



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOAMBIENTAIS
Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Geografia

CRISTIANO MARTINS DA SILVA

**CENTRALIDADE E MOBILIDADE:
UMA ANÁLISE DO PADRÃO DE DESLOCAMENTO DOS
PACIENTES ATENDIDOS PELO SUS EM GOIÁS, 2010**

GOIÂNIA

2014

CRISTIANO MARTINS DA SILVA

**CENTRALIDADE E MOBILIDADE:
UMA ANÁLISE DO PADRÃO DE DESLOCAMENTO DOS
PACIENTES ATENDIDOS PELO SUS EM GOIÁS, 2010**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, do Instituto de Estudos Socioambientais da Universidade Federal de Goiás como requisito para a obtenção do título de Mestre em Geografia.

Área de Concentração: natureza e produção do espaço

Orientador: Prof. Dr. Tadeu Pereira Alencar Arrais

GOIÂNIA

2014

Ficha catalográfica elaborada
automaticamente com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Silva, Cristiano Martins da
[manuscrito] / Cristiano Martins da Silva. - 2014.
170 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Tadeu Perreira Alencar Arrais.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de
Estudos Socioambientais (Iesa) , Programa de Pós-Graduação em
Geografia, Goiânia, 2014.

Bibliografia. Apêndice.

Inclui mapas, fotografias, abreviaturas, gráfico, tabelas.

1. Mobilidade. 2. Centralidade. 3. Padrão de deslocamento de
pacientes. 4. Equipamentos de saúde pública. 5. Rede SUS. I.
Arrais, Dr. Tadeu Perreira Alencar, orient. II. Título.

CRISTIANO MARTINS DA SILVA

CENTRALIDADE E MOBILIDADE:

uma análise do padrão de deslocamento dos
pacientes atendidos pelo SUS em Goiás, 2010

Dissertação defendida e aprovada em 3 de outubro de 2014, no Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Geografia, do Instituto de Estudos Socioambientais da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre.

Banca Examinadora

PROF. DR. TADEU PEREIRA ALENCAR ARRAIS
Orientador e Presidente da Banca
Universidade Federal de Goiás - IESA

PROF. DR. DENIS CASTILHO
Membro Interno
Universidade Federal de Goiás - IESA

PROF^a. DR^a. LOÇANDRA BORGES DE MORAES
Membro Externo
Universidade Estadual de Goiás – Campus Anápolis

AGRADECIMENTOS

Este é o momento de agradecer a todos que contribuíram direta e indiretamente para que este trabalho chegasse ao fim. São inúmeros os agradecimentos e se, porventura, o nome de alguém não constar nesta lista é por causa das inquietudes do momento.

A Deus, pela misericórdia infinita e amor derramado diariamente sobre mim.

Aos meus pais, pelos esforços contínuos, pelo investimento, pelo tempo dedicado e por ensinarem o valor da educação. Espero retribuir e fazer sempre o meu melhor, bem como sempre me fizeram.

A minha querida Cinthia, obrigado por compreender minhas ausências, os momentos de estresse, o cansaço, a falta de paciência... Agradeço pelo apoio, nas correções, nas leituras, nos trabalhos de campo, pelas noites compartilhadas comigo... Sem sua ajuda tudo seria ainda mais árduo.

Ao meu professor/orientador Dr. Tadeu Alencar Arrais que desde a minha graduação o admiro muito, por sua dedicação e paciência ao me mostrar o caminho que um pesquisador deve trilhar.

Aos professores Eguimar Felício Chaveiro e Ivanilton José de Oliveira pelas considerações no exame de qualificação.

À professora Evangelina Xavier Gouveia de Oliveira e à professora Loçandra Borges de Moraes pelas orientações e ajuda dispensada nos mapas de fluxo.

À professora Eliza Pinto de Almeida, por compartilhar seus ensinamentos comigo.

A Cida Rodrigues (Central de Regulação de Vagas – Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia), pela sua disponibilidade em ensinar e ajudar a compreender as funcionalidades do TABWIN.

Aos meus amigos do IESA: Bruno, Diego, Gabriel, Juheina, Manoel, Priscila e Welberg. Agradeço pelo carinho, compreensão e incentivo aos estudos.

Às assistentes sociais que convivi durante os três meses de campo, obrigado pelos ensinamentos, apoio e incentivo.

Ao pessoal da Secretaria de Pós-Graduação em Geografia pelas recomendações e avisos.

Aos professores, pelo convívio no IESA.

É através de redes geográficas, isto é, localizações articuladas entre si por vias e fluxos [...] que as interações espaciais efetivamente se realizam a partir dos atributos das localizações e das possibilidades reais de se articularem entre si

(CORRÊA, 2006, p. 306).

RESUMO

O desenvolvimento das redes urbanas brasileiras acompanhou o desenvolvimento socioeconômico das regiões, o que concomitantemente resultou em um padrão diferencial na articulação das mesmas, verificando as especificidades funcionais dos centros urbanos, o papel polarizador dos mesmos e o grau de articulação interna e externa de cada rede. De maneira homóloga, as desigualdades regionais se refletem nas desigualdades de acesso aos serviços de saúde na rede SUS. Desta forma, para compreender as possibilidades de acesso da população de Goiás aos equipamentos de saúde pública, torna-se importante dispor da distribuição espacial dos mesmos, pois como já afirmou Levy (2002) a mobilidade torna-se um importante capital social, assim como Villaça (1998) classifica a localização da mesma forma. A espacialização dos equipamentos de saúde pública vem a refletir tais disparidades, tanto do ponto de vista dos recursos destinados aos municípios, como da organização espacial das estruturas. Nesse sentido, a reflexão proposta neste trabalho é compreender os fatores da dispersão e a concentração dos equipamentos e serviço de saúde no estado de Goiás. Sobretudo, examinar a respeito dessa oferta e demanda resultantes da aglutinação nos municípios polos. Para tanto, pretende-se analisar o comportamento dos deslocamentos originados pelas internações hospitalares no decorrer do ano da pesquisa comparativamente ao local de residência do paciente e o município de internação, visando identificar o fluxo utilizado pelos usuários do SUS. Ademais, identificar e traçar um padrão de mobilidade dos pacientes em busca de atendimento hospitalar e ambulatorial. Simultaneamente, como suporte desta análise, identificar os fatores condicionantes do acesso aos serviços de saúde, bem como caracterizar os usuários do SUS, tendo a mobilidade como dimensão fundamental para a existência de um acesso mais justo e equitativo dos serviços de saúde. A partir das considerações estabelecidas ao longo desta dissertação, reconheceu-se que uma excessiva concentração da oferta de serviços de saúde especializados em poucos municípios, com grande destaque para Goiânia. Essa expressiva concentração alerta para o risco de que a população residente em vastas áreas do estado desprovidas desses serviços tenha maiores dificuldades de acesso a procedimentos mais complexos nos casos necessários.

Palavras-Chave: Mobilidade. Centralidade. Padrão de deslocamento de pacientes. Equipamentos de saúde pública. Rede SUS.

ABSTRACT

The development of the Brazilian urban networks followed the social and economical development of the regions, which at the same time resulted in a differential pattern in the articulation of the same networks, verifying the functional specificities of the urban centers, the polarizing role of the same and the degree of internal and external articulation of each network. In the same way, the regional inequalities reflect in the inequalities of access to health services. In this way, to understand the possibilities of the access of the population of the state of Goiás to public health equipment becomes important disposing about the spatial distribution of the same, because as said by Levy (2002) mobility becomes an important social capital, thus as Villaça (1998) classifies the location in the same way. The spatialization of the health public equipments comes to reflect these differences, as far from the point of view of the resources destined to the municipalities, as the spatial organization of the structures. In this sense, the reflection proposed in this work is to understand the factors of dispersion and the concentration of health and service equipments in the state of Goiás. Especially, to examine about this offering and demand resulting from the agglutination in the core municipalities. For both, it is intended to analyze the behavior of the displacements originated from the hospitalization during the year of the research comparatively to the patient's local residence and the municipality of hospitalization, intending to identify the flow used by the users of SUS (Unified Health System known as Sistema Único de Saúde). Furthermore, to identify and to analyse a pattern of mobility of the patients in search of hospital and ambulatory treatment. Simultaneously, as support of our analysis, we aim to identify the conditioning factors of the access to health services, as characterizing the users of SUS, having the mobility as fundamental dimension for the existence of a more fair access and equitable of the health services. By the established considerations along this master thesis, it was recognized an excessive concentration of health services offering specialized in few municipalities, with great highlight for Goiânia. This expressive concentration alerts for the risk that the resident population in vast areas of the state needy of these services have major difficulties of access to more complex procedures in the necessary cases.

Keywords: Mobility. Centrality. Pattern of displacement of patients. Health public equipments. SUS network.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Região de influência de Goiânia e suas conexões externas – 2007. (A) Goiânia: região de influência; e (B) Goiânia: conexões externas.	44
Figura 2 – Unidade básica de saúde em Águas Lindas de Goiás/Goiás.	61
Figura 3 – Exemplo de unidades de pronto-socorro instaladas nos municípios goianos.	62
Figura 4 – Matéria de capa do jornal O Popular (1º de Janeiro de 2012).	73
Figura 5 – Exemplos de hospitais de grande porte no DF: (a) Hospital Regional de Taguatinga; (b) Hospital de Base do Distrito Federal.	77
Figura 6 – Método do fluxo dominante adaptado de Nystuen e Dacey (1968) para investigar redes de cidades.	80
Figura 7 – Fachada de casas de apoio localizadas em Goiânia.	135
Figura 8 – Matéria sobre terceirização de serviços de apoio aos pacientes do interior em Goiânia.	137
Figura 9 – Serviço de transporte realizado por prefeituras para pacientes com atendimento médico em Goiânia.	138
Figura 10 – Exemplos de serviços disponibilizados nos arredores das unidades de tratamento em Goiânia.	139
Figura 11 – Formulação da rede SUS de atendimento ao paciente do interior.	141

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos entrevistados por faixa etária e sexo.	128
Gráfico 2 – Distribuição dos entrevistados por anos de estudo.	129
Gráfico 3 – Distribuição dos entrevistados por renda mensal.	129
Gráfico 4 – Local de hospedagem	134
Gráfico 5 – Custeio do deslocamento para Goiânia	140

QUADROS

Quadro 1 – Goiânia: principais estabelecimentos de saúde da rede SUS – 2010.	47
--	----

MAPAS

Mapa 1 – Goiânia: localização dos hospitais públicos e conveniados ao SUS – 2010.	50
Mapa 2 – Goiás: tipologia e quantitativo dos estabelecimentos de saúde – 2010.	59
Mapa 3 – Goiás: espacialização dos equipamentos hospitalares selecionados – 2010.	64
Mapa 4 – Goiás: total de internações e tipo de prestador – 2010.	71
Mapa 5 – Goiás: capacidade resolutive hospitalar – 2010.	75
Mapa 6 – Goiás: padrão de fluxo dominante de internações hospitalares da rede SUS – 2010.	81
Mapa 7 – Goiás e Distrito Federal: rede pública de assistência oncológica e hemodiálise – 2010.	108
Mapa 8 – Brasil: região de influência no atendimento em oncologia da rede SUS (Goiânia, Anápolis e Brasília) – 2010.	113
Mapa 9 – Goiás: região de influência no atendimento em oncologia da rede SUS (Goiânia, Anápolis e Brasília) – 2010.	115
Mapa 10 – Brasil: região de influência dos municípios goianos com atendimento em hemodiálise da rede SUS – 2010.	119
Mapa 11 – Goiás: região de influência no atendimento em hemodiálise da rede SUS – 2010.	121
Mapa 12 – Goiânia: localização dos estabelecimentos com tratamento em oncologia e hemodiálise.	127
Mapa 13 – Goiás: origem dos pacientes entrevistados.	132
Mapa 14 – Goiânia: localização das casas de apoio.	136

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dinamismo econômico e social, segundo as cinco maiores e menores receitas municipais de Goiás, por nível de atenção – 2010.	57
Tabela 2 – Brasil: estabelecimentos de saúde por tipo e natureza jurídica – 2010.	68
Tabela 3 – Rede de Assistência Hospitalar, as dez maiores redes segundo quantidade de municípios subordinados, em Goiás – 2010.	82
Tabela 4 – Brasil: desigualdades regionais nos gastos com assistência médica – 1986.	88
Tabela 5 – Goiás: Quantidade de atendimento ambulatorial em oncologia pelo SUS, segundo estabelecimentos, natureza jurídica e valor aprovado – 2010.	116
Tabela 6 – Goiás: rede ambulatorial de hemodiálise do SUS, segundo municípios de atendimento – 2010.	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

FMS – Fundo Municipal de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IE – Instituto de Economia

IMB – Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPTU – Imposto Predial Territorial Urbano

ISS – Imposto Sobre Serviços

MC – Atenção de Média Complexidade

MS – Ministério da Saúde

NESUR – Núcleo de Economia Social, Urbana e Regional

NOAS – Normas de Operacionalização de Assistência a Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

PDR/GO – Plano Diretor de Regionalização de Goiás

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

REGIC – Regiões de Influência das Cidades

SEGPLAN – Superintendência Estatísticas, Pesquisa e Informações Socioeconômicas

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

RESUMO	05
ABSTRACT	06
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	07
LISTA DE TABELAS	08
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I	
A CENTRALIDADE DO ESPAÇO URBANO	
1.1 Processos estruturadores do espaço urbano: os fixos e os fluxos	19
1.2 O conceito de centralidade urbana	22
1.3 A distribuição de infraestrutura no espaço urbano	26
1.4 O conceito de mobilidade espacial	31
CAPÍTULO II	
A REDE DE SAÚDE PÚBLICA E A ESPACIALIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS	
2.1 A rede urbana goiana	40
2.2 A saúde como elemento da centralidade	46
2.3 A espacialização dos equipamentos de saúde	52

CAPÍTULO III

A MOBILIDADE GEOGRÁFICA COMO FATOR SOCIAL

3.1	Marco institucional do SUS e sua gestão	87
3.2	A rede urbana de saúde e o desafio para uma justiça social	94
3.3	Distribuição territorial da rede SUS: equidade e distribuição desigual	99
3.4	Desigualdades geográficas no acesso e o padrão de mobilidade dos usuários do SUS	106
	3.4.1 Fluxo de pacientes para tratamento em oncologia	112
	3.4.2 Fluxo de pacientes para tratamento em hemodiálise	118
3.5	O capital social e o drama individual	125

	CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
--	-----------------------------	-----

	REFERÊNCIAS	148
--	--------------------	-----

	APÊNDICES	163
--	------------------	-----

INTRODUÇÃO

A concentração e a dispersão dos serviços de saúde no Brasil remetem a uma questão emblemática. Além da grande demanda por parte de uma população acometida com doenças derivadas das precárias condições de habitação e por indivíduos que não podem arcar com os custos de atendimento privado, ainda existe uma inadequada oferta de serviços associada à falta de recursos e sua desigual distribuição. Um indicador dessa desigualdade pode ser observado através da rede hospitalar SUS. Em 2010, dos 224.191 hospitais, 4,4% estão na região Norte e 20,8% na região Nordeste. Já a região Sudeste reunia 44,9%, o Sul 21,1% e o Centro-Oeste 8,8%.

Numa situação ideal, o planejamento da disposição espacial dos serviços de saúde deveria promover a localização dos serviços da forma mais equitativa possível e, ao mesmo tempo, mais eficiente, de modo que todos pudessem contar com os equipamentos e recursos humanos necessários à sua demanda. Contudo, o sistema público de saúde brasileiro, instituído no Sistema Único de Saúde (SUS), é notoriamente reconhecido pelo elevado número de deslocamentos populacionais para o tratamento de saúde. Muito embora a Constituição Federal, preconizada pelas Normas de Operacionalização de Assistência a Saúde (NOAS), propaguem o princípio da busca pela equidade e qualidade dos serviços de saúde mediante a distribuição destes em todo território brasileiro.

Sob a luz da Geografia, tais deslocamentos podem ser estudados com o uso de dois pressupostos teóricos: a centralidade e mobilidade, pares dialéticos, componentes de um mesmo processo, indissociáveis e que atuam ora em harmonia, ora em contradição. A centralidade é um resultado da concentração de estabelecimentos de saúde e serviços especializados. E a mobilidade, por sua vez, se traduz pelo deslocamento de pacientes que, para satisfazerem suas necessidades, saem de suas cidades e deslocam-se para outras que dispõem desses serviços.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o acesso a equipamentos de saúde pública é um direito de todo cidadão brasileiro. A Carta Magna ainda enfatiza que a organização e disponibilização desse serviço é dever do Estado. Percebe-se que a difusão espacial dos equipamentos de saúde possui dois níveis de abrangência distintos. O primeiro diz respeito ao Estado, representado nas três esferas administrativas brasileiras (União,

Unidades Federativas e Municípios). O segundo refere-se aos usuários desse sistema, levando em consideração as oportunidades de acesso ao serviço, tanto de simples procedimentos (campanhas de vacinação, aferição de pressão arterial, consultas clínicas, etc.), quanto da necessidade de procedimentos mais complexos (cirurgias, atendimentos emergências, tratamentos hospitalares de alto custo, etc.).

Desta forma, para compreender as possibilidades de acesso da população goiana aos equipamentos de saúde pública, torna-se importante dispor de sua distribuição espacial, pois como já afirmou Levy (2002) a mobilidade torna-se um importante capital social, como Villaça (1998) classifica a localização da mesma forma. Assim, esse capital diminui ou gera barreiras diante da prestação de serviços.

A espacialização dos equipamentos de saúde pública vem a refletir tais disparidades, tanto do ponto de vista dos recursos destinados aos municípios, como da organização espacial das estruturas. No intuito de garantir o serviço para sua população, alguns gestores municipais adotam a postura de oferecer meios de transporte para que a população busque os procedimentos necessários em outros municípios. Ribeiro (2004) analisa esse fenômeno afirmando que é explícito, sobretudo em áreas metropolitanas.

A dinâmica sugerida por Ribeiro (2004) induz ao pensamento de uma espécie de injustiça para com a população e os gestores dos municípios que recebem pacientes de outros entes. Entretanto, ao desenvolver uma análise do financiamento da saúde pública brasileira percebe-se que os pacientes migrantes atuam como fator gerador tanto quanto a população local para distribuição do Fundo Municipal de Saúde (FMS), como analisaram Arrais *et al.* (2012), ao problematizarem a relação fiscal entre os municípios da Região Metropolitana de Goiânia (RMG), os impactos da distribuição fiscal nos municípios, assim como o importante papel da população na arrecadação e distribuição dos recursos financeiros.

Nessa mesma perspectiva, a análise não se restringirá à funcionalidade do Estado quanto à disponibilização da acessibilidade aos equipamentos de saúde pública brasileira, mas ao impacto e funcionalidade do indivíduo nos deslocamentos, sobretudo no que se refere à mobilidade, pois é importante assumir, como Harvey (1980), a dificuldade, ou mesmo a impossibilidade de designar o preço que os indivíduos pagam para se locomover, pois conforme indica o autor, esses impactos variam de acordo com cada indivíduo, o que dificulta a quantificação.

Nota-se que essa temática está inserida em diferentes níveis da sociedade, o que torna necessário a utilização de diferentes escalas geográficas para compreensão de sua totalidade. Enfim, a contribuição desta análise para a organização espacial incide em considerar a disputa

entre os diversos agentes que estão envolvidos em torno da distribuição de serviços relacionados à saúde pública em Goiás, observando a arena de embates que se desenvolve a partir dessa questão, uma vez que não apenas o Estado e usuários estão envolvidos nela, mas também organizações de interesse privado.

Nesse sentido, a reflexão proposta neste trabalho é compreender os fatores da dispersão e a concentração dos equipamentos e serviços de saúde no estado de Goiás. Sobretudo, examinar essa oferta e demanda resultantes da aglutinação nos municípios-polos. Para tanto, analisar o comportamento dos deslocamentos originados pelas internações hospitalares no decorrer do ano da pesquisa comparativamente ao local de residência do paciente e o município de internação, visando identificar o fluxo utilizado pelos usuários do SUS. Identificar e traçar um padrão de mobilidade dos pacientes em busca de atendimento hospitalar e ambulatorial. Simultaneamente, como suporte desta análise, identificar os fatores condicionantes do acesso aos serviços de saúde, bem como caracterizar os usuários do SUS, tendo a mobilidade como dimensão fundamental para a existência de um acesso mais justo e equitativo dos serviços de saúde.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa se dividem em três etapas:

1) Na primeira etapa, foi feita uma revisão bibliográfica enfocando especialmente conceitos geográficos como centralidade, mobilidade e rede urbana (SORRE, 1984; CORRÊA, 1989; LEFEBVRE, 1999; SPOSITO, 2001; LEVY, 2002; CARLOS, 2007; GOTTDIENER, 2010; etc.). Para análise de estudos similares, contou-se com a contribuição de: Oliveira *et al.* (2004); Ribeiro *et al.* (2005); Bodega (2005); Travassos *et al.* (2006), entre outros. E complementar a pesquisa bibliográfica, foram utilizados matérias jornalísticas de um jornal local (O Popular).

2) A segunda etapa refere-se às informações hospitalares, ambulatoriais e equipamentos hospitalares. Para investigar as internações e procedimentos ocorridos em cada município do estado e a capacidade hospitalar existente, contou-se com três bancos de dados organizados pelo Ministério da Saúde: o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Sendo que o primeiro dispõe de todas as internações hospitalares realizadas pelo SUS, constituindo-se em um banco de dados de abrangência nacional que tem origem no preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Através desse formulário é possível o levantamento mensal do número de internações autorizadas para cada município, além de dados sobre morbidade, mortalidade, idade, sexo, gastos com saúde, características da população atendida, volume de pacientes e informações sobre o hospital que efetua o

atendimento. O segundo auxilia a operacionalização, controle e gestão dos atendimentos ambulatoriais do SUS realizados pelas Secretarias Municipais e pelas Secretarias Estaduais. Já o terceiro banco de dados permite detalhar a realidade da rede assistencial e a quantidade de estabelecimentos de saúde em cada município, tanto as instituições públicas como as empresas privadas que prestam serviços para o SUS.

