



MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E URBANO

CAMILA VALVERDE SANTANA GREVE

**DESENVOLVIMENTO, DESIGUALDADE SOCIOESPACIAL E ASSISTÊNCIA À
SAÚDE: UMA ANÁLISE DA INFRAESTRUTURA DE LEITOS HOSPITALARES E
POLÍCLINICAS NO ESTADO DA BAHIA**

Salvador
2022

CAMILA VALVERDE SANTANA GREVE

**DESENVOLVIMENTO, DESIGUALDADE SOCIOESPACIAL E ASSISTÊNCIA À
SAÚDE: UMA ANÁLISE DA INFRAESTRUTURA DE LEITOS HOSPITALARES E
POLÍCLINICAS NO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano (PPDRU), Mestrado em Desenvolvimento Regional e Urbano da Universidade Salvador - UNIFACS, como parte dos requisitos parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carolina de Andrade Spinola.
Coorientador: Prof. Dr. Renato Reis.

Salvador
2022

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNIFACS Universidade
Salvador

Greve, Camila Valverde Santana

Desenvolvimento, desigualdade socioespacial e assistência à saúde: uma análise da infraestrutura de leitos hospitalares e policlínicas no Estado da Bahia./ Camila Valverde Santana Greve.- Salvador: UNIFACS, 2022.

62 f. : il.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano da UNIFACS Universidade Salvador – Laureate International Universities, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Carolina de Andrade Spinola.

Coorientador: Prof. Dr. Renato Reis.

1. Desenvolvimento. 2. Desigualdade socioespacial. 3. Governança territorial. 4.Saúde. I. Spinola, Carolina de Andrade, orient. II. Reis, Renato. Título.

CDD: 338

CAMILA VALVERDE SANTANA GREVE

DESENVOLVIMENTO, DESIGUALDADE SOCIOESPACIAL E ASSISTÊNCIA À
SAÚDE: UMA ANÁLISE DA INFRAESTRUTURA DE LEITOS HOSPITALARES E
POLÍCLINICAS NO ESTADO DA BAHIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano (PPDRU) da Universidade Salvador - UNIFACS, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre, aprovada pela seguinte banca examinadora:

Carolina de Andrade Spinola – Orientadora _____
Doutora em Geografia pela Universidade de Barcelona, Espanha
Universidade Salvador – UNIFACS

Renato Barbosa Reis – Coorientador _____
Doutor em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa, pelo Centro de Pesquisa
Gonçalo Moniz - Fundação Oswaldo Cruz, CPQGM, Brasil
Universidade Salvador – UNIFACS

José Gileá de Souza _____
Doutor em Desenvolvimento Regional e Urbano pela Universidade Salvador -
UNIFACS
Universidade Salvador – UNIFACS

Aliger dos Santos Pereira _____
Doutora em Desenvolvimento Regional e Urbano pela Universidade Salvador -
UNIFACS
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Salvador, em 15 março de 2022.

AGRADECIMENTOS

Nunca chegamos onde chegamos sozinhos. Ao longo da minha jornada no PPDRU tive apoio de muitas pessoas. Ao meu marido Caio e meus filhos Bruno e Matheus devo um agradecimento especial pela paciência com minha ausência durante as aulas e tantas horas de estudo, à minha orientadora Prof. Dra. Carolina Spinola por acreditar no meu potencial e estar sempre presente de forma assertiva e acolhedora ao mesmo tempo, ao meu coorientador Prof. Dr. Renato Reis por ter contribuído muito com a minha formação, inclusive me apoiando com seminários de outras disciplinas, ao meu ex-chefe e amigo Frederico Araújo por ter compreendido e apoiado minha decisão de cursar mestrado trabalhando no varejo, o que torna o desafio ainda maior e por último e mais importante, à Deus por estar viva e poder ter aprendido tanto sobre Desenvolvimento Regional e Urbano.

RESUMO

Este estudo tem como tema central a questão da saúde e o desenvolvimento. Investiga, no Estado da Bahia e seus 417 municípios, como se dá a oferta de serviços públicos e privados de saúde no seu território. Considera a governança territorial como ferramenta de aplicação de políticas públicas de saúde e compreende as desigualdades socioeconômicas como resultado de um processo histórico de regionalização e urbanização do território. O objetivo geral do presente trabalho é avaliar em que medida os serviços de saúde estão acessíveis para a população baiana. Analisou-se a distribuição das Policlínicas Regionais de Saúde dos consórcios interfederativos de saúde e de leitos de internação hospitalar públicos e privados. Buscou-se compreender a distribuição espacial do acesso a um serviço básico de saúde e a sua relação com a densidade demográfica nos municípios e PIB per capita. Para a análise da distribuição dos leitos privados recorreu-se a Walter Christaller e sua Teoria dos Lugares Centrais (TLC). Ainda no que se refere aos procedimentos metodológico, a análise de georreferenciamento utilizou-se do software livre Quantum Gis, Versão 3.12. Concluiu-se que há um percentual da população que está excluído dos serviços médicos analisados, há uma alta dependência do SUS por parte da população, é relevante a discrepância na distribuição dos leitos públicos por 1.000hab. por município e que há aderência da TLC na distribuição dos leitos privados de internação hospitalar. Recomenda-se realização de estudo complementar para fins de esclarecimento das causas desta discrepância e estabelecer direcionamento dos esforços para correção.

Palavras-chave: Saúde, desenvolvimento, desigualdade socioespacial, SUS, governança territorial.

ABSTRACT

This study has as its central theme the issue of health and development. It investigates, in the State of Bahia and its 417 municipalities, how public and private health services are offered in its territory. It considers territorial governance as a tool for the application of public health policies and understands socioeconomic inequalities as a result of a historical process of regionalization and urbanization of the territory. The general objective of the present study is to assess the extent to which health services are accessible to the Bahian population. The distribution of the Regional Health Polyclinics of the interfederative health consortia and of public and private hospital beds was analyzed. We sought to understand the spatial distribution of access to a basic health service and its relationship with population density in municipalities and GDP per capita. For the analysis of the distribution of private beds, Walter Christaller and his Theory of Central Places (TLC) were used. Still with regard to the methodological procedures, the georeferencing analysis used the free software Quantum Gis, Version 3.12. It was concluded that there is a percentage of the population that is excluded from the analyzed medical services, there is a high dependence on the SUS by the population, the discrepancy in the distribution of public beds per 1,000 inhab is relevant. by municipality and that there is adherence to the TLC in the distribution of private hospital beds. It is recommended to carry out a complementary study to clarify the causes of this discrepancy and establish a direction for efforts to correct it.

Keywords: Health, development, socio-spatial inequality, SUS, territorial governance.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	METODOLOGIA.....	13
2	ARTIGOS DA DISSERTAÇÃO	15
2.1	ARTIGO 1: DESENVOLVIMENTO E SAÚDE O MODELO DE GOVERNANÇA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO (sus)	15
2.2	ARTIGO 2: DESIGUALDADE SOCIOESPACIAL E A TEORIA DOS LUGARES CENTRAIS: UMA ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS DE INTERNAÇÃO DAS REDES PÚBLICA E PRIVADA NO ESTADO DA BAHIA.....	31
3	DISCUSSÃO GERAL	54
4	CONCLUSÃO GERAL	57
	REFERÊNCIAS	59

1 INTRODUÇÃO

A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) com participação dos Estados Membros e sociedade civil, em 2015, durante a Cúpula de Desenvolvimento Sustentável lançou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, da qual fazem parte 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas. Dentre os 17 objetivos, o ODS 3, diz respeito ao desenvolvimento em relação ao tema saúde, “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.” (ONU BRASIL, 2015). A meta 3.8, ligada a este objetivo, traz a questão do acesso à saúde como ponto central: “Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.” (ONU BRASIL, 2015).

A Agenda 2030 é um chamamento à participação de todos, governos e sociedade civil para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. No Brasil a meta 3.8 foi internalizada considerando o contexto da política nacional de saúde existente.

Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS. (IPEA, 2019).

A relação do tema desenvolvimento e saúde é destacado por Nurkse (1957, p.7 apud SOUZA, 2018), ao trazer o sistema de causalidade circular para explicar o grau de desenvolvimento e subdesenvolvimento de um país. Segundo ele, um homem pobre se alimenta mal e por isso sua saúde é fraca, sendo sua saúde fraca, sua capacidade de trabalho diminui reforçando assim sua condição de pobreza. Seguindo a mesma linha, Myrdal (1968, p.31 apud SOUZA, 2018) atribui a relação entre pobreza e saúde à formação de um círculo vicioso onde homens e mulheres são pobres porque são doentes, são mais doentes porque são pobres.

Para Sen (2010), um dos idealizadores do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o desenvolvimento deve estar relacionado sobretudo com a melhoria da vida que as pessoas levam e das liberdades que as pessoas desfrutam. Ele considera

como liberdades fundamentais a oportunidade de acesso a serviços básicos de saúde e educação por exemplo.

Uma outra abordagem sobre desenvolvimento enriquecida com o tema políticas públicas é inaugurada por Souza (2018). O desenvolvimento pode ser configurado com meio ou como fim, ao configurar-se como fim, o desenvolvimento se transforma no objetivo do planejamento das políticas públicas, das estratégias e ações utilizadas para alcançá-lo (SOUZA, 2018).

No âmbito do desenvolvimento social, a Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) estabeleceu que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A política pública nacional de saúde adotada no Brasil, regulamentada em 1990 é o Sistema Único de Saúde (SUS), que se constitui em um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade (PAIM, 2015).

Para execução de Políticas Públicas são necessários diversos elementos, tais como planejamento e articulação entre diversos atores da sociedade, neste contexto a governança territorial se torna um percurso possível, uma vez que considera as características de cada região ou território, incluindo atores locais nos processos de concertação, atuação democrática participativa de debates e definições de planos e metas (DALLABRIDA; BECKER, 2003).

Considerando a extensão do território do estado da Bahia, a governança territorial se torna uma ferramenta chave para o alcance do desenvolvimento. A complexa desigualdade social e econômica não exclusiva desta unidade federativa, é fundamental que se compreenda como se deu o processo de regionalização e urbanização no território. “[...] o desenho urbano, as manifestações das carências da população são realidade a ser analisada à luz dos subprocessos econômicos, políticos e socioculturais, assim como das realizações e das modalidades de uso do território nos diversos momentos históricos.” (SANTOS, 2005, p. 11).

Retornando à Saúde, além do ponto de vista socioeconômico territorial, a relevância do aspecto político na regionalização da saúde há de ser observada. Viana, Ibañez e Elias (2009) afirmam que a regionalização da saúde no Brasil foi um processo político que envolveu mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, organizações, cidadãos) no espaço geográfico.

Agregando uma abordagem dos fluxos econômicos a esta introdução, a Teoria dos Lugares Centrais (TLC) de Walter Christaller (1961), pode ser considerada essencial para a análise da oferta de serviços de saúde pela iniciativa privada.

Baseado na TLC, a distribuição da oferta de saúde no espaço, terá a sua localização condicionada ao tamanho da população do entorno e da distância que as pessoas estarão dispostas a percorrer para serem atendidas por tais serviços. Considerando a enorme extensão do território baiano e as desigualdades sociais evidentes, a localização dos serviços privados de saúde torna-se fator limitante para o desenvolvimento regional.

Com 417 municípios, o estado da Bahia é o mais populoso da região nordeste, com quase 15 milhões de habitantes e sua extensão territorial, quinta maior do país, equivale a da França, sendo que 58,7% dos municípios possuem menos de 20 mil habitantes (IBGE, 2021). O Produto Interno Bruto (PIB) baiano maior do nordeste, entretanto concentra sua riqueza em um número pequeno de municípios, apenas 04 municípios representam mais de 40% do PIB do estado, Salvador, Camaçari, Feira de Santana e São Francisco do Conde. Como consequência de todo esse desequilíbrio, a Bahia, sétima economia do País, ostenta um IDH de 0,660, ocupando apenas a 22ª posição entre todas as unidades da Federação (SEI, 2017).

Considerando as características socioeconômicas do estado da Bahia, torna-se importante compreender se o Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado de uma forma que atenda a população de todos os municípios. Neste contexto, dada a saúde como fundamental para a qualidade de vida, o bem-estar e o desenvolvimento humano, como se dá a oferta de serviços públicos e privados de saúde no estado da Bahia? Para responder a este questionamento, o objetivo geral do presente trabalho é avaliar em que medida se dá o acesso da população baiana aos serviços de saúde. Resolveu-se por questões metodológicas delimitar os serviços de saúde analisados neste estudo às Policlínicas Regionais de Saúde, unidades públicas de saúde especializadas de apoio diagnóstico e ao acesso aos leitos de internação hospitalar, públicos e privados.

Dentre os quatro objetivos específicos, têm-se: a) Discutir a relação existente entre desenvolvimento e acesso à saúde; b) Analisar o Sistema Único de Saúde à luz da Governança territorial dos serviços de saúde; c) Apresentar conceitos de desigualdade socioespacial e o cenário constituído no Estado da Bahia; d) Analisar a

oferta de leitos hospitalares públicos e privados entre os municípios do estado da Bahia.

O presente estudo está circunscrito dentro da linha de pesquisa do desenvolvimento regional e políticas regionais, tendo como campo de análise a territorialidade da política pública de saúde, essencial para a transformação e o desenvolvimento de uma região. Além de trazer uma abordagem importante para o Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano (PPDRU) da Universidade Salvador - UNIFACS, este trabalho de pesquisa contribui apontando caminhos para decisões, na esfera governamental, que irão diminuir as desigualdades de acesso a saúde pública para a população baiana. Se não houver avanço do ponto de vista de planejamento e execução de política de saúde, com a capilaridade necessária do atendimento à população, não haverá desenvolvimento de forma integrada e plena.

A escolha metodológica deste trabalho referente a coleta e análise de dados utilizou-se de técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, mediante a consulta a livros, artigos científicos, revistas especializadas, dissertações e teses, legislação e portais públicos. Para a análise da distribuição espacial dos leitos de internação público e privados, bem como das Policlínicas, foi feito uso do software livre Quantum Gis, Versão 3.12.

Além da Introdução e Metodologia, foram escritos dois capítulos para atender aos objetivos específicos supracitados: O artigo 1 intitulado “Desenvolvimento e saúde: o modelo de governança do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)” para cumprir os objetivos específicos “a” e “b” e; o artigo 2 , intitulado “Desigualdade sócio espacial e a teoria dos lugares centrais: uma análise da distribuição dos leitos de internação das redes pública e privada no estado da Bahia” atendendo aos objetivos específicos “d” e “e”. Na Discussão Geral, é feita a relação entre os resultados apresentados no artigo 1 e artigo 2, de forma a integrar os conteúdos e visualizar possíveis tendências diante do cenário revelado. Em seguida, o presente trabalho é finalizado com as Conclusões Gerais, retomando a cada objetivo específico e perspectivas para estudos futuros.

