

Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Santinha, Gonçalo

Cuidados de saúde e território: um debate em torno de uma abordagem integrada

Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 815-829

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263660015>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Cuidados de saúde e território: um debate em torno de uma abordagem integrada

Healthcare and territory: debating an integrated approach

Gonçalo Santinha

Docente do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro. Membro da Unidade de Investigação em Governança, Competitividade e Políticas Públicas (GOVCOPP).

Endereço: DCSPT, Universidade de Aveiro, Campus de Santiago, 3810-193, Aveiro, Portugal.

E-mail: g.santinha@ua.pt

Resumo

As alterações que, essencialmente no decurso da última década, têm surgido nos domínios económico, político e social, com repercussões no âmbito dos serviços de saúde, justificam um repensar dos processos de formulação de políticas da saúde. De facto, este conjunto de alterações coloca em discussão as noções de equidade e eficiência à luz das dinâmicas territoriais, obrigando ao reajustamento das perspetivas teórico-concretuais predominantes e à revisão de estratégias de intervenção vulgarmente utilizadas neste campo. Neste texto, procura esclarecer-se a relação entre cuidados de saúde e território tendo por base dois fatores: a natureza geográfica de acessibilidade aos cuidados de saúde atendendo, quer à dicotomia urbano/rural, quer às recentes tendências de reorganização de vários sistemas de saúde numa ótica de racionalização de recursos e de centralização de serviços, e as implicações no modo como os serviços de saúde passam a organizar-se territorialmente e se articulam, quer entre si, quer com o modelo de organização dos sistemas urbanos existentes. O objetivo é, justamente, refletir sobre esses desafios que, agudizados perante o atual contexto, se colocam às decisões políticas no âmbito dos cuidados de saúde e, consequentemente, discutir possíveis estratégias de intervenção que se afigurem mais territorialmente integradas.

Palavras-chave: Acessibilidade; Concentração; Policentrismo; Integração territorial.

Abstract

Prominent economic, social and political changes, mainly over the past decade, which had broad impacts on healthcare services, justify reimagining healthcare decision-making processes. This set of changes puts into debate the competing values of equity and efficiency in articulation with territorial dynamics, impelling the readjustment of both prevailing theoretical viewpoints and strategic actions usually adopted in this field. This paper seeks to clear out the relationship between healthcare and territory according to two issues: the geographical nature of healthcare accessibility, bearing in mind both the urban/rural dichotomy and the recent trends concerning the reorganization of healthcare systems based on a centralization and cost-efficiency perspective, and the consequences on how healthcare services are spatially organised and relate, not only with other healthcare services, but also with the spatial structure of urban systems. Accordingly, this paper aims to ponder on these conspicuous challenges faced by decision-making processes in healthcare and, thus, discuss possible strategic, integrated and more spatially focused paths.

Keywords: Accessibility; Concentration; Polycentric Development; Territorial Integration.

Introdução

A decisão sobre a afetação e distribuição de recursos tem sido uma preocupação permanente no domínio das políticas públicas e palco de debate essencialmente no campo das ciências políticas e económicas. Já há cerca de sete décadas, o economista Key (1940, p. 1138) lançava o seguinte desafio: “On what basis shall it be decided to allocate X dollars to Activity A instead of allocating them to Activity B, or instead of allowing the taxpayer to use the money for his individual purposes?”¹. Diversas teorias têm surgido neste contexto, seja ao nível do desenvolvimento de métodos e critérios de apoio à tomada de decisão, seja do ponto de vista da compreensão dos próprios processos de formulação e implementação de políticas públicas. Os cuidados de saúde não são exceção neste panorama, verificando-se que a complexidade inerente a decisões sobre a natureza, a abrangência e a distribuição dos serviços a prestar está associada, não só a questões técnicas e metodológicas, mas também a uma multiplicidade de julgamentos de valor sobre quais os beneficiários e, ainda, à criação de consensos políticos. Esta questão é ainda mais premente numa conjuntura, por um lado, de contenção de gastos no sector da saúde, no qual a procura de eficiência ganha uma maior preponderância, e, por outro, de incremento quer do número de idosos e de portadores de doenças crónicas quer das próprias expectativas dos cidadãos, e por isso mesmo a ideia de equidade é valorada. Atendendo a este contexto, é natural que em diversos processos de tomada de decisão haja alguma tensão entre estes dois princípios: quanto é que se deve sacrificar da eficiência a favor da equidade e vice-versa?

A noção de equidade na saúde (em geral) e nos cuidados (em particular) tem sido amplamente debatida, quer no meio académico, quer no seio de instâncias internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) ou a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), incorporando nas análises conceptuais a dimensão da justiça social (Viana e col., 2003) com a preocupação geral de, como referem Figueras e colaboradores (2004, p. 7), “Meeting the needs of its citizens

¹ “Com que base é que se decide alocar x dólares à atividade A por contraponto à atividade B ou ainda deixar o contribuinte utilizar o respetivo montante como bem entende?”

for adequate health care”². E, embora a literatura atribua enfoques distintos, em parte refletindo diferenças históricas e culturais (Macinko e Starfield, 2002), a abordagem baseada nesta noção de equidade implica o reconhecimento de que todos devem ter uma oportunidade justa para atingirem o seu potencial de saúde, remetendo, portanto, a análise para o campo político e incorporando valores morais e éticos. Por conseguinte, equidade nos cuidados de saúde é normalmente considerada numa dupla perspetiva: horizontal (pessoas com necessidades semelhantes devem ser tratadas de forma análoga) e vertical (pessoas com diferentes necessidades devem ser tratadas de forma distinta em proporção com as respetivas diferenças) (Starfield, 2001). Por outras palavras, igualdade para necessidades análogas e diferenciação para necessidades distintas.

Mas a questão da eficiência tem igualmente sido alvo de discussão e justificação para muitas decisões políticas. A título de exemplo, a própria OMS ao lançar o “World Health Report 2000 - Health systems: Improving performance”, não só apresentou uma comparação entre diversos sistemas de saúde (uma ótica de partilha de informação e aprendizagem), como também contribuiu para ampliar o debate em torno deste tema. De uma forma geral, eficiência pode ser entendida como o emprego de meios em termos de maximização, isto é, da capacidade de obter o maior rendimento possível a partir de um determinado conjunto de meios (Jensen-Butler, 1999). Por outras palavras, refere-se ao melhor uso dos recursos, isto é, produzir a máxima quantidade de resultados em face de determinados recursos ou, em alternativa, alcançar determinados resultados com a menor quantidade possível de recursos. Alcançar a eficiência na afetação de recursos nos cuidados de saúde significa, pois, maximizar os benefícios de saúde para a sociedade com o mínimo possível de custos na prestação dos cuidados, o que operacionalmente implica perceber a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos.