3) A terceira etapa de procedimentos objetivou compreender como os pacientes vivenciam sua mobilidade no deslocamento para tratamento em duas especialidades ambulatoriais escolhidas: hemodiálise e oncologia. Na coleta de dados, utilizou-se como instrumento a entrevista norteada por um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), no qual os entrevistados tiveram a possibilidade de desenvolver o tema proposto, com perguntas já estabelecidas e em função da aceitação dos participantes em responder à entrevista. O número de participantes foi 154 por ter sido o número máximo conseguido ao abordar os pacientes de oito instituições, das quais a direção hospitalar autorizou à realização da pesquisa (Hospital de Câncer, Hospital das Clínicas, Hospital Santa Casa de Misericórdia, Hospital Geral de Goiânia, Clínicas de Doenças Renais, Hospital Urológico Puigever e Instituto de Nefrologia). Os participantes escolhidos tinham mais de 18 anos, deveriam estar em tratamento de hemodiálise ou oncologia e serem capazes de responder aos instrumentos. O processo de coleta de dados foi realizado conforme a conveniência e disponibilidade do participante, ocorrendo na maior parte das vezes antes do início do tratamento. A pesquisa ocorreu entre os meses de novembro de 2012 a janeiro de 2013, de forma que tal instrumento se estruturou em duas dimensões: a socioeconômica e a da mobilidade. Tal estruturação serviu de guia à pesquisa e algumas conclusões sobre a caracterização dos pacientes atendidos nessas unidades em Goiânia.

Assim, na busca de uma coesão e coerência, a organização dissertativa desta dissertação construiu-se sobre três pilares: 1) a existência de uma rede urbana que é, simultaneamente, reflexo e uma condição social; 2) a ideia de que a centralidade é definida pelos fluxos que dão conteúdo ao centro e não pela localização, mas pelo movimento e pela articulação das diferentes localizações e; 3) interações espaciais de um espaço desigualmente desenvolvido e fragmentado.

Dessa reorganização emerge a estrutura do texto, constituído, além desta introdução, de três capítulos de desenvolvimento e um capítulo conclusivo. No capítulo 1, *A centralidade do espaço urbano*, analisou-se algumas considerações sobre o espaço urbano e sua estrutura por meio dos fixos e fluxos. Em seguida, uma reflexão conceitual sobre duas categorias de análise geográfica que subsidiaram a pesquisa: a centralidade e a mobilidade, ressaltando que

esses são pares dialéticos e constituem o mesmo processo. Deve-se ressaltar que devido à pluralidade de significados e a polissemia do conceito sobre mobilidade, enfocou-se segundo o conceito de Levy (2002). Por fim, uma concepção empírica a respeito dos deslocamentos para estudo e trabalho desenvolvidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No capítulo 2, *A rede de saúde pública e a espacialização dos equipamentos* é uma correlação de como a desigual distribuição dos equipamentos públicos de saúde pode criar ou reforçar as centralidades urbanas. Uma vez que é de se esperar que os deslocamentos intermunicipais para atendimento de saúde pública ocorram em direção aos municípios dotados de melhor infraestrutura hospitalar. Para tanto, recorreu-se a análise dos dados sobre internações hospitalares durante o ano de 2010, no estado de Goiás, representados através de mapas temáticos, destacando como estão espacializados os principais estabelecimentos de saúde, os equipamentos hospitalares, as internações e os fluxos de pacientes não residentes atendidos e o de pacientes residentes encaminhados para outras localidades.

Todas as ideias e referências levaram ao terceiro e último capítulo do desenvolvimento da dissertação, *A mobilidade geográfica como fator social*, onde são tecidas considerações sobre o surgimento do Sistema Único de Saúde, enfatizando que a oferta e a distribuição espacial de serviços de saúde estão relacionadas com o contexto histórico, econômico e político de uma dada região. A seguir, uma sistematização dos princípios de justiça territorial com os princípios de regionalização e hierarquização do SUS. Por fim, foi elaborado o padrão de mobilidade originado da entrevista semiestruturada realizada com pacientes em tratamento contra câncer e tratamento hemodialítico, identificando seus dramas sociais, bem como quantificando e qualificando suas condições socioeconômicas, de deslocamento, de hospedagem, para que apareça o conteúdo da mobilidade entendida como condição de produção social e interação entre territórios fragmentados.

Ao final, uma conclusão sintetizará as principais elaborações do trabalho, por meio de um balanço dos capítulos, dos resultados e das teorias visitadas ao longo do texto. Procurar-se-á finalizar o trabalho entendendo a influência dos aspectos que são desenhados pela mobilidade dos pacientes em deslocamento frente à centralidade dos atendimentos hospitalares e ambulatorial.

CAPÍTULO I

A CENTRALIDADE DO ESPAÇO URBANO

Este capítulo tem como objetivo discutir os fixos e fluxos como elementos estruturadores do espaço urbano e, por conseguinte, construir um arcabouço teórico que possa dar segmento aos demais tópicos aqui elencados, como a centralidade e a mobilidade. Para iniciar o debate, é necessário abordar também outros aspectos ligados a esta questão, como a fragmentação, a articulação e a desigualdade social que refletem os processos espaciais em uma sociedade capitalista. Nesse sentido, são tratados temas como a centralidade e a distribuição da infraestrutura pelo espaço urbano para, em seguida, se possa aprofundar a discussão em torno da mobilidade e de alguns trabalhos sobre deslocamentos para trabalho e estudo.

1.1 PROCESSOS ESTRUTURADORES DO ESPAÇO URBANO: OS FIXOS E OS FLUXOS

Discorrer sobre o espaço urbano e, conseqüentemente, sobre as cidades é um caminho um tanto complexo, já que cada sociedade vê o espaço sob uma perspectiva diretamente articulada às suas concepções sociais e culturais, explicação corroborada por Corrêa (1995) ao afirmar que a organização espacial ou o espaço urbano é reflexo e condição da sociedade, que altera a natureza e, conseqüentemente, a superfície da terra, contribuindo para a reprodução social.

De fato, a cidade vista como uma forma de organização do espaço urbano reflete as características da própria sociedade que a compõe. Dessa maneira, a organização do espaço urbano das cidades capitalistas apresenta-se extremamente desigual, conforme ressalta Corrêa (1995, p. 8):

Primeiramente por ser reflexo social e fragmentado, o espaço urbano, especialmente o da cidade capitalista, é profundamente desigual: a desigualdade constitui-se em característica própria do espaço urbano capitalista. Em segundo lugar, por ser reflexo social e porque a sociedade tem a sua dinâmica, o espaço urbano é também mutável, dispondo de uma mutabilidade que é complexa, com ritmos e natureza diferenciados.

Em conseqüência dessa dinamicidade/mutabilidade, o espaço urbano é suscetível a constantes transformações, as quais podem ser representadas por processos espaciais que permitem a estruturação urbana das atividades de comércio e serviços. Corrêa (2005, p. 146)

aponta que essas transformações espaciais não ocorrem em um único sentido, assim como não se processam com a mesma intensidade, e se apresentam no espaço de maneira desigual, ou seja, produzem “diferentes fragmentos que compõem o mosaico urbano.” É conveniente lembrar que o espaço não é somente fragmentado, mas também simultaneamente articulado, ou seja, o espaço urbano constitui-se de partes que estão ligadas ou articuladas, quase sempre, pelo centro da cidade, atraindo fluxos de pessoas, de mercadorias, de informações. De acordo com o autor (2005, p. 147):

Fragmentação e articulação são características complementares. Com articulação se quer dizer que cada uma das partes da cidade mantém relações com as demais, ainda que sejam de natureza e intensidade variáveis. Através da articulação o espaço urbano ganha unidade, originando um conjunto articulado cujo foco de articulação tem sido o núcleo central da cidade que, entre outras funções, realiza as de gestão das atividades.

Corrêa (1995) afirma que tais relações espaciais articuladoras desse espaço fragmentado manifestam-se por meio dos deslocamentos que milhares de pessoas fazem todos os dias. É fácil imaginar essa realidade ao se observar que os equipamentos de consumo coletivos e os serviços públicos ou privados estão dispostos em áreas diferenciadas na cidade, restando à população a alternativa de efetuar diversos deslocamentos a fim de suprir suas necessidades diárias, como o ir ao trabalho, ao supermercado, ao shopping, ao hospital. A existência ou não de distintas necessidades pessoais não implica em diferentes usos do solo, mas sim a instalação de equipamentos urbanos implanta e impõe hábitos de consumo e de comportamento, consoante com uma lógica regida pelo capital. Dessa maneira, é possível deduzir que a estruturação urbana não é um simples arranjo dos diferentes usos de solo na cidade. Como lembra Whitacker (2007, s/p), deve-se compreender a cidade:

[...] como uma articulação entre localizações, sem nos esquecermos que novas localizações alteram a estrutura do restante da cidade. No nível da rede urbana, há a articulação entre as situações urbanas e a combinação das localizações e situações que implicam em transformações nos fluxos e fixos de pessoas e de mercadorias.

Essas considerações são importantes para que se entenda a existência de dois conceitos: os fixos e os fluxos. Os fixos constituem tudo aquilo que permanece imóvel no espaço e para Santos (2006, p. 38), os fixos “permitem ações que modificam o próprio lugar, fluxos novos ou renovados que recriam as condições ambientais e as condições sociais, e redefinem cada lugar”. Por sua vez, os fluxos são formados por elementos que possuem mobilidade, isto é, podem atuar em diferentes espaços. Segundo as palavras do autor (2006, p.

38), “os fluxos são um resultado direto ou indireto das ações que atravessam ou se instalam nos fixos, modificando a sua significação e o seu valor, ao mesmo tempo em que, também, se modificam”. Nessa perspectiva, a análise da estruturação do espaço urbano por meio dos fixos e fluxos deve ser feita considerando que eles possuem uma relação de complementaridade, haja vista que:

Fixos e fluxos juntos, interagindo, expressam a realidade geográfica e é desse modo que conjuntamente aparecem como um objeto possível para a geografia. Foi assim em todos os tempos, só que hoje os fixos são cada vez mais artificiais e mais fixados ao solo; os fluxos são cada vez mais diversos, mais amplos, mais numerosos, mais rápidos.

Em outro momento, ao tratar de método geográfico, Santos (1997, p. 164) explica que:

Os fixos (casa, porto, armazém, plantação, fábricas) emitem fluxos ou recebem fluxos que são os movimentos entre os fixos. As relações sociais comandam os fluxos que precisam dos fixos para se realizar. Os fixos são modificados pelos fluxos, mas os fluxos também se modificam ao encontro dos fixos.

Para Moreira (2007, p. 66-67), a incursão teórica feita por Milton Santos é uma “recriação magnífica” dos cheios e vazios de Jean Brunhes. De acordo com autor (2007, p. 66), até 1950, a leitura geográfica do espaço era uma leitura das localizações exatas, “o foco do olhar na localização, ou seja, no fixo e não no fluxo.” Contudo, Brunhes (1956) ensina que o espaço é uma alternância de cheios e vazios, de tal maneira que o espaço hoje vazio amanhã pode estar cheio. Em outras palavras: o espaço possui um caráter dinâmico, que deve ser visto como em constante movimento. Moreira (2007, p. 66) ressalta ainda que em benefício da centralidade privilegiamos nosso olhar sobre o que está fixo e “toda ênfase foi dada a localização, nos fazendo perder a percepção do movimento da redistribuição da própria localização.” O autor (2007, p. 66) prossegue afirmando que

[n] Não se atentou para o quanto de revolucionário havia no pensamento de Brunhes (1962). Raros viram a necessidade de fundar a leitura geográfica na categoria do movimento como ele. E optaram pela alternativa conservadora de calcá-la na categoria do imóvel. Somente hoje, quando nos damos conta da diferença, percebemos o quanto o olhar do fluxo contém de dinamicidade.

Esses apontamentos remetem à ideia de que por meio da compreensão dos fixos e dos fluxos será possível entender que as cidades se constroem de diversas maneiras. No entanto, se deve observar a existência de lógicas que orientam a disposição dos equipamentos urbanos. Se há espaços que dispõem de mais concentração de atividades, conseqüentemente, esses

possuem maior poder de articulação. Portanto, esses espaços exercem atração sobre as demais parcelas do tecido urbano, não apenas concentrando determinados fixos, mas gerando e mantendo fluxos (de pessoas, mercadorias, capital, etc.).

Considerando o objeto de análise desta pesquisa, acredita-se que a melhor denominação de mobilidade seja os fluxos de pessoas que se deslocam a fim de procurar atendimento hospitalar-ambulatorial na rede de saúde pública em Goiás. Por outro lado, existe outra variável, indissociável na prática de deslocamento, que são os fixos, pontos localizados ao longo de um determinado espaço e, que em nosso contexto, são representados pelos equipamentos de saúde pública, constituindo outra faceta da estruturação urbana: a centralidade.

1.2 O CONCEITO DE CENTRALIDADE URBANA

Longe de pretender realizar uma ampla revisão bibliográfica sobre o conceito de centralidade, haja vista que já existe uma extensa e consagrada lista de autores/obras que perfizeram esse trajeto (CASTELLS, 1983; CARLOS, 1994; CORRÊA, 1995; LEFEBVRE, 1999; SPÓSITO, 1998 e 2001), objetiva-se relacionar alguns de seus aspectos à temática desta pesquisa. Nessa direção, entende-se que, ao conceituar a centralidade no espaço urbano, sua aplicação se dará por grau de importância, ou seja, existe uma hierarquia entre o que está sendo polarizado e sua zona de influência ou sua hinterlândia. Santos (1993, p. 113) corrobora isso ao dizer que o espaço é o maior conjunto de objetos existentes movidos segundo uma lei maior, a lei dos “movimentos de fundo”, como se “existissem um motor movente e um motor movido”. Portanto, se há uma centralidade é porque existe uma sobreposição de algum serviço ou de alguma qualidade que sustenta essa condição. A esse respeito, Gomes (1995, p. 64) explica que

[...] grande parte desta perspectiva surge com a valorização do papel da cidade como centro de organização espacial. Desta forma, as cidades organizam sua hinterlândia (sua área de influência) e organizam também outros centros urbanos de menor porte, em um verdadeiro sistema espacial.

Nesse sentido, a cidade em si já é uma centralidade. É para ela que se dirigem os produtos do campo, nela se realizam as trocas, é para ela que convergem os capitais, nela se

reúnem os signos e símbolos, enfim, a centralidade se expressa no fenômeno urbano. Como Lefebvre (1999, p. 111) destaca:

A cidade atrai para si tudo o que nasce, da natureza e do trabalho, noutros lugares: frutos e objetos, produtos e produtores, obras e criações atividades e situações. O que ela cria? Nada. Ela *centraliza* as criações. E, no entanto, ela cria tudo. Nada existe sem troca, sem aproximação, sem proximidade, isto é, sem relações (grifos do autor)

Dessa forma, a centralidade é captada como algo que consegue atrair e concentrar atividades e pessoas e, portanto, polarizar uma determinada área, organizando os fluxos que a percorrem. Quanto mais intensa a centralidade de uma cidade, mais forte sua capacidade de polarização e, logo, maior a quantidade de atividades ou pessoas que ela é capaz de atrair.

Sob a lógica do capitalismo, a cidade suscita a necessidade de polarizar equipamentos urbanos, atividades e serviços, de modo que as relações econômicas e sociais potencializem a reprodução do capital. Tal afirmação é corroborada por Whitacker (2003, p. 124) ao compreender a cidade como “um conjunto de apropriações e usos que a valoram diferentemente. As combinações dinâmicas produzidas assumem tanto valores de uso quanto de troca que irão se relacionar dialeticamente entre si”. Ao avaliar como se constitui a centralidade urbana a partir da análise do centro, o autor citado (2003, p. 128) tece algumas considerações:

Devemos ressaltar que não existe cidade sem centralidade, por isso se compreende que a única categoria que pode ser utilizada para definir a cidade em todos os tempos é o centro. Mas deve-se procurar compreender o conteúdo da centralidade nos diferentes momentos históricos e recortes empreendidos para sua apreensão, na perspectiva de se entender como ela se realiza no âmbito de diferentes formações sociais.

Acerca do centro como categoria de estudo, Villaça (1998, p. 238) contribui afirmando que “nenhuma área é ou não é centro, como fruto de um processo – movimento – torna-se centro”. Em outras palavras, o centro não é algo dado, mas sim, resultado de um processo de produção, em que uma determinada área sofre a ação de forças centrípetas que se acumulam em um período mais ou menos longo de tempo.

Desse modo, o centro é uma forma espacial, resultante de um processo de centralização que possibilita a concentração máxima de atividades econômicas – portanto, também dos fixos – e, como tal, apresenta uma relação direta com o recebimento dos fluxos.

Outra reflexão que é preciso ressaltar é que a centralidade vai se alternando ao longo do tempo, seja em uma escala interurbana ou intraurbana. Para tanto, Pinto (2009, p. 61)

aponta a necessidade de se interpretar os espaços urbanos por meio de diversas escalas de análise:

É comum aos analistas urbanos apresentarem o problema da expansão urbana generalizada e dar denominações, no interesse de classificar as diferentes formas e funções desses aglomerados urbanos [...]. Essas denominações demonstram o quanto que às cidades apresentam possibilidades de interpretações que utilizem o recurso de diversas escalas. Considerar as várias escalas de análise, além de classificar e dar nomes às cidades tem como proposta reconhecer as múltiplas dimensões espaciais contidas na cidade.

Nas grandes e médias cidades não existe somente um centro polarizador de todas as atividades. A expansão populacional e espacial faz com que a centralidade se multiplique por outros espaços da cidade, não se expressando apenas no centro tradicional. Sposito (2001, p. 236) contribui com a temática ao esclarecer que a centralidade urbana pode ser compreendida tanto em escalas regionais quanto em escalas intraurbanas:

A expressão completa desse processo é a diversificação das expressões da centralidade intra-urbana e, ainda, da centralidade interurbana, visto que novas formas de comércio promovem novos fluxos entre cidades de diferentes portes, permitindo a emergência de uma **centralidade múltipla e complexa**, no lugar da centralidade principal e muitas vezes única, que marcava a estruturação interna das cidades há algumas décadas (grifos no original).

De fato, falar de uma centralidade única há algumas décadas era recorrente nos estudos defendidos pelos membros da Escola de Chicago de Sociologia Urbana, que elaboraram teorias explicativas das formas urbanas. Segundo Silva (2003, p. 25), a linha de pensamento dessa época considerava o centro como algo fixo, “preocupando-se com a forma e com a localização, procurando realizar uma minuciosa descrição das áreas em estudo, visando evidenciar o padrão de concentração e estabelecendo modelos que dêem conta de explicar a forma do espaço urbano”.

Entretanto, Gottdiener (2010) esclarece que esse conceito de centralidade foi ultrapassado por transformações espaciais ocorridas pelo menos nos últimos trinta anos. Da mesma forma, Silva (2006, p. 214) acrescenta que modificações políticas e econômicas posteriores aos anos 1970 conduziram a um significativo aumento de complexidade na estruturação dos espaços urbanos. Impulsionados pela expansão do capitalismo, os tecidos urbanos redefiniram-se segundo as lógicas da divisão social e territorial do trabalho, e, logo,

[...] a cidade monocêntrica, onde a “área central” era o ponto de convergência geral, sofre mudanças, expressando maior complexidade, evidenciando e reproduzindo maiores diferenças socioeconômicas através dos processos de descentralização e recentralização com novas espacializações. (SILVA, 2006, p. 214)

A respeito desse fenômeno, no qual os centros de uma cidade se movem e também se consolidam em outro lugar consoante as questões econômicas e políticas, Carlos (2007, p. 15) o chamou de “centralidade móvel”.

Os momentos de produção do espaço geram centralidades diferenciadas em função do deslocamento do comércio, dos serviços e do lazer. Essas transformações decorrentes das funções dos lugares da cidade geram o que chamo de “centralidades móveis” – movimentação no espaço metropolitano de centros geradores de fluxo assentados nas novas formas de comércio e dos serviços modernos.

Assim, a cidade é (re)-produzida em um processo crescente de fragmentação espacial, acentuando as desigualdades e, simultaneamente, mantendo a articulação entre as partes que compõem o tecido urbano. Para Lefebvre (1999, p. 46), a centralidade urbana é o elemento dessa coesão, ligando as demais partes da cidade, formando um conjunto. O referido autor afirma, também, que por meio da centralidade é possível alterar a concentração, a dispersão, o surgimento de vazios e a própria multiplicação desse processo, com a poli(multi)centralidade.

Esse espaço urbano é contradição concreta. O estudo de sua lógica e de suas propriedades formais conduz à análise dialética de suas contradições. O centro urbano é preenchido até a saturação; ele apodrece ou explode. Às vezes, invertendo seu sentido, ele organiza em torno de si o vazio, a raridade. Com mais frequência, ele supõe e propõe a concentração de *tudo* o que existe no mundo, na natureza, no cosmos: frutos da terra, produtos da indústria, obras humanas, objetos e instrumentos, atos e situações, signos e símbolos. Em que ponto? Qualquer ponto *pode* tornar-se o foco, a convergência, o lugar privilegiado. De sorte que todo o espaço urbano carrega em si esse possível-impossível, sua própria negação. De sorte que todo espaço urbano foi, é, e será, *concentrado e poli(multi)cêntrico*. A forma do espaço urbano evoca e provoca essa concentração e essa dispersão: multidões, acumulações colossais, evacuações, ejeções súbitas.

Tal citação é corroborada por Gottdiener (2010, p. 53), ao afirmar que “a presença de núcleos múltiplos sugere a diferenciação funcional cada vez mais complexa do espaço urbano dentro das regiões metropolitanas. Isso põe em questão a hipótese principal de predominância do centro histórico da cidade”, ou seja, a centralidade não é somente um atributo do centro da cidade, ela é a aptidão que uma determinada fração do espaço urbano detém para ser central.

