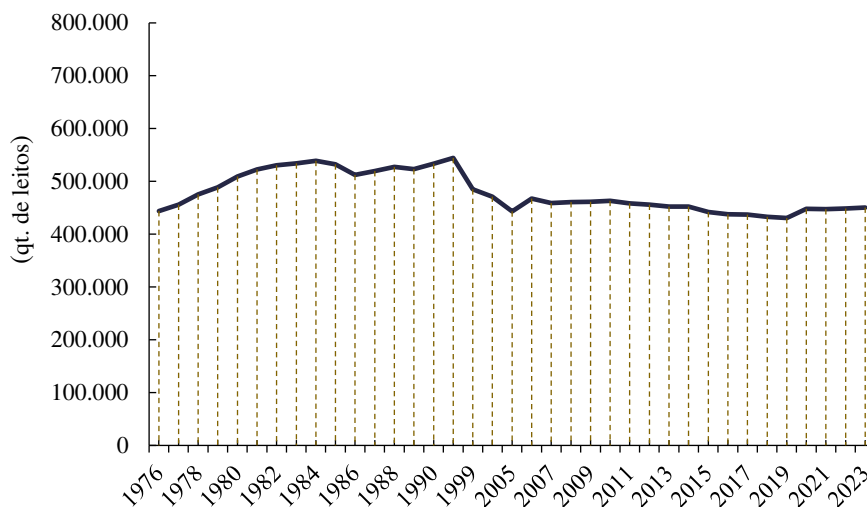
Embora expressivo em termos absolutos, o aumento no número de estabelecimentos não resultou em melhorias significativas na qualidade dos serviços nem na equidade do acesso (David, 2010; Santos, 2001). As unidades de alta complexidade, fundamentais para ampliar a

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).

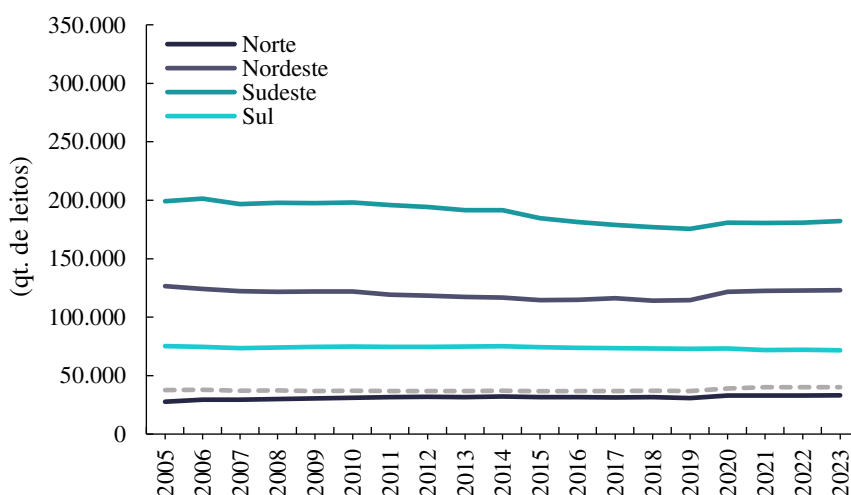
O crescimento dos investimentos em saúde no Brasil entre 2002 e 2023, conforme delineado pelos gráficos anteriores, aponta um aumento expressivo dos recursos destinados ao setor. No entanto, esse avanço financeiro não foi suficiente para alterar a lógica concentradora que estrutura a organização territorial 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. 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 5 – Leitos hospitalares no Brasil (1975-2023)

Fonte: CNES (Brasil, 2024a), IBGE (2006). Organizado pela autora (2024)

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).

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

Fonte: CNES (Brasil, 2024a), IBGE (2010). Organizado pela autora (2024)

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.

3.2 A relação entre os setores público e privado e as políticas de saúde e segmentação

A configuração mista do sistema de saúde brasileiro, ao articular os setores público e privado, conforma um arranjo institucional permeado por ambivalências. Embora essa estrutura tenha como objetivo ampliar a cobertura e a capacidade de resposta do sistema, seus efeitos são contraditórios, sobretudo no que se refere à universalidade e à equidade. O setor privado, ao mesmo tempo em que complementa e compete com o setor público, contribui com recursos e infraestrutura, mas também reforça desigualdades no acesso e consolida lógicas de segmentação social e territorial da oferta de serviços (Nishijima *et al.*, 2010).

Nesse contexto, torna-se fundamental compreender as diferentes naturezas dos bens relacionados à saúde. Os bens públicos são caracterizados por serem não-excluentes e não-rivais. Exemplos como campanhas de vacinação e programas de controle de doenças infecciosas ilustram esse conceito, já que a proteção conferida a um indivíduo beneficia coletivamente toda a população (Bahia *et al.*, 2022; David, 2010). Em contrapartida, bens privados são excluentes e rivais, como consultas em clínicas particulares ou procedimentos cirúrgicos eletivos, cuja disponibilidade depende tanto da capacidade de pagamento quanto do acesso a planos de saúde.

Além disso, os bens de mérito correspondem a serviços essenciais para o bem-estar da população, motivo pelo qual o Estado frequentemente intervém para garantir sua oferta, como ocorre nos programas de saúde pública e na educação básica. No campo da saúde, serviços de atenção básica e ações preventivas se classificam como bens de mérito, pois produzem benefícios sociais amplos, incluindo a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de doenças (Bahia *et al.*, 2022; David, 2010).

A oferta de serviços de mérito, como o cuidado em saúde, exige a sustentação de um sistema público robusto e institucionalmente consolidado. No Brasil, o exemplo mais significativo é o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido para assegurar o acesso universal, integral e equitativo à saúde. Estruturado sobre os princípios da universalidade e da equidade, o SUS provê uma ampla gama de bens públicos e serviços essenciais, que vão desde a atenção primária até campanhas de imunização e tratamento contínuo de doenças crônicas. Em paralelo, o setor privado, composto por hospitais, clínicas e operadoras de planos de saúde, atua de forma complementar, mas introduz uma lógica de mercado que tende a acirrar dinâmicas competitivas no interior do sistema, como apontam Paim *et al.* (2011).

A coexistência entre os setores público e privado na saúde brasileira sustenta uma relação estruturalmente desigual. O setor privado se direciona a nichos de alta rentabilidade, concentrando-se em segmentos solventes da população e em regiões economicamente dinâmicas, enquanto o SUS assume a responsabilidade de atender as populações mais vulneráveis (Bahia *et al.*, 2022; Paim *et al.*, 2011).

Essa configuração contribui para a formação de territórios de privilégio, marcados pela concentração de recursos, infraestrutura e serviços de ponta, ao mesmo tempo em que consolida territórios de carência, onde o sistema público representa a única possibilidade real de acesso à saúde. Nessa lógica, a saúde suplementar opera sob os imperativos do mercado, enquanto o SUS sustenta, de forma desigual e sobrecarregada, o direito à saúde em regiões periféricas e socialmente marginalizadas (Senna; Costa; Silva, 2010).

Para além da disputa por mão de obra qualificada, a fragilidade dos mecanismos de regulação intensifica as dissonâncias entre os setores público e privado (Senna; Costa; Silva, 2010). Enquanto este último atrai profissionais por meio de salários mais competitivos e condições de trabalho mais favoráveis, o setor público, especialmente em regiões periféricas e de menor atratividade econômica, enfrenta dificuldades crônicas para recrutar e manter suas equipes (Senna; Costa; Silva, 2010). Nesse contexto, a formulação de políticas públicas voltadas à permanência de profissionais no SUS torna-se estratégica para mitigar os desequilíbrios existentes (Bahia *et al.*, 2022). As disparidades na alocação de recursos humanos e financeiros,

portanto, não apenas refletem, mas também aprofundam a influência das forças de mercado na configuração do sistema de saúde, revelando os limites estruturais da atuação estatal.

Sob a perspectiva da economia política do território, a configuração dos sistemas de saúde resulta das contradições entre as esferas pública e privada, moldadas por dinâmicas econômicas que agravam processos de seletividade e exclusão (Santos, 2012). Nesse contexto, o território deixa de ser apenas suporte das políticas públicas para ser funcionalizado como mercadoria, submetido à lógica da valorização econômica (Santos, 1994a). A mercantilização da saúde, com a prevalência do lucro sobre o princípio do acesso universal, a concentração de serviços de alta complexidade em regiões privilegiadas e pela permanência dos espaços periféricos, carentes de infraestrutura e investimentos privados, estruturalmente dependentes do SUS para suprir as necessidades mais elementares da população (David, 2010).

No contexto da mercantilização da saúde e da racionalidade seletiva que organiza os usos do território, o acesso aos cuidados passa a ser definido, em grande medida, pela capacidade de pagamento. Aqueles que dispõem de recursos acessam serviços com maior agilidade e qualidade, enquanto os usuários do SUS enfrentam longas esperas, precarização do atendimento e barreiras territoriais (Almeida, 2005).

Essa lógica molda um território que, longe de ser organizado de acordo com as necessidades sociais, é estruturado pelas dinâmicas do capital, gerando uma fragmentação funcional entre “territórios de privilégio”, dotados de alta densidade técnica, e “territórios de carência”, onde o sistema público é, muitas vezes, a única possibilidade de atenção à saúde (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005).

A seletividade territorial do setor privado de saúde se materializa em exemplos concretos: hospitais de excelência, como Albert Einstein e Moinhos de Vento, estão localizados em centros econômicos consolidados, como São Paulo e Porto Alegre, enquanto vastas áreas do interior nordestino seguem dependentes do SUS, com oferta limitada, ou mesmo inexistente, de serviços especializados, conforme pontua Almeida (2005).

A autora argumenta que articular o fortalecimento do SUS com mecanismos eficazes de regulação do setor privado torna-se estratégico para conter a apropriação dos recursos públicos pela lógica de mercado e avançar na construção de uma justiça social efetiva. No entanto, a relação entre os dois setores é historicamente dinâmica e responde às transformações políticas e econômicas que reconfiguraram o Estado brasileiro nas últimas décadas (Almeida, 2005). Embora o SUS tenha sido concebido como um sistema universal, equânime e integral, sua consolidação se deu em meio ao avanço das reformas neoliberais dos anos 1990, que

incentivaram a desregulamentação, fragilizaram o papel estatal e consolidaram um modelo híbrido de atenção à saúde, no qual o setor privado ampliou sua influência (Ramires, 2007).

Apesar do compromisso do SUS com a universalização do acesso, a presença do setor privado sempre foi estrutural. Atuando de forma complementar e, por vezes, concorrente, o setor privado manteve sua atuação voltada para nichos de maior rentabilidade, especialmente por meio de planos de saúde direcionados às classes de maior poder aquisitivo. Paralelamente, o Estado passou a depender, de forma crescente, da contratação de serviços privados para suprir lacunas da rede pública, aprofundando um arranjo segmentado e reforçando desigualdades no interior do sistema (Paim, 2008).

As reformas neoliberais da década de 1990 estimularam a desregulamentação e fortaleceram o setor privado na saúde. Um marco desse processo foi a Lei nº 9.656/1998, que regulamentou o mercado de saúde suplementar e formalizou a prestação de serviços por empresas privadas, consolidando os planos de saúde como uma alternativa lucrativa para quem podia pagar por atendimentos fora do sistema público (Bahia; Scheffer, 2010). Nesse contexto, subsídios públicos e incentivos fiscais facilitaram a adesão da classe média e de servidores públicos aos planos privados, aprofundando a segmentação e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

Nos anos 2000, a implementação das Organizações Sociais (OS) introduziu um novo modelo de gestão para unidades públicas de saúde. Essas entidades privadas sem fins lucrativos passaram a administrar hospitais e centros de saúde por meio de contratos de gestão com o governo, com o objetivo de aumentar a eficiência e flexibilizar a administração pública. Porém o modelo recebeu críticas por reforçar a mercantilização da saúde e ampliar desigualdades, ao permitir a inserção de interesses empresariais na administração pública (Giovanella *et al.*, 2012; Mercadante, 2002). A atuação das OS constitui uma tensão estrutural entre o interesse público e a lógica privada, que continua moldando a organização do sistema de saúde.

Criada em 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) consolidou a regulação do mercado de planos privados, com foco na transparência e na definição de coberturas obrigatórias (Bahia; Scheffer, 2010). A ANS também é responsável por supervisionar o ressarcimento ao SUS pelos atendimentos prestados a beneficiários de planos privados. No entanto essa regulação se mostra insuficiente para mitigar os desequilíbrios entre os setores, já que o SUS ainda depende do setor privado para procedimentos de alta complexidade, perpetuando uma relação desigual (Bahia; Scheffer, 2010).

Embora o SUS tenha consagrado o direito à saúde como um serviço universal e gratuito, o setor privado mantém sua atuação em nichos específicos, beneficiando-se de subsídios

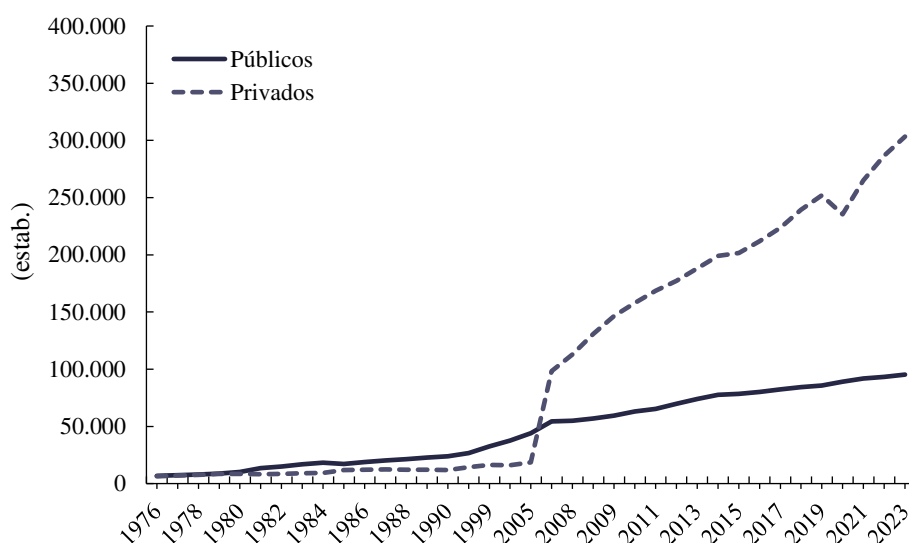
públicos e atendendo principalmente às classes mais privilegiadas. A expansão das Organizações Sociais (OS) e a regulação promovida pela ANS consolidaram um modelo híbrido que, embora tenha ampliado a oferta de serviços, aprofundou as desigualdades sociais e regionais. Para compreender essas dinâmicas e seus impactos, é fundamental analisar as raízes históricas das desigualdades e a estruturação do sistema de saúde nas décadas anteriores (Giovanella *et al.*, 2012; Mercadante, 2002).

Entre as décadas de 1950 e 1960, o sistema de saúde brasileiro era marcado por profundas desigualdades, evidentes tanto no acesso quanto na distribuição dos serviços. A oferta fragmentada refletia a predominância da iniciativa privada na prestação de cuidados médico-hospitalares (Almeida, 2005). Nesse contexto, prevalecia uma lógica curativa, liderada por instituições privadas, enquanto as políticas públicas atribuíam papel secundário às ações preventivas. A ausência de uma rede pública estruturada agravava a exclusão das populações mais vulneráveis (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005; David, 2010).

Com atuação limitada, o Estado priorizava o subsídio ao setor privado, delegando a este a prestação de serviços especializados. Esse arranjo consolidava um modelo centrado no atendimento individual, em detrimento da promoção da saúde coletiva e preventiva (Wahhab Kucharski *et al.*, 2022). Além disso, a concentração dos serviços nas regiões mais desenvolvidas acentuava as desigualdades regionais, agravando a dependência das áreas periféricas de um sistema público insuficiente.

As interações entre os setores público e privado foram moldadas por decisões políticas e econômicas que impactaram diretamente a oferta e a qualidade dos serviços. Dos convênios do extinto INAMPS à consolidação do SUS e à ampliação das Parcerias Público-Privadas (PPPs), o crescimento do setor privado foi expressivo, concentrando-se nas regiões com maior dinamismo econômico e infraestrutura avançada. Essas transformações se refletem na evolução dos estabelecimentos públicos e privados entre 1976 e 2023 (Brasil, 2024b).

Entre 1975 e 1990, a expansão dos estabelecimentos públicos e privados ocorreu gradualmente, refletindo a oferta restrita de serviços vinculados à previdência social. Em 1975, o Brasil possuía 6.765 estabelecimentos públicos e 6.368 privados (Gráfico 7). Em 1990, esses números subiram para 23.858 e 11.843, respectivamente, revelando a persistência de uma estrutura pública limitada e o papel complementar do setor privado em regiões desenvolvidas. Essa trajetória ilustra a lógica de mercado apontada por Santos (1996), na qual o setor privado utiliza o território como recurso, concentrando-se em áreas economicamente privilegiadas e deixando ao setor público a responsabilidade pelas regiões menos lucrativas.

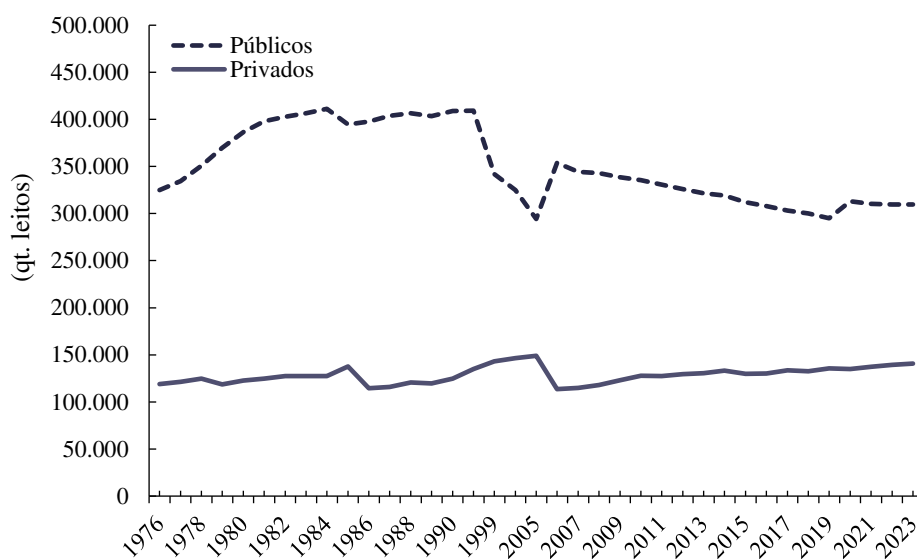
Gráfico 7 – Estabelecimentos de saúde públicos e privados no Brasil (1975-2023)

Fonte: IBGE (2006), CNES (Brasil, 2024b). Organizado pela autora (2024)

A partir dos anos 2000, a expansão dos estabelecimentos privados se intensificou, superando a oferta pública. Esse crescimento foi impulsionado por políticas de liberalização econômica e incentivos à privatização dos serviços de saúde, consolidados nas décadas de 1990 e 2000. Entre 2005 e 2015, o número de unidades privadas ultrapassou 200 mil, estabelecendo o setor como o principal provedor de serviços especializados e de alta complexidade, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste (Brasil, 2023).

Essa tendência de crescimento também se reflete na oferta de leitos hospitalares. O Gráfico 8, abaixo, mostra a evolução dos leitos públicos e privados no Brasil, entre 1975 e 2023, evidenciando uma clara divergência entre os dois setores. Em 2005, os leitos privados atingiram o pico de 148.966 unidades e, apesar de oscilações posteriores, mantiveram-se próximos desse patamar, totalizando 140.561 em 2023. Os dados indicam que, no ano de 2023, as regiões Sul e Sudeste abrigavam mais de 70% dos leitos privados, enquanto as regiões Norte e Nordeste contavam com uma oferta significativamente menor. Esse cenário reforça a centralidade do setor privado na oferta de serviços de média e alta complexidade, concentrando-se nas regiões mais desenvolvidas (Brasil, 2024b).

Gráfico 8 – Leitos públicos e privados no Brasil (1975-2023)



Fonte: IBGE (2006), CNES (Brasil, 2024a). Organizado pela autora (2024)

Em contraste, o número de leitos públicos permaneceu praticamente igual ao longo das décadas. Em 1975, eram 324.826 unidades, enquanto, em 2023, esse número caiu para 309.606. Tal estagnação reflete as dificuldades enfrentadas pelo setor público para expandir sua infraestrutura em meio a restrições orçamentárias e crises fiscais. Assim como a crise dos anos 1970, que comprometeu a infraestrutura pública e impulsionou políticas de privatização, a crise fiscal de 2015 aprofundou essa dependência e restringiu ainda mais os investimentos no SUS (Brasil, 2024a).

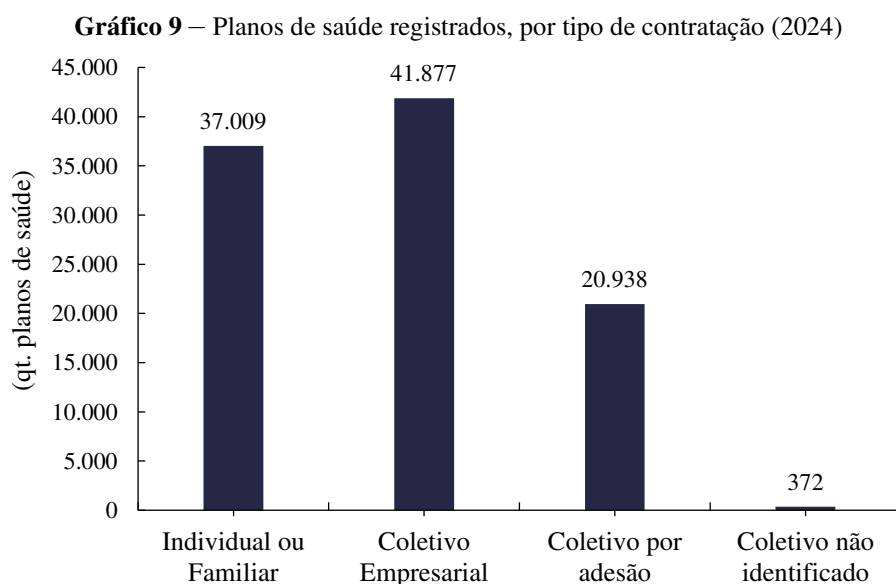
A carência de leitos públicos levou o SUS a recorrer ao setor privado para atender à demanda por serviços especializados, especialmente os de média e alta complexidade. Esse modelo compromete a universalidade do sistema público e agrava as desigualdades regionais, já que a oferta privada está majoritariamente concentrada em áreas de maior desenvolvimento econômico, enquanto regiões periféricas permanecem desassistidas, com acesso limitado a cuidados especializados (Senna; Costa; Silva, 2010).

A crise fiscal dos anos 1970, marcada pelo aumento do endividamento externo e pela escalada inflacionária, enfraqueceu o financiamento da saúde pública e abriu espaço para políticas neoliberais que promoveram a privatização de setores estratégicos, como saúde e educação. Foi nesse contexto que o movimento de reforma sanitária emergiu, liderado por movimentos sociais e profissionais da saúde que reivindicavam um Estado ativo e defensor da equidade e do acesso universal, princípios do SUS. Nas décadas seguintes, o acesso aos serviços passou a depender cada vez mais da capacidade financeira dos indivíduos, consolidando desigualdades sociais e regionais (Almeida, 2005).

Contudo a implementação do SUS ocorreu paralelamente às políticas neoliberais, o que dificultou a plena consolidação dos seus princípios. O sistema público permaneceu subfinanciado e enfrentou desafios para expandir sua infraestrutura, fortalecendo a dependência do setor privado. Essa configuração criou uma dinâmica ambígua, na qual o SUS se esforça para garantir universalidade no acesso, enquanto o setor privado se expande e se beneficia de subsídios públicos e convênios (Viana; Dal Poz, 2005).

Tal segmentação resultou em uma oferta desigual de serviços de saúde: enquanto o setor privado se consolidava nas regiões mais desenvolvidas, áreas menos favorecidas seguiam dependentes de um sistema público fragilizado. A ambiguidade entre os setores público e privado manifesta-se na convivência de pacientes do SUS e de planos de saúde em hospitais privados, configurando o fenômeno da dupla porta. Nesse modelo, a modalidade do plano não apenas define a prioridade no atendimento, como também influencia sua qualidade (Wahhab Kucharski *et al.*, 2022).

Nessa conjuntura, o setor privado ocupa um papel central na organização do sistema de saúde brasileiro, sobretudo por meio da saúde suplementar. Dados de 2024 sobre os planos de saúde (Gráfico 9) indicam que a maioria dos contratos corresponde a planos coletivos empresariais, com 41.877 registros, seguidos pelos contratos individuais ou familiares, que somam 37.009. Em terceiro lugar, aparecem os planos coletivos por adesão, com 20.938 contratos; já os não identificados totalizam apenas 372 casos (Brasil, 2024c).

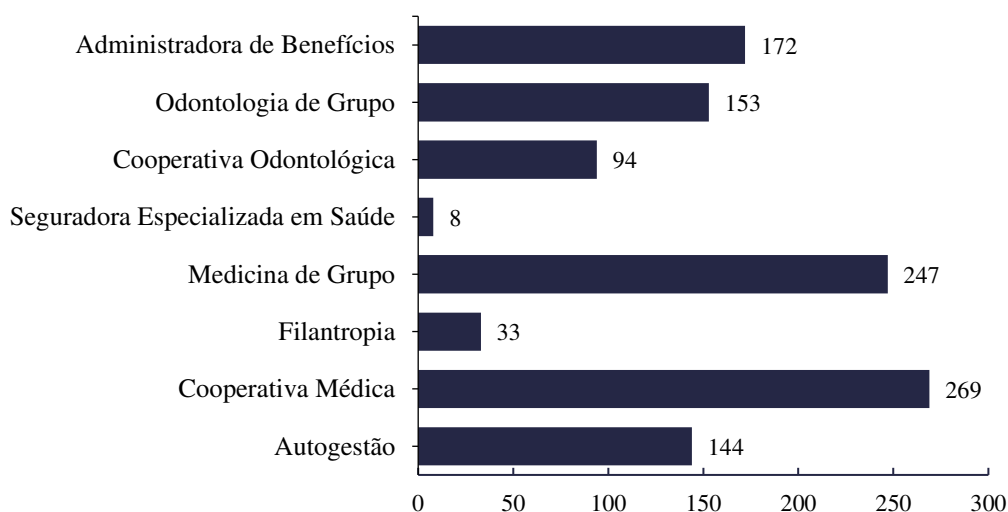


Fonte: ANS (2024c). Organizado pela autora (2024)

A distribuição dos planos de saúde reforça o protagonismo das empresas na oferta de saúde suplementar e a dependência dos vínculos empregatícios para a manutenção desses contratos. Como apontam Sá e Holanda (2017), essa estrutura exclui uma parcela significativa da população, especialmente trabalhadores informais e desempregados, e aprofunda as desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

A estrutura das operadoras de planos de saúde é bastante diversificada (Gráfico 10). Destacam-se as cooperativas médicas, com 269 unidades, e a medicina de grupo, com 247, pela sua forte presença no mercado. As operadoras de odontologia de grupo somam 153 unidades; as administradoras de benefícios, 172 unidades. Outras formas de organização incluem a autogestão, com 144 operadoras, e as seguradoras especializadas em saúde, com apenas 8 empresas. Como afirmam Bahia e Scheffer (2010), essa diversidade funcional permite às operadoras atenderem diferentes perfis de consumidores, mas também reforça a segmentação econômica e territorial dos serviços (Brasil, 2024b).

Gráfico 10 – Operadoras de planos de saúde por modalidade no Brasil (2024)



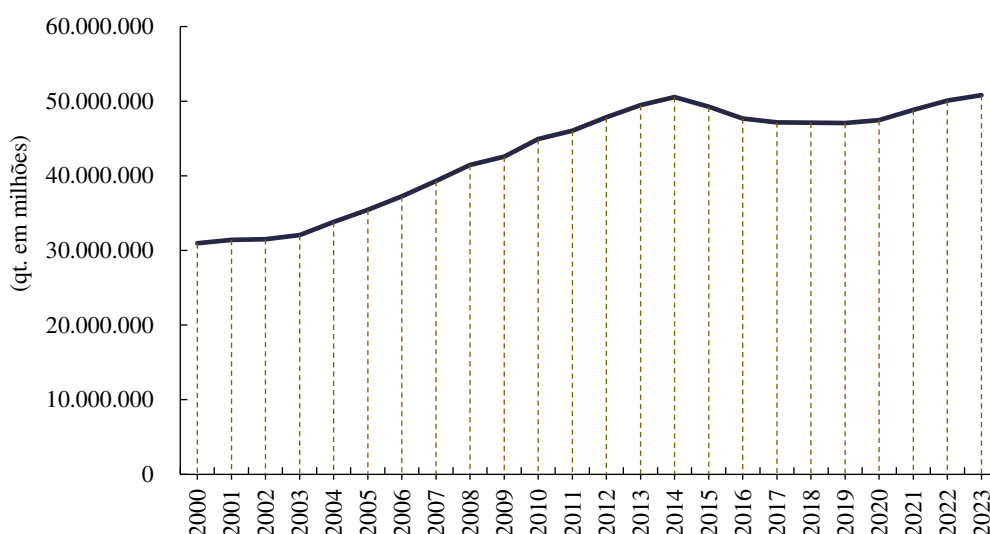
Fonte: ANS (2024b). Organizado pela autora (2024)

A trajetória de crescimento do número de beneficiários de planos de saúde entre 2000 e 2023 (Gráfico 11) consolida a saúde suplementar como um componente estruturante do sistema de atenção à saúde no Brasil, atingindo mais de 50 milhões de usuários em 2023 (ANS, 2024b). Esse avanço revela não apenas a interface funcional entre o setor privado e o SUS, mas também uma crescente dependência das famílias em relação aos planos privados, sobretudo para garantir acesso a serviços especializados e de alta complexidade. No entanto, essa expansão carrega fragilidades, como demonstrado durante a crise fiscal de 2014 a 2018, o ritmo

de crescimento desacelerou diante da instabilidade econômica, revelando a vulnerabilidade estrutural da saúde privada aos ciclos do mercado (ANS, 2024a).

Em períodos de crise, os planos privados tornam-se mais acessados por aqueles com maior poder aquisitivo, enquanto os mais vulneráveis são excluídos do acesso a esses serviços. Tal dinâmica aprofunda as desigualdades, reforça a segmentação do sistema de saúde e privilegia a oferta privada em detrimento da universalidade proposta pelo SUS (Sá; Holanda, 2017).

Gráfico 11 — Beneficiários de planos de saúde no Brasil (2000-2023)



Fonte: ANS (2024a). Organizado pela autora (2024)

Sob a perspectiva de Santos (1996), a expansão do setor privado e sua concentração em regiões economicamente privilegiadas refletem um uso corporativo do território. Exemplos como os hospitais Albert Einstein e Sírio-Libanês, ambos localizados em São Paulo, ilustram os “espaços luminosos”, áreas onde a densidade técnica e informacional atrai investimentos e profissionais qualificados. Em contraste, municípios do interior do Nordeste enfrentam uma grave insuficiência de leitos e infraestrutura hospitalar, exemplificando a rugosidade do território, onde heranças históricas e falta de investimentos perpetuam desigualdades (Travassos; Oliveira; Viacava, 2006). Tal configuração demonstra como a lógica do capital reorganiza o espaço de modo desigual, direcionando recursos e serviços para áreas dinâmicas, enquanto populações vulneráveis e territórios periféricos seguem marginalizados (Senna; Costa; Silva, 2010).

A segmentação promovida pelos planos de saúde impacta não apenas a oferta e a produção de serviços hospitalares e ambulatoriais, mas redefine a divisão territorial do trabalho na saúde. A convivência entre o SUS e o setor privado configura um modelo de provisão mista que intensifica as contradições estruturais do território brasileiro (Almeida, 2005). Ao invés de

integrá-lo, essa complementaridade fragmenta a oferta e aprofunda desigualdades, consolidando o mercado como força central na organização territorial (Travassos; Oliveira; Viacava, 2006).

A divisão funcional entre atenção básica e serviços de média e alta complexidade consolida uma organização territorial assimétrica, perpetuando disparidades regionais e sociais (Almeida, 2005; Bahia *et al.*, 2022; Santos, 1996). Nesse modelo, o território deixa de ser um espaço neutro e passa a ser moldado por dinâmicas econômicas e sociais, que direcionam a oferta de serviços conforme interesses corporativos. Assim, as operadoras de planos de saúde e os conglomerados hospitalares adotam uma lógica seletiva, concentrando os serviços de alta complexidade nas regiões privilegiadas, enquanto as áreas periféricas permanecem dependentes do SUS para cuidados básicos e especializados.

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

Estabelecimento hospitalar privado		
Hospital	Cobertura	Especialidades/Diferenciais
Rede D'Or São Luiz	Nacional	Alta complexidade, oncologia, cardiologia
Hospital Albert Einstein	São Paulo (SP)	Medicina diagnóstica, inovação tecnológica, pesquisas clínicas
Hospital Sírio-Libanês	São Paulo (SP)	Telemedicina, oncologia, referência em alta complexidade
Hospital Moinhos de Vento	Porto Alegre (RS)	Cirurgia robótica, inovação em genética e atendimento crítico
Hospital Oswaldo Cruz	São Paulo (SP)	Cardiologia, transplantes, pesquisas e inovação
Hospital Samaritano	São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ)	Oncologia, alta complexidade. Adquirido pela Amil
Hospital Leforte	São Paulo (SP)	Alta complexidade. Rede associada ao ensino e pesquisa

Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pela autora (2024)

A distribuição geográfica dos principais hospitais privados no Brasil revela uma clara concentração em polos econômicos dinâmicos, como evidenciado no Quadro 1. Longe de ser aleatória, essa concentração reflete uma lógica seletiva, na qual a densidade técnica torna determinadas áreas mais atraentes para o capital privado, consolidando sua centralidade na oferta de serviços de saúde de alta complexidade (Santos; Silveira, 2001).

A Rede D'Or São Luiz, com atuação em todo o território nacional, exemplifica a expansão de uma lógica territorial voltada para a alta complexidade, concentrando-se em polos

econômicos estratégicos. De forma semelhante, hospitais como Moinhos de Vento e Oswaldo Cruz se destacam por sua especialização em áreas avançadas, tais como cirurgia robótica e transplantes, o que fortalece sua posição no mercado de saúde de alta qualidade. Esses exemplos demonstram uma utilização estratégica do território, em que regiões centrais e desenvolvidas são priorizadas, enquanto a oferta de serviços é restrita nas áreas periféricas, que são menos atrativas para o capital privado, acentuando as desigualdades no acesso a cuidados especializados (Bahia; Scheffer, 2010).

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

Operadoras de Planos de Saúde		
<i>Plano</i>	<i>Cobertura</i>	<i>Modalidades</i>
Unimed	Nacional (92% dos municípios)	Cooperativa médica, planos regionais e nacionais
Amil	Nacional	Planos de grupo, alta complexidade, foco em SP e RJ
Hapvida	Norte e Nordeste	Rede própria, capilaridade regional ampla
Bradesco Saúde	Nacional	Planos corporativos, com reembolso
SulAmérica Saúde	Nacional	Planos empresariais e individuais, rede credenciada
NotreDame Intermédica	Sudeste	Verticalização dos serviços, hospitais e clínicas próprias
Santa Helena Saúde	São Paulo (SP)	Atuação no ABC Paulista, plano regional com rede própria

Fonte: ANS (2024c). Elaborado pela autora (2024)

A atuação das principais operadoras de planos de saúde no Brasil ilustra a lógica do uso corporativo do território, adaptando a oferta de serviços conforme o rendimento econômico de cada localidade (Quadro 2). Nessa perspectiva, o território não é neutro, mas moldado por interesses empresariais que priorizam regiões mais rentáveis e concentram investimentos em áreas de alta rentabilidade. A Unimed, com presença em 92% dos municípios, exemplifica essa lógica por meio de uma capilaridade seletiva, na qual a abrangência e qualidade dos serviços variam segundo a atratividade econômica das localidades atendidas (ANS, 2024c).

Operadoras como Amil e NotreDame Intermédica concentram sua atuação na região Sudeste, onde a demanda por planos empresariais e serviços de alta complexidade é maior. Essa concentração territorial é uma estratégia para otimizar o território como recurso econômico, adaptando normas e infraestrutura às demandas do mercado (Bahia *et al.*, 2022).

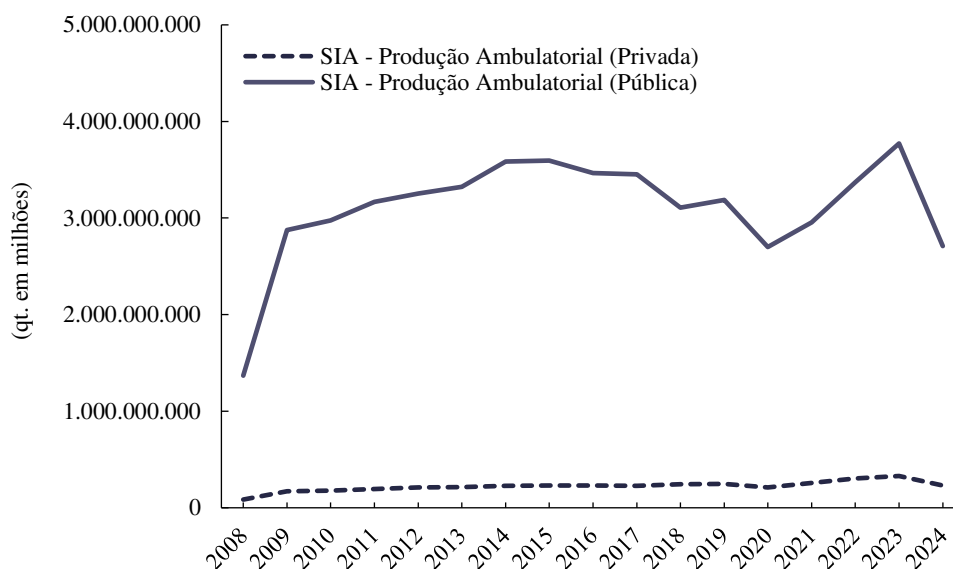
Assim, o uso corporativo do território pelos planos de saúde fragmenta a oferta de serviços e reforça desigualdades, deixando áreas menos desenvolvidas sob responsabilidade do SUS, que absorve a demanda não atendida pelo setor privado (Bahia; Scheffer, 2010).

A verticalização dos serviços, modalidade praticada pela NotreDame Intermédica, fortalece a eficiência econômica por meio do controle direto de hospitais e clínicas próprias. No entanto essa integração acentua desigualdades regionais, pois limita o acesso a serviços de alta qualidade nas regiões menos desenvolvidas. Tal dinâmica reflete uma produtividade espacial, na qual a rentabilidade dos investimentos determina a distribuição dos serviços (Sá; Holanda, 2017; Santos, 2002).

A coexistência entre os setores público e privado no sistema de saúde brasileiro encontra respaldo no artigo 199 da Constituição Federal de 1988, que autoriza a atuação de entidades privadas, ao mesmo tempo em que estabelece o SUS como responsável por assegurar a universalidade do atendimento. Essa dualidade, no entanto, impõe uma sobrecarga estrutural ao setor público, que concentra a maior parte da atenção básica e hospitalar, enquanto o setor privado ocupa um papel estratégico na oferta de serviços especializados (Brasil, 1988). Os gráficos apresentados a seguir ilustram a distribuição histórica da produção ambulatorial e hospitalar entre os dois setores, revelando um padrão persistente de fragmentação e desigualdade na organização dos cuidados em saúde no país (Brasil, 2024c).

A produção ambulatorial desempenha um papel estratégico na promoção da saúde e na prevenção de doenças, sendo fundamental para a detecção precoce de agravos e a racionalização da demanda por internações hospitalares. Essas ações, registradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), abrangem uma gama de procedimentos, como consultas em especialidades médicas, exames laboratoriais, terapias como quimioterapia e campanhas de vacinação (Brasil, 2015a, 2015b). Esses serviços são ofertados em unidades básicas de saúde, clínicas e centros especializados, contribuindo para ampliar o acesso da população tanto à atenção primária quanto aos níveis mais complexos de cuidado (Brasil, 2024c).

A análise do Gráfico 12 revela que, entre 2008 e 2024, a produção ambulatorial pública se manteve em níveis elevados, com destaque para o período de 2014 a 2016, quando foram realizados 3,6 bilhões de procedimentos. No entanto, a partir de 2020, observa-se uma queda acentuada, com a produção caindo para 2,7 bilhões de procedimentos em 2024. Esse declínio reflete os impactos da pandemia de covid-19, que desorganizou a oferta regular de serviços, priorizou atendimentos emergenciais e campanhas de vacinação e levou à suspensão em larga escala dos procedimentos eletivos.

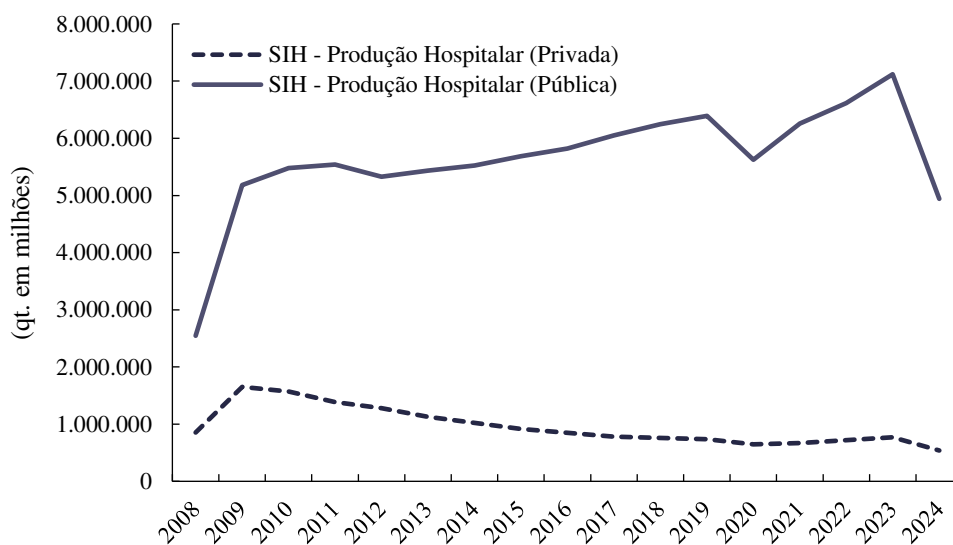
Gráfico 12 – Produção ambulatorial pública e privada no Brasil (2008-2023)

Fonte: CNES (Brasil, 2024c). Elaborado pela autora (2024)

Em contraste, a produção ambulatorial privada manteve-se relativamente estável, oscilando entre 84 milhões, em 2008, e 231 milhões de procedimentos em 2024. Essa estabilidade revela a orientação do setor privado para serviços seletivos e de alta rentabilidade, direcionados a segmentos específicos da população (Brasil, 2024c).

A produção hospitalar, por sua vez, abrange procedimentos mais complexos, como internações, cirurgias, atendimentos de urgência e tratamentos de alta complexidade, incluindo terapias intensivas e transplantes. Monitorada pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), essa produção é um indicador relevante não apenas da oferta e demanda por serviços especializados, mas também da capacidade operacional e da infraestrutura disponível para atendimento (Brasil, 2024c).

O Gráfico 13 demonstra a relação desigual entre os setores público e privado na oferta hospitalar. Entre 2008 e 2023, o setor público registrou variações entre 5,3 milhões e 7,1 milhões de internações anuais, com um pico em 2023, resultado da retomada de procedimentos suspensos durante a pandemia, como cirurgias eletivas. Contudo, em 2024, a produção pública caiu para 4,9 milhões de internações, sugerindo limitações financeiras e operacionais. O setor privado, embora com um volume menor, apresentou crescimento até 2015 e se estabilizou entre 850 mil e 1,6 milhão de internações anuais. Essa trajetória demonstra que o setor privado se concentra em procedimentos de alta complexidade e maior rentabilidade, sem, no entanto, aliviar a sobrecarga do SUS, que permanece essencial para a maioria da população (Brasil, 2024c).

Gráfico 13 – Produção hospitalar pública e privada no Brasil (2008-2023)

Fonte: CNES (Brasil, 2024c). Elaborado pela autora (2024)

Os dados destacam o papel central do SUS na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares, enquanto o setor privado atua de forma complementar, focando em procedimentos complexos e nichos rentáveis. Essa dinâmica reflete as noções de território como abrigo e recurso, propostas por Santos (1996). Ao operar o território como abrigo, o SUS visa garantir uma cobertura ampla e acessível, mesmo em regiões menos desenvolvidas e com recursos limitados. Nesse contexto, o espaço é utilizado para atender demandas sociais e promover a universalidade da saúde, consolidando-a como um valor ético e coletivo, assegurado a toda a população (Santos, 2002).

A divisão entre os setores público e privado revela o que o autor denomina *uso corporativo do território*, no qual a organização dos serviços de saúde é moldada por dinâmicas de mercado orientadas pela busca por rentabilidade. Ele argumenta que o território é uma instância viva e operativa, moldada pelas ações daqueles que o utilizam (Santos, 1996). Nesse contexto, ao tentar promover a equidade territorial, o SUS enfrenta desafios significativos, como a disputa por profissionais com o setor privado e a escassez de recursos financeiros.

A fragmentação resultante dessa lógica indica que “a coexistência de lógicas espaciais distintas gera um território híbrido” (Santos, 1996, p. 112), onde público e privado se entrelaçam, mas sem alcançar uma síntese estável. A dependência do SUS em relação ao setor privado para procedimentos de média e alta complexidade intensifica a segmentação e consolida um sistema fragmentado e desigual na distribuição dos cuidados.

O uso seletivo do território pelo setor privado transforma o espaço em recurso estratégico subordinado à lógica da valorização econômica, contrastando com os princípios universalistas que estruturam o SUS e revelando o embate entre duas racionalidades opostas: uma orientada pela função social do espaço e outra regida pelos imperativos do mercado. Como observa Santos (2002, p. 120): “o espaço configura-se como um campo de disputa permanente, no qual distintas temporalidades e racionalidades coexistem e se confrontam”.

Nesse contexto, o financiamento da saúde pública desempenha papel decisivo na conformação das desigualdades territoriais. Embora a articulação entre os setores público e privado se apresente como complementar, ela revela discrepâncias profundas na alocação de recursos (Brasil, 2024c). Cabe ao SUS a maior responsabilidade pela atenção básica, mas seu financiamento tem sido historicamente tensionado por modelos que favorecem regiões mais desenvolvidas e segmentos com maior capacidade de mobilização política (Brasil, 2024c). A atenção básica, organizada prioritariamente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), expandiu-se de forma significativa nas últimas décadas, impulsionada por políticas como o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que buscaram fortalecer a rede de saúde básica, sobretudo nos municípios mais vulneráveis (Albuquerque, 2006).

Ainda assim, persistem entraves à universalização do acesso, relacionados à distribuição desigual da infraestrutura (David, 2010), pela escassez de profissionais saúde (Almeida, 2005) ou pela precariedade dos investimentos em áreas periféricas (Albuquerque, 2006), revelando os limites das políticas públicas frente ao uso seletivo do território pela saúde.