Ora, a afetação e distribuição de recursos nos cuidados de saúde tende em consideração os princípios de equidade e eficiência pressupõe uma abordagem multidimensional e deve ser analisada sob várias

perspetivas. Uma das questões que tem sido debatida, particularmente no domínio político, relaciona-se com a organização territorial dos serviços de saúde. A lógica por detrás da tensão existente nos processos de tomada de decisão pode ser enunciada de forma simples e esquemática: a oferta de serviços em múltiplas unidades descentralizadas aumenta a equidade de acesso (diminuindo distâncias e tempos de deslocação); a centralização dos serviços em poucas unidades amplia o volume de cuidados, responde em maior número a casos mais complexos (o que consequentemente promove a experiência dos profissionais) e diminui os custos médios de produção; por isso mesmo, a centralização promove a eficiência; mas ao proporcionar um aumento de distâncias, tempos e custos de deslocação está a contribuir para uma redução da equidade de acesso. É compreensível, portanto, que em face da tendência atual de reorganização dos sistemas de saúde em distintos países, conduzindo à fusão hospitalar e ao encerramento de diversas unidades (particularmente em meios rurais), se verifique uma insatisfação e incompreensão geral por parte das populações e alguma resistência política local.

É, pois, da relação acessibilidade/concentração de serviços, por um lado, e do padrão territorial da oferta de cuidados, por outro, que se centra a problemática acima referida. Mas também da necessidade de alargar o debate sobre a inclusão da dimensão territorial na formulação e implementação de políticas públicas, complementando as visões típicas setoriais (políticas da saúde *vs* políticas de base territorial) e introduzindo um outro tipo de racionalidade (supletiva) em relação aos processos de tomada de decisão essencialmente baseados em critérios de afetação (ótica da eficiência) e de distribuição (ótica da equidade) de recursos.

O texto estrutura-se em três partes. Na primeira, centra-se a análise na natureza geográfica de acessibilidade aos cuidados de saúde tendo em apreciação, quer a dicotomia urbano/rural, quer as recentes tendências de reorganização de vários sistemas de saúde numa ótica de racionalização de recursos e de centralização de serviços. Com base numa análise das principais referências bibliográficas no domínio

² “Prestar os cuidados adequados de forma a satisfazer as necessidades dos cidadãos”

científico da geografia da saúde, procura-se, aqui, chamar a atenção para a necessidade de se considerar a problemática das disparidades territoriais na saúde (em geral) e nos cuidados (em particular) na formulação de políticas públicas tendo presente, de forma conjunta, critérios económicos e sociais territorialmente contextualizados. Na segunda parte, relaciona-se a organização territorial dos serviços de saúde com a organização dos sistemas urbanos, tendo por base as novas orientações de base territorial que as principais instâncias Europeias apontam para a organização do espaço Europeu, designadamente a apostila no desenvolvimento policêntrico em detrimento do modelo monocêntrico e centralizado, e que tem proporcionado um amplo debate no campo da geografia e da economia regional. Portanto, ao binómio dispersão/concentração debatido no ponto anterior, acrescenta-se aqui a noção de rede e a necessidade de se considerar os cuidados de saúde numa ótica multisectorial. Na terceira e última parte, sublinha-se a principal ilação a retirar da análise previamente efetuada: a importância de conferir aos processos de tomada de decisão no domínio dos cuidados de saúde uma visão mais ampla, multisectorial e (territorialmente) informada.

A relação acessibilidade/ concentração de serviços de saúde à luz das disparidades territoriais

Embora já com longa tradição no campo da investigação científica, os padrões territoriais associados ao fenómeno da saúde e da doença, no atual contexto de globalização, têm-se tornado um tópico de crescente interesse, quer na arena política, quer no meio académico, refletindo a importância da saúde humana enquanto indicador de desenvolvimento e qualidade de vida (Santana, 2005; Meade e Emch, 2010). De uma forma geral, nesta bibliografia é argumentado que, por um lado, as oportunidades individuais não dependem somente de riscos associados ao desemprego, deficiência, pobreza, doença ou

idade, mas estão igualmente associadas ao território onde vivem e trabalham, ou seja, à existência/acesso ou não de determinadas condições/oportunidades sociais e económicas, e, por outro lado, que as variações em saúde, para além de fatores individuais, estão relacionadas com o meio social, económico e territorial em que se desenvolvem a vida familiar e as atividades profissionais. Surge, desta forma, a ideia de que as características territoriais são tão importantes quanto as das pessoas na compreensão do fenómeno da saúde, pelo que as questões da saúde devem ser consideradas de um ponto de vista amplo e não determinista (Santos, 2003). Aliás, é com o valorizar da importância do contexto territorial no estudo da saúde que conduz determinados autores, como Santana (2005, p. 79), a afirmar que “o início do Século XXI é, simultaneamente, o início de um novo milénio e o início de uma nova era no estudo das desigualdades em saúde: o papel do contexto, entendido nos aspectos geográficos, sociais e culturais”.

A par das variações em saúde, é também possível verificar disparidades no âmbito dos cuidados de saúde. Como referem Joseph e Phillips (1984), diferentes padrões de acesso a cuidados de saúde constituem um excelente exemplo sobre a forma como a afetação territorial de recursos pode contribuir para intensificar as disparidades gerais em termos de saúde e de qualidade de vida. Smith (1979, p. 246) afirma inclusive que “Health care is perhaps the most ‘basic’ of all services, for on this may depend whether a newly-born child lives or dies, whether we survive illness or accident and, if we recover, whether we retain full use of essential faculties or suffer permanent handicap”³. De facto, o título do livro de Fuchs (1974) - “Who shall live?”⁴ -, enquanto referência no domínio das políticas da saúde, capta bem a essência desta questão, sublinhando a importância de aprofundar e discutir este tema quando comparado com outros.

Estas disparidades territoriais do ponto de vista da acessibilidade são tradicionalmente discutidas no seio da bibliografia no duplo ponto de vista geográfico e socioeconómico (Gold, 1998), a

3 “Os cuidados de saúde são, provavelmente, os serviços mais básicos, na medida em que deles depende a sobrevivência de um recém-nascido, de um doente ou de um acidentado e se no processo de recuperação as capacidades essenciais do indivíduo são mantidas em contraponto a níveis de deficiência permanente”.

4 “Quem deve viver?”

primeira dimensão enfatizando especialmente as particularidades da oferta dos cuidados de saúde e a segunda as características da população, articulando designadamente a relação entre o rendimento e o custo de acesso. Por sua vez, a questão da natureza geográfica de acessibilidade aos cuidados de saúde está associada, quer à disponibilidade de serviços num dado território, quer à distância ou ao tempo de deslocação dos cidadãos aos prestadores/profissionais de saúde (McGrail e Humphreys, 2009). Verifica-se, por isso mesmo, uma articulação entre as duas dimensões (geográfica e socioeconómica), na medida em que há custos associados à deslocação e ao tempo despendido (Goddard e Smith, 2001).