Ao tomar-se como referência as considerações apontadas pelos referidos autores, percebe-se que a centralidade não está fixa em uma única parte da cidade, muito embora, possa surgir em qualquer ponto do espaço urbano, vinculando-se à acessibilidade das pessoas a áreas de concentração de serviços e comércio. Sob essa perspectiva, se deve considerar que a centralidade não é somente uma questão de localização e de estruturas fixas, mas também se

configura a partir dos fluxos e das articulações entre as localizações do espaço urbano. Sobre esse assunto, Montessoro (2006, p. 65) pontua que:

A centralidade pode ser entendida pelos fluxos estabelecidos nas diversas áreas que compõem o tecido urbano, pois é uma justaposição de movimentos que assinalam as constantes mudanças no tempo e no espaço em função da localização de atividades comerciais e de serviços por toda a cidade, umas com densidade maior que outras, sendo comum a cada nova localização das formas espaciais a constituição de nós de circulação e articulação entre as pessoas, mercadorias, informações que fazem parte do todo social.

Uma questão a ser ressaltada reside no fato de que as centralidades podem modificar ou ampliar a espacialidade urbana em determinadas escalas temporais ou espaciais, uma vez que as centralidades urbanas estão baseadas não apenas no que se encontra fixo, mas também no que se movimenta, ou seja, os fluxos. Como exemplo, têm-se as centralidades, que variam, em um mesmo dia, com o encerramento do horário de funcionamento de atividades comerciais no centro tradicional ou no prolongamento do funcionamento de um *shopping center*.

Nessa direção, depreende-se que o estudo da centralidade urbana não se prende exclusivamente à descrição e interpretação dos equipamentos urbanos que se encontram fixos, mas sim em compreender a relevância que os fluxos podem oferecer. Portanto, se está de acordo com Sposito (2001, p. 239), ao expressar que “a centralidade pode ou não ser fugaz, efêmera ou transitória, porque ela não se institui apenas pelo o que está fixo no espaço, mas pelas mudanças ocorridas no decorrer do tempo, no uso, apropriação e sentido dados aos espaços e dele apreendidos”.

No item seguinte, discute-se como a distribuição (ou a concentração) da infraestrutura pelo espaço urbano conduz e possibilita os processos de centralização urbana, o que implica em polarização de diferentes fluxos de pessoas, veículos, capital, mercadorias, informações, etc.

1.3 A DISTRIBUIÇÃO DE INFRAESTRUTURA NO ESPAÇO URBANO

Até agora, estudou-se que o espaço, em especial o espaço urbano capitalista, é simultaneamente fragmentado e articulado, como explica Corrêa (1995). Além disso, ele também é reflexo e condicionante social. Em outras palavras, carrega as características

excludentes da sociedade que o compõem, e isso ressalta outro aspecto proveniente desse espaço urbano capitalista: a desigualdade social. Corrêa (2005, p. 149) contribui com a temática ao afirmar que essa desigualdade social se “expressa no acesso desigual aos recursos básicos da vida e, de outro, às diferenças locacionais das diversas atividades que se realizam na cidade”.

Portanto, o espaço urbano e a utilização do solo urbano são destinados a poucos atores, gerando uma crescente massa de excluídos sociais. Para Carlos (1994), a cidade é produto das contradições de classe e envolve interesses e necessidades diversas. Assim, o espaço é produzido pelas lutas que ocorrem na cidade. Corrêa (1995) tende a identificar os agentes sociais envolvidos na produção do espaço urbano: os proprietários fundiários e dos meios de produção, os promotores imobiliários, o Estado e os grupos sociais excluídos¹.

De fato, a produção do espaço urbano, ocorre em diversas escalas e, atende aos interesses de todos os agentes sociais que habitam nas cidades, demonstrando que:

[...] as ações não se localizam de forma cega. Os homens também não. O mesmo se dá com as instituições e infra-estruturas. Esse é o próprio princípio da diferenciação entre lugares, produzindo combinações específicas em que as variáveis do todo se encontram de forma particular. (SANTOS, 2006, p. 81).

Em outro momento, o autor cita a infraestrutura como um dos elementos para entender a totalidade do que é o espaço, já que faz parte da análise dividi-lo em partes (elementos) para que se possa melhor compreendê-lo. Dessa maneira, “os elementos do espaço seriam: os homens, as firmas, as instituições, o chamado meio ecológico e as infraestruturas” (SANTOS, 1997, p. 6), sendo estas o resultado do “trabalho humano materializado e geografizado na forma de casas, plantações, caminhos etc.” (SANTOS, idem).

Desse modo o objetivo, agora, é discutir como a distribuição da infraestrutura gera consequências como: áreas com maior densidade demográfica, maior número de deslocamentos de pessoas para tais lugares e o surgimento de novos processos de centralização urbana. Para tanto, encontra-se em Santos (1997, p. 29) uma valiosa avaliação de como:

[...] a organização do espaço pode ser definida como o resultado do equilíbrio entre os fatores de dispersão e de concentração em um momento dado na história do espaço. No presente período, os fatores de concentração são, essencialmente, o tamanho das empresas, a indivisibilidade das inversões e as “economias” e externalidades urbanas e de aglomeração necessárias para implantá-las. Tudo isto

¹ Sobre isso, Corrêa (1995) oferece importantes reflexões sobre quem são os agentes sociais que produzem o espaço urbano.

contribui para a concentração, em uns poucos pontos privilegiados do espaço, das condições para a realização de atividades mais importantes.

Os efeitos dos fatores de dispersão e concentração citados por Santos (1997) foram constatados no desigual processo de desenvolvimento brasileiro, e este, vinculados à urbanização e industrialização de algumas regiões do país, pós - década de 1930, ocasionou as migrações internas. A esse respeito, Singer (1976, p. 51) explica que as migrações internas são um processo social, em que grupos deslocam-se em função das modificações estruturais, “quase sempre de fundo econômico – deslocamento de atividades no espaço, crescimento diferencial da atividade em lugares distintos e assim por diante e atingem os grupos que compõem a estrutura social do lugar de origem de um modo diferenciado”.

De fato, a rápida transição de uma sociedade tipicamente rural e agrária para uma urbana e industrial gerou profundas mudanças, de modo que algumas regiões brasileiras, além de grande concentração de atividades produtivas, apresentaram maior crescimento econômico e, naturalmente, revelaram grande demanda de força de trabalho. Por outro lado, regiões que não atingiram o mesmo nível de crescimento tornaram-se fornecedoras dessa mão de obra, com destaque para a região Nordeste do país.

Dessa forma, à medida que o modelo econômico brasileiro se desenvolveu concentradamente, tanto em termos regionais como econômicos, tornou-se um dos principais motivos para o deslocamento da população, principalmente entre as décadas de 1950 e 1970. Para Singer (1976), tais fluxos derivam especialmente das desigualdades regionais, orientados por fatores de expulsão e fatores de atração. De acordo com o autor (1976, p. 40), os fatores de expulsão, determinam de que regiões partirão o fluxo migratório, afirmando que “[...] os fatores de expulsão definem as áreas de onde se originam os fluxos migratórios, mas são os fatores de atração que determinam a orientação destes fluxos e as áreas às quais se destinam”.

Nesse contexto, o fluxo migratório reflete a própria distribuição (ou a má distribuição) das atividades econômicas no espaço, pois a população que vive em áreas desfavorecidas economicamente “tem o sonho de conseguir melhores condições de vida, acreditando encontrar, com maior facilidade, trabalho digno, moradia, tratamento médico e educação para toda família” (TAVARES, 2001, p. 3).

A mesma opinião é compartilhada por Brito (2009) ao refletir sobre as migrações internas no Brasil, durante as décadas de sessenta e setenta do século passado. O autor explica que, segundo a teoria da modernização, o ato de migrar em direção aos grandes centros urbanos “é a opção mais adequada quando o objetivo é a melhoria do padrão de vida, mesmo quando se considera a enorme adversidade que essas regiões impõem aos imigrantes e suas

famílias”. E prossegue dizendo que “no caso brasileiro, a migração é uma tradição, faz parte do “equipamento cultural tradicional”. Se o indivíduo quer melhorar de vida, não resta alternativa, a não ser migrar para as cidades, particularmente, as grandes.” (BRITO, 2009, p. 11). Destaca-se ainda que, segundo o autor, cada migrante é dotado de uma “racionalidade econômica” que o guia à procura da melhor localização para sua vida e da família que o acompanha.

Convém ressaltar, entretanto, que a realidade estudada pelos autores citados é aquela percebida no processo de submissão do trabalho ao capital, de modo que o indivíduo desprovido de renda têm na migração mais possibilidades de emprego e/ou atividades informais que permitam minimamente a sobrevivência. Tal fenômeno, apesar de ter sido vivenciado explicitamente nas décadas de 1960 e 1970, em que o país presenciou um intenso fluxo migratório do campo para a cidade, atualmente ocorre em pequenos municípios, nos quais grande número de habitantes sem fonte de renda, desempregados e desprovidos de políticas públicas que os auxiliem, vê-se obrigados a buscar uma nova alternativa nos grandes centros urbanos.

Nesse contexto de relações, é importante notar que a localização e a forma de organização das atividades econômicas cooperam na disseminação populacional pelo território. Santos (1993, p. 113) destaca como ocorre essa disseminação frente à irregular distribuição dos bens e serviços:

A localização das pessoas no território é, na maioria das vezes, produto de uma combinação entre forças de mercado e decisões de governo. Como o resultado é independente da vontade dos indivíduos, frequentemente se fala de migrações forçadas pelas circunstâncias que se aluda acima. Isso equivale também a falar de localizações forçadas. Muitas desta contribuem para aumentar a pobreza e não para suprimir ou atenuar.

Dessa maneira, falar de migrações forçadas ou de localizações forçadas é, em outras palavras, falar de oferta e demanda de bens e serviços. A oferta é quase “sempre pontual e seletiva”, por outro lado, a “demanda pode ser difusa no espaço” (SANTOS, 1997, p. 82). Se a oferta de uma determinada região é insuficiente para atender a demanda daquela população, o resultado será o deslocamento forçado para o município mais próximo.

Santos (1993) entende que o valor do indivíduo não é fator determinante para que determinado bem ou serviço se instale em determinado lugar. Para ele (1993, p. 111), em nosso país, “o acesso aos bens e serviços essenciais, públicos e até mesmo privados é tão

diferencial e contrastante, que uma grande maioria de brasileiros, no campo ou na cidade, acaba por ser privada desses bens e serviços”.

Corrêa (2006, p. 280), por sua vez, trabalha o termo “interações espaciais”, explicando que, em um espaço desigualmente desenvolvido, setorizado, no qual a acumulação de capital ocorre em um setor e as moradias ocorrem em outros, as interações espaciais são reflexos dessa assimetria de infraestrutura, “isto é, por relações que tendem a favorecer um lugar em detrimento de outro, ampliando as diferenças já existentes, isto é, transformando os lugares”. Para ele, as interações espaciais permitem que o espaço seja tomado como parte de um conjunto de relações que envolvem reciprocidade, influência em ambos os sentidos, seguindo parâmetros desiguais e combinados. Dessa maneira, o autor exemplifica afirmando que “[...] os diferentes fluxos que articulam os fixos socialmente criados são caracterizados por lógicas que lhe conferem regularidades espaço-temporais que se reportam à organização social e a seu desigual movimento de transformação”. (CORRÊA, 2006, p. 295).

Seguindo essa linha de análise proposta pelo paradigma socioespacial, Santos (1993) enfatiza as distorções espaciais promovidas por forças em ação, em especial o Estado e o mercado, o público e o privado. Tais forças agem em conjunto, em uma dialética única. Se o espaço é resultado de um conjunto inseparável de fixos e fluxos, o autor distingue que há dois tipos de fixos: o público e o privado. Enquanto os fixos privados estão “localizados segundo a lei da oferta e da procura, que regula também os preços a cobrar”, os fixos públicos “se instalam segundo princípios sociais, e funcionam independentemente das exigências do lucro”. (SANTOS, 1993, p. 114).

O citado autor também explica que nos países avançados o arranjo espacial dos fixos públicos destinados a oferecer serviços essenciais estão distribuídos de tal forma no território que a população em geral é atendida. Se os cidadãos estão distantes dos serviços públicos, há meios de transporte gratuitos que minimizem tal efeito. Contudo, países como o Brasil “ainda não quiseram definir o que são tais serviços, nem adotar um distributivismo geográfico que sirva de base à desejada justiça social”. (SANTOS, 1993, p. 114). Portanto, ocorre uma repartição espacial mercantil de bens e serviços essenciais, colaborando para que as desigualdades sociais aumentem.

Se a situação ideal é que todos tenham acesso aos bens e serviços, Santos (1997, p. 81) aponta que há existência de limites estruturais, uma vez que “é inviável, nas condições presentes, trazer às populações todos os serviços de que elas necessitam em virtude da forma como os recursos são alocados”.

São nesses termos que a população segregada socioespacialmente, não atendida em suas necessidades básicas (como saúde, educação, emprego) no município onde mora, desloca-se para outros centros urbanos, a fim de suprir necessidades muitas vezes elementares, como atendimento de saúde de menor complexidade, por exemplo.

De outro modo, devemos considerar os condicionantes ou as particularidades envolvidas nesses deslocamentos a tais centros urbanos, afinal, cada indivíduo se defronta com diferenças socioeconômicas que, em geral, estão associadas à sua mobilidade e/ou imobilidade. Para Santos (1997), uma grande parcela da população é dotada de imobilidade, tornando-se “prisioneiros de uma estreita fração do espaço”. O autor (1997, p. 42) acrescenta que a imobilidade pode se dar pela falta de vias e meios de comunicação, pela real inexistência dos recursos nas proximidades ou, ainda, pela falta de mobilidade social, isto é, pela “carência de meios financeiros para comprar ou para atingir os pontos de fornecimento ou de venda”.

Pereira (2006) contribui para a discussão elencando quais fatores provocam a imobilidade tanto espacial como social, e a insuficiência de recursos para a manutenção das necessidades cotidianas advindas das baixas remunerações e, aliado a isso, o aumento das despesas com aluguel, alimentação, vestuário e transporte; perda do emprego ou atividade econômica que possibilitava a inserção do indivíduo no sistema produtivo, permitindo, assim, a reprodução da vida. Para a autora, mudar essa situação envolve ter acesso às localizações que concentram as atividades que permitam minimamente a sobrevivência.

Assim, é nesses termos que a mobilidade se consolida como uma das possíveis alternativas para a questão das desigualdades, ao mesmo tempo em que a análise da mobilidade dos cidadãos pode servir ao fomento de seu debate como alternativa para a superação de uma desigual distribuição de bens e serviços essenciais ao território.

1.4 O CONCEITO DE MOBILIDADE ESPACIAL

A mobilidade sempre se constituiu em uma prática habitual, para não dizer rotineira, em que a humanidade se deslocava pelos espaços à procura de comida, de melhores condições de *habitat*, o que lhe conferia um caráter nômade, só rompido com a divisão do trabalho, ocasionando o sedentarismo e, posteriormente, o aumento das relações sociais. Assim, até o homem fixar-se em determinado local, a migração constituiu-se em um processo cíclico, que

variava de acordo com as necessidades do grupo. Becker (2006, p. 319) complementa, acrescentando que:

Desde as invasões dos povos bárbaros asiáticos até os migrantes dos novos tempos, grupos populacionais põem-se em movimento: lutam pela hegemonia de novos territórios, fogem de perseguições étnicas e repressões múltiplas, vislumbram a possibilidade de terras e mercados de trabalho mais promissores, ou simplesmente perambulam em busca de tarefas que lhe assegurem a mera subsistência.

Dessa maneira, algumas disciplinas acadêmicas obtiveram papel crucial na questão da mobilidade populacional, como a Demografia, a Etnologia, a Antropologia e a Geografia. A fim de estabelecer alguns parâmetros metodológicos para esta pesquisa, se utiliza o conceito de migração do IBGE (2000a), que define migração através de três aspectos: a) o lugar de nascimento; b) o lugar de residência anterior, segundo o tempo ininterrupto de residência atual; c) o lugar de residência anterior há exatamente cinco anos antes da data de referência da pesquisa. Em outras palavras, além de ocorrer o deslocamento da população de um lugar de origem para outro destino, deverá ocorrer a mudança de residência habitual.

Mais uma vez recorre-se à citação de Becker (2006, p. 342) para corroborar a escolha conceitual:

De acordo com o Censo Demográfico brasileiro são considerados migrantes todos os indivíduos que apresentarem pelo menos uma mudança de local de residência, seja de um município para outro (migrante intermunicipal), seja entre diferentes categorias de domicílio dentro dos limites do mesmo município (migrante intramunicipal).

Destarte, os fluxos podem apresentar-se de forma complexa, ou seja, é possível confundir mobilidade com migração. Ainda que ambas constituam movimento, a finalidade do processo caracterizará sua qualidade.

Sobre essa temática, Cunha (2011) esclarece que, embora não haja consenso entre os estudiosos sobre a definição de migração, é importante diferenciar os deslocamentos de indivíduos no espaço como migração ou mobilidade espacial. Para o autor as diferenças não residem apenas no campo da terminologia, mas optar por uma ou outra abordagem permitirá uma visão mais ampla e complexa do que seria a movimentação da população no espaço, uma vez que a “diversidade e complexidade de movimentos contemporâneos exigem não somente novos esforços teóricos e metodológicos, mas também a ampliação das fontes e dos tipos de dados coletados”. (CUNHA, 2011, p. 8). Portanto, os fluxos populacionais seriam estudados

não somente a partir do que pode ser quantificado, mas, também, a partir das condições e das consequências desses fluxos nos vários contextos socioespaciais.

Diante dos diferentes tipos de deslocamentos existentes, Simmons (1991) identifica uma crise na produção teórica sobre migração caracterizada “por uma extrema heterogeneidade; compiten entre sí una gran cantidad de términos y aproximaciones diferentes”. O autor afirma, ainda, que os estudos sobre migrações carecem de definições e termos claros a respeito das diferentes formas assumidas pelos deslocamentos populacionais. Assim, a solução seria o uso de tipologias descritivas, capazes de isolar o fenômeno e interpretá-lo sob enfoques distintos.

Autores como Oliveira e Oliveira (2011) corroboram essa opinião ao explicarem que os recentes processos de redistribuição espacial da população carecem de novos olhares que contemplem suas diferentes manifestações. Todavia, as teorias existentes sobre migração foram influenciadas pelo contexto industrial e pelo desenvolvimento econômico, além de se basearem nos grandes deslocamentos populacionais como a urbanização e as migrações internacionais. Seguindo essa lógica de desenvolvimento econômico, tais migrações deveriam cessar quando houvesse um equilíbrio entre as áreas de origem e destino.

Ressalta-se que o quadro teórico construído até aqui não implica “abandonar ideias já consolidadas, ou propor uma nova maneira de se pensar a dinâmica demográfica” (CUNHA, 2011, p. 8), descartando a noção de migração. Afinal, do ponto de vista demográfico, qualquer entrada ou saída de pessoas, em um período de tempo determinado, é considerado migração. No entanto, concorda-se com Zelinsky (1971) ao afirmar que o ato de migrar não se resume somente à mudança de lugares, mas também envolve o rompimento de vínculos sociais. Já a mobilidade espacial, “refere-se à habilidade de se mover, fenômeno que pode tanto envolver a migração, considerada a mudança de residência, como os movimentos diários, entre os quais os mais conhecidos são os pendulares”. (CUNHA, 2011, p. 7). Diante dessas considerações, entende-se que o fenômeno da mobilidade espacial não constitui estritamente o fenômeno da migração, pois os deslocamentos de pessoas no espaço podem ocorrer, sem haver a necessária mudança de residência, o que representa um aspecto inerente ao conceito de migração.

Nesse sentido, a discussão do movimento é indissociável da mobilidade. É ela que caracterizará a vida urbana atual, com grande peso dos transportes, sobretudo o individual. Aliás, a própria diversidade de uso do termo, que ora aparece como “migração” pendular, ora como movimento, deve ser considerada. Branco *et al.* (2005, p. 2) encontram em autores franceses (ANDAN, D’ARCIER e RAUX, 1994) o conceito de mobilidade, destacando que

“a mobilidade corresponde ao conjunto de deslocamentos que o indivíduo efetua para executar os atos de sua vida cotidiana (trabalho, compras, lazer...)”. Por sua vez, assume um conceito muito próximo ao de Corrêa (2006, p. 279), ao afirmar que:

As migrações em suas diversas formas (definida, sazonais, pendulares, etc.), as exportações e importação entre países, a circulação de mercadorias entre fábricas e lojas, o deslocamento de consumidores aos centros de compras, a visita a parentes e amigos, a ida ao culto religioso, praia ou cinema, o fluir de informações destinadas ao consumo de massa ou entre unidades de uma mesma empresa são, entre tantos outros, exemplos correntes de interações espaciais em que, de uma forma ou de outra, estamos todos envolvidos.

Sob a ótica apontada por Corrêa (2006), compreende-se que para o indivíduo poder participar do processo de transformação social, de atos simples como comprar alimentos ou ter acesso aos equipamentos hospitalar-ambulatoriais públicos, é obrigado a deslocar-se em busca de tais serviços e bens. No caso específico desta pesquisa, a mobilidade espacial se evidenciará com mais vigor, haja vista o deslocamento intra e interurbano realizado pelas pessoas em busca de atendimento em saúde pública denota uma característica peculiar, uma vez que o tempo e a finalidade da estadia das pessoas, mais precisamente do processo de deslocamento, não apresenta dia nem horário marcado para ocorrer, pois o drama da saúde é inadiável.

