

Saúde como contradição: concentração de serviços e desigualdade territorial na pandemia de Covid-19 na região de Santa Inês, Maranhão

Allison Bezerra Oliveira¹ - Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0320-5661>
Arialdo Ribeiro de Moraes Júnior² - Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-8906-977X>
Paulo Alves Silva Filho³ - Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-6232-2745>

¹ Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão, Imperatriz, MA, Brasil*

² Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão, Imperatriz, MA, Brasil**

³ Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão, Imperatriz, MA, Brasil***

Artigo recebido em 26/10/2025 e aceito em 26/03/2026

RESUMO

Este estudo analisa a espacialização desigual dos serviços de saúde na Região Geográfica Imediata de Santa Inês, à luz da economia política do território. O recorte temporal contempla um ano de pandemia, a partir do primeiro caso registrado no Maranhão em 20 de março de 2020. A pesquisa baseia-se em dados secundários provenientes, sobretudo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, do Ministério da Saúde (DataSUS) e da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Apresenta dados socioeconômicos, para compreender a conjuntura regional nesse campo, e dados de saúde em contraste com o cenário estadual, a fim de identificar densidades e rarefações desses recursos. Posteriormente, realiza uma análise qualitativa fundamentada nos conceitos discutidos ao longo do trabalho. Os resultados evidenciam a concentração de equipamentos e serviços médico-hospitalares em centros urbanos de maior densidade técnica – como Santa Inês, em relação à região, e São Luís, em relação ao estado –, enquanto as áreas rarefeitas permanecem marcadas pela carência estrutural e pela dependência funcional. Essa seletividade territorial condiciona fluxos intermunicipais para atendimento em saúde, contribuindo para a sobrecarga do sistema e a ampliação do risco de contágio. A lógica de organização territorial da saúde, orientada por critérios econômicos, aprofunda a contradição entre a saúde como direito universal e sua apropriação como mercadoria, intensificando as desigualdades socioespaciais. Conclui-se que a pandemia não foi a causa da funcionalidade desigual do território maranhense, mas sim um fator que a revelou e intensificou, evidenciando a urgência de políticas públicas capazes de promover justiça territorial na saúde.

Palavras-chave: serviços de saúde; economia política do território; COVID-19; Região Geográfica Imediata de Santa Inês.

* Doutor em Geografia. Professor do Programa de Pós-Graduação em Geografia da UEMA, e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais da UEMASUL. E-mail: allisonbzzr@gmail.com

** Graduando em Geografia. Bolsista de Iniciação Científica UEMASUL. E-mail: arialdojuniorarj@gmail.com

*** Mestre em Geografia da USP. Diretor do Núcleo de Inovação Tecnológica da UEMASUL. E-mail: pasfilho@gmail.com



Health as a Contradiction: Service Concentration and Territorial Inequality in the Covid-19 Pandemic in the Santa Inês Region, Maranhão

ABSTRACT

This study examines the unequal spatial distribution of health services in the Immediate Geographic Region of Santa Inês, through the lens of the political economy of territory. The temporal scope focuses on one year of the COVID-19 pandemic, beginning with the first confirmed case in Maranhão on March 20, 2020. The research relies on secondary data primarily from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), the Ministry of Health (DataSUS), and the Maranhão State Health Secretariat. Socioeconomic indicators are presented to contextualize regional dynamics, alongside health data compared with the state level, in order to identify concentrations and scarcities of resources. A subsequent qualitative analysis is grounded in key theoretical concepts discussed throughout the paper. The findings reveal a concentration of medical and hospital equipment and services in urban centers with greater technical density—such as Santa Inês within its region and São Luís at the state scale—while peripheral areas remain marked by structural deficiencies and functional dependence. This territorial selectivity shapes inter-municipal flows for healthcare access, contributing to system overload and increased risk of contagion. The territorial organization of healthcare, guided by economic criteria, reinforces the contradiction between health as a universal right and its appropriation as a commodity, thereby deepening socio-spatial inequalities. The study concludes that the pandemic was not the root cause of Maranhão's uneven territorial functionality but rather a factor that exposed and intensified it, underscoring the urgency of public policies that promote territorial justice in health.

Keywords: health services; political economy of territory; COVID-19; Immediate Geographic Region of Santa Inês.

La Santé comme Contradiction: Concentration des Services et Inégalité Territoriale face à la Pandémie de Covid-19 dans la Région de Santa Inês, Maranhão

RESUMEN

Cette étude analyse la spatialisation inégale des services de santé dans la Région Géographique Immédiate de Santa Inês, à la lumière de l'économie politique du territoire. La période étudiée couvre une année de pandémie, à partir du premier cas enregistré dans l'État du Maranhão le 20 mars 2020. La recherche s'appuie sur des données secondaires principalement issues de l'Institut Brésilien de Géographie et de Statistique (IBGE), du Ministère de la Santé (DataSUS) et du Secrétariat d'État à la Santé du Maranhão. Des indicateurs socioéconomiques sont présentés afin de comprendre la conjoncture régionale dans ce domaine, ainsi que des données de santé comparées au contexte étatique, dans le but d'identifier les densités et les raréfactions de ces ressources. Une analyse qualitative est ensuite réalisée, fondée sur les concepts discutés tout au long de l'étude. Les résultats montrent une concentration des équipements et services médico-hospitaliers dans les centres urbains à plus forte densité technique – tels que Santa Inês à l'échelle régionale et São Luís à l'échelle de l'État –, tandis que les zones peu dotées restent marquées par des carences structurelles et une dépendance fonctionnelle. Cette sélectivité territoriale conditionne les flux intermunicipaux pour l'accès aux soins, contribuant à la surcharge du système et à l'augmentation du risque de contagion. La logique d'organisation territoriale de la santé, guidée par des critères économiques, approfondit la contradiction entre la santé en tant que droit universel et son appropriation comme marchandise, renforçant les inégalités socio-spatiales. Il est conclu que la pandémie n'a pas été la cause de la fonctionnalité inégale du territoire du Maranhão, mais plutôt un facteur qui l'a révélée et intensifiée, soulignant l'urgence de politiques publiques capables de promouvoir la justice territoriale en matière de santé.

Palabras clave: services de santé; économie politique du territoire; COVID-19; Région Géographique Immédiate de Santa Inês.

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 expôs de forma contundente as desigualdades estruturais do território brasileiro no acesso à saúde. No Maranhão, um dos estados com menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), essas disparidades são agravadas pela utilização seletiva do território. Essa seletividade resulta na concentração de infraestrutura de saúde em poucas "zonas de densidade" (como a capital, São Luís), deixando a maior parte do estado, marcada como "zona de rarefação", em situação de fragilidade e dependência.

Sob a ótica da economia política do território, a organização dos serviços de saúde no Maranhão reflete a lógica do modo de produção capitalista. Essa racionalidade prioriza a centralização de recursos, capital e infraestrutura especializada em áreas de maior rentabilidade e fluidez técnica, relegando a atenção a critérios de comando e interesses hegemônicos, e não de equidade. Consequentemente, a saúde — constitucionalmente um direito universal — é tratada na prática como uma mercadoria, sujeita à escassez, competição e investimento seletivo.

Essa apropriação desigual criou uma contradição latente: a concentração de serviços nos centros urbanos aprofundou a dependência regional e forçou deslocamentos populacionais para atendimento. Durante a pandemia, essa dinâmica impôs riscos adicionais à população dos municípios periféricos da Região Geográfica Imediata de Santa Inês (RGISI), ampliando áreas de contágio e sobrecarregando o sistema.

