

## 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

Camila Valverde Santana Greve<sup>1</sup>  
Carolina de Andrade Spinola<sup>2</sup>  
Renato Barbosa Reis<sup>3</sup>  
José Gileá<sup>4</sup>

### RESUMO

O presente artigo 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.

### SOCIO-SPATIAL INEQUALITY AND THE THEORY OF CENTRAL PLACES: AN ANALYSIS OF THE DISTRIBUTION OF INTERNATIONAL BEDS IN THE PUBLIC AND PRIVATE NETWORKS IN THE STATE OF BAHIA

### ABSTRACT

This article aims to analyze the distribution of public and private hospital beds in the municipalities of the state of Bahia, in 2021. For this purpose, documental research was carried out with the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS), the Superintendence of Economic and Social Studies of Bahia (SEI) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The theoretical framework sought to understand the 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 supply of beds by the SUS and that its distribution is uneven

<sup>1</sup> Mestre em Desenvolvimento Regional e Urbano (UNIFACS). Especialista em Administração de Serviços (UFBA). Administradora de Empresas (UCSAL). E-mail: camila.valverde@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Geografia. Professora do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano da Universidade Salvador (UNIFACS). Membro do Grupo de Estudos Regionais e Urbanos (GERURB). E-mail: carolina.spinola@unifacs.br

<sup>3</sup> Doutor em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa (Fiocruz). Geógrafo (UCSal). Professor no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano da Universidade Salvador (UNIFACS). E-mail: georeis@gmail.com.

<sup>4</sup> Doutor em Desenvolvimento Regional e Urbano. Coordenador do Mestrado em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador (UNIFACS). Professor da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Pesquisador do Grupo de Estudos Regionais e Urbanos (GERURB). E-mail: jose.gilea@unifacs.br



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 service.

**Keywords:** Socioeconomic inequality. Theory of Central Places. Health. Hospitalization beds.

**JEL:** I14, I15, I18

## 1 INTRODUÇÃO

A desigualdade socioespacial é uma expressão do nível de desenvolvimento de um território e um reflexo de suas trajetórias econômica, sociocultural e ambiental.

O provimento de serviços de saúde, enquanto direito constitucional de todos os cidadãos, é diretamente afetado pelos quadros de desigualdade, ao mesmo tempo em que os retroalimentam, como bem destacado por Nurkse (1957) e Myrdal (1968) quando descrevem os mecanismos de causalção circular que buscam explicar os processos de desenvolvimento e de subdesenvolvimento.

Com um olhar diferente sobre o desenvolvimento, Sen (2010), ao introduzir o conceito de liberdades, afirma que ao lado da renda e da riqueza, o acesso a serviços de saúde, além de outros direitos sociais, integra um quadro mais amplo de êxitos e privações que precisa ser considerado.

O Objetivo deste artigo foi analisar a distribuição de leitos públicos e privados de internação hospitalar nos municípios do estado da Bahia, em 2021. Cabe ressaltar que no âmbito deste estudo, o acesso à saúde foi analisado segundo um de seus aspectos específicos que é a oferta de leitos de internação hospitalar, públicos e privados, nos 417 municípios da Bahia.

A questão territorial torna-se fundamental para a análise da distribuição da oferta deste recurso de saúde, uma vez que o cenário socioeconômico do Estado 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 ultrapassava 14.985.284 habitantes, concentra mais da metade de seus moradores em apenas 8% de seus municípios. De igual maneira, também é concentrada a geração de renda, com 50% de seu Produto Interno Bruto (PIB) estando associado a apenas 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 ainda buscando caracterizar esse quadro de desigualdade, a sétima economia do País, ostenta um IDH de 0,660, ocupando apenas a 22<sup>a</sup> posição entre todas as unidades da Federação (SEI, 2017).

Tendo exposto este cenário de discrepâncias socioeconômicas na Bahia, cabe esclarecer que este documento se fundamenta 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 (1966), como modelo explicativo da distribuição espacial dos serviços de saúde no estado da Bahia.