1.1 METODOLOGIA

A pesquisa realizada, de natureza aplicada, caracterizou-se por dupla classificação com vistas a cumprir com os objetivos específicos definidos. A classificação qualitativa e exploratória, demandou considerável levantamento bibliográfico em fontes específicas do tema pesquisado como consulta a livros, artigos, científicos, revistas especializadas, dissertações, teses e legislações vigentes. Para elaboração do artigo 1 e artigo 2 recorreu-se a autores nacionais e internacionais de diferentes épocas, descrição no quadro metodológico, Quadro 1. A outra classificação foi de caráter quantitativo e explicativo, para a qual realizou-se a análise estatística descritiva dos dados encontrados na pesquisa referentes a população de cada município, PIB per capita, quantidade de leitos hospitalares público e privado e policlínicas nos municípios do estado da Bahia. Os dados quantitativos foram extraídos dos portais públicos Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI).

Para análise da distribuição espacial das policlínicas e leitos de internação público e privados, foram geradas e foi feito uso do software livre Quantum Gis, Versão 3.12, uma ferramenta que possui as especificidades necessárias para oferecer um panorama visual desta realidade investigada. Os dados georreferenciados da malha de municípios do estado da Bahia foram disponibilizadas pelo IBGE.

Quadro 1 – Quadro metodológico

CAPITULOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PRINCIPAIS AUTORES
Capítulo 1: Desenvolvimento e saúde: o modelo de governança do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)	a) Discutir a relação existente entre desenvolvimento e acesso à saúde; b) Analisar o Sistema Único de Saúde à luz da Governança territorial dos serviços de saúde	Amartya Sen; Celso Furtado; Gunnar Myrdal; José Gileá de Souza; Ragnar Nurkse; Valdir Roque Dallabrida
Capítulo 2: Desigualdade sócio espacial e a teoria dos lugares centrais: uma análise da distribuição dos leitos de internação das redes pública e privada no estado da Bahia	c) Apresentar conceitos de desigualdade socioespacial e o cenário constituído no Estado da Bahia; d) Analisar a oferta de leitos hospitalares públicos e privados entre os municípios do estado da Bahia.	David Harvey; Manuel Castells; Milton Santos; Raphaela Karla de Toledo Sholha; Walter Christaller

Fonte: Elaboração própria (2022).

No âmbito metodológico o Quadro 1 destaca os principais autores trabalhados nos dois artigos e as classificações qualitativa exploratória e quantitativa explicativa estão presentes em ambos os artigos deste trabalho.

2 ARTIGOS DA DISSERTAÇÃO

Este capítulo apresenta os dois artigos que compõem a tese. Os artigos são apresentados exatamente como foram submetidos a periódicos. Portanto, as numerações das tabelas, quadros, figuras e seções dos artigos foram preservados. Caso contrário, seria necessária uma adaptação dos textos. As referências de cada artigo são apresentadas no final de cada artigo para manter a completude dos mesmos.

2.1 ARTIGO 1: DESENVOLVIMENTO E SAÚDE O MODELO DE GOVERNANÇA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO (SUS)

Resumo

O presente capítulo se propõe a apresentar evolução dos conceitos sobre o tema desenvolvimento e identificar o entrelaçamento com a questão da saúde. Visa apresentar definição de governança territorial, os elementos que a constituem, evidenciar sua dimensão político administrativa da descentralização e avaliá-la como ferramenta para alcançar o desenvolvimento. Apresenta o Sistema Único de Saúde - SUS e seus princípios enquanto política pública de saúde do Brasil e analisa o caso das policlínicas implantadas no estado da Bahia à luz da governança territorial. Conclui-se que o modelo do SUS é organizado em consonância com aspectos relevantes da governança territorial e analisa a distribuição das policlínicas no Estado da Bahia, segundo seus princípios. Complementarmente recomenda-se o fomento do princípio da participação popular no ambiente democrático. O referencial teórico utilizado foi pautado em legislações vigentes, bem como publicações dos autores Amartya Sen, Celso Furtado, José Gileá de Souza, além de Valdir Roque Dallabrida, Ana Dávila Viana e dados públicos da secretaria de saúde do estado da Bahia.

Palavras-chave: Desenvolvimento, saúde, governança territorial, Sistema Único de Saúde.

Abstract

This chapter aims to present the evolution of concepts on the topic of development and to identify the intertwining with the issue of health. It aims to present a definition of territorial governance, its constituent elements, highlight its political-administrative dimension of decentralization and evaluate it as a tool to achieve development. It presents the Unified Health System - SUS and its principles as a public health policy in Brazil and analyzes the case of polyclinics implemented in the state of Bahia in the light of territorial governance. It is concluded that the SUS model is organized in line with relevant aspects of territorial governance and analyzes the distribution of

polyclinics in the State of Bahia, according to its principles. Complementarily, the promotion of the principle of popular participation in the democratic environment is recommended. The theoretical framework used was based on current legislation, as well as publications by authors Amartya Sen, Celso Furtado, José Gileá de Souza, in addition to Valdir Roque Dallabrida, Ana Dávila Viana and public data from the Bahia state health department.

Keywords: Development, Health, territorial governance, Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de desenvolvimento apresenta amplas e variadas abordagens desde que começou a ser utilizado na sociedade contemporânea, sendo a do desenvolvimento econômico a versão mais popularmente difundida no mundo capitalista. Para Celso Furtado (2000), são as mudanças estruturais na sociedade capitalista, geradas pelo progresso técnico e sua difusão, que fundamentam o conceito de desenvolvimento, dando a esse conceito dois sentidos distintos: o primeiro refere-se à evolução e a eficácia de um sistema social de produção e o segundo diz respeito ao grau de satisfação das necessidades humanas. Este segundo sentido dado ao conceito de desenvolvimento, o das necessidades humanas, sugere uma extrapolação em relação à esfera econômica.

O acesso aos serviços de saúde está incorporado em importantes contribuições teóricas sobre o desenvolvimento, como a que foi introduzida pelo economista Amartya Sen, idealizador do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), amplamente usado para análises comparativas entre regiões, e que, além da saúde, une outros dois eixos importantes: a educação e a economia. Para Sen (2010), o desenvolvimento pode ser visto como um processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam e estas liberdades dependem das disposições sociais e econômicas de serviços de educação e saúde, por exemplo.

Além das teorias que explicam o desenvolvimento, as organizações em suas diversas configurações têm um papel relevante na teia que compõe o desenvolvimento de uma sociedade. A governança territorial pode ser considerada uma trilha promissora para o desenvolvimento dos países e regiões, considerando a articulação entre as diversas organizações e atores envolvidos, com estabelecimento de uma dinâmica interna e propósitos definidos.

O objetivo do presente capítulo é demonstrar a relação existente entre desenvolvimento e saúde, trazendo a governança territorial como percurso possível para alcançar o desenvolvimento, além de apresentar o SUS e seus quatro princípios como política pública de saúde implementada no Brasil. Este estudo pretende também avaliar o caso da implantação das policlínicas de saúde do Estado da Bahia, à luz do princípio da regionalização do SUS no âmbito do seu modelo de governança.

Cabe esclarecer que capítulo este apoiou-se na legislação existente e em publicações sobre desenvolvimento, política pública de saúde e governança territorial. Para a análise referentes a implantação das policlínicas Regionais de Saúde no estado da Bahia recorreu-se a pesquisa documental disponibilizada eletronicamente pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) através do seu portal, bem como a dados de georreferenciamento da malha de municípios do estado da Bahia, disponibilizados pelo IBGE.

Do ponto de vista estrutural, optou-se por organizar este capítulo em três seções, além desta Introdução e das Considerações Finais. Foi abordado o conceito de desenvolvimento e seu entrelaçamento com o tema saúde, seguido da aproximação do conceito de Governança territorial com o modelo SUS, por fim este capítulo apresenta uma análise da implantação das policlínicas no estado da Bahia à luz dos princípios do SUS e conceito de governança territorial.

2 DESENVOLVIMENTO E SAÚDE: UM ENTRELAÇAMENTO

Não existe uma única teoria que defina desenvolvimento. Durante muitos anos a abordagem foi pautada apenas no crescimento econômico e acúmulo de riqueza. Para os mercantilistas a riqueza estava relacionada ao acúmulo de metais preciosos ouro e prata, para os fisiocratas a riqueza estava relacionada a agricultura, aos excedentes de produção de terra (SOUZA, 2018). A revolução industrial trouxe o acúmulo de capital como riqueza para os detentores dos meios de produção tendo em contrapartida a massa populacional possuidora exclusivamente da sua força de trabalho.

Para Furtado (2000), a ideia de desenvolvimento traz a dimensão do incremento e acumulação da riqueza, mas também a dimensão da satisfação das necessidades essenciais da população como saúde, alimentação e habitação.

Entretanto, o maior acúmulo de riqueza por parte de certos grupos populacionais tem proporção inversa a capacidade de satisfação das necessidades essenciais.

É bem sabido que, mesmo nos países em que mais avançou o processo de acumulação, parte da população não alcançou o nível de renda real necessária para satisfazer o que se considera como sendo necessidades elementares.[...] Assim a eliminação “da pobreza dentro da riqueza” faz-se mais difícil com o avanço da acumulação. Foi em função dos valores dessa civilização material que se formou a consciência das desigualdades internacionais de níveis de vida, do atraso acumulado, do subdesenvolvimento. (FURTADO, 2000, p.23).

Além de Furtado tangenciar a questão da saúde enquanto necessidade essencial a ser satisfeita como uma dimensão do desenvolvimento, Nurkse (1957) e Myrdal (1968) trazem a questão da saúde inserida na sua teoria acerca dos mecanismos de causalidades circulares que explicam o desenvolvimento e subdesenvolvimento de um país.

Para Souza (2018), o círculo vicioso da pobreza de Nurkse (1957) implica em uma constelação circular de forças, a ausência de saúde é uma delas, com tendências a agir e reagir de forma a manter um país pobre em estado de pobreza.

[...] um homem pobre não tem o bastante para comer; sendo subalimentado, sua saúde é fraca; sendo fisicamente fraco, sua capacidade de trabalho é baixa, o que significa que ele é pobre, o que por sua vez, quer dizer que não tem o bastante para comer; e assim por diante. (NURKSE, 1957 p.7 *apud* SOUZA, 2018, p. 47).

Para Winslow (1951, p. 9 *apud* MYRDAL, 1968, p. 31) “a pobreza e a doença formam o círculo vicioso [...] homens e mulheres eram doentes porque eram pobres; tornaram-se pobres porque eram doentes e mais doentes porque eram mais pobres.” Entretanto, Souza (2018, p. 47) faz um contraponto analisando o inverso o que seria um círculo virtuoso, menor a pobreza, mais alimento, melhor saúde e mais capacidade de trabalho geraria um processo circular cumulativo em ascensão.

Na década de 1970 o desenvolvimento passou a ser entendido como um conjunto de dimensões entrelaçadas, não sendo mais considerado, apenas, em sua dimensão econômica. Em 1990 o conceito de desenvolvimento humano foi disseminado através do Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) lançado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Trata-se de mais do que o crescimento do PIB, mais do que renda e riqueza e mais do que produzir commodities e acumular capital. O acesso de uma

pessoa à renda pode ser uma das escolhas, mas não é a soma total do esforço humano. O desenvolvimento humano é um processo de ampliação das escolhas das pessoas. A mais crítica dessas amplas escolhas é viver uma vida longa e saudável, ser educado e ter acesso aos recursos necessários para um padrão de vida decente. (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 1990, tradução nossa).

Para Sen (2010) o desenvolvimento pode ser visto como um processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam. O aspecto econômico como crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), industrialização, avanços tecnológicos são relevantes para expandir as liberdades desfrutadas pelas pessoas, mas as liberdades dependem também de um conjunto de disposições sociais como acesso a serviços de saúde e educação e a direitos civis como a liberdade para participar de discursões e averiguações públicas.

Liberdades essenciais como acesso a assistência à saúde, remédios para doenças tratáveis, nutrição satisfatória e moradia são liberdades que quando subtraídas das pessoas, se relacionam diretamente com a pobreza econômica.

[...] a privação de liberdade vincula-se estreitamente à carência de serviços públicos e assistência social, como por exemplo a ausência de programas epidemiológicos, de um sistema bem planejado de assistência médica e educação ou de instituições eficazes para a manutenção da paz e da ordem locais. (SEN, 2010, p.17).

A teoria do desenvolvimento como liberdade, destaca ainda o aspecto da condição de agente do indivíduo como membro do público e como participante de ações econômicas, sociais e políticas. É o exercício participativo dos direitos civis.

O desenvolvimento constitui um conceito complexo e elástico, que tanto pode ser usado como um meio, compreendendo um processo guiado que tem como objetivo o bem maior da sociedade, quanto pode ser usado como um fim, neste caso se transformando no objetivo do planejamento de políticas públicas, das estratégias e ações para alcançá-lo (SOUZA, 2018).

3 GOVERNANÇA TERRITORIAL E O MODELO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Considerando o conceito de Souza (2018), sobre desenvolvimento como fim, pode-se afirmar que as políticas públicas são diretrizes que norteiam as ações em prol do desenvolvimento humano, econômico ou ambiental. Estas políticas públicas e suas ações necessitam ser articuladas e implementadas com a participação de várias atores e organizações da sociedade, eis que surge a ideia de governança territorial.

A governança pode ser considerada territorial quando se reconhece que o território é o recorte espacial de poder que permite que os diversos atores governamentais, organizações privadas e sociedade civil entrem em contato e manifestem juntas diferentes formas de conflito e de cooperação, direcionando o processo de desenvolvimento do território. (PIRES *et al*, 2011).

Dallabrida (2011 p. 2), afirma que a “governança pode ser entendida como o exercício do poder e autoridade para gerenciar um país, território ou região, compreendendo os mecanismos, processos e instituições através das quais os cidadãos e grupos articulam seus interesses públicos.” O propósito das estruturas da governança territorial é a articulação para o desenvolvimento das regiões e territórios para melhoria da qualidade de vida das pessoas.

O desenvolvimento (local, regional, territorial) pode ser entendido como um processo de mudança estrutural empreendido por uma sociedade organizada territorialmente, sustentado na potencialização dos recursos e ativos (genéricos e específicos, materiais e imateriais) existentes no local, com vistas à dinamização socioeconômica e a melhoria da qualidade de vida de sua população. (DALLABRIDA, 2011, p. 4).

O processo de governança territorial para Dallabrida (2003 *apud* PIRES *et al*, 2011, p. 5) é composto por cinco elementos. Os segmentos participantes da sociedade formam as redes de poder, que ao se juntarem formam o bloco sócio territorial. Através concertação social, processo democrática participativo de debates e definições, estabelecem um ou mais acordos, pactos setoriais. Estes acordos são postos em prática através da dinâmica territorial, conjunto de ações relacionadas ao processo de desenvolvimento.

No âmbito do desenvolvimento social, a Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) estabeleceu que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e a base institucional da política pública de saúde no Brasil é SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a).

Segundo Viana, Ibañez e Elias (2009), as políticas públicas de saúde sofreram mudanças estruturais na década de 1980, período que o Brasil estava reconstruindo o seu sistema democrático de direito. A política de saúde era fragmentada e centralizada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social. Através da Constituição de 1988, iniciou-se uma nova política pública de saúde com duas grandes mudanças, a primeira foi o processo de descentralização do sistema de saúde no país dando mais poderes aos estados e municípios e a segunda foi um esforço de unificação horizontal de comando por meio de uma única autoridade sanitária, o ministério da saúde.

O Modelo de governança do SUS funciona como uma rede de ações e serviços, regionalizada e hierarquizada no território nacional, com direção única em cada esfera de governo, e que tem como princípios: a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação popular (LUCCHESI, 2002). Sendo os princípios da descentralização e participação popular referências chave para a governança territorial.