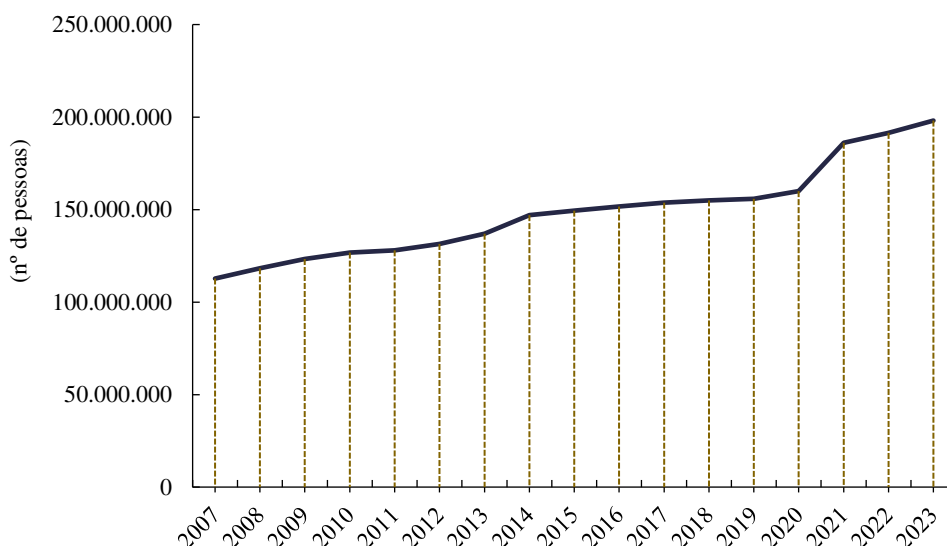
O Gráfico 14 ilustra a ampliação contínua da cobertura da atenção básica, refletindo a eficácia das políticas orientadas pela ESF. Esse avanço foi viabilizado por repasses federais, por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), e por incentivos adicionais às equipes da ESF, ampliando o alcance dos serviços de saúde, especialmente em áreas rurais e periféricas, historicamente carentes de infraestrutura de saúde (Paim *et al.*, 2011).

A partir de 2019, observa-se uma aceleração na expansão da cobertura da atenção básica, impulsionada tanto pela intensificação das políticas de saúde quanto pela necessidade de respostas rápidas e coordenadas às emergências sanitárias, algumas já vivenciadas anteriormente, como a H1N1 (2009 e surtos sazonais), Zika e Chikungunya (2015-2016), e o reaparecimento do sarampo (reaparecimento (a partir de 2018), bem como a pandemia de covid-19 (2020-2023) (Brasil, 2024c).

Esse contexto evidenciou a importância de um financiamento público previsível e suficiente para garantir a continuidade e a expansão dos serviços essenciais. A ampliação da cobertura durante esse período destaca a urgência de uma distribuição equitativa dos recursos

públicos entre as diferentes regiões, uma vez que o acesso desigual permanece um desafio crítico para a saúde pública brasileira (Brasil, 2011a, 2011b, 2021, 2023).

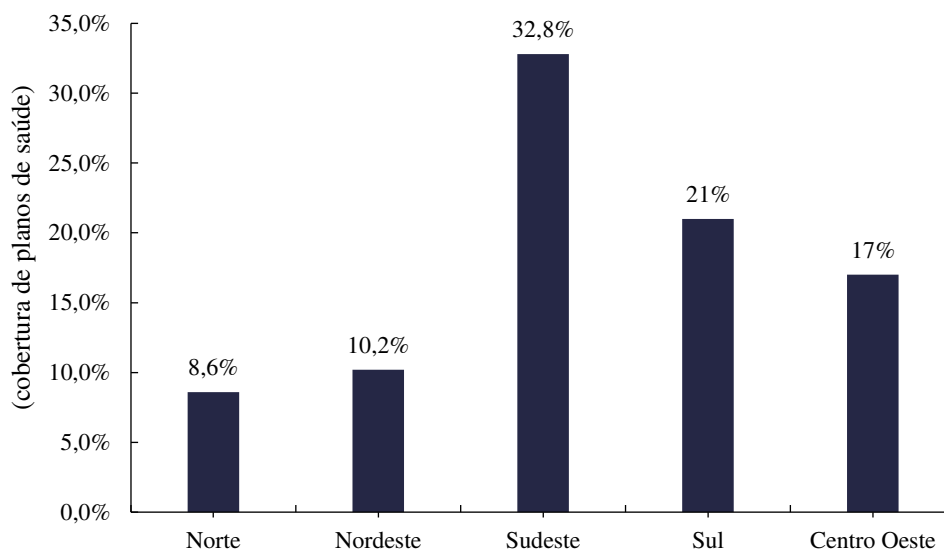
Gráfico 14 – Cobertura da Atenção Básica no Brasil (2007-2023)



Fonte: e-Gestor Atenção Básica (Brasil, 2021, 2023b). Elaborado pela autora (2024)

Contudo, o SUS não atua de forma isolada, coexistindo com o setor privado, cuja presença é mais expressiva nas regiões economicamente desenvolvidas. O financiamento por meio dos planos de saúde complementa a oferta pública, principalmente em mercados de maior poder aquisitivo (Bahia; Scheffer, 2010). O Gráfico 15 ilustra as disparidades na adesão a esses planos: enquanto o Sudeste apresenta uma cobertura de 32,8%, as regiões Norte e Nordeste registram apenas 8,6% e 10,2%, respectivamente. Tais discrepâncias refletem não apenas a desigual distribuição da renda, mas também a concentração das operadoras de planos em mercados mais lucrativos e atrativos (ANS, 2024c; Bahia; Scheffer, 2010).

A concentração de beneficiários de planos de saúde na região Sudeste não apenas reflete a maior capacidade de consumo dessa população, mas também manifesta desigualdades estruturais na oferta e no acesso à saúde suplementar (ANS, 2024c). Esse fenômeno se insere em um padrão histórico de concentração econômica e infraestrutura técnica, que aprofunda o desequilíbrio regional e perpetua iniquidades no acesso aos serviços. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde a adesão aos planos é baixa, a dependência das populações locais em relação ao SUS é intensificada, resultando na sobrecarga dos serviços públicos, sobretudo em municípios do interior e zonas rurais, onde a oferta privada é escassa ou inexistente (Gráfico 15) (ANS, 2024c).

Gráfico 15 – Taxa de cobertura de planos de saúde por região (2024)

Fonte: ANS (2024c). Elaborado pela autora (2024)

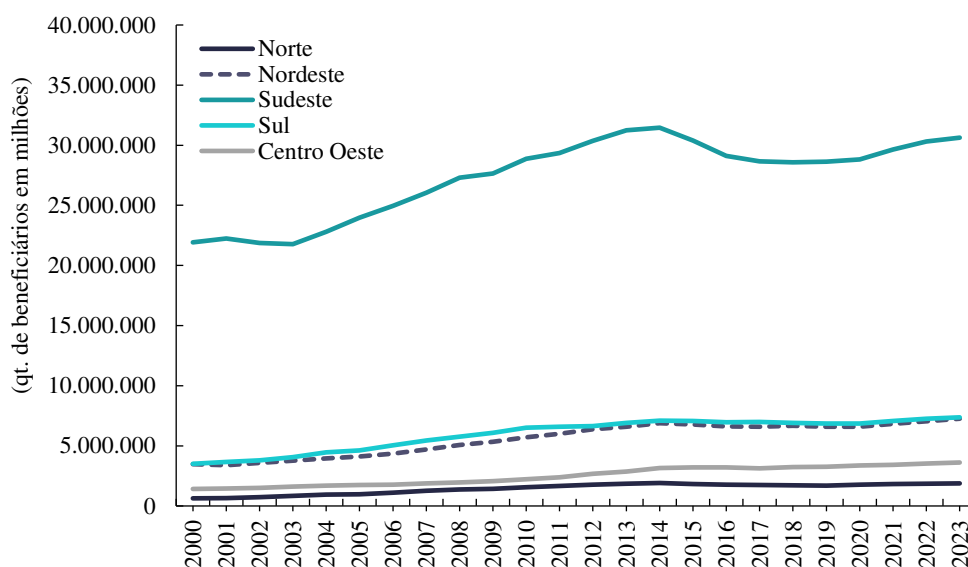
A evolução do número de beneficiários por região (Gráfico 16) corrobora essa dinâmica, ilustrando como o mercado de saúde suplementar se desenvolveu ao longo das últimas duas décadas. O crescimento mais expressivo foi no Sudeste, região historicamente favorecida por investimentos e maior atratividade econômica. No entanto, a partir de 2015, a adesão aos planos privados estabilizou-se, em grande medida como reflexo da conjuntura macroeconômica adversa, marcada pela recessão de 2015-2016, pelo aumento do desemprego e pela retração da renda das famílias. Esses fatores comprometeram a capacidade de manutenção dos planos de saúde (ANS, 2024a). Isso revela a vulnerabilidade estrutural da saúde suplementar aos ciclos econômicos, mostrando que períodos de crise afetam sua sustentabilidade e ampliam a pressão sobre o SUS, que passa a absorver a demanda de usuários oriundos do setor privado (ANS, 2024a).

Além dos fatores econômicos, a concentração dos planos de saúde em determinadas regiões reflete a lógica capitalista, que prioriza áreas com maior densidade populacional, técnica e poder aquisitivo (Santos, 2002). A concentração no Sudeste exemplifica como o setor privado utiliza o território como recurso, explorando nichos de alta rentabilidade, enquanto o SUS assume a função de abrigo, garantindo acesso universal mesmo com recursos e infraestrutura limitados (ANS, 2024a).

Segundo dados da ANS (2024a), enquanto o Sudeste apresenta uma trajetória robusta de expansão, outras regiões, como o Nordeste e o Centro-Oeste, registram um crescimento mais lento e gradual. Essa diferença reflete duas dinâmicas principais: a interiorização das operadoras

em busca de novos mercados e a persistente dependência das populações mais vulneráveis do SUS, em razão da limitada presença de recursos privados nessas áreas (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Beneficiários de planos de saúde por região (2000-2023)



Fonte: ANS (2024a). Elaborado pela autora (2024)

Nesse contexto, a discussão sobre o financiamento da saúde adquire especial relevância, uma vez que as transformações demográficas em curso no Brasil impõem novos desafios à sustentabilidade do sistema. O envelhecimento populacional impõe desafios significativos tanto ao SUS quanto aos planos privados, afetando a sustentabilidade financeira e a capacidade de resposta dos sistemas de saúde. A integração eficiente entre os setores público e privado torna-se essencial para lidar com a demanda crescente por cuidados especializados e contínuos, exigindo arranjos de governança mais robustos e políticas voltadas às necessidades de uma população envelhecida (Sá; Holanda, 2017).

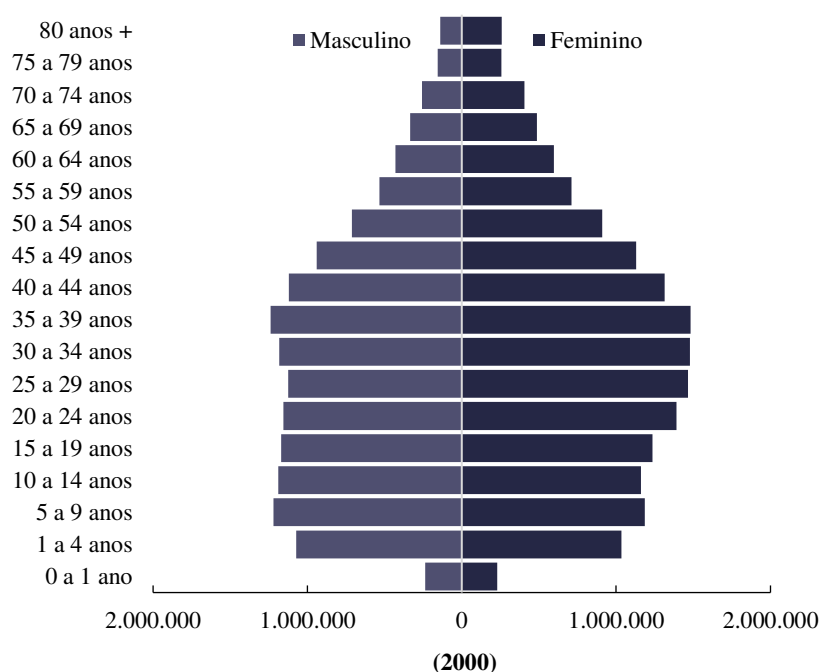
Essa nova realidade demográfica não apenas altera a dinâmica de prestação de serviços, mas também demanda uma alocação estratégica dos recursos financeiros entre os setores público e privado. A reorganização das prioridades e dos modelos de financiamento é imprescindível para garantir que ambos os setores consigam responder às mudanças nas necessidades de saúde da população brasileira (ANS, 2024a).

Em 2000, a estrutura etária dos beneficiários de planos de saúde apresentava concentração nas faixas de adultos jovens e de meia-idade, especialmente entre 20 e 44 anos, que somavam mais de 10 milhões de pessoas (Gráfico 17) (ANS, 2024a). Essa configuração reflete o vínculo entre a contratação de planos privados e a inserção no mercado de trabalho

formal, principal mecanismo de acesso à saúde suplementar. Embora a base etária (0 a 14 anos) ainda fosse expressiva, com cerca de 14 milhões de beneficiários, sua participação era menor em termos proporcionais quando comparada à população geral do país (ANS, 2024a).

Já as faixas acima de 60 anos registravam valores significativamente inferiores, tanto pelo menor peso demográfico da população idosa naquele período quanto pelas barreiras econômicas e contratuais ao ingresso desse grupo na saúde suplementar. Dessa forma, a pirâmide etária dos beneficiários em 2000 evidenciava um perfil predominantemente jovem-adulto, associado ao ciclo laboral e à maior capacidade contributiva (ANS, 2024a).

Gráfico 17 – Faixa etária dos beneficiários de planos de saúde (2000)



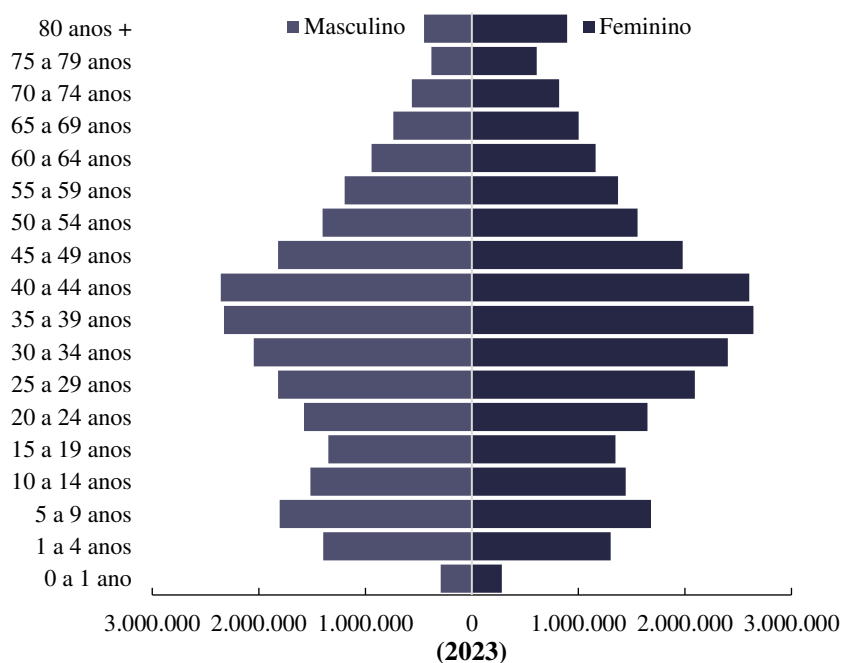
Fonte: ANS (2024a). Elaborado pela autora (2024)

Com o avanço do envelhecimento populacional, intensifica-se a pressão sobre os modelos de financiamento, tanto no setor público quanto no privado, exigindo das políticas de saúde uma adaptação às novas demandas. Os dados de 2023 revelam uma distribuição etária que já reflete essa tendência. Juntos, os brasileiros com 60 anos ou mais representavam mais de 15 milhões de pessoas beneficiárias de planos de saúde, sendo notavelmente superior no sexo feminino (8,15 milhões) em relação ao masculino (6,8 milhões) (ANS, 2024a) (Gráfico 18).

À medida que a população envelhece, há uma maior prevalência de doenças crônicas e degenerativas, como diabetes, hipertensão e cardiopatias (Sá; Holanda, 2017). A inversão na pirâmide estaria torna-se um desafio significativo, já que os idosos e a população adulta se tornam uma porção maior da base de beneficiários (ANS, 2024a). A alta concentração

de pessoas na faixa dos 30 aos 44 anos (totalizando quase 10 milhões de beneficiários, com predominância feminina) também merece atenção, pois essa é a população que, no futuro próximo, irá engrossar o grupo de idosos, intensificando ainda mais a demanda por cuidados complexos (ANS, 2024a).

Gráfico 18 – Faixa etária dos beneficiários de planos de saúde (2023)



Fonte: ANS (2024a). Elaborado pela autora (2024)

Essa dinâmica impõe a necessidade urgente de uma articulação mais eficiente entre os diferentes níveis de atenção à saúde, além de uma infraestrutura hospitalar adequada à complexidade desses casos, exigindo uma reestruturação dos serviços para um foco em cuidados de longo prazo e preventivos (ANS, 2024a). A análise demográfica mostra que a tendência de envelhecimento continuará, e a proporção de idosos no sistema de saúde continuará a crescer.

A complexidade desses cuidados exige não apenas mais recursos financeiros, mas também mudanças nos modelos de gestão para garantir a continuidade do atendimento e evitar a fragmentação dos serviços. Nesse contexto, o território se mostra como um conceito fundamental, pois, como defendido por Santos (1996), ele é uma totalidade dinâmica formada pela articulação entre sistemas de objetos (a infraestrutura hospitalar, clínicas e equipamentos) e sistemas de ações (as políticas públicas, a atuação dos profissionais de saúde e os serviços do setor privado).

Essa articulação, no entanto, é permeada por relações de poder. Na prática, isso significa que a gestão de saúde precisa ser planejada considerando o espaço tanto material quanto social, onde a ação dos agentes (como o Estado e o setor privado) se dá em um campo de interesses e poder. A forma como a infraestrutura e os serviços são distribuídos e acessados reflete a influência desses atores, reforçando a necessidade de uma gestão que busque minimizar as desigualdades e garantir o acesso universal, e não apenas a eficiência dos serviços (Almeida, 2005; ANS, 2024a).

No sistema de saúde brasileiro, consórcios intermunicipais, Organizações Sociais (OS) e Parcerias Público-Privadas (PPPs), compõem uma governança territorial orientada para atender às demandas regionais (Ribeiro, 2015). A descentralização promovida pelos consórcios intermunicipais, por exemplo, é um reflexo da concepção de totalidade espacial proposta por Santos (1996). Nessa perspectiva, segundo Ribeiro (2015), os consórcios funcionam como uma rede de colaboração entre municípios, compartilhando recursos e ampliando o acesso aos serviços públicos, especialmente em regiões menores e periféricas, e integrando-as a um sistema de ação coletiva (ANS, 2024a).

Por outro lado, as PPPs exemplificam uma apropriação seletiva do território por agentes privados, evidenciando uma dinâmica de verticalidade (Santos, 1996). Ao contrário da articulação horizontal promovida pelos consórcios, a concentração de investimentos e de poder decisório em regiões privilegiadas acentua a fragmentação do território, relegando as áreas periféricas à dependência da ação pública (ANS, 2024a). Nesse contexto, o território é tratado como um recurso pelos agentes privados, que priorizam nichos lucrativos, enquanto o atendimento das populações vulneráveis é transferido para o SUS (Travassos; Oliveira; Viacava, 2006).

A rugosidade proposta por Santos (2001) também ajuda a compreender a migração dos beneficiários dos planos privados para o SUS. Essa perspectiva sugere que o espaço carrega heranças históricas e resistências que moldam as dinâmicas contemporâneas. No contexto da saúde, essa rugosidade reflete desigualdades estruturais que não se limitam ao aspecto econômico, mas expressam uma trajetória histórica de exclusão na distribuição de serviços e recursos entre os setores público e privado, condicionando a decisão dos beneficiários de migrar para o SUS (Travassos; Oliveira; Viacava, 2006).

Essa nova configuração demográfica, impulsionada pelo envelhecimento populacional, amplia a pressão sobre o SUS (ANS, 2024a). A rugosidade do território torna esse impacto ainda mais visível, especialmente em áreas onde a oferta privada é limitada e os

custos dos planos se tornam insustentáveis, forçando a população a buscar o sistema público (Albuquerque, 2006; Santos, 2001).

Esse cenário exige arranjos de governança eficientes, como a cooperação entre ações públicas e privadas. Segundo Ribeiro (2015), nesse contexto, os consórcios intermunicipais se destacam, otimizando recursos e garantindo que municípios periféricos tenham acesso a serviços de qualidade. Entretanto, Travassos, Oliveira e Viacava (2006) argumentam que, para que essa dinâmica não aprofunde as desigualdades, é essencial que as parcerias sigam critérios de equidade territorial, assegurando que as populações mais vulneráveis não sejam excluídas dos serviços essenciais.

Tal necessidade de articulação territorial ganha particular relevância quando se analisa realidades regionais específicas, como a do Maranhão, onde a segmentação corporativa no sistema de saúde agrava desigualdades sociais e limita o acesso a cuidados especializados. A combinação de restrições econômicas e concentração dos serviços privados em áreas urbanas e mais desenvolvidas acentua a dependência do SUS em regiões periféricas e rurais. A análise das políticas de segmentação corporativa e das desigualdades nos serviços de saúde do Maranhão, portanto, mostrará como as estruturas econômicas e territoriais moldam o acesso desigual, reforçando a necessidade de estratégias colaborativas e equitativas para um sistema de saúde mais inclusivo.

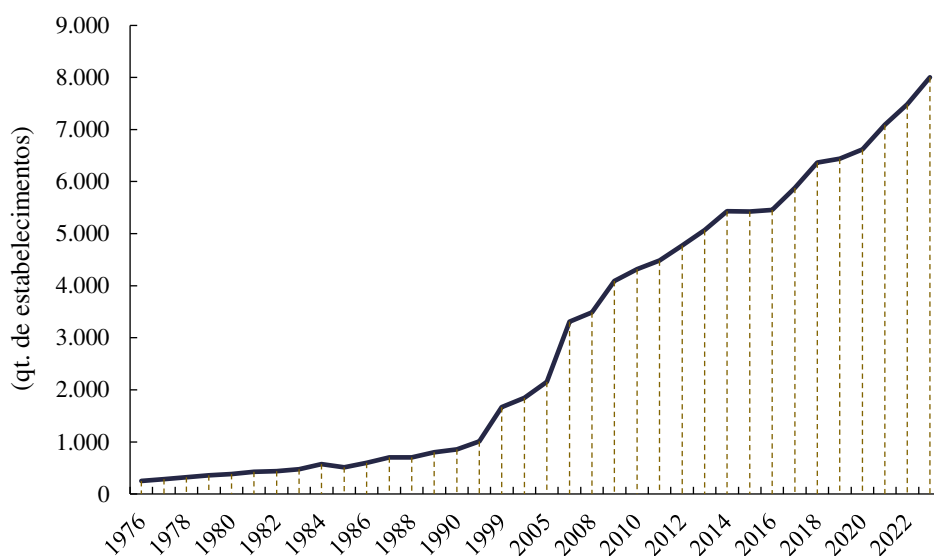
3.3 Políticas de segmentação corporativa e desigualdades nos serviços de saúde do Maranhão

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 (2023b), 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 19). 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 19 – Estabelecimentos de saúde no Maranhão (1976-2023)



Fonte: IBGE (2006), CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pela autora (2024)

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).

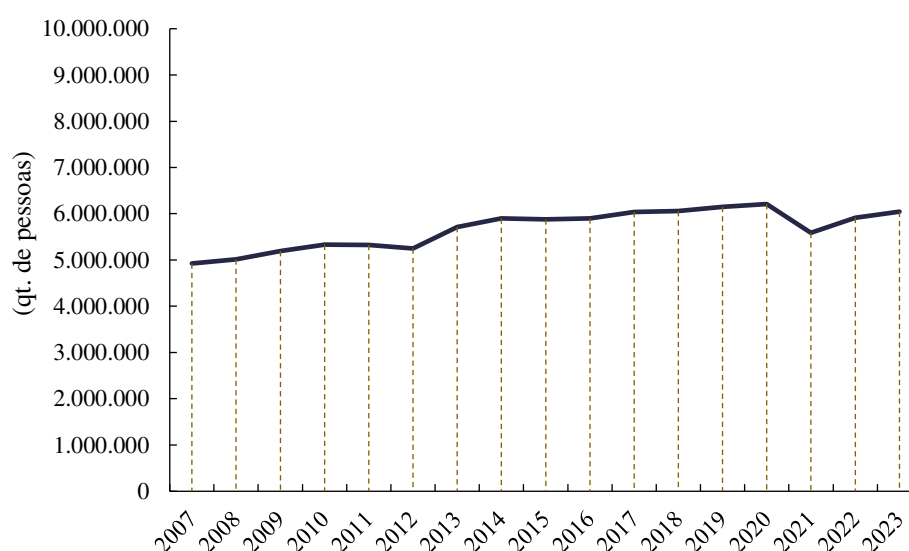
O pacto foi estruturado em três eixos complementares: o Pacto pela Vida, que priorizava ações estratégicas de saúde pública; o Pacto em Defesa do SUS, voltado à valorização do sistema como patrimônio social; e o Pacto de Gestão, responsável por instituir instrumentos de monitoramento e avaliação da atuação 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).

Gráfico 20 – Cobertura da Atenção Básica no Maranhão (2007-2023)



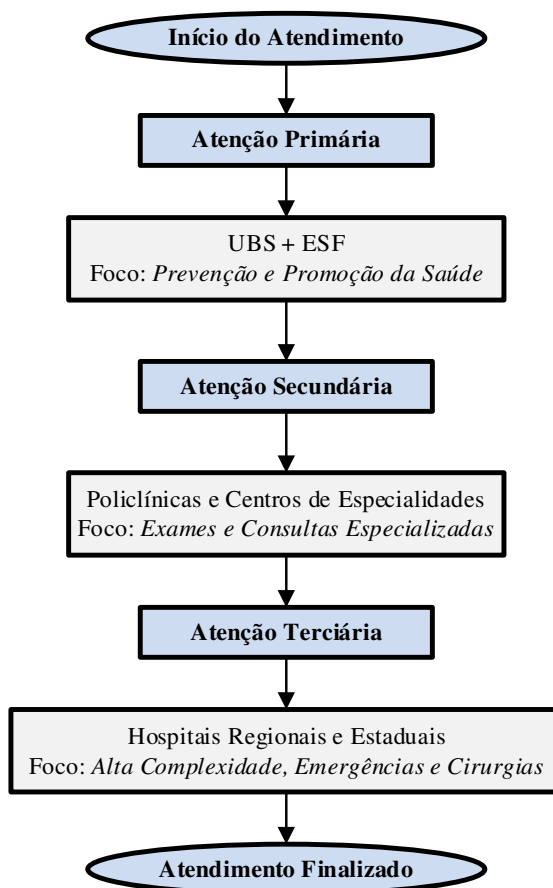
Fonte: e-Gestor Atenção Básica (Brasil, 2021, 2023b). Elaborado pela autora (2024)

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, 2023).

Os indicadores apontam para a centralidade da Atenção Básica como eixo estruturante da política de saúde no Maranhão. Conforme ilustrado no Gráfico 20, 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).

Figura 11 — Hierarquia dos serviços de saúde no Maranhão



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

A Figura 11 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).

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 entre os níveis de atenção se tornem um pilar fundamental da política de saúde (Brasil, 2013, 2021).

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, 2023). 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

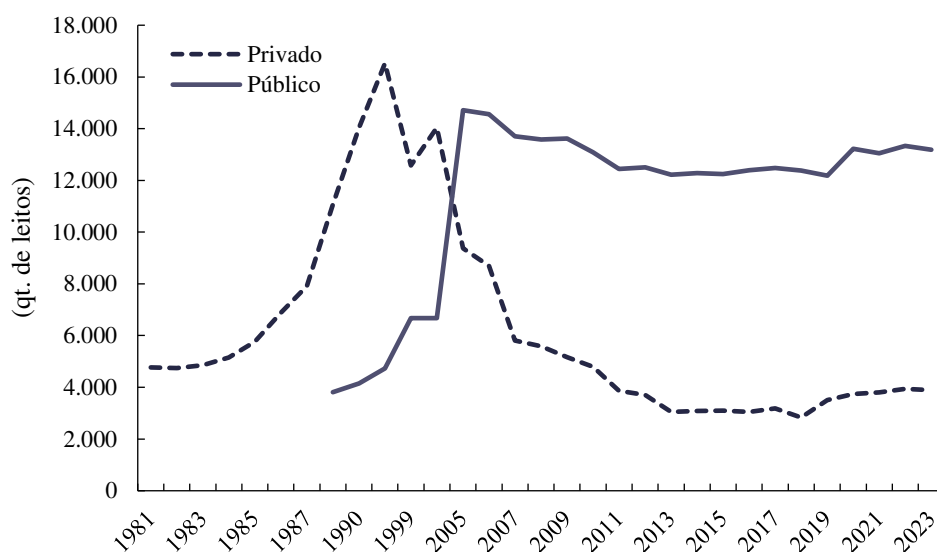
desempenham uma função central na mitigação das desigualdades territoriais, promovendo equidade no acesso a serviços de saúde especializados (Brasil, 2017a).

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. Essa integração evita a fragmentação dos serviços e promove continuidade no cuidado (Brasil, 2017a, 2023). 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, 2023).

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, 2023).

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, 2023). 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, 2023).

Gráfico 21 – Leitos públicos e privados no Maranhão (1981-2023)



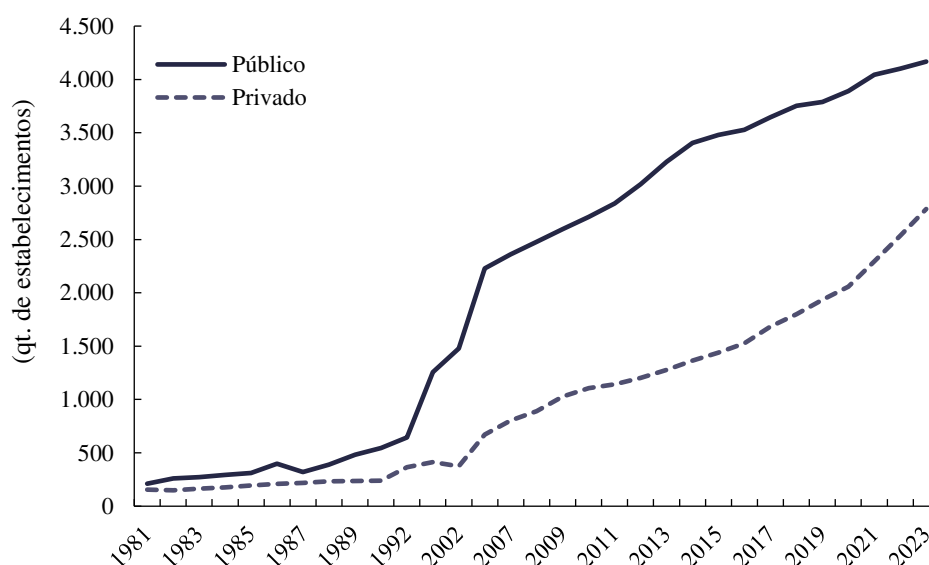
Fonte: IBGE (2006), CNES (Brasil, 2024a). Elaborado pela autora (2024)

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, 2023).

Os dados sobre leitos públicos e privados (Gráfico 21) 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).

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 22, 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 22 – Estabelecimentos de saúde públicos e privados no Maranhão (1981-2023)

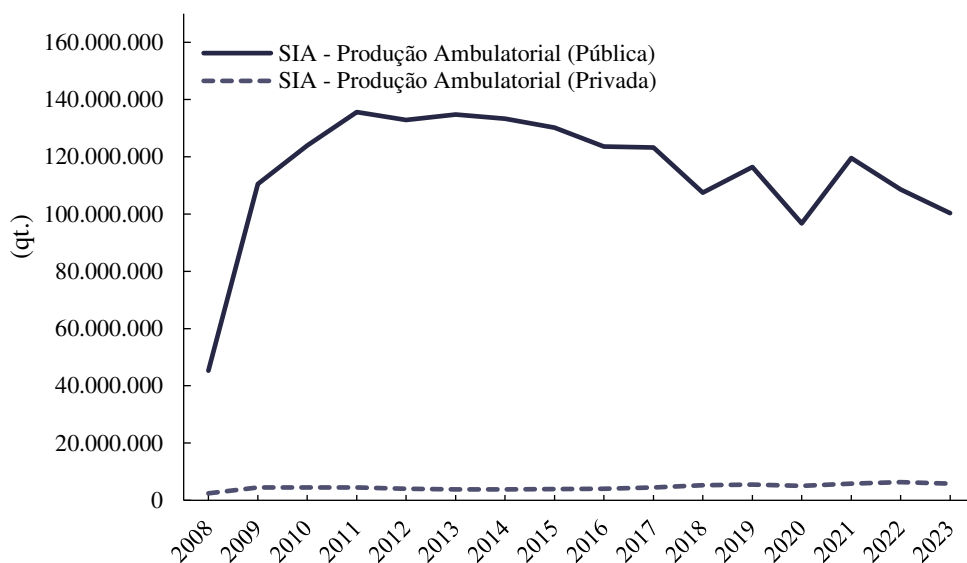
Fonte: IBGE (2006), CNES (Brasil, 2024a). Elaborado pela autora (2024)

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, 2023b).

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 23, 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.

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).

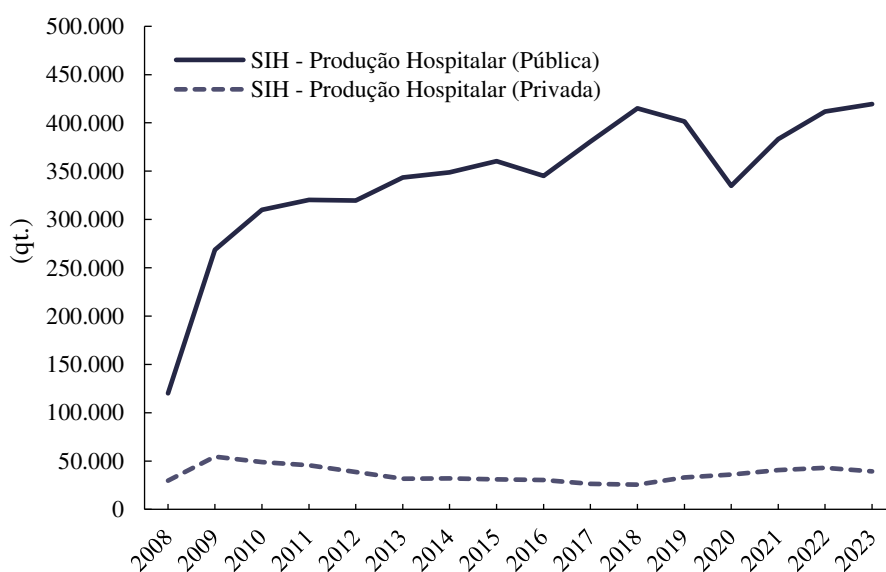
Gráfico 23 – Produção ambulatorial pública e privada no Maranhão (2008-2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024c). Elaborado pela autora (2024)

A produção hospitalar segue um padrão semelhante, conforme demonstrado no Gráfico 24. 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 24 – Produção hospitalar pública e privada no Maranhão (2008-2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024c). Elaborado pela autora (2024)

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 23 aponta uma disparidade significativa entre a produção ambulatorial nos setores público e privado, enquanto o Gráfico 24 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).

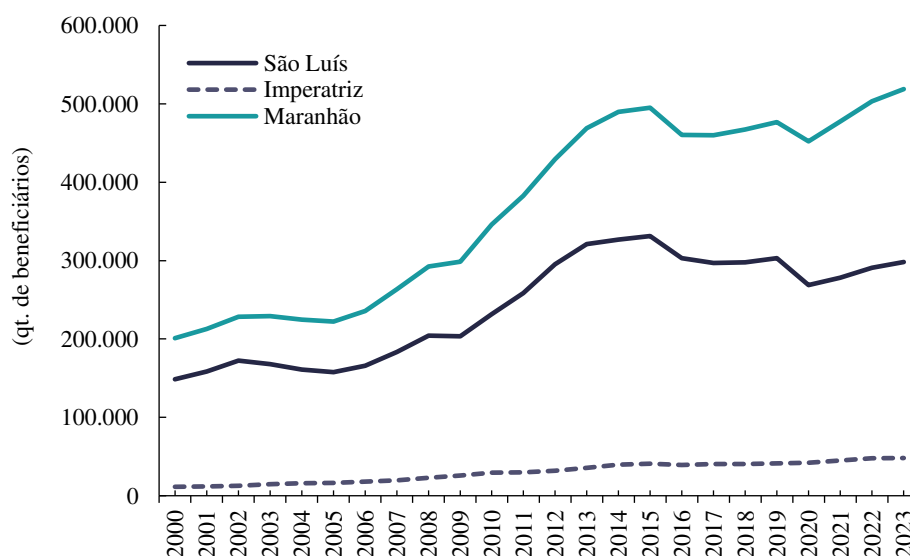
Nesse contexto, a segmentação dos serviços e a concentração da oferta em centros urbanos demonstram a importância de fortalecer mecanismos de articulação intergovernamental e entre os setores econômicos. Para enfrentar as desigualdades regionais, são indispensáveis investimentos estratégicos que promovam 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 25, 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 25 – Beneficiários de planos de saúde em São Luís e Imperatriz (2000-2023)



Fonte: ANS (2024a). Elaborado pela autora (2024)

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.

A rede hospitalar privada, conforme detalhado no Quadro 3, 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 3 – Instituições hospitalares privadas de destaque no Maranhão (2024)

Hospitais privados no Maranhão		
Hospital	Cobertura	Especialidades/Diferenciais
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 pela autora (2024)

A saúde suplementar segue uma lógica semelhante. Como detalhado no Quadro 4, 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).

Quadro 4 – Operadoras de planos de saúde, por modalidade, em destaque no Maranhão (2024)

Operadoras de planos de saúde no Maranhão		
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 pelo autor (2024)

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).

4 AS MODERNIZAÇÕES SELETIVAS NO TERRITÓRIO E AS FRAGILIDADES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIÃO GEOGRÁFICA IMEDIATA DE IMPERATRIZ

A organização territorial da saúde no Maranhão reflete uma racionalidade seletiva marcada pela concentração de investimentos em centros urbanos institucionalmente mais densos e pela rarefação de estruturas assistenciais nas periferias administrativas e funcionais do estado. Nesse processo, a modernização dos serviços de saúde não se realiza de forma homogênea, mas obedece a critérios técnicos, econômicos e políticos, aprofundando desigualdades históricas no acesso aos cuidados essenciais.

A modernização seletiva dos serviços de saúde constitui uma das manifestações mais evidentes da lógica de uso corporativo do território, operando por meio de um processo assimétrico de difusão técnica e organizacional que reforça desigualdades preexistentes. No contexto da Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII), a modernização ocorre não como universalização do acesso ou ampliação homogênea da capacidade instalada, mas como uma dinâmica de racionalização produtiva subordinada à seletividade espacial, à fluidez rarefeita e à viscosidade institucional.

Nesta seção, busca-se compreender como tais modernizações são materializadas seletivamente no território maranhense, em especial na RGII, por meio de uma análise em múltiplas escalas e dimensões. Para tanto, a seção se desdobra em oito momentos analíticos que articulam conceitos como fluidez, viscosidade, seletividade e modernização, a partir da realidade empírica dos serviços médico-hospitalares.

A análise tem início com a subseção *Fluidez e viscosidades na distribuição de serviços-médico-hospitalares no Maranhão*, na qual se discute a coexistência de dinâmicas de mobilidade e fixidez nos circuitos técnicos e institucionais da saúde. A seguir, as subseções *Modernização seletiva e fluidez rarefeita na atenção de baixa complexidade no Maranhão* e *Modernização seletiva e os limites da fluidez na atenção de média e alta complexidade no Maranhão* aprofundam o estudo das diferentes camadas da rede de atenção, destacando a seletividade territorial como processo de intensidade variável entre os níveis complexidade assistencial.

Em seguida, enfoca-se o recorte da RGII, começando com *A distribuição desigual de serviços-médico-hospitalares na Região Geográfica Imediata de Imperatriz*, que revela a concentração dos serviços de saúde em espaços específicos, articulados a centralidades regionais. Na sequência, a subseção *Seletividade espacial e dinâmicas de viscosidade nos estabelecimentos*

de saúde da RGII destaca os entraves estruturais que inibem a mobilidade plena dos fluxos assistenciais, bem como os mecanismos que territorializam os limites da universalidade.

A sexta subseção, *Fluidez seletiva dos profissionais de saúde na RGII*, explora as lógicas de circulação dos agentes técnicos, revelando como o território impõe barreiras e favorecimentos desiguais à presença de um corpo profissional qualificado. Logo em seguida, *Modernização seletiva e desigualdade nos usos do território pelos equipamentos médico-hospitalares na RGII* discute a assimetria dos investimentos e das inovações técnico-institucionais no recorte regional. Por fim, a última seção secundária, *A pandemia de covid-19 e a intensificação dos usos desiguais do território na RGII*, analisa como a crise sanitária agravou as disparidades estruturais já existentes, acentuando os efeitos da modernização territorial excludente no campo da saúde.

Com isso, a seção busca demonstrar como a modernização seletiva, sob a égide de uma racionalidade econômica dominante, impõe padrões de organização dos serviços de saúde que reiteram a desigualdade no uso do território. Trata-se de uma modernização que não emancipa, mas fragmenta e limita, erigindo uma geografia do cuidado profundamente marcada pela fluidez seletiva e pelas viscosidades institucionais que travam o acesso pleno à saúde como direito universal.

4.1 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 sentido, “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, 2022a, 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.

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, 2024g; Fiocruz, 2021; WHO, 2023).

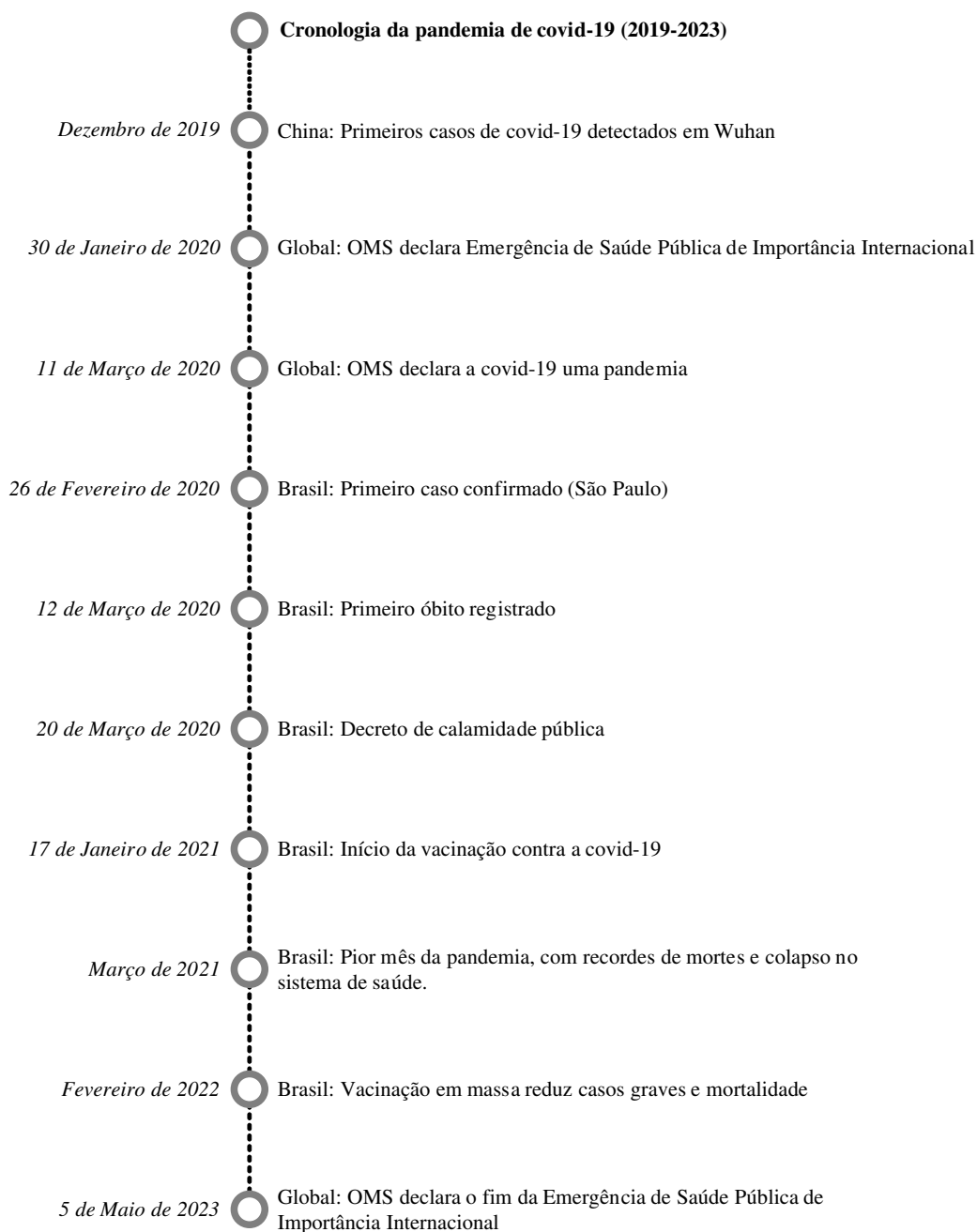
O mês de março de 2021 foi emblemático; o colapso dos sistemas hospitalares, especialmente nas regiões Norte e Centro-Oeste, expôs os limites da rede de atenção e evidenciou a insuficiência dos objetos e das normas disponíveis em boa parte do território para responder às exigências de uma crise sistêmica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

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, 2024g; 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 12, a seguir, 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.

Figura 12 – Resumo cronológico da pandemia no Brasil (2019-2023)



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

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-existent: a precariedade das moradias, da mobilidade cotidiana e da infraestrutura básica limitou a possibilidade de isolamento para boa parte da população. A Figura 13 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 13 – Resumo cronológico da pandemia no Maranhão (2020-2023)



Fonte: Elaborado pela autora (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, 2024g; 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, 2024g; 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, 2022a). 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, 2022a).

4.2 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).

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 (2017b). Organizada pela autora (2024)

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, 2017b).

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, 2017b).

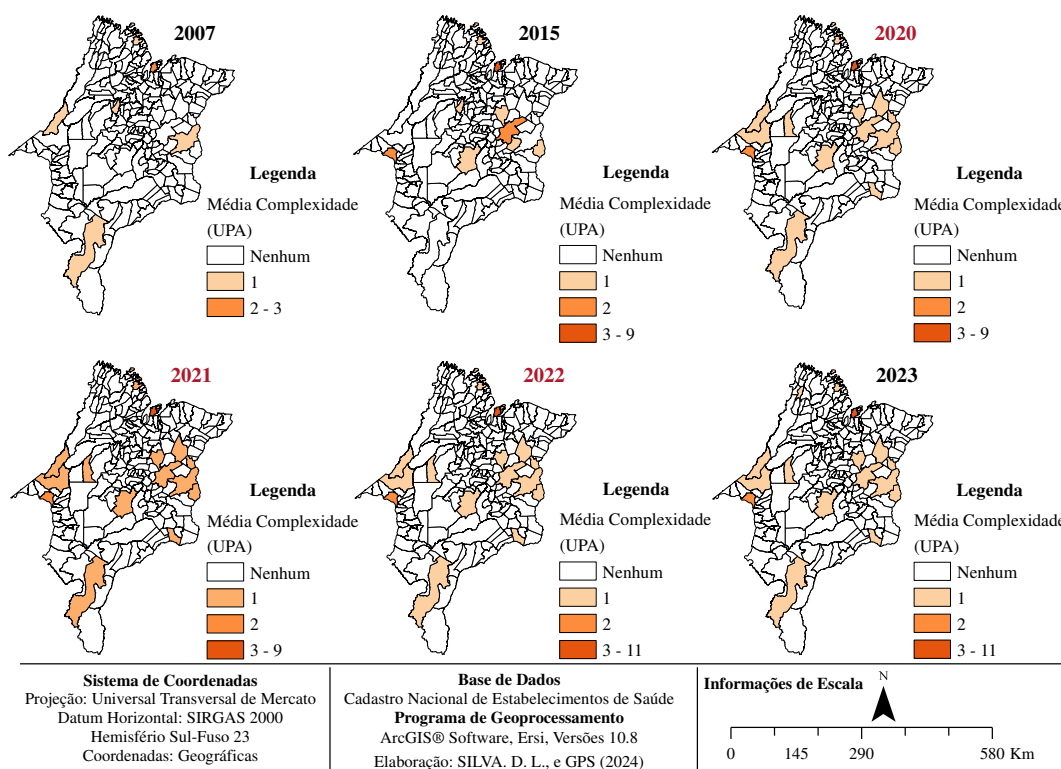
A distribuição dessas unidades no Maranhão, entre 2007 e 2023, revela mais do que um crescimento absoluto, uma lógica de expansão seletiva marcada pela concentração dos serviços em porções específicas do território, especialmente nas regiões metropolitanas (Figura 14). Embora o aumento do número de unidades 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).