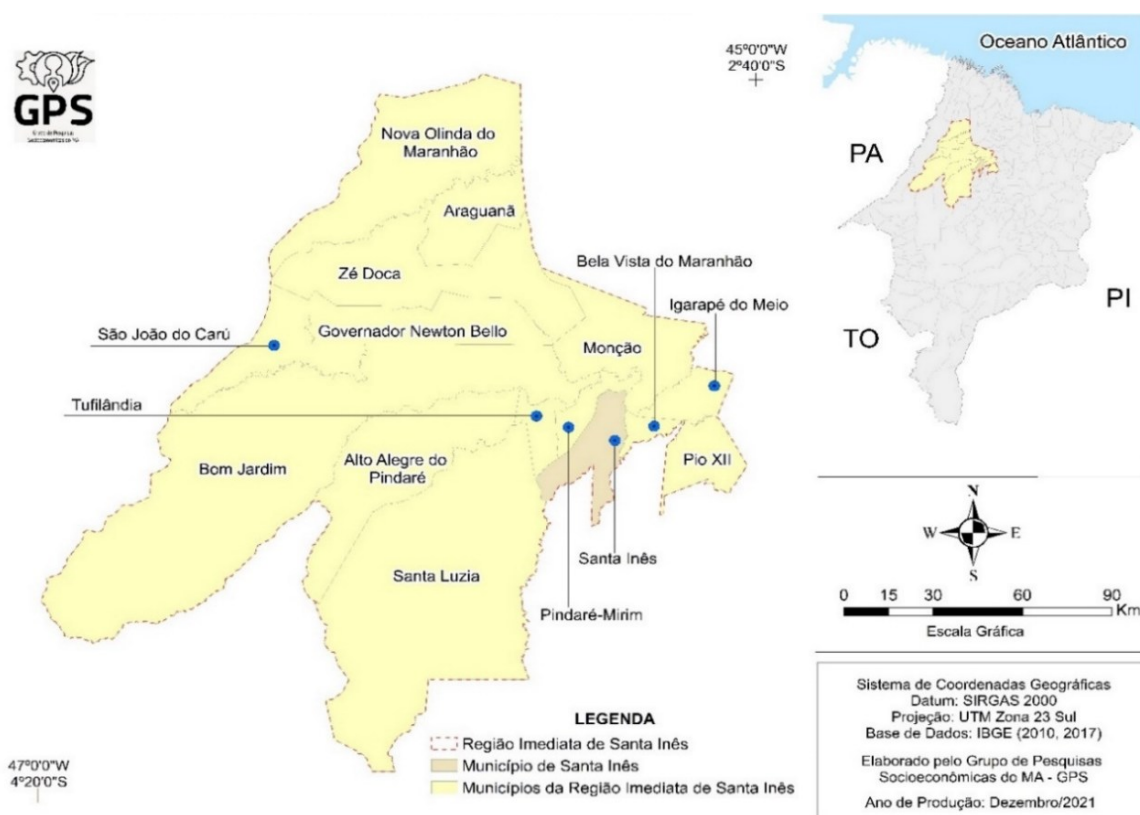
Neste contexto crítico, esta pesquisa adota uma perspectiva crítica do território e da economia política. O objetivo principal é analisar as densidades e rarefações da oferta de serviços médico-hospitalares na RGISI e seus desdobramentos durante a pandemia de COVID-19. Buscamos compreender como a configuração espacial da saúde pública escancarou as contradições da organização territorial, evidenciando a centralização de recursos e a marginalização de grandes porções do território.

Além desta seção introdutória, da metodologia e das considerações finais, o artigo está organizado em três partes: a) vulnerabilidade socioeconômica e a saúde na RGISI; b) densidades e rarefações da oferta de saúde; e c) das rarefações ao perfil hierárquico da COVID-19.

METODOLOGIA

O estudo adota uma abordagem quantitativa e espacial, utilizando dados secundários de acesso público para analisar a desigualdade na oferta de serviços de saúde e sua influência nos fluxos de atendimento durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19 (março de 2020 a março de 2021). O recorte espacial (figura 1) é a Região Geográfica Imediata de Santa Inês (RGISI), Maranhão, que compreende 15 municípios e 210.741 habitantes (IBGE, 2023a).

Figura 1 – Localização da Região Geográfica Imediata de Santa Inês - 2017



Fonte: IBGE (2017). Org: Os autores (2021).

Os dados secundários foram primariamente obtidos do DATASUS (CNES, SIHSUS e CNS), do IBGE (dados populacionais) e da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Para tabulação e processamento de dados, foram utilizados o software Tabwin e o Microsoft Excel, enquanto a representação cartográfica foi realizada no ArcMap 10.6.

A coleta e análise de dados concentrou-se na infraestrutura essencial para o enfrentamento da COVID-19, organizada em três categorias principais: a) Equipamentos Médico-Hospitalares: leitos, UTIs, respiradores, tomógrafos, incubadoras e reanimadores; b) Estabelecimentos de Saúde: UBS, hospitais (gerais e especializados), clínicas e unidades móveis; e c) Profissionais Especializados: foco em intensivistas, infectologistas, pneumologistas e outros especialistas críticos.

Os fluxos assistenciais foram mapeados a partir de registros de atendimentos hospitalares do SIHSUS, utilizando os códigos CID-10 relacionados à COVID-19 (B34.2, U07.1 e U07.2). A identificação do município de residência dos pacientes permitiu analisar a dependência funcional da RGISI em relação a polos regionais (Santa Inês) e estaduais (Imperatriz e São Luís).

Por fim, os dados de infraestrutura e fluxos foram confrontados com os casos confirmados e óbitos por COVID-19. Foram calculadas as taxas de incidência e mortalidade por município para correlacionar os padrões espaciais da pandemia com a disponibilidade de recursos e a hierarquia territorial de saúde no Maranhão.

VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA E A SAÚDE NA RGISI

Santos e Silveira (2001), entendem o território não apenas como suporte físico da economia, mas como produto histórico das contradições do capital, incorporando técnica, circulação, sistemas produtivos e relações sociais. A análise se orienta, portanto, para compreender como recursos, infraestrutura e oportunidades se distribuem – ou se concentram – no espaço, revelando usos seletivos e desiguais do território.

No contexto da pandemia, tais contradições tornaram-se ainda mais visíveis. A saúde, frequentemente tratada como mercadoria sob a lógica neoliberal, mostrou-se inacessível a parcelas significativas da população. No Maranhão, conforme apontam Oliveira e Silva (2023), a urbanização se estruturou sob o domínio de monopólios vinculados ao capital internacional, processo que aliena grande parte da sociedade dos benefícios do desenvolvimento. Essa dinâmica reforça a concentração de investimentos em cidades como São Luís e Imperatriz, em detrimento das regiões interioranas. Como

resultado, grande parte do território maranhense permaneceu desassistido e dependente dos grandes centros urbanos para serviços de média e alta complexidade.

Diante da pandemia, a crença liberal na autorregulação do mercado mostrou-se insustentável. Foi o Estado, por meio do SUS, que assumiu o protagonismo, ampliando a oferta de serviços e tentando conter os efeitos da crise. Se o sistema público não tivesse respondido, os territórios mais pobres, marcados por vulnerabilidade socioeconômica, sequer teriam acesso ao atendimento mínimo. Isso evidencia que a organização da saúde como mercadoria aprofunda desigualdades estruturais e ameaça o próprio direito à vida.

Essa insustentabilidade da saúde enquanto mercadoria pode ser ilustrada pelo panorama socioeconômico da população residente na Região Geográfica Imediata de Santa Inês (Tabela 1), cujos indicadores evidenciam o caráter vulnerável de boa parte da população, resultado também da constituição histórica do território na região.

Tabela 1 – Panorama socioeconômico da Região Geográfica Imediata de Santa Inês - 2022

Município	População ocupada	População vivendo com até meio salário mínimo	IDHM	Município	População ocupada	População vivendo com até meio salário mínimo	IDHM
Alto alegre do Pindaré	8,60 %	58,5 %	0,558	Pindaré-Mirim	10,66 %	48,7 %	0,633
Araguanã	3,43 %	56,6 %	0,533	Pio XII	12,79 %	54 %	0,541
Bela vista do Maranhão	5,99 %	52 %	0,554	Santa Inês	17,51 %	42,5 %	0,674
Bom jardim	5,66 %	55,9 %	0,538	Santa Luzia	7,55 %	53 %	0,55
Governador Newton Bello	9,11 %	55 %	0,521	São João do Caru	5,35 %	53,7 %	0,509
Igarapé do meio	7,33 %	51,1 %	0,569	Tufilândia	17,67 %	51,2 %	0,555
Monção	8,58 %	56,6 %	0,546	Zé doca	11,48 %	50,1 %	0,595
Nova Olinda do Maranhão	4,37 %	51 %	0,581				

Fonte: IBGE (2023b). Org.: Os autores (2025).