A Teoria dos Lugares Centrais (TLC), analisa as funções econômicas e a distribuição de serviços no espaço geográfico vis a vis a sua relação com a organização da população, buscando explicar, em última instância, a lógica da localização das diversas atividades nos sistemas urbanos.

Do ponto de vista estrutural, optou-se por organizar este artigo em cinco seções, além desta Introdução e das Considerações Finais. Na segunda seção discute-se a Teoria dos Lugares Centrais e a lógica da localização dos serviços. Em seguida, aborda-se as relações entre as desigualdades socioeconômicas e a questão espacial e a quarta seção debruça-se sobre a realidade específica do estado da Bahia. A quinta seção traz a metodologia que apresenta os métodos e procedimentos utilizados para obter os dados analisados. Na sexta seção discorre-se sobre os resultados da análise da distribuição dos leitos públicos e privados de internação hospitalar no território baiano e a última seção apresenta as considerações finais.

## **2 A LÓGICA DA LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ATRAVÉS DA TEORIA DOS LUGARES CENTRAIS - TLC**

Esta seção trata sobre o modelo teórico que fundamentou a análise realizada 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 conceitos fundamentais, o de limiar e alcance.

Ao desenvolver a sua teoria, Christaller 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):

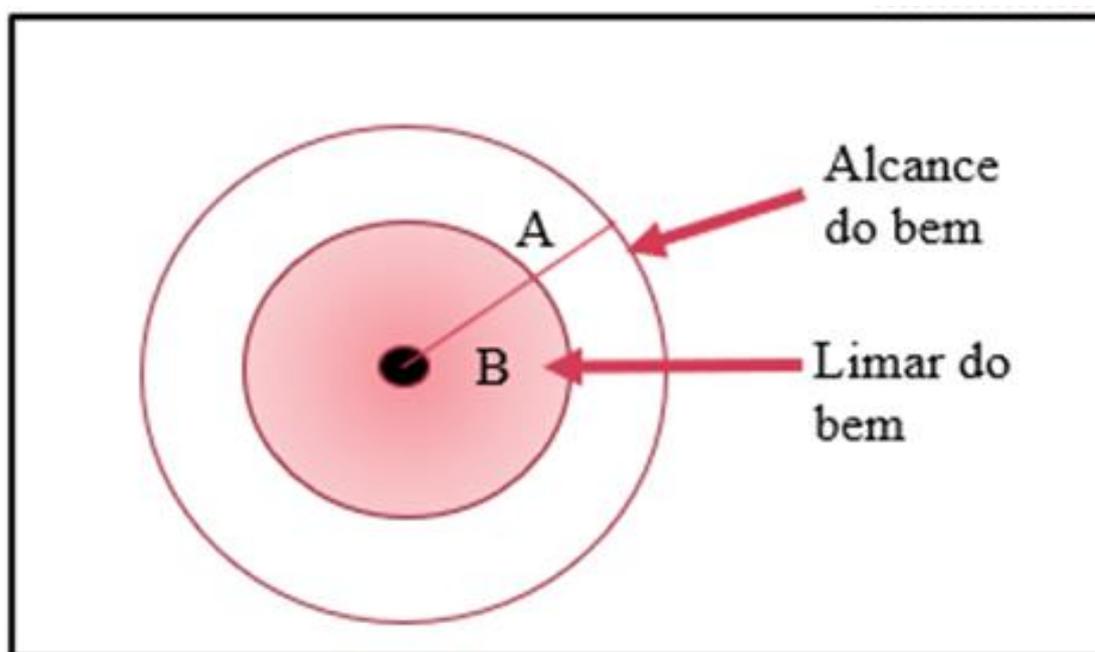
- a) Existência de uma planície uniforme sem limites na qual há igual facilidade de transporte em todas as direções;
- b) A população está igualmente distribuída por toda a área;
- c) Os lugares centrais estão localizados nessa superfície para fornecer bens, serviços funções administrativas sua área de influência;
- d) Os consumidores deslocam-se ao lugar central mais próximo que forneça função (bens ou serviços) que eles procuram, minimizando a distância percorrida;
- 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 percebida a aderência da TLC a série de publicações iniciada em 1972, denominada Regiões de Influência das Cidades (REGIC) realizada pelo IBGE (PACHECO, 2020).