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).

Figura 14 – Distribuição de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Organizada pela autora (2024)

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 14, 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 14. 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).

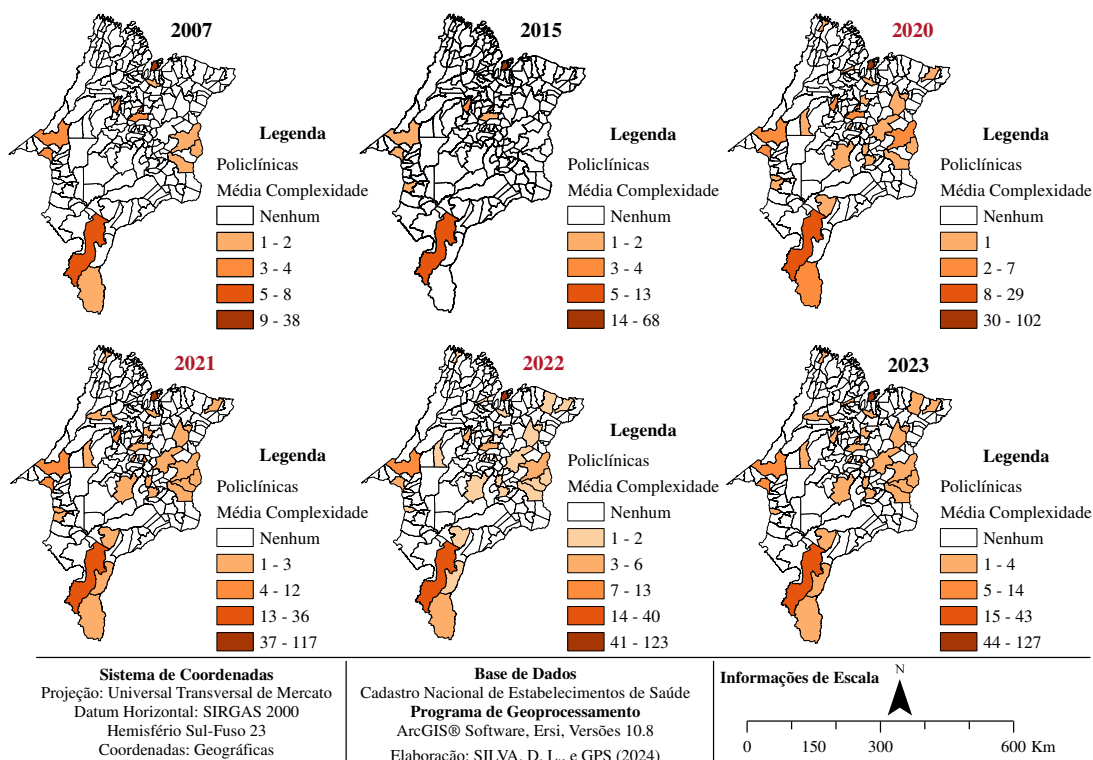
Nesse sentido, diferente das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos postos de saúde e das próprias UPAs, as policlínicas concentram serviços especializados de caráter ambulatorial, cuja realização depende da disponibilidade de profissionais com formação específica e de recursos tecnológicos voltados ao 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 15). 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).

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.

Figura 15 – Distribuição de policlínicas no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Organizada pela autora (2024)

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, 2022a).

A Figura 15 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, 2022a).

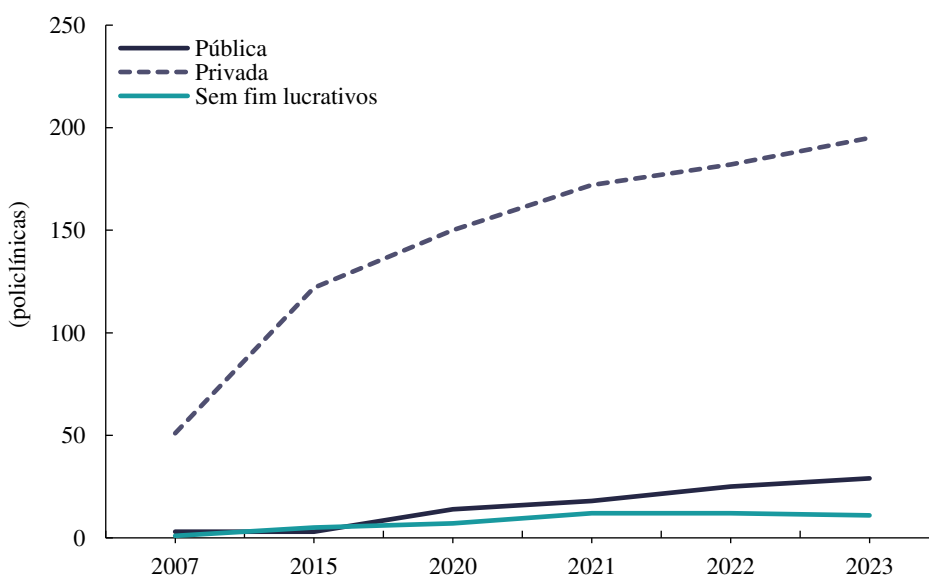
Entre 2020 e 2023, observa-se um novo movimento de ativação institucional, com o acréscimo de 64 policlínicas no estado. Esse avanço pode estar associado a políticas federais

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, 2022b, 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 26, 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).

Gráfico 26 – Policlínicas públicas e privadas no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Organizada pela autora (2024)

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).

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.

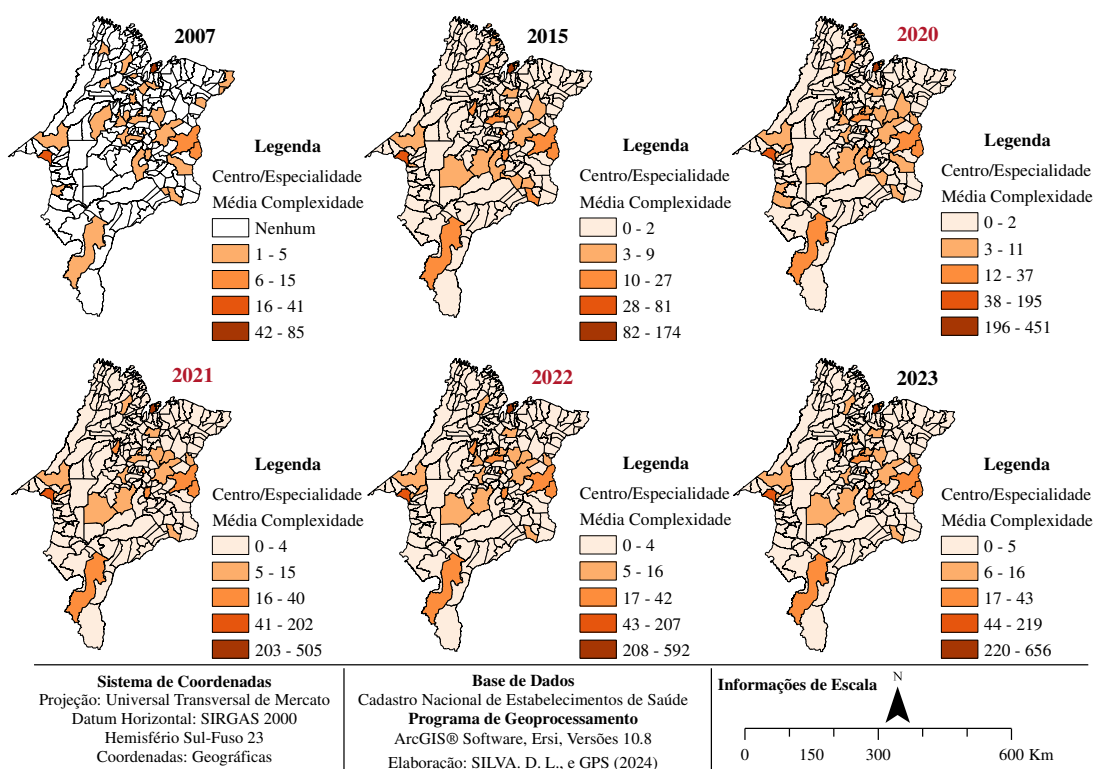
As policlínicas classificadas como entidades sem fins lucrativos apresentam um padrão de crescimento mais instável e marginal na estrutura da média complexidade (Gráfico 26). Entre 2007 e 2021, o número dessas unidades subiu de um para 12, mas sofreu leve retração em 2023, com 11 unidades registradas (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 16). 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).

Figura 16 – Distribuição de clínicas/centros especializados no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pela autora (2024)

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).

Esse padrão de distribuição reforça a lógica de concentração observada por Oliveira e Silva (2022a), 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.

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. 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).

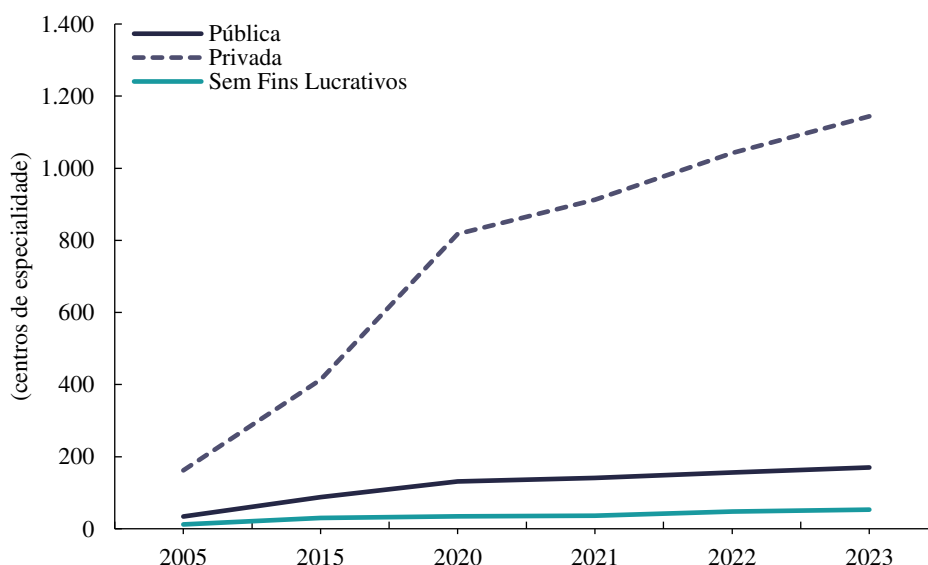
O crescimento dos centros de especialidade reflete a consolidação de um modelo corporativo na saúde, no qual a expansão da infraestrutura segue a lógica do mercado e da valorização do capital. Como aponta Almeida (2005), a saúde tem sido incorporada como um setor estratégico da economia, movimentando 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 27. 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.

Essa tendência é amplamente reforçada por estudos como os de Paim (2018) 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.

Gráfico 27 – Centros/clínicas de especialidade públicas e privadas no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Organizada pela autora (2024)

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 27 (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).

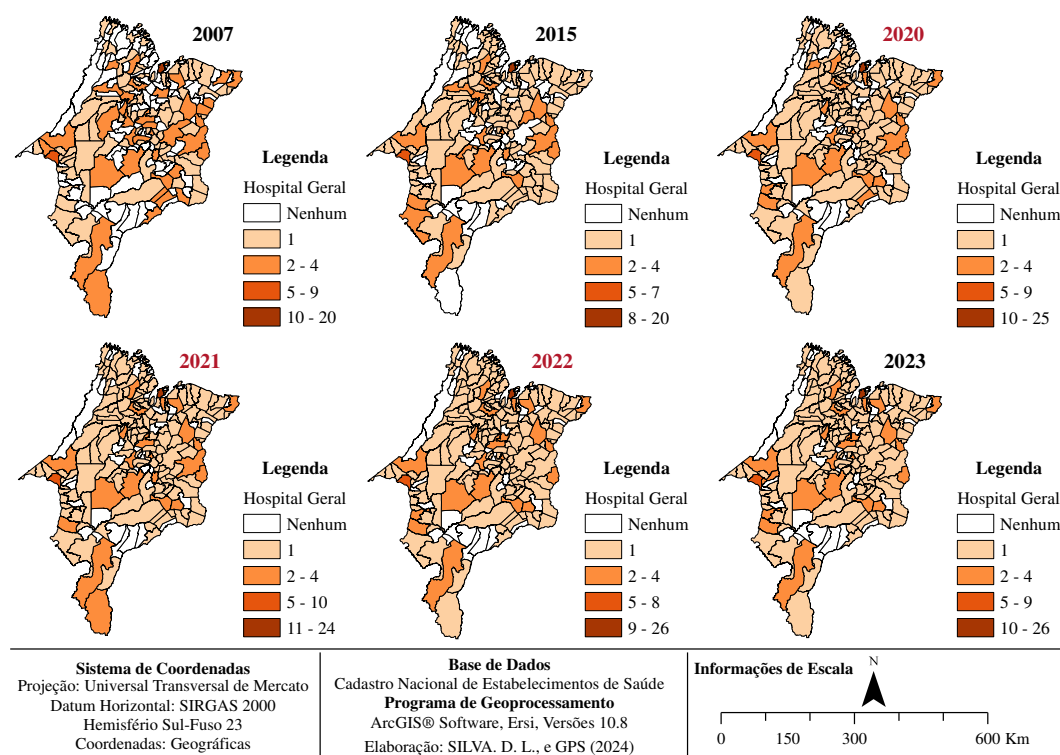
Os hospitais gerais, concebidos como estruturas de referência para o atendimento regionalizado no interior do SUS, deveriam constituir pontos de articulação entre os diferentes níveis de atenção (Brasil, 2024b). Como aponta Albuquerque (2006), embora a regionalização tenha sido instituída como estratégia 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 17). 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 17 – Distribuição dos hospitais gerais com serviços de alta complexidade no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pela autora (2024)

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.

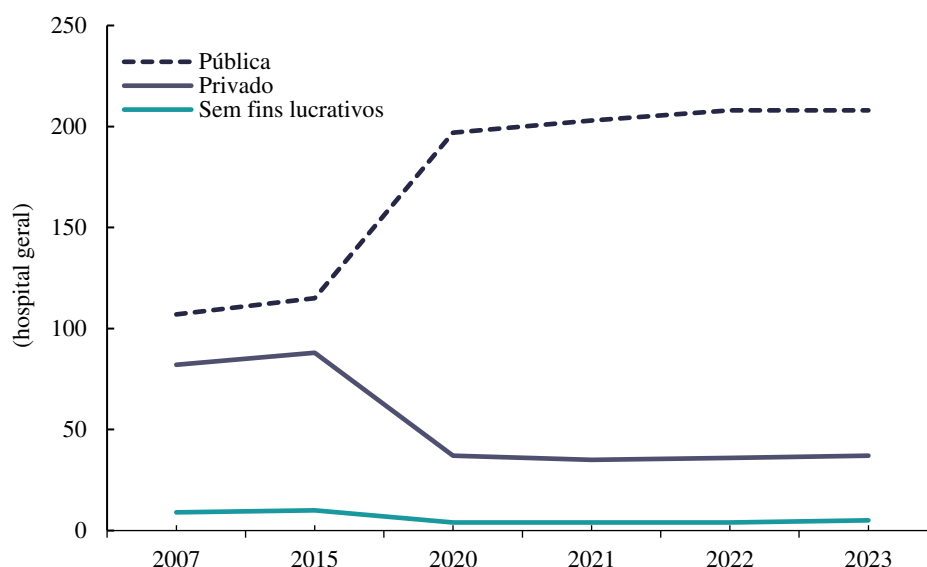
Esse processo reforça um padrão de seletividade territorial que se manifesta desde a atenção primária e se intensifica à medida que os níveis de complexidade da assistência aumentam, aprofundando as desigualdades e a dependência de centros urbanos mais estruturados, como São Luís e Imperatriz. Tal dinâmica 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 28).

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



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Organizada pela autora (2024)

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, 2022a). No caso do Maranhão, por exemplo, observa-se no Gráfico 28 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 28). 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, 2017c, 2023).

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).

Quadro 5 - 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

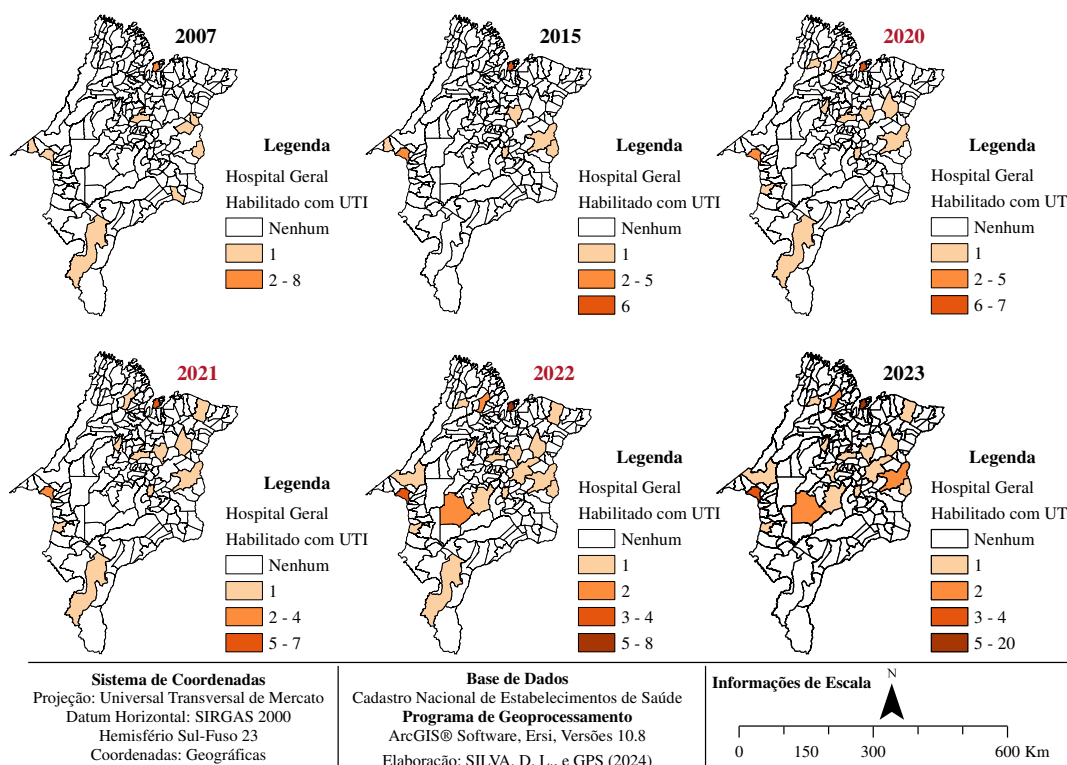
Fonte: CNES (Brasil, 1998, 2010, 2017c, 2023d, 2024a). Elaborado pela autora (2024)

O Quadro 5 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, 2010, 2017c, 2023d).

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, 2024h). Entre 2007 e 2023, o número de hospitais gerais com UTI adulta habilitada passou de 16 para 34 no estado (Figura 18). 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 18 – Distribuição de hospitais gerais habilitados com UTI no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024a). Elaborado pela autora (2024)

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).

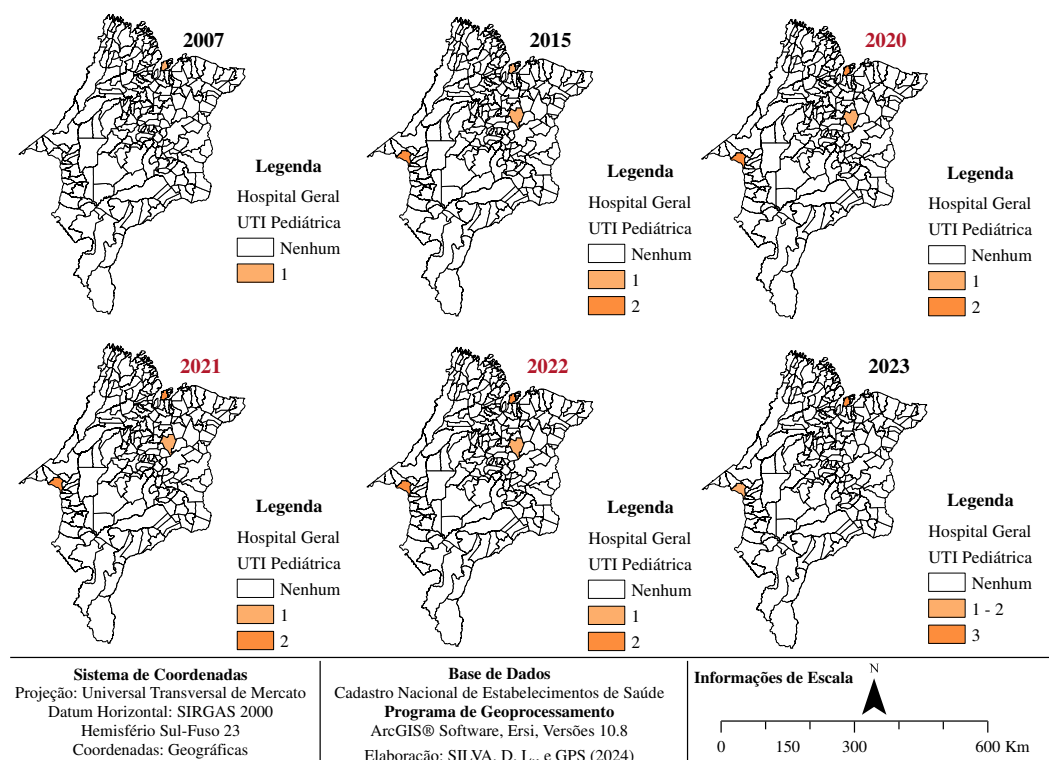
Assim, a expansão observada não rompe com as lógicas de seletividade que moldam o uso do território pela saúde, mas sim as reforça, ao manter a densidade técnica e institucional restrita aos espaços já integrados às redes de comando, enquanto vastas áreas permanecem como zonas de escassez e lentidão dos fluxos assistenciais, como observado na Figura 18.

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 19. 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).

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).

Figura 19 – Distribuição de hospitais gerais habilitados com UTI pediátrica no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)

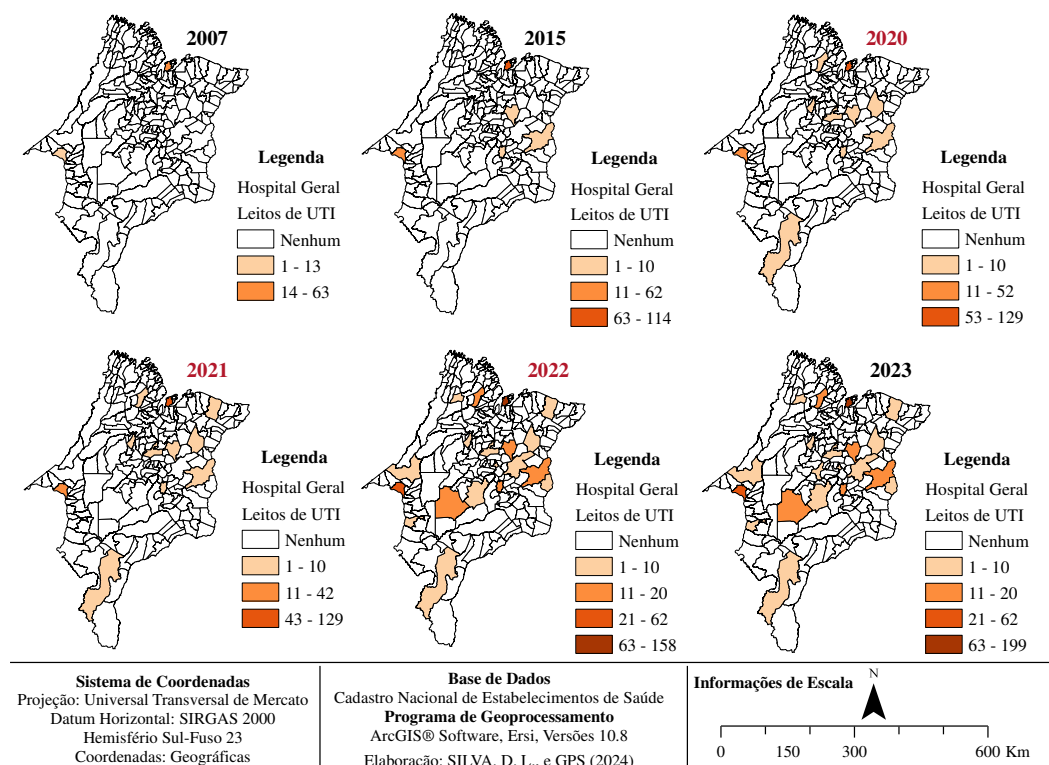


Fonte: CNES (Brasil, 2024a). Elaborado pela autora (2024)

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 20. 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 20 – Distribuição e número de leitos de UTI em hospital geral no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pela autora (2024)

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 20). 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.

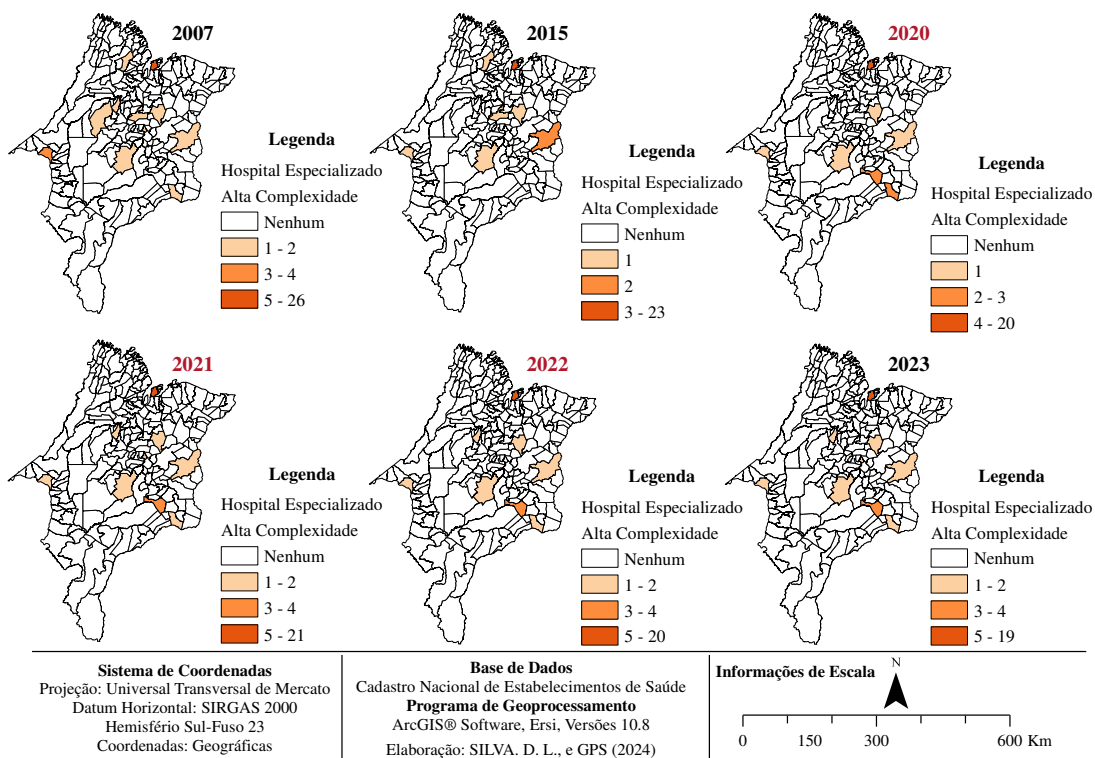
Tal configuração, para além da reprodução de desigualdades territoriais históricas, constitui forma de uso corporativo do território, em que a presença do Estado se articula à lógica

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 21). 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 21 – Distribuição de hospitais especializados com serviços de alta complexidade no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b). Elaborado pela autora (2024)

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 12 (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.

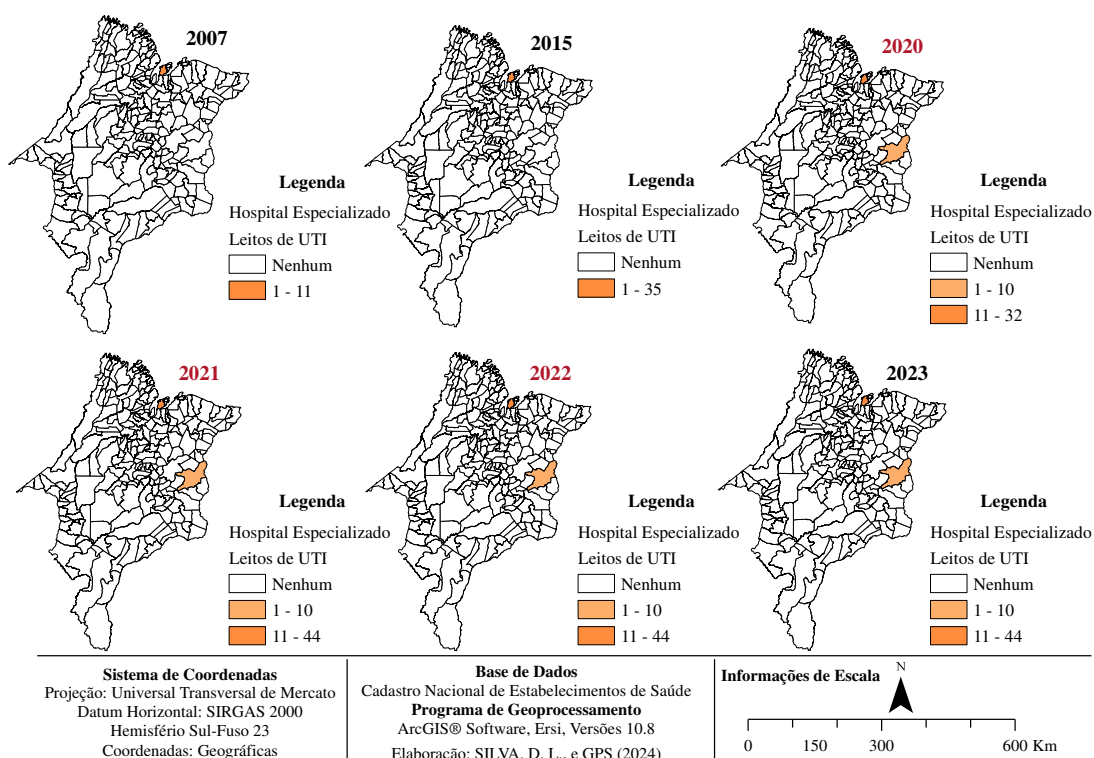
Nesse arranjo seletivo, Caxias e São José de Ribamar emergem como novos nós articuladores da rede, inserindo-se na hierarquia de comando que estrutura o acesso aos serviços de alta complexidade no território (Oliveira; Silva, 2023). As implicações territoriais dessas transformações são significativas, 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 22). 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 22 – Distribuição e número de leitos de UTI em hospital especializado no Maranhão (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024a). Elaborado pela autora (2024)

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).

4.3 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) delinea 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 6). 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 6 – 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 pela autora (2024)

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).

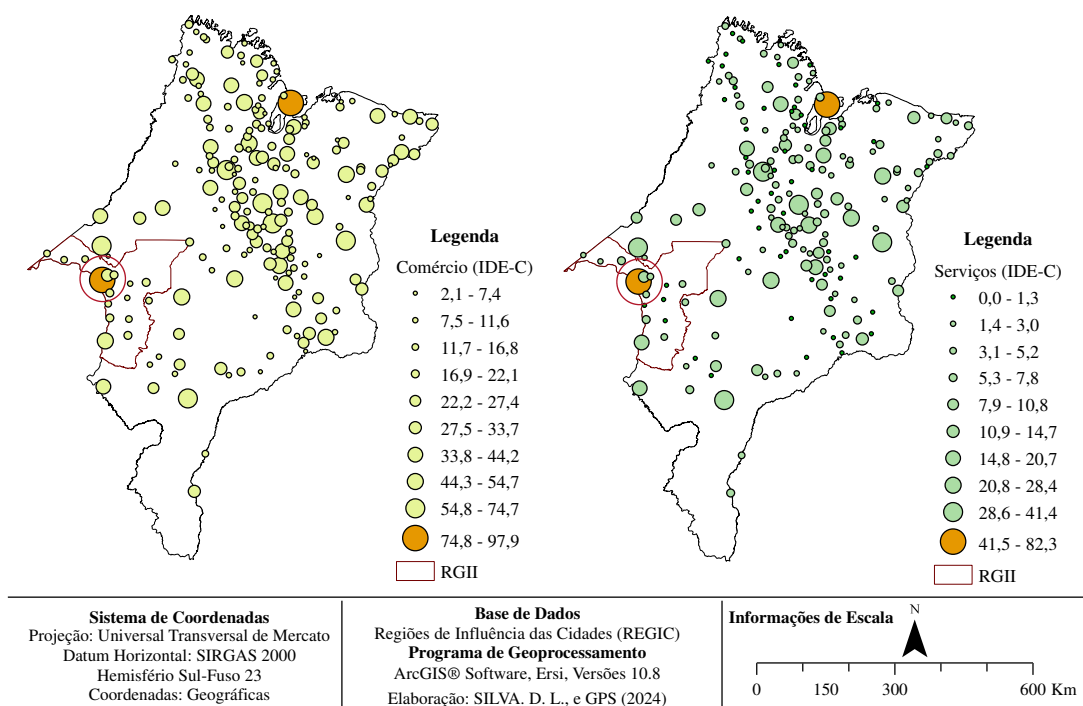
Constitui-se, assim, por um arranjo que vai além de uma mera revisão técnico-cartográfica, configurando a cristalização de racionalidades hegemônicas que operam no território seletivamente, organizando a distribuição de recursos e oportunidades por meio da articulação desigual entre fixos e fluxos (IBGE, 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 23. Esse índice, que varia de 0 a 100, mede a diversidade e a complexidade das atividades econômicas em cada município (IBGE, 2020). 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.

Figura 23 – Índice de diversidade econômica, comércio e serviços no Maranhão

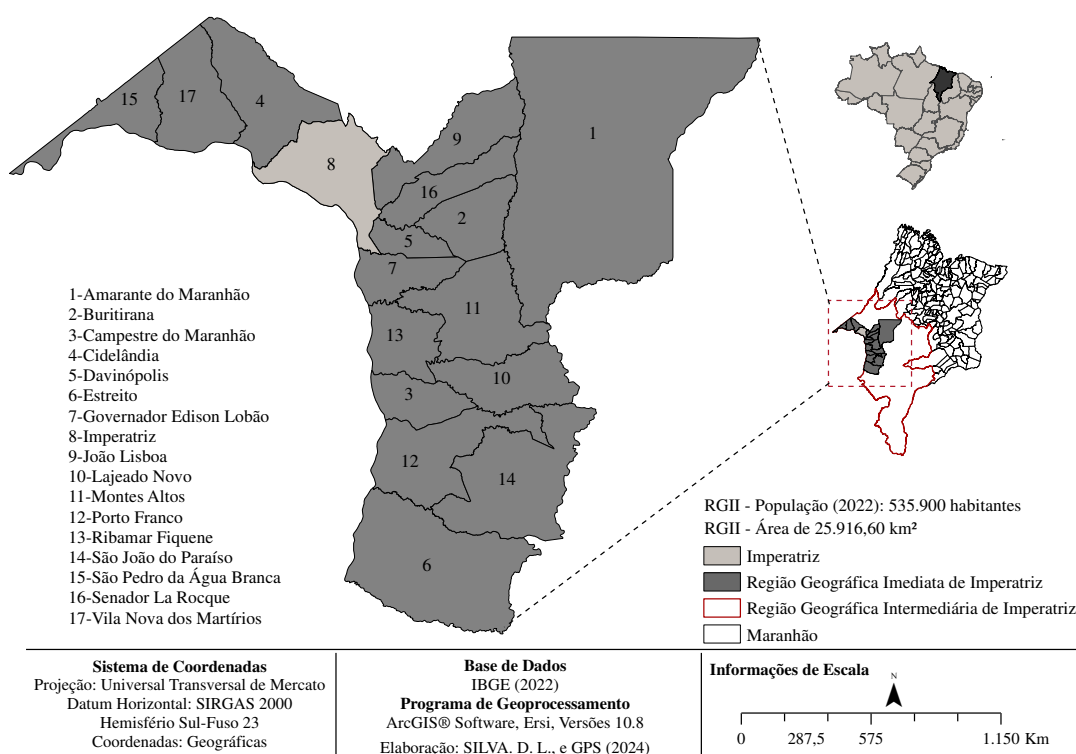


Fonte: REGIC (IBGE, 2020b). Elaborado pela autora (2024)

Nesse cenário, apenas dois municípios concentram os índices mais elevados de diversidade, São Luís e Imperatriz (Figura 23). 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).

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 24), 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).

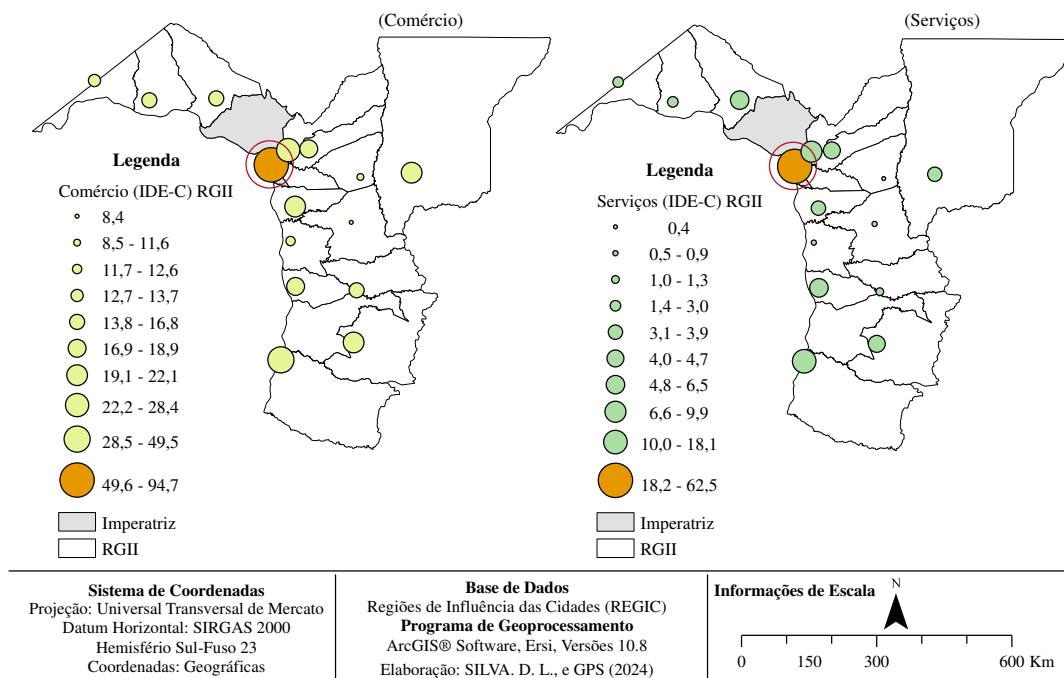
Figura 24 – Região Geográfica Imediata de Imperatriz (RGII)



Fonte: IBGE (2022). Elaborado pela autora (2024)

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 25), não apenas reforça sua posição como centro regional, mas também ilustra como a lógica da fluidez seletiva organiza o território maranhense. 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 25), 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, 2020).

Figura 25 – Índice de diversidade econômica, comércio e serviços na RGII

Fonte: REGIC (IBGE, 2020b). Elaborado pela autora (2024)

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, 2022a; 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).

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 pela autora (2024)

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).

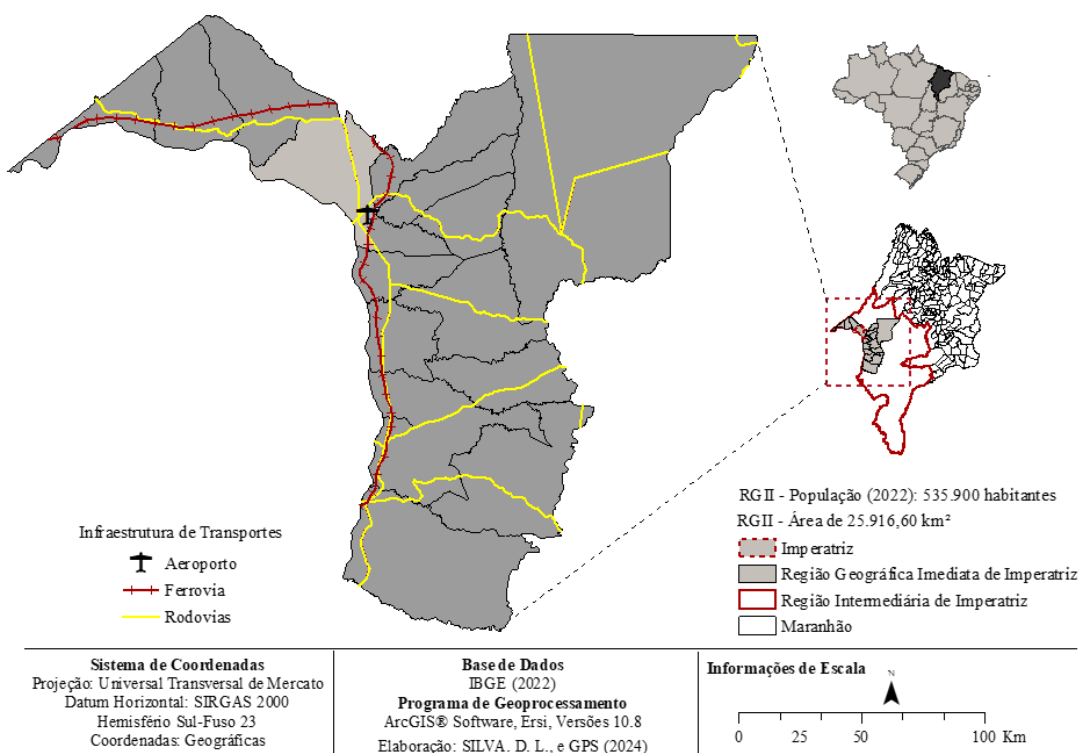
Apesar desses indicadores, os municípios permanecem funcionalmente subordinados ao núcleo de Imperatriz. Suas estruturas produtivas e institucionais não lhes conferem autonomia

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).

Figura 26 – Infraestrutura de transporte na RGII



Fonte: IBGE (2022). Elaborado pela autora (2024)

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 26). 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, 2022).

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 26). 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.

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).

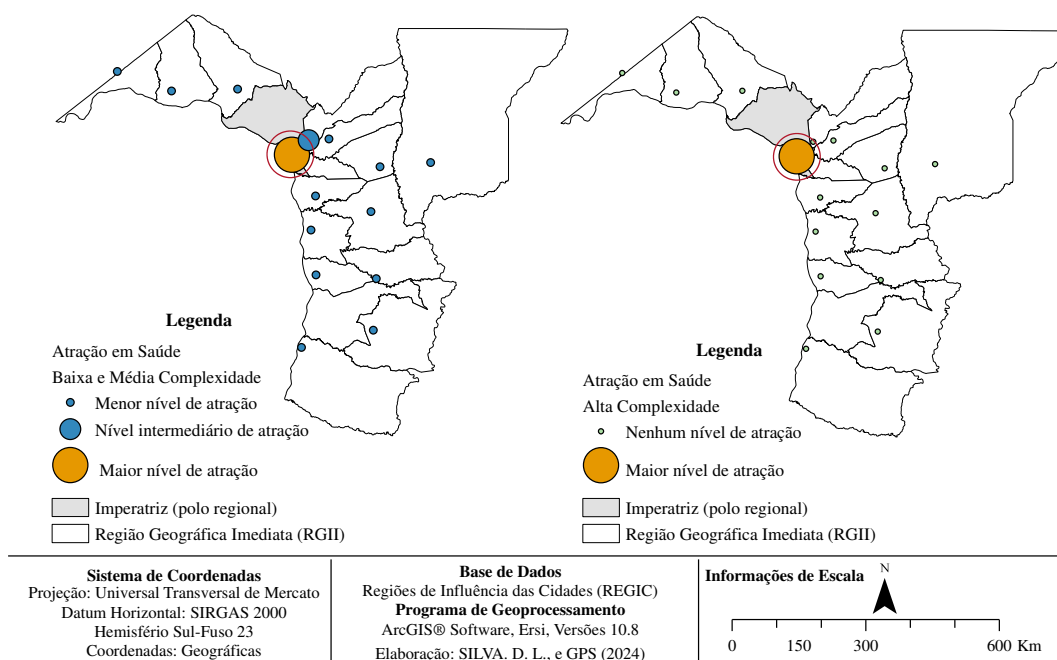
Essa estrutura funcional, no entanto, impõe uma mobilidade assimétrica: populações oriundas de localidades periféricas são constantemente forçadas a deslocar-se em busca de atendimento e acesso a serviços qualificados. Nesse processo, dimensões fundamentais, como saúde, educação e cultura, tornam-se 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, 2022a).

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 27, 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, 2020).

Figura 27 – Atração em serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade



Fonte: REGIC (IBGE, 2020b). Elaborado pela autora (2024)

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).

4.4 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, 2022a, 2022b).

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.

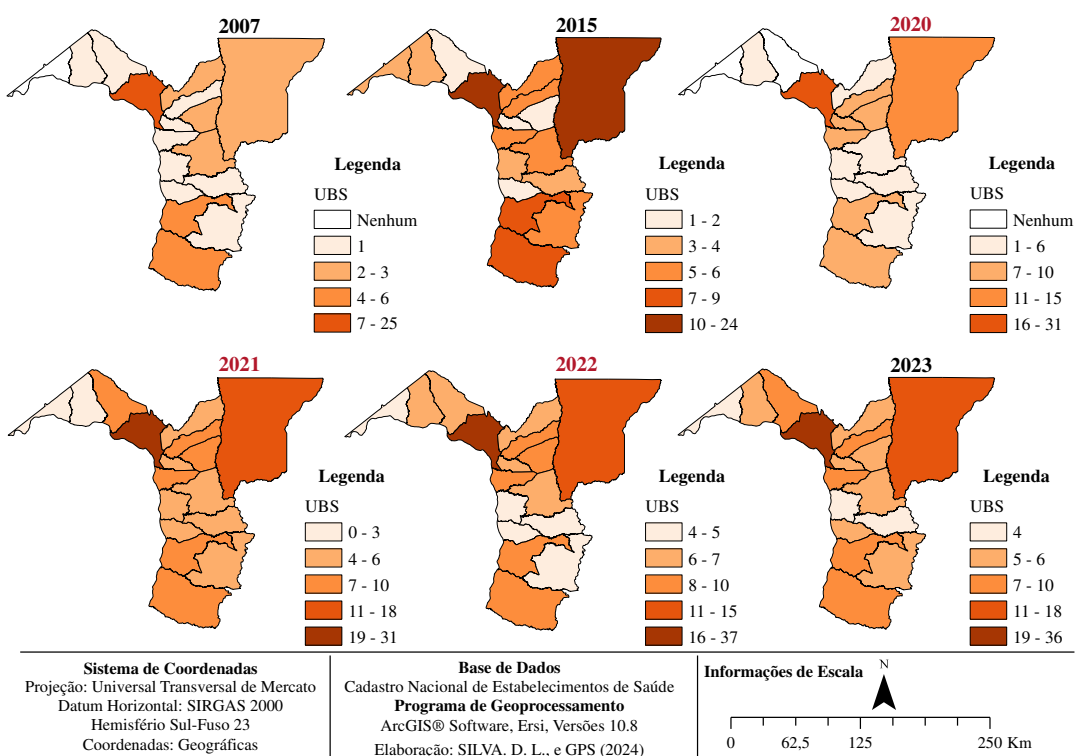
O objetivo desta seção é evidenciar como a pandemia intensificou processos preexistentes de concentração de recursos, reforçando centralidades e aprofundando exclusões

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, 2022a).

Na Figura 28, 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).