Ademais, há ainda outro ponto de fundamental importância para o entendimento da pesquisa: o conceito de mobilidade espacial focado supera a ideia de puro deslocamento, pois se pretende contextualizar os diferentes espaços envolvidos: núcleos de origem, de circulação e de chegada, considerando as respectivas situações que conduzem/induzem essa mobilidade. Arrais (2005, p. 349), afirma que “o motivo, as circunstâncias e as condições desses deslocamentos, muitas vezes ficam em segundo plano, compondo uma linha de raciocínio que compreende a mobilidade como um deslocamento mecânico no território”.

Balxim (2009, p. 3) constata o mesmo fato, uma vez que relata ser preciso ter a noção de que o conceito de mobilidade “supera a ideia de deslocamento, pois traz para a análise suas causas e consequências, ou seja, a mobilidade não se resume a uma ação”. O autor prossegue dizendo que:

Ao invés de separar o ato de deslocamento dos diversos comportamentos individuais e de grupo, presentes no cotidiano, o conceito de mobilidade tenta integrar a ação de se deslocar, quer seja uma ação física, virtual ou simbólica, ao conjunto de atividades do indivíduo e da sociedade. (BALBIM, 2009, p. 3)

Sob essa perspectiva, entendemos que a mobilidade está relacionada às determinações individuais: vontades, esperanças, limitações, imposições. Contudo, para esclarecer o que é mobilidade, recorre-se a algumas acepções dadas ao conceito. Sorre (1984), por exemplo, fala da existência de uma “mobilidade essencial”, traduzida pela pressão contínua exercida sobre os limites do “ecúmeno” para fazê-lo coincidir com a terra habitável. Contudo, o que significa isso? A mobilidade essencial refere-se à vontade presente no ser humano de se deslocar, de conhecer novos mundos, de explorar:

Assim, o quadro aparentemente estável é apenas uma imagem mista e fugida. O movimento surge como única realidade, a permanência como ilusão causada pela mobilidade atenuada, imperceptível, e às vezes também pelo emprego simultâneo de duas escalas diferentes de mobilidade. A estabilidade, expressão de um equilíbrio precário de forças, é sempre relativa, jamais absoluta.

Ecúmeno é o termo aplicado para se referir ao mundo habitado, transformado pela ação humana. Nessa perspectiva, a mobilidade essencial é aquela que explica a vontade do homem de expandir as fronteiras do mundo. Sem essa mobilidade essencial, pergunta o autor, como explicar a mescla de tipos que caracteriza as regiões da terra? Essa mesma mobilidade essencial continua impulsionando o homem, agora para fora da terra, para que o ecúmeno seja transponível. Sorre (1984, p. 130) também acrescenta em sua análise mais um elemento: o *habitat*, afirmando que a condição para que os grupos humanos permaneçam fixos em um ponto da superfície terrestre é a estabilidade que o seu *habitat* pode oferecer:

Quando um grupo está perfeitamente arraigado ao solo, quando não apenas os recursos do meio estão em equilíbrio atual como suas necessidades, mas seus recursos potenciais equiparam-se ao crescimento demográfico, se nenhum evento exterior intervém, não há razão alguma para que seus membros abandonem o convívio grupal. A mobilidade desse grupo parece, em princípio, reduzida ao mínimo; tende ao zero. Conforme verificamos no decorrer do estudo, este é um caso-limite, em caso teórico. Ainda que ocorresse, seria apenas por um lapso de tempo, pois as transformações internas das sociedades mais dia menos dia alterariam seu equilíbrio. (SORRE, 1984, p. 130)

O apontamento de Sorre (1984), de maneira geral, constitui a ideia de que em um *habitat* com equilíbrio entre os recursos e sua população haverá um estado de permanência e estabilidade. Isso não impede que uma fração do grupo possa “afastar-se, por um período mais ou menos longo, a fim de buscar alhures os meios de subsistência” (SORRE, 1984, p.

130). O autor ressalta que esses deslocamentos devem ocorrer em caráter temporário e implicam sempre no regresso ao *habitat* inicial.

Apesar das contribuições de Sorre (1984) a respeito de mobilidade como um rompimento da permanência em decorrência do equilíbrio entre as necessidades e os recursos e sua população, Levy (2002) critica tal tipo de análise por não considerar os elementos sociais envolvidos na mudança de lugar. Dessa forma, a mobilidade é definida pelo autor (2002, p. 3) como:

[...] um sistema de movimentos potenciais, mais ou menos atualizados, que denominaremos *virtualidades*. Podemos classificar estas virtualidades segundo três categorias. A mobilidade torna-se possível porque existe uma oferta de mobilidade, a acessibilidade. A mobilidade é efetiva por que os seus operadores possuem uma competência de mobilidade. A mobilidade tem sentido porque, no quadro do domínio do espaço, ela entra na composição do capital social dos indivíduos.

Embora muitos trabalhos, a exemplo de Vasconcellos (2001), Grotta (2005), Pereira (2006), Miyazaki (2008), entre outros, se ocupem em estudar a mobilidade e a acessibilidade como conceitos separados, Levy (2002, p. 3), por sua vez, trabalha a acessibilidade como elemento integrante “da oferta da mobilidade”. Para ele:

[...] a possibilidade para um cidadão de ligar-se com o resto da área urbana constitui um componente importante da sua mobilidade, sem que isso se traduza necessariamente em deslocamentos para todos os lugares acessíveis e, obviamente, não a todo instante. Portanto, não é somente pela medição dos deslocamentos efetivos que se pode avaliar este poder sobre os lugares. (LEVY, 2002, p. 3).

A segunda virtualidade ou potencialidade discutida por Levy (2002) se refere à competência que os cidadãos possuem ou não para exercer sua mobilidade. Em outras palavras, é a posse de bens materiais, em especial os recursos financeiros, que assegurarão os deslocamentos. Embora o autor ressalte que a mobilidade não se restringe somente a eles, já que considera a relação entre pobreza e menor capacidade de deslocamento como não merecedora de credibilidade. Para um melhor esclarecimento, o autor (2002, p. 4) acrescenta dizendo que mesmo “dentro dos grupos sociais mais despossuídos, os indivíduos são dependentes de redes de sociabilidade pessoais aplicadas em pequenas distâncias disponíveis”. Por fim, se tornam dependentes de laços políticos para conseguirem algum tipo de assistência social. Para exemplificar, recorre-se a um exemplo citado por Ribeiro (2004, p. 23) a prática do *free rider*, uma espécie de clientelismo em que “ambulâncias comunitárias, mantidas por prefeituras e numerosas entidades assistencialistas – a maioria pertence a políticos locais –, que conduzem os doentes a áreas centrais”.

A terceira virtualidade apontada por Levy (2002, p. 5) diz respeito à “mobilidade como capital”, ou seja, “ao conjunto constituído pela possibilidade, pela competência e pelas arbitragens que a segunda permite sobre a primeira, o que pode ser lido como um capital social, um bem que permite ao indivíduo desdobrar melhor sua estratégia no interior da sociedade”. Nesse sentido, há uma clara ligação entre a condição social e a possibilidade de se deslocar, afinal, havendo uma mudança social, o enriquecimento, por exemplo, é natural que o indivíduo mude de casa, ou mude de transporte, ou apenas tenha mudado seus percursos, revelando uma nova mobilidade espacial. Esses apontamentos levam a consideração de que todo movimento no espaço físico implica numa superação social e que toda mobilidade

[...] tem um preço e por isso forma um capital social, seja no interior de um país, de uma região ou mesmo de uma cidade. Independente de a mobilidade (o direito de ir e de vir) torna-se garantia constitucional, nem todos podem se deslocar de maneira igual nas cidades. Isso significa, também, que há acessos diferenciados aos locais da cidade, levando-se em consideração o poder aquisitivo do indivíduo. (ARRAIS, 2005, p. 350)

A esse respeito, Vasconcellos (2001) complementa afirmando que os principais fatores interferentes na mobilidade das pessoas são a renda, o gênero, a idade, a ocupação e o nível educacional. Esses fatores socioeconômicos diferenciam e determinam as condições de cada pessoa ou grupo social ao se movimentarem pelo espaço urbano.

Justamente por entender a mobilidade como componente importante no espaço urbano, ao mesmo tempo em que ocorre de modo diferenciado na sociedade, Lévy (2002) a considera muito mais do que um mero deslocamento. Para o autor a mobilidade deve ser compreendida como “relação social ligada à mudança de lugar, isto é, como o conjunto de modalidades pelas quais os membros de uma sociedade tratam a possibilidade de eles próprios ou outros ocuparem sucessivamente vários lugares”, portanto, a mobilidade é uma “relação social de grande riqueza”.

A partir dessa definição, acredita-se que a melhor definição de mobilidade é aquela que abarca o fluxo de pessoas deslocando-se em busca de uma oferta de serviço ou bem não disponível em seu município. Devemos também compreender outra variável, indissociável da prática do deslocamento, que são os fixos, já discutidos anteriormente. Como os espaços não são homogêneos, sendo alguns mais dotados de infraestruturas e outros menos, as pessoas encontram na mobilidade uma das poucas possibilidades de sobrevivência. No caso deste estudo, o deslocamento populacional para municípios que possuem maior aparelhagem de serviços de saúde pública (fixos), em especial a capital goiana.

Assim, no próximo capítulo se dá seguimento a este estudo com a análise do padrão de deslocamento envolvendo o quantitativo de internações ocorridas no município de residência do paciente e aquelas ocorridas fora do município, utilizando as informações disponíveis no banco de dados do Ministério da Saúde, o DATASUS.

CAPÍTULO II

A REDE DE SAÚDE PÚBLICA E A ESPECIALIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

Este capítulo tem como objetivo conhecer os fluxos de internações hospitalares no estado de Goiás, realizando uma aproximação com o tema da pesquisa por meio do aspecto geográfico, associado a fatores como tipologia dos estabelecimentos de saúde e capacidade física instalada. Inicialmente, busca-se compreender a rede urbana goiana, uma vez que a forma da organização territorial pode ser configurada por meio da área de influência de um grande centro urbano. Essa estruturação espacial nos mostra a existência de “centros urbanos articulados funcionalmente entre si” (CORRÊA, 2005, p. 93), revelando a dinâmica e a reestruturação do território, impulsionadas pelas atividades socioeconômicas de diferentes atores. De forma análoga, a rede urbana de serviços de saúde é um reflexo e uma condição de desigualdades espaço-temporais, subordinada ao dinamismo econômico presente em distintas frações do território.

2.1 A REDE URBANA GOIANA

Corrêa (2006, p. 15) afirma que “os estudos sobre redes urbanas têm se constituído em uma importante tradição no âmbito da Geografia”. Essa importância, segundo o autor (*idem*, p. 15) decorre da:

[...] consciência do significado que o processo de urbanização passou a ter, sobretudo a partir do XIX, ao refletir e condicionar mudanças cruciais na sociedade. Por meio da rede urbana e da crescente rede de comunicações a ela vinculada, distantes regiões puderam ser articuladas, estabelecendo-se uma economia mundial.

Alguns números podem confirmar esse processo de urbanização citado pelo autor. De acordo com o IBGE, em 1991, 75,59% da população brasileira residia nas cidades. Em 2010, contávamos com mais de 84,35% de população urbana, o que consagra as cidades como tema constante nos estudos geográficos, desde o fim da Revolução Industrial, quando a sociedade sofria suas consequências sociais e espaciais.

As taxas de urbanização² estão relacionadas, entre outros fatores, ao poder de atração, tanto psicológico quanto econômico, que as cidades sempre exerceram nas pessoas, principalmente nos países pobres. Gomes *et al.* (2004) afirmam que a miséria repulsiva, que caracterizou o meio rural, tem deslocado, ao longo da história, populações, pobres ou ricas,

² Segundo o IBGE, a taxa de urbanização refere-se à percentagem da população urbana em relação à população total.

em busca de melhores condições de vida nas cidades. Conforme esses autores o poder maior ou menor de atração de uma cidade depende, de uma série de fatores, como seu sítio, sua localização, a disponibilidade de um meio natural rico, bem como as funções urbanas que agrega. Dessa maneira, é possível considerar que as funções urbanas são as atividades predominantes em uma cidade. “Então, de certo modo, a função é a “profissão” exercida pela cidade, é sua razão de existir. É desse modo que ela se apresenta para os habitantes de fora” (GOMES *et al.*, 2004, p. 104). Em outras palavras, quanto mais atividades econômicas uma cidade desempenha e maiores os serviços oferecidos, maior será sua área de influência.

Sobre essa temática, Souza (2010) acrescenta que a capacidade de atrair e/ou centralizar é um atributo único das cidades, diferenciando-a das outras organizações socioespaciais semelhantes, como vila ou aldeia. Assim, a centralidade de uma cidade está relacionada à sua capacidade de concentrar (poder político e administrativo, unidades de comércio e de serviços) e de atrair (pessoas em busca de mercadorias, serviços, empregos, educação, etc.).

Em uma perspectiva geoeconômica, Souza (2010) define a centralidade de uma cidade por meio da sua capacidade de ofertar bens e serviços para outros centros urbanos, de maneira que tais centros estejam funcionalmente articulados entre si, mas apresentando uma diferenciação entre eles. Tal diferenciação, maior ou menor, é resultado de distintos processos ligados à sua herança histórica, bem como de novas funções que esses centros passaram a desempenhar na rede.

Sposito (2011, p. 126) reconhece que, no período atual, a mundialização da vida econômica e a globalização têm promovido uma reestruturação nas relações entre as cidades e, como resultado, testemunhamos uma “conformação de sistemas urbanos com níveis de integração progressivamente maiores, uns mais e outros menos”. A autora esclarece que, existe, igualmente, uma redefinição dos papéis exercidos pelos centros e pelos distintos segmentos da rede urbana, corroborando para que haja uma discussão a respeito da natureza hierárquica dessas relações.

Apesar dos estudos sobre hierarquia dos centros na rede urbana se terem constituído em uma importante tradição no âmbito da Geografia, Corrêa (2005) afirma que pouca coisa foi acrescentada após a formulação da “teoria das localidades centrais” pelo geógrafo alemão Walter Christaller, em 1933. Para esse autor, diante da pluralidade de redes urbanas existentes devemos discutir as estruturas desse tipo particular de rede geográfica, bem como a complexa diferenciação entre elas. Já Santos (1979) alerta para a necessidade de contextualizar essa teoria diante das transformações que se efetivaram entre o rural e o urbano, uma vez que

ocorreram mudanças significativas nos transportes e nas comunicações que levaram a repensar a rede urbana. Segundo o referido autor, o meio técnico tem incorporado mudanças no espaço geográfico, quebrando as barreiras do tempo e, encurtando as distâncias, permitindo que os residentes de pequenas localidades se desloquem para outros centros de tamanhos variados, em busca de bens e serviços. Assim, ocorre, uma flexibilização e uma complementariedade entre centros de mesmo tamanho com outros maiores.

De acordo com Santos (2008) os estudos desenvolvidos sobre a rede urbana são fundamentais para a compreensão das articulações existentes entre as diversas frações do espaço, uma vez que tal integração, apesar de não ser homogênea em todos os sistemas urbanos, permite assegurar a organização espacial e sua fluidez. Entretanto, seguindo as orientações do autor, algumas ressalvas devem ser feitas, uma vez que a constituição e a formação das redes urbanas nos países subdesenvolvidos não seguem os mesmos preceitos que nos países desenvolvidos.

Diante do conjunto de possibilidades de sistemas urbanos, Santos e Silveira (2008) apontam que o território brasileiro é constituído de desigualdades, com zonas de densidade e de rarefação, relativo a técnicas, informações, normas e comunicações. Desse modo há mais espaços luminosos que, devido a sua característica de acumular “densidades técnicas e informacionais, ficando assim mais aptos a atrair atividades com maior conteúdo em capital, tecnologia e organização” (idem, p. 264). De maneira oposta, existem os espaços opacos, nos quais tais características estão ausentes, ou apresentam uma densidade bem inferior em relação ao primeiro.

Nesse sentido, algumas cidades apresentarão maior ou menor quantidade de funções e um papel diferente a desempenhar na rede urbana. Tais diferenciações estimularam alguns órgãos e instituições a empreenderem estudos balizadores das novas dinâmicas urbano-regional no Brasil. Dentre esses estudos, merece destaque as pesquisas realizadas pelo IPEA, juntamente com o IBGE e o Nesur/IE/Unicamp (2002), denominada “Caracterização e Tendências da Rede Urbana do Brasil”. Esse estudo objetivou caracterizar a rede urbana brasileira no final dos anos 1990, dividindo-se sua análise em três vertentes gerais: os processos econômicos estruturadores da rede urbana do Brasil; os processos econômicos regionais e seus impactos na constituição da rede de cidades em cada região brasileira; e os processos característicos por tipologia da rede urbana (tamanho, forma e função) no país e por macrorregião, apontando que a urbanização brasileira e o sistema urbano do país incorporaram as transformações espaciais da economia.

Ademais, esse estudo preconizou questões que seriam esclarecidas com a publicação da Região de Influência das Cidades 2007 (IBGE, 2008). Mais comumente conhecida como REGIC/2007, tal publicação deu continuidade à tradicional linha de pesquisa desenvolvida pelo IBGE nos anos anteriores (1972, 1987 e 2000), tendo como objetivo apresentar a atual configuração da rede urbana brasileira, de maneira a auxiliar o planejamento governamental e empresarial, fornecendo informações que facilitassem a tomada de decisões quanto à localização espacial das atividades econômicas de produção, dos equipamentos de consumo privado e coletivo, além de esclarecer alguns padrões espaciais vigentes.

Uma característica comum nas edições da REGIC é que todas foram operacionalizadas com base em um rol de bens e serviços que, uma vez mensurados o volume e a origem da procura, explicam a diferenciação entre as localidades centrais e oferecem condições para criar a escala hierárquica dos centros urbanos. Para tanto, o estudo dividiu a rede urbana em uma arquitetura construída pelos diversos órgãos do Estado e pelas sedes de empresas privadas, tendo as cidades como substrato sobre o qual atuam as políticas públicas e os agentes sociais e econômicos que compõem a sociedade.

Para o IBGE, com base no entendimento de Corrêa (1996), para compreender o desenho da rede urbana e o padrão hierárquico das localidades centrais deve-se, primeiramente, identificar os centros de gestão do território, já que na rede coexistem redes hierárquicas e redes não hierárquicas. A diferença reside no fato de que os centros de gestão do território caracterizam-se “por ser um centro onde tomam-se decisões e fazem-se investimentos de capital que afetam direta e indiretamente amplo espaço. Controlando assim a organização espacial de um dado espaço, influenciando a gênese e a dinâmica produtiva [...]” (CORREA, 1996, p. 25). Já as demais cidades mantêm “relações horizontais, de complementaridade, que podem ser definidas pela especialização produtiva, pela divisão funcional de atividades, e pela oferta diferencial de serviços.” (IBGE, 2008, p. 9).

De acordo com a pesquisa de 2007, os municípios do Brasil foram classificados em cinco níveis hierárquicos, na seguinte ordem decrescente: Metrôpoles, Capitais Regionais, Centros Sub-Regionais, Centros de Zona e Centros Locais, cada uma delas subdividida em dois e até três sub-níveis. Tal classificação “privilegiou-se a função da gestão do território, avaliando os níveis de centralidade do Poder Executivo e do Judiciário no nível federal, e de centralidade empresarial, bem como a presença de diferentes equipamentos e serviços.” (IBGE, 2008, p. 11). Já para delimitar a área de influência de cada centro urbano observou-se a intensidade dos fluxos entre as cidades, o que corresponde aos deslocamentos efetuados por pessoas em busca de bens e serviços.

Diante dessas considerações, pode-se observar a composição da rede urbana goiana, estabelecida pela dinâmica territorial de Goiânia, sintetizada na figura 1.

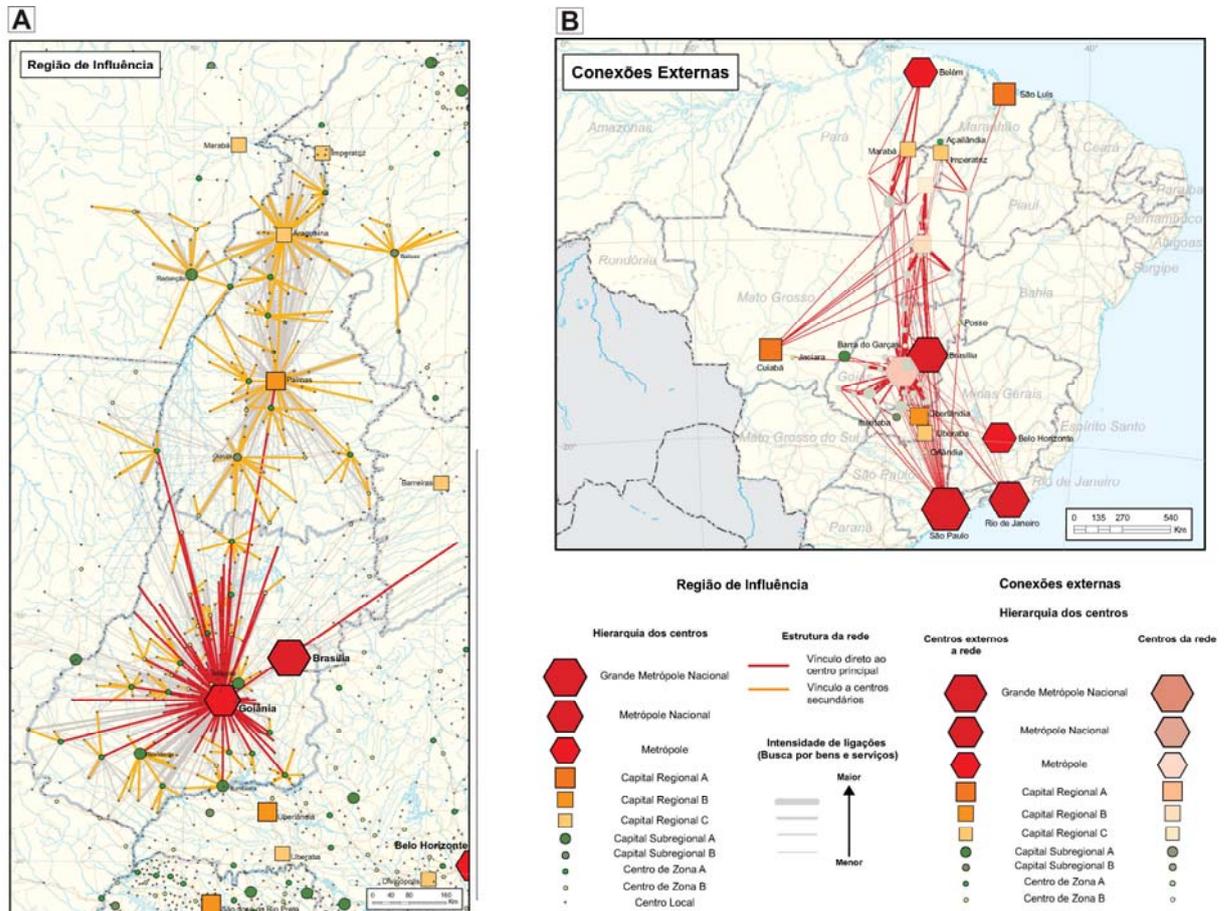


Figura 1 – Região de influência de Goiânia e suas conexões externas – 2007. (A) Goiânia: região de influência; e (B) Goiânia: conexões externas.