A universalização é princípio constitucional que garante que todos os brasileiros, sem privilégios, devem ter acesso aos serviços de saúde pública ou privados conveniados ao SUS. O Estado deve garantir este acesso de forma igualitária e não discriminatória, em todos os níveis do sistema.

O princípio da integralidade prevê que todas as ações e serviços de saúde devem estar articulados entre si para garantir ao cidadão o atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema, da promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação da saúde e reabilitação.

A descentralização redistribui as responsabilidades das ações e serviços de saúde entre as esferas públicas federal, estadual e municipal, corroborando a característica da descentralização político administrativa da governança territorial. Em 1990, segundo Solha (2014), foram instaladas as instâncias de discussão e deliberação denominadas de Comissão Intergestores Tripartite (CIT), formada por representantes do Governo Federal, Conselho Nacional de Saúde (CNS), dos estados através do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e dos municípios através do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A CIT é um espaço de deliberação e consenso sobre a formulação, condução e execução das políticas públicas de saúde em seus vários aspectos (recursos humanos, financiamento, regionalização dos serviços, criação de RAS, entre outros), possibilitando uma participação democrática de todos. (SOLHA, 2014, p.39).

A descentralização caminha junto com o processo de regionalização que permite a possibilidade de trabalhar a saúde de acordo com a características das populações de cada região. Ao se trabalhar o recorte territorial, as chances das ações e programas de saúde terem êxito aumentam diante da realidade de um país continental e desigual sob os aspectos sociais e econômicos.

O quarto princípio da política pública de saúde brasileira é a participação popular, prevista pela Constituição e condição *sine qua non* para repasse de verbas do governo federal. A participação popular prevista na Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b) determina que se organize e aconteça em fóruns específicos, que são as conferências e os conselhos de saúde. Nessas instâncias se exercita a cidadania. A população, os prestadores de serviços, os profissionais de saúde e os gestores encontram seu lugar na participação da construção democrática da política de saúde e seus desdobramentos.

Cidadania implica o exercício simultâneo de três categorias de direitos: os direitos civis (liberdade pessoal, de ir e vir, de expressão, de pensamento, de religião); os direitos políticos (de associação, eleitorais) / e os direitos sociais (condição de vida, trabalho, educação, saúde, assistência em situações de risco social). (BRASIL, 1990 *apud* SOLHA, 2014, p. 29).

Realizada a cada quatro anos, a Conferência de Saúde, é a representação dos vários segmentos sociais reunidos, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. A Conferência é convocada a cada quatro anos pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde. As Conferências se realizam em um processo ascendente desde Conferências Municipais de Saúde, passando por uma Conferência Estadual de Saúde em cada estado e culminando em uma Conferência Nacional de Saúde (LUCHESE, 2002).

Paim (2015), sintetiza a definição do SUS como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos na Constituição da república e pelas leis subsequentes.

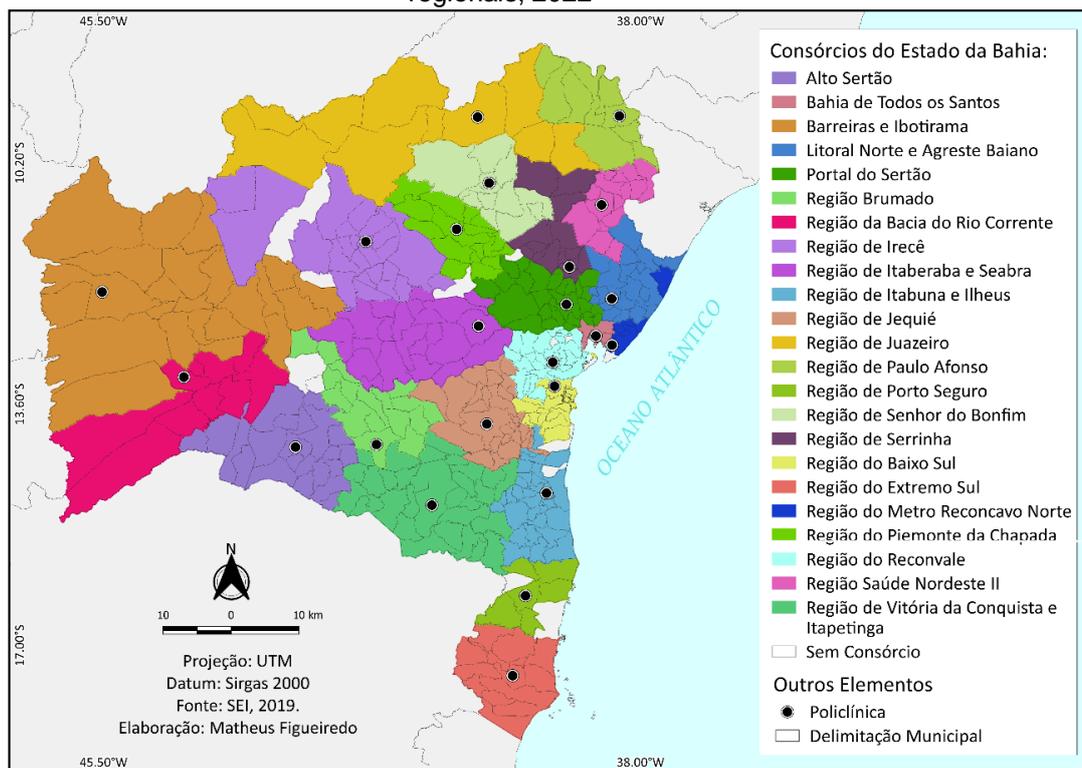
4 A EXPERIÊNCIA DAS POLICLÍNICAS NO ESTADO DA BAHIA

Uma experiência de governança territorial relacionada a temática da saúde que acontece no estado da Bahia são os Consórcios Interfederativos de Saúde. Eles consistem na associação do Estado e dos Municípios baianos para o desenvolvimento de ações compartilhadas e regionalizadas em consonância com as políticas e diretrizes do SUS. O objetivo é unir esforços e dividir custos com a assistência à saúde de seus habitantes (BAHIA, 2016).

A formação dos consórcios tem o foco principal na implantação das Policlínicas Regionais de Saúde, unidades públicas de saúde especializadas de apoio diagnóstico, com serviços de consultas clínicas com médicos de especialidades diferentes (definidas com base no perfil epidemiológico da população da região), realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos médicos (BAHIA, 2016). O estado da Bahia é o quinto estado do Brasil em extensão territorial, com 564.760.427km² e uma população estimada de 14.930.634 habitantes (IBGE, 2020). O estado possui 417 municípios dos quais 245 possui menos de 20 mil habitantes, 58,7% dos municípios.

Em agosto de 2021 foram formados em parceria com o governo do estado 23 Consórcios Interfederativos de Saúde que abrangem 403 municípios do total de 417 municípios que compõem o Estado da Bahia. Na Figura 1 observa-se o agrupamento dos 23 Consórcios e a localização das policlínicas regionais no seu território.

Figura 1 - Bahia - Consórcios Interfederativos de Saúde e a localização das policlínicas regionais, 2022



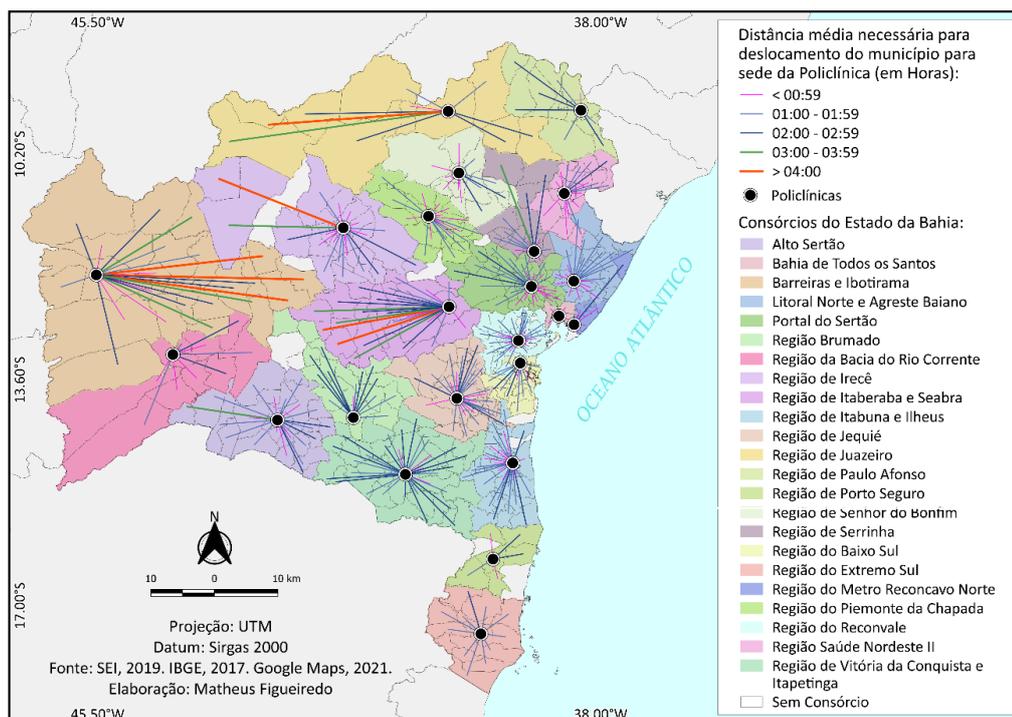
Fonte: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI, 2019).

A realidade da distribuição espacial da população em um vasto território é um desafio quando se avalia qual localização/ município deve ser instalada a policlínica, tendo em vista que o tempo de deslocamento a ser percorrido pela população de cada consórcio até o município sede da policlínica deve ser o menor possível.

Na Figura 2 é possível observar o tempo de deslocamento¹ realizado pela população dos municípios de cada consórcio até o município sede da policlínica. Verifica-se que para 123 municípios o tempo de deslocamento é de até 59 mim., para 163 municípios o tempo é entre 1h e 1h59 mim., para 70 municípios o tempo de deslocamento é de 2h a 2h59mim., em 12 municípios o tempo varia de 3h a 3h59mim e em apenas 07 municípios o deslocamento é superior a 4h. A análise da distância assertividade na escolha da localização das policlínicas, alcançando, em certa medida, a equidistância entre os municípios e o município sede da policlínica para a maioria dos consórcios.

¹ O tempo de deslocamento foi calculado pelo aplicativo Google maps, considerando a distância entre as prefeituras do município origem e município da policlínica, considerando a velocidade permitida das vias rodoviárias de acesso.

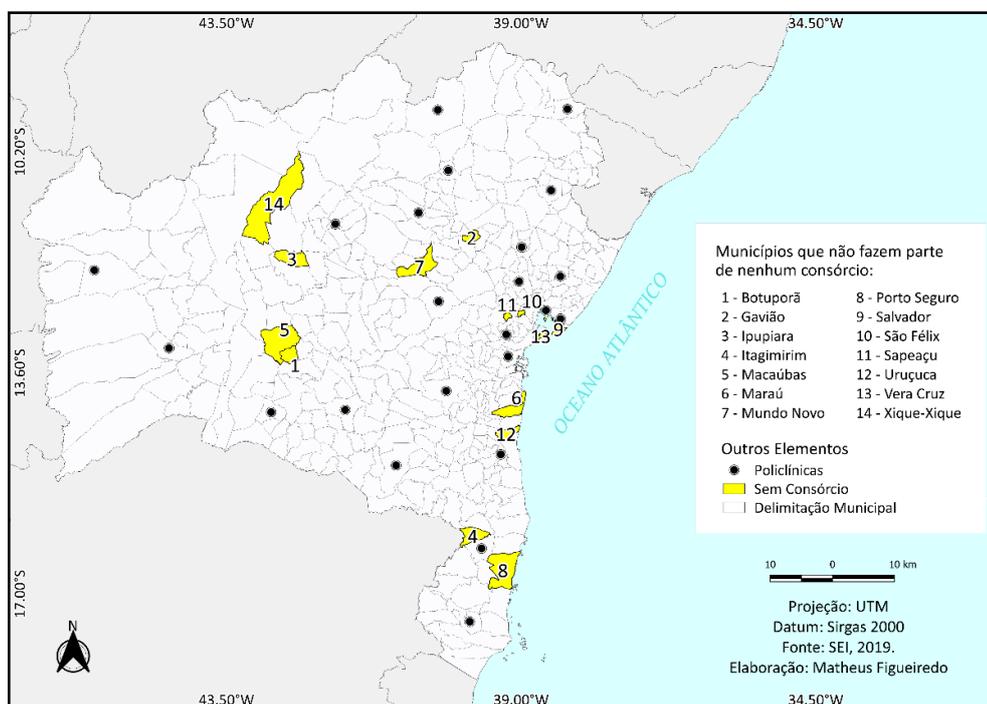
Figura 2 – Bahia - Mapa da distância média para deslocamento do município para sede da policlínica, 2022



Fonte: SEI (2019), IBGE (2017).

Entretanto, os Consórcios de Saúde abrangem um total de 403 municípios, restando 14 municípios que não integram nenhum consórcio (vide Figura 3).

Figura 2 – Bahia - Municípios que não fazem parte de nenhum consórcio, 2022



Fonte: SESAB (2021).

A população estimada residente nos municípios que não fazem parte dos consórcios é de 3.325.615 habitantes, conforme pode ser verificado no Quadro 2, correspondendo a 22,19% da população do estado. Excluindo-se a população da capital Salvador, que possui uma infraestrutura de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento, o percentual da população “descoberta” do serviço das Policlínicas Regionais de Saúde nos municípios do estado da Bahia é de 2,83%.

Observou-se ainda que dos 14 municípios que não fazem parte de nenhum consórcio, 11 deles possuem menos de 50 mil habitantes e que estão localizados nas diversas regiões do estado. Esta distância entre os municípios torna inviável a organização entre eles para formação de um Consórcio Interfederativo de Saúde, uma vez que o percurso a ser percorrido até uma Policlínica Regional de Saúde seria enorme. Neste caso, o mais coerente seria a reorganização entre os consórcios para que a população destes municípios não ficasse a margem desta iniciativa, sem acesso a serviços importantes de saúde oferecidos pelas unidades.

Quadro 2 – Bahia - Municípios que não fazem parte de Consórcios de Saúde, 2021

MUNICÍPIO		POPULAÇÃO ESTIMADA 2021
1	Botuporã	10.050
2	Gavião	4.417
3	Ipupiara	9.954
4	Itagimirim	6.784
5	Macaúbas	50.481
6	Maraú	20.664
7	Mundo Novo	27.153
8	Porto Seguro	152.529
9	Salvador	2.900.319
10	São Felix	14.784
11	Sapeaçu	17.421
12	Uruçuca	20.312
13	Vera Cruz	44.185
14	Xique-Xique	46.562
TOTAL		3.325.615

Fonte: IBGE (2021).

A experiência das Policlínicas Regionais de Saúde desenvolvida pelo Governo do Estado da Bahia contribui para o desenvolvimento regional, sob o aspecto social, quando permite o acesso da população baiana a serviço de saúde sem precisar de deslocamento até a capital.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chega-se ao fim deste capítulo com o entendimento sobre o conceito de desenvolvimento como algo diverso, mutável e que em certa medida acompanhou as mudanças do contexto socioeconômico de cada época. Partiu-se de uma ideia originária atrelada ao crescimento econômico para uma ideia holística que envolve vários outros aspectos como sociais e ambientais.