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, 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

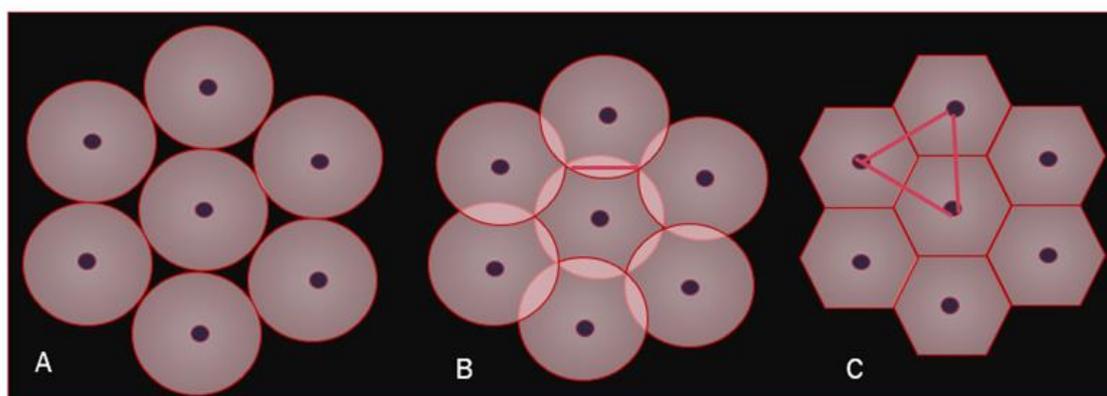


Fonte: Elaboração própria (2021).

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 C<sup>5</sup>, Figura 2 (BRADFORD; KENT, 1987).

Figura 2 - Formação hexagonal das áreas de mercado - TLC



Fonte: Elaboração própria (2021)

Christaller classifica os bens de acordo com sua importância em bens de mercado inferiores e bens de mercado superiores. Os bens de mercado inferiores possuem limiares 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 limiares 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 conceitua o “lugar disperso”. Conceito importante neste estudo, uma vez que será demonstrado nas seções seguintes, 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

<sup>5</sup> A imagem C também demonstra que a distância entre a localização dos competidores terá forma de um triângulo

são determinadas por vantagens econômicas. Os lugares centrais possuem “excedente de importância”, enquanto os lugares dispersos possuem déficit de importância (SOUTO *et al.*, 2017).

### **3 DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS E A QUESTÃO DO ESPACIAL**

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 ele 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

no 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

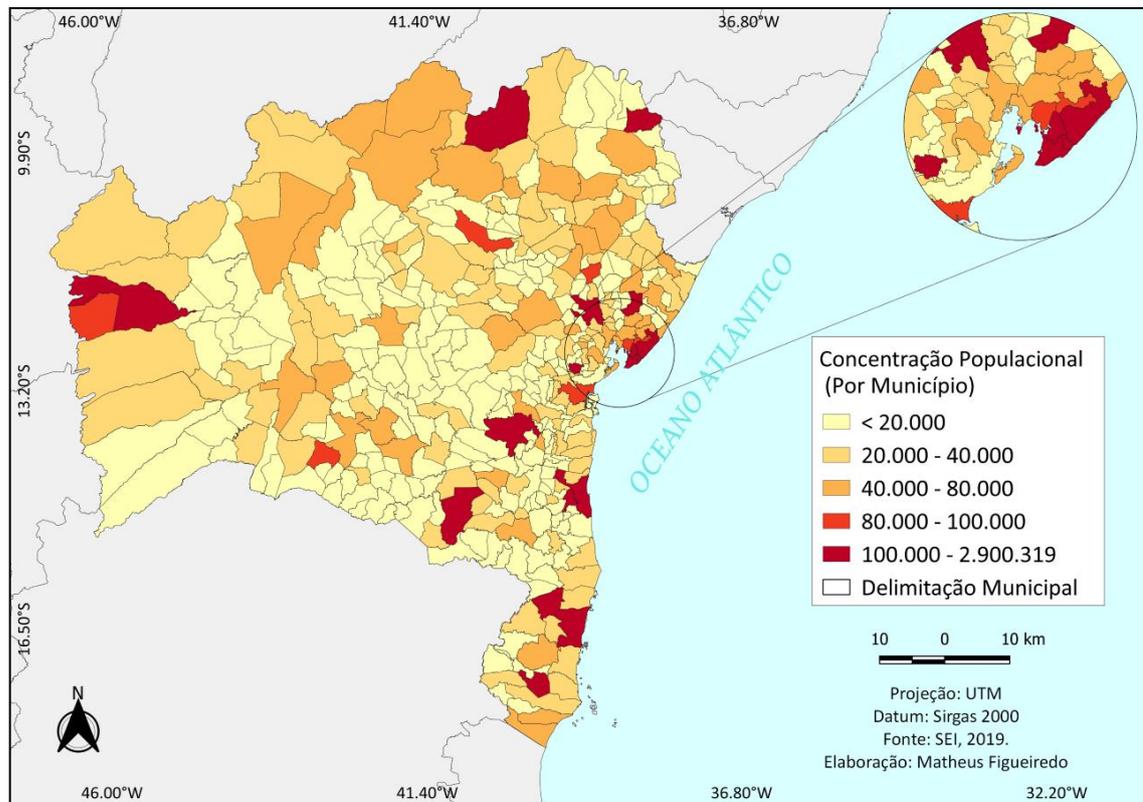
diferentes conteúdos sociais e a expressão das unidades espaciais de moradias, dos serviços, das indústrias etc.