Figura 28 – Distribuição de Unidades Básicas de Saúde (UBS) na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b), elaborado pela autora (2024)

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.

A Figura 28 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, 2008).

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).

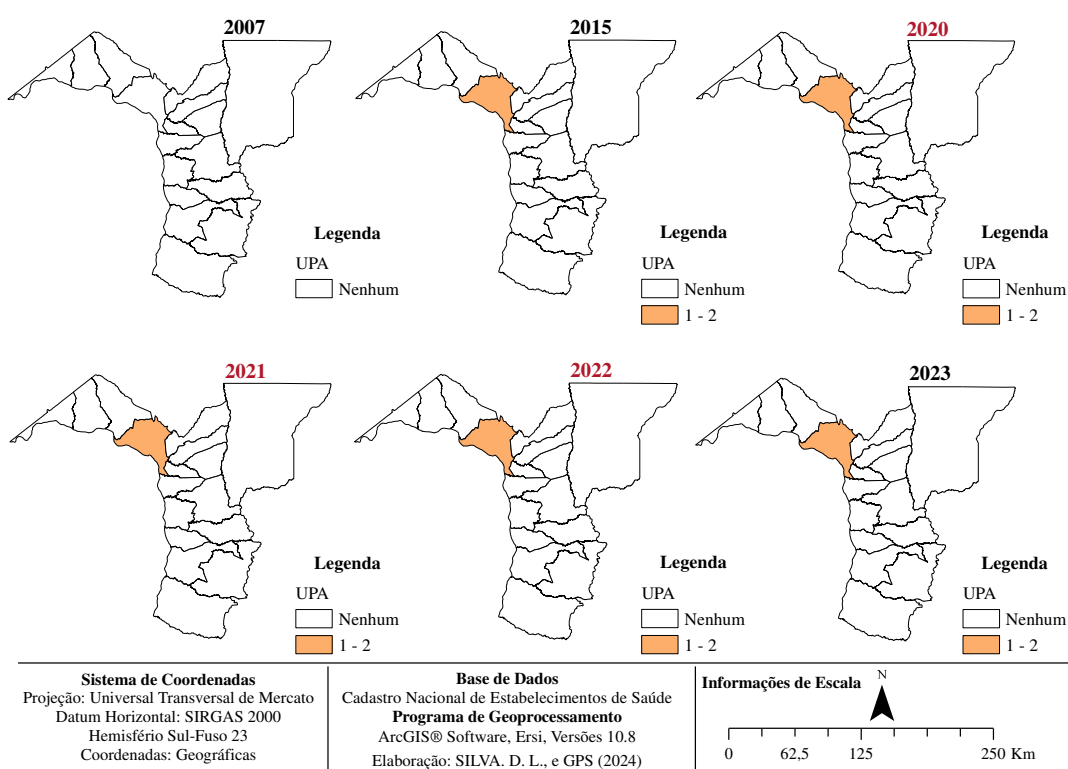
Mesmo diante de contextos de emergência sanitária que exigiriam capilaridade e efetividade, persistem desigualdades funcionais que limitam a atenção primária nos municípios menos favorecidos (Brasil, 2024b; Oliveira; Silva, 2022a). Assim, a seletividade na expansão e qualificação da atenção primária 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, 2001, 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 29), 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 29 – Distribuição de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b), elaborado pela autora (2024)

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.

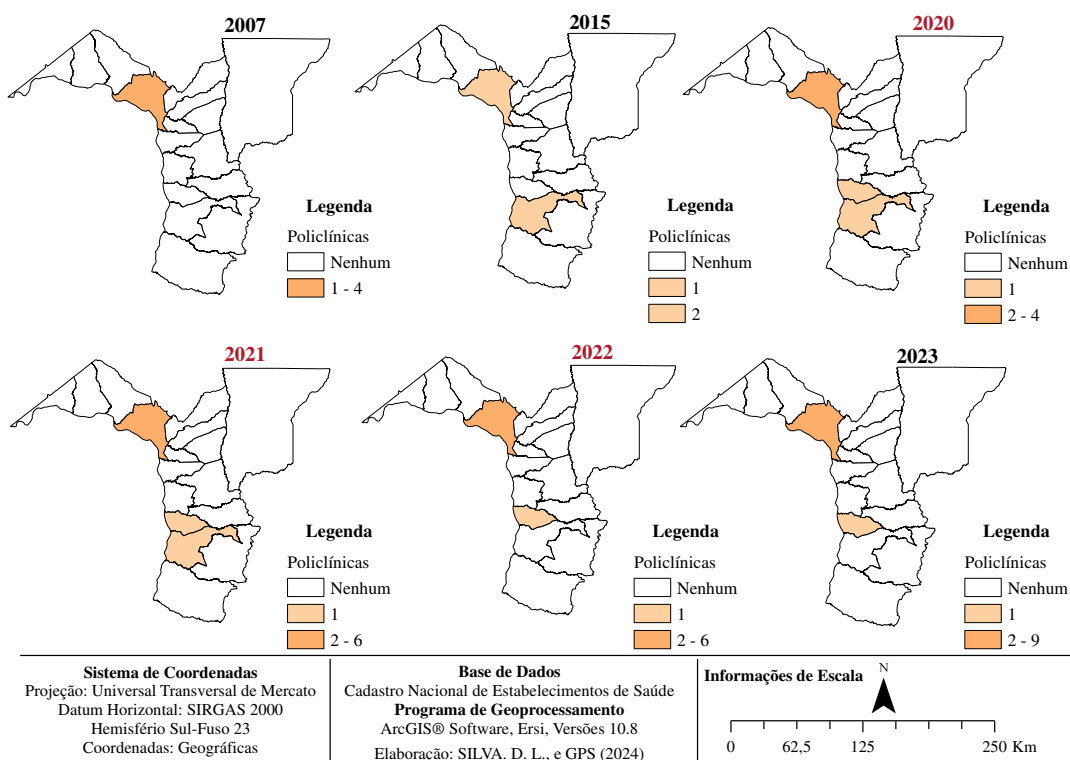
Isso demonstra a persistência da rigidez estrutural dos fluxos institucionais, com impactos graves na fluidez do acesso à saúde. Como reforçam Oliveira e Silva (2022a), essa rigidez resulta na formação de zonas de rarefação assistencial, onde a ausência de serviços gera dependência crítica dos centros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

Figura 30 – Distribuição de policlínicas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)

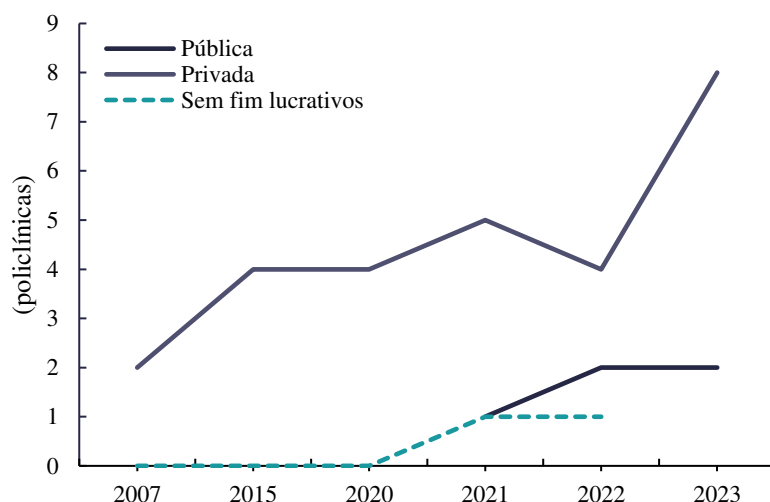


Fonte: CNES (Brasil, 2024b), elaborado pela autora (2024)

Ao analisar a Figura 30, 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 descontínuas, como Porto Franco, em 2007, e Campestre do Maranhão, a partir de 2021.

Essa expansão, no entanto, ocorre por meio do setor privado (Gráfico 29). 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).

Gráfico 29 – Policlínicas públicas e privadas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b), elaborado pela autora (2024)

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, 2022b; Brasil, 20254b).

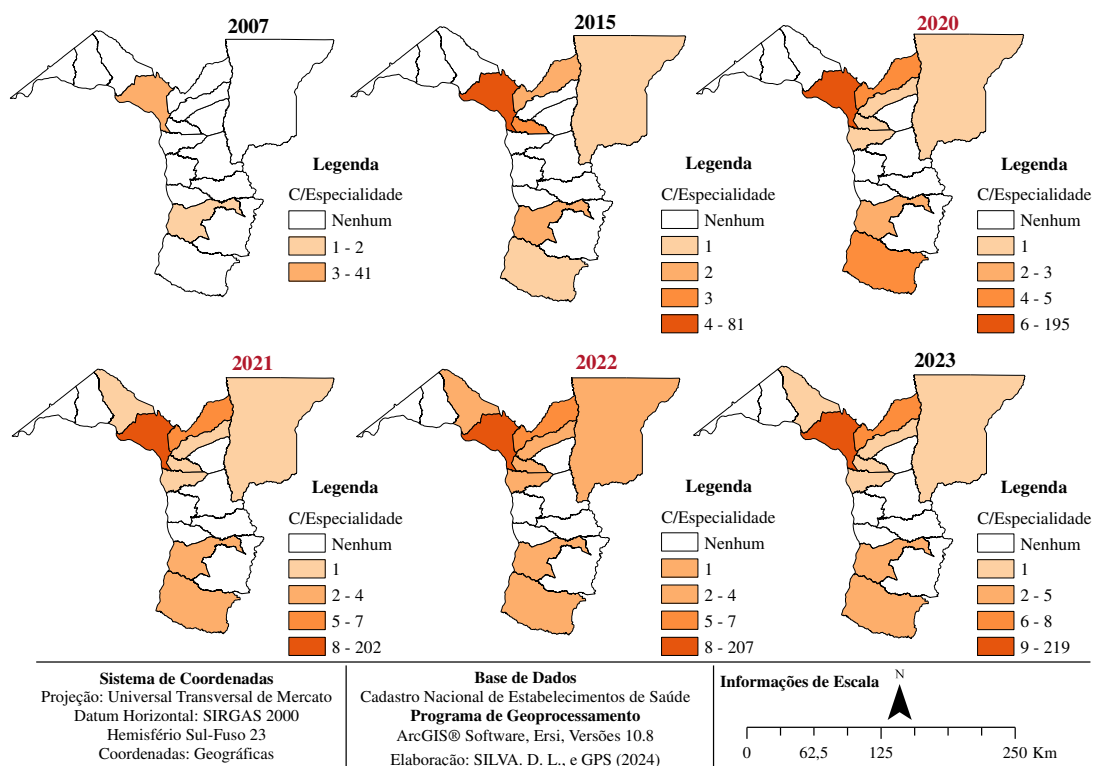
O mais contraditório, no entanto, é que essa seletividade não é apenas tolerada, mas frequentemente reproduzida pelo próprio Estado, que orienta investimentos e habilitações com base em critérios administrativos e financeiros que reforçam a centralidade de Imperatriz, em vez de promover a desconcentração 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 31). 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).

Figura 31 – Distribuição de clínicas/centros de especialidade na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)

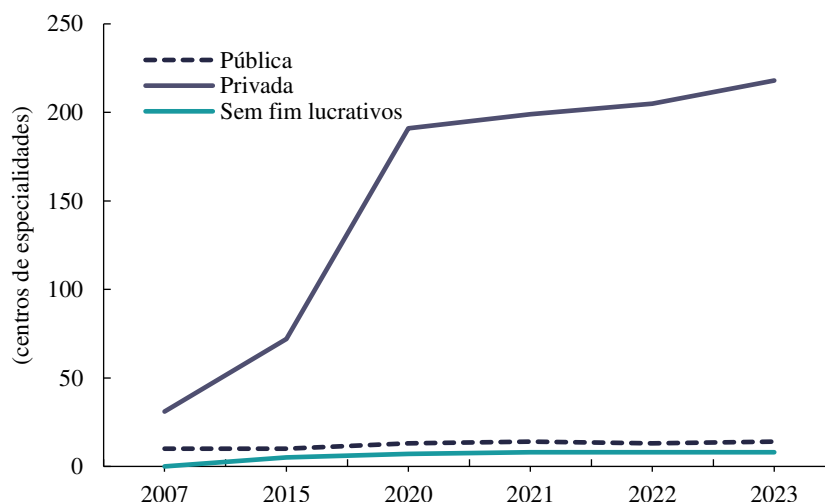


Fonte: CNES (Brasil, 2024b), elaborado pela autora (2024)

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 30. Em Imperatriz, essa tendência é ainda mais acentuada, com 204 dos 219 centros localizados no município pertencentes à rede privada.

Gráfico 30 – Centros de especialidade públicos e privados na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b), elaborado pela autora (2024)

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).

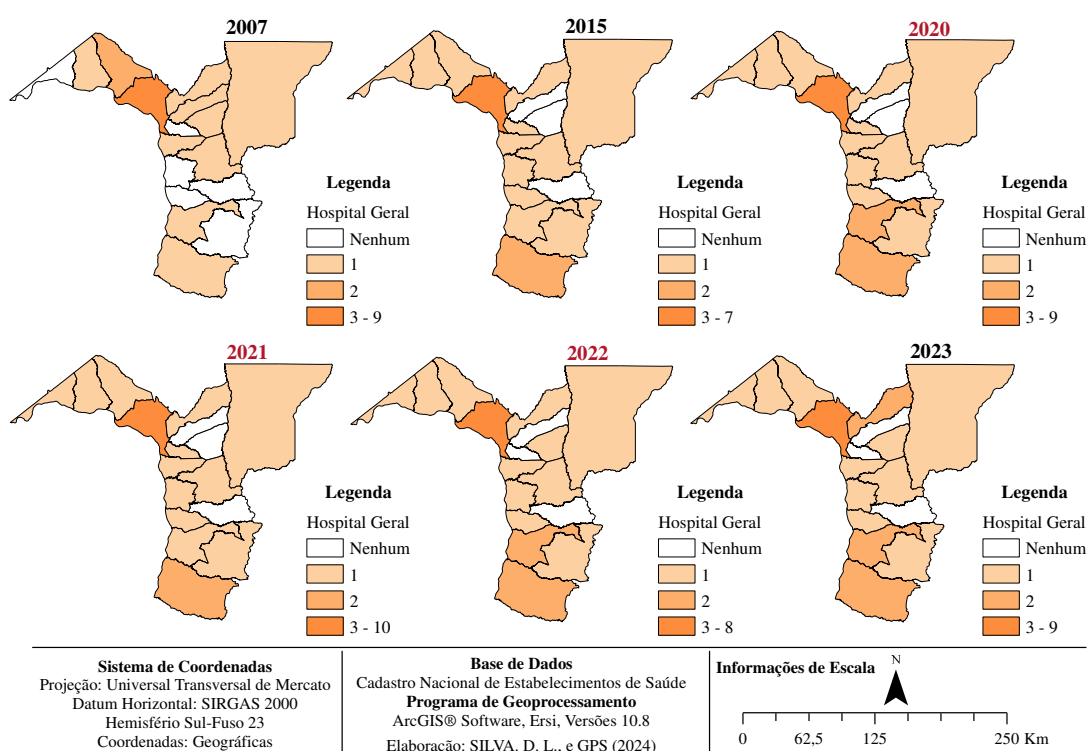
Essa especialização, contudo, não ocorre de forma espontânea. Ela resulta de uma conformação territorial marcada pela sobreposição entre centralidade urbana, densidade técnica e decisões seletivas de agentes públicos e privados. Ao longo do tempo, o território da RGII foi sendo organizado segundo uma 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 32). 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.

Figura 32 – Distribuição de hospitais gerais na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b), elaborado pela autora (2024)

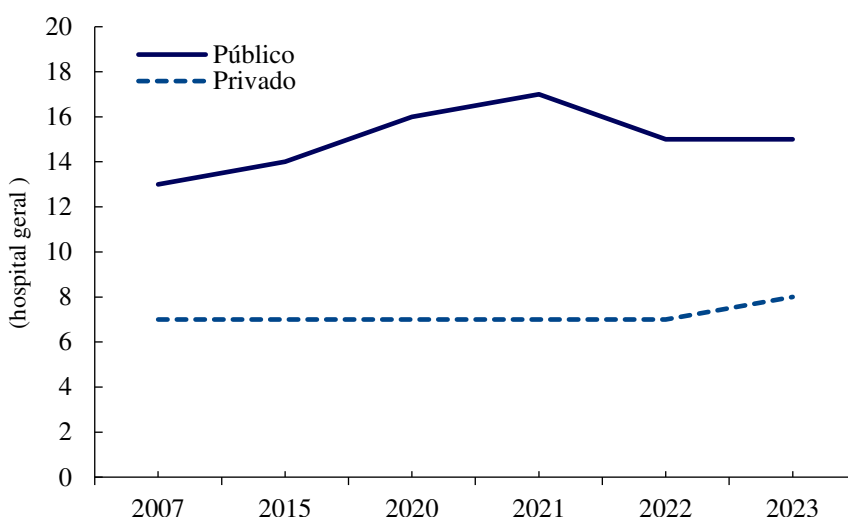
Em 2023, Imperatriz concentrava nove hospitais gerais, enquanto os demais municípios da RGII, quando contavam com estabelecimentos hospitalares, o faziam em número bastante limitado, geralmente, uma única unidade pública por cidade. Há, porém, exceções pontuais, como Estreito, com uma unidade pública e uma privada; e Porto Franco, no mesmo ano, também apresentou um hospital privado em operação, conforme apresentado na Figura 32. 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, 2022b).

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).

Gráfico 31 – Hospitais gerais públicos e privados na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)

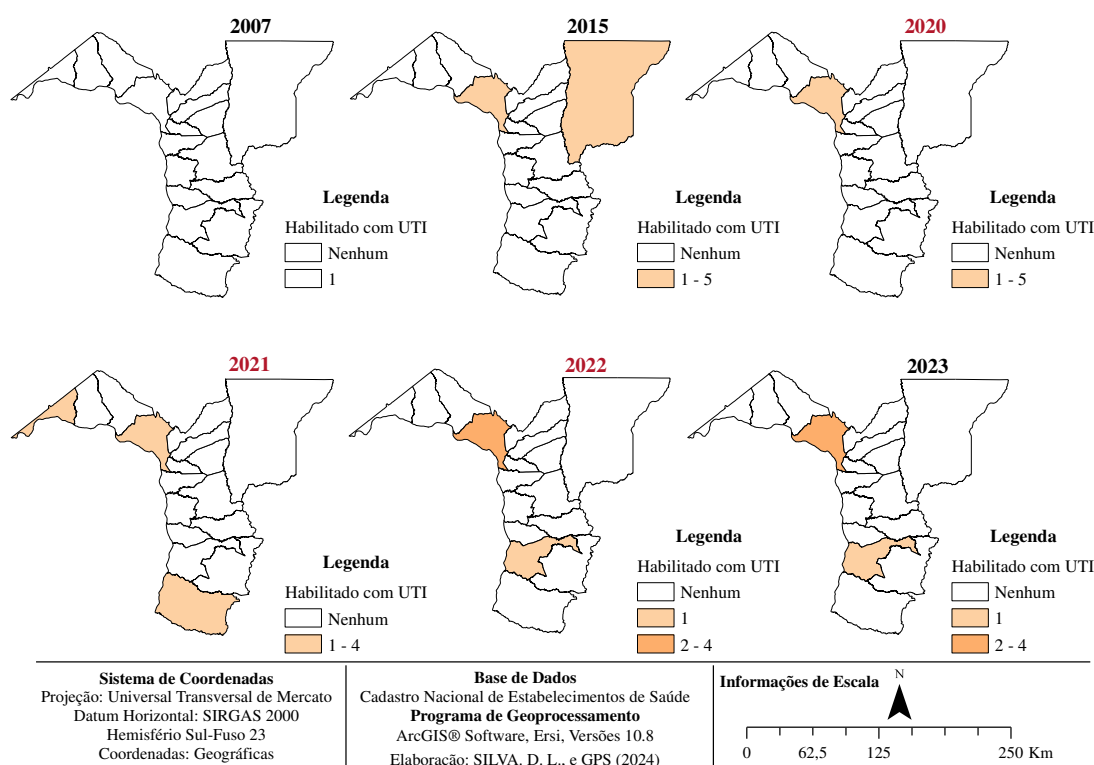


Fonte: CNES (Brasil, 2024b), elaborado pela autora (2024)

A natureza institucional desses hospitais também é reveladora. Dos 24 hospitais gerais existentes na RGII em 2023, 15 são públicos e 8, privados (Gráfico 31). 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).

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.

Figura 33 – Distribuição de hospitais gerais habilitados com UTI na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



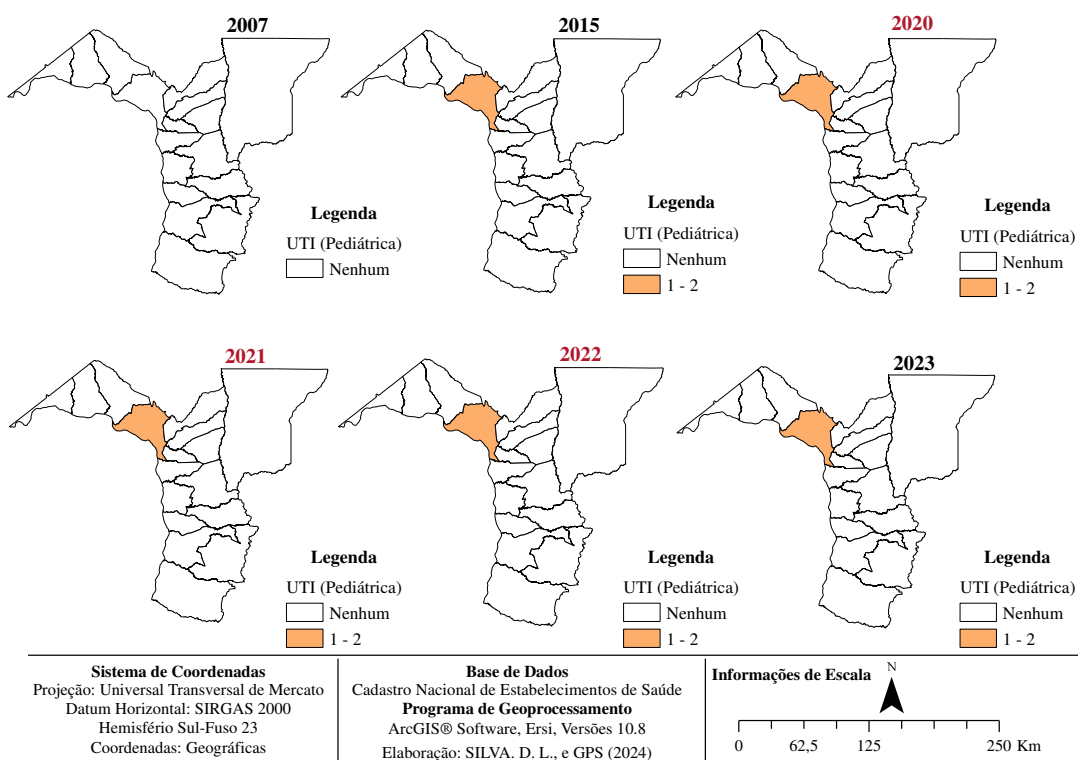
Fonte: CNES (Brasil, 2024a), elaborado pela autora (2024)

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.

A Figura 33 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 34, 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 34 – Distribuição de hospitais gerais habilitados com UTI pediátrica na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024a), elaborado pela autora (2024)

Dessa forma, embora existam hospitais gerais distribuídos pela RGII, a ausência de UTIs nesses estabelecimentos limita veemente sua capacidade resolutiva, restringindo os 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, 2017c, 2023).

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), elaborado pela autora (2024)

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, respectivamente. 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).

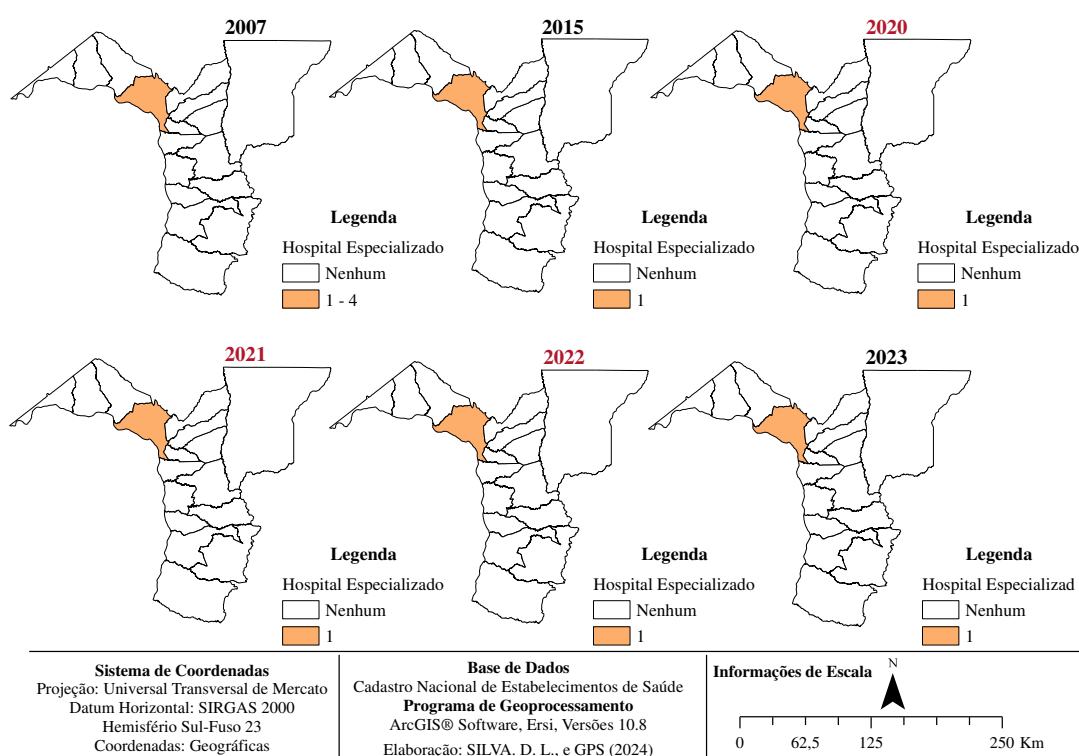
Ainda que Imperatriz concentre a totalidade dos leitos intensivos da RGII, o volume total de 104 leitos, sendo 62 vinculados ao SUS, revela-se modesto diante da apatia estrutural dos demais municípios da região, que não dispõem de qualquer oferta local de terapia intensiva. Essa centralização extrema 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 35).

Figura 35 – Distribuição de hospitais especializados na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024b), elaborado pela autora (2024)

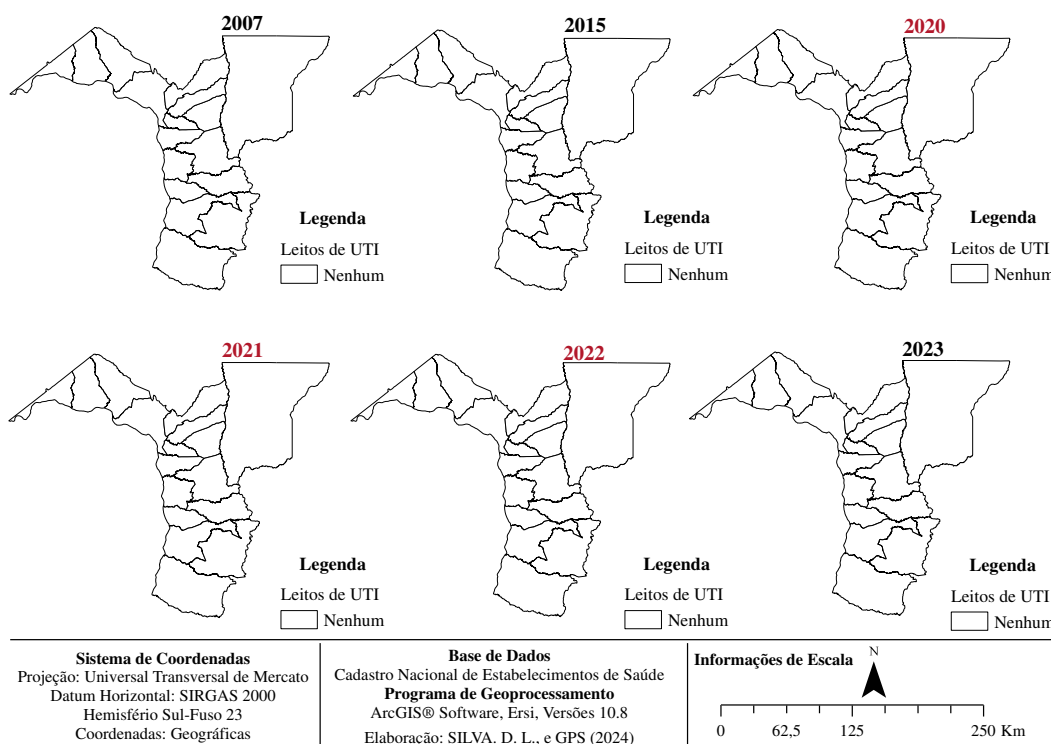
Esse cenário revela uma tendência clara de descontinuidade e centralização ainda mais restrita da oferta de serviços hospitalares especializados. A ausência completa de hospitais especializados fora de Imperatriz, ao longo de todo o período analisado, reforça o modelo regional de concentração da alta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

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 36).

Figura 36 – Distribuição de hospitais especializados com UTI na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024a), elaborado pela autora (2024)

A inexistência de hospitais especializados com UTI expõe a limitação estrutural da atenção especializada na RGII (Figura 36). 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).

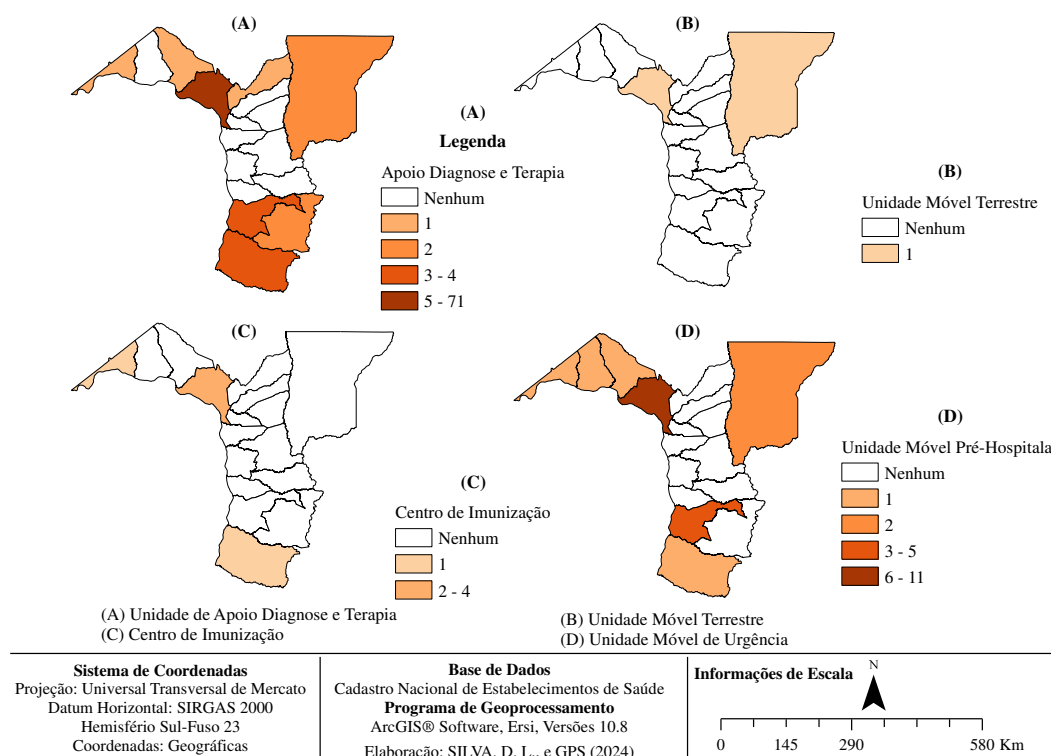
A ausência de hospitais especializados com UTI também revela um tipo de vazio institucional qualificado, que não se resume à falta física de equipamentos, mas à própria não priorização da especialização funcional do sistema de saúde para além do atendimento generalista e ambulatorial (Brasil, 2024a, 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 37. 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.

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).

Figura 37 – Distribuição de Serviços Complementares e de Apoio à Atenção em Saúde na RGII – 2023



Fonte: CNES (Brasil, 2024b), elaborado pela autora (2024)

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, 2022b). 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).

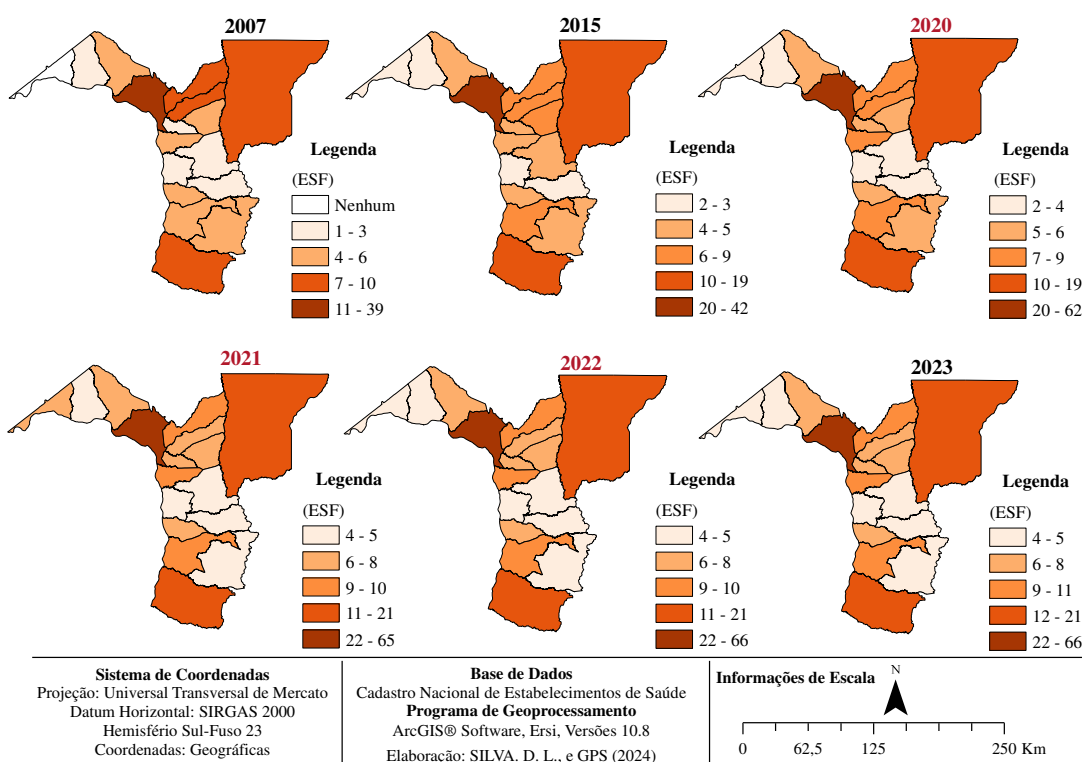
A distribuição dos estabelecimentos de saúde (UBSs, policlínicas, centros de especialidade, hospitais gerais, hospitais especializados, unidades móveis terrestres, unidades móveis de urgência, centros de diagnose e centros de imunização), resulta de dinâmicas territoriais desiguais, de modo que a reação da região à pandemia não se deu de forma neutra ou espontânea (Oliveira; Silva, 2022a, 2022b, 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, 2022a, 2022b, 2023; Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001; Silveira, 2011).

4.5 Fluidez seletiva dos profissionais de saúde na RGII

A infraestrutura dos estabelecimentos de saúde na RGII permite observar a segmentação funcional do território, marcada pela concentração física de equipamentos e pela centralização institucional da prestação de serviços médico-hospitalares. Essa lógica de centralização materializa, no espaço, um cenário de contrastes particularmente visível na distribuição dos profissionais de saúde, cuja espacialização revela padrões estruturais de exclusão e uma polarização funcional que atravessa e tensiona os diferentes níveis da rede regional (Brasil, 2024e).

Mesmo de forma mais sutil, essa lógica desigual também incide sobre a distribuição das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os dados do CNES (Brasil, 2024e) indicam, num primeiro olhar, uma capilaridade institucional mais ampla, semelhante à observada na distribuição das UBS. Ao longo dos anos, todos os municípios da região passaram a contar com ao menos três equipes, com exceção de São Pedro da Água Branca, que até 2007 não registrava nenhuma. Essa presença numérica, no entanto, não deve ser interpretada como sinônimo de equilíbrio funcional ou de equidade estrutural.

Figura 38 – Distribuição de equipes de saúde da família na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024e), elaborado pela autora (2024)

Imperatriz lidera de forma acentuada, com 66 equipes registradas em 2023, quase o triplo da segunda maior cobertura, pertencente a Estreito, com 19 equipes. Em muitos

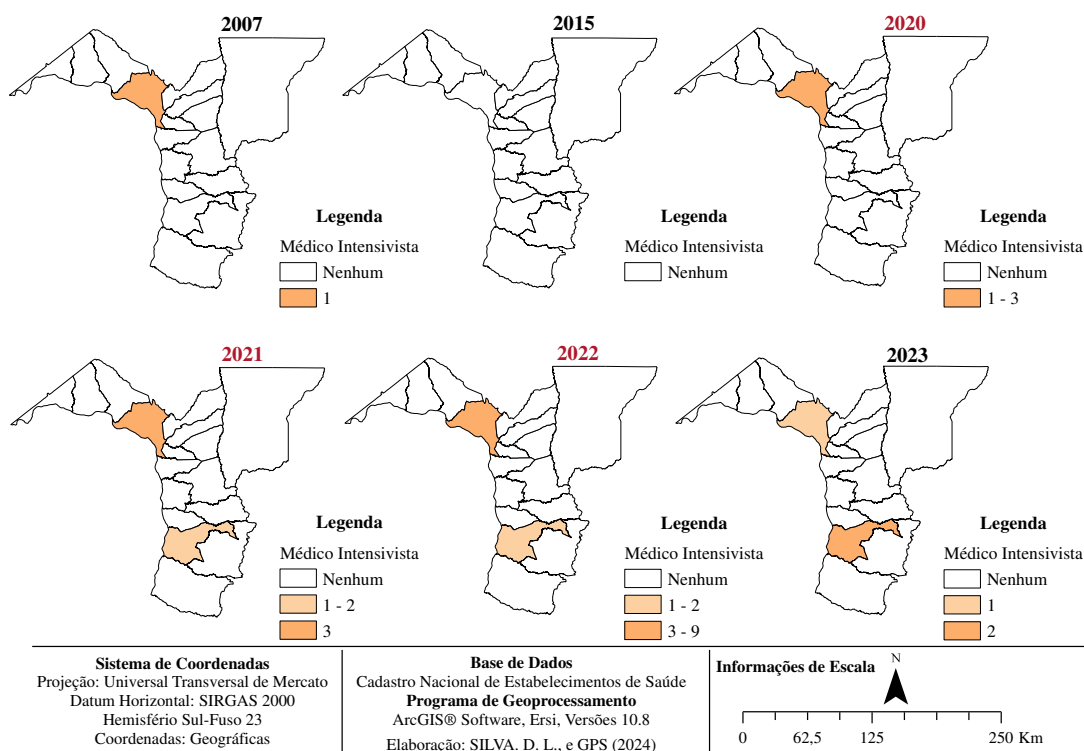
municípios, houve um aumento modesto ao longo dos anos, em razão dos limites operacionais que dificultam a expansão e a interiorização da Estratégia Saúde da Família (ESF). Buritirana, Lajeado Novo e Ribamar Fiquene, por exemplo, não ultrapassam oito equipes em nenhum dos anos observados (Brasil, 2024e). A presença de equipes em todos os municípios, embora atenda às normativas do SUS, não assegura a efetividade da atenção primária (Santos; Manzano; Krein, 2021).

Como já denunciado por Albuquerque (2006), a implantação da ESF em territórios periféricos ocorre, muitas vezes, de forma precária, sem garantir os meios necessários à resolutividade clínica e à continuidade do cuidado. Nesses contextos, a fragilidade da infraestrutura, a rotatividade de profissionais e a baixa densidade técnica convertem a expansão numérica em mera formalização institucional, desvinculada de práticas que assegurem o direito à saúde como experiência concreta (Brasil, 2024e).

O que se observa, na prática, é a segmentação da atenção primária entre centros com capacidade de comando e municípios periféricos convertidos em pontos de demanda não resolvida (Santos; Manzano; Krein, 2021). Esse cenário reforça a leitura de Almeida (2005) sobre os limites da universalização da saúde em uma configuração profundamente hierarquizada.

A presença de médicos intensivistas na RGII constitui um indicador contundente da racionalidade seletiva e da fragilidade estrutural da oferta de cuidados intensivos na escala regional. Até 2019, não se registra qualquer vínculo formal desses profissionais na maioria dos municípios da região. A partir de 2020, no contexto do colapso sanitário da pandemia de Covid-19, observa-se um aumento pontual no número de intensivistas em Imperatriz e, posteriormente, em Porto Franco. No entanto, essa ampliação não representou uma interiorização estruturada da especialidade, mas sim uma resposta emergencial vinculada, em grande parte, aos hospitais de campanha temporariamente implantados durante a crise (Figura 39).

Figura 39 – Distribuição de médicos intensivistas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)

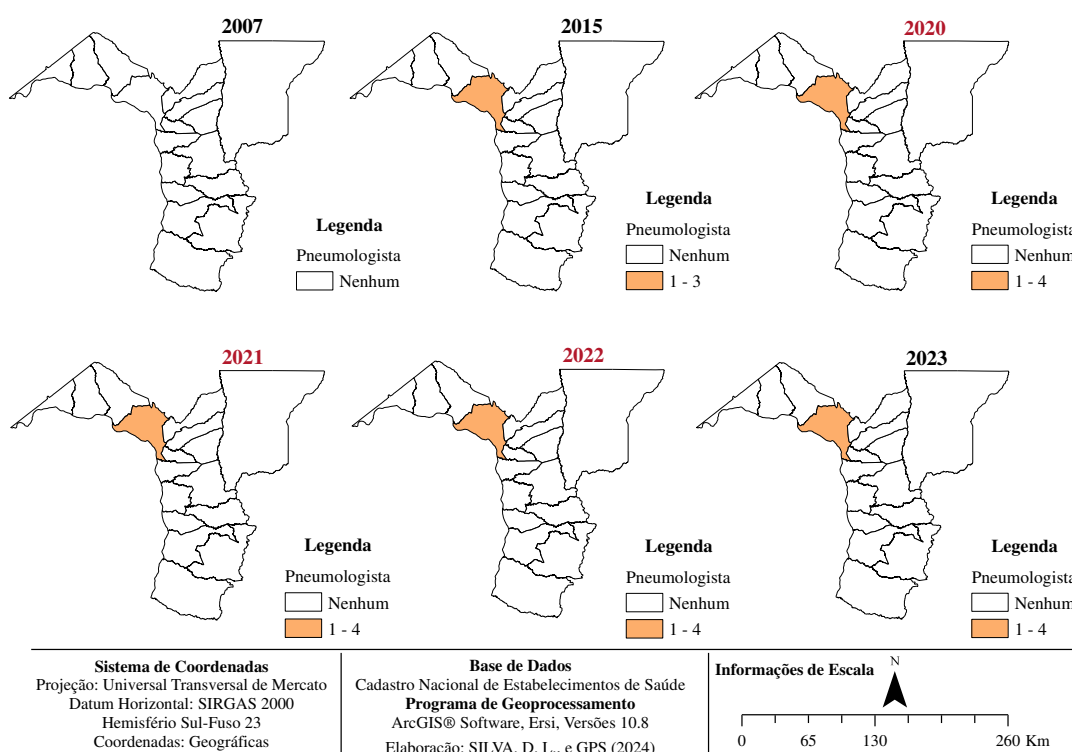


Fonte: CNES (Brasil, 2024e), elaborado pela autora (2024)

Em Imperatriz, o número de intensivistas chegou a nove profissionais no pico da pandemia, entre 2020 e 2022, mas voltou a cair em 2023, confirmando o caráter transitório dessa ampliação. Em Porto Franco, os primeiros registros são de 2021, com dois profissionais. Em todos os demais municípios da RGII, não há qualquer registro de médico intensivista ao longo de todo o período analisado. A descontinuidade e a concentração funcional dessa força de trabalho demonstram que a fluidez técnica na região ocorre de forma reativa e restrita, condicionada por eventos críticos e dependente de vínculos instáveis (Brasil, 2024e).

A insuficiência de médicos intensivistas na RGII expõe a falta de correspondência entre a concentração de leitos de UTI em Imperatriz e a distribuição de profissionais qualificados, comprometendo a integridade do cuidado. Como observam Albuquerque et al. (2017), a implantação de tecnologias e estruturas não implica, por si só, o fortalecimento do sistema se não houver acompanhamento técnico qualificado. O resultado é um território onde o cuidado intensivo depende de profissionais eventuais, operando sob lógicas intermitentes de deslocamento e contratação, e não de uma estrutura funcional estável.

Figura 40 – Distribuição de médicos pneumologistas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024e). Elaborado pela autora (2024)

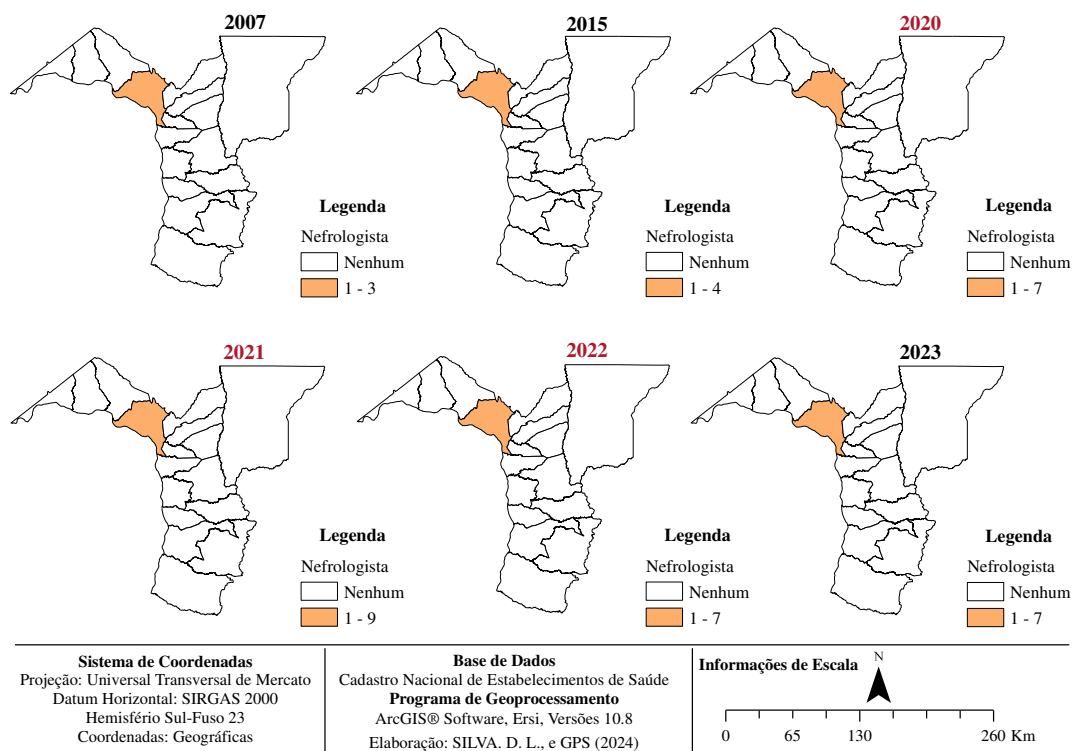
A Figura 40 apresenta a distribuição dos médicos pneumologistas na RGII, entre 2007 e 2023. Mesmo diante da emergência sanitária provocada pela Covid-19, que conferiu centralidade inédita às especialidades respiratórias, a presença desses profissionais permaneceu rigidamente restrita ao município de Imperatriz. Nenhum outro município da região registrou, no período analisado, qualquer vínculo formal com pneumologistas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A atuação desses especialistas surge apenas a partir de 2015, com três registros em Imperatriz, estabilizando-se em quatro vínculos durante os anos mais críticos da pandemia, 2020 a 2023 (Brasil, 2024e).