Vários estudos têm-se debruçado sobre esta questão, procurando perceber qual a mais adequada relação número de residentes por médico para cada unidade territorial ou qual a melhor distribuição de serviços por forma a permitir que os cidadãos possam aceder dentro de um tempo considerado adequado. A título de exemplo, refira-se o trabalho desenvolvido por Unal e colaboradores (2008) para os EUA, no qual referem que a relação residentes/médicos deve ter em consideração uma distância cujo tempo de deslocação máximo seja de 30 minutos. Porém, e como forma de mostrar que estas questões são complexas, o autor adverte que essa relação pode variar em função de um determinado território apresentar uma taxa de mortalidade infantil ou um perfil socioeconómico baixo (e.g. 20% da população ser pobre). Apesar de tudo, um fator que estes estudos geralmente apontam é o facto de haver uma relação entre a distância aos cuidados de saúde e o seu uso: quando a primeira aumenta, o segundo diminui. Refira-se que um dos trabalhos pioneiros na análise desta ocorrência foi desenvolvido por Shannon e Dever (1974), alegando que os habitantes de áreas mais próximas dos cuidados de saúde eram os que mais utilizavam esses serviços. Posteriormente, Whitehouse (1985), Knox e Pinch (2000) e Santana (2005), não só identificam uma forte correlação entre a utilização de serviços de urgência e de consultas externas e a distância percorrida, como realçam que os cidadãos que vivem a maiores distâncias tendem a ignorar os sintomas que apresentam em vez de se deslocarem às unidades de cuidados de saúde primários. Outros autores,

como Lucas-Gabrielli e colaboradores (2001), argumentam ainda que o fator distância é uma barreira observável, não só nos usuários dos serviços, mas também nos visitantes das pessoas hospitalizadas, o que reforça o isolamento provocado pelo estado de doença.

Sendo assim, os territórios que apresentam piores condições de acesso a serviços de saúde e a profissionais de saúde são os de carácter rural, com menor densidade demográfica, inferior disponibilidade e opções de transporte e cuja população apresenta menores rendimentos e índices de escolaridade (Rosenthal e col., 2005). Importa aqui realçar os estudos conduzidos por Casey e colaboradores (2001) e Smith e colaboradores (2008), nos quais mostram que, de uma forma geral, os habitantes das áreas rurais, não só têm um menor acesso a cuidados primários de saúde, como consequentemente efetuam diagnósticos e tratamentos tardios. Um estudo ainda mais recente conduzido por Chanta e colaboradores (2011) vem precisamente demonstrar esta questão também para o caso dos serviços de emergência médica: não só o padrão *standard* de resposta nestes serviços é consideravelmente diferente (cerca de 9 minutos para áreas urbanas e 15 minutos para áreas rurais), como também o tempo de resposta nas áreas rurais pode ainda ser bem maior. Por isso mesmo, os autores referem que a taxa de sobrevivência em áreas rurais é significativamente inferior que em áreas urbanas. Por outro lado, uma característica adicional destes territórios de carácter rural consiste no elevado número de idosos que proporcionalmente apresentam. Assim, dadas as tendências demográficas crescentes de envelhecimento populacional, esta questão torna-se ainda mais premente na medida em que os idosos são dos grupos etários que mais usam os serviços de saúde, mormente os cuidados primários, mas também dos que mais limitações possuem do ponto de vista da mobilidade (Biswas e col., 2006; Jones e col., 2009). Acresce que esta diferença pode também ser considerada no âmbito do tipo de serviços prestados e dos recursos humanos existentes. De uma forma geral, os três típicos âmbitos de serviços de saúde tendem a estar disponíveis geograficamente de forma diferenciada (Joseph e Phillips, 1984; Santana, 2010): enquanto os cuidados de saúde primários

encontram-se mais pulverizados pelo território, já os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde continuados e de carácter diferenciado estão mais concentrados nas áreas urbanas.

A situação de heterogeneidade descrita entre as áreas urbanas e as rurais - menor disponibilidade de cuidados e maiores deslocações - é normalmente justificada pelo facto de as áreas geográficas de baixa densidade demográfica não terem capacidade de sustentar grandes e especializadas unidades de cuidados de saúde dados os elevados custos (Lucas-Gabrielli e col., 2001). No entanto, e como referem Van Teijlingen e Pitchforth (2010), as áreas rurais não podem ficar desprovidas de serviços de saúde por uma questão de equidade de acesso, caso contrário poderá estar inclusive a perpetuar-se o que Hart (1971) designou por “*inverse care law*”: as pessoas com mais necessidade de cuidados (como é o caso dos idosos e dos que habitam em áreas rurais) são as que recebem menores cuidados de saúde. Sobre esta questão, Jones e colaboradores (2009, p. 114) colocam em tom de provocação a seguinte questão: “are we expecting patients who are already not feeling well to possibly take two or three buses before they can reach their GP?”⁵⁶.

Mas a estes motivos há que acrescentar outros de natureza mais ampla que ajudam a diferenciar as áreas rurais das mais urbanas, tais como a dimensão das redes sociais e económicas ou o conhecimento e a informação existentes sobre questões relacionadas com a saúde (Nemet e Bailey, 2000; Smith e col., 2008). E, portanto, à heterogeneidade do ponto de vista da disponibilidade/acessibilidade geográfica aos cuidados de saúde convém juntar outras restrições de natureza económica e social, como sejam o rendimento e a escolaridade, com consequências ao nível do acesso à informação e à percepção do estado de saúde ou de doença. Ora, é precisamente por esta questão que diversos autores argumentam que a localização de um serviço de saúde pode trazer vantagens acrescidas, especialmente nas áreas mais

rurais: não só porque permite um maior e mais célere acesso aos cuidados *per se*, mas também porque, em conjunto com outros serviços e equipamentos, pode gerar o que determinados autores designam por sentido de lugar ou de pertença (Kearns, 1991; Nemet e Baily, 2000), criando mais e fortificando, assim, redes sociais e económicas. Neste âmbito, convém realçar o estudo desenvolvido por Kearns (1991), em que mostra que os serviços de saúde não devem ser encarados numa ótica puramente funcionalista, servindo igualmente como espaços de encontro, de convívio e até de discussão em torno da temática da saúde e dos cuidados de saúde, promovendo assim um maior sentido de envolvimento coletivo e participação pública. É neste sentido que Mohan (1998) aponta ao referir que os movimentos sociais coletivos que estes serviços provocam acrescentam um significado adicional à simples consideração da oferta dos serviços.

Estas questões associadas à localização e acesso aos cuidados têm estado cada vez mais no cerne do debate académico e político, à medida que a ideia de serviço de saúde se tem alterado numa perspetiva centrada essencialmente na contenção de gastos (questão agravada perante a conjuntura atual), com grandes mudanças na organização, gestão e dimensão hospitalar, incutindo consequentemente uma ótica de racionalização de recursos e de centralização de serviços (Gaynor e Vogt, 2000; Kristensen e col., 2008). Esta crescente focagem no intuito de aferir a eficiência económica nos serviços de saúde tem conduzido a inúmeros estudos sobre a avaliação do impacto do volume de produção hospitalar na estrutura de custos, analisando-se consequentemente a relação economias de escala/dimensão hospitalar. Uma forma de se conseguirem alterações no volume de produção consiste, precisamente, na concentração de meios de produção e na especialização via fusão hospitalar (Gaynor e Vogt, 2000; Kristensen e col., 2008), seja adotando uma lógica de junção física dos serviços de saúde integrantes com desati-

5 “Será que estamos à espera que aqueles pacientes que necessitem de cuidados ainda tenham de apanhar dois ou três transportes para irem ao seu médico de família?”