A formação territorial e socioeconômica dos municípios da RGSI reflete um processo histórico de desigualdades que ainda se projetam no presente. Com exceção de Pindaré-Mirim, Monção e Santa Inês –

cujas terras foram colonizadas por senhores de escravos entre os séculos XVI e XIX –, a maior parte dos municípios era tradicionalmente ocupada por povos indígenas, sobretudo os Guajajara, e só passou a vivenciar ocupação mais intensa a partir do final do século XIX e, principalmente, ao longo do século XX (IBGE, 2023a).

A economia regional teve início com a produção de cana-de-açúcar, destacando-se o município de Santa Inês. A produção era escoada pela ferrovia até o engenho central de Pindaré-Mirim, controlado pela Companhia Progresso Agrícola, de onde seguia para exportação pelo Rio Pindaré. O regime de trabalho empregado era análogo à escravidão (IBGE, 2023a). Com o declínio dessa atividade entre o final do século XIX e início do XX, novas culturas agrícolas – como arroz, milho, algodão, feijão e mandioca – passaram a ser exploradas. O comércio associado a essas culturas impulsionou o crescimento de Santa Inês, que superou Pindaré-Mirim em importância regional e foi emancipada em 1966. Atualmente, Santa Inês, conhecida como “a princesa do Vale do Pindaré”, é o principal polo da RGISI, centralizando serviços de maior complexidade e beneficiando-se de sua posição estratégica em um entroncamento rodoviário (DNIT, [2025]; IBGE, 2023a).

Em contrapartida, os demais municípios não seguiram esse desenvolvimento. Suas economias permanecem apoiadas majoritariamente no setor primário e no pequeno comércio, com elevada informalidade e baixa renda, expressando a construção desigual do território maranhense. A hierarquia urbana da região confirma essa assimetria: apenas Santa Inês (Centro Sub-regional A) e Zé Doca (Centro de Zona B) ocupam posições superiores, enquanto os demais municípios são classificados como centros locais, evidenciando baixo dinamismo técnico e populacional.

A média salarial da região varia entre 1,7 e 2,8 salários-mínimos. No entanto, como alerta Emir (2019), com base em dados do IBGE, a elevada concentração de renda distorce a leitura dos indicadores: apenas 10% da população do Maranhão concentra 39,2% da massa de rendimentos. A taxa de ocupação da população também é baixa, com média regional de 9%, oscilando entre 3,43% em Araguaçu e 17,67% em Tufilândia. Em comparação, São Luís e Imperatriz apresentam percentuais bem maiores, 42,16% e 29,49%, respectivamente.

Outro indicador revelador é a proporção da população com rendimento nominal per capita de até meio salário-mínimo, que alcança 49% em média na RGISI, superando 50% em boa parte dos municípios.

Santa Inês apresenta o menor percentual (42,5%), enquanto Alto Alegre do Pindaré registra o maior (58,5%). Já em São Luís e Imperatriz, os índices são menores, 38,8% e 37,4%, nessa ordem.

Essas desigualdades repercutem diretamente no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Todos os municípios da RGSI, com exceção de Santa Inês (0,674 – médio), apresentam índices inferiores a 0,599, considerados de baixo desenvolvimento. Em contraste, São Luís e Imperatriz registram IDHMs de 0,768 e 0,731, classificados como altos (UNDP, 2025).

Esse conjunto de dados reforça a vulnerabilidade histórica da região, marcada por intensa informalidade no mercado de trabalho. Essa realidade tornou-se ainda mais visível durante a pandemia de covid-19, quando trabalhadores informais – tais como vendedores ambulantes, prestadores de serviço e feirantes – perderam suas fontes de renda por não poderem atuar nas ruas e por estarem à margem de direitos trabalhistas, como o seguro-desemprego. A dependência do setor informal, junto à elevação dos preços, comprometeu severamente o poder de compra dessas famílias (Silva; Corseuil; Costa, 2022).

No campo da saúde, a crise evidenciou ainda mais desigualdades. Segundo Ferreira e Britto (2024), o consumo de bens e serviços de saúde recuou 4,4% em 2020. O sistema público entrou em saturação em 2021, restringindo o acesso com a suspensão de procedimentos eletivos. O financiamento também se mostrou desigual: as famílias assumiram 5,9% do PIB em gastos com saúde, enquanto o setor público respondeu por 4,2%. No Maranhão, o quadro se agravou pela baixa capacidade instalada no interior, marcada por forte dependência dos serviços hospitalares centralizados em São Luís, o que dificultou o atendimento de casos graves em áreas remotas.

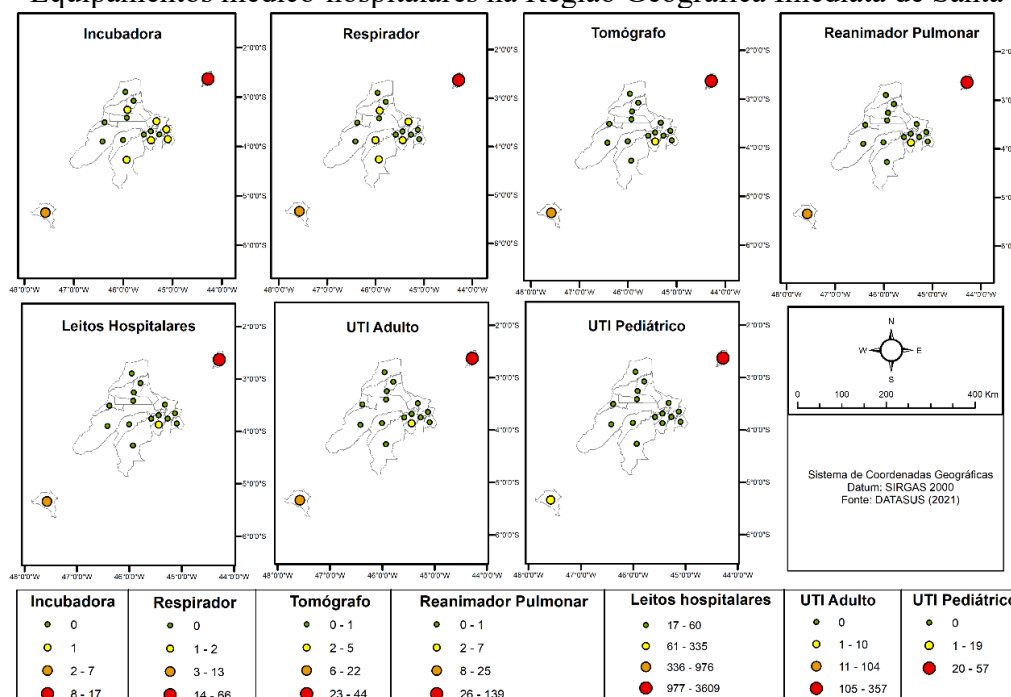
DENSIDADES E RAREFAÇÕES DA OFERTA DE SAÚDE

Santos e Silveira (2001) apontam que o território brasileiro apresenta zonas de densidade e zonas de rarefação em sua organização social e econômica. Essas zonas dizem respeito à quantidade e à qualidade dos recursos – infraestruturas, serviços, capital, tecnologia e informações – e refletem a concentração desigual desses elementos. No cerne desses conceitos está a noção de técnica, isto é, o conjunto de meios (instrumentos, normas, procedimentos) utilizados pelo ser humano para intervir na natureza, no processo de produção do espaço geográfico (Santos, 1996).

No âmbito da saúde, equipamentos, serviços, infraestrutura e profissionais constituem um conjunto de técnicas socialmente organizadas. Embora pareçam apenas instrumentos funcionais, estão imersos em lógicas políticas, econômicas e territoriais que determinam onde e para quem são disponibilizados. É assim que as desigualdades se materializam, uma vez que a técnica se realiza através de objetos e sistemas de objetos. Desse modo, seu emprego depende de condições históricas e sociais e está sempre vinculado a estruturas de poder, sendo apropriado de maneira desigual pelos diferentes segmentos da sociedade (Santos, 1996).