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.

#### **4 A BAHIA E A DESIGUALDADE SOCIOESPACIAL**

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./km<sup>2</sup> 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 Regionais<sup>6</sup> pelo estudo Regiões de Influência das Cidades - REGIC (IBGE, 2018) são Feira de Santana, Vitória da Conquista e Itabuna, além de Juazeiro e Barreiras.

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.

<sup>6</sup> 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.



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 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 ele 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**

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)

## 6.1 Distribuição de leitos 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).

Observa-se 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.

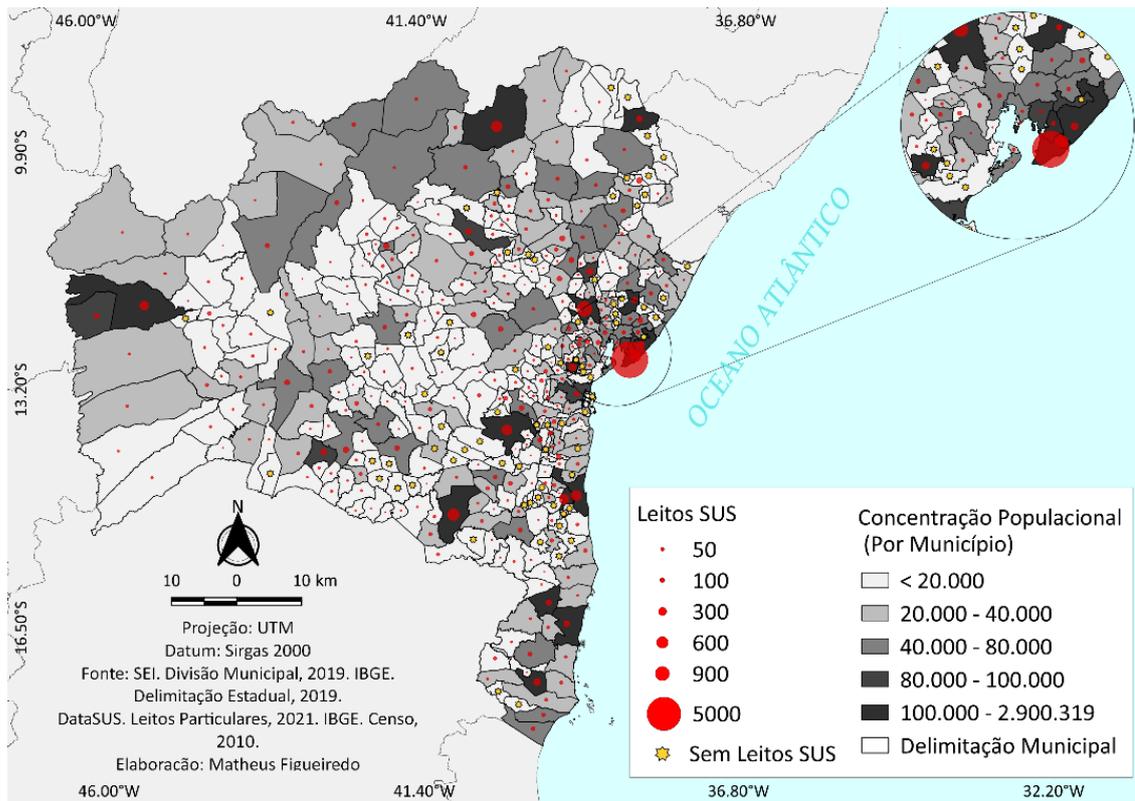
Tabela 2 – Bahia - Dados da oferta de leitos nos municípios x população, 2021