6 Importa, contudo, frisar que o fator distância entre os cidadãos e os prestadores de cuidados de saúde e o seu respetivo comportamento (uso) não podem ser analisados numa perspectiva tão “linear”, na medida em que a maior ou menor utilização dos cuidados de saúde por parte das populações não se deve somente à existência e localização per se de serviços. Por outras palavras, a mera existência de serviços de saúde na proximidade não é garantia exclusiva ou suficiente da sua utilização.

vação de certas unidades, seja numa ótica de fusão/complementaridade em rede com a reorganização da gestão e dos cuidados prestados.

É vasta a bibliografia que reporta as inúmeras vantagens decorrentes da fusão hospitalar para o aumento da eficiência nos serviços de saúde, apontando que, de uma forma geral, resultam de uma diminuição dos custos de produção por ganhos em economias de escala (Gaynor e Vogt, 2000; Groff e col., 2007). Sendo uma prática que emerge essencialmente no sistema privado de saúde dos EUA na década de 1980, cedo ganhou preponderância também em países europeus, como sejam os casos do Reino Unido na década de 1990, da Bélgica, da Holanda e de Portugal na transição do século, só para citar alguns exemplos.

De acordo com a teoria económica, a noção de economias de escala está associada a aumentos na produtividade ou a decréscimos no custo médio de produção. Portanto, prevalecendo rendimentos crescentes, uma escala maior de fatores de produção conduz a uma produtividade maior. Segundo o argumento apresentado por Azevedo (2011) para o caso dos serviços de saúde, a redução de custos é possível pelo aumento da eficiência, na medida em que a exploração de economias de escala permite uma diminuição de redundâncias (diminuição dos serviços em duplicado), diminuição da capacidade subutilizada, melhoria na gestão e processos de produção e redução de custos administrativos. De acordo com Harris e colaboradores (2000), uma das vantagens decorre igualmente do facto de maiores economias de escala permitirem aos hospitais um maior poder de negociação com os fornecedores, podendo beneficiar-se de custos unitários inferiores. Por outro lado, segundo Com-Ruelle e colaboradores (2008), a exploração de economias de escala por parte dos serviços hospitalares permite inclusive uma melhoria dos resultados clínicos, dada a variedade e especialização dos cuidados existentes em unidades de grande dimensão. Esta questão é igualmente sublinhada no estudo desenvolvido por Murray e Teasdale (2005) para o Sistema Nacional de Saúde da Escócia, ressalvando, porém, o facto desta relação se

observar essencialmente em cuidados específicos de saúde e de elevado risco e cuja intervenção médica seja de natureza mais complexa.

Contudo, uma análise dos diversos estudos empíricos existentes sobre esta temática mostra a ausência de unanimidade quanto aos resultados obtidos. Posnett (1999) e Jones e colaboradores (2009) afirmam mesmo que não há evidência empírica que justifique esta nova geração de cuidados na procura de ganhos em economias de escala e redução de custos, que conduz ao encerramento de diversas unidades de saúde e à centralização dos serviços em hospitalares com cada vez maior dimensão. A título de exemplo, Meijers (2007) refere que na Holanda, de 1970 a 2005, o número de hospitalares passou de 197 para 86 e que, de 1980 a 2002, o número médio de camas hospitalares passou de 330 para 500. De facto, e pelo contrário, o que diversos autores apontam é que os ganhos associados a economias de escala só se verificam para hospitalares de pequena dimensão, isto é, cujo número de camas seja inferior a 200 (Posnett, 1999; Gaynor e Vogt, 2000; Kristensen e col., 2008) ou, no caso de unidades de cuidados intensivos, até 400 (Posnett, 1999). Por outras palavras, o que estes autores expõem é que, embora as economias de escala acarretem vantagens potencialmente grandes, a partir de certo ponto passam a observar rendimentos decrescentes, isto é, deseconomias de escala, verificando-se portanto uma relação em 'U' entre os custos médios e a dimensão hospitalar. Posnett (1999, p. 1664) aborda esta questão de forma caricatural: "Even the most committed believers accept that there is a limit to the operation of economies of scale. Otherwise, the most efficient solution would be to concentrate all acute hospital services for the United Kingdom at a new mega-hospital somewhere around Leeds"⁷.

As dúvidas que emergem das vantagens económicas da fusão hospitalar acrescem outras preocupações associadas ao consequente encerramento de diversas unidades de saúde, especialmente em áreas rurais. A problemática da natureza geográfica da acessibilidade na dupla ótica oferta/procura já aqui foi referida. Outros fatores, porém, podem

⁷ "Mesmo os maiores crentes aceitam que há um limite nas vantagens das economias de escala. Caso contrário, a solução mais eficiente seria concentrar todos os serviços de cuidados intensivos do Reino Unido num único mega-hospital algures em Leeds".

igualmente ser referidos, como sejam o impacto na economia local, no estado de saúde dos habitantes, especialmente junto aos idosos e às famílias com menores rendimentos, nas expectativas das populações ou, como sublinha James (1999), ao nível sociopsicológico, ou mesmo no âmbito da política local (Hart e col., 1991; Lucas-Gabrielli e col., 2001; Holmes e col., 2006). Como mencionam Muus e colaboradores (1995, p. 65), “Hospital closure, a devastating event in the life of small communities, can have long-lasting medical, economic, and psychological consequences”⁸.

A relação acessibilidade/concentração de serviços de saúde, aqui analisada à luz das disparidades territoriais, levanta, pois, questões que em muito extravasam a estrita componente financeira na formulação de políticas da saúde. As repercussões de decisões como o caso das fusões hospitalares podem revelar-se claramente penalizadoras para determinados territórios e comunidades, pelo que a adoção de critérios de natureza social territorialmente contextualizados revela-se crucial para os processos de tomada de decisão. Mas resoluções desta natureza trazem também implicações no modo como os serviços de saúde passam a organizar-se territorialmente e se articulam, quer entre si, quer com o modelo de organização do sistema urbano existente. É sobre esta questão que o próximo ponto se debruça.