Pode-se, portanto, afirmar que a técnica de saúde não serve apenas à vida, mas também à racionalidade do capital, que concentra recursos em espaços mais rentáveis ou politicamente favorecidos. Nesse sentido, os conceitos de densidades e rarefações funcionam como ferramentas analíticas para identificar tais padrões no território. Santos e Silveira (2001) definem as zonas de densidade como áreas de concentração de técnica, recursos e circulação de capital, enquanto as zonas de rarefação correspondem a regiões de escassez. Esses conceitos podem ser observados a partir das distribuições de equipamentos médico-hospitalares na área estudada em 2021, expresso na figura 2.

Figura 2 – Equipamentos médico-hospitalares na Região Geográfica Imediata de Santa Inês -2021



Fonte: DataSUS (Brasil, [2021b]). Org.: Os autores (2025).

Conforme apontam Oliveira e Silva (2023), observa-se uma tendência à dispersão desigual dos recursos médicos pelo território, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao analisar a distribuição dos equipamentos por município (Figura 2), a grande rarefação da região fica evidente. Na RGISI, havia apenas seis tomógrafos computadorizados: cinco em Santa Inês – sendo um oriundo do setor privado (20%) – e apenas um em Santa Luzia. Os demais municípios da região não possuíam o equipamento. Em comparação, Imperatriz contava com 22 tomógrafos e São Luís com 44, sendo respectivamente 12 e 27 unidades do setor privado, equivalente a 54% e 61,36%.

Em relação às incubadoras, havia apenas seis unidades na RGISI, distribuídas entre Igarapé do Meio, Monção, Pio XII, Santa Luzia e Santa Inês – cada município com uma unidade, sendo que a unidade de Santa Inês pertencia ao setor privado. Já em Imperatriz existiam sete incubadoras, sendo quatro privadas (57,14%); e 17 em São Luís, sendo nove privadas, o equivalente a 52,94%.

Quanto aos reanimadores pulmonares, a RGISI contava com um total de 16 unidades. Nove municípios possuíam uma unidade cada (Araguanã, Bela Vista do Maranhão, Governador Newton Bello,

Igarapé do Meio, Monção, Nova Olinda do Maranhão, Pio XII, São João do Caru e Zé Doca), enquanto Santa Inês concentrava sete unidades, das quais três eram do setor privado (42,85%). Imperatriz concentrava 25 unidades (12 do setor privado, ou seja, 48%) e São Luís 139 (85 do setor privado, ou seja, 61%). Os demais municípios da região não detinham nenhuma unidade do equipamento.

Outro equipamento rarefeito na RGISI eram os respiradores mecânicos, com apenas cinco unidades distribuídas entre Santa Inês (2), Monção (1), Santa Luzia (1) e Zé Doca (1). Em contraste, Imperatriz contava com 13 respiradores – 6 do setor privado (46%) – e São Luís com 66 unidades – 34 do setor privado (51,5%).

Os leitos hospitalares foram o único tipo de equipamento presente em todos os municípios da RGISI, somando 745 unidades na região, o que corresponde a 3,53 leitos a cada mil habitantes. Esse número, à primeira vista, encontra-se na faixa considerada adequada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomenda entre três e cinco leitos por mil habitantes (Finkelstein; Borges Júnior, 2020). Contudo, a análise individual dos municípios evidencia a fragilidade dos menores e a grande dependência de Santa Inês para atendimento hospitalar.

O quantitativo absoluto de leitos e a média por mil habitantes nos municípios da RGISI evidenciam grandes desigualdades. Municípios como Alto Alegre do Pindaré e Bom Jardim apresentavam 28 e 36 leitos, respectivamente, com uma média de apenas 1,08 leitos por mil habitantes, enquanto Santa Luzia, com 53 leitos, teve a menor média relativa da região (0,91/1000 hab.). Araguaã e Bela Vista do Maranhão possuíam médias próximas (17 e 18 leitos; 1,52 e 1,53/1000 hab.), assim como Monção e Pio XII (44 e 35 leitos; 1,58 e 1,59/1000 hab.).

Já Igarapé do Meio e São João do Caru apresentaram médias intermediárias: 2,64 e 2,85 leitos por mil habitantes, respectivamente. Tufilândia e Nova Olinda do Maranhão superaram a faixa mínima recomendada pela OMS, com 19 e 60 leitos, equivalentes a 3,45 e 4,19 leitos por mil habitantes. Zé Doca, Pindaré-Mirim e Governador Newton Bello encontravam-se em níveis mais baixos, com médias de 1,24, 1,27 e 1,77 leitos/1000 hab. Por último, Santa Inês, com 253 leitos e média de 2,82/1000 hab., precisaria adicionar 82 leitos para atingir cerca de 3,94 leitos por mil habitantes, aproximando-se da faixa ideal recomendada pela OMS.

Dessa forma, apenas Nova Olinda do Maranhão e Tufilândia estavam no intervalo ideal de leitos. Essa disparidade evidencia a fragilidade e a dependência inter-regional da RGISI, especialmente em cenários pandêmicos, quando a superlotação dos hospitais torna inevitável a busca de atendimento em centros urbanos que concentram os serviços.

Em Imperatriz, segunda cidade mais relevante do estado, a oferta pública de leitos era de 771 unidades (2,82/1000 hab.), que, somada à oferta privada de 205 leitos, totalizava 976 leitos (3,57/1000 hab.). Mesmo sendo a segunda maior cidade, ainda havia o risco iminente de superlotação, uma vez que Imperatriz atende 17 municípios apenas da região imediata, além de outros de áreas vizinhas. Já em São Luís, a capital, a oferta pública contava com 3.609 leitos (3,47/1000 hab.), e a privada com 795 leitos, somando 4.404 leitos (4,24/1000 hab.), reforçando sua posição como polo central de atendimento.

Esses dados indicam que tanto os menores municípios da RGISI quanto Santa Inês dependem fortemente de centros maiores como São Luís, sobretudo em função da rarefação técnica. Essa dependência torna-se ainda mais crítica ao se considerar equipamentos de alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), essenciais para o tratamento da covid-19. Na RGISI, havia apenas dez UTIs Adulto, todas em Santa Inês, o que corresponde a 0,47 UTI por 10 mil habitantes, muito abaixo da recomendação da OMS, que indica de uma a três UTIs para cada 10 mil habitantes (Cappello, 2022). Quanto às UTIs pediátricas, a região não dispõe desse recurso. Em Imperatriz, havia 104 UTIs Adulto (3,8/10 mil hab.), sendo 50% privadas, e 19 UTIs pediátricas, das quais 46% pertenciam ao setor privado.

Em São Luís, o número de UTIs Adulto era de 357 (3,44 por 10 mil habitantes), sendo 196 delas do setor privado (54,9%). Isso indica que os habitantes da RGISI, ao necessitarem de equipamentos mais complexos, deveriam recorrer primeiramente a Santa Inês. Entretanto, devido à limitada quantidade de UTIs na cidade, a superlotação seria inevitável, obrigando a população a buscar atendimento em São Luís, o centro urbano com maior concentração de recursos técnicos especializados mais próximo.

Tais dados expressam a desigualdade territorial entre a RGISI e os maiores núcleos urbanos do estado, mas também revelam uma contradição socioeconômica importante. Aproximadamente metade dos equipamentos médicos em Imperatriz e São Luís – responsáveis por atender a população proveniente dos municípios menores – pertence ao setor privado. Considerando que cerca de 50% da população da RGISI vive com rendimento nominal per capita de até meio salário-mínimo (IBGE, 2023b), torna-se inviável supor

que essas famílias, em um cenário de crise econômica e sanitária global, pudessem arcar com o custo desses serviços. Dessa forma, a oferta real de saúde acessível é ainda menor do que a indicada pelos números absolutos, ressaltando a importância do SUS e evidenciando a contradição da saúde enquanto mercadoria imposta pelo neoliberalismo econômico durante pandemia de covid-19.

A Figura 3 apresenta a distribuição dos fixos da saúde, que tiveram papel central no enfrentamento da pandemia, começando pelos postos de saúde, que, apesar de básicos, não estão presentes em todos os municípios da RGISI. Ao todo, a região contava com 42 unidades, distribuídas da seguinte forma: Araguaã (1); Bela Vista do Maranhão (3), Igarapé do Meio (3); Monção (1); Pindaré-Mirim (4); Pio XII (2); Santa Inês (7); Santa Luzia (2); São João do Caru (5); e Tufilândia (5). Os cinco municípios restantes não dispunham desse tipo de estabelecimento.