Gestão	Municípios Atendidos	% Presença nos municípios	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



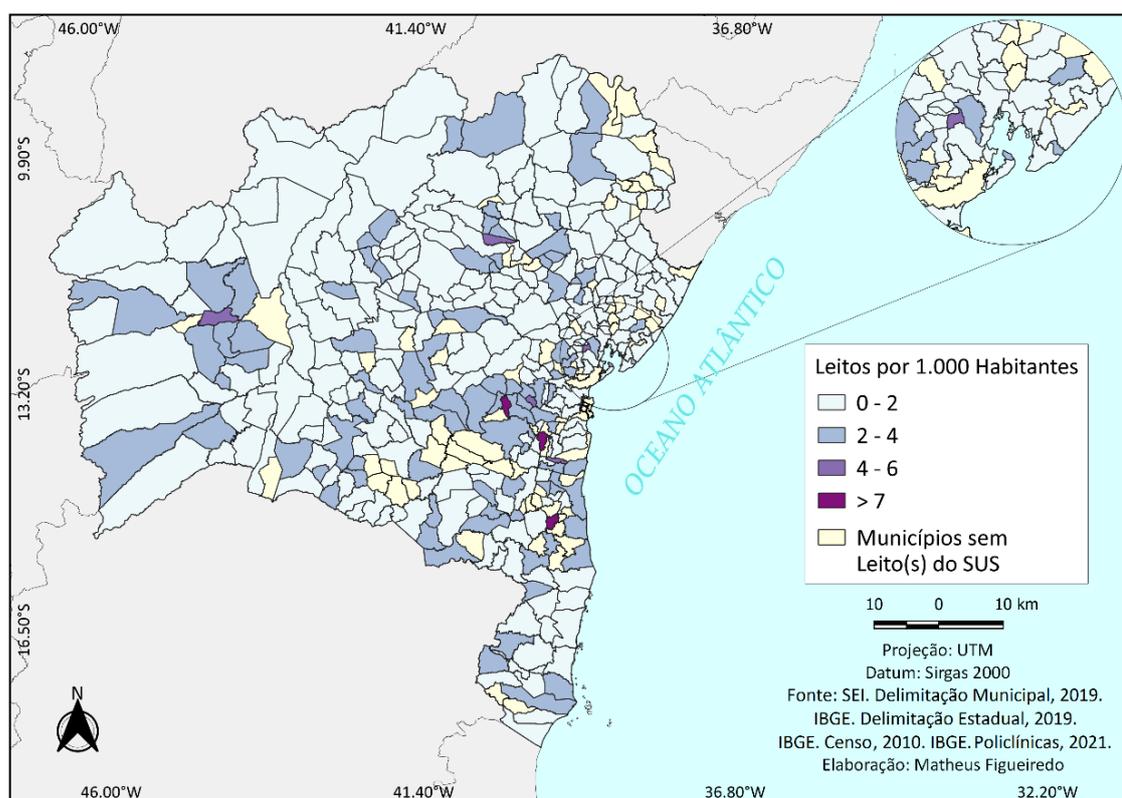
Fonte: Datasus (2021).

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.

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 6. 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 6 - Distribuição de leitos por mil habitantes nos municípios baianos



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 (vide Tabela 3).