A ausência completa de pneumologistas nos demais 15 municípios da RGII configura uma dupla vulnerabilidade, de um lado, a inexistência de especialistas em doenças respiratórias em territórios que poderiam, eventualmente, apresentar alta demanda; de outro, a concentração desse conhecimento técnico exclusivamente no centro regional, exigindo o deslocamento contínuo da população periférica (Brasil, 2024e; Oliveira; Silva, 2022b).

Destaca-se que mesmo diante do colapso sanitário imposto pela Covid-19, que afetou prioritariamente o sistema respiratório, não houve qualquer expansão territorial dessa especialidade (Brasil, 2024e). Na RGII, a fluidez profissional em áreas críticas da saúde opera sob uma lógica funcionalmente seletiva, na qual a presença de pneumologistas responde mais à densidade técnica e à concentração dos equipamentos mais complexos do que às reais

necessidades da população, como indica o cenário analisado (Almeida, 2005; Santos; Manzano; Krein, 2021).

Figura 41 – Distribuição de nefrologistas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024e), elaborado pela autora (2024)

A distribuição de médicos nefrologistas na RGII, representado na Figura 41, reitera o padrão de seletividade na organização territorial da saúde. A presença restrita desses especialistas confirma o funcionamento de um território estruturado por lógicas seletivas, em que a técnica, em vez de se difundir conforme as necessidades sociais, concentra-se nos espaços com maior densidade institucional, reproduzindo a centralidade como forma e conteúdo do uso do território (Santos; Silveira, 2001). Assim como ocorre com os pneumologistas, a atuação de profissionais especializados em doenças renais permanece limitada exclusivamente ao município de Imperatriz durante todo o período analisado (2007–2023), sem qualquer sinal de descentralização ou interiorização do cuidado (Brasil, 2024a).

A presença crescente de nefrologistas no município de Imperatriz entre 2007 e 2023, ainda que haja variações positivas do ponto de vista quantitativo, não resultou em qualquer inflexão na lógica de territorialização seletiva da técnica. A especialidade permaneceu concentrada no núcleo regional mais denso, reafirmando a centralização funcional da oferta

assistencial e a subordinação da técnica aos espaços dotados de maior capacidade de comando e articulação institucional.

A persistência dessa configuração decorre da convergência entre Estado e mercado na produção de centralidades e da reprodução de um uso do território guiado pela viabilidade, e não pela equidade. Nesse arranjo, a fluidez da técnica e dos saberes especializados se reserva aos espaços consagrados, enquanto aos demais se impõem escassez e dependência (Brasil, 2024e; Silveira, 2001, 2011, 2018).

A ausência de nefrologistas nos demais municípios da RGII compromete diretamente a capacidade de diagnóstico e acompanhamento de agravos renais crônicos, obrigando pacientes a percursos contínuos de deslocamento para consultas e tratamentos especializados. Sem a presença local desses profissionais, procedimentos como a diálise tornam-se inviáveis, e a rede regional se organiza de maneira fragmentada e assimétrica. Essa limitação, mais do que a escassez numérica de vínculos, constitui a negação do direito ao cuidado próximo e contínuo, sobretudo para as populações socialmente vulnerabilizadas, que mais dependem do SUS como única via de acesso à atenção especializada (Brasil, 2024e; Santos; Manzano; Krein, 2021; Scheffer, 2023).

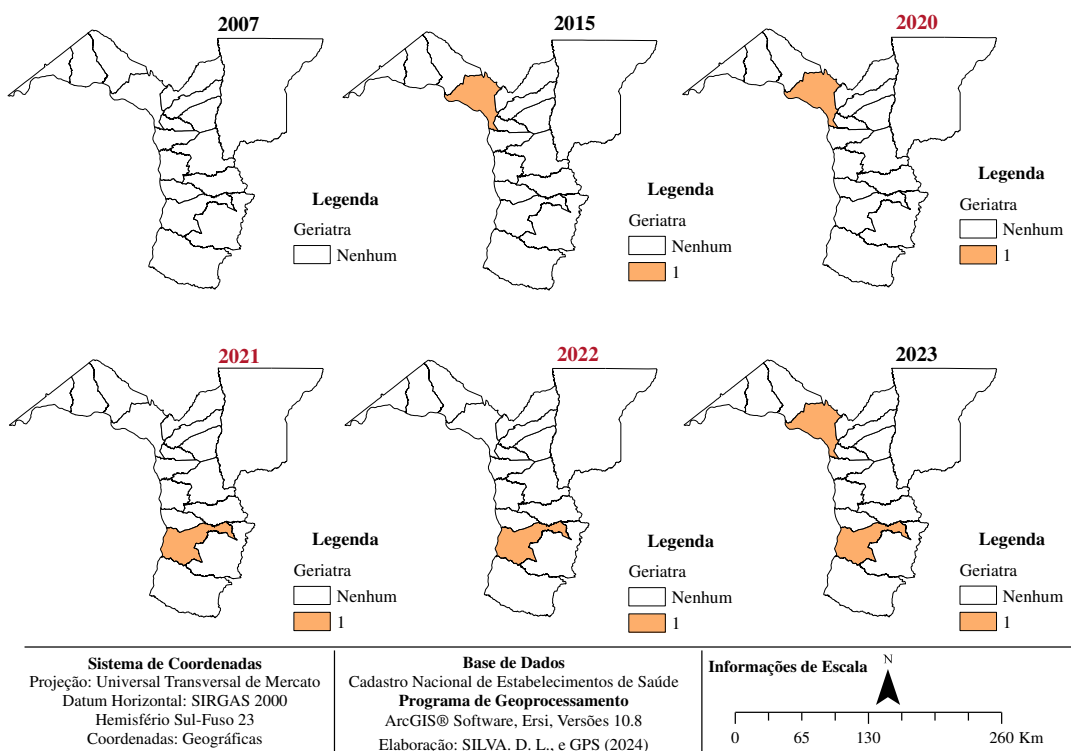
A precariedade na presença de nefrologistas reflete não apenas a concentração funcional da especialidade, mas também as consequências práticas da ausência de uma política de interiorização dos cuidados crônicos. Essa dinâmica apresenta-se de forma ainda mais contundente ao se observar a distribuição dos profissionais de geriatria na RGII.

Nesse caso, o vazio assistencial assume contornos simbólicos e políticos ainda mais agudos. A escassez de médicos geriatras não representa apenas um déficit técnico, mas expõe a própria negação institucional da velhice como uma questão pública relevante (Figura 42). Com registros esparsos de vínculos formais apenas em Imperatriz (2020 e 2023) e em Porto Franco (a partir de 2021), o cuidado geriátrico aparece como uma presença esporádica e desarticulada, sem qualquer consistência estrutural no planejamento regional da atenção especializada (Brasil, 2024e).

A ausência quase total de geriatras na RGII contrasta com o crescimento contínuo da população idosa no Brasil, no Maranhão e na própria região analisada, evidenciando a inexistência de uma estratégia de regionalização da saúde que reconheça o envelhecimento como um fenômeno social e epidemiológico estruturante. Essa lacuna ilustra o que Silveira (2011, 2022) denomina apagamentos seletivos, entendidos como situações em que determinados grupos populacionais e suas necessidades são sistematicamente invisibilizados na lógica técnico-institucional do planejamento territorial. Desse modo, ao negligenciar a

inserção da geriatria na rede de atenção especializada, o sistema regional não apenas desconsidera a realidade demográfica, mas reforça uma racionalidade seletiva que define, de forma implícita, o que merece, ou não, ser objeto de política pública (Brasil, 2024e).

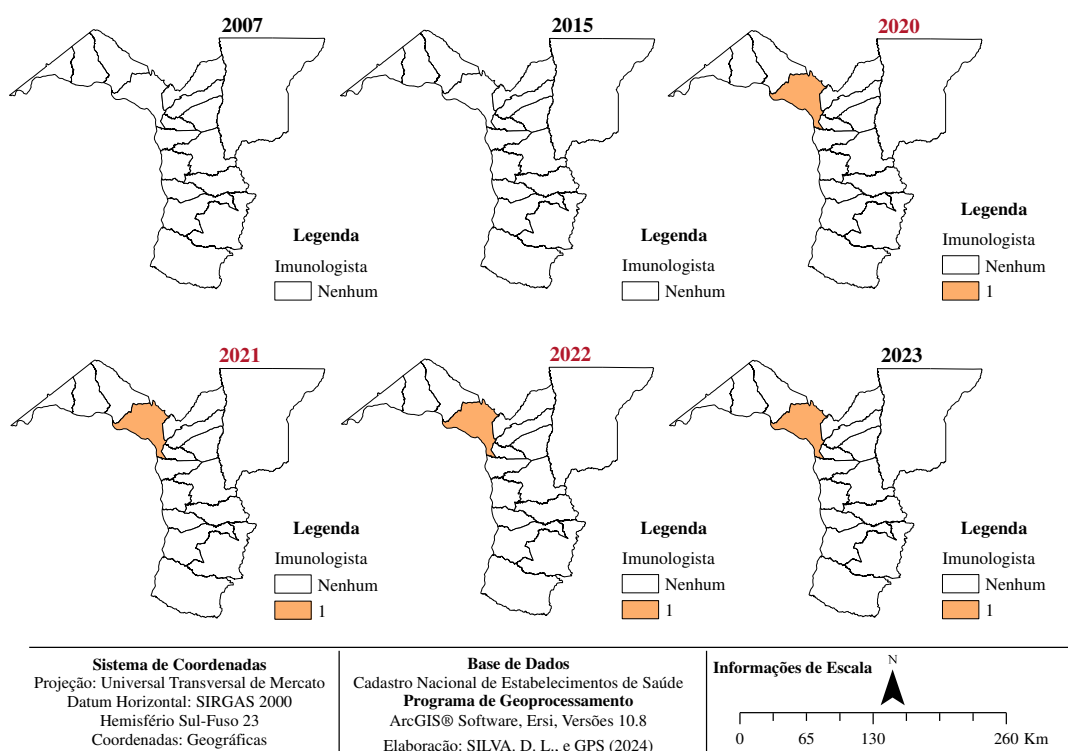
Figura 42 – Distribuição de geriatrias na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024e), elaborado pela autora (2024)

O que se observa, portanto, é um modelo de organização territorial que naturaliza a não oferta de atenção especializada à população idosa como um efeito colateral aceitável de um sistema estruturado segundo critérios de centralidade técnica e viabilidade institucional. A ausência de geriatrias nos demais municípios da RGII não configura uma anomalia, mas sim a consequência lógica de um planejamento orientado pela densidade política e pelo retorno produtivo, e não pelas necessidades sociais concretas dos territórios (Brasil, 2024e).

A Figura 43 observa-se a distribuição de médicos imunologistas na RGII entre 2007 e 2023, com quase inexistência desse tipo de profissional na rede de saúde regional. Esse dado ilustra, com precisão, os limites do planejamento territorial da saúde quando se trata de especialidades com baixa presença histórica no SUS. O vínculo formal com imunologistas se restringe, ao longo de todo o período analisado, a apenas dois municípios, Imperatriz, de forma contínua, e Porto Franco, com entrada tardia a partir de 2021, ambos com apenas um registro no CNES por ano (Brasil, 2024e).

Figura 43 – Distribuição de imunologistas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)

Fonte: CNES (Brasil, 2024e), elaborado pela autora (2024)

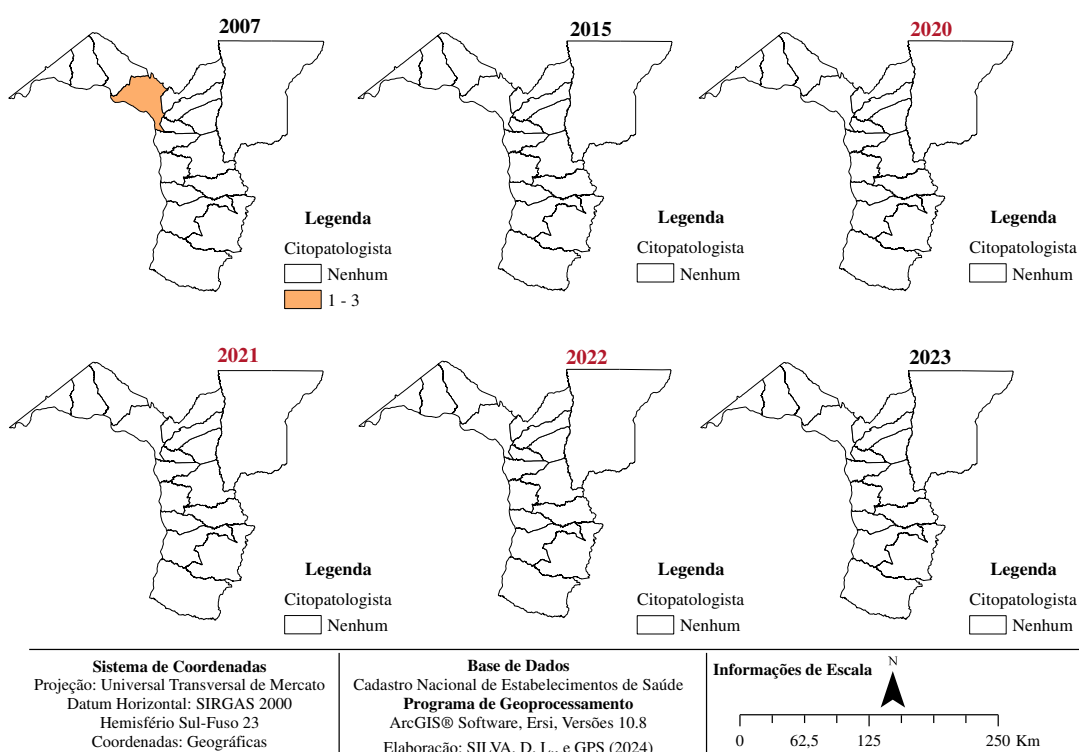
Mais do que uma mera ausência quantitativa, essa situação reflete uma lógica de priorização seletiva das especialidades médicas, na qual determinadas áreas do saber clínico são incorporadas à rede apenas quando há densidade política, econômica ou institucional suficientes para sustentá-las. A imunologia, nesse contexto, torna-se um marcador da baixa capilaridade técnica da rede regional e da sua limitada capacidade de resposta às necessidades de vigilância e acompanhamento de agravos imunológicos, mesmo em uma conjuntura histórica marcada por emergências sanitárias relacionadas a esse campo (Brasil, 2024e).

A introdução desses profissionais coincide com o período da pandemia de Covid-19, o que sugere que sua inserção na rede regional de saúde não foi fruto de uma política estrutural planejada para ampliar a capacidade assistencial, mas sim uma resposta pontual a uma emergência sanitária. Assim como ocorre com médicos intensivistas e pneumologistas, a distribuição dos imunologistas na RGII traduz a fluidez seletiva do trabalho médico, que se desloca conforme demandas conjunturais e condições locais específicas de viabilidade técnica e infraestrutura (Almeida, 2005; Brasil, 2024e; Santos; Manzano; Krein, 2021; Scheffer, 2023; Silveira, 2011).

Essa seletividade, contudo, não se limita à localização desses profissionais, mas também à temporalidade e à fragilidade institucional da sua presença. A manutenção de apenas um imunologista em Imperatriz e Porto Franco, sem expansão ou consolidação ao longo dos anos, demonstra que a presença desses especialistas na região permanece como exceção, e não como regra. O resultado é a perpetuação de uma rede assistencial incompleta, incapaz de garantir atenção adequada a quadros clínicos que demandam acompanhamento imunológico contínuo, fato especialmente preocupante diante da intensificação de emergências epidemiológicas globais (Brasil, 2024e; Santos; Manzano; Krein, 2021; Scheffer, 2023).

Entre 2007 e 2023, não há registro significativo de citopatologistas na RGII, indicando um apagamento institucional completo dessa especialidade no território. Responsável por exames essenciais à detecção precoce de agravos oncológicos e infecciosos, esse profissional foi formalmente registrado apenas em 2007, exclusivamente no município de Imperatriz, com três vínculos cadastrados no CNES (Figura 44). Desde então, não se identificou nenhum outro registro em qualquer município da região até 2023 (Brasil, 2024a, 2024e). Essa descontinuidade total da função, mesmo em um território marcado por desigualdades nos indicadores de morbimortalidade, indica não apenas a carência de estrutura técnica, mas sobretudo a baixa institucionalização da prevenção como eixo central da política regional de saúde (Brasil, 2024e; Santos; Manzano; Krein, 2021).

Figura 44 – Distribuição de citopatologistas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024e), elaborado pela autora (2024)

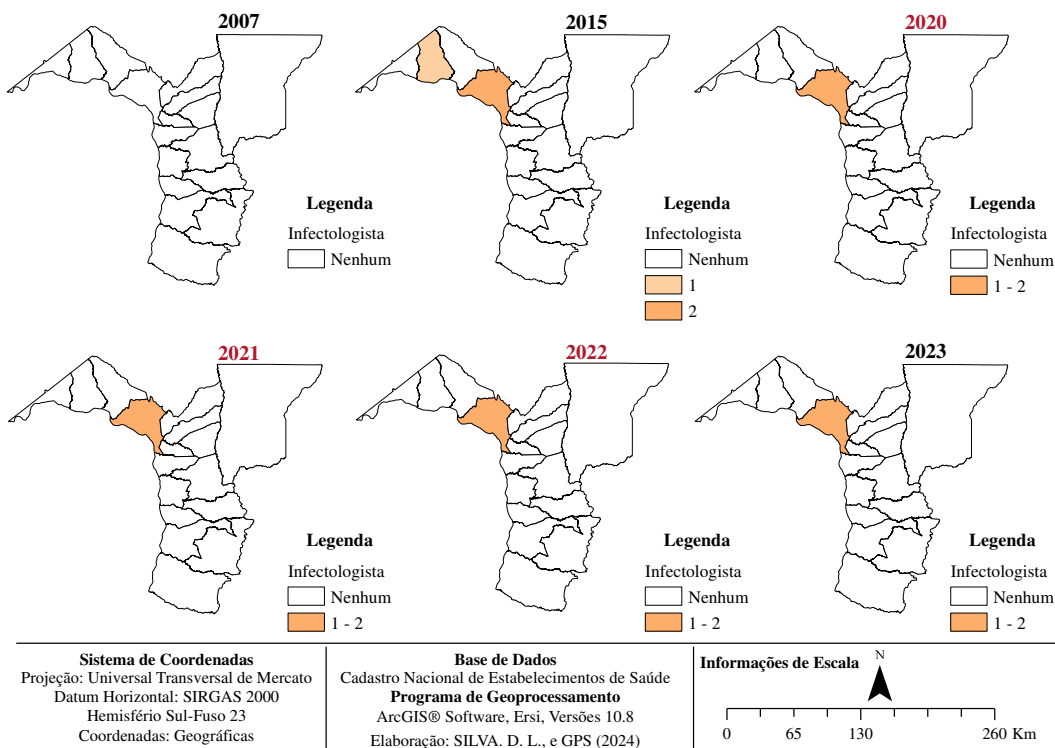
Essa ausência persistente é especialmente grave se considerada a importância da citopatologia na atenção básica e na média complexidade voltada à saúde das mulheres, sobretudo no rastreamento de neoplasias como o câncer de colo do útero (Brasil, 2024e; Santos; Manzano; Krein, 2021). O desaparecimento dessa especialidade dos registros oficiais indica não apenas uma lacuna assistencial, mas também a erosão das políticas estruturantes de prevenção e vigilância epidemiológica que deveriam fundamentar a atenção primária (Brasil, 2024e).

O apagamento da citopatologia no território regional deve ser compreendido como sintoma da lógica tecnocrática e economicista que orienta a priorização dos serviços de saúde (Almeida, 2005). Nessa perspectiva, a manutenção ou exclusão de certas especialidades não resulta das necessidades objetivas da população, mas de critérios vinculados a custo, gestão e visibilidade política. Conforme destacam Santos, Manzano e Krein (2021), a fragmentação da saúde simboliza a forma como o território responde à racionalidade seletiva do planejamento institucional, convertendo a ausência em normalidade e relegando o cuidado de base à periferia das prioridades operacionais (Brasil, 2024e).

A inscrição fragmentária da infectologia no território da RGII, entre 2007 e 2023, expõe como a técnica, em sua dimensão profissional, territorializa-se de modo desigual, subordinada às exigências normativas e às hierarquias institucionais que regem o uso seletivo do espaço. A presença restrita dessa especialidade, essencial ao enfrentamento de doenças

infecciosas e emergências sanitárias, limitada a Imperatriz e, de forma episódica, a Vila Nova dos Martírios, em 2015, demonstra que não se trata de uma simples ausência, mas de uma organização territorial desigual, na qual a escassez se naturaliza e os vazios assistenciais deixam de ser exceção para se tornarem regra (Brasil, 2024a).

Figura 45 – Distribuição de infectologistas na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024e), elaborado pela autora (2024)

Em Imperatriz, observa-se certa estabilidade no número de infectologistas desde 2015, com dois vínculos mantidos até 2023. Apesar disso, esse quantitativo permanece bastante aquém da demanda potencial da região, sobretudo considerando a complexidade das doenças infecciosas e os desafios impostos pela pandemia de Covid-19, o que reforçou a importância estratégica dessa especialidade para o fortalecimento do sistema público de saúde (Albuquerque, 2006; Brasil, 2024a).

Na RGII, os dados do CNES (Brasil, 2024e) indicam que parte dos profissionais de saúde mantêm vínculos simultâneos com estabelecimentos públicos e privados, predominando os vínculos formais no setor privado. Essa configuração não é isolada, mas reflete uma característica estrutural da força de trabalho em saúde no Brasil, marcada pelo acúmulo de funções e pela atuação em múltiplos vínculos institucionais, especialmente em contextos urbanos mais densos (Santos; Manzano; Krein, 2021; Scheffer, 2023).

Essa dinâmica impacta diretamente a regulação do cuidado, a organização do acesso e a sobrecarga da força de trabalho, além de dificultar o planejamento e a gestão integrada do SUS, particularmente em cidades-polo como Imperatriz. A coexistência assimétrica entre os setores público e privado, quando não regulada de forma articulada, compromete a integralidade da atenção e enfraquece a capacidade resolutiva da rede pública de serviços.

A distribuição dos profissionais de saúde na RGII expõe os efeitos do uso corporativo do território sobre a organização da assistência médica especializada. A concentração de especialidades estratégicas em Imperatriz e as ausências sistemáticas nos demais municípios indicam um padrão seletivo e funcional de alocação da força de trabalho (Brasil, 2024e).

Esse modelo, orientado por critérios de densidade técnica, viabilidade institucional e atratividade econômica, não responde às necessidades territoriais da população, mas à lógica da concentração de recursos nos espaços de comando. Ao focar nos recursos humanos como expressão material do processo de territorialização da saúde, observa-se que a pandemia de Covid-19 apenas intensificou um arranjo preexistente, no qual especialidades diretamente relacionadas à crise sanitária já estavam ausentes da maior parte da rede regional, reforçando a continuidade de um modelo historicamente estruturado por assimetrias no uso do território (Santos, 1994a, 1996, 2004; Santos; Silveira, 2001).

4.6 Modernização seletiva e desigualdade nos usos do território pelos equipamentos médico-hospitalares na RGII

Considerando a configuração territorial já analisada, marcada pela concentração dos estabelecimentos de saúde e pela fluidez seletiva dos profissionais na RGII, é igualmente fundamental compreender a distribuição dos objetos técnicos de maior densidade, como os equipamentos médico-hospitalares. Esses dispositivos, longe de serem meros instrumentos de apoio, integram o sistema técnico-científico-informacional e expressam escolhas institucionais que operam a modernização seletiva do território da saúde (Oliveira; Silva, 2022a; Santos, 1996).

Ao materializarem políticas públicas e interesses hegemônicos, tais objetos reforçam a centralidade de determinados municípios em detrimento de outros, evidenciando o uso desigual do território e os mecanismos normativos, técnicos e financeiros que orientam sua apropriação seletiva (Albuquerque, 2006; Almeida, 2005; David, 2010; Oliveira; Silva, 2023; Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001). Para aprofundar essa discussão, é necessário distinguir

as diferenças internas entre esses objetos técnicos em saúde e seus impactos sobre a organização territorial da oferta.

Tabela 4 – Equipamentos por nível de atenção e preço estimado na RGII

Equipamento	Nível de atenção	Faixa de preço
Ressonância magnética	Alta complexidade	R\$ 2,5 a 10 milhões
Tomógrafo	Alta complexidade	R\$ 800 mil a 2,5 milhões
Raio-X	Média complexidade (ou básica, se portátil)	R\$ 250 mil a 800 mil
Ultrassom	Média complexidade	R\$ 100 mil a 600 mil
Incubadora neonatal	Alta complexidade (atenção hospitalar)	R\$ 40 mil a 100 mil
Ventilador mecânico	Alta complexidade	R\$ 30 mil a 80 mil
Reanimador pulmonar (Ambu)	Básica (urgência pré-hospitalar)	R\$ 25 mil a 50 mil
Monitor de pressão invasiva	Alta complexidade	R\$ 15 mil a 30 mil
Monitor de pressão não invasiva	Básica e média complexidade	R\$ 300 a 3 mil
Eletrocardiógrafo (ECG)	Média complexidade (ou básica)	R\$ 10 mil a 30 mil
Eletroencefalógrafo (EEG)	Alta complexidade	R\$ 5 mil a 15 mil

Fonte: Brasil (2025a, 2025b). Elaborado pela autora (2025)

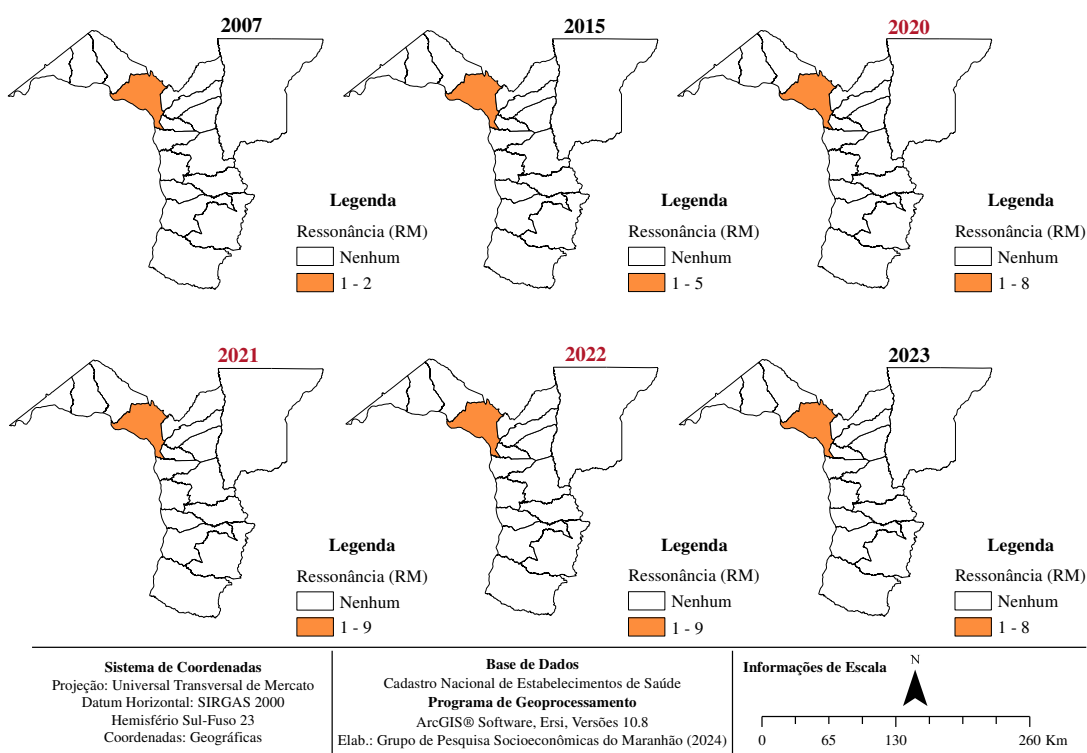
A Tabela 4 sistematiza os principais equipamentos médico-hospitalares analisados neste estudo, classificando-os conforme o nível de atenção à saúde e a faixa média de preço. Essa organização permite compreender que, para além das funções clínicas, esses objetos atuam como marcadores da densidade técnica do território, já que sua distribuição não responde apenas às necessidades populacionais, mas também à capacidade dos locais de captar investimentos e manter estruturas operacionais complexas. O valor agregado de cada equipamento, que varia de centenas de reais a dezenas de milhões, funciona como um filtro econômico e institucional, evidenciando onde a técnica pode se instalar e onde tende a permanecer ausente (Brasil, 2025a; 2025b; Silveira, 2001).

A hierarquia entre esses equipamentos, do eletroencefalógrafo à ressonância magnética, torna visíveis distintas densidades técnicas, aqui delimitadas, sinalizando os limites estruturais para a interiorização da alta complexidade. Sua presença (ou ausência) demarca os espaços aptos a integrar os circuitos superiores da atenção à saúde, reforçando a técnica como vetor ativo da modernização seletiva do território. Ao se territorializarem de forma concentrada, esses objetos tanto viabilizam o cuidado quanto instauram centralidades técnicas e aprofundam

a descontinuidade do espaço assistencial, conformando uma lógica seletiva de organização territorial (Santos; Silveira, 2001).

A distribuição dos aparelhos de ressonância magnética na RGII, entre 2007 e 2023, ilustra de forma emblemática a racionalidade seletiva que orienta a fixação dos objetos técnicos de alta complexidade. A Figura 46, composta por mapas comparativos, ilustra a permanência desse padrão ao longo dos anos, sendo Imperatriz o único município da região a dispor desse recurso, com dois equipamentos em 2007 e um pico de nove unidades em 2021. Apesar de uma leve redução em 2023, esse quantitativo segue elevado, especialmente diante da ausência total desses aparelhos nos demais municípios da RGII (Brasil, 2024f, 2025a).

Figura 46 – Distribuição de aparelhos de ressonância magnética na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



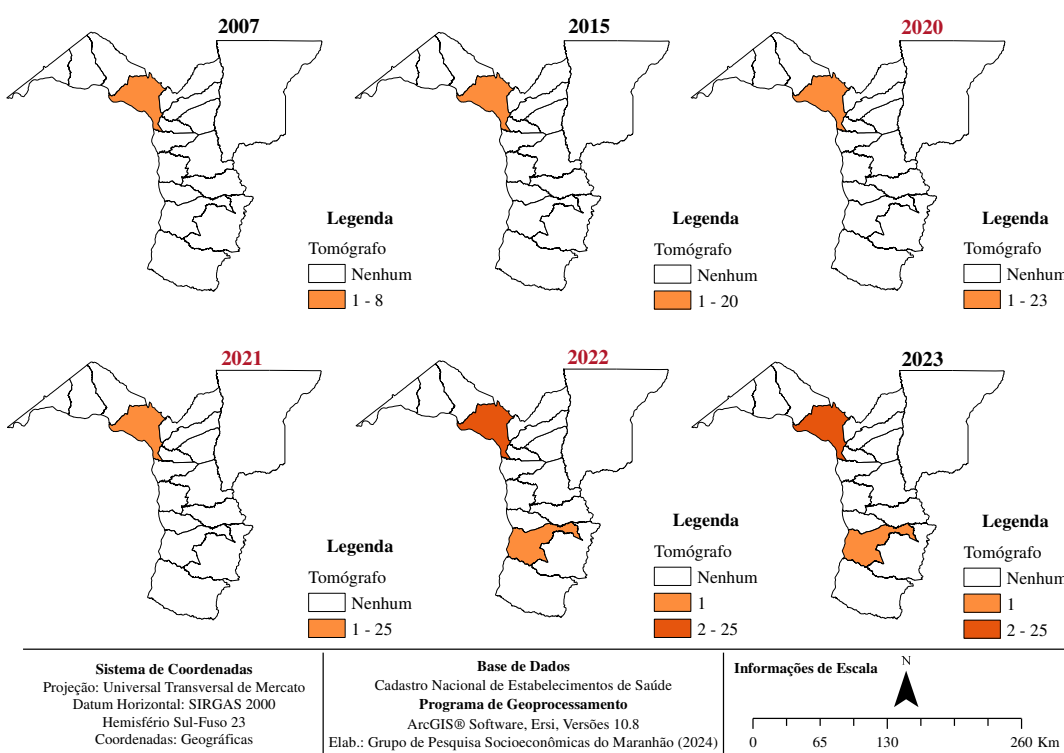
Fonte: CNES (Brasil, 2024f), elaborado pela autora (2024)

O padrão de hiperconcentração detona não apenas a centralidade funcional do município polo, mas também os critérios econômicos e técnicos que operam a modernização seletiva do território. Com custo estimado entre R\$ 2,5 milhões e R\$ 10 milhões por unidade, a instalação de aparelhos de ressonância depende de infraestrutura de alta complexidade, disponibilidade de profissionais especializados e fluxo de demanda suficiente para viabilizar economicamente seu funcionamento, requisitos praticamente inexistentes nas cidades periféricas da RGII (Brasil, 2024f, 2025a).

Como observam Santos e Silveira (2001), os objetos técnicos se integram ao território de modo seletivo, acompanhando os circuitos dominantes do capital, da técnica e da informação. Nesse sentido, a presença exclusiva desses equipamentos em Imperatriz reforça sua posição como centro de consumo e comando regional, ao mesmo tempo em que consolida a dependência estrutural das cidades menores, mantidas à margem da alta complexidade diagnóstica (Brasil, 2024f).

Se a distribuição de aparelhos de ressonância magnética já reflete a lógica de concentração absoluta dos recursos técnicos de maior densidade, a dinâmica observada no caso dos tomógrafos amplia esse cenário. De acordo com dados do CNES (Brasil, 2024f), entre 2007 e 2023, Imperatriz aumentou sua dotação desses equipamentos de oito para 25 unidades, como é possível constatar na Figura 47. Apenas em 2022, Porto Franco passou a contar, de forma isolada, com um tomógrafo, uma rara exceção em um padrão marcado pelo contraste entre densidade e rarefação tecnológica.

Figura 47 – Distribuição de tomógrafos na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



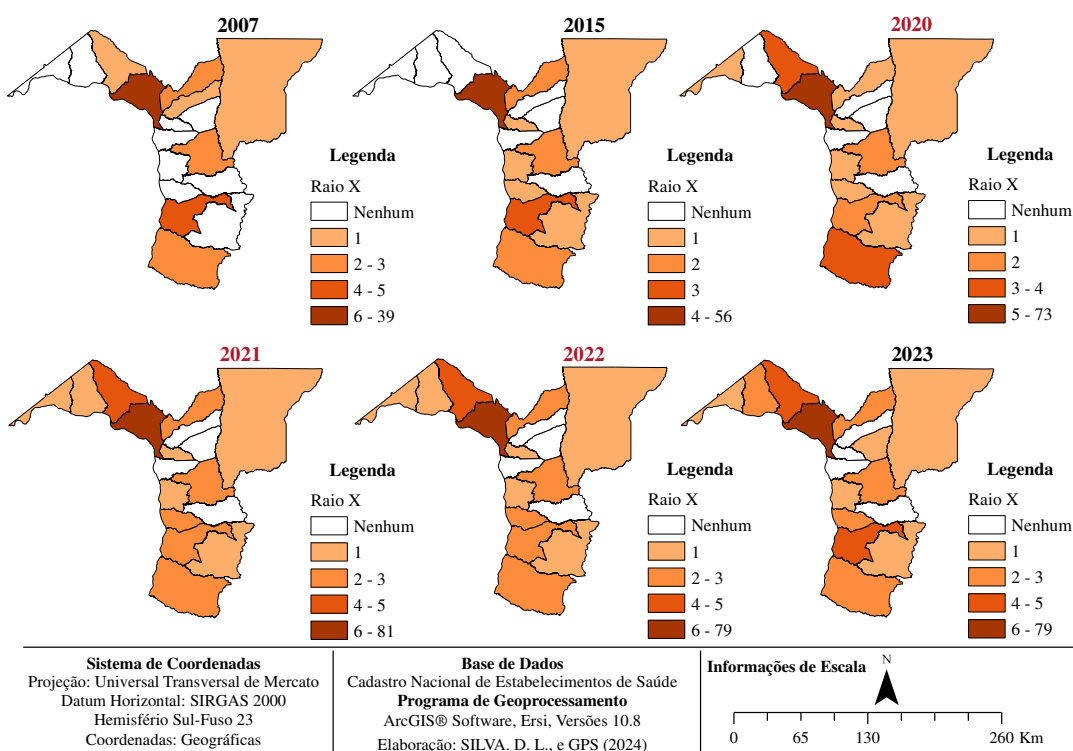
Fonte: CNES (Brasil, 2024f), elaborado pela autora (2024)

Com valores médios entre R\$ 800 mil e R\$ 2,5 milhões por unidade, os tomógrafos demandam não apenas elevado investimento financeiro, mas também infraestrutura operacional especializada e fluxo contínuo de usuários que justifique sua instalação (Brasil, 2025a). Nessas

condições, o equipamento torna-se um marcador da viabilidade econômica local, indicando onde o avanço tecnológico é possível e onde ela ainda permanece inviável, uma expressão concreta da modernização seletiva descrita por Santos (1996) e Silveira (2018).

No caso dos aparelhos de raio-X, cuja distribuição na RGII se encontra ilustrada na Figura 48, a configuração espacial difere das tecnologias de maior densidade, como a tomografia e a ressonância magnética. Embora a centralidade de Imperatriz continue evidente, com um salto de 39 para 79 unidades entre 2007 e 2023, observa-se uma incipiente tendência de pulverização da infraestrutura diagnóstica na região, ainda que marcada por intensidades profundamente desiguais. Estreito, Cidelândia, Porto Franco e Campestre do Maranhão registram aumentos pontuais, sinalizando uma discreta ampliação da capilaridade técnico-institucional nas franjas periféricas da RGII. Contudo, esses avanços não são suficientes para alterar de forma substantiva o padrão de concentração que sustenta a lógica regional de funcionamento dos serviços (Brasil, 2024f).

Figura 48 – Distribuição de aparelhos de raio-X na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024f), elaborado pela autora (2024)

Essa ampliação da cobertura técnico-assistencial, contudo, não rompe com a lógica de concentração previamente instituída. Imperatriz segue consolidada como núcleo hegemônico de acumulação técnico-econômica na escala regional, concentrando uma densidade expressiva

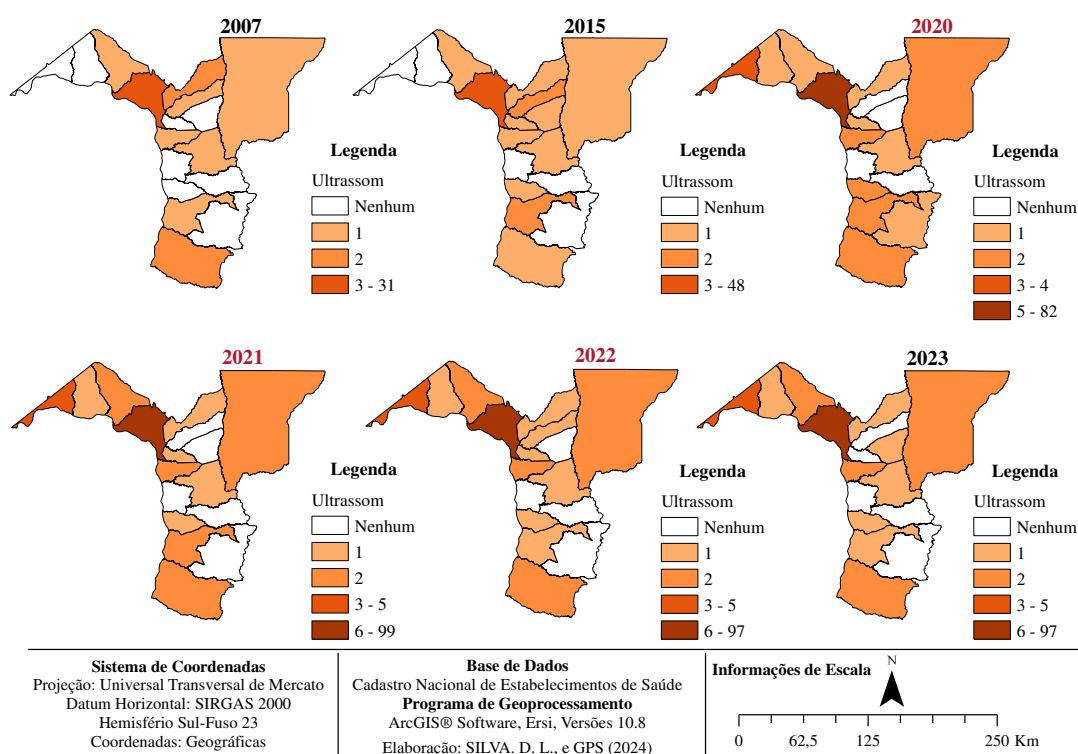
de equipamentos de média complexidade que, além de suprirem as demandas locais, funcionam como ponto de absorção dos fluxos intermunicipais de pacientes, o que reafirma seu papel como polo estruturador da rede (Brasil, 2024f).

Em sentido oposto, a introdução tardia ou residual de aparelhos de raio-X em Ribamar Fiquene, Vila Nova dos Martírios e São Pedro da Água Branca, somada à ausência persistente em Lajeado Novo e Governador Edison Lobão, demonstra uma ampliação da cobertura diagnóstica de média complexidade marcada pela seletividade institucional e econômica, com zonas de carência técnica que persistem mesmo diante da retórica da universalização (Figura 48).

Ainda que se trate de um equipamento de custo relativamente baixo (de R\$ 250 mil a R\$ 800 mil) e fundamental para a resolutividade nos níveis primário e intermediário da atenção, sua distribuição territorial na RGII demonstra que os critérios de alocação seguem subordinados a racionalidades assimétricas de planejamento (Brasil, 2025a).

No caso dos aparelhos de ultrassonografia, observa-se padrão semelhante ao dos aparelhos de raio-X, com uma leve descentralização que, embora sinalize certa expansão territorial, não rompe com o padrão de concentração funcional em Imperatriz (Figura 49). Entre 2007 e 2023, o número de equipamentos na cidade passou de 31 para 97, reafirmando sua centralidade técnico-assistencial na região (Brasil, 2024f).

Figura 49 – Distribuição de aparelhos de ultrassom na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024f), elaborado pela autora (2024)

Nos demais municípios, o crescimento foi pontual e restrito, com várias localidades registrando, no máximo, dois aparelhos ao longo de todo o período. São João do Paraíso e Lajeado Novo permanecem totalmente excluídos da oferta formal do serviço, conforme os dados do CNES (Brasil, 2024f). Já São Pedro da Água Branca, que passou de ausência total para cinco unidades em 2023, e Governador Edison Lobão, que apresentou um leve crescimento, são exceções dentro de um padrão geral de alta concentração técnica.

A distribuição dos aparelhos de ultrassonografia reforça a ideia de que, mesmo com tecnologias de custo moderado (entre R\$ 100 mil e R\$ 600 mil), a alocação territorial dos equipamentos ainda segue os imperativos da densidade institucional preexistente e da capacidade logística local. Esses critérios prevalecem sobre as necessidades sociais concretas ou o princípio da equidade distributiva. Nesse contexto, a presença desses objetos técnicos não reflete uma política de universalização, mas sim as forças institucionais e territoriais que têm capacidade de captar e gerir os fluxos regulados e mercantilizados da saúde pública e privada (Almeida, 2005; Brasil, 2024f).

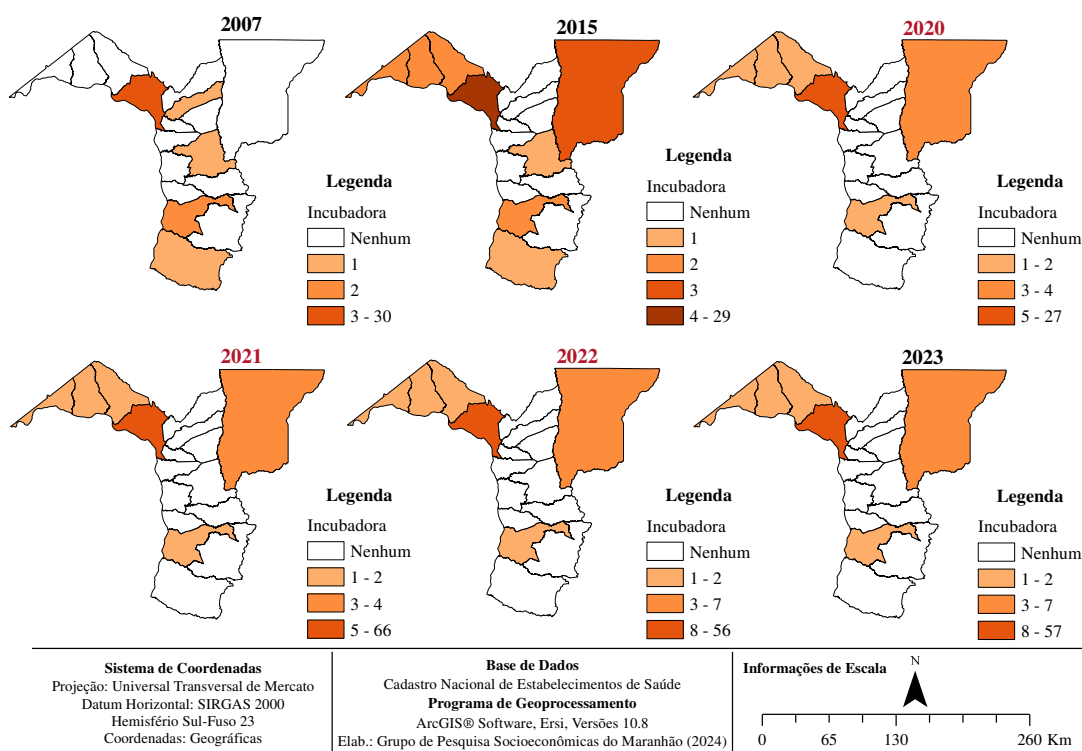
Em tal dinâmica, fica evidente que a modernização técnica da RGII não funciona como instrumento de justiça espacial, mas como um mecanismo de valorização diferencial do território. A técnica, nesse cenário, é mobilizada seletivamente, atuando como um dispositivo que reforça as hierarquias regionais e as racionalidades político-administrativas que regem o uso

do território sob o signo da modernização corporativa (Almeida, 2005; Oliveira; Silva, 2022a; Santos, 1996).

A Figura 50 ilustra a distribuição de incubadoras neonatais na RGII, mostrando a centralização dos recursos e a desigualdade no acesso. O fato de esses equipamentos estarem circunscritos a Imperatriz entre 2007 e 2023, com variações significativas, entre 27 e 66 unidades, e pico no contexto pandêmico, indica não apenas a persistência de uma geopolítica da saúde baseada em vetores históricos de concentração, mas também a limitação dos mecanismos de planejamento regional em produzir respostas equitativas (Brasil, 2024f).

Em vez de promover uma racionalidade redistributiva, a crise sanitária de 2020 apenas reforçou os arranjos preexistentes, consolidando Imperatriz como o centro monopolar de suporte intensivo à vida neonatal. Nesse contexto, a incubadora, enquanto objeto técnico de alta densidade funcional, torna-se um índice material da seletividade estrutural do SUS no território, evidenciando os limites da regionalização como uma política pública efetiva (Brasil, 2024f; Oliveira; Silva, 2022a).