Em Imperatriz havia sete postos e em São Luís apenas dois. Vale ressaltar que esses postos representam modelos mais antigos, com equipe técnica limitada e serviços básicos restritos, muitos deles sendo atualmente substituídos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O diferencial das UBS está no atendimento mais completo: enquanto os antigos postos ofereciam serviços pontuais por profissionais isolados, as UBS contam com equipes de saúde da família e uma gama mais ampla de serviços essenciais (Brasil, [2006]). Portanto, embora semelhantes, os postos e as UBS apresentam diferenças significativas, sendo estas últimas o modelo predominante atualmente.

No que se refere às UBS propriamente ditas, apenas São João do Caru não possuía essa modalidade de estabelecimento. Os demais municípios da RGISI somavam 249 unidades, distribuídas da seguinte maneira: Alto Alegre do Pindaré (16); Araguaã (8); Bela Vista do Maranhão (6); Bom Jardim (22); Governador Newton Bello (5); Igarapé do Meio (5); Monção (10); Nova Olinda do Maranhão (5); Pindaré-Mirim (12); Pio XII (9); Santa Inês (18); Santa Luzia (24); Tufilândia (3); e Zé Doca (17).

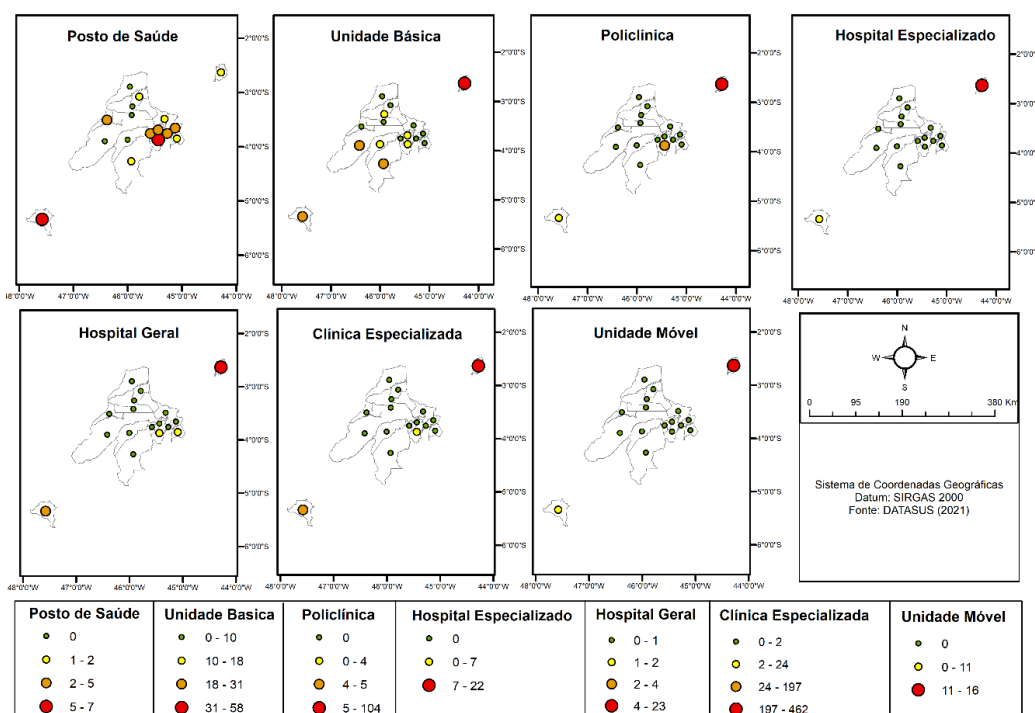
Já em Imperatriz havia 31 unidades e em São Luís 58. A relevância da UBS decorre do fato de ser o ponto de entrada da população no sistema de saúde, atuando como mediadora entre o paciente e os níveis de atenção média e complexa. Durante a pandemia, essa função se mostrou ainda mais estratégica, sobretudo na triagem inicial por meio de testes rápidos, na orientação à comunidade – fundamental para conter a disseminação de informações falsas –, na absorção de casos leves para reduzir a pressão sobre os

hospitais e, posteriormente, na organização da vacinação, entre outras atribuições além do enfrentamento direto da covid-19 (Giovanella et al., 2021).

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.436/2017, estabelece que cada Equipe de Saúde da Família deve acompanhar de 2 mil a 3,5 mil pessoas, podendo chegar, excepcionalmente, a até 4 mil em áreas específicas. Assim, esta análise adota como parâmetro a razão de até 3,5 mil habitantes por UBS, considerando que valores superiores podem indicar sobrecarga de trabalho das equipes e comprometer a qualidade e continuidade do cuidado (Brasil, 2017).

No caso de Alto Alegre do Pindaré, o município contava com 16 UBS, alcançando uma média de 1.606 habitantes por unidade, o que revela uma cobertura bastante favorável. Situação semelhante ocorria em Araguañã, com oito UBS e média de 1.398 habitantes por unidade, número bem inferior ao limite recomendado. Em Bela Vista do Maranhão, a razão era de 1.958 habitantes para cada uma das seis UBS, ainda dentro do padrão considerado ideal. Já Bom Jardim apresentava um dos melhores índices, com 22 UBS e média de 1.505 habitantes por unidade.

Figura 3 – Estabelecimentos médicos na Região Geográfica Imediata de Santa Inês - 2021



Fonte: DataSUS (Brasil, [2021b]). Org.: Os autores (2025).

Da mesma forma, os municípios de Governador Newton Bello (5 UBS, 2.143 hab./UBS), Igarapé do Meio (5 UBS, 2.795 hab./UBS), Monção (10 UBS, 2.775 hab./UBS), Nova Olinda do Maranhão (5 UBS, 2.863 hab./UBS), Pindaré-Mirim (12 UBS, 2.619 hab./UBS) e Pio XII (9 UBS, 2.432 hab./UBS) também apresentaram índices dentro da faixa recomendada, com médias que variavam entre 2.100 e 2.900 habitantes por unidade. Tal como Santa Luzia, com 24 UBS (2.401 hab./UBS), cobertura igualmente adequada. Tufilândia e Zé Doca igualmente apresentaram condições favoráveis, com médias de 1.836 e 2.400 habitantes por unidade, respectivamente. Por outro lado, São João do Caru exibiu a situação mais crítica, uma vez que não dispunha de nenhuma UBS registrada, destacando uma lacuna estrutural grave no acesso aos serviços básicos de saúde.

Nas maiores cidades – da região e do estado – o quadro era mais desfavorável. Em Santa Inês, principal município da RGISI, havia 18 UBS, resultando em uma média de 4.723 habitantes por unidade – número acima do limite ideal estabelecido pela PNAB. A situação era ainda mais crítica em Imperatriz, onde 31 UBS eram responsáveis por uma média de 8.810 habitantes cada, mais que o dobro do recomendado. Já em São Luís, a discrepância atingia níveis severos: as 58 UBS existentes precisavam atender, em média, 17.893 habitantes cada, o que implicava sobrecarga estrutural e comprometimento do acesso à atenção básica, especialmente nas áreas periféricas e de expansão urbana.

Nesse cenário, quando se observa os estabelecimentos de maior complexidade, vê-se uma contradição ainda mais evidente. Na RGISI, apenas Santa Inês contava com policlínicas, somando cinco unidades, das quais quatro pertenciam ao setor privado (80%). Em Imperatriz, as quatro policlínicas existentes eram integralmente privadas, enquanto em São Luís havia 104 unidades, das quais 96 (92%) pertenciam à rede privada. No que se refere aos hospitais especializados, não havia nenhum registro na RGISI; em Imperatriz existiam sete, todos públicos, e em São Luís, 22, dos quais cinco (29,4%) eram privados. Já os hospitais gerais, por sua vez, totalizavam 16 em toda a RGISI: dois em Santa Inês, dois em Pio XII (um deles privado) e um em cada município, com exceção de Pindaré-Mirim, que não possuía nenhum estabelecimento dessa natureza.