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

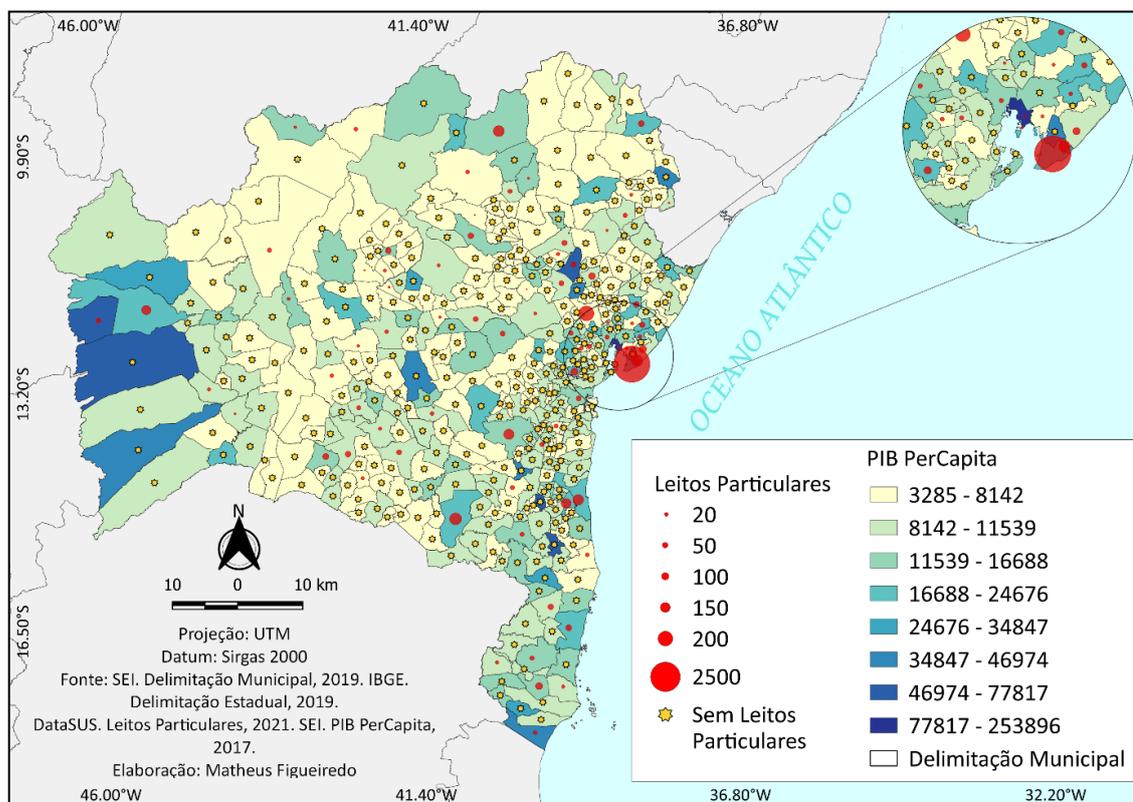
MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	LEITOS P/1000 Hab.
Antas	19.659,00	7,223
Itiruçu	12.482,00	8,810
Jussari	5.706,00	6,484
Ibirataia	14.476,00	6,286
São Felix	14.784,00	5,749
U baitaba	18.647,00	5,363
Cristópolis	13.981,00	4,935
Cravolândia	5.352,00	4,484
Caém	8.912,00	4,039

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.

O mapa da Figura 7 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 7 - 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.

## 7 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](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](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](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](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, 1966.

COASE, Ronald H. The nature of the firm. **Econômica**. v. 4, n. 16, nov. 1937, p. 386-405. 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, (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.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **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](https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf) Acesso em: 15 dez. 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **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](https://cpers.com.br/wp-content/uploads/2020/04/20200408-Informe-ERRS_Numero-de-leitos-por-habitante.pdf). Acesso em: 8 fev. 2022

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA. **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.

LUCHESE, 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.

PACHECO, H.C.de A. Regiões de influência das cidades, 2018. Revista Confins, v.48, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível: <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.

PNUD – 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: Appris, 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](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](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.