Figura 50 – Distribuição de incubadoras na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024f), elaborado pela autora (2024)

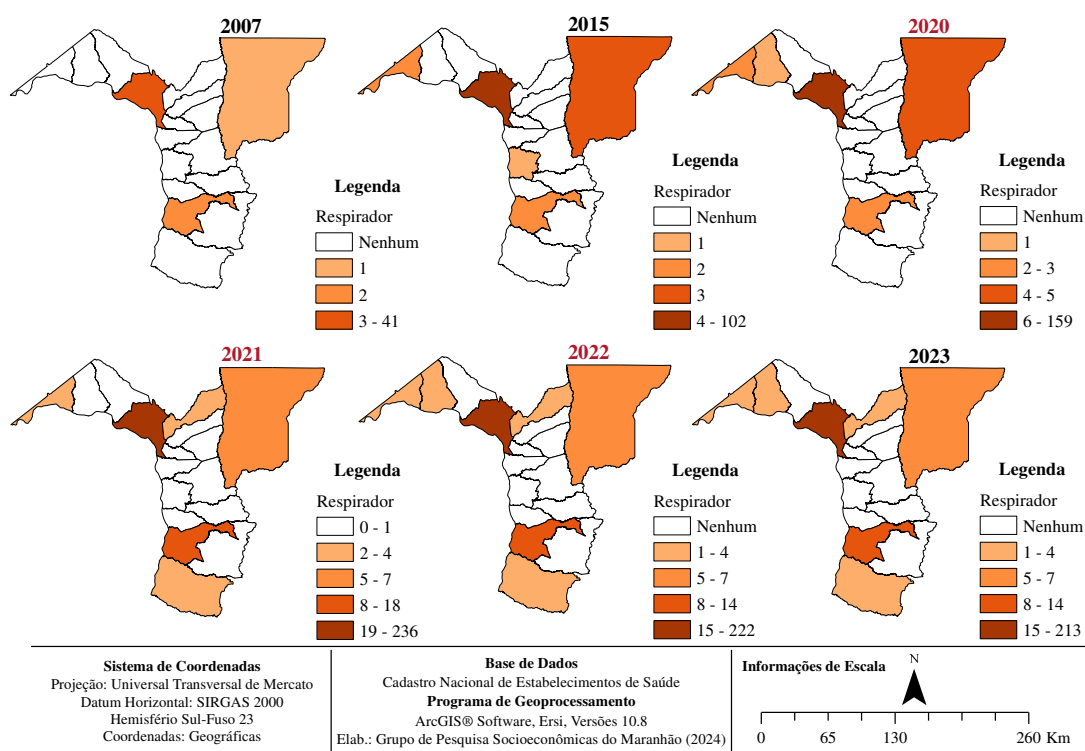
Nos demais municípios, a presença desse equipamento essencial foi residual e instável, com registros em Porto Franco, Vila Nova dos Martírios, São Pedro da Água Branca,

Cidelândia e Amarante do Maranhão (Brasil, 2024f), sem ultrapassar sete unidades. Em diversos momentos, houve até a ausência completa, como em Buritirana, Davinópolis e João Lisboa, que não registraram qualquer vínculo com esse tipo de tecnologia em todo o período analisado.

A distribuição dos ventiladores mecânicos na RGII (Figura 51) indica, de forma contundente, a lógica seletiva que orienta a modernização técnica da saúde. Determinados municípios são sistematicamente reconhecidos como capazes de incorporar objetos de alta densidade tecnológica, enquanto outros são marginalizados, operando à margem dos fluxos vitais da assistência hospitalar. Esse padrão aprofunda os desníveis estruturais no acesso a recursos essenciais para a sobrevivência e o cuidado (Brasil, 2024f; Santos; Silveira, 2001).

Com valores unitários entre R\$ 30 mil e R\$ 80 mil, o ventilador mecânico deixa de ser apenas um recurso clínico para se tornar um símbolo da capacidade de um território de se integrar às cadeias críticas da atenção intensiva. Sua presença não apenas reflete a condição técnica do local, mas também indica o reconhecimento institucional (ou a falta dele) da legitimidade desses territórios como espaços que merecem sustentação tecnológica para a vida (Brasil, 2024f, 2025a). Não é por acaso que Imperatriz, como centro de comando regional, seja o único município com presença robusta e crescimento contínuo desses equipamentos, passando de 41 unidades em 2007 para 236 em 2021, mantendo-se acima de 200 nos anos seguintes, conforme observa-se na Figura 51.

Figura 51 – Distribuição de respiradores/ventiladores mecânicos na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024f), elaborado pela autora (2024)

A inserção de ventiladores mecânicos fora do polo de Imperatriz ocorreu de forma episódica e reativa, sendo majoritariamente vinculada ao contexto emergencial da pandemia de Covid-19, entre 2020 e 2021. Porém essa experiência não resultou na construção de um processo contínuo de incorporação tecnológica nos demais territórios da RGII. Casos como os de Porto Franco (18 unidades em 2021), Amarante (7 unidades) e João Lisboa (4 unidades) refletem inflexões pontuais num quadro mais amplo de descontinuidade e vulnerabilidade logística, evidenciado pela ausência de diretrizes sustentadas de regionalização da saúde (Brasil, 2024f).

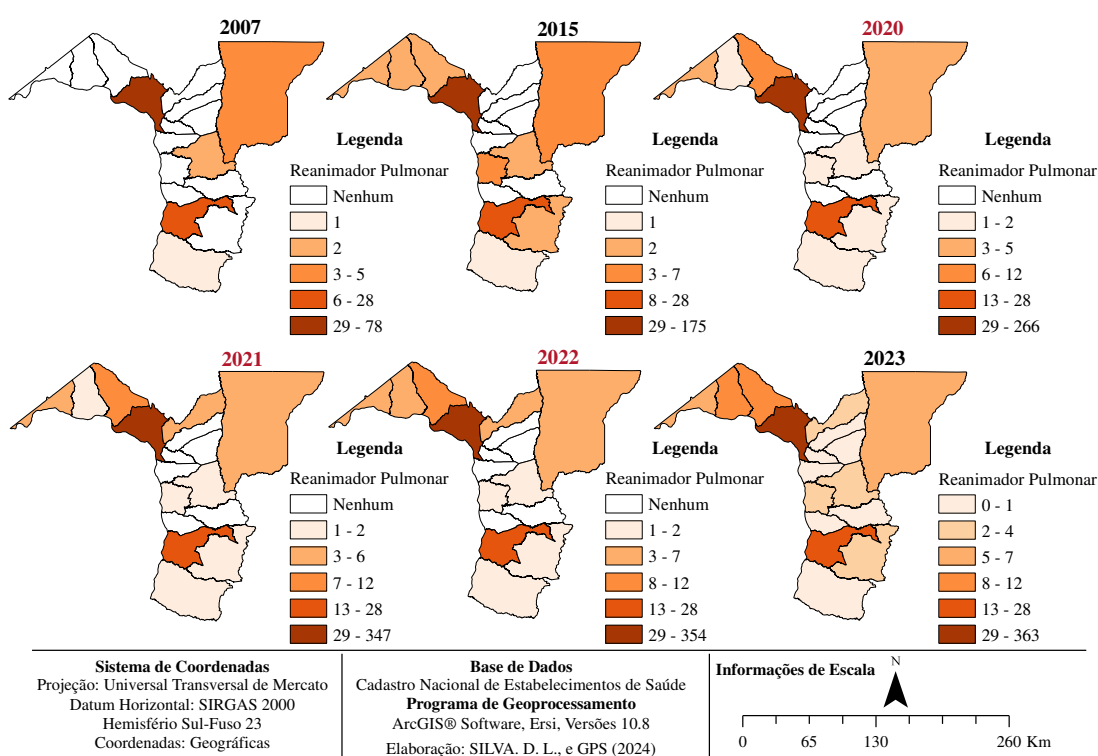
Ao invés de configurar um movimento de difusão técnica ou redistribuição racional dos recursos de suporte intensivo, os dados apontam a persistência de uma lógica verticalizada de resposta, na qual os investimentos em tecnologia crítica continuam subordinados à capacidade institucional e fiscal de cada município para captar recursos. Tal dinâmica perpetua o descompasso entre as carências sociais e a valorização territorial (Santos; Silveira, 2001).

Nesse cenário, a presença dos ventiladores mecânicos não reflete uma política pública de equidade, mas o reconhecimento seletivo de certos locais como detentores de retorno institucional, financeiro ou político. Como já destacava Santos (1996), trata-se do uso corporativo do território, em que a técnica é mobilizada conforme os interesses hegemônicos. A concentração desses equipamentos em Imperatriz, portanto, não só reforça sua centralidade operacional,

como também expõe a assimetria estrutural que orienta a modernização técnico-assistencial na RGII (Oliveira; Silva, 2023).

Conforme a Figura 52 mostra a distribuição espacial dos reanimadores pulmonares manuais (Ambus) na RGII denota uma vertente específica da modernização seletiva, a difusão preferencial de objetos técnicos de baixa densidade tecnológica, marcados por custo reduzido, funcionalidade emergencial e rápida adaptabilidade ao contexto de urgência. Com valores entre R\$ 25 mil e R\$ 50 mil por unidade, esses dispositivos cumprem papel essencial no atendimento pré-hospitalar e nas unidades de urgência, embora estejam longe de suprir as exigências estruturais de suporte à vida em ambiente de terapia intensiva (Brasil, 2025a, 2025b).

Figura 52 – Distribuição de reanimadores pulmonares na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024f), elaborado pela autora (2024)

A disseminação territorial dos Ambus, intensificada especialmente a partir de 2020, deve ser vista como uma resposta improvisada à crise sanitária desencadeada pela Covid-19, particularmente nos municípios com carência assistencial crônica (Brasil, 2024f). Imperatriz se destaca mais uma vez como o centro privilegiado na alocação desses equipamentos, concentrando 363 unidades em 2023, um salto considerável em relação às 78 registradas em 2007. No entanto, essa concentração não reflete uma política de equidade, mas sim a continuidade da lógica de

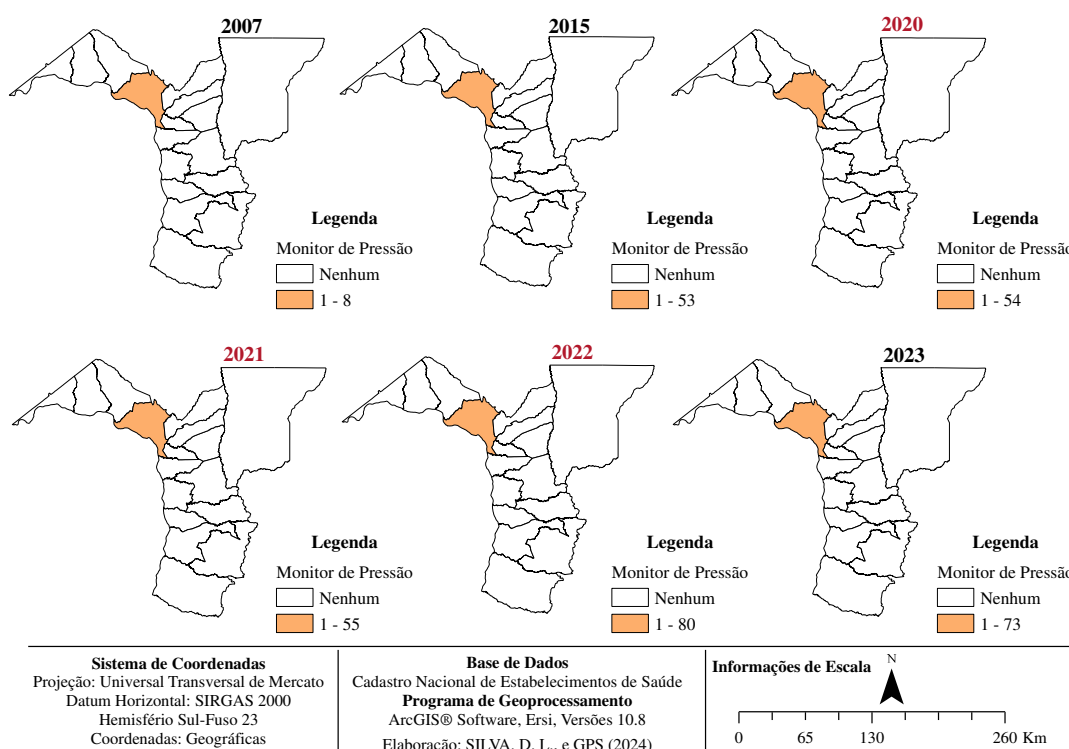
investimentos seletivos, guiada pela capacidade local de absorver fluxos e justificar intervenções técnicas sob o signo da emergência.

Por outro lado, diferentemente dos ventiladores, a distribuição dos Ambus em municípios periféricos apresentou sinais de maior difusão. Porto Franco manteve 28 unidades de forma contínua desde 2007, Cidelândia ampliou de 2 para 12 unidades entre 2015 e 2020, e Amarante do Maranhão atingiu 7 unidades em 2023. Além disso, há presença pontual desses equipamentos em São Pedro da Água Branca, João Lisboa e Vila Nova dos Martírios, o que sugere uma distribuição mais ampla, embora, na maioria dos casos, ainda insuficiente para garantir a resolutividade da assistência (Brasil, 2024f).

Enquanto a distribuição de reanimadores pulmonares apresentou sinais de difusão em municípios periféricos, a de monitores de pressão invasiva, apresentada na Figura 53, reforça a concentração absoluta da alta e média complexidade em Imperatriz. Essencial para a monitorização precisa de pacientes críticos em unidades de terapia intensiva, esse equipamento, com custo unitário entre R\$ 15 mil e R\$ 30 mil, exige não só investimentos financeiros, mas também uma estrutura física robusta, equipe especializada e integração sistêmica. Dessa forma, o monitor de pressão invasiva se torna um indicador claro da densidade técnico-institucional de um território (Brasil, 2024f, 2025a).

Entre 2007 e 2023, nenhum município da RGII, à exceção de Imperatriz, registrou a presença de monitores multiparâmetros no CNES (Brasil, 2024f). O salto de oito unidades em 2007 para 73 em 2023 não apenas indica a centralidade funcional dessa cidade no interior da rede regional, mas sobretudo reforça sua posição como território autorizado a incorporar objetos técnicos de alta complexidade. Essa condição está diretamente ligada à presença de unidades de terapia intensiva e ambientes hospitalares altamente especializados, geralmente ausentes nas periferias do sistema (Figura 53).

Figura 53 – Distribuição de monitores de pressão invasiva na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024f), elaborado pela autora (2024)

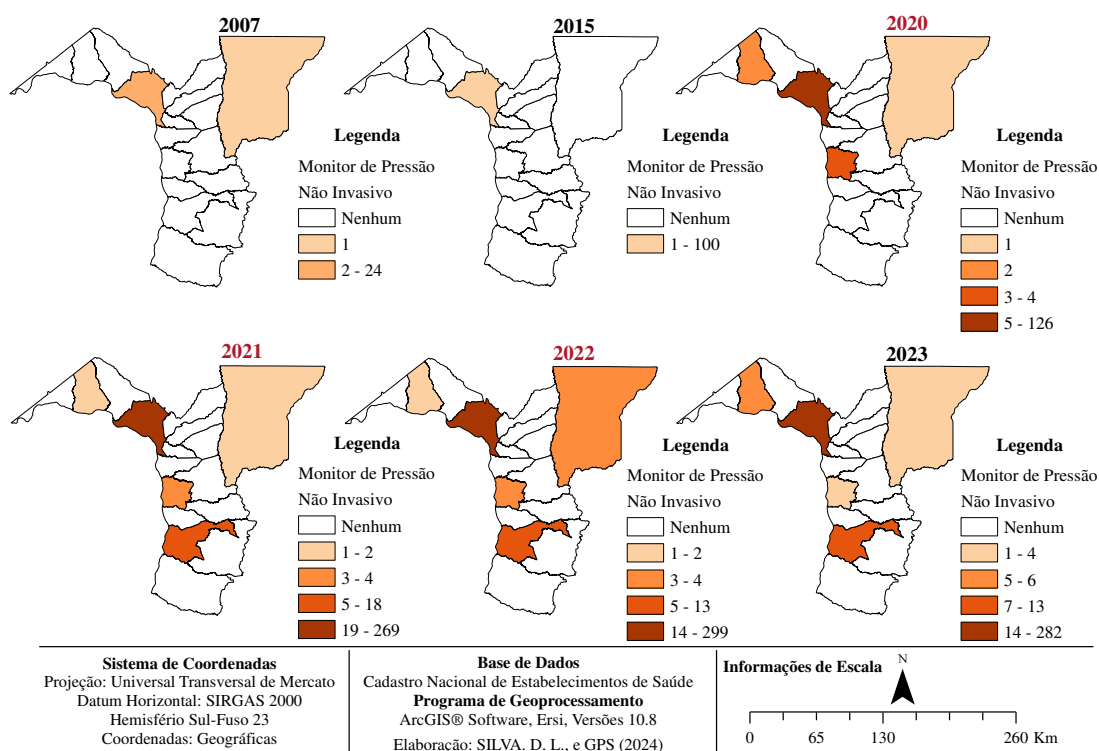
A ausência total desse equipamento nos demais municípios vai além da simples falta material, ela reflete a continuidade de uma configuração estrutural que inviabiliza a prática plena da atenção intensiva fora do polo central, reiterando a lógica de territorialização seletiva da técnica. Nesse contexto, o processo de modernização da rede segue uma racionalidade corporativa, concentrando os vetores da inovação nos espaços mais densos, politicamente legitimados e financeiramente viáveis, conforme discutido por Santos (1996) e Silveira (2011). O objeto técnico, portanto, torna-se um marcador espacial de exclusão, demonstrando que a tecnificação do cuidado, ao invés de universalizar direitos, aprofunda a cisão funcional entre centro e periferia (Brasil, 2024f; Santos; Silveira, 2001).

Se os monitores de pressão invasiva representam o ápice do controle hospitalar intensivo, situando-se como objetos técnicos de alta exigência estrutural, aqueles de pressão não invasiva, mais acessíveis, operacionais e financeiramente viáveis (custando entre R\$ 300 e R\$ 3 mil), constituem dispositivos fundamentais para o monitoramento clínico em contextos ambulatoriais e hospitalares de baixa e média complexidade. Ainda assim, sua distribuição na RGII permanece subordinada a um padrão de seletividade concentradora, ainda que com indícios marginais de dispersão territorial (Brasil, 2025a).

A Figura 54 ilustra a distribuição desses equipamentos, os quais, entre 2007 e 2023, permaneceram concentrados quase que exclusivamente na rede pública de Imperatriz, passando

de 24 para 282 unidades. O crescimento abrupto registrado entre 2020 e 2021, de 126 para 269 unidades, coincide com o período de maior tensão sanitária devido à pandemia, sugerindo que essa expansão não foi resultado de uma estratégia planejada de descentralização, mas sim de uma resposta reativa à crise. Esse movimento intensificou a densificação técnica nos polos centrais, consolidando a posição de Imperatriz como um território de exceção institucional (Brasil, 2024f; Oliveira; Silva, 2023).

Figura 54 – Distribuição de monitores de pressão não invasiva na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024f), elaborado pela autora (2024)

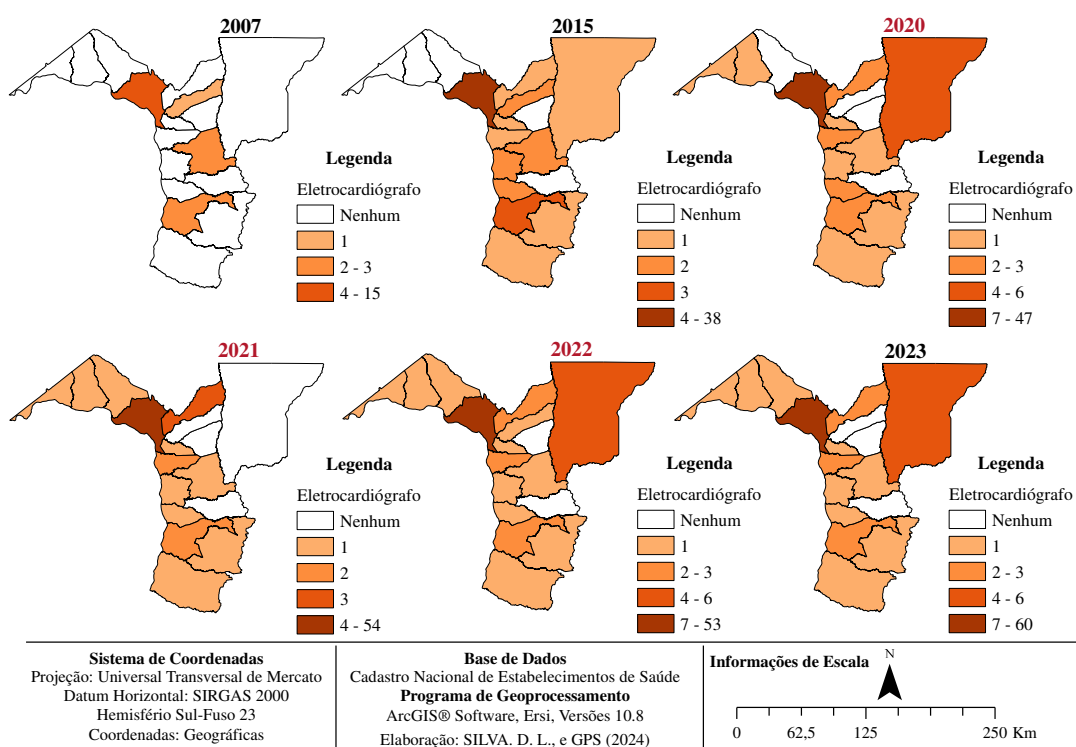
Embora seja menos custoso e tecnicamente exigente do que outros equipamentos de alta complexidade, o monitor de pressão não invasiva ainda apresenta uma presença incipiente fora do polo regional. Porto Franco, Amarante do Maranhão e Vila Nova dos Martírios começaram a registrar esses equipamentos apenas a partir de 2020, e em quantidade bastante limitada. Essa distribuição pontual indica que até mesmo equipamentos básicos de suporte clínico não são universalmente garantidos, o que compromete a capacidade resolutiva da atenção primária e de média complexidade em contextos periféricos.

Por sua vez, a distribuição dos eletrocardiógrafos (ECG) na RGII entre 2007 e 2023, apresentada na Figura 55, reforça o padrão recorrente de desigualdade territorial no acesso aos objetos técnicos de suporte diagnóstico. Embora o ECG seja relativamente acessível, variando

entre R\$ 10 mil e R\$ 30 mil, e essencial para o diagnóstico precoce de doenças cardiovasculares, uma das principais causas de mortalidade no Brasil, sua territorialização ainda ocorre de maneira profundamente assimétrica (Brasil, 2024f, 2025a).

Imperatriz mantém a centralidade absoluta ao longo de todo o período, ampliando sua presença de 15 para 60 unidades entre 2007 e 2023 (Brasil, 2024f). Essa expansão está associada ao crescimento da rede privada e ao fortalecimento da infraestrutura hospitalar na cidade, o que reforça a lógica da centralidade técnica como uma expressão clara do uso seletivo do território (Santos, 1996).

Figura 55 – Distribuição de eletrocardiógrafos na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



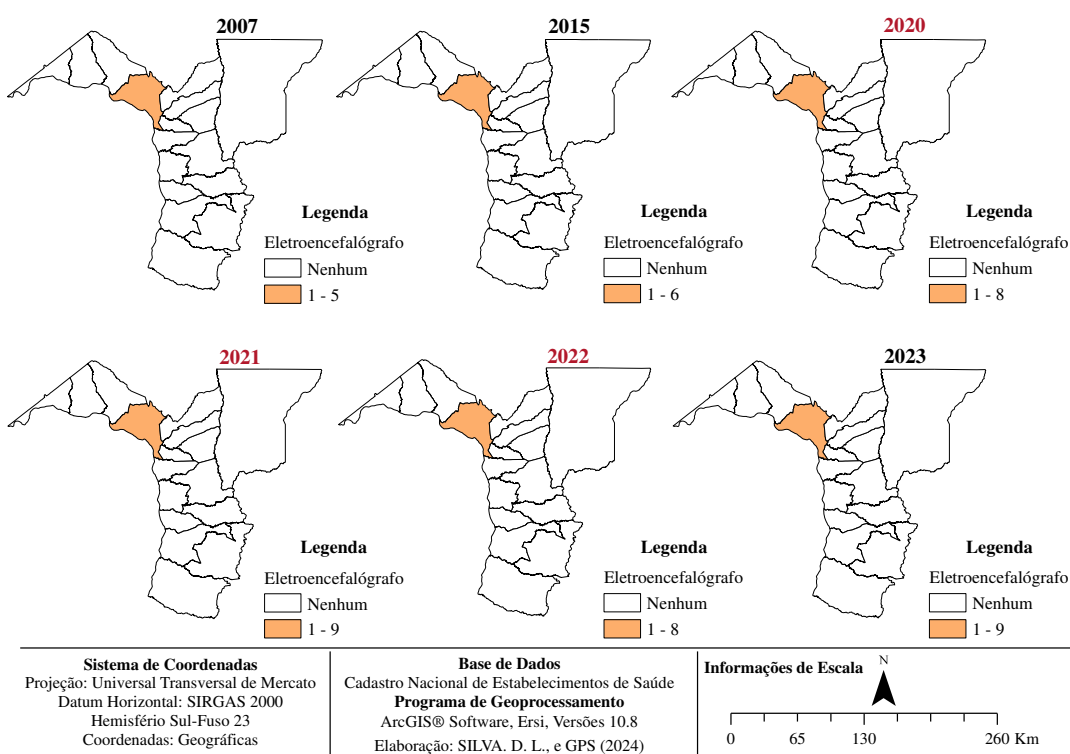
Fonte: CNES (Brasil, 2024f), elaborado pela autora (2024)

Nos demais municípios da RGII, a presença dos eletrocardiógrafos (ECG) ocorreu de modo tardio. Mesmo entre 2020 e 2023, período de maior pressão sobre os sistemas de atenção básica e urgência, devido à pandemia, os incrementos foram limitados e concentrados em municípios já minimamente integrados à rede regional, como Amarante do Maranhão, João Lisboa, Porto Franco e Campestre. Enquanto isso, Buritirana, Lajeado Novo e Davinópolis permaneceram desassistidos ou com apenas um equipamento, comprometendo a capacidade diagnóstica local (Brasil, 2024f).

A distribuição dos equipamentos de média complexidade, fundamentais para atenção ambulatorial e para detecção precoce de agravos cardiovasculares, submetem-se aos mesmos padrões seletivos de formação de centralidades e de desigualdade, relacionados à viabilidade econômica, à densidade institucional e à atratividade territorial. As limitações ao acesso aos ECGs em municípios periféricos, impõe deslocamentos para tratamento e diagnósticos para o polo regional (Brasil, 2024f).

Outro equipamento, o eletroencefalógrafo (EEG), cuja distribuição é apresentada na Figura 56, embora essencial para a detecção e monitoramento de distúrbios neurológicos, como epilepsias, convulsões e encefalopatias, também apresenta baixíssima disseminação na RGII. Com um custo estimado entre R\$ 5 mil e R\$ 15 mil, é relativamente acessível quando comparado a outros equipamentos de alta complexidade, mas, ainda assim, permanece concentrado exclusivamente em Imperatriz ao longo de todo o período analisado (Brasil, 2024f).

Figura 56 – Distribuição de eletroencefalógrafos na RGII (2007, 2015 e 2020–2023)



Fonte: CNES (Brasil, 2024f), elaborado pela autora (2024)

A presença de EEG na cidade-polo permanece estável e cresce gradualmente, passando de cinco unidades em 2007 para nove em 2023. Tal concentração reforça a centralidade funcional de Imperatriz no sistema regional de saúde e, mais uma vez, expõe a ausência de políticas públicas eficazes para a interiorização dos recursos diagnósticos de média e alta

complexidade. Nenhum outro município da RGII registra vínculo com esse tipo de equipamento no CNES (Brasil, 2024f), o que impõe barreiras significativas ao diagnóstico precoce e ao acompanhamento de condições neurológicas em populações mais vulneráveis.

A análise integrada dos dados sobre estabelecimentos de saúde, profissionais e equipamentos médico-hospitalares na RGII compreende-se um uso do território altamente seletivo, onde a técnica não se distribui de maneira equitativa, mas segue uma lógica de concentração funcional aos interesses dominantes (Brasil, 2024b, 2024e, 2024f; Santos, 1996). Essa configuração reflete uma estrutura historicamente consolidada, cujas desigualdades persistentes expõem a cisão entre o território como abrigo coletivo, essencial para as populações locais acessarem direitos fundamentais, como a saúde, e o território como recurso apropriado por agentes econômicos e institucionais, que o organizam seletivamente conforme seus interesses técnicos, subordinando-o à lógica do capital (Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001).

Longe de configurar uma rede coerente e universalizante, a disposição desigual dos objetos e agentes de saúde na RGII resulta de sucessivos usos seletivos do território, nos quais a centralidade de Imperatriz se estabelece como ponto de convergência técnica, institucional e econômica (Santos, 1996). Embora essa centralidade organize os fluxos, ela os subordina a uma lógica excludente, em que a fluidez se torna privilégio de poucos e a viscosidade se impõe à maioria. Dessa forma, o território deixa de ser um abrigo para se tornar um recurso apropriado, reforçando uma estrutura funcional que perpetua as desigualdades históricas entre centro e periferia (Santos; Silveira, 2001; Santos, 1996).

A desigualdade estrutural observada não só contraria os princípios fundadores do SUS, como a universalidade, a integralidade e a regionalização solidária, como também desnuda a permanência de um uso corporativo do território no campo da saúde (Almeida, 2005). Segundo Santos (1996) e Almeida (2005), esse uso é regido por uma racionalidade seletiva que, sob o pretexto da técnica e da eficiência, favorece os territórios dotados de centralidade funcional, como Imperatriz, cuja posição estratégica no circuito superior da economia intensifica sua capacidade de atrair fluxos e concentrar recursos (Santos, 2004).

A análise dessa organização ao longo do tempo, nos períodos pré-crise (2007-2015), críticos (2020-2022) e posteriores à pandemia (2023), indica que não se trata de efeitos pontuais de uma crise excepcional (Oliveira; Silva, 2022a), mas da persistência de estruturas profundamente enraizadas, que conferem durabilidade ao desequilíbrio territorial.

É neste quadro analítico que se insere esta seção, cujo objetivo é demonstrar que, para além da atuação da iniciativa privada, o Estado também reproduz lógicas seletivas, orientando a localização de seus investimentos e objetos técnicos nos pontos mais dinâmicos

do território. O uso corporativo do território, observado na RGII e especialmente em Imperatriz, é uma manifestação histórica de sucessivos processos que conferiram à cidade um papel central na especialização produtiva, no dinamismo comercial e na estruturação das redes regionais (Brasil, 2024b, 2024e, 2024f).

Neste contexto, a pandemia de Covid-19 não atuou como causa primária das desigualdades, mas como catalisadora de tendências preexistentes, evidenciando de forma mais nítida os contornos de um território estruturado por assimetrias persistentes. Assim, a fluidez intensificou-se para alguns poucos espaços funcionalmente integrados, enquanto a viscosidade se aprofundou nos segmentos periféricos, consolidando um quadro de seletividade técnica e desigualdade estrutural no uso do território (Oliveira; Silva, 2024).

Os reflexos dessa configuração desigual tornaram-se particularmente visíveis durante a emergência sanitária, quando os investimentos emergenciais, a alocação de insumos críticos e a expansão de leitos se concentraram em Imperatriz, reforçando sua centralidade hospitalar e ampliando os fluxos intermunicipais em sua direção (Oliveira; Silva, 2022b). Por outro lado, a incapacidade do território regionalizado de operar de forma solidária torna-se evidente quando os municípios com baixa densidade institucional são deixados à margem do esforço de contenção.

A crise, portanto, não apenas tensionou os limites do sistema, mas também cristalizou a distância funcional entre centro e periferia, expondo os efeitos concretos da racionalidade seletiva do Estado e do mercado na formulação das políticas públicas em saúde (Almeida, 2005; Santos, 1996; Santos; Silveira, 2001).

4.7 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).

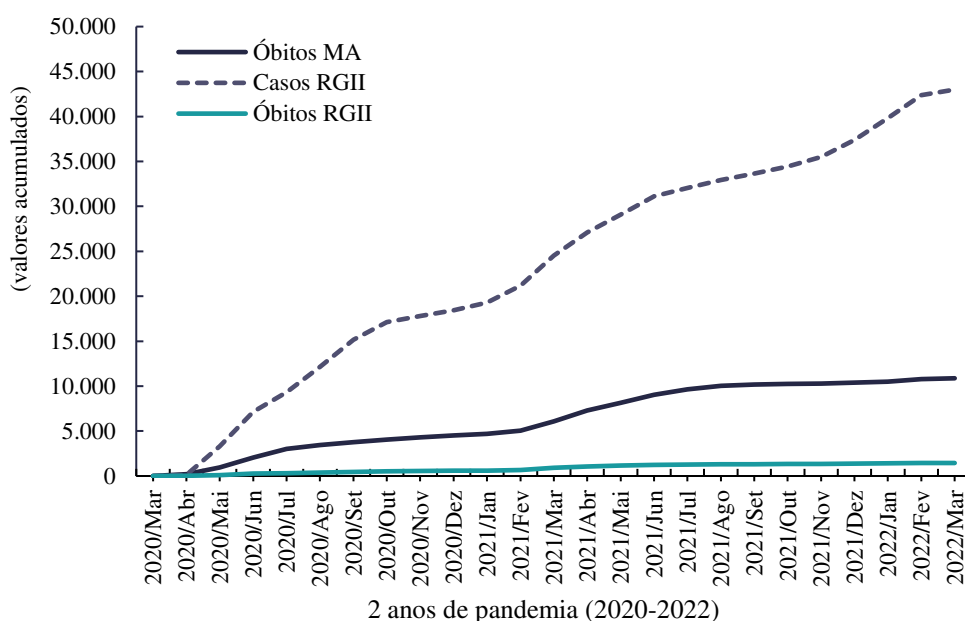
Conforme aponta Oliveira *et al.* (2025), a correlação entre óbitos por Covid-19 e os altos índices de vulnerabilidade socioeconômica torna-se evidente nesse recorte regional, revelando a reprodução de um padrão seletivo de acesso e cuidado no território. A consolidação dos dados acumulados de casos 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, 2024g).

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 32. 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, 2024g).

Gráfico 32 – Casos de Covid-19 e óbitos confirmados na RGII em dois anos de pandemia (2020–2022)



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2024g). Organizado pela autora (2024)

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 32). 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 *et al.*, (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, 2023a; Jardim *et al.*, 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, 2024g). 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, 2024g).

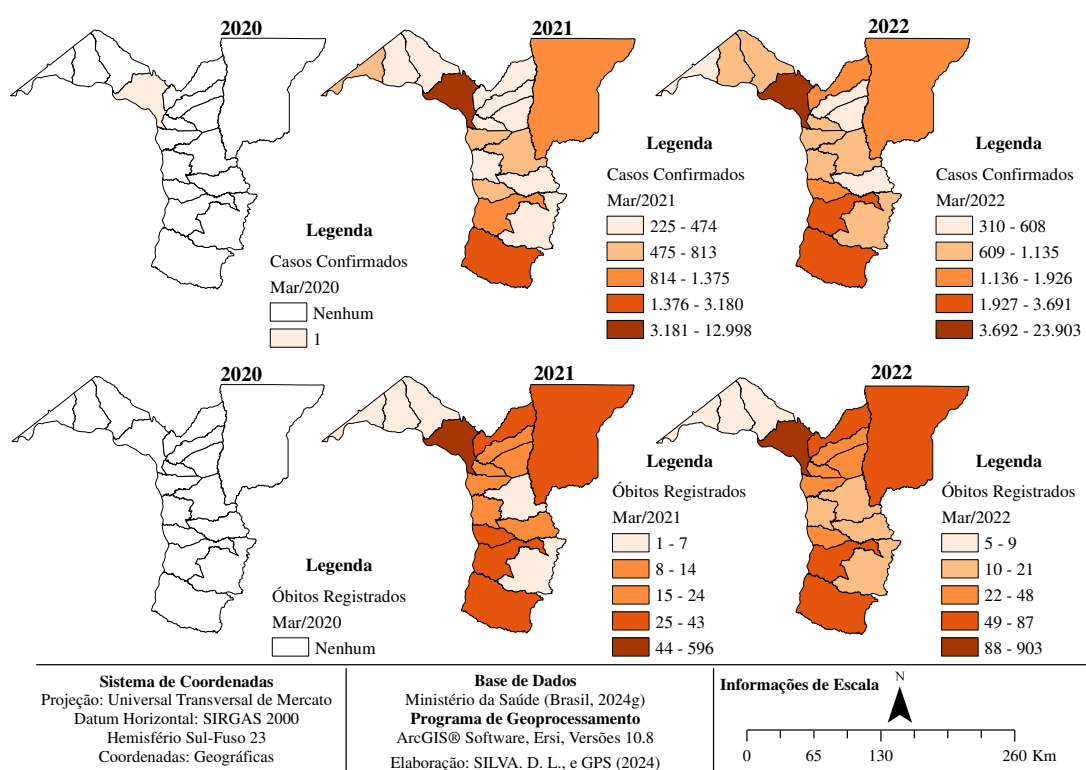
Tal desaceleração coincide com o avanço da vacinação e com uma maior articulação das ações de saúde pública, sem, contudo, neutralizar os efeitos estruturais das desigualdades na oferta de serviços, nem a persistente dependência dos fluxos centralizados em Imperatriz (Oliveira *et al.*, 2025; Oliveira; Silva, 2023a). Em 2022, os dados indicam uma estabilização relativa, com a RGII somando, em março, 42.993 casos confirmados e 1.444 óbitos acumulados (Gráfico 32) (Brasil, 2024g). 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, 2023b; 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 *et al.*, 2022; Oliveira; Silva, 2022; Oliveira; Madeira; Paz, 2021).

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 56) (Brasil, 2024g). 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 56) (Oliveira *et al.*, 2025).

Figura 57 – Casos confirmados e óbitos registrados na RGII (2020-2022)



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2024g) e IBGE (2022). Elaborado pela autora (2024)

Como observam Oliveira e Silva (2023a, 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, 2024g; Jardim *et al.*, 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 56), revelando como os circuitos seletivos de deslocamento ampliaram os efeitos da crise sanitária também nos centros intermediários da RGII (Brasil, 2024g).

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 *et al.* (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 *et al.*, 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, 2024g). 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 *et al.*, 2022; Oliveira; Silva, 2022).

O padrão de contrastes e densidades observados na Figura 57 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 *et al.*, 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).

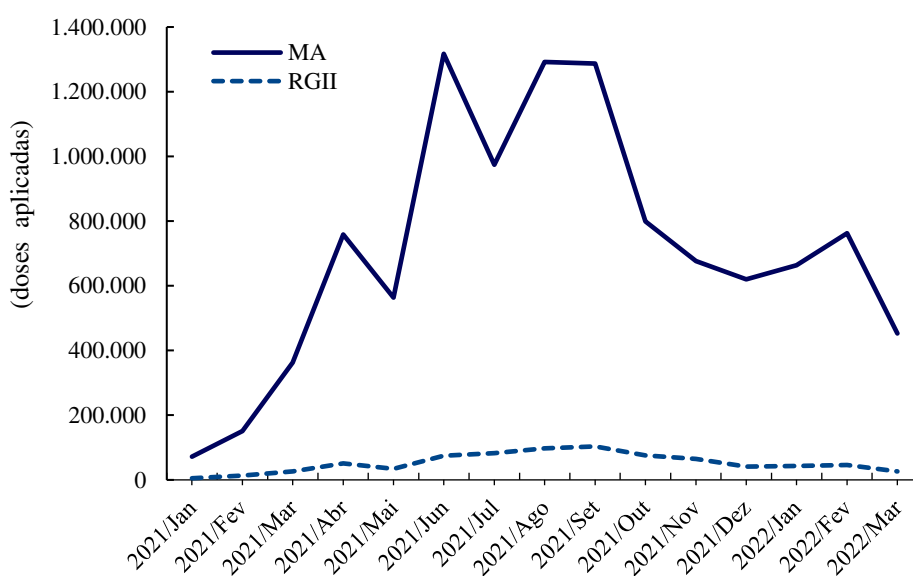
A campanha de vacinação contra Covid-19 no Maranhão foi iniciada em janeiro de 2021, apresentando avanços graduais até atingir seus picos entre junho e setembro do mesmo ano, quando o volume mensal de doses aplicadas superou 1,3 milhão em junho (1.317.148); 1,2 milhão em agosto (1.291.728); e quase 1,3 milhão novamente em setembro (1.286.688), conforme dados apresentados no Gráfico 33.

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, 2025d).

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



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2025d). Elaborado pela autora (2024)

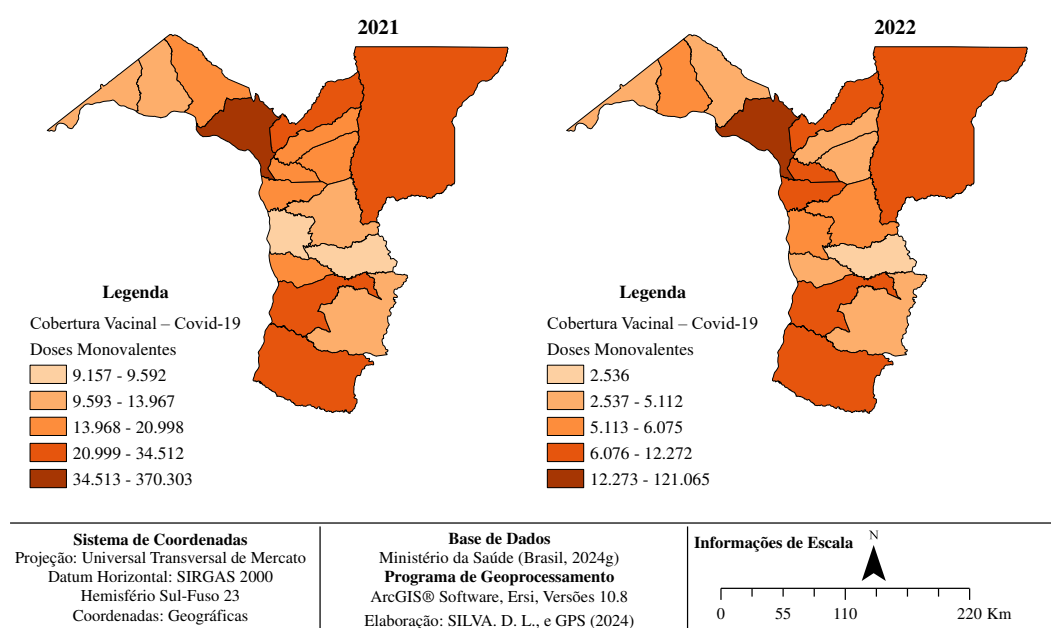
A comparação entre os períodos sugere que, apesar da assimetria na capacidade técnica e logística entre o estado do Maranhão, em sua totalidade, e a REGII, o esforço de imunização foi capaz de atenuar as formas mais graves da doença, reduzindo a pressão sobre os serviços hospitalares centralizados em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

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 33). 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, 2025d).

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 58) (Brasil, 2025d).

Figura 58 - Distribuição das doses aplicadas de vacina contra a Covid-19 na RGII (2021 e 2022)



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2025d). Elaborado pela autora (2024)

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, 2025d).

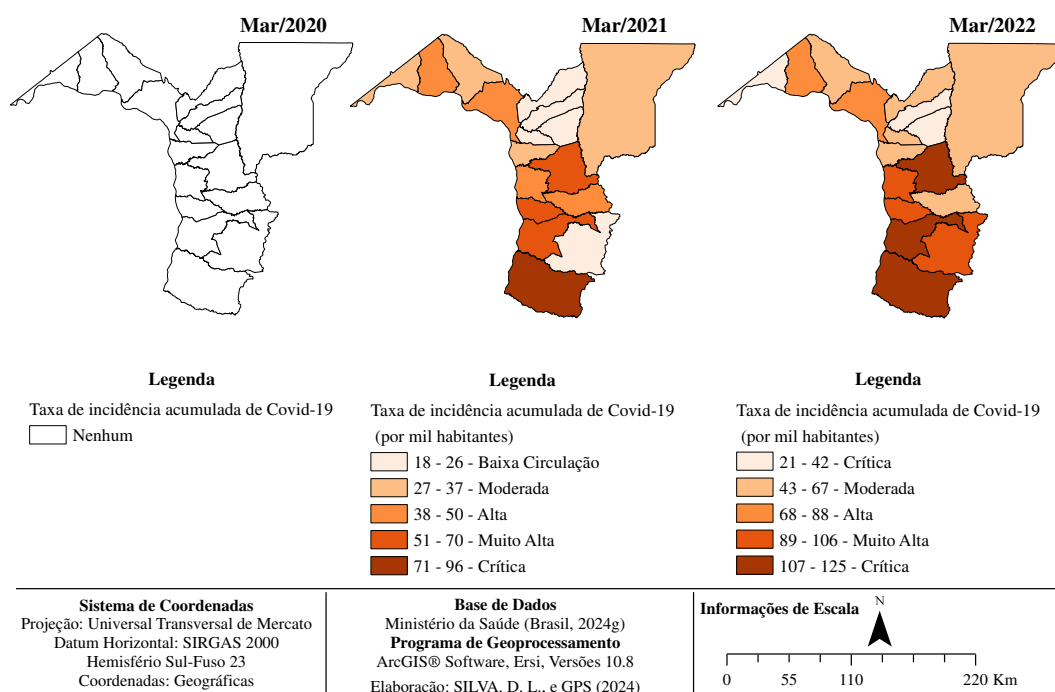
Em 2022, observa-se uma redução generalizada nos volumes vacinais em toda a RGII, acompanhando o recuo da pandemia, mas sem que se revertissem as desigualdades na distribuição. Imperatriz novamente liderou com 121.065 doses aplicadas, enquanto Lajeado Novo (2.536), Ribamar Fiquene (3.702) e Buritirana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

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 *et al.*, 2021). 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 2025d).

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, 2024g).

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 59). 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, 2024g).

Figura 59 – Evolução da incidência acumulada de Covid-19 na RGII (março/2020 – março/2022)



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2024g) e IBGE (2022). Elaborado pela autora (2024)

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 utilizado. 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, 2024g).

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, 2024g). 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, conseqüentemente, de contágio viral (Costa *et al.*, 2023; Jardim *et al.*, 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, 2024g). 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,

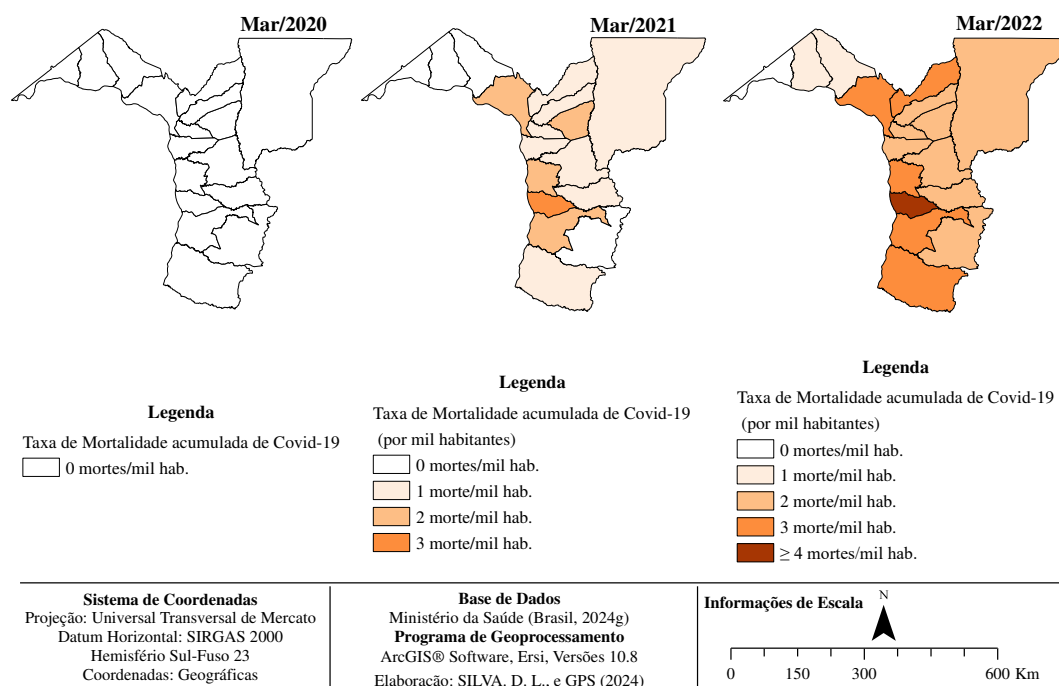
em função das relações de dependência funcional estabelecidas com os outros municípios da RGII (Oliveira *et al.*, 2025).