Adaptado do mapa disponível em REGIC/IBGE/2007 (IBGE, 2008, p. 85 e 97).

O IBGE classifica o município de Goiânia como Metrôpole de nível C e sua área de influência abrange boa parte do território goiano, porção nordeste do Mato Grosso, Oeste Baiano, sul do Maranhão, sudeste do Pará e uma considerável parte do território tocantinense. A capital goiana polariza 363 municípios abrangendo 3,48% da população brasileira de 2007, bem como 2,80% do PIB total brasileiro de 2005. Ademais, a cidade se destaca “pelas relações de controle e comando sobre centros de nível inferior, ao propagar decisões, determinar relações e destinar investimentos, especialmente pelas ligações da gestão federal e empresarial.” (IBGE, 2008, p. 15).

Nota-se que a dinâmica territorial de Goiás está praticamente concentrada no município de Goiânia, uma vez que, por ela sediar o poder político e administrativo estadual, também abriga várias unidades de comércio (*shopping center*, hipermercados, lojas de

vestuários, concessionárias de veículos, etc.) e de serviços (agências bancárias, hospitais e clínicas médicas, cinemas, etc.).

Outra informação que se depreende dessa pesquisa do IBGE (2008), se refere ao nível de relacionamento com outros centros urbanos, ou seja, ao número de vezes em que o centro foi citado a partir de parâmetros como destino dos transportes coletivos, deslocamentos para compras, lazer, frequência em cursos superiores, e aqueles direcionados aos serviços de saúde, objeto de nossa pesquisa. De uma escala que vai do maior ao menor em seis níveis hierárquicos³, Goiânia apresenta-se no segundo nível, com exceção dos deslocamentos para lazer e para serviços de saúde que colocam a capital no primeiro nível como destino para essas motivações.

Ao detalhar os deslocamentos em busca de serviços de saúde avaliados pela REGIC 2007 (IBGE, 2008), nota-se que apenas quatro metrópoles atingiram o nível máximo, a saber, Goiânia, Belo Horizonte, Salvador e Terezinha. A pesquisa revela, ainda, uma predominância de fluxos longos, em média 108 km, representados por deslocamentos para tratamento de maior nível de especialização hospitalar, enquanto para consultas médicas os deslocamentos são relativamente curtos, corroborando a pesquisa de Oliveira *et al.* (2004), que afirma que os serviços de saúde de uso mais frequente estão disponíveis em praticamente todo o território nacional.

Para os pesquisadores do IBGE, tal padrão de deslocamento reflete as desigualdades regionais, acompanhando a organização da rede urbana brasileira. Nos estados da Região Sul e Sudeste, onde os serviços de saúde se encontram distribuídos de forma mais dispersa predominam deslocamentos mais curtos, diferentemente do que ocorre na Região Norte, parte do Centro-Oeste e do Nordeste, onde os serviços de saúde são ofertados em centros específicos e, portanto os fluxos são mais longos.

Nota-se que, em termos de planejamento, mensurar o grau de centralidade de uma cidade torna-se viável, uma vez que permite “subsidiar decisões quanto à localização de atividades econômicas e de geração de outros estudos que conduzam à compreensão das estruturas territoriais frutificadas pelos diferentes processos que ocorrem na sociedade” (IBGE, 2000b, p. 12). Com base nessas considerações, pretende-se identificar e analisar espacialmente a rede urbana na oferta de serviços de saúde pública para o estado de Goiás.

³ De acordo com a REGIC/2007 (IBGE, 2008), os níveis de centralidade para os setores de comércio e serviços são: máxima diversidade; diversidade muito elevada; elevada; intermediária; baixa e muito baixa.

2.2 A SAÚDE COMO ELEMENTO DA CENTRALIDADE

Como já explanado anteriormente, cada cidade apresenta um padrão de centralidade, dada sua capacidade de oferecer serviços e equipamentos urbanos, estando o espaço urbano em constante processo de reestruturação como consequência das transformações econômicas, sociais e políticas da sociedade. Dessa maneira, identificamos a formação de centralidades pelo tecido urbano, constituídas pela concentração de atividades produtivas diversificadas, infraestrutura e convergência/divergências de pessoas, bens e informações.

Ressalta-se que a concentração de atividades, fluxos de pessoas, capital e informação em uma dada área do território são elementos que fomentam a (des)concentração territorial urbana, configurando, assim, novas centralidades. Para Spósito (1998), a expressão completa desse processo é a diversificação das expressões da centralidade, uma vez que novas formas de comércio e de serviços promovem novos fluxos entre cidades de diferentes tamanhos.

Nesse contexto, concordamos com Melazzo (2012, p. 207) quando ele afirma que

A presença, estruturação e diversificação de serviços relacionados à área da saúde constituem, cada vez mais, importantes parâmetros de avaliação da dinâmica econômica de uma localidade, dada a sua capacidade de conferir centralidade aos lugares que os fornecem.

Focando a concentração de serviços de saúde, há um consenso de que é nas cidades que as pessoas procurarão serviços médicos ou recorrerão a serviços de urgência e de maior complexidade. Entretanto, não se trata de qualquer cidade. A instalação de equipamentos de saúde pública depende, diretamente, da capacidade de atração regional das cidades. Difícil pensar, por exemplo, que uma cidade de vinte mil habitantes possa abrigar o mesmo número de equipamentos que uma cidade de duzentos mil habitantes. Deseja-se mostrar, desse modo, que essa lógica serve tanto para os estabelecimentos públicos de saúde, quanto para os privados. Acerca disso, Mendes (2002) esclarece que a centralidade de um município está vinculada à existência física dos equipamentos de saúde em seu território.

A seguir, analisa-se a centralidade intraurbana e regional promovida pelos serviços de saúde ofertados pelo município de Goiânia. Como exposto no Quadro 1, é bastante ampla e diversificada a rede de atenção à saúde, constituída de unidades públicas e privadas que oferecem atendimento geral e especializado. Essa oferta de serviços médico-hospitalares faz com que esse espaço urbano se singularize frente aos demais municípios, atraindo pessoas com os mais variados objetivos e necessidades.

Tipo de estabelecimento	Definição	Quantidade	(%) em relação ao total do estado
Centro de Atendimento Psicossocial	São unidades de atendimento intensivo e diário aos portadores de sofrimento psíquico grave, constituindo uma alternativa ao modelo centrado no hospital psiquiátrico;	07	21,2%
Clínica Especializada	Clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência;	400	46,1%
Hospital Geral	Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência;	52	15,0%
Hospital Especializado	Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área;	57	67,1%
Policlínica	Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas;	95	55,6%
Pronto - Socorro Geral	Unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato;	1	7,7%
Unidade Básica de Saúde	Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nessas áreas.	100	8,9%
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	Unidades isoladas nas quais são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.	353	48,9%

Quadro 1 – Goiânia: principais estabelecimentos de saúde da rede SUS – 2010.

Fonte: Ministério da Saúde/CNES/SUS – 2010. Organizado pelo autor (2014).

Associado a isso, é extensa a rede de formação de recursos humanos nessa área, com destaque para a Universidade Federal de Goiás (UFG) e a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), que mantêm cursos de Medicina e seus respectivos hospitais universitários, além das demais instituições que oferecem cursos de enfermagem e outras especialidades na área da saúde.

Acerca desse fato, Melazzo (2012, p. 208) explica que essa “articulação entre esses dois tipos de serviços (educacionais e de saúde) permite sinergias positivas com vista à qualidade, à amplitude e ao alcance de ações, perspectivas de crescimento de capacidade de atendimento e projeção da cidade” para além da sua região imediata, servindo como referência para outras regiões de Goiás e outros estados.

Nessa direção, Goiânia assume, com destaque, a função de centro especializado em atendimentos médico-hospitalares junto à rede de saúde goiana. Basta observar alguns indicadores a respeito do nível de especialização dos serviços de saúde oferecidos na cidade. Informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mostram que Goiânia tinha 47 aparelhos de ultrassonografia⁴, apresentando um coeficiente de 3,60 por 100 mil habitantes; 25 aparelhos de mamografia⁵, sendo 1,92 para cada 100 mil habitantes; três aparelhos de ressonância magnética⁶, com coeficiente de 0,23 por 100 mil habitantes; 16 aparelhos de Tomografia Computadorizada⁷, com um coeficiente de 1,22 por 100 mil habitantes.

No entanto, considerando a relação entre o número de equipamentos existentes na cidade e o existente no estado, encontra-se uma medida da polarização expressa na capacidade de atendimentos a outros municípios. Em todo o estado, os aparelhos de ultrassonografia alcançaram coeficientes de 2,59 a cada 100 mil habitantes; os aparelhos de mamografia atingiram 1,11; os aparelhos de ressonância magnética, 0,18; e os aparelhos de Tomografia Computadorizada, 0,71. É preciso ressaltar que todos esses aparelhos possuem eficiência consolidada ao ampliar a resolutividade dos serviços de saúde, como o diagnóstico precoce de doenças como o câncer e o atendimento a paciente vítima de traumas (por exemplo: acidentes automobilísticos). Dessa maneira, é natural que se imagine um grande fluxo de pessoas de diferentes partes de Goiás, e até mesmo de outros estados, em busca de serviços especializados e exames na área médica se dirigindo à capital.

⁴ O grupo de equipamentos de ultrassom permite a visualização de estruturas profundas do corpo por meio de ondas ultrassônicas direcionadas ao interior dos tecidos (IBGE, 2010b, p. 164).

⁵ Aparelhos de Raio X utilizados para o exame preventivo e o diagnóstico precoce do câncer de mama (IBGE, 2010b, p. 158).

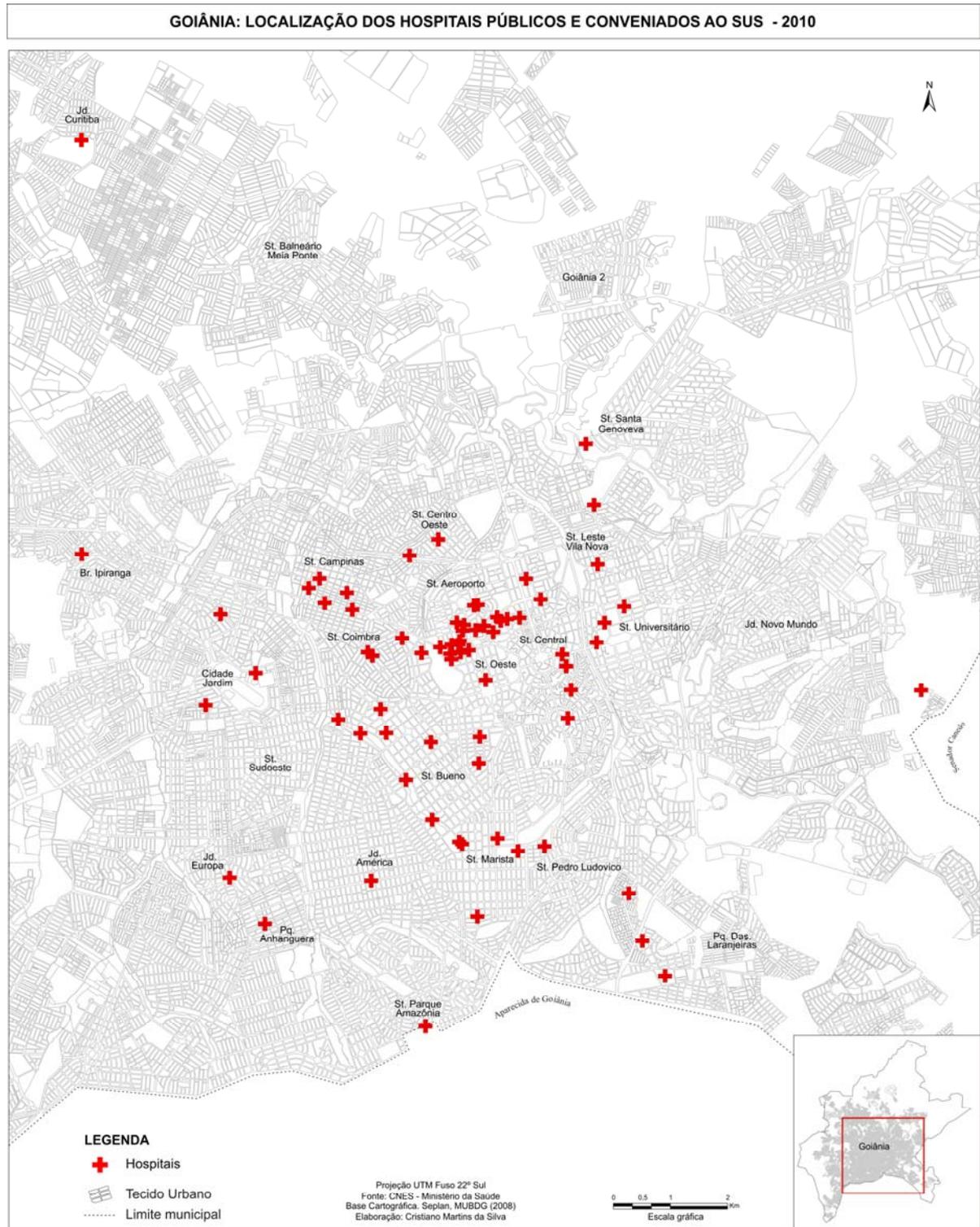
⁶ Aparelho utilizado para realizar exames de diagnóstico dos diferentes órgãos, por aparelho especial, computadorizado, do mesmo nome (IBGE, 2010b, p. 162).

⁷ Aparelho de Raio X com visualização de imagem em vídeo (IBGE, 2010b, p. 164).

Ao analisar-se a distribuição territorial dos hospitais em Goiânia para o ano da pesquisa (Mapa 1), nota-se uma grande concentração em dois setores do município: Aeroporto e Oeste, que, além de abrigar as diversas unidades clínicas e consultórios particulares, respondem por 34,6% dos hospitais com atendimento geral e especializado. Em termos quantitativos, é perceptível que há diferenciações de densidade da quantidade de prestadores de serviços de saúde no espaço intraurbano da capital, o que faz com que se infira dois aspectos: a) alta valorização imobiliária nesses bairros; e b) a diversidade de atividades funcionais que se instalam atraídas pelos prestadores de serviços médicos e aglutinação de fluxo intenso de pessoas.

Esse último aspecto pode ser percebido pela grande circulação de veículos automotores que transitam nas proximidades desses hospitais, principalmente nas primeiras horas do dia, momento em que os pacientes estão chegando para as consultas e os exames agendados. Geralmente, a concentração de veículos se dá tanto por veículos pequenos até ambulâncias e ônibus à espera de pacientes, principalmente aqueles vindo de cidades do interior. Nota-se que o ritmo de circulação de veículos e pessoas varia ao longo do dia, com uma grande intensidade na primeira parte da manhã e rarefazendo no início da tarde. Isso nos permite pensar em uma centralidade cambiante, que se constitui e se reconstitui continuamente, variando em intervalos de tempo, associando-se às considerações de Whitacker (2007) sobre o fato de a centralidade não se definir somente pelo que está fixo, mas encontrar nos fluxos sua maior expressão e elemento constitutivo.

Outra questão a se considerar é que a concentração significativa de serviços de saúde desses setores possibilitou que diversas atividades relacionadas direta ou indiretamente aos serviços prestados pelas clínicas e hospitais pudessem surgir em seus arredores. Ao se transitar pelos setores Aeroporto e Oeste, na capital goiana, nota-se que, além das unidades complementares (clínicas especializadas, consultórios médicos, laboratórios, etc.), existe uma rede de variados serviços comerciais, como farmácias, óticas, lanchonetes, restaurantes, estacionamento, ponto de táxi, hotéis e pensões, dentre outros. Acerca disso, Guimarães (2001) denomina essa gama de atividades existente como um “corredor sanitário”, que ora promove uma complementação desses serviços de saúde, ora uma competitividade.



Mapa 1 – Goiânia: localização dos hospitais públicos e conveniados ao SUS – 2010.

Fonte: Ministério da Saúde/CNES – 2010; e IBGE – 2010a; Prefeitura de Goiânia/MUBDG – 2008

Esse autor vê essa rede de serviços como um objeto técnico inserido no tecido urbano, que ocupam parcelas do solo, como seus equipamentos hospitalares, que cada vez mais estão articulados aos centros de produção e consumo urbano. Para ele, a rede de saúde pública não deve ser entendida como um dado, mas como um sistema interconectado que funciona por meio da circulação de pessoas, mercadorias ou informações:

Não se trata só de uma rede de equipamentos conectados, mas de um conjunto de atores sociais que a frequentam em busca de um objetivo ou para cumprir uma tarefa bem localizada territorialmente. Cada um desses atores (corpo técnico dos hospitais e unidades básicas de saúde, usuários dos serviços, lideranças das associações de moradores, entre outros) ocupa uma posição relativa, ou seja, um nó conectado na rede de saúde. (Idem, p. 157)

Para Sposito (1998), a distribuição dos equipamentos de saúde pela cidade poderia estar relacionada aos processos mais amplos de “multi(poli)centralidade”, uma vez que a instalação de um hospital de grande porte, público ou privado, não somente promove novos fluxos permanentes de pessoas, mas, também, faz com que haja outros processos como o desdobramento das atividades comerciais e de prestação de serviços associados à saúde nas áreas adjacentes.

Machado (2011), por sua vez, aponta que a concentração de atividades médico-hospitalares em alguns municípios tem como resultado um processo denominado de constituição e reconstituição contínua da centralidade intra e interurbana, uma vez que uma nova área central começa a centralizar fluxos intensos oriundos de todo município, ao mesmo tempo em que se verifica um aumento de fluxos originados de outras cidades. Sposito e Machado concordam que a centralidade não é somente uma questão de distribuição espacial das atividades e serviços, mas, fundamentalmente, uma relação entre as atividades, os usuários e as localizações, como é esclarecido por Sposito (2001, p. 238):

[...] essa redefinição não pode ser analisada apenas no plano da localização das atividades comerciais e de serviços, como já tem sido apontado por diferentes autores, mas deve ser estudada/analísada a partir das relações entre essa localização e os fluxos que ela gera e que a sustentam. Os fluxos permitem a apreensão da centralidade, porque é através dos nódulos de articulação da circulação intra e interurbana que ela se revela.

Isso implica dizer que a quantidade de usuários, bem como a quantidade e a qualidade de serviços de saúde pública, concorre para a formação de centralidades no espaço urbano. Dessa forma, além de avaliar a mobilidade dos usuários do sistema público de saúde em Goiás, nossa perspectiva é a de analisar os fluxos que sustentam essa centralidade por meio do

que está fixo, ou seja, os equipamentos de saúde que atendem à rede pública especializados pelo estado.

2.3 A ESPACIALIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

O sistema de saúde público brasileiro, instituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ao seguir os preceitos da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1998), estabelece que os serviços de cuidado à saúde devam constituir-se em uma rede hierarquizada e regionalizada, na qual, pela utilização dos três níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade), se permita que cada usuário receba o atendimento pertinente a sua necessidade médica. Assim, para compreender-se melhor a configuração dos serviços e do atendimento em saúde ofertados pelo SUS, se faz necessário apresentar as definições oficialmente adotadas pelo Ministério da Saúde sobre esses três níveis de atenção.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006, a atenção básica define-se como

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2007, p. 12).

Dessa maneira, a atenção básica de saúde é o primeiro nível de atendimento à saúde no SUS. Considerada a “porta de entrada” do sistema por ser o contato preferencial dos usuários, é composta pelos postos, centros de saúde e unidades básicas de atendimento, que oferecem serviços ambulatoriais nas áreas de promoção da saúde (por exemplo: pediatria, cuidados pré-natais, vacinação) e prevenção de doenças (por exemplo: hipertensão, diabetes, câncer), funcionando, essencialmente, com base em quatro áreas do atendimento médico-ambulatorial: pediatria, ginecologia, clínica médica e medicina social.

Por agregar baixa densidade tecnológica, a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender a maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade e, portanto, deverão ser encontrados na grande maioria dos municípios. No entanto, considerando que o atendimento à saúde pública brasileira se

caracteriza por um sistema articulado entre as unidades, no qual o acesso é nominal e continuado, se pressupõe que os usuários sejam encaminhados e atendidos em unidades mais complexas do sistema quando necessário (por exemplo, hospitais e clínicas especializadas).

Por outro lado, o Ministério da Saúde define a média complexidade em saúde conforme se segue:

A Atenção de Média Complexidade (MC) – compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

[...] os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnóstico; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia. (BRASIL, 2001, p. 41)

Já a alta complexidade é assim definida:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida. (BRASIL, 2009, p. 32-33)

Em relação à concepção de média e alta complexidade, Pires *et al.* (2010) denunciam que a legislação do Ministério da Saúde é pouco clara, redundante e apresenta alguns equívocos. Para esses autores, a pouca consistência conceitual é perceptível no destaque especial dado aos altos custos dos procedimentos, afirmando que se basear exclusivamente na racionalidade econômica para organizar os serviços de saúde é erroneamente insuficiente, tendo em vista as imensas desigualdades sociais e territoriais do Brasil.