Os serviços de saúde e os modelos de organização territorial

A discussão em torno de modelos de organização territorial que, por um lado, considerem a problemática das disparidades territoriais e, por outro, sejam capazes de promover a competitividade territorial, ocupa há muito uma posição central no campo da ciência regional, da geografia e do ordenamento do território, com consequências no âmbito da formulação de orientações políticas. Se é certo que durante décadas a aposta traduziu-se essencialmente no fenômeno de polarização em torno de áreas urbanas, numa lógica de ganho de competitividade pela

concentração de recursos físicos e imateriais e pela intensidade de produção e circulação de informação, não é menos verdade que, fundamentalmente na transição do século, começou a efetuar-se uma leitura diferente do território, particularmente no discurso político Europeu. Reconhece-se, por um lado, que a polarização geográfica possui limites evidentes, tanto nos custos que acarreta (e.g. saturação de equipamentos, combate à poluição e ao ruído, congestão de tráfego) como nas oportunidades que condiciona (e.g. acesso a níveis satisfatórios de qualidade ambiental e de vida) (Ferrão, 1997). Evoca-se, por outro lado, o conceito de desenvolvimento policêntrico enquanto novo modelo de organização do território, no sentido de se promover (Allain e col., 2003): i) uma maior competitividade (valorizando os recursos endógenos nas cidades - os *nós das redes* - que, por sua vez, constituem locais privilegiados de interação e palcos essenciais de concentração de atividades e atores), ii) maior equidade no acesso a bens, serviços e equipamentos (com soluções territoriais e organizacionais de tipo sistémico, contribuindo para contrariar debilidades estruturais das áreas menos desenvolvidas) e iii) maior eficiência na oferta e distribuição desses serviços (promovendo uma boa inter-relação/conectividade sem multiplicar desnecessariamente os serviços e contrariando os problemas decorrentes das deseconomias de escala).

Por isso mesmo, a aposta num desenvolvimento policêntrico tem subjacente uma perspetiva morfológica (dimensão e hierarquia urbana) e funcional (redes, fluxos e cooperação) capaz de desenvolver “relações de tipo horizontal propiciadoras da criação de laços de complementaridade entre funções exercidas em diferentes locais” (Alves, 2009, p. 138), não acompanhando estas de perto a dimensão de cada aglomerado e, portanto, distanciando-se da “relação de tipo determinista entre dimensão demográfica e perfil de especialização funcional” (Ferrão, 1997, p. 17). Como argumenta Alves (2009), se é verdade que a dimensão de uma cidade era condição imprescindível para que as atividades económicas pudessem atingir patamares de rentabilidade adequados à

8 “O encerramento hospitalar, algo devastador na vida de pequenas comunidades, pode ter consequências médicas, económicas e psicológicas duradouras”.

sua continuidade no mercado (e, por isso, os serviços prestados em cada local tinham como mercado esse mesmo território e o envolvente), não é menos certo que, com o advento e o acentuar do fenômeno de globalização, a escala de produção dos serviços alterou-se e os mercados deixaram de ser necessariamente contíguos (e, por isso, a dimensão apresenta uma importância relativa menor).

Os fatores acima mencionados ressaltam a importância da aposta num desenvolvimento policêntrico enquanto modelo de organização territorial, justificando as inúmeras orientações políticas desenvolvidas particularmente no espaço Europeu, e lançam já algumas pistas para a observação do caso concreto dos serviços de saúde. Neste âmbito, a sua análise poderá ser efetuada numa dupla perspetiva: isolada (ótica sectorial) ou em conjunto (ótica de integração de base territorial).

De acordo com a primeira perspetiva, aferir as vantagens e/ou desvantagens decorrentes da organização policêntrica dos serviços de saúde de uma forma estritamente sectorial implica, desde logo, compreender a distribuição territorial dos serviços de saúde. De uma forma geral, as estruturas dos sistemas de saúde tendem a ser hierárquicas, verificando-se uma segmentação vertical de serviços em que os níveis mais elevados apresentam as funções desse mesmo patamar e as dos inferiores (Shannon e Dever, 1974; Joseph e Phillips, 1984; Meade e Emch, 2010). Consequentemente, a população de um determinado local tem que se deslocar aos de nível hierárquico superior (de maior dimensão e em menor número) para ter acesso a serviços de saúde de especialização funcional mais elevada. Por outras palavras, a distância que os cidadãos percorrem para aceder aos serviços constitui um fator de diferenciação entre os níveis de prestação de cuidados de saúde. Numa perspetiva mais operacional, esta questão relaciona-se, quer com a já referida dualidade acessibilidade vs economias de escala, quer com a necessidade de determinados requisitos mínimos (equipamentos e profissionais de saúde) serem necessários para a prestação de cuidados de saúde específicos. Neste âmbito, importa recordar o trabalho desenvolvido por Halm e colaboradores (2002) no qual mostram a correlação existente entre o volume de determinado tipo de in-

tervenções e especialidades médicas e os resultados obtidos, sendo de destacar os casos de tratamento de sida, intervenções cirúrgicas de tumores malignos, aneurismas e transplantes cardíacos. Na mesma linha de argumentação, encontra-se o estudo desenvolvido por McLeod e colaboradores (2011), no qual analisaram a relação entre o número de crianças com gastroenterite aguda admitidas no hospital e a qualidade dos resultados alcançados, concluindo haver uma correlação entre estas dimensões.

Mas esta questão relaciona-se também com as vantagens decorrentes da criação de redes de sinergia e complementaridade funcional. Por outras palavras, ao binómio dispersão/concentração do ponto de vista da localização e prestação de serviços de saúde importa acrescentar a noção de rede, seja por intermédio do desenvolvimento de sinergias (cooperação entre serviços de saúde com perfis funcionais idênticos para obtenção de economias de escala e troca de experiências numa ótica de qualificação e aprofundamento de especializações), seja através do estabelecimento de complementaridades (cooperação entre serviços de saúde com perfis complementares de especialização funcional para obtenção de economias de escala e de gama numa ótica de diversificação de especializações). Sublinhe-se que poucos têm sido os estudos que se têm debruçado sobre esta questão, ou seja, de relacionar a oferta de cuidados de saúde com a organização territorial e aferir se é possível encontrar um modelo mais policêntrico em face da tradicional configuração hierárquica dos cuidados. Neste âmbito, interessa apontar o trabalho desenvolvido por Meijers (2007) para o sector da saúde na Holanda. Num ambiente competitivo, em que os hospitais atuam predominantemente numa ótica privada, coube ao “mercado” decidir o encerramento, fusão/concentração ou dispersão dos serviços prestados. Foi neste contexto que começaram a surgir inúmeras fusões hospitalares desde a década de 1990 que, segundo o autor, poderiam originar modelos diferentes de localização das instituições, desde a concentração dos cuidados numa única instituição (lógica de concentração tipo “monocêntrica”) à reorganização dos cuidados em diferentes localizações desenvolvendo redes de complementaridade e especialização funcional (lógica mais policêntrica ou, nas palavras do autor, “network model”). Como resultado