O tema de saúde foi revelado entrelaçando-se com a abordagem de desenvolvimento desde 1957 através a teoria dos círculos viciosos de Nurkse. A saúde como elemento desta engrenagem descendente e ao contrário, também podendo fazer parte de um ciclo virtuoso de desenvolvimento, destacado por Myrdal (1968). Entretanto, foi na década de 90 através do Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD e das contribuições do economista Amartya Sen que o acesso a serviços de saúde se tornou uma evidência de desenvolvimento.

A governança territorial como ferramenta prática para ações coletivas envolvendo diversos atores e a participação popular é sem dúvida um caminho para se alcançar o desenvolvimento. A descentralização político administrativa, outra característica da governança territorial de mencionada por Pires *et al.* (2011) potencializa a atuação local de uma política pública. É no território que se enraíza a identidade de uma população.

A análise do modelo do SUS à luz da teoria da governança territorial demonstra que há consonância com vários de seus aspectos. A descentralização político administrativa é notada na regionalização, um dos princípios do SUS. A atuação em determinado território oferece vantagens pois as entidades regionais/ locais são portadoras de maior conhecimento da realidade. O conhecimento do território por parte dos atores que planejam e especialmente dos que executam é fundamental.

A participação popular, outro princípio do SUS, colocado em prática através do Conselho Gestor Local com a participação de trabalhadores e usuários do sistema de saúde está também em sinergia com a prática da governança territorial. Para Pires, Muler e Verdi (2006 *apud* PIRES *et al.*, 2011, p. 6) o desenvolvimento territorial é o resultado de uma ação coletiva intencional de caráter local, um modo de regulação territorial, portanto, uma ação associada a uma cultura, a um plano e instituições locais.

Neste sentido, a experiência dos Consórcios Interfederativos de Saúde do Estado da Bahia demonstra na prática um elo entre desenvolvimento, saúde, governança territorial e política pública de saúde. Oferecer uma estratégia de implantação de policlínicas no território do estado da Bahia que permita o acesso a serviços público de saúde através da formação de consórcio entre municípios é uma ação concreta de política pública abarcada pelo SUS.

Recomenda-se uma repactuação dos consórcios para que os 14 municípios que não fazem parte da concertação, possam passar a fazê-lo e assim se faça cumprir o princípio da universalização do SUS, no âmbito desta iniciativa. Afinal, todos os brasileiros devem fazer parte e ter acesso aos serviços de saúde.

Recomenda-se ainda que outras iniciativas em prol do desenvolvimento social, relacionadas a saúde possam ser implementadas nos municípios tendo como “fórmula” a governança territorial. Uma vez pavimentado o modelo de operação dos consórcios, há espaço para compartilhamento de inúmeros serviços de assistência à saúde da população, conforme demanda identificada pelo perfil epidemiológico da região.

Encerra-se este capítulo reconhecendo que a participação popular é elemento chave para a formulação e alcance das ações de políticas públicas e o ambiente democrático é necessária para que o indivíduo possa exercer sua condição de agente como membro do público e como participante das ações.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretária de Saúde. **Consórcio de saúde da Bahia**. Salvador: SESAB, (2016?). Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/consorcios/> Acesso em: 26 set. 2021.

BAHIA. Secretária de Saúde. **Municípios e regionalização**. Salvador: SESAB, s.d. <http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/> Acesso em: 26 set. 2021

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

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. Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 29 jan. 2021.

COASE, Ronald H. The nature of the firm. **Econômica**, v. 4, n. 16, p. 386-405, nov. 1937. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-0335.1937.tb00002.x>. Acesso em: 29 jan. 2021.

DALLABRIDA, Valdir Roque. Governança territorial e desenvolvimento: as experiências de descentralização político administrativa no Brasil como exemplos e institucionalização de novas escalas territoriais e governança. *In*: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS (CODE2011), 1.; CONFERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO, 2., 2011, Brasília: DF. **Anais [...]**. Brasília, DF: Ipea, 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area7/area7-artigo11.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2021.

DALLABRIDA, Valdir Roque; BECKER, Dinizar Ferminiano. Governança territorial um primeiro passo na construção de uma proposta teórico-metodológica. **Desenvolvimento em Questão**, ano 1, n. 2, p. 73-98, jun. jul./dez. 2003. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index> Acesso em: 27 jan. 2021.

FURTADO, Celso. **Introdução ao desenvolvimento**: enfoque histórico-estrutural. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/> Acesso em: 09 jul. 2020.

LUCCHESI, Patrícia (coord.). **Informação para tomadores de decisão em saúde pública**. São Paulo: BIREME; OPAS; OMS, 2002.

MYRDAL, Gunnar. **Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Saga, 1968. 239 p.

NURKSE, Ragnar. **Problemas da formação de capital em países subdesenvolvidos**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1957. 182 p.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/1/>. Acesso em: 27 jan. 2021.

PIRES, Elson L. S. *et al.* A governança territorial no Brasil: conceitos e modalidades.. *In*: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS (CODE2011), 1.; CONFERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO, 2., 2011, Brasília: DF. **Anais [...]**. Brasília, DF: Ipea, 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area7/area7-artigo10.pdf> Acesso em: 27 jan. 2021.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Human development report 1990**: concept and measurement of human development. New York, 1990. Disponível em: <http://www.hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1990>. Acesso em: 14 jan. 2021.

SANTOS, Milton. Sociedade e espaço: a formação social como teoria e como método. **Boletim Paulista de Geografia**, São Paulo, n. 54, p.81-100, jun. 1977. Disponível em: <http://www.agb.org.br/publicacoes/index.php/boletim-paulista/article/view/1092/949>. Acesso em: 22 ago. 2020.

SANTOS, Milton. **Por outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SANTOS, Milton. **A urbanização brasileira**. 5. ed. São Paulo: Edusp, 2005.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde**: componentes, diretrizes e políticas públicas. São Paulo: Editora Erica, 2014. 120 p.

SOUZA, José Gileá de. **Desenvolvimento**: como compreender e mensurar. Curitiba: Appiris, 2018. 177 p.

SOUZA, Nali de Jesus. Economia regional: conceito e fundamentos teóricos. **Perspectiva Econômica**, São Leopoldo, RS, v. 1111, n. 32, p. 67-102, 1981. Disponível em: http://franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/textos/teoria_econ_reg.pdf. Acesso em: 02 ago. 2020.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. (org.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009.

2.2 ARTIGO 2: DESIGUALDADE SOCIOESPACIAL E A TEORIA DOS LUGARES CENTRAIS: UMA ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS DE INTERNAÇÃO DAS REDES PÚBLICA E PRIVADA NO ESTADO DA BAHIA

Resumo

Este capítulo se propõe a analisar a distribuição de leitos públicos e privados de internação hospitalar nos municípios do estado da Bahia, em 2021. Utilizou-se, para tal fim, de pesquisa documental realizada junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), à Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI) e ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O referencial teórico buscou compreender a distribuição espacial do acesso a um serviço básico de saúde e a sua relação com a densidade demográfica nos municípios, recorrendo-se às contribuições de: Milton Santos, Manuel Castells, David Harvey e Walter Christaller, este último através da aplicação de sua Teoria dos Lugares Centrais (TLC). Os resultados revelam que há uma dependência forte dos municípios em relação à oferta de leitos pelo SUS e que a sua distribuição é desigual quando se analisa o indicador número de leitos por mil habitantes. Complementarmente, conclui-se que a localização dos leitos de internação privados corrobora o conceito de limiar de um bem, desenvolvido pela TLC, uma vez que, observando-se as leis do mercado, a maior parte dos municípios baianos não reúne demanda ou possui PIB per capita atraente suficiente para justificar a oferta do serviço particular.

Palavras-chave: Desigualdade socioespacial, teoria dos lugares centrais, saúde, leitos de internação hospitalar.

Abstract

This chapter was studied for the distribution of beds and private hospital research in the municipalities of the state of Bahia, 2021. For this purpose, it was used a document carried out with the Unified Health System (DATASUS)), the Superintendence of Economic Studies and Social Affairs of Bahia (SEI) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The theoretical framework sought to understand a spatial distribution of access to a basic health service and its relationship with population density in the municipalities, using the contributions of: Milton Santos, Manuel Castells, David Harvey and Walter Christaller, the latter through the application of his Theory of Central Places (CLT). The results reveal that there is a strong dependence of the municipalities in relation to the number of beds by the SUS and that its distribution is uneven when analyzing the indicator number of beds per thousand inhabitants. In addition, it is concluded that the location of private hospitalization beds corroborates the concept of threshold of a good, developed by TLC, since, observing the laws of the market, most of the municipalities in Bahia do not meet demand or have GDP per capita attractive enough to justify offering the particular service.

Keywords: Socioeconomic inequality, theory of central places, health, hospitalization beds.

1 INTRODUÇÃO

A desigualdade socioespacial é a expressão do grau de desenvolvimento de um território. A história de uma sociedade em um território, considerando seus aspectos financeiros, culturais e sociais constrói a realidade que é refletida nos indicadores de desenvolvimento.

Segundo a ótica de alguns autores, o capital e o capitalismo configuram como protagonistas em certa medida para as desigualdades socioeconômicas e espaciais. Harvey (2016) chama a atuação do capital ao criar uma paisagem geográfica conveniente aos seus interesses por um determinado tempo de destruição criativa sobre a terra. Para Castells (2020) a desigualdade regional é causada pelo desenvolvimento desigual de força de trabalho e dos meios de produção. Ainda sobre desigualdade, Nurkse (1957) e Myrdal (1968) trazem a questão da saúde inserida na sua teoria acerca dos mecanismos de causalidades circulares que explicam o desenvolvimento e subdesenvolvimento de um país, a lógica de que quanto mais pobre o homem, mais mal ele se alimenta e sua saúde é fraca, quanto mais fraca a saúde, mais baixa sua capacidade de trabalho, este círculo vicioso acentua a desigualdade socioeconômica de uma sociedade.

Com um olhar diferente sobre o desenvolvimento, Sen (2010), afirma que o papel da renda e da riqueza, ainda que sejam importantíssimos juntamente com outras influências – tem de estar integrado a um quadro mais amplo e completo de êxitos e privações, introduzindo o conceito de desenvolvimento como liberdade, incluindo a liberdade de acesso a serviços de saúde, educação e moradia por exemplo.

A Teoria dos Lugares Centrais desenvolvida por Christaller (1961), analisa a distribuição desigual da população e do local onde se encontram disponíveis bens e serviços no território. Sua teoria possui dois conceitos fundamentais que serão devidamente explanados em uma seção neste capítulo, limiar do bem e alcance do bem.

Cabe afirmar que, no âmbito deste estudo, o acesso à saúde será analisado segundo um de seus aspectos específicos que é a oferta de leitos de internação hospitalar, públicos e privados, nos 417 municípios do Estado. A questão territorial torna-se fundamental para a análise da distribuição da oferta deste recurso de saúde,

uma vez que o cenário socioeconômico da Bahia se caracteriza por desigualdades desafiadoras nos aspectos demográficos, econômicos e sociais.

Assim, o estado mais populoso do Nordeste, cujo contingente populacional segundo dados estatísticos aproximados do IBGE em 2021 ultrapassa 14.985.284 habitantes, concentra mais da metade de seus moradores em apenas 33 dos 417 municípios. De igual maneira, 50% de seu Produto Interno Bruto (PIB) é gerado por 9 municípios, Salvador, Camaçari, Feira de Santana, São Francisco do Conde, Vitória da Conquista, Lauro de Freitas, Simões Filho, Luiz Eduardo e Itabuna (SEI, 2017). Por fim, e como consequência de todo esse desequilíbrio, a sétima economia do País, ostenta um IDH de 0,660, ocupando apenas a 22ª posição entre todas as unidades da Federação (SEI, 2017).

Tendo exposto este cenário de discrepâncias socioeconômicas na Bahia, cabe esclarecer que este documento irá apoiar-se nas contribuições de David Harvey (2016), Manuel Castells (2020) e Milton Santos (2008) para a compreensão das desigualdades econômicas e sociais retratadas neste estudo e dos fundamentos da Teoria dos Lugares Centrais de Walter Christaller, como modelo explicativo da distribuição espacial dos serviços de saúde no estado da Bahia.

Do ponto de vista estrutural, optou-se por organizar este artigo em quatro seções, além desta Introdução e das Considerações Finais. Foi apresentada a Teoria dos Lugares Centrais de Walter Christaller e seus fundamentos, em seguida foi discutida a relação entre desigualdades socioeconômicas no contexto da dinâmica espacial do estado da Bahia. Na seção de Metodologia apresentou-se os métodos e procedimentos utilizados para obter os dados analisados e por fim, discorreu-se sobre os resultados da análise da distribuição dos leitos públicos e privados de internação hospitalar no território baiano.

2 DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS E A QUESTÃO DO ESPAÇO

Para Harvey (2016), as desigualdades socioeconômicas são resultantes de uma atuação do capital que cria uma paisagem geográfica, mascarada, convenientemente, para satisfazer suas necessidades por um determinado período e, quando essas necessidades não são mais atendidas, ele migra, sem maiores preocupações com as consequências que possa causar para os locais. Harvey chama

este fenômeno de destruição criativa sobre a terra. Para eles alguns grupos se beneficiam desta criatividade enquanto outros sofrem o impacto desta destruição

Desenvolvimentos geográficos desiguais mascaram convenientemente a verdadeira natureza do capital. A esperança pode brotar eternamente, porque há sempre um bairro, uma região ou um Estado onde as coisas vão muito bem, mesmo no meio de inúmeras calamidades. As macrocrises se decompõem em acontecimentos localizados, com os quais as pessoas se preocupam ou dos quais sabem muito pouco [...]. O pensamento é dominado mais por explicações particulares do que por explicações sistêmicas da crise. (HARVEY, 2016, p. 150).

Partindo de uma outra ótica, a questão da desigualdade regional tratada por Castells (2020), destaca fundamentos ligados à sociologia, com uma explicação de base marxista. Para o autor, os efeitos do desenvolvimento desigual do capitalismo e os desequilíbrios econômicos são causados pelo desenvolvimento desigual das forças de trabalho e dos meios de produção.

Desenvolvimento Regional desigual dos setores econômicos, exploração desigual dos recursos econômicos, exploração desigual dos recursos naturais, concentração dos meios de produção nas condições mais favoráveis, criação de meios de produção ou “unidades de produção complexas”, eis as bases econômicas daquilo a que se chama as regiões e as disparidades regionais. (CASTELLS, 2020, p. 564).

Estas duas abordagens se concentram na análise da evolução e eficácia de um sistema de produção, conforme enquadraria Furtado (2000). Todavia, talvez como uma consequência natural dos efeitos gerados pelas distorções do sistema capitalista, os estudos sobre o desenvolvimento passaram a se voltar, também, para o grau de satisfação das necessidades humanas ou, como defenderia Amartya Sen (2010), para o grau de bem-estar social. Para ele, é papel do Estado conter as desigualdades através do fornecimento de serviços como educação, saúde e proteção de minorias.