A respeito dessa hierarquização no atendimento à saúde, devemos atentar para a ressalva apresentada por Almeida (2005) ao se referir ao nível de atenção primário como objetos banais da saúde, com menos capacidade tecnológica agregada e que, de forma geral, são mais abundantes e se encontram mais dispersos no território brasileiro. Enquanto isso, os estabelecimentos de atendimento de média e alta complexidade corresponderiam aos objetos raros, com incorporação de tecnologia avançada e distribuição mais concentrada.

Assim, os procedimentos de média e alta complexidade, que envolvem maiores custos, profissionais especializados, recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, se encontram em alguns municípios, influenciando os usuários do serviço público a se deslocarem em busca de atendimento para algumas especialidades, como hemodiálise, tratamento do câncer e traumatologia. Tal narrativa é compartilhada por Mendes (2002, p. 6), ao afirmar que:

Em geral, os serviços de atenção primária à saúde, devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, tendem a ser concentrados.

Nota-se que a instalação de serviços hospitalares que exigem alta tecnologia e alto custo torna-se inviável em todos os municípios, seja pelo alto custo para sua manutenção, seja pelas condições para seu pleno funcionamento, ou mesmo das necessidades epidemiológicas da população. Isso ocorre porque a instalação de alguns serviços médico-hospitalares exige a associação de outros serviços que darão suporte ao seu funcionamento. Desse modo, as Normas Operacionais Básicas (NOB 01/93; NOB 01/96 e NOB 01/2001) preconizam que a prioridade da gestão municipal é ofertar serviços de atenção básica em condições plenas e eficazes, enquanto a assistência médica e ambulatorial de média e alta complexidade dependerá do grau de descentralização presente na gestão estadual.

Em outras palavras, para que um município possa ofertar serviços de média e alta complexidade, é necessário que ele participe do sistema de Gestão Plena do Sistema Municipal, podendo ter plena capacidade gestora em sua função de contratação, regulação, controle, auditoria e avaliação de serviços, além de gozar das seguintes prerrogativas: a) receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde (FMS), o montante total de recursos federais correspondentes ao limite financeiro programado para o município; b) transferir e regular os recursos referentes ao valor *per capita* para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e a população dos municípios

abrangidos; e c) gerir o conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas, estabelecidas no território municipal.

Para tanto, uma das prerrogativas para que os municípios assumam a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal é disporem de uma rede assistencial capaz de ofertar, além do elenco de procedimentos de atenção básica, um conjunto mínimo de média complexidade e, também, consiga atender satisfatoriamente, em seu território, à população local e à população encaminhada (referenciada) de outros municípios. Outro requisito incorporado à habilitação de um município compreende a presença de “laboratório de patologia clínica; radiologia simples; ultrassonografia obstétrica; primeiro nível de atendimento a distúrbios psicossociais; fisioterapia; algumas ações de odontologia especializada; pequenas cirurgias ambulatoriais ginecológicas; e leitos hospitalares.” (BRASIL, 2001, p. 27).

No entanto, para Pestana e Mendes (2004), do ponto de vista entre a descentralização e a eficiência, a operacionalização promovida está conduzindo ao que eles denominam de “municipalização autárquica”, uma vez que a visão proposta reflete uma “lógica política de investimentos em serviços de saúde onde o importante é dispor do maior número de unidades de saúde no território municipal, especialmente os equipamentos de maior visibilidade política, os hospitais.” (PESTANA; MENDES, 2004, p. 30).

Outro paradigma verificado diz respeito à forma de habilitação do município. Mesmo que as normas operacionais básicas do SUS tenham norteado e impulsionado esse processo de descentralização, transferindo o poder decisório do financiamento e da gestão do sistema de saúde do âmbito nacional para o municipal, ainda existe (e resiste) uma lógica de distribuição territorial de serviços vinculada à capacidade de oferta já instalada, mantendo a concentração de recursos nas regiões mais desenvolvidas. Isso significa que a habilitação de um município junto ao Ministério da Saúde será balizada pelos tipos de estabelecimentos e equipamentos de saúde que já existem em seu território.

Ao se analisar a dispersão dos equipamentos de saúde no território, é possível correlacioná-la à afirmação de Santos (1977, p. 4) de que a localização dos homens, das atividades e das coisas no espaço expressa-se pelo embate entre a nova forma de produção e a velha forma de produção e “tornam-se concretos sobre uma base territorial historicamente determinada”. Nesse contexto, estão de um lado as normas operacionais do SUS, tentando garantir e ampliar o acesso da população ao sistema de saúde vigente e, de outro, as heranças econômicas, sociais e políticas, que produziram seletividades territoriais na distribuição dos serviços de saúde. Como destaca Almeida (2005, p. 54) ao lembrar que “a segmentação dos

serviços de saúde e sua atual configuração não podem ser compreendidas sem considerarmos as profundas transformações ocorridas no uso do território brasileiro, que muda substancialmente com a difusão seletiva do meio técnico-científico”.

Para exemplificar, recorre-se ao que diz o Plano Diretor de Regionalização de Goiás de 2001, revisado em 2004 (PDR/GO) e elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde, obedecendo à proposta da NOAS-SUS 01/01⁸ (BRASIL, 2001). Segundo o PDR/GO (GOIÁS, 2004), dos 246 municípios goianos havia somente dezesseis habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal⁹, fazendo com que os atendimentos preferencialmente ocorressem nestes.

Se, por um lado, existe uma irrisória parcela de municípios habilitados para oferecer serviços de maior complexidade, por outro os serviços de atenção básica estão presentes em praticamente todos os municípios do estado. No entanto, observa-se que essa condição de qual município oferta ou não serviços de saúde pública de maior ou menor complexidade não é aleatória, uma vez que faz parte da estratégia de cada Secretaria Estadual de Saúde considerar as características demográficas, socioeconômicas, bem como a rede de saúde existente em cada município, seja ela pública ou privada.

Acerca disso, Almeida (2005) esclarece que a distribuição de equipamentos de saúde não é algo homogêneo e livre de intencionalidades, de modo que sob a esfera econômica existem lugares mais atrativos para os sistemas de saúde de maior complexidade, ao mesmo tempo em que os lugares menos atrativos rechaçam os sistemas mais complexos. A referida autora cita fatores como nível de renda da população, densidade demográfica, inserção dos trabalhadores no mercado formal de trabalho, dinamismo econômico dos lugares e grau de urbanização, como tentativa de se desvendar a relação que torna alguns lugares mais atrativos que outros. Assim, a Tabela 1 relaciona os municípios goianos dinamicamente mais e menos econômicos em relação ao nível de complexidade instalado.

⁸ A Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01) publicada na Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, define o Plano Diretor de Regionalização (PDR) “como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.” (BRASIL, 2001, p. 9).

⁹ Segundo o Plano Diretor de Regionalização de Goiás (GOIÁS, 2004), são os seguintes municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal: Goiânia, Cezarina, Inhumas, Aparecida de Goiânia, Luziânia, Alto Paraíso de Goiás, Uruaçu, Ceres, Goiás, Quirinópolis, Rio Verde, Jataí, Itumbiara, Goiatuba, Catalão, Pires do Rio.

Tabela 1 - Dinamismo econômico e social, segundo as cinco maiores e menores receitas municipais de Goiás, por nível de atenção – 2010.

Posição	Município	Receita Corrente Total (R\$ mil)*	População 2010	Total de Estabelecimentos de Saúde	Nível de Atendimento
Os melhores desempenhos					
1º	Goiânia	2.319.027	1.302.001	1.067	Alta Complexidade
2º	Anápolis	488.164	334.613	167	Alta Complexidade
3º	Aparecida de Goiânia	395.294	455.657	97	Alta Complexidade
4º	Rio Verde	347.882	176.424	164	Alta Complexidade
5º	Senador Canedo	218.429	84.443	43	Alta Complexidade
Os piores desempenhos					
241	Adelândia	6.938	2.477	2	Básica
242	Cachoeira de Goiás	6.799	1.417	1	Básica
243	Mimoso de Goiás	6.696	2.685	1	Básica
245	Anhanguera	6.696	1.020	1	Básica
246	Guarinos	6.552	2.299	1	Básica
Total do Estado		9.272.246	6.003.788	3.571	

*Engloba as receitas tributárias, de contribuição, patrimonial, industrial, agropecuária, de serviços, as transferências correntes, e as demais receitas correntes.

Fonte: IBGE/Censo Demográfico 2010a; Ministério da Saúde/CNES 2010 e IPEA/IPEADATA – 2010.

Elaboração: o autor/2014

Ao observar-se a tabela, fica evidente uma elevada concentração de estabelecimentos de saúde pública nos cinco municípios com maior receita e maior população, com destaque para Goiânia, que centraliza 29,8% de todos os estabelecimentos de saúde do estado, seguida por Anápolis (4,7%), Aparecida de Goiânia (2,7%), Rio Verde (4,6%) e Senador Canedo (1,2%), além de todos contarem com estrutura médico-hospitalar de Alta Complexidade. Tais municípios, entre outros aspectos, são os mais ricos, mais urbanizados e povoados do estado, além de abrigarem importantes segmentos agroindustriais, constituindo, portanto, lugares mais atrativos para a instalação de segmentos hospitalares públicos e privados.

Arrais (2008, p. 206) alerta para a diversidade municipal e a dificuldade em estabelecer uma política de ações equivalentes para todos os municípios, pautada na uniformidade, uma vez que, as “demandas financeiras dos governos municipais sofrem influência direta do perfil demográfico municipal”. Isso coopera para a ocorrência de dois

estabelecimentos de saúde em Adelândia e apenas um em Cachoeira de Goiás, Mimoso de Goiás, Anhanguera e Guarinos, todos eles prestadores de serviços de saúde em âmbito primário, como os encontrados nas unidades básicas de saúde.

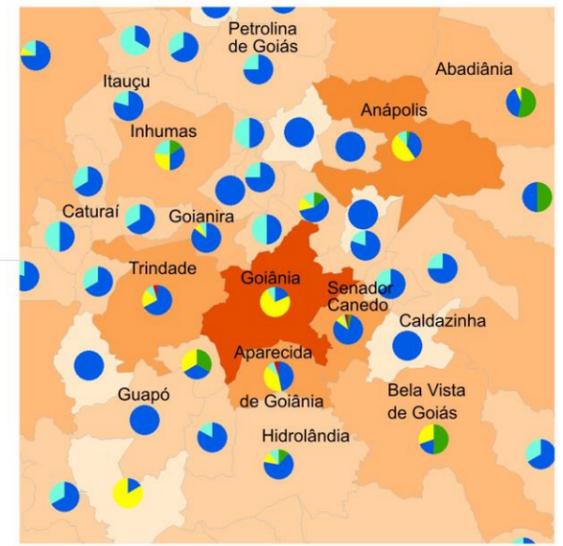
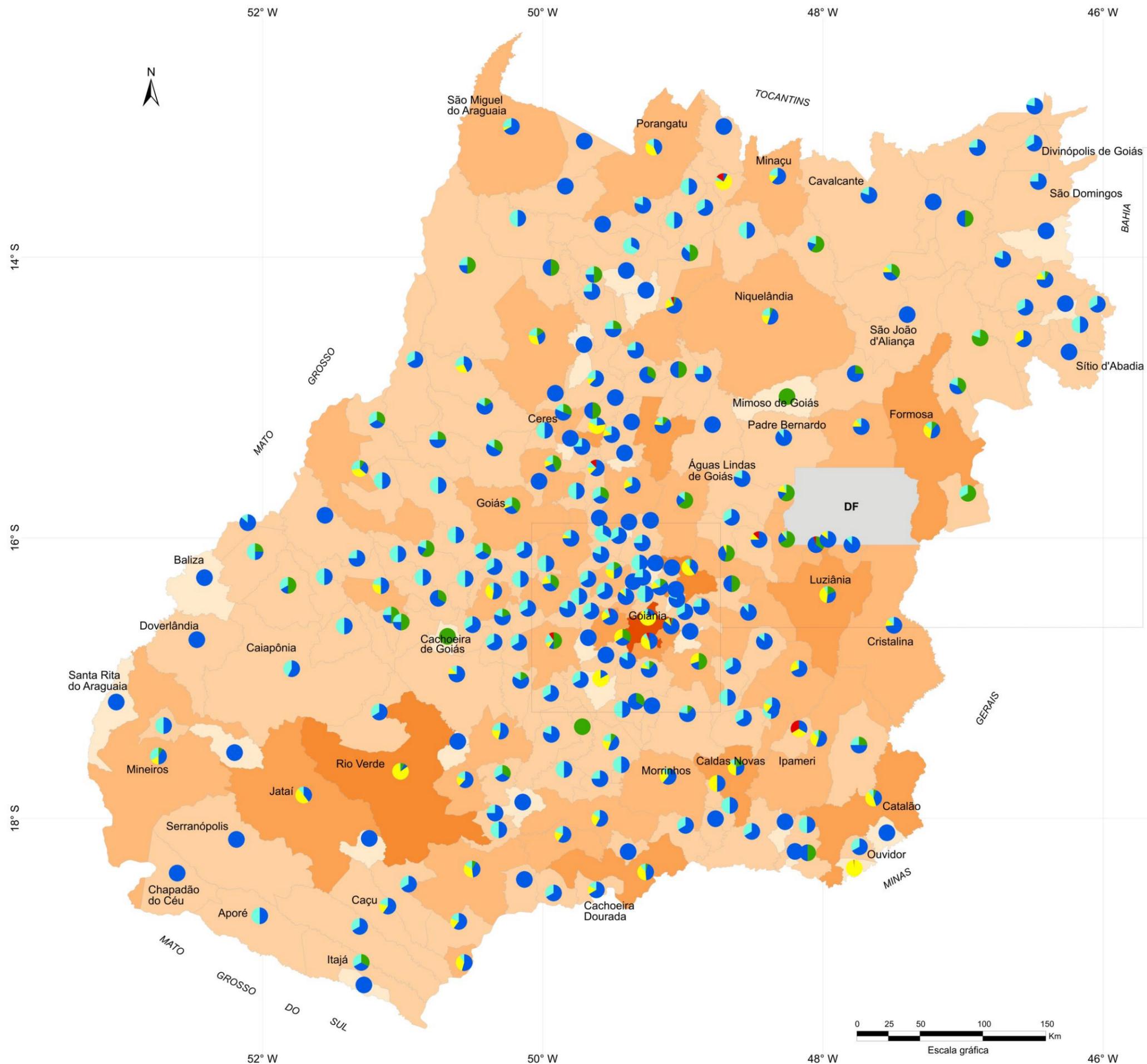
Esses resultados apontam para uma associação entre maior autonomia municipal e tamanho da população, uma vez que os municípios de maior porte populacional gozam, proporcionalmente, de mais independência para gerirem suas próprias políticas públicas. Já os municípios de pequeno porte dependem das receitas redistributivas, principalmente do Fundo de Participação dos Municípios, como comprovado por Arrais (2008), limitando suas condições a meros membros das redes federativas, e não como formuladores e financiadores de políticas próprias.

Deve-se atentar que a capacidade de um município em arrecadar receitas de sua própria competência – por exemplo, receitas tributárias: Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Serviços (ISS), ou depender das transferências constitucionais federais (por exemplo: FPM), reverbera em seu grau de autonomia, uma vez que, de acordo com Viana (2013), com exceção das receitas tributárias, os demais recursos não podem ser utilizados livremente pelos municípios.

Sobre esses apontamentos, Almeida (2005) conclui que o maior ou menor grau de autonomia dos municípios em relação à gestão das ações em saúde correlaciona-se às condições socioespaciais que eles apresentam. Nesse contexto, pode-se compreender como que “a diversidade territorial (demográfica, econômica e social)” (ARRAIS, 2008, p. 207) desempenhou uma função primordial no direcionamento das atividades ligadas à saúde, tanto no que se refere à tipologia quanto às condições dos lugares, interferindo na localização dos diferentes serviços. Para Almeida (2005, p. 231), a tipologia dos diferentes estabelecimentos de saúde “revela as contradições entre a abundância e a raridade que marcam a organização dos serviços de saúde em nosso país” e, também, pode ser observada no estado de Goiás, por meio do Mapa 2.

Além da expressiva concentração de estabelecimentos na capital goiana, como relatado anteriormente, a tipologia apresentada no Mapa 2 revela que todos os municípios do estado contam com algum tipo de estabelecimento de saúde, seja um Posto de Saúde, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou um hospital municipal, atendendo, dessa forma, à estratégia adotada pelo Ministério da Saúde de que os municípios brasileiros tenham condições de ofertar serviços de atenção primária à saúde, com unidades instaladas mais perto de onde as pessoas residem.

GOIÁS: TIPOLOGIA E QUANTIDADE DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DA REDE SUS - 2010



LEGENDA

Total de estabelecimentos de saúde por municípios

- 1.067
- 164 - 167
- 40 - 97
- 13 - 34
- 2 - 12
- 1

Estabelecimentos selecionados (%)

Posto de Saúde

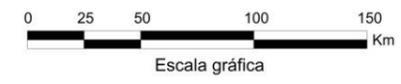
Unidade Básica de Saúde

Clínica Especializada

Hospital Geral

Pronto Socorro

Sistema de Coordenadas Geográficas
 Datum Horizontal: SAD-1969
 Fonte: IBGE/Malha Digital dos Municípios e Ministério da Saúde/CNES - 2010
 Elaboração: Cristiano Martins da Silva



De acordo com as informações disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde o estado de Goiás possuía 3.571 estabelecimentos de saúde¹⁰ em 2010. Desse total, 1.113 (31%) correspondiam às unidades básicas (UBS), já que elas constituem a porta de entrada do usuário com o SUS. Isso significa que, inicialmente, o usuário deverá ser atendido por esse tipo de estabelecimento de seu município. Nesse primeiro contato com a rede SUS, o atendimento médico se dará pelas especialidades básicas de saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Somente, após ser constatada a necessidade de assistência especializada e de maior complexidade o usuário será encaminhado (referenciado) para outra cidade que ofereça o atendimento.

Em relação aos serviços ofertados pelas unidades de atenção básica (Posto, Unidade Básica de Saúde, hospital municipal), devemos esclarecer que, apesar do baixo nível tecnológico encontrado nessas unidades, não devemos classificá-las como menos importante. Acerca disso, Mendes (2002) alerta que a proposta do Ministério da Saúde em organizar o atendimento à saúde em níveis hierárquicos pressupõe que a atenção primária é menos complexa ou importante que os procedimentos definidos como de média e alta complexidade. Isso não é correto, já que a “atenção primária à saúde exige um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades muito mais amplo que aqueles solicitados nos procedimentos de média e alta complexidade.” (Idem, p. 13).

Da mesma maneira, Starfield (2002) aponta que a terminologia “atenção básica” coopera para essa banalização, uma vez que o imaginário coletivo interpreta que o atendimento médico-ambulatorial ali prestado é insuficiente ou não oferece os serviços que precisa, o que fortalece o hospitalismo, visão político-ideológica que tem nos hospitais o “predomínio das ações curativas em detrimento das ações preventivas em saúde” (ALMEIDA, 2005, p. 62) e, conseqüentemente, faz surgirem filas e atendimentos desnecessários, em boa parte dos casos.

Outro agravante apontado por Mendes (2002) diz respeito à desvalorização relativa das ações de atenção primária à saúde por parte dos gestores municipais de saúde, que, na prática social, é interpretada como algo simples, que pode ser ofertado de qualquer forma e em quaisquer circunstâncias. Segundo o autor, é comum encontrar unidades de saúde instaladas em espaços improvisados, com equipes profissionais sem formação em saúde da

¹⁰ Para efeito desta pesquisa, considera-se estabelecimento de saúde a unidade “que presta assistência à saúde individual ou coletiva, com um mínimo de técnica apropriada, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para atendimento rotineiro à população, quer seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação [...]” (IBGE, 2010, p.155).

família, oferecendo serviços de baixa qualidade à população, como observado no município de Águas Lindas de Goiás, em que os serviços oferecidos pela UBS do bairro Águas Bonitas I (Figura 2), basicamente são: imunização, curativos, administração de medicamento, retirada de pontos, nebulização e verificação de pressão arterial.

Nota-se que não existem serviços especializados, como nutrição, psicologia, odontologia, exames laboratoriais, etc., que são realizados pelas empresas privadas conveniadas com o SUS, algo incompreensível segundo o entendimento de Starfield (2002). De acordo com a autora, as unidades em nível básico de atendimento, por serem consideradas portas de entrada da rede assistencial, deveriam resolver cerca de 80% dos problemas de saúde de uma população. Para isso, é preciso que haja uma atuação intersetorial nos campos da medicina, da psicologia, da biologia, da antropologia e da sociologia. Isso torna o nível básico de atendimento muito mais complexo que as ações catalogadas na NOAS SUS 01/02.



Figura 2 – Unidade Básica de Saúde em Águas Lindas de Goiás/Goiás.
Foto: o autor/2013.

Mesmo com as considerações apontadas por esses autores, as UBS estão presentes em 239 municípios goianos (97,2%), de modo que nos outros sete que não possuem UBS (Cabeceiras, Cachoeira de Goiás, Edealina, Flores de Goiás, Mimoso de Goiás, Porteirão e Vila Boa) existem postos de saúde ou hospital municipal (atendimento ambulatorial). No entanto, para os demais tipos de estabelecimentos de saúde. Encontra-se uma diferenciação significativa, como os Prontos-socorros, unidades imprescindíveis no atendimento a pacientes que necessitam de atendimento imediato com risco de vida e somam treze em todo o estado, presentes em apenas dez municípios, a saber: Alexânia (1), Anápolis (1), Aparecida de

Goiânia (3), Goiânia (1), Novo Gama (1), Palmeira de Goiás (1), Senador Canedo (1), Trindade (1) Uruaçu (1) e Uruana (1).