No que diz respeito às clínicas especializadas, a RGISI totalizava 30 unidades, das quais 24 se concentravam em Santa Inês, sendo 19 pertencentes ao setor privado (79,1%). As demais estavam assim

distribuídas: Nova Olinda do Maranhão com duas unidades (uma delas privada) e Igarapé do Meio, Monção, Santa Luzia e Zé Doca, com uma unidade cada. A de Santa Luzia, vale destacar, pertencia ao setor privado. Tal distribuição, ao mesmo tempo que evidencia a centralidade de Santa Inês na oferta de serviços de média complexidade, também reforça a presença do setor privado na provisão desses serviços.

Em relação às unidades de nível pré-hospitalar voltadas à urgência – fundamentais para o atendimento inicial e para o transporte seguro de pacientes até hospitais de referência –, a RGISI não dispunha de nenhuma, seja na rede pública ou privada. Essa ausência revela uma fragilidade estrutural grave, sobretudo diante da pandemia, em que a rapidez no primeiro atendimento poderia ser decisiva. Nesse aspecto, Imperatriz contava com 11 unidades (das quais apenas uma privada, 9,09%), enquanto São Luís possuía 16 (sendo 2 privadas, 12,5%), concentrando, mais uma vez, recursos estratégicos fora do alcance direto da RGISI.

No tocante aos médicos especialistas (Tabela 2), recurso humano essencial para diagnósticos e tratamentos de média e alta complexidade, o quadro também era desigual. Em toda a RGISI, apenas Santa Inês contava com esses profissionais, sendo um de cada especialidade, a saber: intensivista, infectologista, nefrologista e pneumologista – este último atuando no setor privado. Imperatriz, por sua vez, dispunha de uma diversidade maior: um citopatologista, sete intensivistas (um privado, 14,2%), dois infectologistas, nove nefrologistas (três privados, 33,3%), quatro pneumologistas (um privado, 25%) e um alergista/imunologista privado.

Tabela 2 – Especialidades médicas na Região Geográfica Imediata de Santa Inês - 2021

Município	Citopatologista	Intensivista	Infectologista	Nefrologista	Pneumologista	Alergista e imunologista	Geriatra
Santa Inês	0	1	1	1	1	0	0
Imperatriz	1	7	2	9	4	1	0
São Luís	4	77	12	42	23	12	12

Fonte: DataSUS (Brasil, [2021b]). Org.: Os autores (2025).

Já São Luís concentrava um contingente expressivo de especialistas, distribuídos entre a rede pública e privada: quatro citopatologistas, sendo um privado (25%); 77 intensivistas, sendo sete privados (9,09%); 23 pneumologistas, nove deles da rede privada (39,13%), 12 alergistas/imunologistas – incluindo

dez privados (83,3%) – e 12 geriatras, sendo oito do setor privado (66,6%). Além disso, a capital dispunha de 12 infectologistas e 42 nefrologistas, com um profissional da rede privada em cada especialidade, equivalente a 8,3% e 2,38% – respectivamente.

No contexto pandêmico, a importância desses especialistas se acentuou ainda mais, dado que suas competências específicas são decisivas tanto para a condução de diagnósticos quanto para o manejo clínico de pacientes graves. A concentração desses profissionais nas maiores cidades – e no setor privado – expôs a RGISI a uma dupla vulnerabilidade: a escassez técnica local e a barreira de acesso econômico imposta às populações de baixa renda, altamente majoritárias na região.

Assim, a contradição que emerge dos dados está no fato de que, proporcionalmente, os municípios menores apresentam uma cobertura satisfatória de estabelecimentos de atenção básica – notadamente as UBS –, enquanto as cidades maiores sofrem com a sobrecarga desse nível de atendimento. Nesses centros, observa-se uma maior concentração de estabelecimentos de média e alta complexidade, tais como policlínicas e clínicas especializadas, com forte presença do setor privado. Tal disparidade decorre também da própria natureza institucional: a UBS é uma responsabilidade direta do Estado, sem interface com a iniciativa privada, ao passo que serviços mais complexos se configuram como espaços privilegiados de atuação do capital, funcionando segundo a lógica mercantil.

Nesse sentido, ainda que os municípios menores contassem com uma razão mais favorável de UBS por habitante, a ausência de infraestrutura hospitalar e de equipamentos especializados os tornava dependentes das cidades maiores. Essa dependência gerou um fluxo intenso de pacientes em direção aos centros urbanos como Santa Inês, Imperatriz e São Luís, provocando sobrecarga de um sistema já insuficiente em sua base primária.

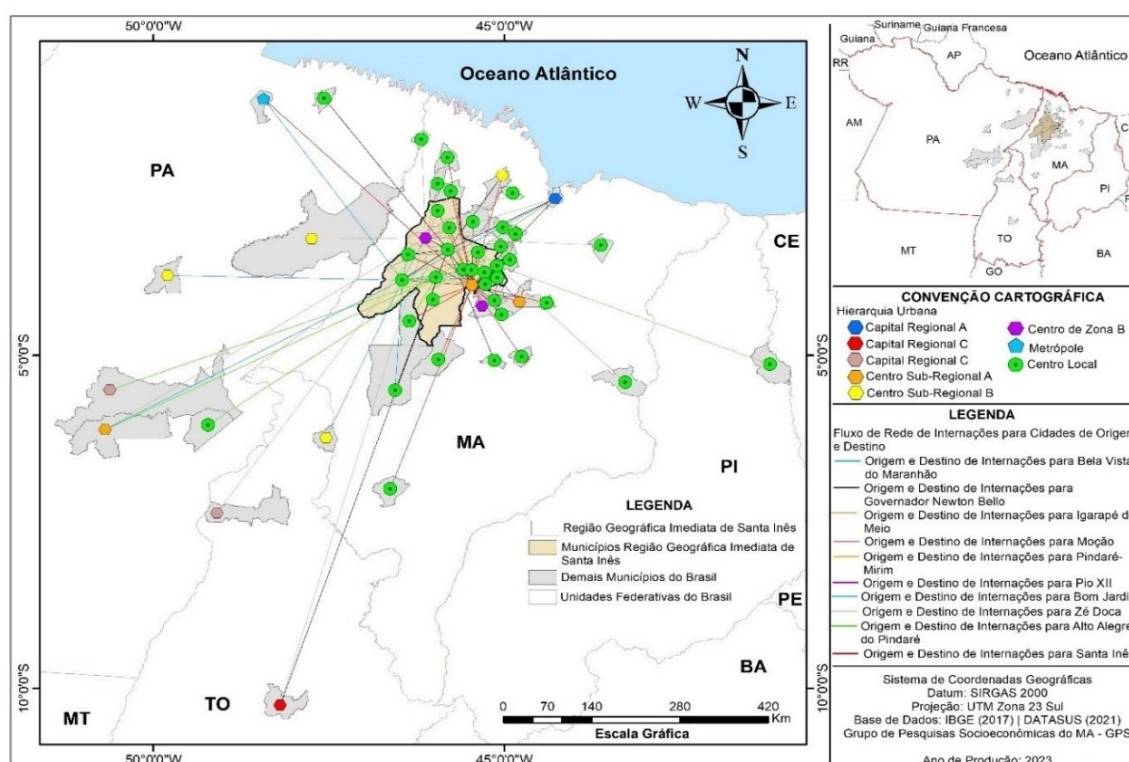
Nas cidades maiores, a escassez de UBS repercutiu negativamente não apenas no acesso precoce ao diagnóstico e ao acompanhamento de casos leves e moderados – funções centrais da atenção básica –, mas também no desempenho das ações de vigilância, orientação preventiva e monitoramento territorial da pandemia. O resultado foi um ciclo de intensificação das desigualdades territoriais: de um lado, municípios rarefeitos em técnica permaneceram invisíveis do ponto de vista estrutural; de outro, centros urbanos densos, mostraram-se constantemente tensionados pela pressão da demanda.

DAS RAREFAÇÕES AO PERFIL HIERÁRQUICO DA COVID-19

Sob a perspectiva da economia política do território, trata-se de uma manifestação concreta da concentração de recursos em pontos estratégicos do território, regida pela lógica do modo capitalista de produção e consumo, mas dissociada das necessidades sociais. Essa assimetria comprometeu a efetividade do sistema como um todo: em vez de integrar os territórios, os fluxos gerados pela busca por atendimento (Figura 4) revelaram a desarticulação entre escalas locais e regionais da política pública de saúde, evidenciando como a pandemia não apenas expôs, mas aprofundou contradições históricas do sistema.