[...] a privação de liberdade vincula-se estreitamente à carência de serviços públicos e assistência social, como por exemplo a ausência de programas epidemiológicos, de um sistema bem planejado de assistência médica e educação ou de instituições eficazes para a manutenção da paz e da ordem locais. (SEN, 2010, p.17).

Corroborando com o entendimento de Sen (2010), Gadelha *et al.* (2009, p. 97) destacam algumas vertentes de análise de outros autores que evidenciam esta

relação entre o acesso à saúde e o desenvolvimento de uma sociedade, destacando, além da sua importância, os conflitos políticos envolvidos na sua dotação:

Um componente essencial a qualidade de vida e da intervenção pública na área social, configurando uma dimensão privilegiada para a geração do bem-estar, da equidade e da inclusão social (BUSS; PELEGRINU, 2006 *apud* GADELHA *et al.*, 2009).

[...]

Uma área que, em virtude de mobilizar uma magnitude expressiva de renda e da riqueza dos países, reúne interesses diversos que acentuam a disputa pelo poder na definição das diretrizes políticas da saúde. A dimensão política ou de poder da assistência à saúde refere-se aos conflitos existentes entre os que usam os serviços de saúde, os que promovem, pagam por eles e os regulam (FREMAN; MORAN, 2002 *apud* GADELHA *et al.*, 2009).

[...]

Uma atividade que, pela sua natureza, envolve um arranjo político-institucional rico e complexo, ainda mais marcante quando se trata de países continentais federativos e democráticos, como o Brasil, envolvendo relações entre diferentes esferas de governo e com a sociedade civil inerentes ao processo de desenvolvimento e a sua configuração territorial (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2007 *apud* GADELHA *et al.*, 2009).

Ao compreender a sociedade, principalmente, como uma comunidade, e trazer a definição da sociedade como um sistema de relações entre partes funcionalmente diferenciadas e que está localizado territorialmente Castells (2020) inicia uma abordagem que ultrapassa os aspectos econômicos. Ele também faz uma interconexão da questão da desigualdade socioeconômica com a organização urbana no espaço, trazendo o tema para uma esfera mais próxima da distribuição espacial sem perder o pano de fundo da sociologia. Para ele, a organização urbana é explicada por um conjunto de processos que moldam, distribuem e correlacionam diferentes conteúdos sociais e a expressão das unidades espaciais de moradias, dos serviços, das indústrias, etc.

Dentre os processos descritos por Castells, dois merecem destaque no contexto analisado sobre a distribuição dos leitos hospitalares no estado da Bahia: a concentração – aumento da densidade populacional num certo espaço em determinado momento e a centralização – especialização funcional de uma atividade ou rede de atividades e sua articulação hierarquizada no conjunto do território regional (CASTELLS, 2020, p. 187). Tais processos ajudam a explicar a dinâmica de formação socioespacial do Estado e de sua rede de cidades, que se constituem no lócus da oferta dos serviços estudados neste artigo.

3 A LÓGICA DA LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ATRAVÉS DA TEORIA DOS LUGARES CENTRAIS – TLC

Uma vez tendo sido apresentada, na seção anterior, a discussão entre desenvolvimento e desigualdades socioeconômicas, tendo como pano de fundo a dinâmica que se processou no estado da Bahia, esta seção tratará sobre o modelo teórico que fundamentará a análise que se pretende realizar neste artigo. Trata-se da Teoria dos Lugares Centrais (TLC), formulada pelo geógrafo Walter Christaller (1966), que versa sobre a distribuição dos bens e serviços no espaço, com ênfase em dois fatores fundamentais, o limiar e o alcance dos bens e serviços.

Ao desenvolver a sua teoria, Christaller (1966), considerou a existência de um sistema de cidades em que a hierarquia ocupada por cada uma delas dependia da quantidade e variedade de bens e serviços ofertados, o que determinaria o seu grau de centralidade. Sua teoria foi formulada com base em alguns pressupostos igualmente apresentadas por Bradford e Kent (1987, p. 19):

- a) Existência de uma planície uniforme sem limites na qual há igual facilidade de transporte em todas as direções;
- b) A população está igualmente distribuída por toda a área;
- c) Os lugares centrais estão localizados nessa superfície para fornecer bens, serviços funções administrativas sua área de influência;
- d) Os consumidores deslocam-se ao lugar central mais próximo que forneça função (bens ou serviços) que eles procuram. Minimizam distância percorrer;
- e) Os fornecedores destas funções agem como homens econômicos, isto é, têm como objetivo maximizar o lucro, localizando-se na planície de modo obter maior mercado possível. Uma vez que as pessoas se deslocam ao centro mais próximo (pressuposto d), os fornecedores localizar-se-ão tão longe quanto possível uns dos outros, de forma maximizar as suas áreas de mercado;
- f) Os fornecedores procederão dessa forma, mas de maneira que nenhum consumidor fique uma distância maior, em relação uma dada função, do que aquela que está disposto a percorrer. Alguns lugares centrais oferecem: muitas funções. São chamados centros de ordem superior.

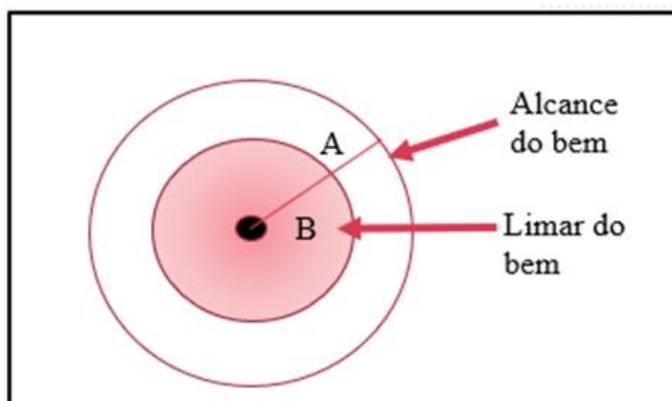
Outros, fornecendo menor número de funções, são centro de ordem inferior;

- g) Pressupõe-se que os centros de ordem superior fornecem certas funções (funções de ordem superior) que não são oferecidas pelos centros de ordem inferior. Fornecem também todas as funções (funções de ordem inferior) que são fornecidas pelos centros de ordem mais baixa que deles;
- h) Todos os consumidores têm mesmo rendimento e a mesma procura de bens serviços.

Em que pese esses pressupostos parecerem, por demasiado, limitadores, a formulação da TLC ainda permanece sendo utilizada tanto por governantes, para planejar a localização de serviços públicos de ordem superior, pelo seu nível de especificidade (hospitais, universidades, etc) como pelas empresas, no momento de verificar a existência dos critérios de mercado mínimos necessários para a sua localização. Vale mencionar que é percebido a aderência da TLC a série de publicações iniciada em 1972, denominada Regiões de Influência das Cidades (REGIC) realizada pelo IBGE.

A TLC se estrutura em torno de dois conceitos fundamentais, o primeiro deles é o alcance do bem, que se refere à distância que um indivíduo está disposto a percorrer para ter acesso a um bem ou serviço, esta distância está representada por A na Figura 1, onde o ponto central é a localização do empreendimento. Com base neste estudo, pode ser dado como exemplo o percurso que um indivíduo, necessitando de tratamento médico hospitalar, no caso de um leito de internação hospitalar, está disposto a (ou necessariamente precisa) percorrer para ter acesso a este serviço. O segundo conceito é o limiar do bem, representado por B na Figura 1, que se refere ao número mínimo de pessoas requeridas para manter tais atividades. De acordo com Christaller (1966), tanto o alcance como o limiar dependem do grau de complexidade ou da ordem do bem ou serviço, ou seja, serão tanto maiores quanto mais especializados eles forem.

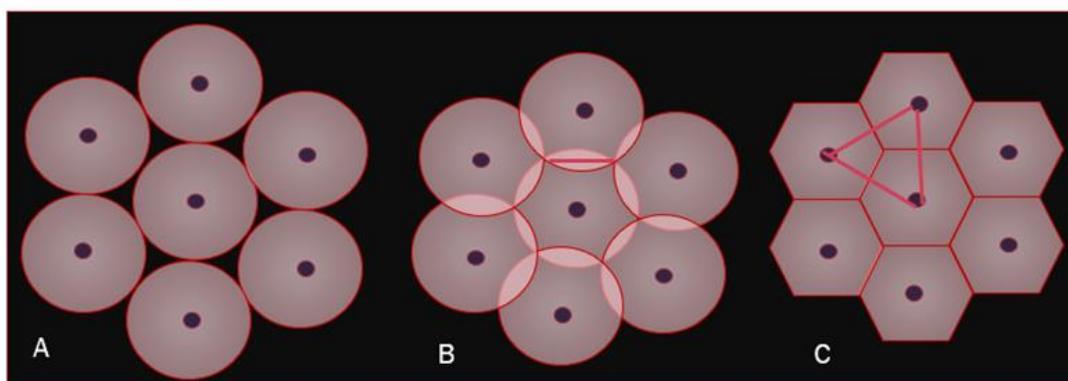
Figura 1- Alcance e Limiar do Bem – Christaller



Fonte: Elaboração própria.

Pensando sob o ponto de vista das empresas ofertantes, em uma área urbana são vários os tipos de serviços que são disponibilizados. Segundo uma das premissas da TLC, os serviços devem estar tão longe quanto possível dos seus competidores para lhes garantir sua área de mercado. Entretanto, respeitando os limites da área de mercado de cada um, representado pela imagem A na Figura 2, cria-se um espaço vazio que nenhum competidor conseguiria atender, desta forma a localização dos negócios tendem a se aproximar para que todo mercado consumidor seja atendido, situação identificada pela imagem B. Conforme a premissa de que os clientes tendem a percorrer a menor distância para serem atendidos, minimizando seus custos de transporte, as áreas de mercado resultantes serão hexagonais, imagem C², Figura 2 (BRADFORD; KENT, 1987).

Figura 2 - Formação hexagonal das áreas de mercado - TLC



Fonte: Elaboração própria (2021).

² A imagem C também demonstra que a distância entre a localização dos competidores terá forma de um triângulo

Christaller (1966), classifica os bens de acordo com sua importância em bens de mercado inferiores e bens de mercado superiores. Os bens de mercado inferiores possuem limites baixos e área de mercado pequenas, por exemplo os serviços mais simples e mais pulverizados como padarias, mercearias ou até mesmo os consultórios médicos. Bens de mercado superiores são os bens com limites altos e área de mercado maiores como é o caso de hospitais ou universidades. Segundo a TLC, um lugar central de ordem superior é aquele que oferece bens ou serviços de ordem superiores atendendo um contingente populacional maior e o um lugar central de ordem inferior é aquele que oferece bens ou serviços de menor relevância e mais comumente disponibilizados para a população (BRADFORD; KENT, 1987).

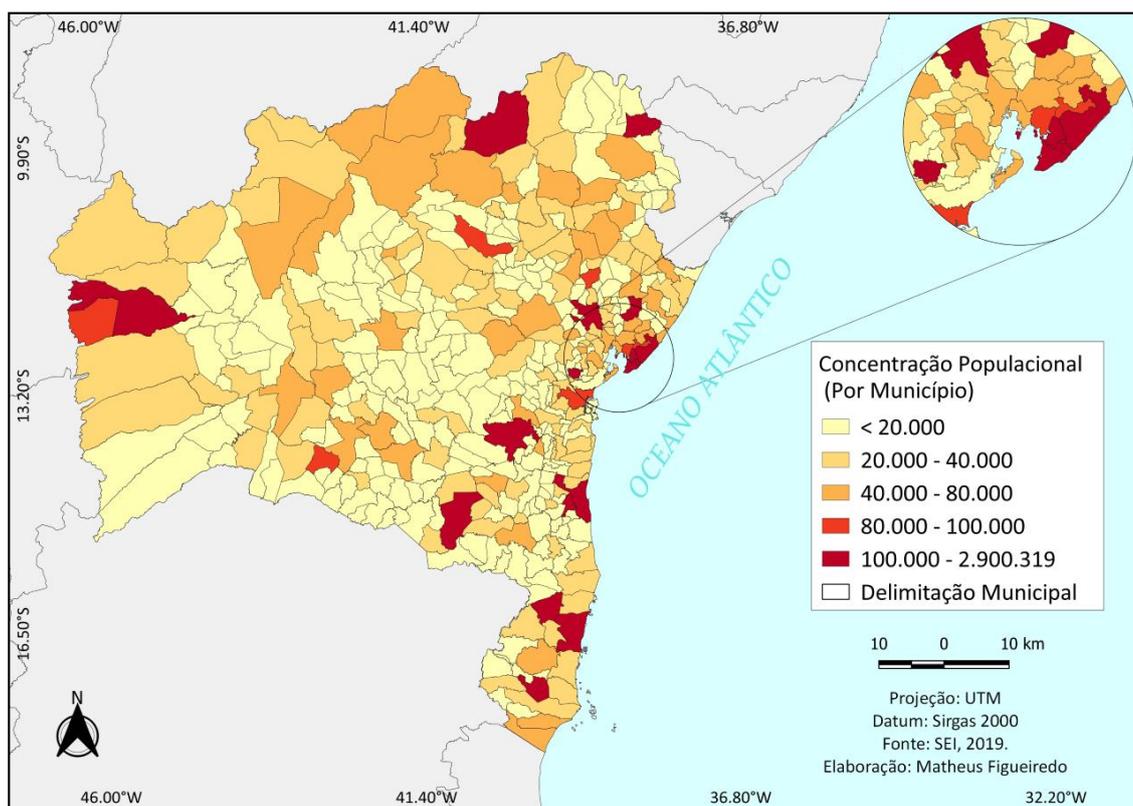
Antagonicamente ao lugar central, Christaller (1966), conceitua o “lugar disperso”. Conceito importante neste estudo, uma vez que será demonstrado na seção seguinte, municípios com população muito pequena e baixa ou nenhuma oferta do serviço de saúde alvo deste estudo.

Os “lugares dispersos” são locais que não são centro, como por exemplo áreas que não fazem fronteira com um lugar central, cujas localizações raramente são determinadas por vantagens econômicas. Os lugares centrais possuem “excedente de importância”, enquanto os lugares dispersos possuem déficit de importância (SOUTO *et al.*, 2017).

4 A BAHIA E A DESIGUALDADE SOCIOECONÔMICA

A Bahia é constituída por 417 municípios distribuídos em uma extensão territorial equivalente à da França. Trata-se de um estado relativamente pouco povoado, com uma densidade demográfica de 30 hab/km² segundo estudo Regiões de Influência das Cidades - REGIC (IBGE, 2018). A maioria dos municípios, 58%, possuem menos de 20 mil moradores, (dados IBGE aproximados 2021), conforme a Figura 3.