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, 2024g). 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, 2024g; 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, 2024g). 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 60), 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, 2024g).

Figura 60 – Evolução da mortalidade acumulada por Covid-19 na RGII (março/2020 – março/2022)



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2024g) e IBGE (2022). Elaborado pela autora (2024)

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, 2024g).

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, 2024g).

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, 2024g; Jardim *et al.*, 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; Madeira; Paz, 2021).

Ainda analisando a Figura 60, 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, 2024g). 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”.

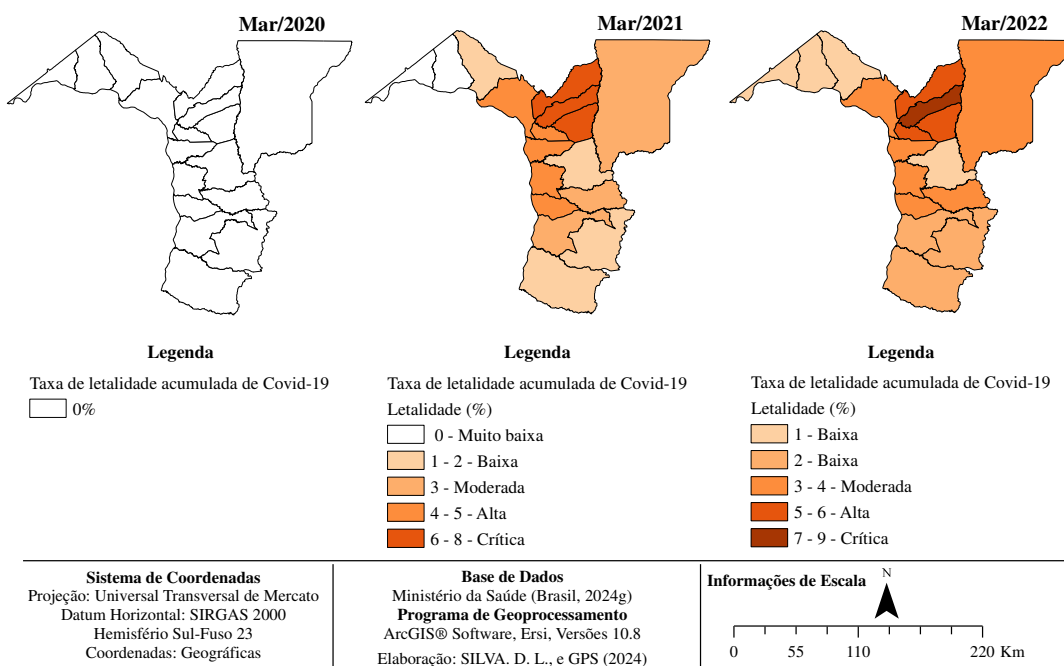
Dessa forma, a mortalidade não se apresenta apenas como um dado epidemiológico, mas como manifestação concreta das formas seletivas de uso do território, que produziram distintas geografias da vulnerabilidade e do risco, especialmente nas áreas de menor densidade técnica e maior dependência funcional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

Além disso, existe também a taxa de letalidade (Figura 61), 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, 2024g).

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, 2024g).

Figura 61 – Evolução da letalidade acumulada de Covid-19 na RGII (março/2020 – março/2022)



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2024g) e IBGE (2022). Elaborado pela autora (2024)

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, 2024g).

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, 2024g). Nesse sentido, Oliveira, Madeira e Paz (2021) 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, 2024g).

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.

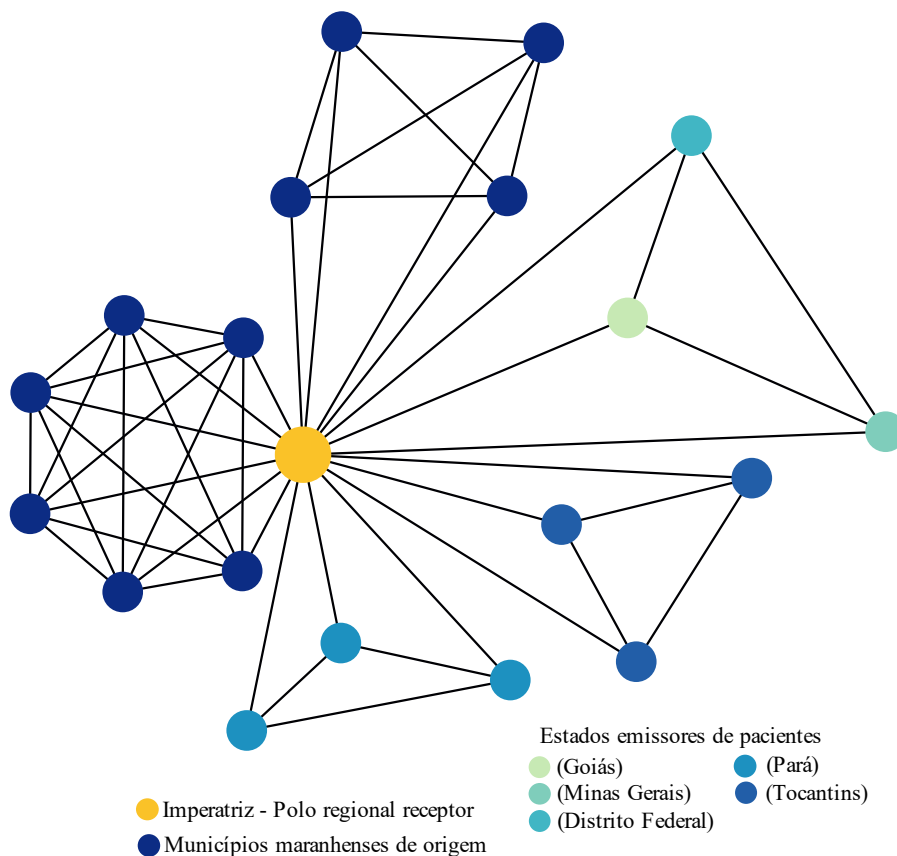
Os índices de letalidade elevadas em municípios pequenos e intermediários revelam o custo humano da seletividade territorial e a incapacidade do sistema em garantir o cuidado adequado em escala regional, sobretudo em contextos de crise. A desigualdade na sobrevivência frente à infecção é, assim, uma 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 *et al.*, 2021).

Os fluxos de internação por Covid-19 direcionados ao município de Imperatriz são representados de maneira relacional e sintética na Figura 62. 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, 2025c).

Figura 62 – Complexidade dos fluxos hospitalares dirigidos a Imperatriz durante a pandemia de Covid-19



Fonte: DataSUS/SIHSUS (Brasil, 2025c). Elaborado pela autora (2025)

A rede acima 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, 2025c). 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, 2025c).

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, 2025c).

A Tabela 5, a seguir, apresenta dados quantitativos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, o SIH/SUS (Brasil, 2025c), 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, 2025c).

Tabela 5 – 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, 2025c). Elaborado pela autora (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, 2025c).

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, 2025c). 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 6) 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, 2025c; Oliveira *et al.*, 2025).

Tabela 6 – 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, 2025c). Elaborado pela autora (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, 2025c). 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, 2025c; 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, 2025c). Esse cenário de contratos explicita como a fluidez regional da saúde continua a se organizar de forma seletiva, conforme tabela 7 abaixo.

Tabela 7 – 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, 2025c). Elaborado pela autora (2025)

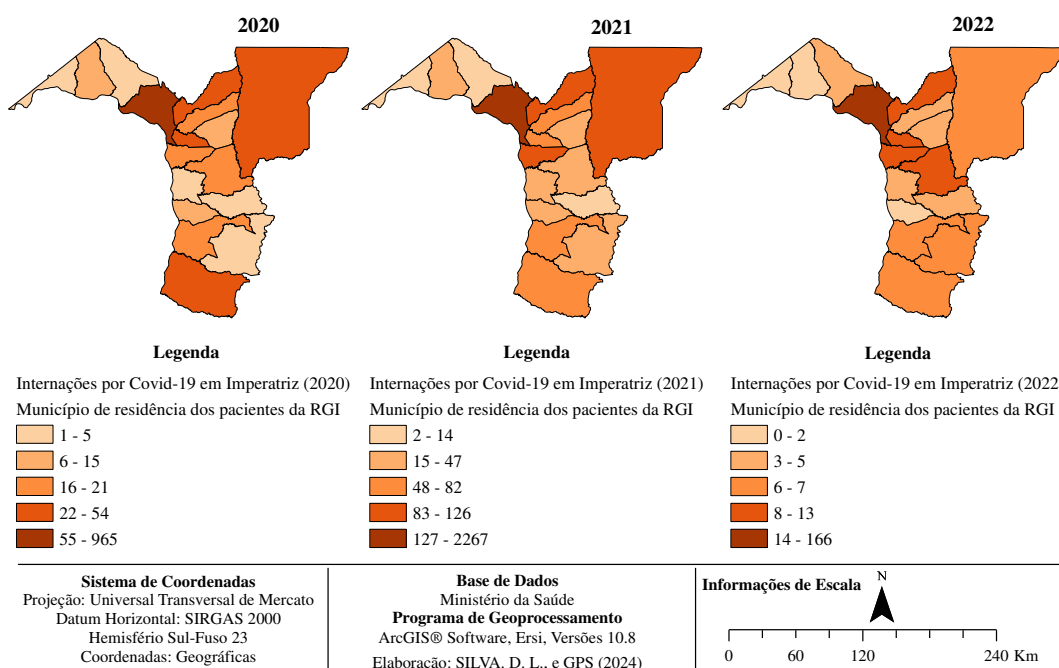
É importante destacar a manutenção da dependência dos municípios da RGII em relação ao atendimento hospitalar centralizado em Imperatriz, que respondeu por 30% das internações, uma proporção que, embora tenha diminuído em termos absolutos, manteve-se estável em comparação com o ano anterior. A participação 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, 2025c). 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, 2025c).

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 63) (Brasil, 2025c). 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, 2025c).

Figura 63 - Internações por Covid-19 em Imperatriz (2020-2022), segundo município de residência na RGII



Fonte: DataSUS/SIHSUS (Brasil, 2025c)

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, 2023a).

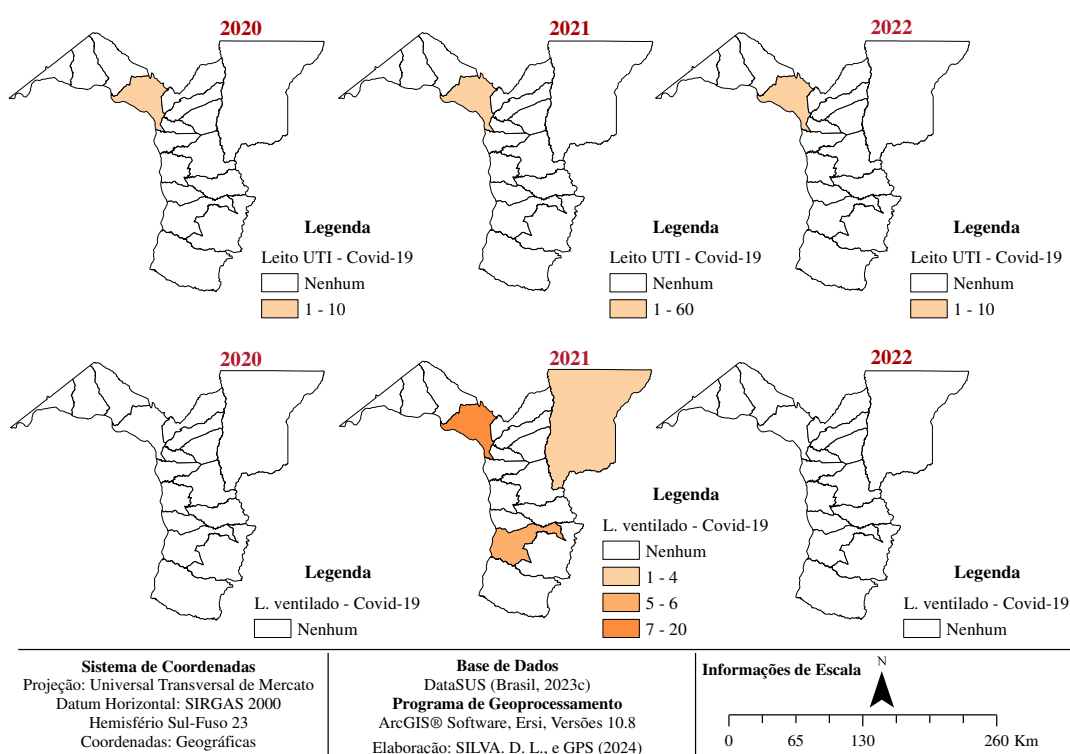
Geograficamente, os mapas indicam a persistência de padrões de dependência espacial diferenciada, Estreito, Governador Edison Lobão, Amarante, João Lisboa e Davinópolis mantiveram participação expressiva ao longo de todo o período. Em contrapartida, áreas como São Pedro da Água Branca e Vila Nova dos 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, 2025c).

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 64, 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, 2025c).

Figura 64 – Leitos de UTI Covid-19 e leitos com suporte ventilatório pulmonar na RGII (2020-2022)



Fonte: DataSUS (Brasil, 2023c) e IBGE (2022). Elaborado pela autora (2024)

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, 2023c), conforme se observa na Figura 64, 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, 2025c).

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, 2025c).

5 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, 2023b). 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, 2023a). 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 *et al.*, 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 *et al.*, 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, 2023a).

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.
- ANDERSON, B. **Comunidades imaginadas**: reflexões sobre a origem e a difusão do nacionalismo. São Paulo: Companhia das Letras, 1983.
- ANDRADE, M. C. **A terra e o homem no Nordeste**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- ANDRADE, M. C. Territorialidades, desterritorialidades, novas territorialidades. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (org.). **Território**: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994.
- 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.

ANS. Planos de saúde. In: ANS. **ANS TABNET**: informações em saúde complementar. Brasília: ANS, 2024c. Disponível em: www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_pl.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.scielo.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.

ARROYO, M. **A dinâmica territorial do capitalismo global**. São Paulo: Editora Unesp, 2001.

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.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. **Planos e seguros de saúde**: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Editora Unesp, 2010. Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BAUMAN, Z. **Globalização**: as consequências humanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BECKER, B. K. **Geopolítica da Amazônia**. São Paulo: Edusp, 1995.

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.

BRAGA, R. **Privatização e neoliberalismo no Brasil**. Campinas: Editora Unicamp, 2000.

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/Constituicao.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/111107.htm. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos. **Painel de Preços**: análise de materiais. Brasília: MGI, 2025a. Disponível em: <https://paineldeprecos.planejamento.gov.br/analise-materiais>. Acesso em: 5 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de Preços em Saúde – BPS**. Brasília: MS, 2025b. Disponível em: <https://bps.saude.gov.br/>. Acesso em: 5 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Estabelecimentos de saúde segundo habilitação**. Brasília: MS, 2023c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/habbr.def>. Acesso em: 6 fev. 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, 2025c. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&submenu=1>. Acesso em: jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipamentos. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024f. Disponível em: <https://elasticnes.saude.gov.br/equipamentos>. Acesso em: 29 nov. 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, 2024g. 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, 2025d. 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 210, de 15 de fevereiro de 2022. Atualiza as diretrizes para organização da atenção especializada em cardiologia de alta complexidade no SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 fev. 2022.

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. 2017c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 8 out. 2024.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 895, de 31 de março de 2017**. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva [...]. Brasília: MS, 2017.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/bvsms-upload-hci/saudelegis/gm/2017/prt0895_26_04_2017.html. Acesso em: 15 jul. 2025.

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 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. Profissionais/Equipes. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024e. Disponível em: <https://elasticnes.saude.gov.br/profissionais>. Acesso em: 29 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Organizações Sociais no SUS**: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

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/aceso-a-informacao/siops/indicadores>. Acesso em: 30 out. 2024.

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, 2023d. 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/acesoPublico/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/acesoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>. Acesso em: 29 out. 2024.

CARNEIRO, F. **Desigualdade regional e desenvolvimento econômico**. São Paulo: Hucitec, 2002.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTELO BRANCO, S. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): princípios e diretrizes**. Brasília: UNA-SUS, 2019.

CATELAN, M. J. **Heterarquia urbana: interações espaciais interescares 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.

COELHO NETO, A. S. Componentes definidores do conceito de território: a multiescalaridade, a multidimensionalidade e a relação espaço poder. **GEOgraphia**, Niterói, v. 15, n. 29, p. 23-52, 2013.

CORREIA, R. L. **Espaço, tempo e capital: as novas configurações**. São Paulo: Contexto, 1995.

CORREIA, R. L. **Estudos sobre a rede urbana**. São Paulo: Bertrand Brasil, 2006.

COSTA, B. P. O espaço social, os sujeitos e as múltiplas microterritorializações urbanas. In: PEREIRA, S. R.; COSTA, B. P.; SOUZA, E. C. (org.). **Teorias e práticas territoriais: análises espaço-temporais**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 99-114.

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.

ESCOBAR, A. **Territórios de diferença: lugar, movimentos, vida, redes**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

FARIA, R.M; BORTOLOZZI A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da Saúde no Brasil. **Rev RA'E GA – O Espaço Geográfico em Análise** 2009; 17:31-41.

FERNANDES, M. de O. O conceito de território: reflexões conceituais e os enfoques na geografia contemporânea. **Revista de Geografia (UFPE)**, Recife, v. 29, n. 2, p. 136-152, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistageografia/article/view/228967/23375>. Acesso em: 8 jul. 2025.

- FERREIRA, D. da S. Território, territorialidade e seus múltiplos enfoques na ciência geográfica. **Revista Campo-Território**, Uberlândia, v. 9, n. 17, p. 111-135, abr. 2014. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/campoterritorio/article/view/19883>. Acesso em: 31 out. 2024.
- FINATTI, R.; SPOSITO, M. E. B. Produção do espaço urbano e fluidez territorial: análise das escolhas locacionais associadas ao condomínio empresarial Techno Park Campinas. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 12, n. 2, p. 75-86, 2010. Disponível em: <https://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/view/254>. 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.
- FUINI, L. L. Construções teóricas sobre o território e sua transição: a contribuição da Geografia brasileira. **Cuadernos de Geografia**: Revista Colombiana de Geografía, Bogotá, v. 26, n. 1, p. 221-242, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcdg/v26n1/v26n1a15.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2025.
- FUINI, L. L. Teorias sobre território na Geografia brasileira. In: SPOSITO, E. S.; CLAUDINO, G. dos S. (org.). **Teorias na Geografia**: avaliação crítica do pensamento geográfico. Rio de Janeiro: Consequência, 2020. p. 199-243.
- FUINI, L. L. Território e geografia no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Formação**, Presidente Prudente, v. 1, n. 21, p. 3-20, 2014. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/formacao/article/view/2661>. Acesso em: 8 jul. 2025.
- 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.
- GOTTMANN, J. A evolução do conceito de território. **Boletim Campineiro de Geografia**, Campinas, v. 2, n. 3, p. 523-545, 2012. Disponível em: <https://publicacoes.agb.org.br/boletim-campineiro/article/view/2458>. Acesso em: 31 out. 2024.
- 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.

HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território. *In*: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. (org.). **Território e desenvolvimento**: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: Editora da Unioeste, 2004a. p. 87-120.

HAESBAERT, R. **Des-territorialização e identidade**: a rede “gaúcha” no Nordeste. Niterói: EDUFF, 1997.

HAESBAERT, R. Identidades territoriais: entre a multiterritorialidade e a reclusão territorial. *In*: ARAÚJO, F. G.; HAESBAERT, R. (org.). **Identidade e territórios**: questões e olhares contemporâneos. Rio de Janeiro: ACCSS, 2007a. p. 93-123.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004b.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia**, Niterói, v. 9, n. 17, p. 19-44, mar. 2007b. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13531>. Acesso em: 31 out. 2024.

HARVEY, D. **A brief history of neoliberalism**. New York: Oxford University Press, 2005a.

HARVEY, D. **A produção capitalista do espaço**. São Paulo: Annablume, 2005b.

HARVEY, D. **Breve história do neoliberalismo**. São Paulo: Edições Loyola, 2007a.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 2005c.

HARVEY, D. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2007b.

HARVEY, D. **O neoliberalismo**: história e implicações. São Paulo: Loyola, 2004a.

HARVEY, D. **O novo imperialismo**. São Paulo: Loyola, 2004b.

HARVEY, D. **Rebel cities**: from the right to the city to the urban revolution. New York: Verso, 2012.

HARVEY, D. **Spaces of capital**: towards a critical geography. New York: Routledge, 2001.

HARVEY, D. **The limits to capital**. London: Verso, 2005d.

HARVEY, D. **The new imperialism**. Oxford: Oxford University Press, 2003.
https://www.mpma.mp.br/arquivos/COCOM/arquivos/RESOLUCAO_CIBMA_44_2011.pdf.
Acesso em: 20 ago. 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.

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 Geografia. Cidades. Produto Interno Bruto dos municípios: 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 05 ago. 2023.

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.

JONES, P.; ALLEN, T. **Governance and regulation of corporate relocations**. London: Routledge, 2018.

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.

LEFEBVRE, H. **A produção do espaço**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

LEMOS, C. **Globalização e reestruturação produtiva**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

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.

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.

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.

MARTINUCCI, 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.

MASSEY, D. **For space**. London: Sage Publications, 2008.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

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.

MERCADANTE, O. A. (coord.). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 236-313.

MORAES, A. C. R. **Geografia: pequena história crítica**. São Paulo: Annablume, 2007.

MOREIRA, R. **O pensamento geográfico brasileiro: vol. 3: as matrizes brasileiras**. São Paulo: Editora Contexto, 2010.

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. Desigualdades espaciais e difusão de Covid-19 na região Tocantina do Maranhão, Brasil. **Revista Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v. 24, n. 92, p. 211-225, abr. 2023a. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/download/63461/35919>. 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, 2023b. 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.

PINTO, J. **O impacto da globalização nas economias emergentes**. Lisboa: Presença, 2002.

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.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1009-1019/pt>. Acesso em: 18 out. 2023.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RAMIRES, M. **A hierarquia dos serviços de saúde e a atenção primária**. Editora ABC, 2007.

RATZEL, F. El territorio, la sociedad y el Estado. In: MENDONZA, J. G.; JIMÉNEZ, J. M.; CANTERO, N. O. (org.). **El pensamiento geográfico**. Madrid: Alianza Editorial, 1982. p. 193-203.

RENAN, E. **O que é uma nação?** Lisboa: Relógio D'Água, 1882.

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.

RIBEIRO, L. C. Q. **O capital e as cidades: globalização, urbanização e sustentabilidade**. São Paulo: EDUSC, 2001.

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/ateli/article/view/39794/24603>. Acesso em: 12 nov. 2024.

SACHS, I. **Caminhos para o desenvolvimento sustentável**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

SACHS, W. **Environment and human rights**. London: Zed Books, 2005.

SANTOS, A. L. dos; MANZANO, M.; KREIN, A. Heterogeneidade da distribuição dos profissionais de saúde no Brasil e a pandemia Covid-19. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 28, p. 197-219, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=560367>. Acesso em: 28 out. 2023.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1985.

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. **Técnica, espaço, tempo**. São Paulo: Hucitec, 1994b.

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.

SAQUET, M. A. **Abordagens e concepções de território**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

SAQUET, M. A. As diferentes abordagens do território e a apreensão do movimento e da (i)materialidade. **Geosul**, Florianópolis, v. 22, n. 43, p. 55-76, jan./jun. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/geosul/article/view/12646>. Acesso em: 31 out. 2024.

SAQUET, M. A. Por uma abordagem territorial. In: SAQUET, M. A; SPOSITO, E. S. (org.). **Território e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 73-94.

SASSEN, S. **As cidades na economia mundial**. São Paulo: Studio Nobel, 1998b.

SASSEN, S. **Cidades globais**: Nova York, Londres, Tóquio. São Paulo: Paz e Terra, 1998c.

SASSEN, S. **Globalization and its discontents**. New York: New Press, 1998a.

SCHEFFER, M. C. (org.). **Demografia médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP: AMB, 2023.

SCHERER-WARREN, I. **Movimentos sociais na contemporaneidade**. Petrópolis: Vozes, 2006.

SENNA, M. de C. M.; COSTA, A. M. da; SILVA, L. N. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 121-137, 2010. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/341/299>. Acesso em: 8 jul. 2025.

SILVA, M. S.; SCHMIDT, F. de H.; KLIASS, P. (org.). **Empresas estatais: políticas públicas, governança e desempenho**, 2019.

SILVEIRA, M. L. **Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. São Paulo: Record, 2008.

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. **Geografia e política: territórios de exclusão**. São Paulo: Contexto, 2001.

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.

SILVEIRA, R. L. L. da. Redes e território: uma breve contribuição geográfica ao debate sobre a relação sociedade e tecnologia. **Biblio 3W: Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales**, Barcelona, v. 8, n. 451, 2003. Disponível em: <https://revistes.ub.edu/index.php/b3w/article/view/25443>. Acesso em: 8 jul. 2025.

SIMONDON, G. **Du mode d'existence des objets techniques**. Paris: Aubier, 1989.
Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 64, p. 77, 3 abr. 2017b.

SMITH, N. **Geografia do desenvolvimento desigual**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988.

SMITH, N. **The new urban frontier**: gentrification and the revanchist city. London: Routledge, 1996.

SOUSA, R. S. **Uma investigação sobre as teorias de cidade mundial, cidade global, cidade pós-moderna e sua relação com a cidade de São Paulo**. 2008. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

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.

SOUZA, M. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, L. R. **Geografia: conceitos e temas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. p. 77-116.

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.

STÜRMER, A. B.; COSTA, B. P. da. Território: aproximações a um conceito-chave da geografia. **Geografia Ensino & Pesquisa**, Santa Maria, v. 21, n. 3, p. 50-60, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/geografia/article/view/26693/pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

TERRA, A. Evolução histórica da categoria geográfica território e a sua atual multiplicidade interpretativa. **Caderno Prudentino de Geografia**, v. 1, n. 31, p. 17-31, 2009.

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/Hj6QN7mmmKC4Q9SNNt7xRh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 jul. 2025.

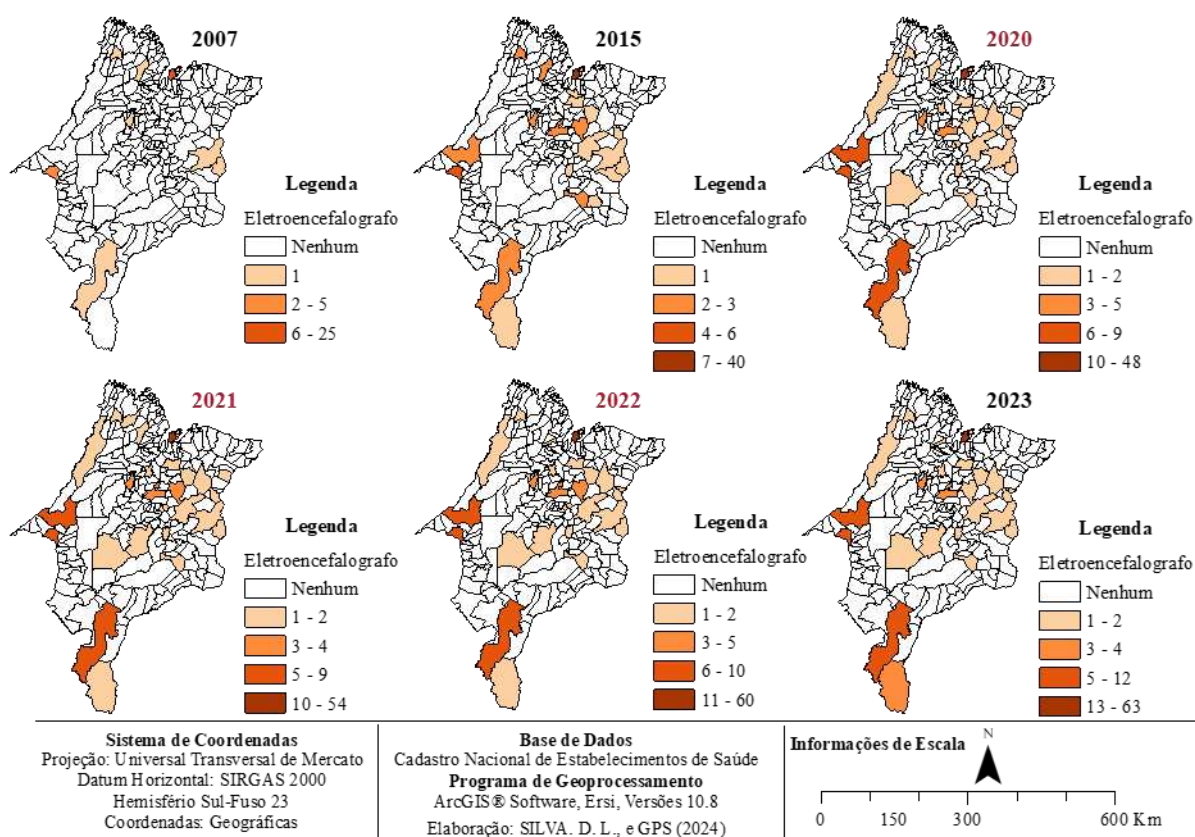
VIANA, A. L. d'A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl., p. 225-264, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nTcQ6D5BjBMjFVZKvcm7phd/?format=pdf&la>. Acesso em: 10 nov. 2024.

WAHHAB KUCHARSKI, K.; BATTISTI, I. D. E.; FERNANDES, D. M. M.; ANASTÁCIO, Z. F. C Políticas públicas de saúde no Brasil: uma trajetória do Império à criação do SUS. **Revista Contexto & Educação**, Ijuí, v. 37, n. 117, p. 38-49, 2022. Disponível em: www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/12871. Acesso em: 12 nov. 2024.

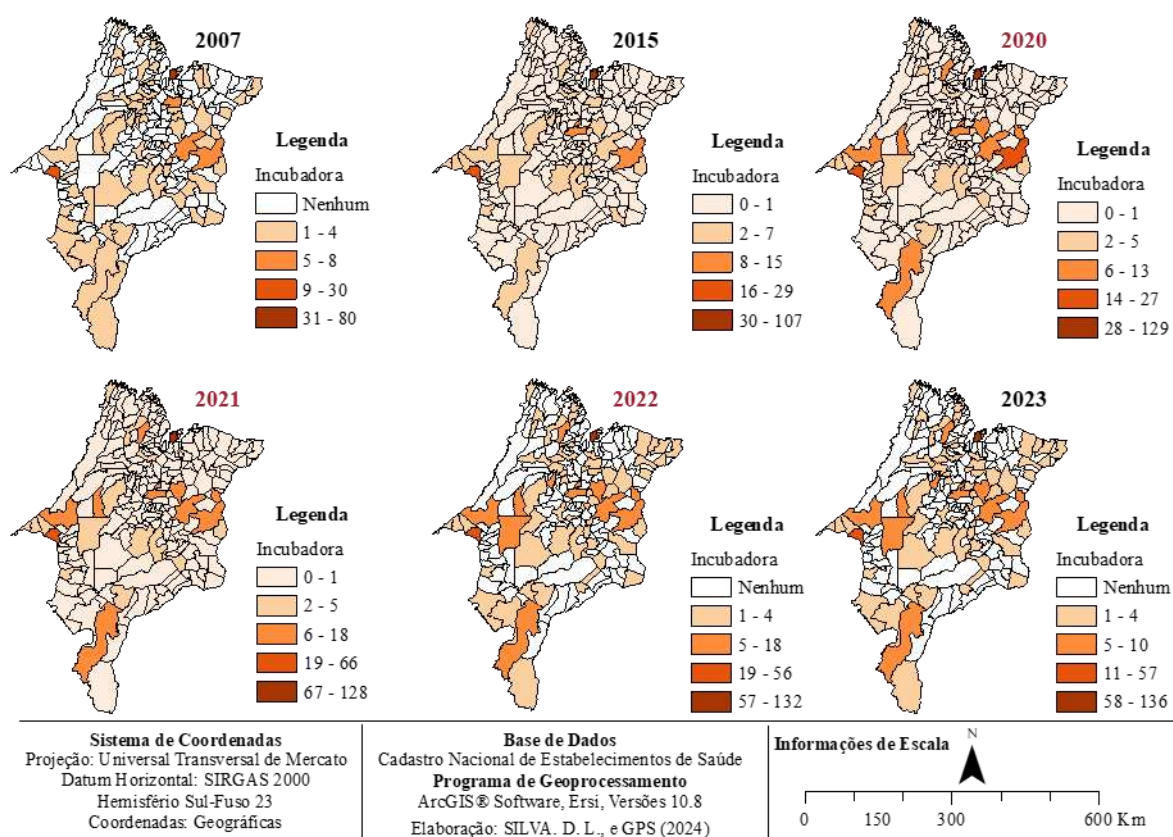
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19)**. Geneva, 9 Aug. 2023. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19)). Acesso em: 12 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008**: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008.

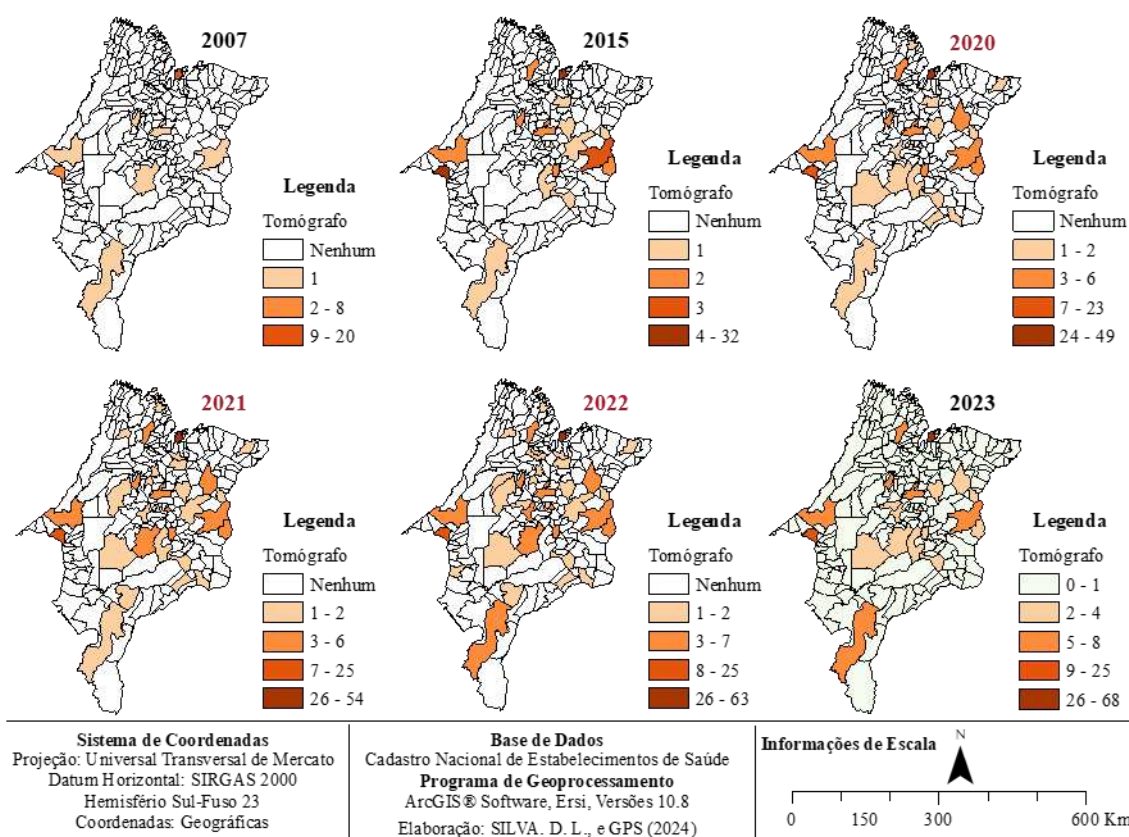
APÊNDICE A – DISTRIBUIÇÃO DE ELETROENCEFALÓGRAFOS



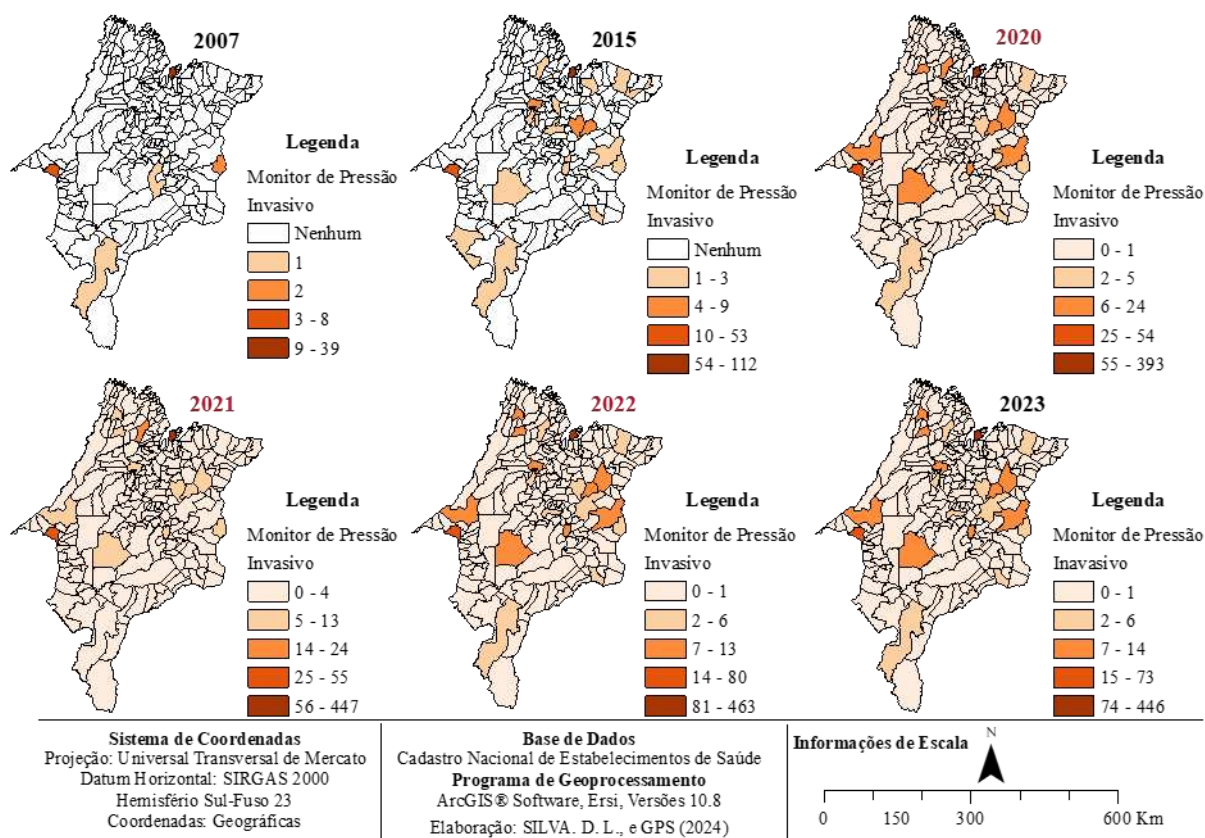
APÊNDICE B – DISTRIBUIÇÃO DE INCUBADORAS