Contudo, a classificação de alguns dos estabelecimentos de saúde estabelecida pelo Ministério da Saúde é aparentemente paradoxal. Por exemplo, na Figura 3 se pode observar a estrutura física de hospitais de grande porte, como o Hospital Geral de Goiânia (HGG) e o Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia (HUAPA). Naturalmente, eles serão correlacionados com unidades de pronto-socorro, ao contrário de alguns estabelecimentos, que mais se assemelham a unidades básicas de saúde, como o Ambulatório 24 Horas, em Novo Gama e no Cais Garavelo, em Aparecida de Goiânia, que configuram no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES, 2010) como unidades de pronto-socorro.



Figura 3 – Exemplo de unidades de pronto-socorro instaladas nos municípios goianos – 2010. (a) Hospital de Urgências de Goiânia; (b) Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia; (c) Ambulatório 24 horas no município de Novo Gama/GO; (d) Cais Garavelo, em Aparecida de Goiânia. Foto: o autor /2013.

Dessa forma, é fácil entender porque Aparecida de Goiânia tem três vezes o número de prontos-socorros da capital estadual, já que para o Ministério da Saúde uma unidade que ofereça serviço de urgência ambulatorial sem leitos para internação pode ser enquadrada como unidade de pronto atendimento de urgência. Além disso, tal comparação nos induz a crer que existe uma significativa diferenciação na qualidade de atendimento prestado por

outras unidades de urgência ambulatorial, quando comparadas a estabelecimentos hospitalares que dispõem de recursos mais avançados na manutenção da vida, como salas cirúrgicas, salas de reanimação, unidades de tratamento intensivo, dentre outros.

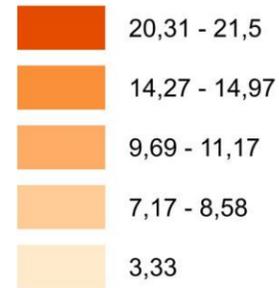
Com relação ao número e à distribuição dos hospitais gerais e das clínicas especializadas, observa-se que o mesmo processo de rarefação e acumulação dos serviços de saúde se reproduz, visto que o município de Goiânia exerce, novamente, uma centralidade de primeira ordem em relação a esses tipos de estabelecimentos. Em 2010, dos 347 hospitais gerais instalados no estado, a capital concentrou 52 (15%). Entre os municípios restantes, somente seis somavam mais de cinco estabelecimentos, a saber, Anápolis (12), Inhumas (6), Aparecida de Goiânia (5), Ceres (5), Formosa (5), Goianésia (5) e Itumbiara (5). Já os outros 173 municípios possuíam menos de cinco unidades instaladas e somaram, juntos, 277 (79,8%) hospitais gerais.

Aparentemente, a presença de pelo menos um hospital geral em mais de 70% dos municípios colocaria a rede assistencial de saúde do estado em uma posição confortável. Contudo, como apontado anteriormente, a habilitação proposta pelo Ministério da Saúde é passível de ambiguidades, uma vez que, na escala municipal, a presença física desse tipo de estabelecimento não implica em resolutividade no atendimento, pois a infraestrutura e a presença de aparelhos médicos básicos (Raio X, Ultrassom, Tomógrafo, Mamógrafo), dentre outros fatores, lhes diferenciam das demais unidades de atendimento.

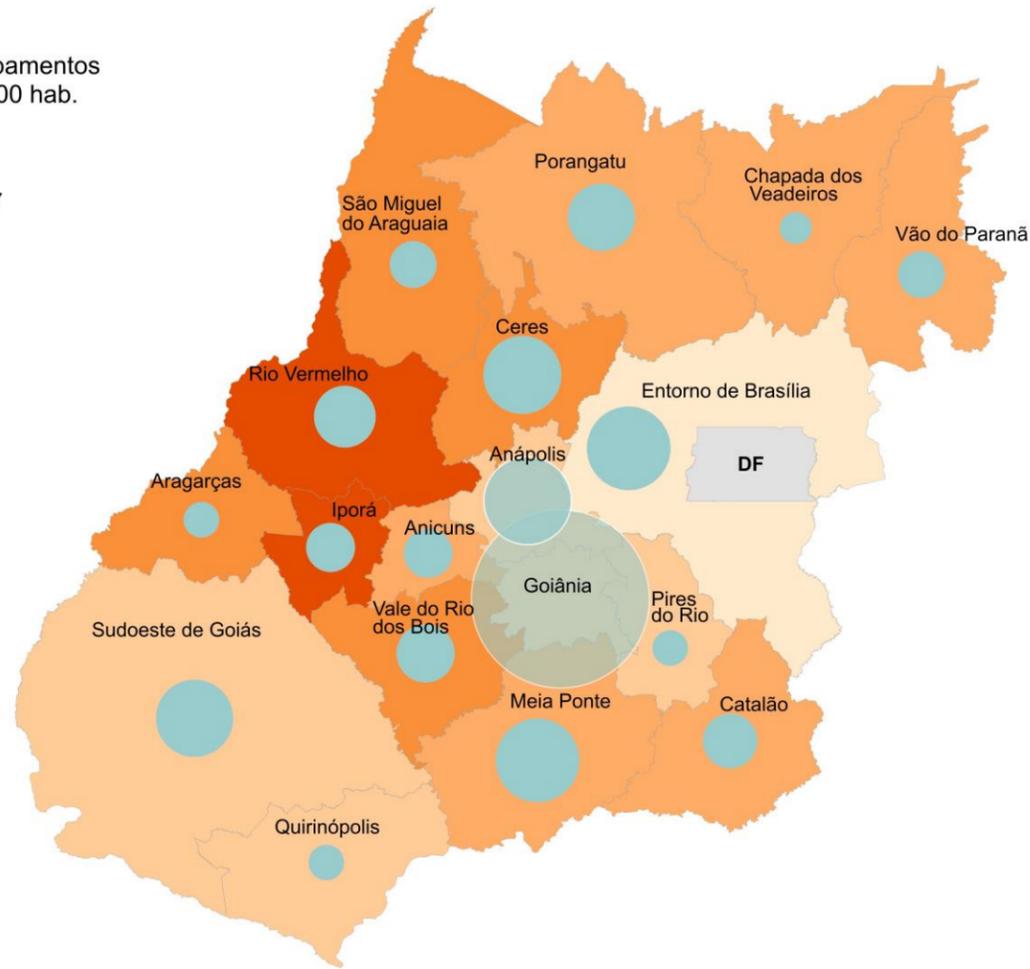
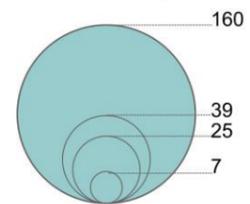
Desse modo, os equipamentos hospitalares selecionados no Mapa 3 reforçam o argumento proposto por Almeida (2005, p. 257) de que “a análise da distribuição dos equipamentos de diagnósticos no território é mais um dado revelador das enormes disparidades encontradas nos serviços de saúde e das relações intrínsecas com os lugares”. Para tanto, opta-se pela escala microrregional do IBGE, por ser mais uniforme e apresentar a possibilidade de cada microrregião ter pelo menos um município-polo, o que poderia representar a possibilidade de referência para o acesso aos equipamentos hospitalares de diagnóstico, que, de acordo com sua complexidade tecnológica, não poderiam estar presentes em todos os municípios.

GOIÁS: DISTRIBUIÇÃO DA TAXA DE OFERTA E DO NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM SELECIONADOS NA REDE SUS, POR MICRORREGIÕES - 2010

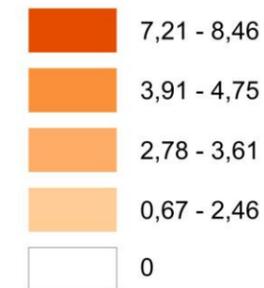
Taxa de oferta de equipamentos de raio X a cada 100.000 hab.



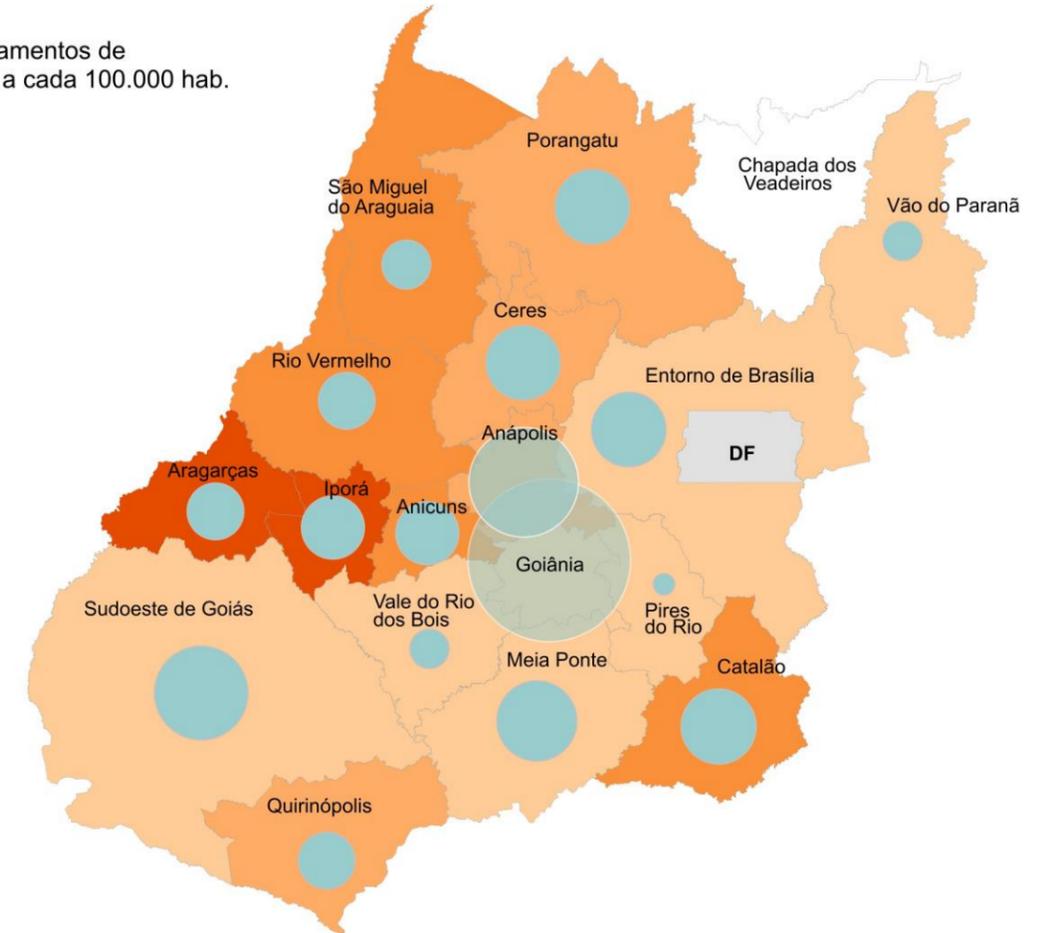
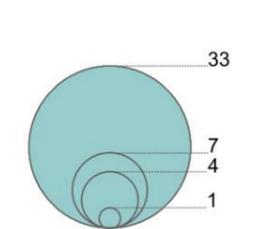
Número de aparelhos



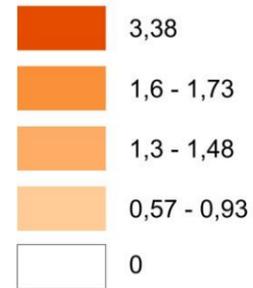
Taxa de oferta de equipamentos de ultrassom convencional a cada 100.000 hab.



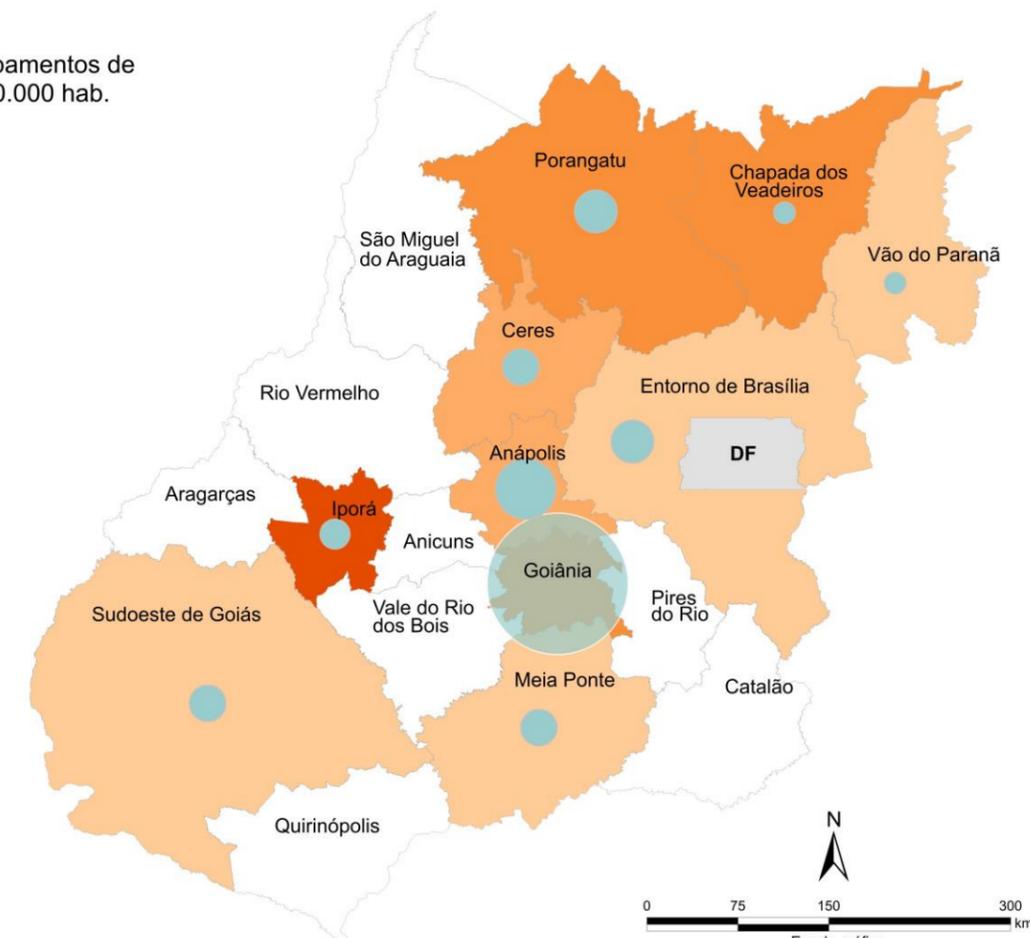
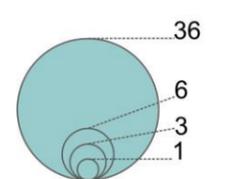
Número de aparelhos



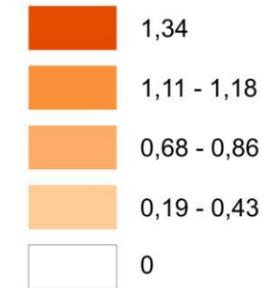
Taxa de oferta de equipamentos de mamografia a cada 100.000 hab.



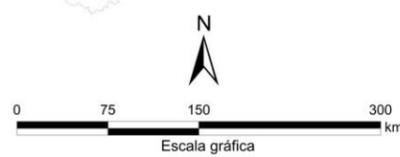
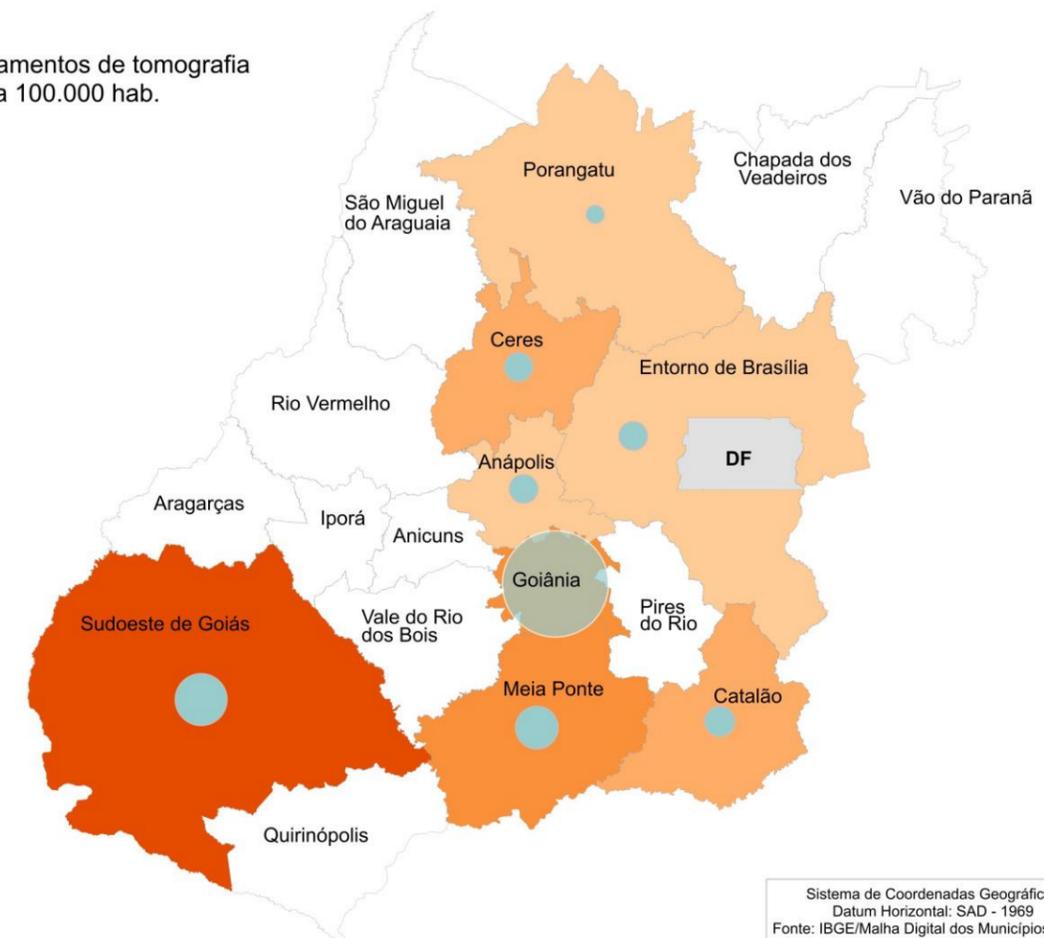
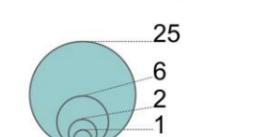
Número de aparelhos



Taxa de oferta de equipamentos de tomografia computadorizada a cada 100.000 hab.



Número de aparelhos



Em 2010, o estado de Goiás contava com 722 equipamentos de diagnóstico por imagem dentre os selecionados para esta pesquisa. O Raio X (raio X até 100mA, raio X de 100 a 500mA, Raio X mais de 500mA) representou 67,5% do conjunto desses equipamentos, enquanto o ultrassom ecógrafo, 17,3%; o mamógrafo, 9,3% e o tomógrafo computadorizado, 5,9%. Essas diferentes representações são proporcionais ao nível tecnológico e ao custo que cada equipamento possui, de maneira que se observaram grandes desigualdades regionais na oferta de equipamentos de tecnologia mais avançada, como os tomógrafos e os mamógrafos. Os aparelhos de Raio X estão presentes em todas as microrregiões do estado, os aparelhos de tomografia e mamografia se encontram em 44,4% e 55,6% das microrregiões, respectivamente. Isso nos permite afirmar que cerca de 140.000 mulheres acima dos 40 anos de idade (IBGE, 2010a), que residem nas regiões de Anicuns, Aragarças, Catalão, Pires do Rio, Quirinópolis, Rio Vermelho, São Miguel do Araguaia e Vale do Rio dos Bois não terão acesso ao exame de mamografia em seu município de residência. De acordo com Lima- Costa e Matos (2007), o câncer de mama é a principal causa de morte por neoplasias entre adultas brasileiras, podendo ser reduzidas quando o tumor é descoberto precocemente, sendo a mamografia o instrumento mais efetivo para diagnóstico precoce desse tumor.

Em termos absolutos, a microrregião de Goiânia apresentou o maior número de equipamentos de diagnósticos por imagem selecionados para esta pesquisa, com um percentual de 35,2% em relação às demais microrregiões, fato explicado ao considerar o adensamento tecnológico e os recursos financeiros disponíveis para essa região. O menor número de equipamentos avaliados nesta pesquisa foi nas microrregiões de Aragarças, Quirinópolis, Pires do Rio e Chapada dos Veadeiros, com 1,6%, 1,6%, 1,2% e 1,1% em relação ao total, respectivamente.

A observação do Mapa 3 ainda permite discutir a heterogeneidade a partir da distribuição relativa em relação ao total de habitantes de cada região, comparando as taxas de oferta de equipamentos selecionados para o ano de 2010. Ao se considerar os equipamentos menos sofisticados, como o Raio X e o ultrassom convencional, nota-se que eles apresentam as maiores taxas de oferta, apesar do baixo número encontrado em algumas regiões do estado. A maior oferta de aparelhos de Raio X foi registrada nas regiões do Rio Vermelho (21,5), Iporá (20,31) e Vale do Rio dos Bois (14,97). Já o Entorno de Brasília configurou-se como a menor taxa de oferta, com 3,33 por 100.000 habitantes. Para os aparelhos de ultrassom, o maior indicador encontrado foi na região de Iporá (8,46), Aragarças (7,21) e Catalão (4,75). Por sua vez, as regiões de Goiânia, Pires do Rio e Entorno de Brasília tiveram as menores taxas de oferta do estado, com 1,56; 1,07 e 0,67, nessa ordem.