Figura 4 – Mapa de fluxos de atendimentos por covid-19 na Região Geográfica Imediata de Santa Inês - 2021

Fonte: DataSUS (Brasil, [2021b]). Org.: Os autores (2023).



Tais fluxos traduzem o deslocamento de pacientes para atendimento em municípios distintos de seus locais de origem. Eles evidenciam o grau de centralidade de determinados núcleos urbanos e mostram como os serviços, embora dispersos pela rede urbana, acabam inevitavelmente se concentrando em pontos

específicos, sobretudo nos casos mais complexos, que exigem suporte técnico superior ao disponível em municípios menores.

Dessa forma, no período analisado, a Região Geográfica Imediata de Santa Inês registrou 5.435 atendimentos por covid-19. A análise individual dos municípios revela forte disparidade, refletindo diferentes níveis de demanda e de capacidade instalada. Santa Inês se destacou de forma expressiva, com 2.271 registros – sendo 1.553 de moradores locais e 718 de pacientes provenientes de outros municípios. Esse resultado reforça seu papel como cidade-polo em escala microrregional, apta a absorver grande volume de fluxos assistenciais oriundos de seu entorno.

Em segundo lugar, Zé Doca contabilizou 786 atendimentos (671 internos e 115 externos), confirmando igualmente uma posição de centralidade funcional em sua microrregião. Bom Jardim apresentou 506 casos, dos quais 477 relativos à sua própria população e 29 oriundos de fora da cidade. Já Santa Luzia totalizou 425 atendimentos, todos destinados a moradores locais, sem registros de pacientes externos, o que demonstra autossuficiência, mas também ausência de atratividade regional.

Já o município de Governador Newton Bello contabilizou 324 atendimentos (303 internos e 21 externos), enquanto Alto Alegre do Pindaré registrou 284, dos quais apenas 10 foram de pacientes de fora. Em Pio XII e Bela Vista do Maranhão, os números foram de 192 e 198 atendimentos, respectivamente, com participação externa mínima – três casos no primeiro município e apenas um no segundo –, revelando atendimento quase exclusivamente local.

Outros municípios apresentaram volumes mais baixos, como Pindaré-Mirim, com 150 atendimentos (147 internos e 3 externos); Igarapé do Meio, que somou 113 (sendo 6 de pacientes externos), e Monção, com 82 registros (80 internos e 2 externos). Já Tufilândia, São João do Caru e Araguañã tiveram, respectivamente, 49, 33 e 22 atendimentos, todos restritos à população local, sem registro de circulação de pacientes entre municípios. Nova Olinda do Maranhão, por sua vez, não apresentou dados disponíveis na base consultada, o que pode indicar ausência de registros ou inconsistência nos dados reportados.

No mesmo período, São Luís concentrou 13.385 atendimentos relacionados à covid-19, dos quais 7.323 voltados a moradores locais e 6.062 a pacientes de outros municípios. Imperatriz também se destacou, com 5.471 atendimentos – 3.407 internos e 2.064 externos. Esses números ressaltam a centralidade desses

dois centros urbanos como polos regionais e estaduais de referência na saúde pública, especialmente nos serviços de média e alta complexidade.

Nesse sentido, vale destacar que, apesar de sua relevância no estado, Imperatriz recebeu um número bastante reduzido de pacientes da RGISI: apenas 13 atendimentos, distribuídos entre Santa Luzia (oito casos), Bom Jardim (três casos) e Santa Inês (dois casos). Esse dado confirma que, embora o município possua uma das infraestruturas de saúde mais robustas do Maranhão, sua área de influência sanitária se volta majoritariamente ao sul do estado¹, exercendo papel de centralidade regional fora da abrangência da região de Santa Inês, muito em função de sua localização geográfica.

Em contraste, São Luís demonstrou forte capacidade de atração de fluxos da RGISI, totalizando 382 atendimentos a pacientes residentes nos 15 municípios que compõem o recorte territorial. Entre eles, destacaram-se Santa Luzia (81 atendimentos), Santa Inês (60), Zé Doca (51), Pindaré-Mirim (32), Bom Jardim (25), Alto Alegre do Pindaré (21), Igarapé do Meio (18), Monção (17), Bela Vista do Maranhão (16) e Pio XII (16), além de outros em menor número. Essa concentração evidencia o papel decisivo da capital como centralidade estadual para os fluxos de saúde, atraindo pacientes não apenas das regiões intermediárias, mas também de áreas mais distantes, como o Médio Mearim e parte do Vale do Pindaré.

Esses deslocamentos reiteram a grande incidência de rarefações técnicas nos municípios periféricos e de densidades concentradas em pontos estratégicos do território. São Luís, enquanto capital e nó central da rede urbana maranhense, concentra os fluxos não apenas por sua maior capacidade técnica, mas também por uma lógica político-econômica que direciona investimentos para determinados fixos territoriais, reforçando a seletividade da técnica e aprofundando desigualdades.

Portanto, os dados demonstram que a RGISI, embora disponha de relativa estrutura básica (UBS), permanece dependente de polos externos – especialmente São Luís – para atendimento das demandas mais complexas, o que evidencia a persistência de um modelo de organização territorial centralizador, desigual e seletivo, tanto do ponto de vista funcional quanto da garantia do direito à saúde.

¹ Alguns exemplos de municípios do sul do Maranhão que tiveram pessoas atendidas em Imperatriz e suas respectivas quantidades: Montes Altos (78); Senador La Roque (85); Porto Franco (89); Davinópolis (106); Açailândia (115); Governador Edison Lobão (139); Estreito (143); Amarante do Maranhão (145); e João Lisboa (176).

Tabela 3 – Incidência e mortalidade por covid-19 na RGISI, em Imperatriz e São Luís -

Município	Hierarquia urbana	População	Casos confirmados	Óbitos	Taxa de incidência*	Taxa de mortalidade *
São Luís	Capital Regional A	1.037.775	33989	1647	32,75	1,59
Imperatriz	Capital Regional C	273.110	12998	596	47,59	2,18
Santa Inês	Centro Sub-regional A	85.014	5841	115	68,71	1,35
Zé Doca	Centro de Zona B	40.801	4557	56	111,69	1,37
Santa Luzia	Centro Local	57.635	3984	50	69,12	0,87
Bom Jardim	Centro Local	33.100	1109	36	33,5	1,09
Alto Alegre do Pindaré	Centro Local	25.710	1708	28	66,43	1,09
Monção	Centro Local	27.751	1392	22	50,16	0,79
Pindaré-Mirim	Centro Local	31.429	875	21	27,84	0,67
Pio XII	Centro Local	21.886	1090	12	49,8	0,55
Igarapé do Meio	Centro Local	13.974	447	12	31,99	0,86
Bela Vista do Maranhão	Centro Local	11.750	179	10	15,23	0,85
Nova Olinda do Maranhão	Centro Local	14.314	449	8	31,37	0,56
Governador Newton Bello	Centro Local	10.713	651	6	60,77	0,56
São João do Carú	Centro Local	12.251	436	6	35,59	0,49
Araguanã	Centro Local	11.181	654	5	58,49	0,45
Tufilândia	Centro Local	5.507	214	5	38,86	0,91

* a cada mil habitantes

Fonte: Painel Coronavírus (Brasil, [2021a]). Org.: Os autores (2025).

Toda a lógica de organização e distribuição desigual da saúde pelo território refletiu-se diretamente no quantitativo de casos e óbitos por covid-19, assim como no padrão territorial e hierárquico assumido pelo vírus ao longo de sua propagação. Observa-se uma tendência de concentração dos registros justamente nos municípios com maior densidade técnica, o que evidencia que os casos e óbitos seguiram a hierarquia urbana pautada pela oferta de serviços de saúde (Tabela 3). Nas áreas de maior polarização de recursos médicos, verificou-se não apenas maior incidência de infecções, mas também elevação das taxas de mortalidade, sugerindo uma correlação direta entre centralidade urbana e carga epidemiológica.