Figura 3 - Bahia - Distribuição da população residente nas sedes municipais, 2021

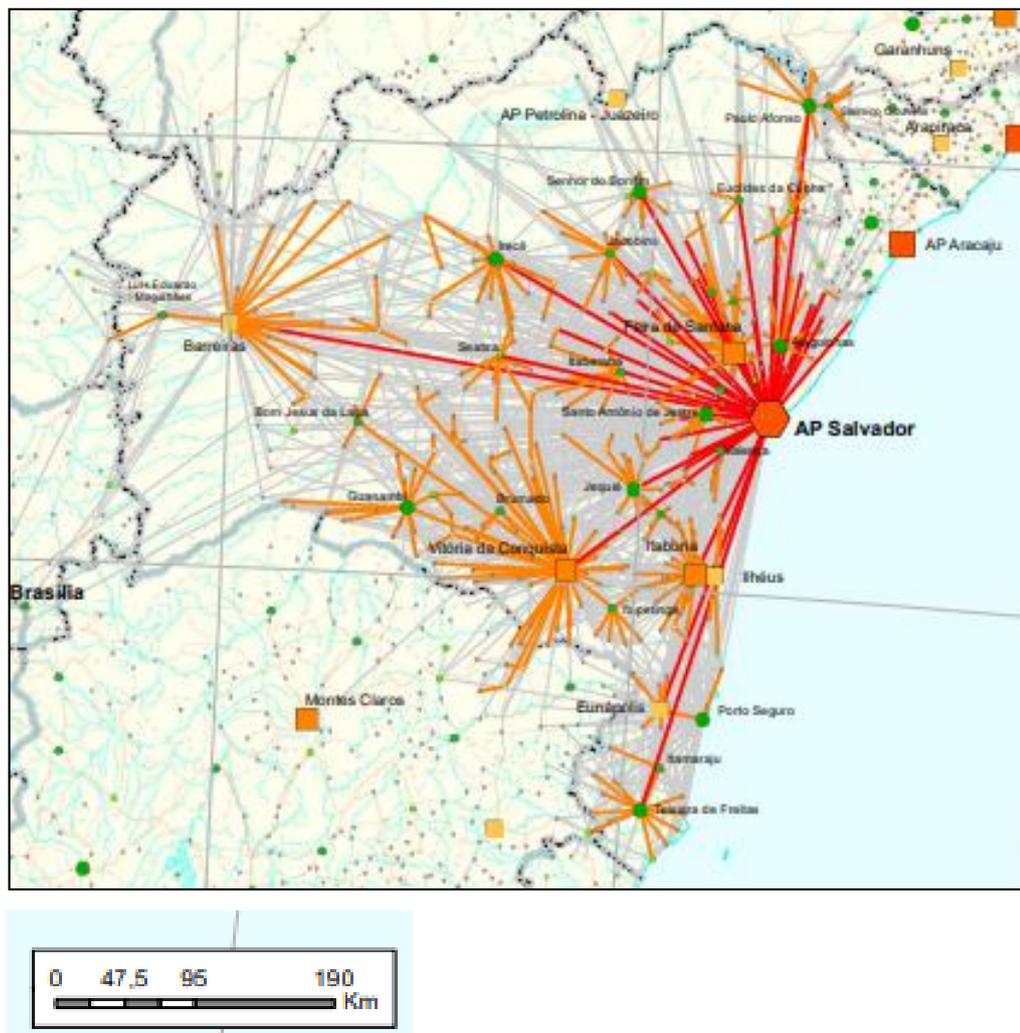


Fonte: IBGE (2021).

Com poucas áreas dinâmicas do ponto de vista socioeconômico, 44% do PIB da Bahia está localizado na Região Metropolitana de Salvador (SEI, 2017). As principais cidades do Estado, consideradas como Capitais Regionais³ pelo estudo Regiões de Influência das Cidades - REGIC (IBGE, 2018) são Feira de Santana, Vitória da Conquista e Itabuna, além de Juazeiro e Barreiras. Vale ressaltar que a influência de algumas cidades baianas se estende além das divisas estaduais, a algumas Cidades de Minas Gerais, com centros urbanos fazendo parte das redes das Cidades de Teixeira de Freitas (BA) e Vitória da Conquista (BA).

³ Capital Regional segundo REGIC, 2018 são centros urbanos com alta concentração de atividade de gestão, mas com alcance menor em termos de região de influência em comparação com as Metrôpoles.

Figura 4 - Arranjo Populacional de Salvador/BA



Fonte: REGIC IBGE (2018).

As Figuras 3 e 4 ajudam a entender o processo de formação socioespacial do Estado da Bahia que, de forma geral, seguiu a dinâmica do fluxo econômico das atividades produtivas que foram predominantes em suas diversas épocas.

A populacional da Região Metropolitana de Salvador representa 26,5%, mais de ¼ da população do Estado (IBGE, 2021 dados estatísticos) e esta mesma região concentra 44% do PIB baiano (SEI, 2017). Este fato se deve ao papel que sempre foi exercido por Salvador como um “traço de união entre um mundo subdesenvolvido que lhe estava atrás e um mundo desenvolvido que lhe estava à frente.” (SANTOS, 1965, p.2). Fundada em 1549, Salvador foi a primeira capital do país e, durante três séculos, a aglomeração urbana mais importante e mais populosa do Brasil, responsável por funções portuárias, políticas, administrativas e financeiras. No século XVI, em seu

entorno, na região do Recôncavo, que contorna a Baía de Todos os Santos, começou-se a desenvolver a produção de cana-de-açúcar e de fumo.

A ocupação do interior se iniciou no século XVII, através da criação de gado no sertão, mas também pela mineração, inicialmente em Minas Gerais atraindo um forte contingente populacional para região do sudoeste baiano e, no século seguinte, também no planalto da Chapada Diamantina. As culturas do café, do algodão e do cacau despontaram no século XIX na região sul da Bahia, assim como o sisal no semiárido (SANTOS, 2008).

Outra expressão resultante deste fluxo econômico de caráter mutável foi a migração de grande contingente populacional de áreas rurais para Salvador, expulsos pela ocorrência de vários ciclos de secas no sertão. Esta migração causou um excedente populacional terminou por viver em condições sociais precárias e submetido ao subemprego. Grande parte desta população encontrou facilidade para migração pela via ferroviária que tinha como ponto de chegada o Bairro da calçada, na cidade baixa, onde nas primeiras décadas do século 20 se instalaram as primeiras indústrias do estado da Bahia

Dando continuidade às considerações sobre a dinâmica econômica do estado, a Bahia viveu uma mudança de foco em sua economia, da atividade agrícola para industrial de maneira planejada, entre as décadas 1960 e 1980, com a instalação do Centro Industrial de Aratu (CIA), localizado nos municípios de Simões Filho e Candeias e do Polo Petroquímico, localizado no município de Camaçari. Como decorrência deste processo, hoje, estes três municípios figuram entre as 12 maiores PIBs do estado.

Para Santos (2006) toda esta dinâmica de fluxos econômicos e sociais definem, na prática, a formação socioeconômica atrelada ao componente espaço. As mudanças no modo de produção acontecem, mas não desaparecem, deixando seu registro gravado e sobre ele se cria uma nova formação social econômica.

5 METODOLOGIA

Para atender o objetivo deste estudo, os dados referentes à quantidade e à distribuição dos leitos de internação hospitalar, públicos e privados no estado da Bahia, recorreu-se à pesquisa documental no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Trata-se de um órgão da Secretaria

de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde.

Para a análise da distribuição espacial dos leitos de internação ofertados foi feito uso do software livre Quantum Gis, Versão 3.12, uma ferramenta que possui as especificidades necessárias para oferecer um panorama visual desta realidade investigada. Os dados georreferenciados da malha de municípios do estado da Bahia foram disponibilizadas pelo IBGE.

Os dados obtidos foram aplicados segundo o parâmetro da população residente em cada município por se considerar que a quantidade de pessoas atendida pelo serviço de saúde é determinante para que o mesmo se instale em determinada localidade. Por fim, foi calculado, um índice referente à quantidade de leitos públicos ofertados para cada mil habitantes, permitindo-se assim uma análise na equidade da distribuição deste serviço público.

6 PANORAMA DA DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS DE INTERNAÇÃO PÚBLICOS E PRIVADOS NO ESTADO DA BAHIA

O SUS, foi regulamentado no início da década de 1990 e dispõe sobre as condições para promoção, a proteção e a recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de dar outras providências (BRASIL, 1990 *apud* SOLHA, 2014, p.11). Traz também princípios da universalidade - todo cidadão brasileiro tem direito a usar os serviços do SUS e integralidade – os serviços devem ter foco na prevenção de doença, na promoção da saúde, na cura e na reabilitação, atendendo às necessidades de saúde da população como um todo.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), promulgada pela Portaria nº 3.390 (BRASIL, 2013), estabeleceu no âmbito do SUS, as diretrizes para organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde. Constata-se que não há determinação para disponibilidade de leitos hospitalares em todos os municípios. Esta sessão objetiva analisar o panorama da distribuição dos leitos de internação públicos e privados no estado da Bahia.

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial

definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea. (BRASIL, 2013)

7 DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS SUS E PARTICULARES ENTRE OS MUNICÍPIOS

De forma geral, a distribuição tanto de leitos públicos como privados acompanha o tamanho da população dos municípios. Destaca-se na análise da distribuição dos leitos de internação hospitalar que a quantidade de leitos ofertados pela rede pública, 24.163 leitos, corresponde a grande maioria 81% do total de leitos disponíveis no estado da Bahia já os leitos ofertados pela rede privada, 5.655 leitos, correspondem a 19% do total, vide Tabela 1.

Tabela 1 – Bahia - Número de leitos públicos e privados, 2021

GESTÃO	QUANT. LEITOS DISPONIBILIZADOS	%
Leitos SUS	24.163	81
Leitos Privados	5.655	19
Total	29.818	100

Fonte: Elaboração própria (2021).

Observasse que a oferta de leitos públicos ocorre na maior parte do território baiano, cobrindo 348 municípios e atendendo uma população de 14.193.733 habitantes, este dado revela uma população SUS dependente. Comparativamente, ao se observar a distribuição dos leitos ofertados pela iniciativa privada, percebe-se, como já era esperado, que a oferta em termos de quantidade de leitos é menor do que a oferta de leitos públicos, entretanto os municípios que oferecem leitos privados, são os municípios com maior população. Enquanto os leitos SUS estão presentes em 83% dos municípios atendendo 95% da população, a iniciativa privada para oferta de leitos SUS está presente em apenas 19% dos municípios, mas atende quase 60% da população baiana.

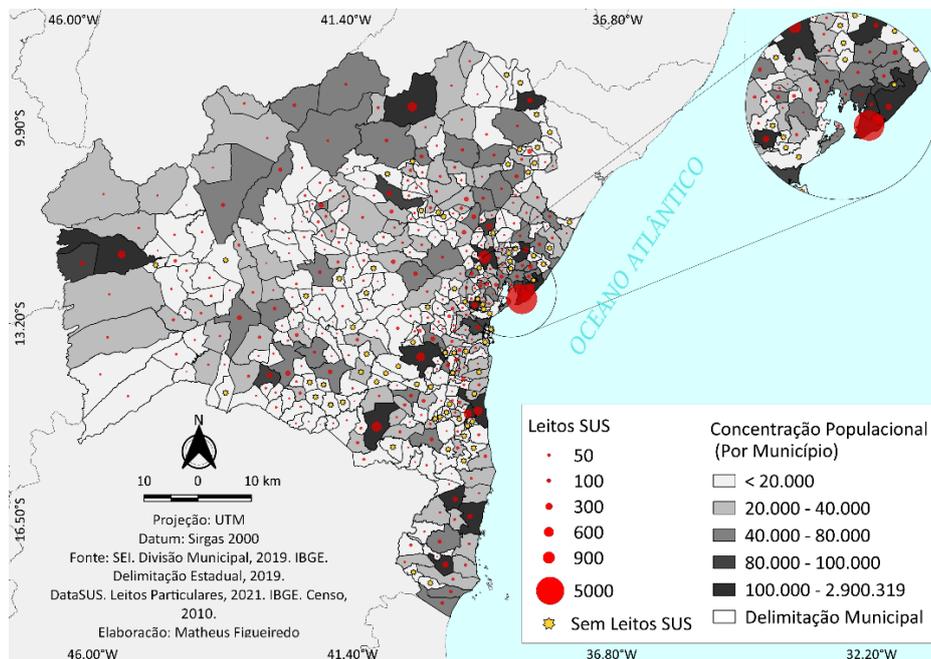
Tabela 2 – Bahia - Dados da oferta de leitos nos municípios x população, 2021

Gestão	#Município Atendidos	% Presença nos Município	População Atendida	% Pop. do Estado Atendida (total 14.985.284)
Público	348	83%	14.193.733	95%
Privada	81	19%	8.886.127	59%

Fonte: Elaboração própria (2021).

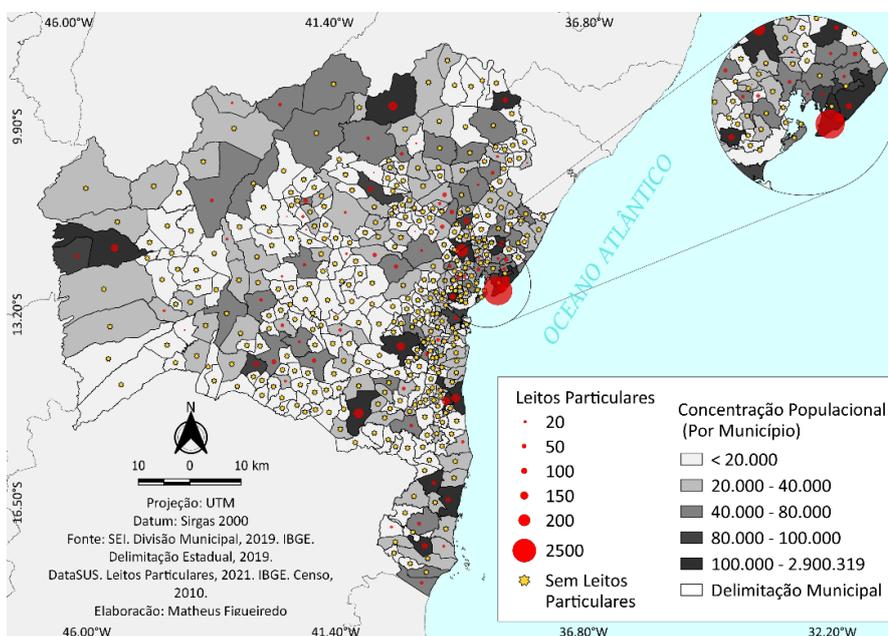
O fundamento do Limiar do Bem da Teoria dos Lugares Centrais é evidenciado nesta análise ao verificar-se que o empreendedor deste serviço estabeleceu sua localização em sítios cuja área de mercado é maior, de forma a garantir o retorno sobre seus investimentos. Esta análise demonstra que há uma forte concentração da iniciativa privada em municípios com maior população.

Figura 5 - Distribuição dos leitos particulares nos municípios baianos, nov.2021



Fonte: Datasus (2021).