da análise que efetua, o autor conclui que a maioria dos hospitais tem enveredado pela lógica policêntrica, criando redes colaborativas complementares. Com um objetivo semelhante, mas desta feita para a Bélgica, Trotta (2009) indagou se a tendência verificada nos últimos 20 anos de fusão hospitalar na procura de maior eficiência teve repercussões do ponto de vista territorial, isto é, se reforçou a, então existente, relação com a hierarquia urbana ou, pelo contrário, se apontou para um novo modelo organizacional em rede. Relacionando o número de camas (indicador que, segundo o autor, tradicionalmente traduz a importância hierárquica de um centro) com a diversidade de oferta de serviços (não só de saúde, mas de outra natureza, indicador que igualmente pode traduzir a importância hierárquica de um centro), por intermédio do teste não paramétrico do coeficiente Gamma, o autor conclui que, embora ainda se verifique uma estreita relação entre a hierarquia dos cuidados de saúde com a hierarquia dos sistemas urbanos, para determinadas especialidades médicas a fusão hospitalar proporcionou a criação de redes entre diferentes serviços de saúde (em parte devido ao fenómeno do envelhecimento demográfico). No que respeita ao caso concreto de especialidades médicas, interessa, por fim, apontar o trabalho desenvolvido por Boureille e colaboradores (2003) sobre os cuidados oncológicos em Rhône-Alpes, França. Começando por sublinhar que no final da década de 1990 foi redefinida, naquele país, a metodologia de planificação de cuidados de saúde em geral, introduzindo-se critérios qualitativos numa lógica até então puramente quantitativa - em alguns casos, resultando na fusão e no encerramento de hospitais, mas, em outros, favorecendo a oferta de cuidados em rede -, os autores tentam analisar os efeitos territoriais da introdução de uma rede de cuidados oncológicos. Através da análise de uma extensa base de dados com o fluxo de pacientes, os autores verificam uma transição de um sistema hierarquizado e centralizado para um sistema tipo mosaico, de competências diversas articuladas e coordenadas, resultando em maior eficiência económica dos cuidados e melhor acessibilidade aos cuidados terapêuticos mais adequados.

Os casos mencionados mostram que é já possível encontrar situações em que podem advir vantagens

da adoção de um modelo mais policêntrico na oferta de cuidados de saúde, capaz de fomentar, não só uma estruturação dos cuidados em rede, mas também uma “desconcentração” dos serviços pelo território. Contudo, embora a existência de um modelo policêntrico promova uma estrutura de serviços em rede e a conectividade dos respetivos nós, ela não impede, numa ótica estritamente setorial, a existência de um sistema hierárquico de oferta de serviços, com determinados nós a prestarem cuidados de saúde mais especializados (e, por isso, com maior área de influência) e outros mais generalistas e de menor dimensão mais distribuídos pelo território. Requer, antes, que sejam criadas as condições necessárias para o desenvolvimento de interações bidirecionais por razões de eficiência e equidade. Apesar de tudo, estes serviços não devem ser observados numa simples ótica sectorial, isolada, mas antes considerados numa visão mais ampla e integrada do território, ponderando-se as diversas componentes necessárias para melhorar, quer as condições de qualidade de vida das populações, quer os próprios fatores de competitividade dos locais. Tal implica interligar os cuidados de saúde com outras áreas de intervenção, como a educação, a cultura, a economia e o emprego, a habitação, os transportes e o ambiente, só para citar alguns exemplos. Por conseguinte, a oferta de serviços de saúde deve estar associada ao modelo territorial definido para o sistema urbano. Se, pelas razões já apontadas, o modelo procurar promover um desenvolvimento policêntrico, deve adotar-se esse referencial para a conformação das políticas de saúde em consonância com as outras políticas sectoriais e as de base territorial. Mas mesmo havendo uma solução definida *a priori* tal implica que os vários agentes têm de dialogar entre si para garantir a compatibilização e otimização da organização das redes de equipamentos e serviços públicos com a configuração do território, funcionando estes, não só como nós articuladores à escala local e supra local, mas também como motores de desenvolvimento social e económico. Está-se perante o que Amin (2004, p. 38) refere como sendo “intense everyday negotiations [...] among those who share a given regional space”, envolvendo políticas de proximidade (“politics of propinquity”) e de conectividade (“politics of connectivity”), que permitem a interligação

local e distante de fluxos intensos de pessoas, bens e informação e que, por isso mesmo, devem ser consideradas de forma conjunta. Adotando-se esta visão global e integrada, os *nós* ganham em economias de aglomeração - partilhando recursos e diminuindo os custos de transação (Henderson e col., 2000) -, tornam-se mais competitivos, especializam-se em determinadas áreas de atuação (conteúdo tendencialmente funcional) e criam melhores condições para o estabelecimento de sinergias e complementaridades com outros nós (locais e globais) e respetivas especializações.

Mas para que as sinergias e complementaridades entre (*o supra local*) e dentro (*o local*) dos *nós* se estabeleçam e funcionem é necessário que os próprios elos de ligação permitam uma boa circulação de, por exemplo, pessoas, bens, serviços, capitais, informação e imagens. É, por isso, que as redes de transporte e de comunicação (desde cedo consideradas importantes fatores de localização das atividades produtivas e causa de crescimento dos aglomerados urbanos, encontrando-se a cadeia de relações sociais refletida na sua contiguidade) e, desde a década de 1990, as tecnologias de informação e comunicação desempenham um papel preponderante no desenvolvimento de um sistema policêntrico e equilibrado como mecanismo organizador do território (Santinha e Castro, 2008). Porém, embora a capacidade de aceder e usufruir de uma boa rede de transportes e destas "novas" tecnologias tenha vindo a aumentar, especialmente nos aglomerados urbanos de maior dimensão, ainda se denota uma clara dicotomia urbano/rural nesta questão (Santinha e col., 2006). São fatores que vão ao encontro das já referidas debilidades que caracterizam os espaços mais rurais e menos desenvolvidos. Por isso mesmo, adotar um modelo de organização territorial mais policêntrico implica também repensar a articulação entre estes distintos espaços numa ótica de promoção de relações de proximidade.

É certo que ambas as áreas diferem a vários âmbitos, seja do ponto de vista populacional (valores absolutos e densidade), seja na economia (quer em número, quer no tipo de atividades), seja ainda no comportamento social (na forma como vivem, agem

e comunicam) (Leeuwen, 2010). Também é verdade que as áreas urbanas e rurais enfrentam desafios de diferente natureza: de uma forma geral, nas primeiras verifica-se um aumento populacional com consequências no tráfego rodoviário (congestão), no ambiente e nos recursos naturais e na qualidade de vida (Leeuwen, 2010), enquanto que nas segundas observa-se um decréscimo e envelhecimento populacional, baixos níveis de escolaridade, rendimento e oferta de serviços públicos (OCDE, 2011). No entanto, é cada vez mais reconhecido que estas áreas não devem ser consideradas como "entidades" distintas, pelo que ao dualismo tradicional urbano/rural no âmbito da organização territorial e da formulação de políticas públicas devem encetar-se esforços para o desenvolvimento de sinergias funcionais entre espaços rurais e aglomerados urbanos de proximidade, podendo a ação coletiva constituir um meio alavancador social e económico da região onde se inserem.

Comentários finais

A discussão aqui efetuada procurou evidenciar a importância de se considerar a dimensão territorial nos processos de tomada de decisão no domínio da saúde (em geral) e dos cuidados de saúde (em particular). Foram essencialmente dois os tópicos debatidos, ainda que a articulação entre ambos seja evidente.