No período analisado, a RGISI contabilizou 70.573 casos e 2.635 óbitos por covid-19. Santa Inês, principal centro urbano regional, concentrou 5.841 casos e 115 óbitos, apresentando taxa de incidência de 68,61 e mortalidade de 1,35. Em seguida, Zé Doca, Centro de Zona B e segunda hierarquia regional, registrou 4.557 casos e 56 óbitos. Apesar de sua menor população, destacou-se pela maior taxa de incidência

da RGISI (111,69) e mortalidade de 1,37 – a mais alta da região, atrás apenas de Imperatriz. Também com números expressivos, Santa Luzia apresentou 3.984 casos, 50 óbitos, taxa de incidência de 69,12 e mortalidade de 1,35.

Municípios intermediários como Alto Alegre do Pindaré, Monção, Bom Jardim e Pio XII, contabilizaram entre 1.090 e 1.708 casos, com óbitos variando entre 12 e 36, taxas de incidência entre 27,84 e 69,12, e mortalidade entre 0,55 e 1,09. Já Tufilândia, o município com menor população da região, apresentou os índices mais baixos: 214 casos, 5 óbitos, incidência de 38,86 e mortalidade de 0,91.

Os dados confirmam que os municípios com maior estrutura de saúde, como Santa Inês, Zé Doca e Santa Luzia, foram também aqueles que lideraram os indicadores de contaminação e morte. Isso revela um paradoxo: a maior oferta de serviços de saúde, em vez de significar apenas maior capacidade de resposta, acabou funcionando como elemento de atração e concentração de fluxos de pacientes, o que intensificou a propagação do vírus e contribuiu para elevar a carga epidemiológica regional.

Essa dinâmica revela uma contradição central: se, por um lado, a maior densidade técnica deveria assegurar capacidade ampliada de enfrentamento da pandemia, por outro, esses centros urbanos transformaram-se em polos de recepção de pacientes oriundos de municípios vizinhos com infraestrutura precária, intensificando a carga viral local. Assim, justamente os territórios mais equipados foram também os mais pressionados, tanto pela circulação interna quanto pelos deslocamentos externos, o que agravou o risco de contágio e contribuiu para a elevação das taxas de óbito.

A relação entre disponibilidade técnica e concentração da doença torna-se ainda mais evidente quando se observa o papel das grandes centralidades estaduais. São Luís concentrou 33.989 casos e 1.647 óbitos, apresentando taxa de incidência de 32,75 e mortalidade de 1,59. Já Imperatriz registrou 12.998 casos e 596 óbitos, com incidência de 47,59 e a mais alta taxa de mortalidade entre os municípios analisados (2,18). Ambos os centros, ao mesmo tempo em que dispõem da maior densidade técnica do estado, também funcionaram como polos de absorção de fluxos territoriais para atendimento especializado, acumulando, assim, os maiores índices da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da Região Geográfica Imediata de Santa Inês (RGISI) confirma a distribuição marcadamente desigual dos serviços de saúde e a carência estrutural da região em comparação com polos como Imperatriz e São Luís. A centralidade de Santa Inês é frágil: embora concentre serviços de média e alta complexidade, não alcança autonomia sanitária regional, sobrecarregando sua infraestrutura com pacientes dos municípios vizinhos.

Esta contradição territorial é aprofundada pela lógica de mercado. Enquanto o setor público investe na atenção básica nos municípios menores, os investimentos privados concentram-se em centros urbanos mais rentáveis. Durante a pandemia, isso se traduziu na restrição do acesso aos serviços mais sofisticados e cruciais, que estavam sob domínio privado, penalizando a população mais vulnerável e dependente do SUS.

A baixa capacidade de atendimento local intensificou a crise sanitária, forçando o deslocamento de pacientes da RGISI para Santa Inês e, em casos graves, para a capital, São Luís. Este movimento confirmou a natureza concentrada e seletiva da rede de saúde do Maranhão, onde a maior incidência e mortalidade por COVID-19 se deu justamente nos municípios de maior hierarquia urbana e oferta de serviços (Santa Inês, Zé Doca e Santa Luzia).

Apesar dos limites metodológicos inerentes ao uso de dados secundários e subnotificações, os achados reforçam que as desigualdades espaciais amplificam as crises de saúde. Conclui-se ser urgente o fortalecimento dos sistemas de informação e a criação de políticas públicas que promovam a equidade e a justiça territorial, capazes de atender às especificidades de cada região.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel coronavírus**. Brasília, DF: MS, [2021a]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica,

no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Tipo de estabelecimento**. Brasília, DF: MS, [2006]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm. Acesso em: 11 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Transferência de arquivos**. Brasília, DF: MS, [2021b]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>. Acesso em: 18 jun. 2025.

CAPPELLO, T. P. **Alocação de leitos em Unidade de Terapia Intensiva na pandemia covid-19: critérios de priorização**. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-31082022-172122/en.php. Acesso em: 11 jul. 2025.

DNIT – Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (Brasil). **VGeo: Visualizador de Informações Geográficas**. Brasília, DF: DNIT, [2025]. Disponível em: <https://servicos.dnit.gov.br/vgeo/>. Acesso em: 21 maio 2025.

EMIR, A. Maranhão tem a maior concentração de renda nas mãos de poucos, segundo pesquisa IBGE. **Maranhão Hoje**, São Luís, 17 out. 2019. Disponível em: <https://maranhaohoje.com/maranhao-tem-a-maior-concentracao-de-renda-nas-maos-de-poucos-segundo-o-ibge/>. Acesso em: 19 maio 2025.

FERREIRA, I.; BRITTO, V. Sob efeitos da pandemia, consumo de bens e serviços de saúde cai 4,4% em 2020, mas cresce 10,3% em 2021. **Agência de Notícias IBGE**, Rio de Janeiro, 5 abr. 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39675-sob-efeitos-da-pandemia-consumo-de-bens-e-servicos-de-saude-cai-4-4-em-2020-mas-cresce-10-3-em-2021>. Acesso em: 17 ago. 2025.

FINKELSTEIN, B. J.; BORGES JUNIOR, L. H. A capacidade de leitos hospitalares no Brasil, as internações no SUS, a migração demográfica e os custos dos procedimentos. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 273-280, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21115/JBES.v12.n3.p273-80>. Disponível em: www.jbes.com.br/images/v12n3/273.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 748–762, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113014>. Disponível em: www.scielo.br/j/sdeb/a/h3krqJq9WY9wcs5L49TqJ7d/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 18 ago. 2025.

IBGE. **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023a. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br>. Acesso em: 21 maio 2025.

IBGE. **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>. Acesso em: 21 maio 2025.

IBGE. **Malha Municipal Digital da Divisão Político-Administrativa Brasileira**, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/malhas-territoriais/15774-malhas.html?edicao=27411>.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2023c. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101976.pdf>. Acesso em: 21 maio 2025.

OLIVEIRA, A. B.; MORAES JÚNIOR, A. R.; SANTOS, P. H. Serviços médico-hospitalares e dinâmica de propagação do SARS-CoV-2 na rede urbana da Região Geográfica Imediata de Colinas, Maranhão, Brasil. **GeoTextos**, Salvador, v. 20, n. 1, jul. 2024. DOI: <https://doi.org/10.9771/geo.v0i1.58720>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/geotextos/article/view/58720>. Acesso em: 28 jul. 2025.

OLIVEIRA, A. B.; SILVA, A. M. B. Fixos da saúde e fluxos na difusão e atendimento de pacientes com Covid-19 em São Luís, Maranhão, Brasil. **GEOUSP Espaço e Tempo** (Online), São Paulo, v. 27, n. 1, e194695, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2023.194695>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/geousp/article/view/194695>. Acesso em: 17 ago. 2025.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; FJP – Fundação João Pinheiro. **O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília, DF: PNUD: Ipea: FJP, 2013.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 11. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVA, S. P.; CORSEUIL, C. H. L.; COSTA, J. S. M. **Impactos da pandemia de covid-19 no mercado de trabalho e na distribuição de renda no Brasil**. Brasília, DF: Ipea, 2022.

UNDP – United Nations Development Programme. **Human Development Reports 2025**. New York: UNPD, 2025. Disponível em: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index>. Acesso em: 19 maio 2025.