Figura 6 - Distribuição dos leitos particulares nos municípios baianos, nov.2021



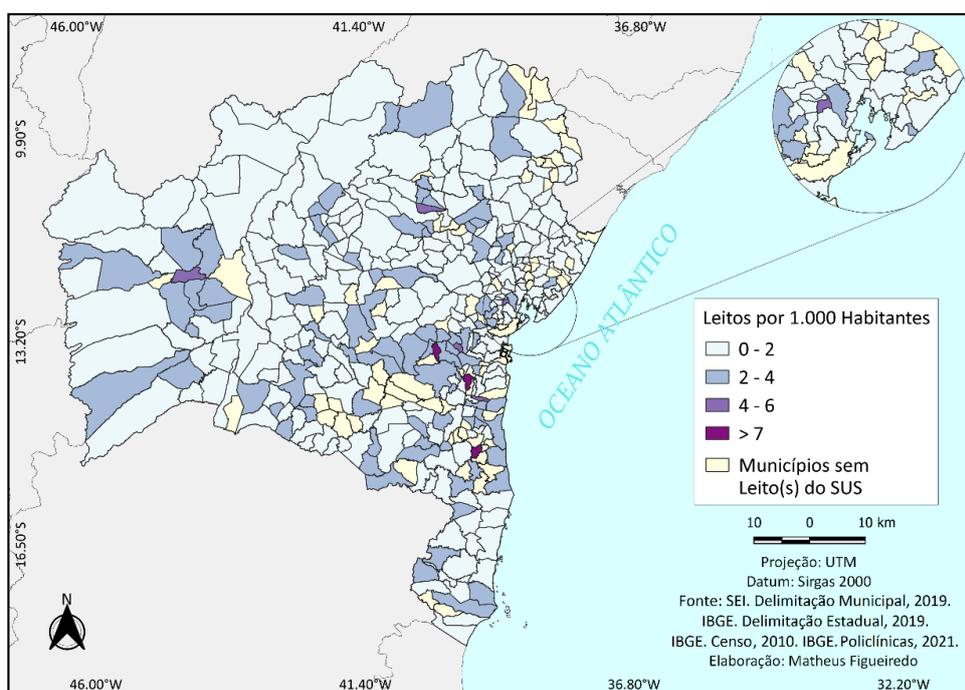
Fonte: Datasus (2021).

Uma constatação importante nesta análise revela que 68 municípios não disponibilizam nenhum leito de internação hospitalar público ou privado aos seus habitantes, forçando a população de 742.782 pessoas (número total de habitantes destes municípios, conforme dados do IBGE, (2021) a se deslocarem para outro município para ter acesso ao serviço. A depender da distância que precise ser percorrida, esta pode ser considerada uma situação de fragilidade e risco de vida, considerando a essencialidade deste recurso para o tratamento da saúde da população.

7.1 ANÁLISE DA QUANTIDADE DE LEITOS SUS POR 1.000 HABITANTES

Com o intuito de averiguar de forma mais criteriosa a se há desigualdade na distribuição dos leitos públicos, foi calculado nesta análise um indicador de quantidade de leitos para cada mil habitantes para cada município, Figura 10. Segundo Informe do Departamento Intersindical de Estatística Estudos Socioeconômicos (DIEESE) (2020), no Brasil, o número de leitos por 1.000 habitantes é de 2,3, inferior à média global (3,2) e da recomendação do Ministério da Saúde (revogada em 2015, mas ainda assim um parâmetro de comparação) de 2,5 leitos por 1.000 habitantes.

Figura 7 - Distribuição de leitos por mil habitantes nos municípios baianos, 2021



Fonte: SEI (2019), IBGE (2019).

Observou-se ao analisar o indicador leitos por cada mil habitantes na Bahia, que não há uma proporção equivalente ao tamanho da população. Os dados analisados revelam extremos, 74,58% do total de municípios, correspondente a 311 cidades, oferecem de 0 a 2 leitos para cada mil habitantes e apenas 2,15 % dos municípios, correspondente a 09 cidades, oferecem entre 4 e 8 leitos por cada mil habitantes, Tabela 3.

Tabela 3 - Cidades com indicadores entre 4 e 8 leitos para cada 1.000hab

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	LEITOS P/1000 HAB
Antas	19.659,00	7,223
Itiruçu	12.482,00	8,810
Jussari	5.706,00	6,484
Ibirataia	14.476,00	6,286
São Felix	14.784,00	5,749
Ubaitaba	18.647,00	5,363
Cristópolis	13.981,00	4,935
Cravolandia	5.352,00	4,484
Caém	8.912,00	4,039

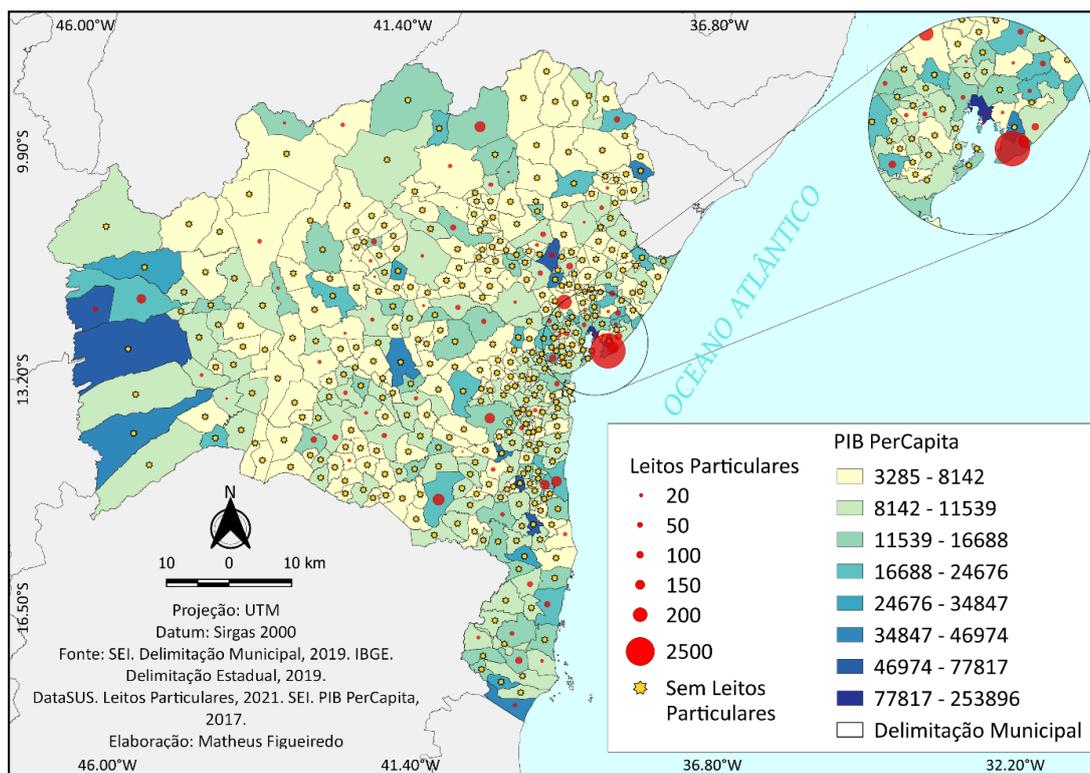
Fonte: DATASUS (2021); IBGE (2019).

Curiosamente as 09 cidades que oferecem entre 4 e 8 leitos por habitantes não são cidades consideradas centros urbanos, ao contrário, possuem menos de 20 mil habitantes, sendo que 03 delas possuem menos de 10 mil habitantes. Este cenário sugere um estudo específico para compreender melhor as razões desta discrepância “positiva” no quesito ofertam de leitos SUS nestes municípios.

7.2 ANÁLISE LEITOS PRIVADOS X PIB PER CAPTA

O mapa da Figura 8 apresenta a distribuição dos leitos privados quando comparada ao PIB per capita municipal (SEI, 2017). Nesta análise constata-se que os leitos privados estão prioritariamente localizados em municípios com maior PIB per capita. Os 30 municípios com maior PIB per capita concentram 70% dos leitos privados ofertados no estado da Bahia no outro extremo, entre os 206 municípios com menor renda per capita (3.285 – 8.142), apenas 16 possuem leitos privados.

Figura 8 - Leitos hospitalares privados x PIB per capita municipal, Bahia



Fonte: DATASUS (2021), SEI (2017).

Este dado reforça o papel da dinâmica dos fluxos econômicos no setor privado da área da saúde, além de reforçar a questão da escolha da localização do bem por parte do empreendedor, reforçando mais uma vez o fundamento do Limiar do Bem da TLC.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crescentes desigualdades regionais na renda per capita são uma prova de que o fator espaço é um elemento importante a ser levado em consideração nos modelos econômicos. Sinteticamente, pode-se afirmar que os problemas regionais nascem de disparidades engendradas pela difusão desigual do processo de crescimento no conjunto do espaço econômico nacional (SOUZA, 1918).

O serviço de oferta de leito hospitalar por se tratar de um serviço especializado, em princípio, não possui a obrigatoriedade de estar disponível em todos os municípios, entretanto, considerando que em 68 municípios onde residem mais de 742 mil baianos não possuem leitos hospitalares, esta situação pode oferecer risco a esta população. Em certa medida esta situação infringe o princípio da

Universalidade do SUS, que diz que todo cidadão brasileiro tem direito a saúde, sendo o Estado o provedor dos serviços, conforme a Constituição Brasileira.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Art. 196 da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988).

Faz-se necessário registrar que a capilaridade do SUS nos municípios do interior da Bahia é uma questão de sobrevivência dado o baixo índice de desenvolvimento econômico e social dos municípios. Dos 417 municípios que compõe o estado, 263 possuem apenas leitos públicos para internação hospitalar, o equivalente a 35,47% da população do Estado. Este dado já era esperado e demonstra um elevado nível de carência da população em relação ao poder público. Destaca-se, também, que mesmo observando uma grande parcela da população SUS dependente, há grandes discrepâncias ao analisar a distribuição dos leitos públicos por cada mil habitantes entre os municípios. Cabe ao Estado intervir a fim de promover o equilíbrio da oferta destes serviços.

No campo privado, as constatações mostram aderência da localização dos serviços de saúde à Teoria dos Lugares Centrais de Christaller. O serviço de saúde – leito de internação hospitalar oferecido pela iniciativa privada está localizado assertivamente onde há maior concentração demográfica e em cidades onde o PIB per capita é maior.

A questão da desigualdade social econômica no estado da Bahia, foi construída ao longo da história vivida pela população no território, dos fluxos econômicos que existiram nos séculos anteriores, é uma questão que deve ser analisada no tempo e no espaço. Dados encontrados reforçam esta abordagem, as três cidades com maior PIB per capita são exatamente cidades que obtiveram investimento público e privado em indústrias petroquímicas como o caso de São Francisco do Conde e Camaçari, localizadas na Região Metropolitana de Salvador ou são cidades com prática extensiva agrícola, no caso São Desidério no extremo oeste Baiano, considerado em 2020 no ranking do relatório de Produção Agrícola Municipal (PAM) (IBGE, 2022) como segunda maior produtora agrícola do país.

O Estado tem um papel essencial em minimizar as desigualdades e promover o desenvolvimento das regiões. A política pública de saúde deve mergulhar no debate sobre as discrepâncias existentes na oferta dos recursos de saúde e analisar as

origens do desenvolvimento na formação socioespacial brasileira, desta forma entende-se que será possível frear o crescimento da desigualdade e encontrar o caminho para promoção da saúde da população. Ter acesso a saúde é condição *sine qua non* para alcançar a cidadania plena e o desenvolvimento social.

REFERÊNCIAS

BRADFORD, M. G.; KENT, W. A. Teoria dos lugares centrais: o modelo de Christaller. *In*: BRADFORD, M. G.; KENT, W. A. **Geografia humana: teorias e aplicações**. Lisboa: Gradiva, 1987. p. 17-45.

BAHIA. Secretária de Saúde. **Consórcio de saúde da Bahia**. Salvador: SESAB, s.d. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/consorcios/> Acesso em: 26 set. 2021.

BAHIA. Secretária de Saúde. **Municípios e regionalização**. Salvador: SESAB, s.d. <http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao//> Acesso em: 26 set. 2021

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

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. Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 29 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS Informações de Saúde**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html Acesso em: 30 jan. 2021.

CASTELLS, Manuel. **A questão urbana**. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2020. 602 p.

CHRISTALLER, Walter. **Central places in Southern Germany**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1961.

COASE, Ronald H. The nature of the firm. **Econômica**, v. 4, n. 16, p. 386-405, nov. 1937. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-0335.1937.tb00002.x>. Acesso em: 29 jan. 2021.

CUNHA, Alexandre Mendes; SIMÕES, Rodrigo; PAULA, João Antônio de, História econômica e regionalização: contribuição a um desafio teórico-metodológico. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 493-524, jul./set. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ee/v38n3/v38n3a03.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

DALLABRIDA, Valdir Roque. Governança territorial e desenvolvimento: as experiências de descentralização político administrativa no Brasil como exemplos e institucionalização de novas escalas territoriais e governança. *In*: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS (CODE2011), 1.; CONFERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO, 2., 2011, Brasília: DF. **Anais [...]**. Brasília, DF: Ipea, 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area7/area7-artigo11.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2021.

FURTADO, Celso. **Introdução ao desenvolvimento**: enfoque histórico-estrutural. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois *et al.* Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. *In*: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo E.M.; IBAÑEZ, Nelson. (org.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-123.

HARVEY, David. **17 contradições e o fim do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2016. 297 p.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>Acesso em: 09 jul. 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2021**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf Acesso em: 15 dez. 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produção Agrícola Municipal (PAM)**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://ibge.gov.br/estatisticas/economicas/agricultura-e-pecuaria/9117-producao-agricola-municipal-culturas-temporarias-e-permanentes.html?=&t=publicacoes> Acesso em: 15 dez. 2021.

INFORME DIEESE RS de 08 de abril de 2020 https://cpers.com.br/wp-content/uploads/2020/04/20200408-Informe-ERRS_Numero-de-leitos-por-habitante.pdf Acesso em: 8 fev. 2022.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. **Objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acesso em: 14 jan. 2022.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores sociais no Brasil**. 6. ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2017.

LUCCHESI, Patrícia (coord.). **Informação para tomadores de decisão em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MYRDAL, Gunnar. **Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Saga, 1968. 239 p.

ONU BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento sustentável: 3 – saúde e bem-estar**. Brasília, DF: 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3> Acesso em: 15 jan. 2022.

NURKSE, Ragnar. **Problemas da formação de capital em países subdesenvolvidos**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1957. 182 p.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/1/>. Acesso em: 27 jan. 2021.

PIRES, Elson L. S. *et al.* A governança territorial no Brasil: conceitos e modalidades. *In*: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS (CODE2011), 1.; CONFERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO, 2., 2011, Brasília: DF. **Anais [...]**. Brasília, DF: Ipea, 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area7/area7-artigo10.pdf> Acesso em: 27 jan. 2021.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Human development report 1990: concept and measurement of human development**. New York, 1990. Disponível em: <http://www.hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1990>. Acesso em: 14 jan. 2021.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. 2. reimpr. 2006. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. (Coleção Milton Santos; 1),

SANTOS, Milton. **A cidade nos países subdesenvolvidos**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1965.

SANTOS, Milton. **Por outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SANTOS, Milton. Sociedade e espaço: a formação social como teoria e como método. **Boletim Paulista de Geografia**, São Paulo, n. 54, p.81-100, jun. 1977. Disponível em: <http://www.agb.org.br/publicacoes/index.php/boletim-paulista/article/view/1092/949>. Acesso em: 22 ago. 2020.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, Sylvio Bandeira de Mello; SILVA, Barbara-Christine Nentwig; SILVA, Maina Pirajá A Região Metropolitana de Salvador na rede urbana brasileira e sua configuração interna. Barcelona, **Scripta Nova**, v.18, n.479, jun. 2014.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. São Paulo: Editora Erica, 2014. 120 p.