O primeiro tópico incidiu sobre a problemática das disparidades territoriais na formulação de políticas da saúde. A análise desta questão implica ter presente, desde logo, a questão da natureza geográfica da acessibilidade numa ótica de justiça social e espacial. Contudo, e especialmente no contexto atual de contenção de custos, ao qual se associa uma crença generalizada de que os sistemas de saúde são ineficientes, importa também ter presente as potenciais vantagens de concentração de cuidados de saúde, em muito devido aos benefícios decorrentes da exploração de economias de escala. Mesmo reconhecendo que os resultados desta tendência não se revelam consensuais (e muitos deles até desanimadores em face das reformas que têm sido encetadas), a realidade dos sistemas de saúde é com-

9 "negociações diárias intensas [...] entre aqueles que partilham um determinado território".

plexa e deve ser analisada em conjunto com outros domínios de atuação, pelo que outras condições para além dos gastos em saúde devem ser consideradas, nomeadamente: o impacto para os cidadãos em termos de deslocação, a dimensão das redes sociais e económicas existentes ou o conhecimento e a informação presentes nas áreas menos desenvolvidas sobre questões relacionadas com a saúde, as consequências da localização de um determinado serviço de saúde no sentido de pertença da população de um determinado local. Por isso mesmo, combater a marginalização no acesso aos cuidados de saúde de pessoas que habitem em territórios de baixa densidade envolve uma perspetiva de discriminação positiva, podendo implicar a existência de serviços em áreas cuja procura (existente ou potencial) não alcance limiares mínimos de um ponto de vista estritamente económico-financeiro, desde que, manifestamente, se consiga salvaguardar uma dimensão mínima de cuidados e de profissionais que garanta uma adequada qualidade de serviço. Refira-se que, a par deste tipo de intervenções, deve igualmente pensar-se em formas de mobilidade que promovam o acesso aos serviços de saúde, em alguns casos complementares, em outros alternativas, seja junto às pessoas (e.g. fomento dos transportes coletivos), seja quanto aos serviços (potenciando a prestação em regime itinerante), seja ainda sem perspetivar a deslocação física, tirando-se partido do potencial das tecnologias de informação e comunicação.

O segundo tópico decorre do anterior, mas à discussão em torno dos conceitos de acessibilidade e concentração tendo por base a ideia de igualdade de oportunidades em cuidados de saúde junta a noção de desenvolvimento territorial equilibrado e em rede, não só direcionado para os serviços de saúde, mas numa lógica de articulação multisectorial e integração territorial. De facto, ao considerar-se o território de forma integrada, numa ótica de complementaridade interurbana e de reforço de mecanismos de interdependência entre áreas urbanas e rurais, é possível atender às várias componentes necessárias para melhorar as condições de qualidade de vida das populações que se relacionam direta e indiretamente com a saúde e os cuidados de saúde. Contudo, e apesar de haver algumas indicações que apontem nesse sentido, pelo menos ao

nível discursivo e no lançamento de determinadas iniciativas, o trajeto tem sido efetuado ainda de forma desagregada, diante do que seria expectável. A adoção de uma abordagem integrada implica, desde logo, uma consciência política e um forte apoio no estabelecimento de um contexto favorável aos diversos tipos de integração (sectorial, organizacional e territorial). A ideia de considerar o ordenamento do território enquanto elo aglutinador e alavancador de potencialidades e de articular com a saúde para operacionalizar as recentes orientações que apontam para a *saúde em todas as políticas* está dependente do patamar de vontade em cooperar por parte dos diferentes agentes que, por sua vez, resulta do apoio político existente. Mas para que os diversos atores dialoguem entre si e as políticas se articulem, ou seja, para que haja uma visão conjunta e partilhada, os próprios profissionais também têm de estar sensibilizados para pensar e atuar de forma multidisciplinar. Por isso mesmo, a presença de meios favoráveis à troca de informação e de experiências é crucial para mostrar as vantagens decorrentes de uma forte interligação das áreas de atuação em causa. Só assim será possível que, por um lado, as políticas de saúde contribuam afirmativamente para o desenvolvimento de modelos mais equilibrados de organização do território e, por outro, as políticas de base territorial maximizem os efeitos positivos que possam gerar sobre os níveis de saúde e a qualidade de vida das populações.

Compreender, de forma articulada, as circunstâncias que justificam a inclusão dos critérios acima discutidos nos processos de tomada de decisão e os efeitos daí decorrentes nas alterações das políticas constitui, assim, uma prioridade que os decisores políticos e os profissionais da saúde e do ordenamento do território não podem ignorar.

Referências

- ALLAIN, R.; BAUDELLE, G.; GUY, C. (Org.). *Le polycentrisme, un projet pour l'Europe*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2003.
- ALVES, M. A formação dos sistemas urbanos. In: COSTA, J.; NIJKAMP, P. (Org.). *Compêndio de economia regional: teoria, temáticas e políticas*. Cascais: Princípia, 2009. v. 1. p. 111-146.

- AMIN, A. Regions unbound: towards a new politics of place. *Geografiska Annaler*, [S.l.], v. 86B, n. 1, p. 33-44, 2004.
- AZEVEDO, H. *Economias de escala em centros hospitalares*. 2011. Tese (Doutorado em Gestão da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2011.
- BISWAS, P.; LLOYD-SHERLOCK, P.; ZAMAN, S. Understanding elderly client satisfaction with primary health care in rural Bangladesh. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*, Hong Kong, v. 1, n. 1, p. 133-140, 2006.
- BOUREILLE, B.; COMMERÇON, N.; NORMAND, H. Impacts territoriaux d'un réseau de soins oncologiques en Rhône-Alpes. *Géocarrefour*, Lyon, v. 78, n. 3, p. 255-262, 2003.
- CASEY, M.; KATHLEEN, T.; KLINGER, J. Are rural residents less likely to obtain recommended preventive healthcare services? *American Journal of Preventive Medicine*, Philadelphia, v. 21, n. 3, p. 182-188, 2001.
- CHANTA, S.; MAYORGA, M.; MCLAY, L. Improving emergency service in rural areas: a bi-objective covering location model for EMS systems. *Annals of Operations Research*, New York, p. 1-27, set. 2011.
- COM-RUELLE, L.; OR, Z.; RENAUD, T. The volume-outcome relationship in hospitals: lessons from the literature. *Issues in health economics*, Paris, n. 135, p. 1-4, Sept. 2008.
- FERRÃO, J. Rede Urbana, instrumento de equidade, coesão e desenvolvimento? In: CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL (Org.). *Colóquio a política das cidades*. Lisboa: [s.n.], 1997, p. 14-37.
- FIGUERAS, J. et al. *Health systems in transition: learning from experience*. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2004.
- FUCHS, V. *Who shall live?*: health economics and social choice. New York: Basic Books, 1974.
- GAYNOR, M.; VOGT, W. Antitrust and competition in health care markets. In: CULYER, M.; NEWHOUSE, W. (Org.). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier, 2000. p. 1405-1487.
- GODDARD, M.; SMITH, P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, Amsterdam, v. 53, n. 9, p. 1149-1162, 2001.
- GOLD, M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. *Health Services Research*, Chicago, v. 33, n. 3, p. 625-652, 1998.
- GROFF, J.; LIEN, D.; SU, J. Measuring efficiency gains from hospital mergers. *Research in Healthcare Financial Management*, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 77-90, 2007.
- HALM, E.; LEE, C.; CHASSIN, M. Is volume related to outcome in health care?: a systematic review and methodologic critique of the literature. *Annals of Internal Medicine*, New Jersey, v. 137, n. 6, p. 511-520, 2002.
- HARRIS, J.; OZGEN, H.; OZCAN, Y. Do mergers enhance the performance of hospital efficiency? *Journal of the Operational Research Society*, Birmingham, v. 51, n. 7, p. 801-811, 2000.
- HART, J. The inverse care law. *Lancet*, [S.l.], v. 297, n. 7696, p. 405-412, 1971.
- HART, G.; PIRANI, M.; ROSENBLATT, R. Causes and consequences of rural small hospital closures from the perspective of mayors. *Journal of Rural Health*, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 222-245, 1991.
- HENDERSON, J.; KELLY, T.; TAYLOR, B. The impact of agglomeration economies on estimated demand thresholds: an extension of Wensley and Stabler. *Journal of Regional Science*, [S.l.], v. 40, n. 4, p. 719-733, 2000.
- HOLMES, G. et al. The effect of rural hospital closures on community economic health. *Health Services Research*, Chicago, v. 41, n. 2, p. 467-485, 2006.
- JAMES, A. Closing rural hospitals in Saskatchewan: on the road to wellness? *Social Science and Medicine*, [S.l.], v. 49, n. 8, p. 1021-1034, 1999.
- JENSEN-BUTLER, C. Cities in competition: equity issues. *Urban Studies*, Glasgow, v. 36, n. 5-6, p. 865-891, 1999.