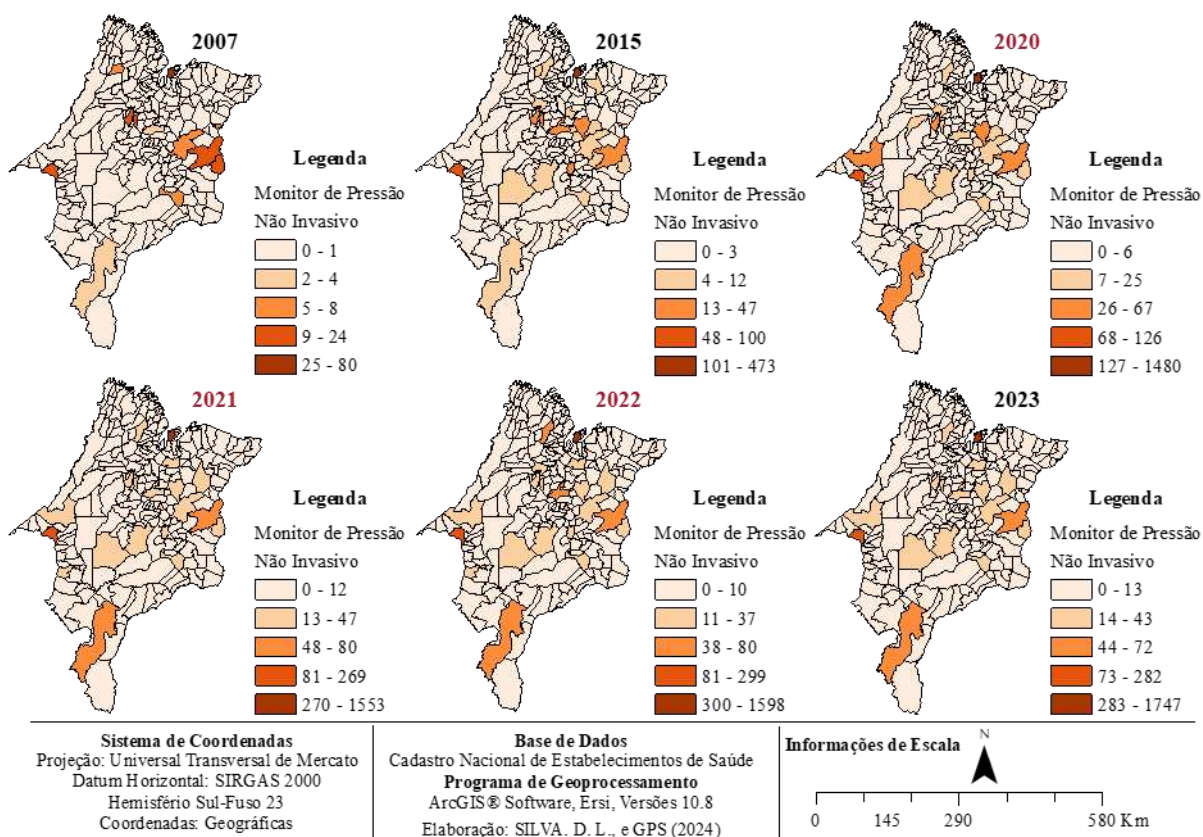
APÊNDICE C – DISTRIBUIÇÃO DE TOMÓGRAFOS



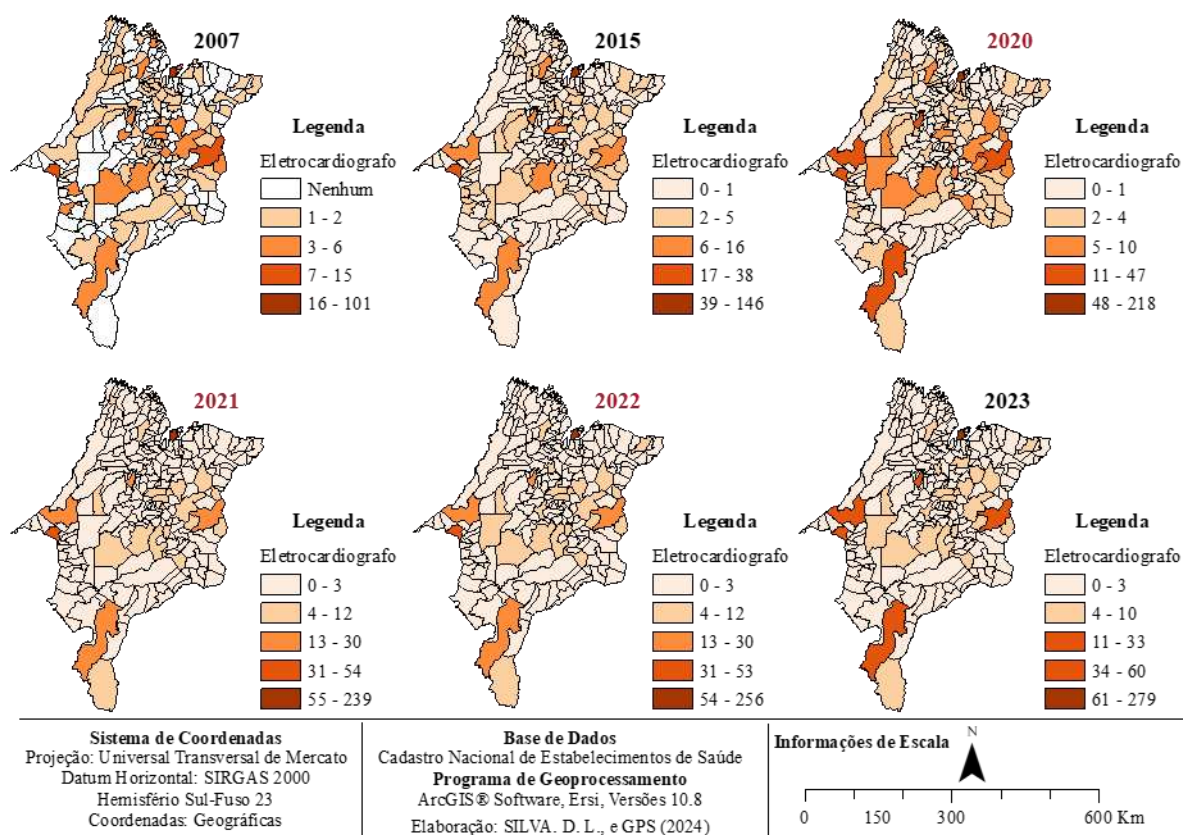
APÊNDICE D – DISTRIBUIÇÃO DE MONITORES DE PRESSÃO INVASIVO



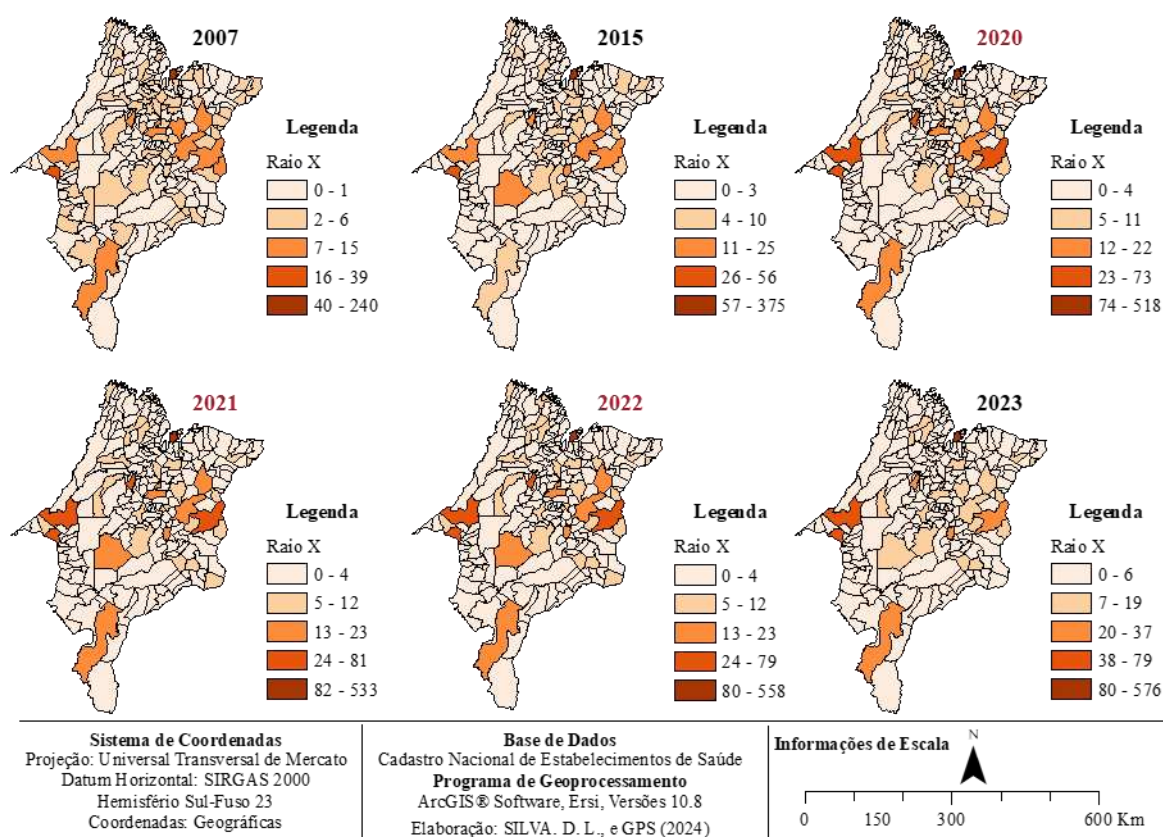
APÊNDICE E – DISTRIBUIÇÃO DE MONITORES DE PRESSÃO NÃO INVASIVO



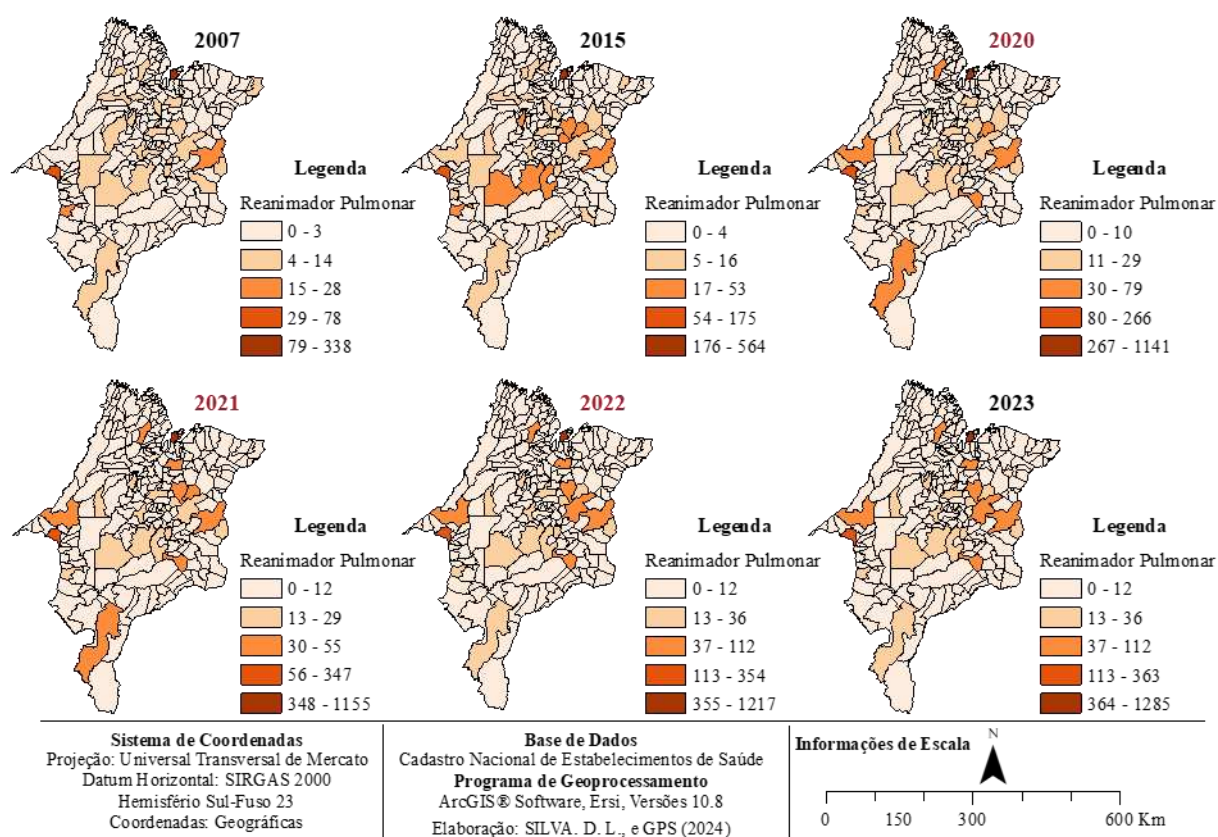
APÊNDICE F – DISTRIBUIÇÃO DE ELETROCARDIOGRAFO



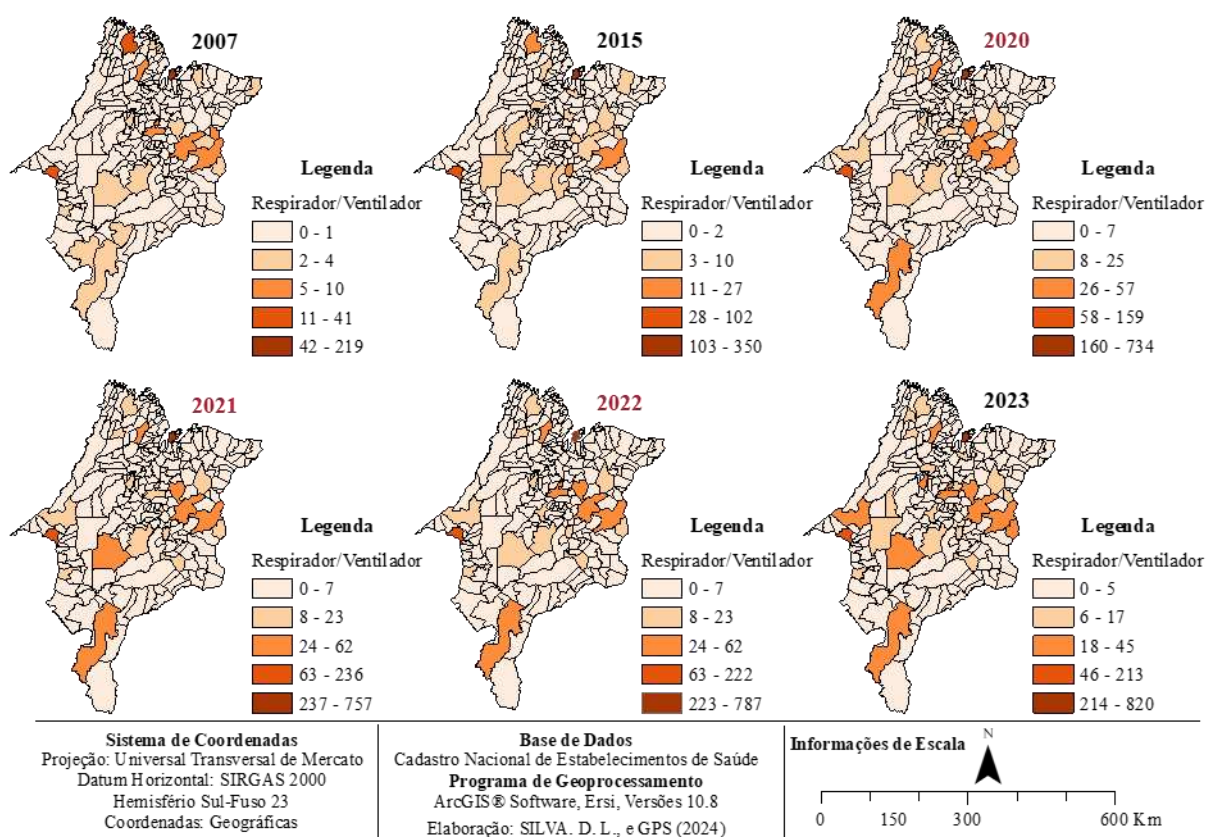
APÊNDICE G – DISTRIBUIÇÃO DE RAIO X



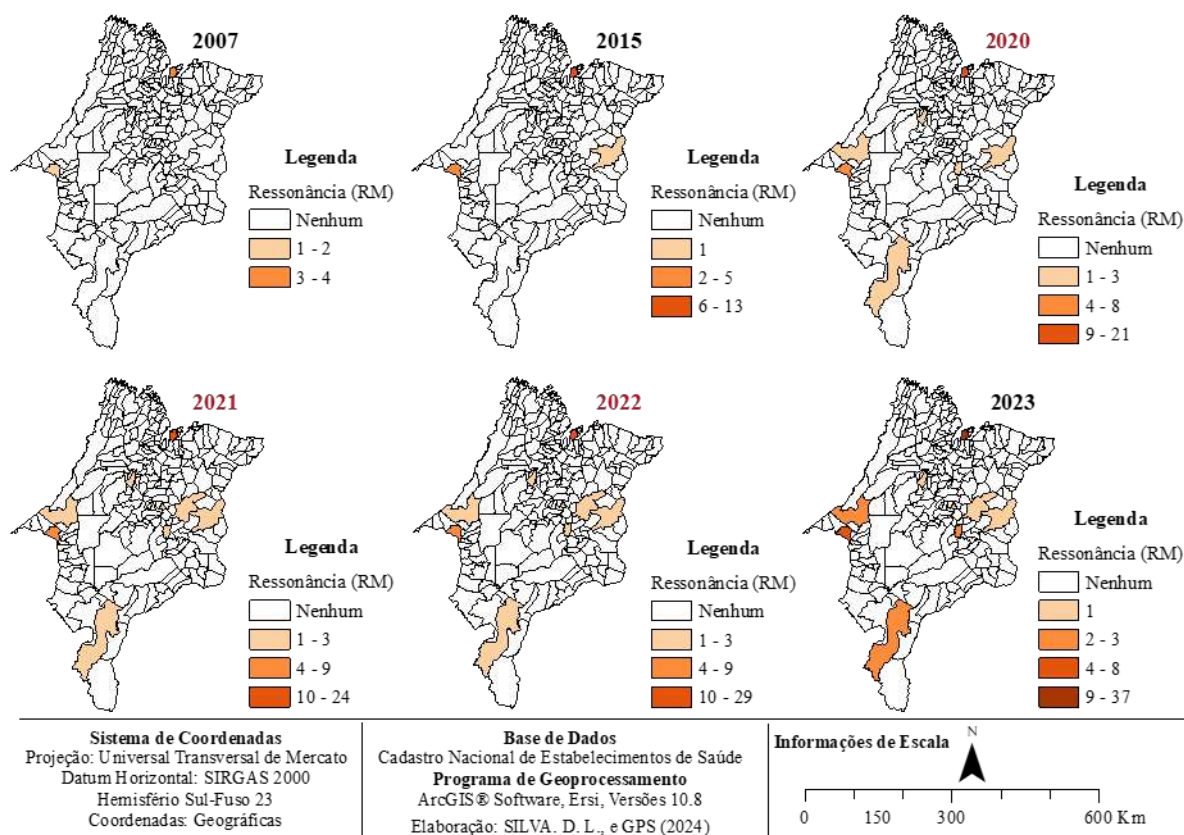
APÊNDICE H – DISTRIBUIÇÃO DE REANIMADOR PULMONAR



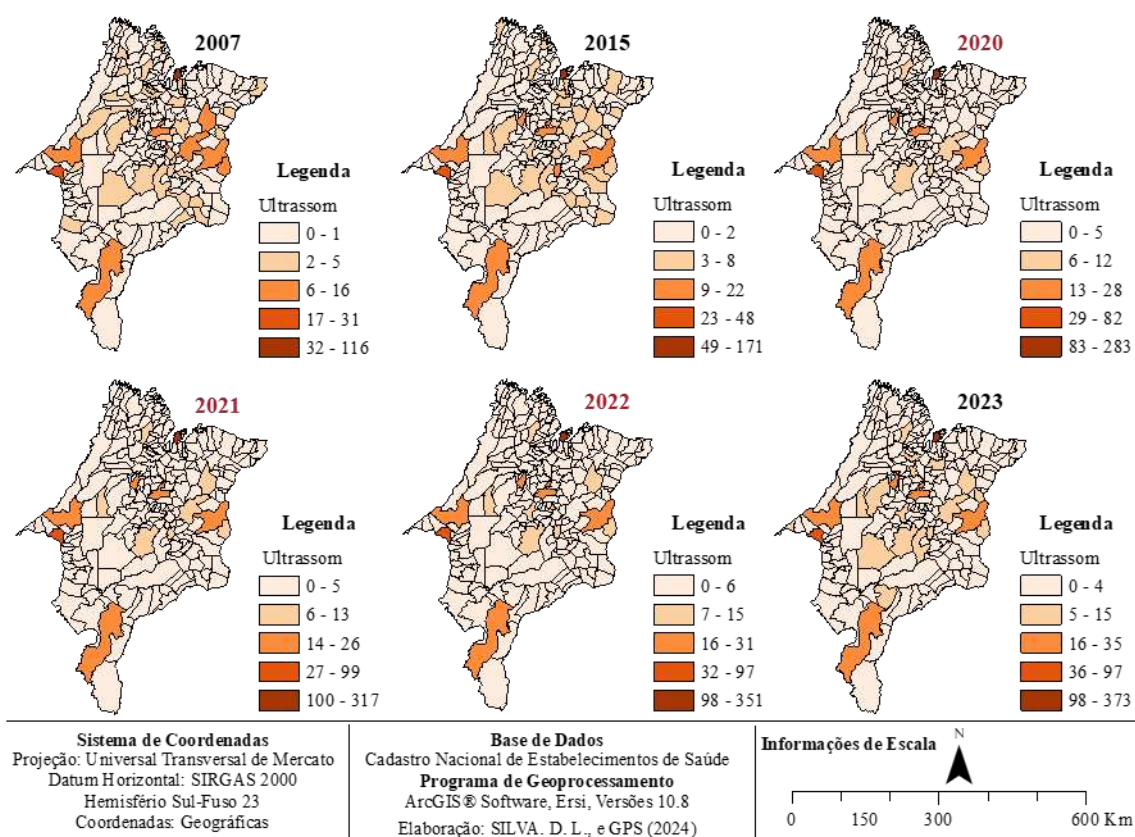
APÊNDICE I – DISTRIBUIÇÃO DE RESPIRADOR/VENTILADOR



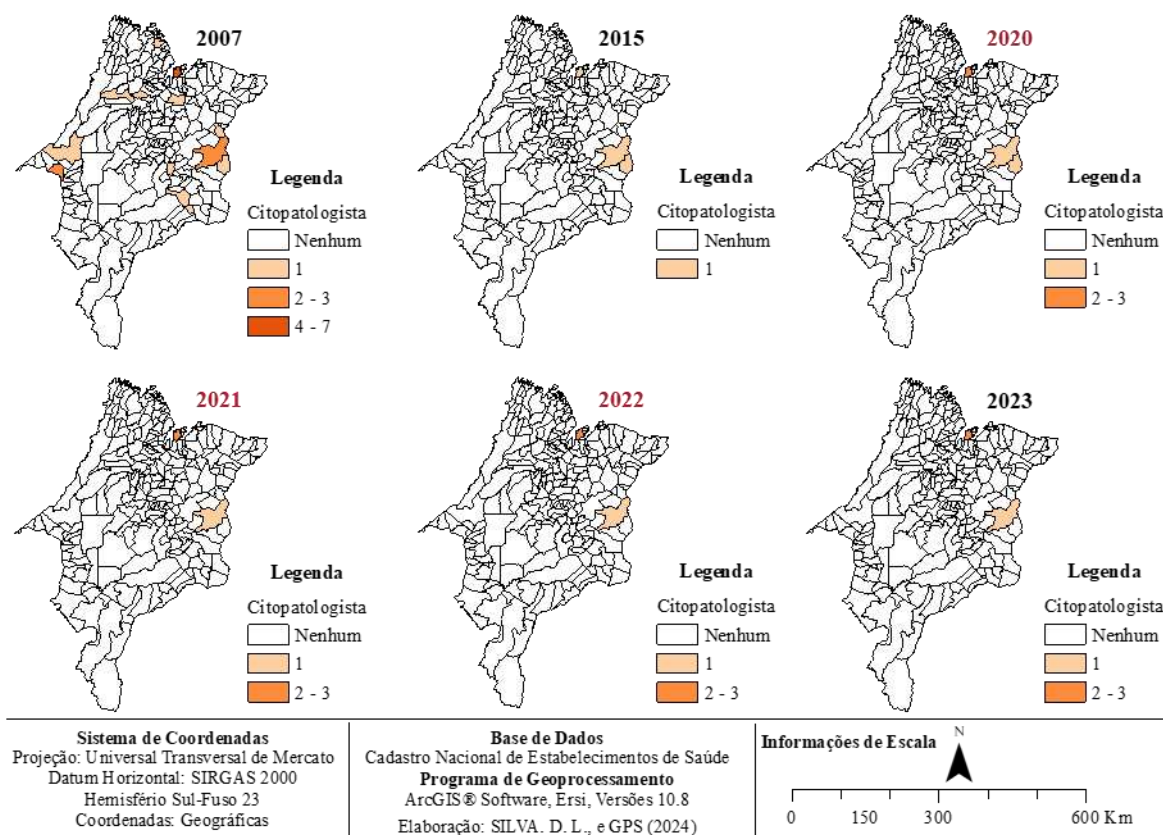
APÊNDICE J – DISTRIBUIÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA



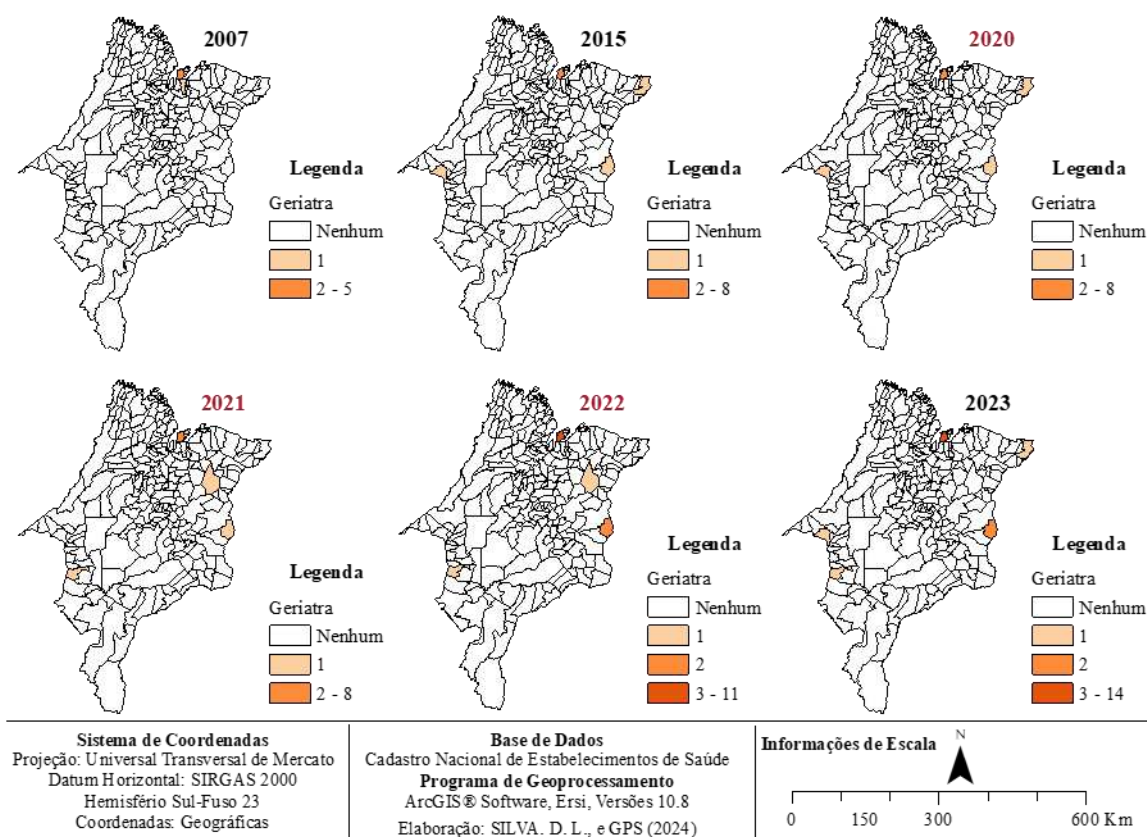
APÊNDICE K – DISTRIBUIÇÃO DE ULTRASSOM



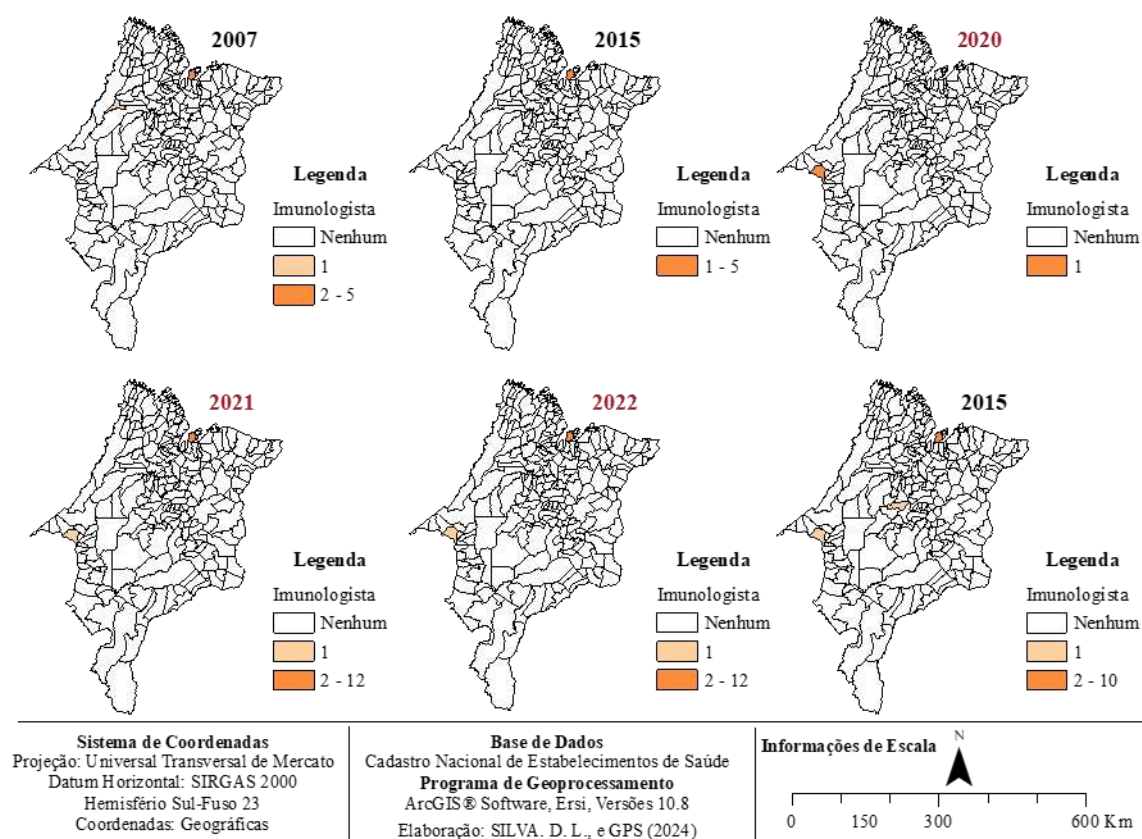
APÊNDICE L – DISTRIBUIÇÃO DE CITOPATOLOGISTAS



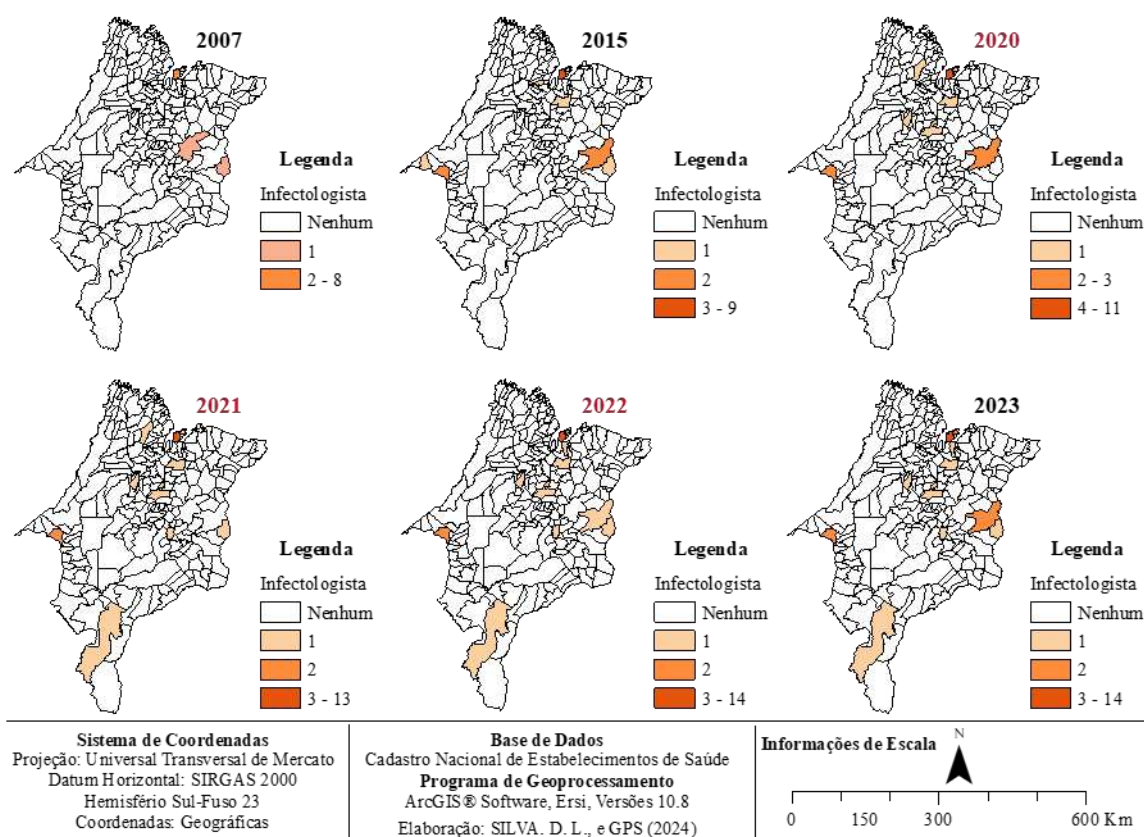
APÊNDICE M – DISTRIBUIÇÃO DE GERIATRAS



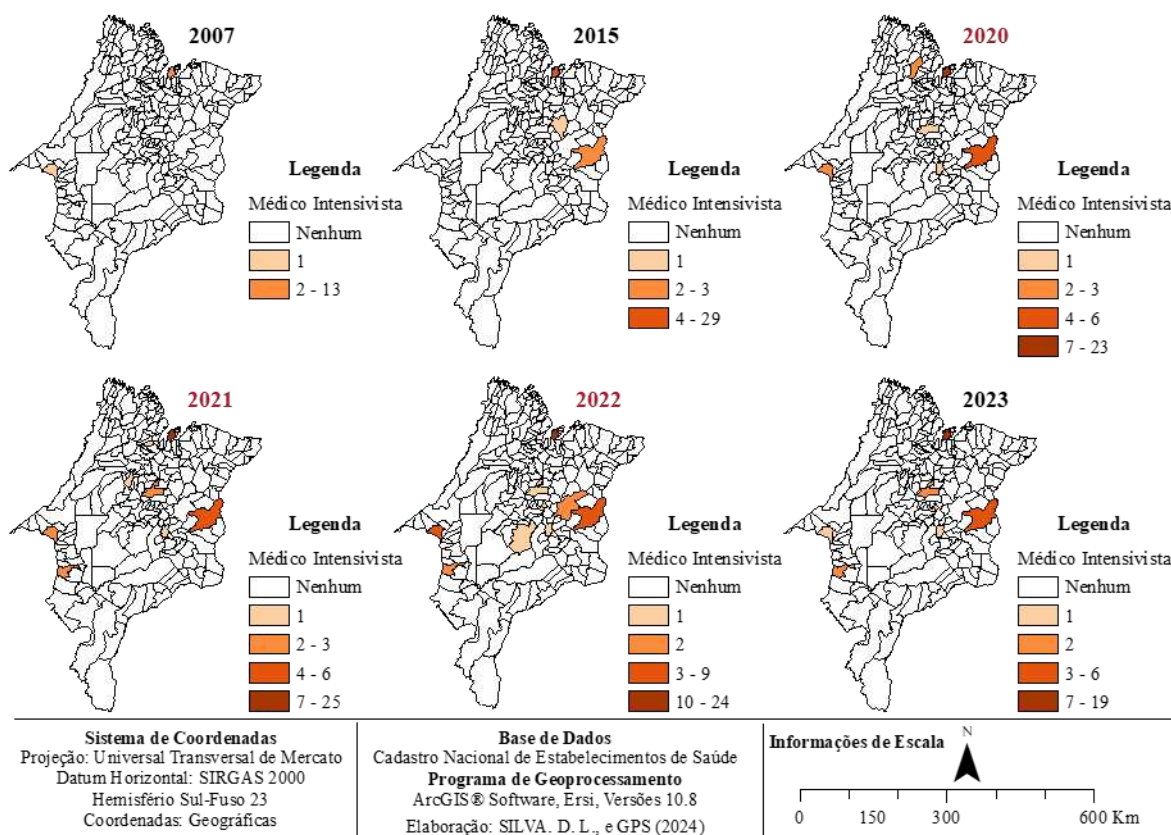
APÊNDICE N – DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOLOGISTAS



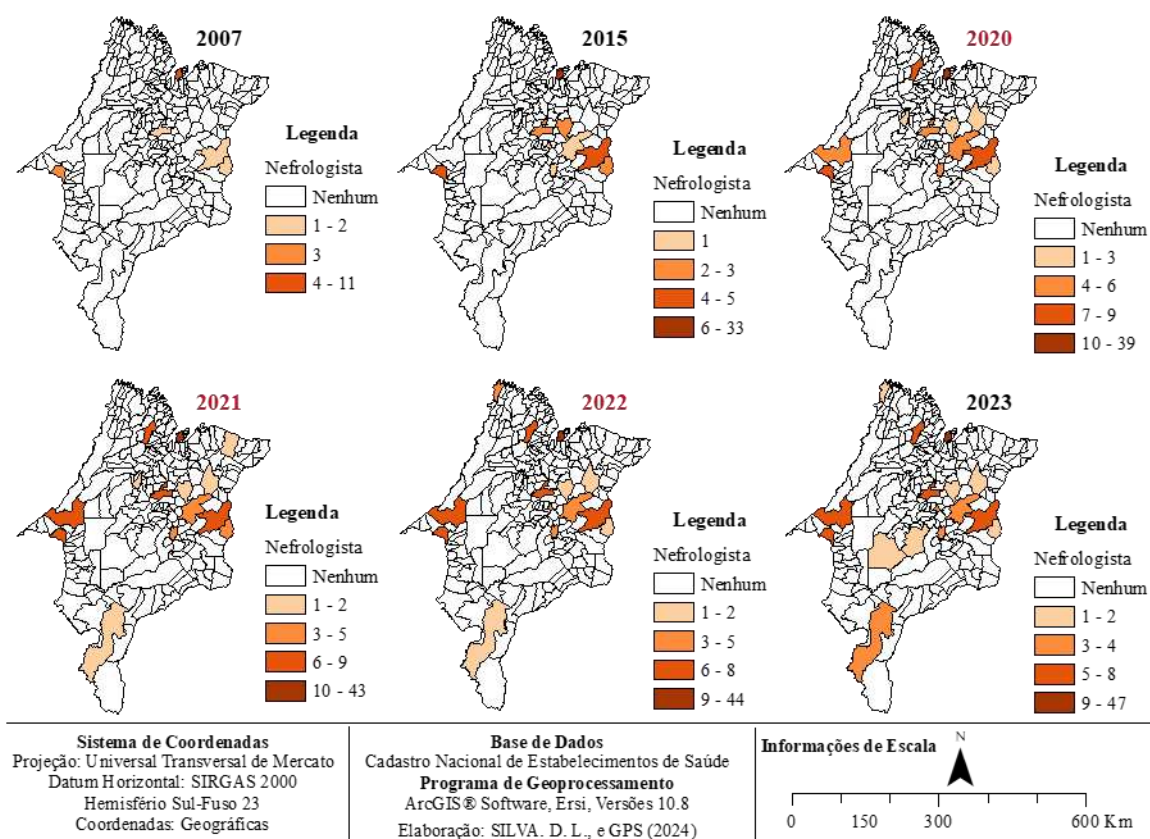
APÊNDICE O – DISTRIBUIÇÃO DE INFECTOLOGISTAS



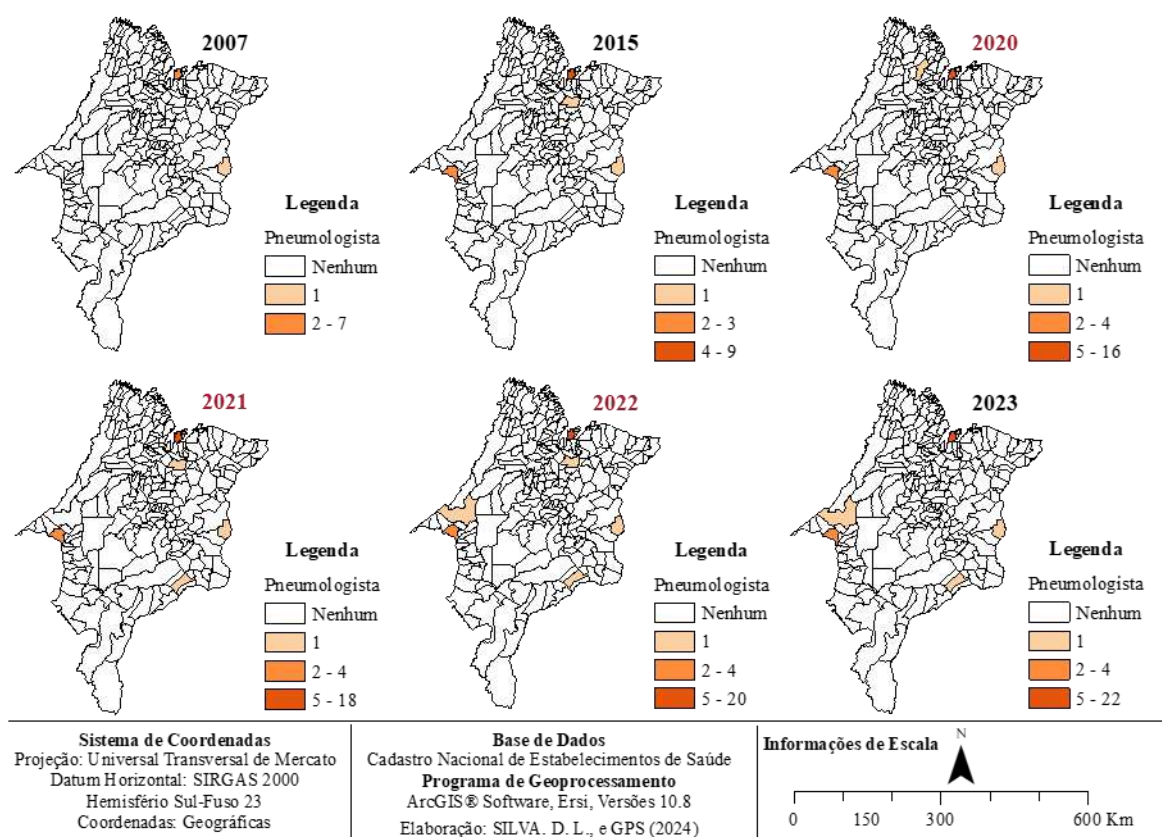
APÊNDICE P – DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS INTENSIVISTAS



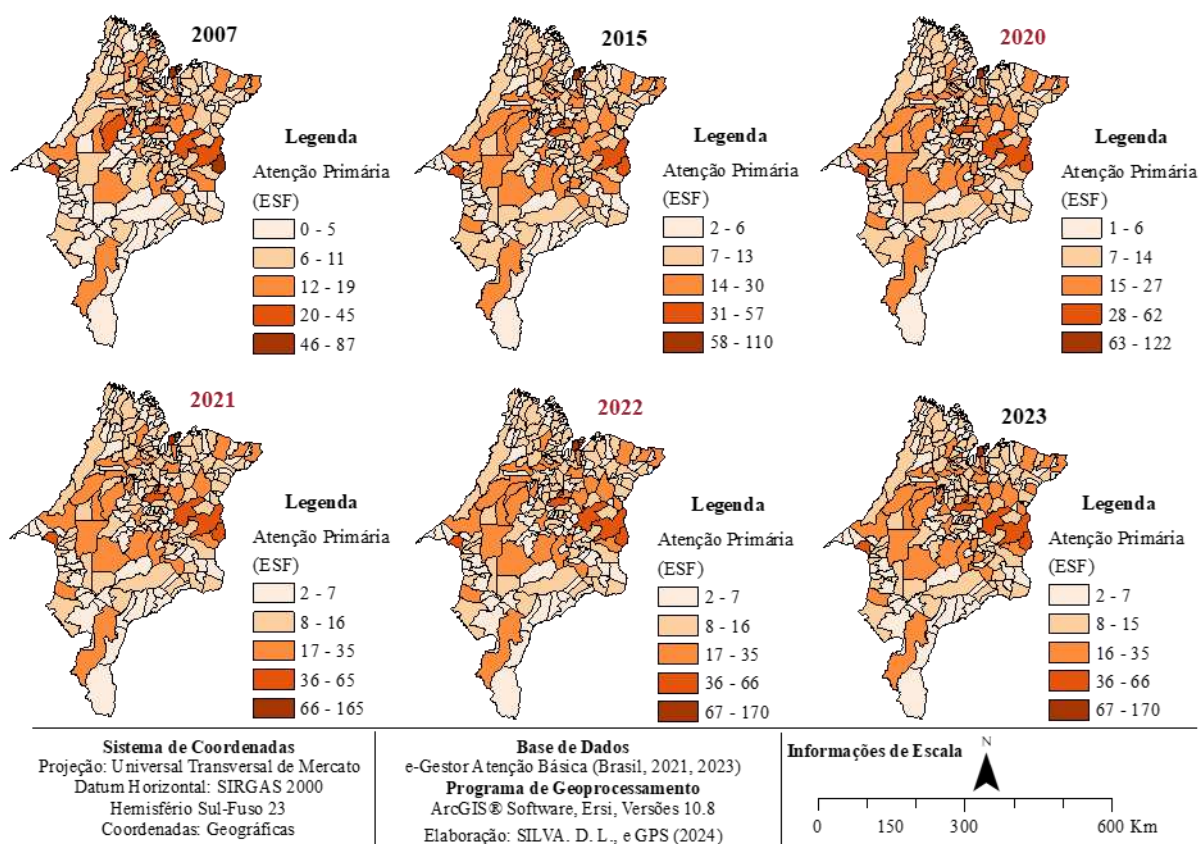
APÊNDICE Q – DISTRIBUIÇÃO DE NEFROLOGISTAS



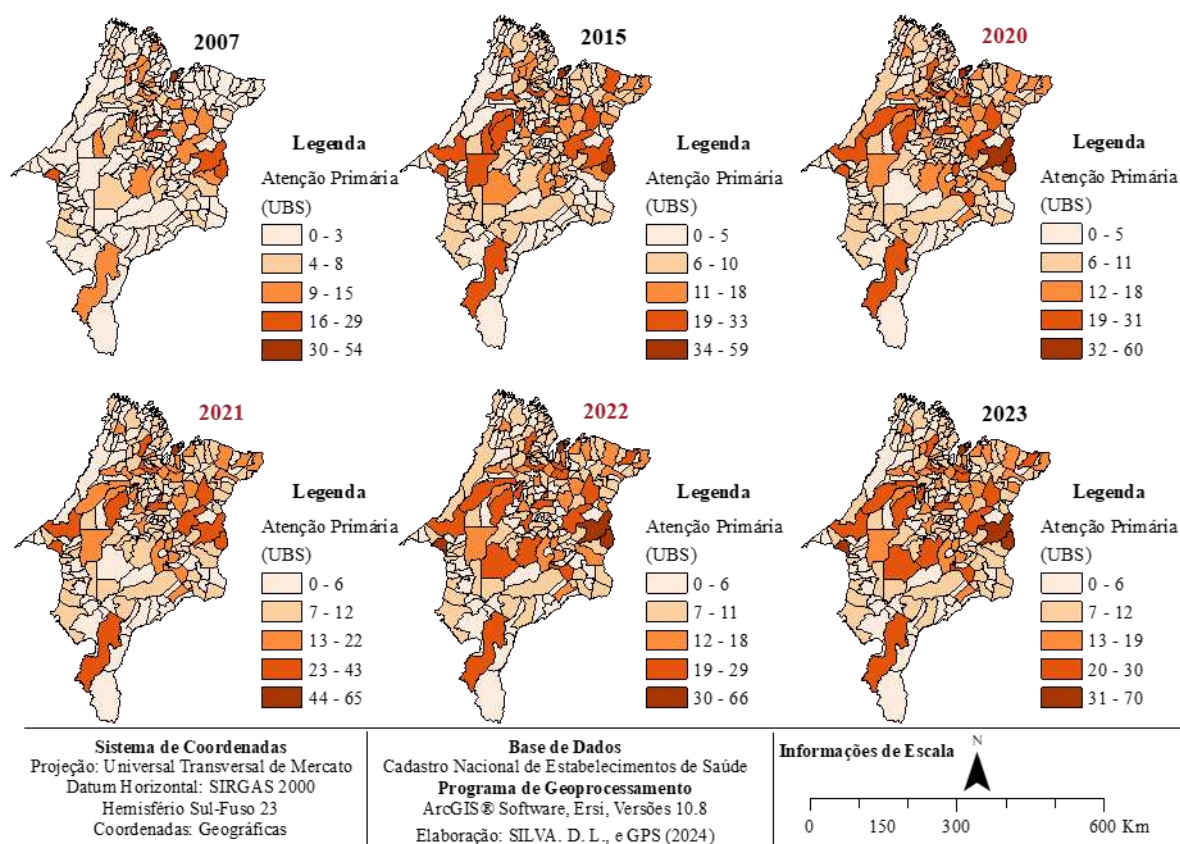
APÊNDICE R – DISTRIBUIÇÃO DE PNEUMOLOGISTAS



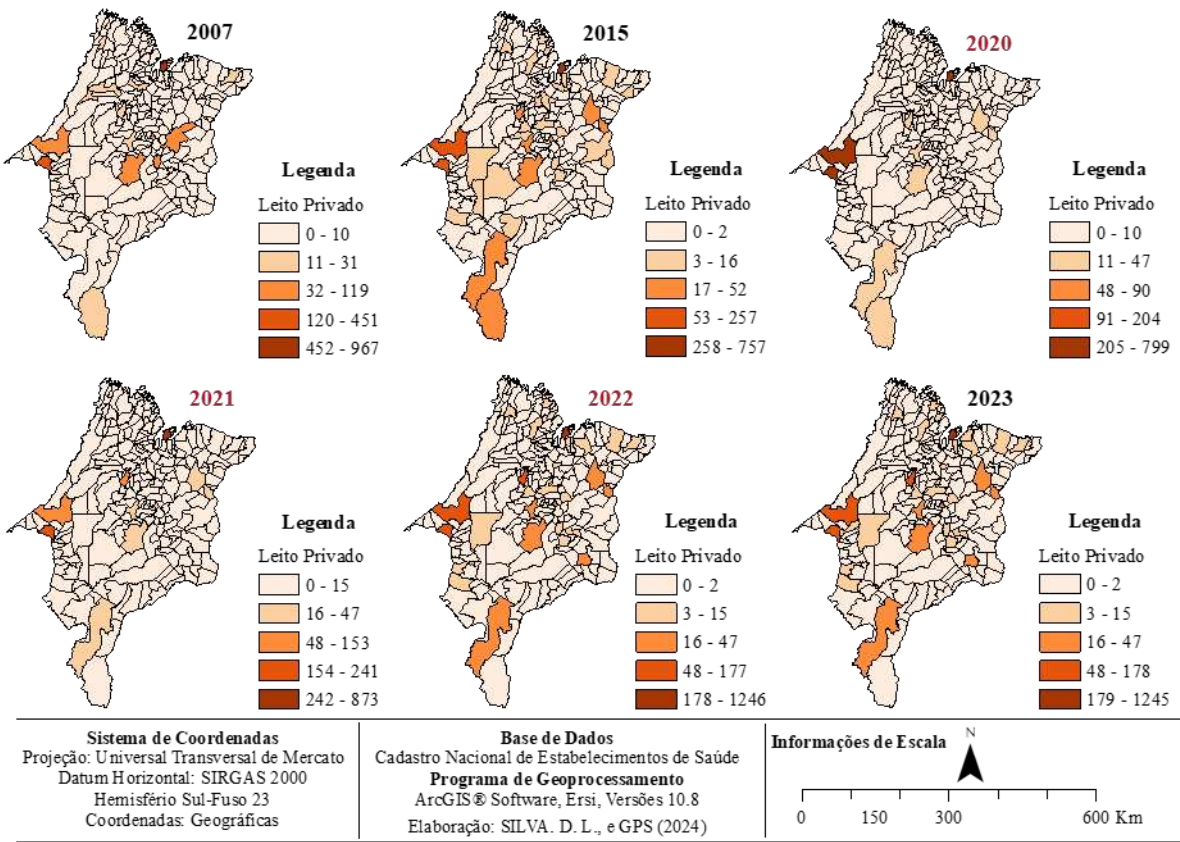
APÊNDICE S – DISTRIBUIÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA



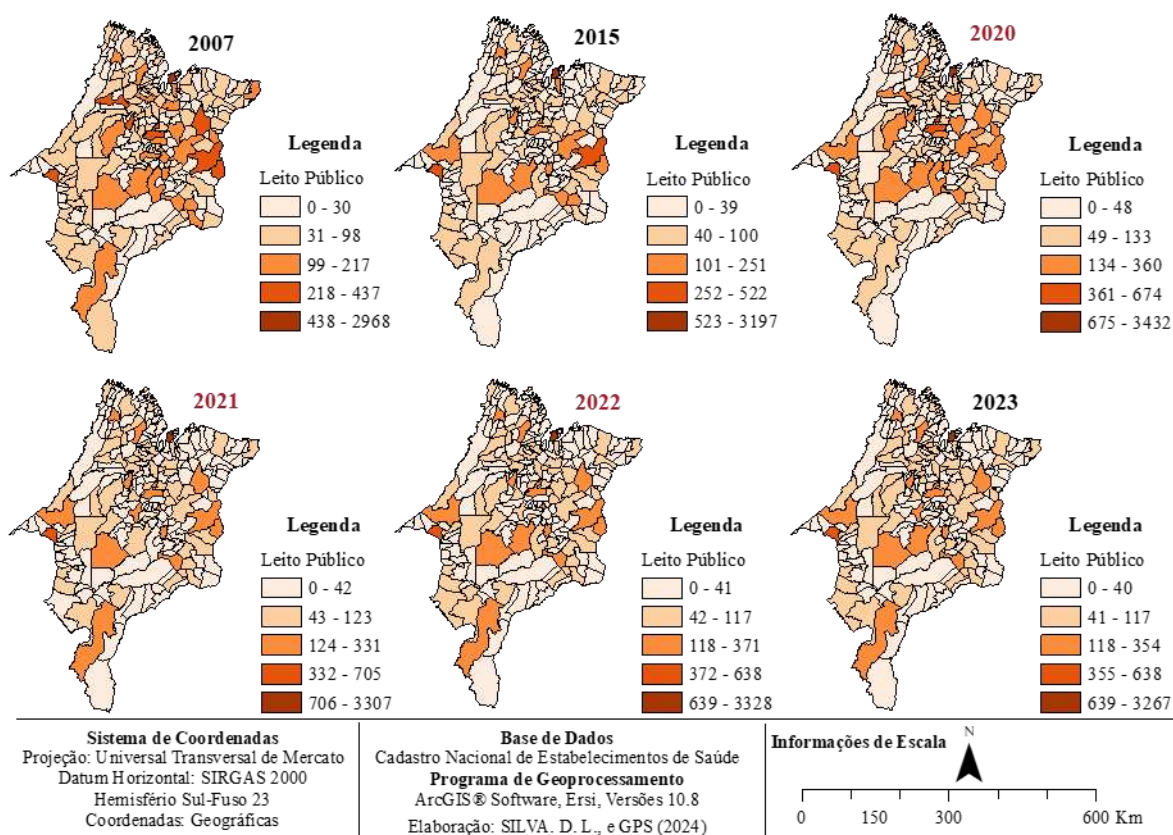
APÊNDICE T – DISTRIBUIÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)



APÊNDICE U – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO PRIVADOS



APÊNDICE V – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO PÚBLICOS



APÊNDICE X – DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO PÚBLICOS E PRIVADOS RGII (2020-2023)