SOUTO, Roberto Lucas Spínola *et al.* Cidade, Região, hierarquia de cidade e redes urbanas: uma proposta de revisão teórica. **RDE - Revista Desenvolvimento Econômico**, Salvador, . 19, n. 37, p.57-81, ago. 2017. Disponível em: <https://amazon-c.unifacs.br/index.php/rde/article/viewFile/5025/3230>. Acesso em: 02 ago. 2020.

SOUZA, José Gileá de. **Desenvolvimento: como compreender e mensurar**. Curitiba: Appiris, 2018. 177 p.

SOUZA, Nali de Jesus. Economia regional: conceito e fundamentos teóricos. **Perspectiva Econômica**, São Leopoldo, RS, v. 1111, n. 32, p. 67-102, 1981. Disponível em: http://franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/textos/teoria_econ_reg.pdf. Acesso em: 02 ago. 2020.

SUPERINTENDÊNCIA, DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS. **PIB e estudos correlatos: PIB municipal**. Salvador: SEI, 2017. Disponível em: https://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=561&Itemid=335 Acesso em: 09 jul. 2020.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. (org.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009

3 DISCUSSÃO GERAL

O percurso teórico construído nesta pesquisa inicia-se no artigo 1 com aproximação do tema desenvolvimento e saúde. O olhar, ainda que com lentes capitalistas de Furtado (2000), traz o viés do desenvolvimento relacionando-o ao grau de satisfação das necessidades humanas, em seguida apresenta o Indiano Amartya Sen (2010) que de forma brilhante e com lentes voltadas para as pessoas coloca o desenvolvimento como muito além da renda e da riqueza. Nurkse (1957) e Myrdal (1968), elaboram uma razão direta com a falta de saúde do indivíduo com a pobreza vivenciada pelo mesmo.

A visão do capitalismo como produtor das desigualdades socioespaciais e econômicas é apontada no artigo 2 que se apresenta de forma a complementar o percurso teórico sobre do tema desenvolvimento. Para Harvey (2016), de tempos em tempos, o fluxo de capital é direcionado de um espaço para o outro e nunca resolve suas falhas sistêmicas porque as descola geograficamente. A questão da desigualdade socioespacial é considerada resultante da ocupação do território ao longo do tempo.

A análise da distribuição da população no território baiano aponta que as grandes aglomerações, chamadas de capitais regionais (IBGE, 2018), são cidades cujo histórico está relacionado a fluxos econômicos que ocorreram fortemente no passado ou ocorrem ainda ocorrem no presente. Por outro lado, a análise do indicador PIB per capita por município não faz uma associação direta com a quantidade de habitante, tendo como exemplo o caso do município de São Francisco do Conde, maior PIB Percepta da Bahia com menos de 50 mil habitantes.

O conhecimento do território por parte dos atores que planejam e executam e especialmente dos que executam é fundamental para o sucesso e aderência das ações a realidade regional.

O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população. (SANTOS, 2003).

O artigo 1 apresenta o SUS como a política pública de saúde no Brasil que irá contribuir para o alcance do desenvolvimento social no país. Este capítulo igualmente

aborda a governança territorial como ferramenta para execução das políticas públicas. Pode-se observar um alinhamento entre os princípios do SUS da Descentralização administrativa e a da participação popular com os elementos que compõem a governança territorial.

Os estudos de caso apresentados no capítulo 1 sobre a distribuição espacial das policlínicas e no artigo 2 sobre a distribuição espacial dos leitos públicos hospitalares no estado da Bahia, revelam o tamanho do desafio por parte do Estado para cumprir o princípio da universalização do SUS, que garante que todos os brasileiros, sem privilégios, devem ter acesso aos serviços de saúde pública. Estes serviços são em certa medida complementares quando observado a luz do princípio da integralidade do SUS onde é previsto que as ações e serviços de saúde devem estar articulados entre si para garantir ao cidadão o atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema, da promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação da saúde e reabilitação.

Uma análise aprofundada sobre disponibilidade de especialidades médicas e nível de complexidade de exames disponíveis não foi realizada neste estudo, mas poderá ser um caminho para demonstrar elementos elucidem ainda mais o acesso a serviços públicos de saúde no estado da Bahia.

Analisando espacialmente a oferta destes dois serviços nos municípios baianos, foram identificadas 3 cidades, Maraú, Uruçuca e Gavião onde não há leitos hospitalares bem como o município não faz parte de nenhum Consórcios Interfederativos de Saúde que possibilite acesso às policlínicas para realização de consultas, exames e demais serviços de saúde presente nestas unidades públicas. A população total destes municípios soma 45 mil habitantes, um número baixo diante do total de habitantes do Estado.

Sobre a iniciativa privada, o artigo 2 demonstrou que o serviço privado se instala onde as possibilidades são maiores, maior PIB per capita e população. Há um movimento no estado da Bahia de aquisições e construção de infraestruturas hospitalares de concentração em poucos grupos empresariais. Esta tendência tende a diminuição de ofertas particulares em lugares mais pobres e com pouco densidade demográfica, tornando a população ainda mais SUS dependente.

Outro aspecto recente que pode ser destacado, é o surgimento das tele consultas, serviços de consulta médica realizado em ambiente virtual, com preços mais acessíveis que presencial. Esta modalidade, embora oferecida pela iniciativa

privada, permite o acesso de qual quer lugar o território, sem necessidade de deslocamento, ampliando assim a oferta deste serviço de saúde particular para população de todo estado e também fora dele, pois não há fronteiras para o serviço oferecidos de forma remota.

4 CONCLUSÃO GERAL

De acordo com o que foi estudado ao longo do presente trabalho, pode-se afirmar que os serviços de saúde analisados são acessíveis para a grande maioria da população residente no território baiano, entretanto não atende a totalidade da população do Estado da Bahia e há discrepâncias altas entre os municípios que põem acesso.

Quanto ao objetivo específico: a) “Discutir a relação existente entre desenvolvimento e acesso à saúde.” O tema de saúde foi revelado entrelaçando-se com a abordagem de desenvolvimento desde 1957 através a teoria dos círculos viciosos de Nurkse (1957). A saúde como elemento desta engrenagem descendente e ao contrário, também podendo fazer parte de um ciclo virtuoso de desenvolvimento, destacado por Myrdal (1968). Além disto, esta relação também foi evidenciada em Celso Furtado (2000) ao mencionar o sentido de desenvolvimento como atendimento as necessidades humanas e em Sen (2010) expandindo o conceito de desenvolvimento como liberdade de oportunidade de acesso a serviços como saúde

Em relação ao objetivo específico b) “Analisar o Sistema Único de Saúde à luz da Governança territorial dos serviços de saúde.” Pode-se observar um alinhamento entre os princípios do SUS da descentralização administrativa e a da participação popular com os elementos que compõem a governança territorial. Nesta última, a descentralização administrativa é a base deste modelo e os segmentos participantes da sociedade formam as redes de poder, que ao se juntarem formam o bloco sócio territorial.

A experiência dos Consórcios Interfederativos de Saúde do Estado da Bahia se apresenta como uma experiência que interliga os temas desenvolvimento, saúde, governança territorial e política pública de saúde. A Análise mostrou que a população de 68,5% dos municípios leva no máximo 2 horas de tempo de deslocamento do seu município até a policlínica e apenas em 1,68% dos municípios o tempo de deslocamento é superior 4 horas.

Atendendo ao objetivo específico c) “Apresentar conceitos de desigualdade socioespacial e o cenário constituído no Estado da Bahia” foram relacionados conceitos de Santos (2003) que evidencia a relação território como algo usado pela população e dela indissociável, Castells (2020) abordando a questão concentração – aumento da densidade populacional num certo espaço em determinado momento e a

centralização – especialização funcional de uma atividade ou rede de atividades e sua articulação hierarquizada no conjunto do território regional e Harvey, (2016) com o conceito de destruição criativa sobre a terra ao fazer referência a mobilidade do capital segundo seus interesses.

O objetivo específico d) “Analisar a oferta de leitos hospitalares públicos e privados entre os municípios do estado da Bahia”, revelou que em 68 municípios onde residem mais de 742 mil baianos não há oferta de leitos hospitalares, 63 % dos municípios possuem apenas leitos públicos, evidenciando uma população dependente do SUS para este serviço. A descoberta de maior discrepância com o indicador leitos por mil habitantes, 74,58% do total de municípios, correspondente a 311 cidades, oferecem de 0 a 2 leitos para cada mil habitantes e apenas 2,15 % dos municípios, correspondente a 9 cidades, oferecem entre 4 e 8 leitos por cada mil habitantes.

O estudo mostra aderência da localização dos serviços de saúde à Teoria dos Lugares Centrais de Christaller. O fundamento do Limiar do Bem da Teoria dos lugares centrais é evidenciado nesta análise ao verificar-se que o empreendedor estabeleceu sua localização em sítios cuja área de mercado é maior, de forma a garantir o retorno sobre seus investimentos. A iniciativa privada está presente em apenas 19% dos municípios, mas atende quase 60% da população baiana, outro dado relevante é que os 30 municípios com maior PIB per capita concentram 70% dos leitos privados.

Sugere-se que sejam realizados estudos complementares que ajudem a compreender a razão da discrepância na oferta de Leito públicos por 1.000 habitantes entre os municípios, sendo importante avaliar os extremos para fins de esclarecimento das causas e estabelecer direcionamento dos esforços para correção.

O resultado deste estudo contribui para o desenvolvimento social na medida em que contribui para tomada de decisões no âmbito das políticas públicas de saúde do estado da Bahia.

REFERÊNCIAS

BRADFORD, M. G.; KENT, W. A. Teoria dos lugares centrais: o modelo de Christaller. *In*: BRADFORD, M. G.; KENT, W. A. **Geografia humana: teorias e aplicações**. Lisboa: Gradiva, 1987. p. 17-45.

BAHIA. Secretária de Saúde. **Consórcio de saúde da Bahia**. Salvador: SESAB, s.d. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/consorcios/> Acesso em: 26 set. 2021.

BAHIA. Secretária de Saúde. **Municípios e regionalização**. Salvador: SESAB, s.d. <http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/> Acesso em: 26 set. 2021

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

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. Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 29 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS Informações de Saúde**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html Acesso em: 30 jan. 2021

CASTELLS, Manuel. **A questão urbana**. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2020. 602 p.

CHRISTALLER, Walter. **Central places in Southern Germany**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1961.

COASE, Ronald H. The nature of the firm. **Econômica**, v. 4, n. 16, p. 386-405, nov. 1937. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-0335.1937.tb00002.x>. Acesso em: 29 jan. 2021.

CUNHA, Alexandre Mendes; SIMÕES, Rodrigo; PAULA, João Antônio de, História econômica e regionalização: contribuição a um desafio teórico-metodológico. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 493-524, jul./set. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ee/v38n3/v38n3a03.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

DALLABRIDA, Valdir Roque. Governança territorial e desenvolvimento: as experiências de descentralização político administrativa no Brasil como exemplos e institucionalização de novas escalas territoriais e governança. *In*: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS (CODE2011), 1.; CONFERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO, 2., 2011, Brasília: DF. **Anais [...]**. Brasília, DF: Ipea, 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area7/area7-artigo11.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2021.

DALLABRIDA, Valdir Roque ; BECKER, Dinizar Ferminiano. Governança territorial um primeiro passo na construção de uma proposta teórico-metodológica. **Desenvolvimento em Questão**, ano 1, n. 2, p. 73-98, jun. jul./dez./2003. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/80> Acesso em: 14 jan. 2022

FURTADO, Celso. **Introdução ao desenvolvimento**: enfoque histórico-estrutural. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois *et al.* Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. *In*: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo E.M.; IBÁÑEZ, Nelson. (org.) **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-123.

HARVEY, David. **17 contradições e o fim do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2016. 297 p.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/> Acesso em: 09 jul.2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2021**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf Acesso em: 15 dez. 2021

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produção agrícola municipal (PAM)**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://ibge.gov.br/estatisticas/economicas/agricultura-e-pecuaria/9117-producao-agricola-municipal-culturas-temporarias-e-permanentes.html?=&t=publicacoes> Acesso em: 15 dez. 2021.

INFORME DIEESE RS de 08 de abril de 2020 https://cpers.com.br/wp-content/uploads/2020/04/20200408-Informe-ERRS_Numero-de-leitos-por-habitante.pdf Acesso em: 8 fev. 2022

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. **Objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>. Acesso em: 14 jan.2022

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores sociais no Brasil**. 6 ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2017.

LUCCHESI, Patrícia (coord.). **Informação para tomadores de decisão em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MYRDAL, Gunnar. **Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Saga, 1968. 239 p.

ONU BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento sustentável: 3 – saúde e bem-estar**. Brasília, DF: 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3> Acesso em: 15 jan. 2022

NURKSE, Ragnar. **Problemas da formação de capital em países subdesenvolvidos**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1957. 182 p.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 27 jan. 2021.

PIRES, Elson L. S. *et al.* A governança territorial no Brasil: conceitos e modalidades. *In: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS (CODE2011)*, 1.; CONFERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO, 2., 2011, Brasília: DF. **Anais [...]**. Brasília, DF: Ipea, 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area7/area7-artigo10.pdf> Acesso em: 27 jan. 2021.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Human development report 1990: concept and measurement of human development**. New York, 1990. Disponível em: <http://www.hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1990>. Acesso em: 14 jan. 2021.

SANTOS, Milton. **A cidade nos países subdesenvolvidos**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1965.

SANTOS, Milton. Sociedade e espaço: a formação social como teoria e como método. **Boletim Paulista de Geografia**, São Paulo, n. 54, p.81-100, jun. 1977. Disponível em: <http://www.agb.org.br/publicacoes/index.php/boletim-paulista/article/view/1092/949>. Acesso em: 22 ago. 2020.

SANTOS, Milton. **Por outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. 2. reimpr. 2006. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. (Coleção Milton Santos; 1).

SANTOS, Milton. **A urbanização brasileira**. 5. ed. São Paulo: Edusp, 2005.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, Sylvio Bandeira de Mello; SILVA, Barbara-Christine Nentwig; SILVA, Maina Pirajá A Região Metropolitana de Salvador na rede urbana brasileira e sua configuração interna. Barcelona, **Scripta Nova**, v.18, n.479, jun. 2014.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. São Paulo: Editora Erica, 2014. 120 p.

SOUTO, Roberto Lucas Spínola *et al.* Cidade, Região, hierarquia de cidade e redes urbanas: uma proposta de revisão teórica. **RDE - Revista Desenvolvimento Econômico**, Salvador, . 19, n. 37, p.57-81, ago. 2017. Disponível em: <https://amazon-c.unifacs.br/index.php/rde/article/viewFile/5025/3230>. Acesso em: 02 ago. 2020.

SOUZA, José Gileá de. **Desenvolvimento: como compreender e mensurar**. Curitiba: Appiris, 2018. 177 p.

SOUZA, Nali de Jesus. Economia regional: conceito e fundamentos teóricos. **Perspectiva Econômica**, São Leopoldo, RS, v. 1111, n. 32, 1981, p. 67-102, 1981. Disponível em: http://franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/textos/teoria_econ_reg.pdf. Acesso em: 02 ago. 2020.

SUPERINTENDÊNCIA, DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS. **PIB e estudos correlatos: PIB municipal**. Salvador: SEI, 2017. Disponível em: https://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=561&Itemid=335 Acesso em: 09 jul. 2020.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. (org.) **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009.