- JONES, P.; HILLIER, D.; COMFORT, D. Primary health care centers in the UK: putting policy into practice. *Property Management*, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 109-118, 2009.
- JOSEPH, A.; PHILLIPS, D. *Accessibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery*. New York: Harper and Row, 1984.
- KEARNS, R. The place of health in the health of place. *Social Science and Medicine*, [S.l.], v. 33, n. 4, p. 519-530, 1991.
- KEY, V. The lack of a budget theory. *American Political Science Review*, Denton, v. 34, n. 6, p. 1137-1144, 1940.
- KNOX, P.; PINCH, S. *Urban social geography*. Harlow: Pearson Educational, 2000.
- KRISTENSEN, T. et al. *Economies of scale and optimal size of hospitals*: empirical results for Danish public hospitals. Odense: University of Southern Denmark, 2008. (Health Economics Papers, 13).
- LEEUWEN, E. *Urban-rural interactions*: towns as focus points in rural development. Berlin: Springer-Verlag, 2010.
- LUCAS-GABRIELLI, V.; NABET, N.; TONNELLIER, F. *Les soins de proximité*: une exception française? Paris: Credes, 2001.
- MACINKO, J.; STARFIELD, B. Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 1-20, 2002.
- MCGRAIL, M.; HUMPHREYS, J. Measuring spatial accessibility to primary care in rural areas: improving the effectiveness of the two-step floating catchment area method. *Applied Geography*, [S.l.], v. 29, n. 4, p. 533-541, 2009.
- MCLEOD, L. et al. Patient volume and quality of care for young children hospitalized with acute gastroenteritis. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, [S.l.], v. 165, n. 9, p. 857-863, 2011.
- MEADE, M.; EMCH, M. *Medical Geography*. New York: Guilford Press, 2010.
- MEIJERS, E. From central place to network model: theory and evidence of a paradigm change. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, Utrecht, v. 98, n. 2, p. 245-259, 2007.
- MOHAN, J. Explaining geographies of health care. *Health and Place*, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 113-124, 1998.
- MURRAY, G.; TEASDALE, G. *The relationship between volume and health outcomes*: report of volume/outcome sub-group to advisory group to national framework for service change NHS Scotland. Edinburgh: Scottish Executive, 2005.
- MUUS, K.; LUDTKE, R.; GIBBENS, B. Community perceptions of rural hospital closure. *Journal of Community Health*, New York, v. 20, n. 1, p. 65-73, 1995.
- NEMET, G.; BAILEY, A. Distance and health care utilization among the rural elderly. *Social Science & Medicine*, Amsterdam, v. 50, n. 9, p. 1197-1208, 2000.
- OCDE - ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. Partnerships and rural-urban relationships: an OECD perspective. In: *22nd Session of the Working Party on Territorial Indicators*. Paris, 2011. p. 1-39.
- POSNETT, J. Is bigger better?: concentration in the provision of secondary care. *BMJ*, London, v. 319, p. 1063-1065, Oct. 1999.
- ROSENTHAL, M.; ZASLAVSKY, A.; NEWHOUSE, J. The geographic distribution of physicians revisited. *Health Services Research*, Chicago, v. 40, n. 6, p. 1931-1952, 2005.
- SANTANA, P. *Geografias da saúde e do desenvolvimento*: evolução e tendências em Portugal. Coimbra: Almedina, 2005.
- SANTANA, P. Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde. In: SIMÕES, J. *30 anos do Serviço Nacional de Saúde*: um percurso comentado. Coimbra: Almedina, 2010. p. 21-82.
- SANTINHA, G.; CASTRO, E. Território, redes e tecnologias de informação e comunicação: contextos para uma nova adequação dos instrumentos de gestão territorial. *Sociedade e Território*, Porto, v. 41, p. 80-91, nov. 2008.

- SANTINHA, G.; MARQUES, J.; CASTRO, E. TIC e desenvolvimento regional: a necessidade de repensar a organização económica e social do território no contexto da sociedade da informação e do conhecimento. *RPER: Revista Portuguesa de Estudos Regionais*, Coimbra, v. 11, p. 77-99, jun. 2006.
- SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003.
- SHANNON, G.; DEVER, G. *Health care delivery: spatial perspectives*. New York: McGraw Hill, 1974.
- SMITH, D. *Where the grass is greener: geographical perspectives on inequality*. London: Redwood Burn, 1979.
- SMITH, K.; HUMPHREYS, J.; WILSON, M. Addressing the health disadvantage of rural populations: how does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Australian Journal of Rural Health*, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 56-66, 2008.
- STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*, [S.l.], v. 31, n. 3, p. 545-566, 2001.
- TROTTA, M. Évolution (1979-2008) des services d'hospitalisation en Belgique: quels liens avec la hiérarchie urbaine? *Bulletin de la Société Géographique de Liège*, Liège, v. 53, n. 2, p. 35-45, 2009.
- UNAL, E.; CHEN, S.; WALDORF, B. *Healthcare access in Indiana*. Indiana: Purdue Center for Regional Development , 2008.
- VAN TEIJLINGEN, E.; PITCHFORTH, E. Rural maternity care: can we learn from Wal-Mart? *Health and Place*, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 359-364, 2010.
- VIANA, A.; FAUSTO, M.; LIMA, L. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.
- WHITEHOUSE, C. Effects of distance from surgery on consultation rates in urban general practice. *British Medical Journal*, London, v. 290, n. 6465, p. 359-362, fev. 1985.

Recebido em: 20/07/2012
Aprovado em: 11/12/2012