Por outro lado, os aparelhos de tomografia computadorizada e de mamografia apresentaram a maior distribuição desigual da oferta por região somente três conseguiram ultrapassar o coeficiente de um tomógrafo a cada 100.000 habitantes: Sudoeste de Goiás (1,34); Goiânia (1,18) e Meia Ponte (1,11), sendo a menor taxa registrada, mais uma vez, a do Entorno de Brasília, com 0,19 tomógrafos a cada 100.000 habitantes. Os aparelhos de mamografia, eles apresentaram uma distribuição menos acentuada que os tomógrafos, com mais destaque à região de Iporá, com uma taxa de oferta de 3,38 aparelhos a cada 100.000 habitantes, seguida de Porangatu (1,73), Goiânia (1,7) e Chapada dos Veadeiros (1,6).

Diante desses números, a região do Entorno de Brasília desperta atenção ao apresentar a menor taxa de oferta em todos os equipamentos selecionados. Além disso, tornou-se a segunda microrregião mais populosa do estado de Goiás, com 1.052.411 habitantes (17,5%), de acordo com o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010a), concentrando também os maiores problemas sociais decorrentes das aglomerações desordenadas: pobreza, desemprego, déficit de serviços de saúde, educação, saneamento básico e altíssimos índices de violência.

Outro fator que deve ser incorporado nesta análise são as clínicas especializadas, que prestam um serviço tão ou mais importante que os hospitais que possuem carência de profissionais especializados e tem sua função complementada por tais clínicas. Isso se deve à diversidade de serviços clínico-ambulatoriais oferecidas por esse tipo de estabelecimento, desde as sessões de hemodiálise e quimioterapia à consulta com médicos especialistas em clínica geral; cardiologia; pediatria; ginecologia; dermatologia; otorrinolaringologista; urologia; mastologia; oftalmologia; entre várias outras. O aspecto quantitativo da produção ambulatorial de Goiás, para o ano de 2010, demonstra o peso desse tipo de estabelecimento, já que as clínicas especializadas foram responsáveis por cerca de um terço do total de procedimentos contabilizados, ficando atrás somente das unidades básicas de saúde e dos hospitais gerais, de acordo com o Sistema de Informação Ambulatorial do Ministério da Saúde (SIA/SUS, 2010).

Do ponto de vista absoluto, as clínicas especializadas somaram 868 unidades, sendo Goiânia, Rio Verde e Anápolis os municípios com maior concentração absoluta, com 400, 120 e 55 estabelecimentos desse tipo, nessa ordem. No entanto, observando a distribuição relativa no território goiano em relação ao total de estabelecimentos de saúde por município, Rio Verde aparece em primeiro lugar, com 73,2%, seguido de Rio Quente (50%); Jataí (46,3%), Goiânia (37,5%) e Ceres (37,2%). Tal preponderância das clínicas especializadas sobre os demais tipos de estabelecimentos em alguns municípios, em especial os centros urbanos economicamente mais dinâmicos, resulta de dois processos. O primeiro é a grande

demanda de atendimento clínico-ambulatorial não solvida pelas unidades básicas de atendimento ou pelos hospitais (geral ou especializado). O segundo processo diz respeito à expansão da iniciativa privada contratada pelo SUS, cobrindo lacunas deixadas pelo setor público. Nesse caso, os estabelecimentos privados e públicos corresponderam em Goiás a 87,1% e 10,4% do total de clínicas especializadas, respectivamente.

Assim, pode-se afirmar que, de um lado, existe uma insuficiência de estabelecimentos de saúde em garantir cobertura assistencial, particularmente no caso dos estabelecimentos de caráter ambulatorial de maior especialização (serviços de apoio e diagnose e terapias). Por outro lado, existe uma franca expansão das empresas privadas de saúde, impulsionadas pela garantia certa de comprador: o Estado, como afirmam Matos e Pompeu (2003, p. 630):

A instituição do SUS, sob outro aspecto, fez surgir também o maior de todos os compradores de serviços de saúde, sendo que em muitas regiões do país aparece como o único, numa clara situação de monopólio¹¹. Assim, o Estado que antes fizera o investimento para criar um parque hospitalar privado, agora, por meio do SUS, aparece como a garantia de custeio de boa parte dos serviços privados de saúde.

A respeito da participação da iniciativa privada no sistema único de saúde, o texto constituinte apenas a define de forma complementar. Igualmente, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu art. 24. estabelece que “[...] quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.” (BRASIL, 1990). Ou seja, a ideia de complementaridade pressupõe a priorização da rede pública e a utilização da rede privada apenas na hipótese de insuficiência daquela e no intuito de garantir a universalização do atendimento.

Em 2010, em todo o território nacional, em termos gerais e considerando o conjunto de diferentes tipos, o setor público apresentou maior número de estabelecimentos de saúde que o setor privado, com 49,4% públicos contra 47,8% privados, em relação ao total. Entretanto, essa relativa diferença é decorrente da predominância das unidades de assistência básica, particularmente as UBS e os postos, que, em sua quase totalidade (80,8%), compõem a rede pública (Tabela 2). Tal predominância por parte desses dois tipos de estabelecimentos reflete a estratégia central do SUS de ampliação da rede pública voltada ao desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde de baixo custo e grande impacto na população

¹¹ Em economia, é uma forma de mercado com apenas um comprador.

mais carente. Também se observa uma preponderância quase absoluta dos centros de atenção psicossociais públicos (99,2%) entre os demais prestadores desse serviço.

Tabela 2 – Brasil: estabelecimentos de saúde por tipo e natureza jurídica – 2010.

Estabelecimento de Saúde	Público	Privado	Filantrópico	Sindicato	Total
Centro de Atenção Psicossocial	1.777	10	5	0	1.792
Clínica Especializada	3.270	27.363	755	45	31.433
Hospital Especializado	261	776	167	0	1.204
Hospital Geral	1.809	2.066	1.338	3	5.216
Policlínica	1.160	3.325	130	34	44.649
Posto de Saúde	11.286	66	18	44	11.414
Pronto Socorro Geral	460	75	5	0	540
Unidade Básica de Saúde	30.151	291	57	70	30.569
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia	1.092	15.625	158	9	16.884
Total	51.266	49.597	2.633	205	103.701

Fonte: Ministério da Saúde/CNES – 2010. Organizado pelo autor/2014.

No entanto, quando se observa o conjunto de estabelecimentos de atenção especializada (complementação diagnóstica e terapêutica, clínicas e hospitais de atendimento especializados), a superioridade da rede privada é acentuada. Em 2010, os estabelecimentos privados desse segmento, como as unidades de serviço de apoio de diagnóstico e terapia, as clínicas especializadas, as policlínicas e os hospitais gerais, corresponderam a 92,5%, 87,1%, 71,5% e 64,5%, respectivamente, em relação ao total de estabelecimento por tipo. Em outras palavras, as unidades de saúde com menor incorporação tecnológica e, portanto, com menor capacidade de auferir lucro, em sua maior parte, pertencem ao poder público. Tal condição tem conduzido o SUS a uma dependência constante da rede privada de saúde na contratação de serviços hospitalares e ambulatoriais especializados.

Em relação à contratação do segmento privado pelo setor público, Médici (1992, p. 88) afirma que “é lógico que os sistemas governamentais de saúde no Brasil continuam em franca dependência da rede privada contratada para a cobertura de suas metas assistenciais”. Segundo Almeida (2005, p. 292), essa vertente tem guiado o financiamento das unidades de saúde no Brasil, de maneira tal que os objetos banais como postos, centros de saúde e hospitais de menor complexidade recebem recursos reduzidos “em função da permanência de uma lógica que continua a drenar boa parte dos recursos para a manutenção da rede privada de saúde que presta serviços ao SUS”.

Sob essa mesma ótica, Menicucci (2003) avalia que a relação com os prestadores de serviço dos quais o sistema público depende tem sido, muitas vezes, bastante conflituosa, uma vez que a demanda por ganhos maiores e a insatisfação com os valores pagos pelo sistema público tem levado muitos prestadores privados a se desfilarem do SUS. Ademais, em algumas especialidades os valores pagos pelos SUS são mais vantajosos, levando a uma tendência, entre os hospitais privados com maior tecnologia, a privilegiar os procedimentos mais complexos, mais bem remunerados, em detrimento dos procedimentos de baixa complexidade.

Além da escolha de procedimentos a serem feitos para o SUS, Menicucci (2003, p. 229) acrescenta que a forte dependência do segmento privado tem fragilizado o setor público no cumprimento de suas metas assistenciais: “mesmo sendo os principais compradores de serviços de saúde, os gestores do SUS atuam de acordo com a lógica da oferta privada e nem sempre ou quase nunca de acordo com as necessidades da demanda”.

Dessa forma, os serviços de saúde, com exceção para o nível primário de atenção, tendem a se concentrar nas regiões e áreas onde a população detém maior renda e já existe um adensamento tecnológico, “visando à concentração do volume para redução de custos” (PIRES *et al.*, 2010, p. 1010). Ademais, é inevitável que a concentração de estabelecimentos e equipamentos de saúde pública ocorra em algumas cidades da rede urbana goiana, em especial nas cidades de médio e grande porte, já que esses serviços se valem de economia de escalas¹². De fato, para Iunes (1995), no setor de saúde a economia de escala se expressa na redução de custos dos atendimentos à medida que o volume ou demanda por serviços aumenta.

Tal discussão se fundamenta quando se consideram os tipos de procedimentos. No caso dos procedimentos de alta complexidade, que exigem tecnologias sofisticadas e elevado grau de especialização dos profissionais, tais como cirurgia cardíaca, neurologia, oncologia e alguns tipos de procedimento de ortopedia, não seria economicamente viável ofertar tais serviços em todos os municípios. Por outro lado,

A eventual concentração geográfica de determinados serviços hospitalares e exames especializados tem importantes implicações no nível de equidade e de eficiência. Em relação à equidade os problemas são óbvios, pois dificulta-se, na melhor das hipóteses, o acesso a estes serviços às pessoas distantes destes locais. Em relação à eficiência, nas áreas em que há concentração de serviços há uma pulverização do mercado, que se torna menor do que o ideal

¹² Possas (1993, p. 70) “diz-se que há economia de escala quando o aumento do volume da produção de um bem por período reduz os seus custos”.

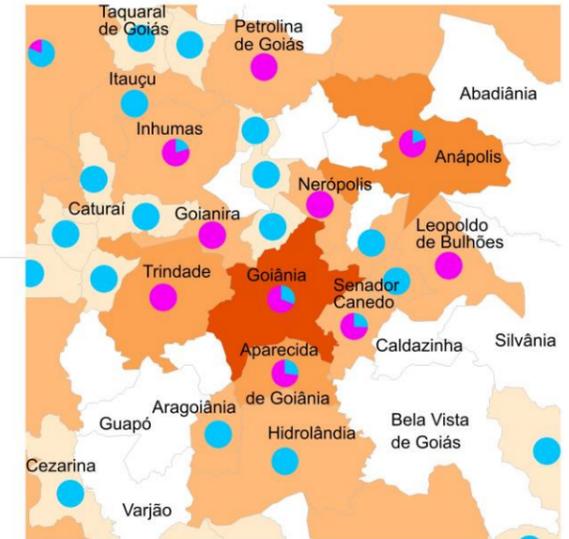
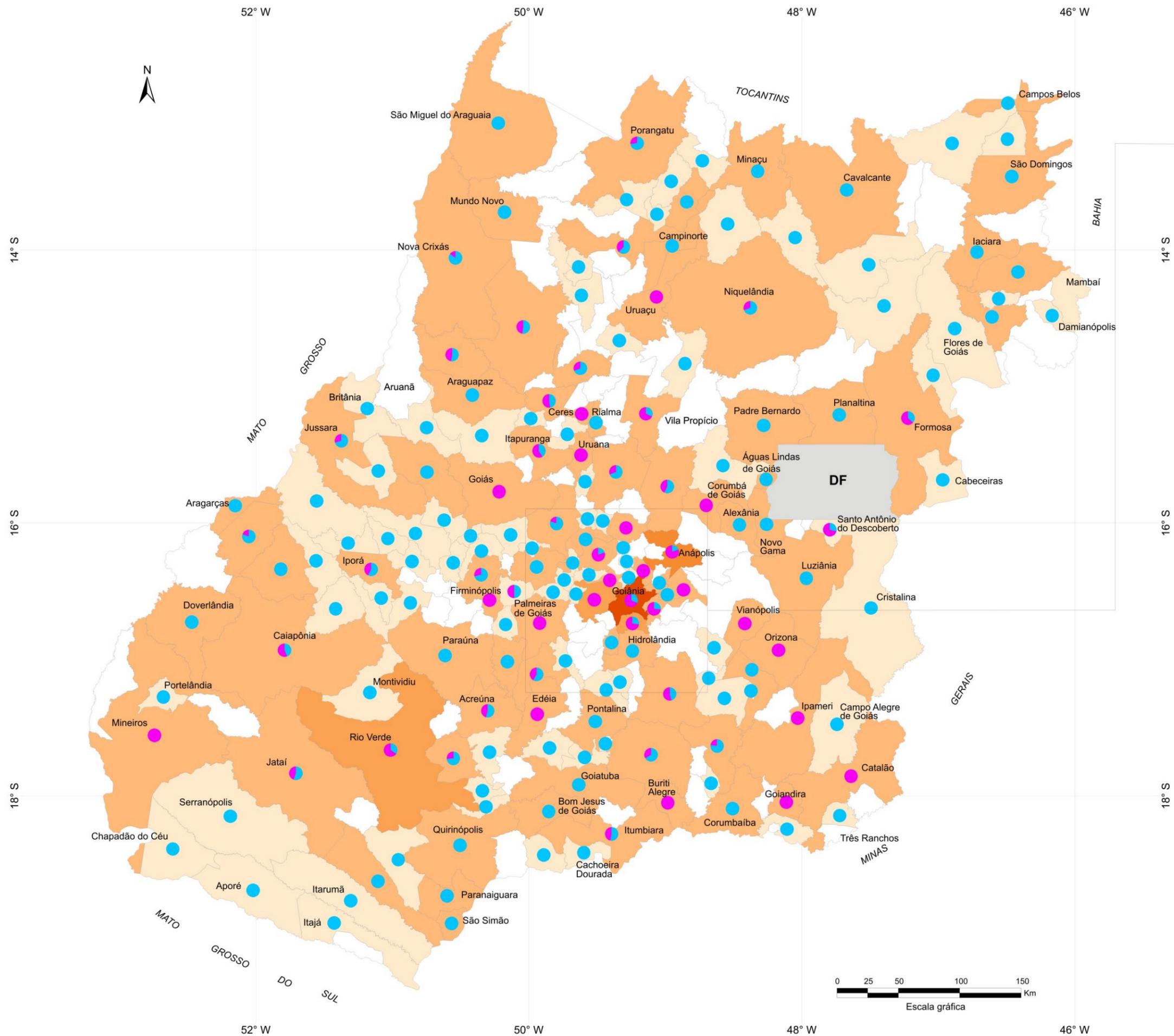
e faz com que os prestadores operem em níveis superiores ao mínimo da curva de custo médio. (IUNES, 1995, p. 243)

Da mesma maneira a dispersão das unidades de alta e média complexidade se direciona às parcelas do território mais em função do dinamismo econômico dos lugares do que em função das necessidades da população, motivando o deslocamento de pessoas em busca de serviços que não são oferecidos nos municípios onde residem ou quando esses serviços não atendem as demandas da população. Portanto, é de se esperar que tal concentração de estabelecimentos e equipamentos de saúde faça com que os deslocamentos intermunicipais em busca de serviços hospitalares ocorram em direção aos municípios-polos, como se constata no Mapa 4.

A observação de tal mapa permite discutir o padrão de distribuição espacial das internações a partir dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), um dos maiores bancos de dados de saúde do país e que disponibiliza informações sobre a utilização dos serviços hospitalares segundo dados do paciente e do procedimento realizado por município de residência ou pelo município de internação. Isso possibilita identificar o fluxo de utilização de serviços de internação hospitalar pelos usuários nos municípios goianos durante o período estudado.

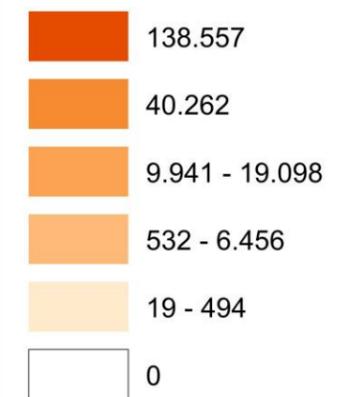
Assim, o total de internações realizadas pelo SUS no estado de Goiás, durante o ano de 2010, para moradores do próprio estado, foi de 381.769, apresentando uma distribuição bastante heterogênea entre os 246 municípios. Os municípios com maior concentração absoluta de internações por local de atendimento foram Goiânia (138.557 interações), Anápolis (40.262 internações), Aparecida de Goiânia (19.098 internações), Trindade (9.989 internações) e Rio Verde (9.941 internações). Apenas esses cinco municípios foram responsáveis por 57,1% de todas as cirurgias realizadas no estado, o que demonstra o quanto a oferta desses serviços hospitalares ocorre, preferencialmente, na capital goiana e nos municípios adjacentes.

GOIÁS: TOTAL DE INTERNAÇÕES E TIPO DE PRESTADOR NA REDE SUS - 2010



LEGENDA

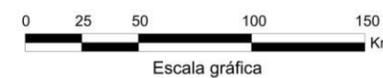
Total de internações por município



Internações por tipo de prestador (%)



Sistema de Coordenadas Geográficas
 Datum Horizontal: SAD-1969
 Fonte: IBGE/Malha Digital dos Municípios
 e Ministério da Saúde/SIH - 2010
 Elaboração: Cristiano Martins da Silva



A concentração de 36,3% das internações em Goiânia reflete a centralidade político-administrativa, tributária e demográfica, que, por sua vez colabora para que mais recursos sejam captados e promovendo mais desenvolvimento à assistência à saúde, além de outros segmentos econômicos. Para Mendes (2002), quando os gestores baseiam a assistência à saúde na lógica da oferta de serviços existentes compõem uma situação bastante problemática, que distorce os princípios organizativos do SUS. Conseqüentemente, o financiamento de subsídios à saúde fica condicionado à oferta, em uma clara afirmação de que “o dinheiro segue o gestor” (MENDES, 2002, p. 13).

O referido autor explica que em um sistema hierarquizado e fragmentado, como é o SUS, “os recursos para a atenção à saúde dos cidadãos dos municípios satélites são transferidos para o gestor do município onde os serviços estão localizados” (*idem*, p. 13). Dessa forma, com a gestão da assistência hospitalar voltada à oferta existente nos territórios municipais, pode-se falar que o resultado será a transferência de pacientes entre os municípios, como é o caso dos 69 (28,3%) municípios que não geraram nenhuma internação em seu território. Isso é um número relativamente pequeno quando comparado ao total de 177 (72,5%) municípios goianos que apresentaram mais de uma internação no ano da pesquisa.

Contudo, é intrigante que entre esses municípios goianos com capacidade de atendimento hospitalar, excluindo Goiânia, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Trindade e Rio Verde, os demais 172 municípios contabilizaram menos de 2% do total de internações no estado. Nesse caso, é preciso atentar para o fato de que nessa análise a rarefação do serviço de saúde hospitalar, somada à baixa capacidade de atendimento em alguns municípios, promove, conseqüentemente, um adensamento de fluxos para os grandes centros urbanos, ocasionando deficiência no atendimento, como longas filas de espera, lotação das unidades, falha na distribuição de medicamentos gratuitos, etc.

Em um panorama como o encontrado em Goiânia, polarizando mais de um terço das internações do estado, Pinheiro *et al.* (2002) explicam que o uso de serviços hospitalares está condicionado a fatores internos e externos ao setor, de tal forma que a disponibilidade, o tipo, a quantidade, a qualidade, os recursos disponíveis (financeiros, humanos e tecnológicos) e a localização geográfica são aspectos da oferta que influenciam o padrão espacial de fluxos.

Nesse sentido, o papel das técnicas e ferramentas disponíveis à assistência médica, parece refletir ou condicionar a demanda de saúde em cada município. Na capital, tal lógica pode ser observada na concentração de serviços especializados (hospitais, clínicas e centros médicos especializados) além, é claro de hospitais de referência como o Hospital Araújo Jorge (tratamento de câncer), o Hospital Materno Infantil (pediatria e obstetrícia) e, o Hospital

de Doenças Tropicais (infectologia e pneumologia), que atendem uma demanda tanto local, quando regional, como destacado pela reportagem do Jornal O Popular: “Goiânia tem mais usuários do SUS do que habitantes” (Figura 4).



Figura 4 – Matéria de capa do jornal O Popular (1º de janeiro de 2012). Organizado pelo autor/2013.

Outro aspecto que merece ser analisado no Mapa 4 diz respeito à relação entre as internações em estabelecimentos públicos e privados (conveniados ao SUS). Em geral, as internações privadas foram proporcionalmente superiores às internações públicas, atingindo um percentual de 58,9% em relação ao total no estado. Já na escala municipal, são encontradas diferenciações bastante significativas, ora uma predominância do segmento privado, ora uma predominância do segmento público. As internações ocorreram 100% ou com maior predominância no segmento público, principalmente, em municípios de menos dinamismo econômico, como por exemplo: Alto Paraíso de Goiás, Aporé, Avelinópolis, Faina, Jaupaci, São Domingos, dentre outros. Nos municípios mais dinâmicos economicamente houve uma maior predominância das internações em hospitais privados, a citar: Anápolis, Aparecida de Goiânia, Goiânia, Rio Verde, Anápolis, dentre outros. Isso justifica e reforça o posicionamento de Santos e Silveira (2008, p. 22) de que “um território condiciona a localização dos atores, pois as ações que sobre ele se operam dependem de sua própria constituição”.

Dessa maneira, as condições oferecidas pelos lugares cooperam para uma distribuição espacial desigual e seletiva desses serviços no território. Também é possível reconhecer uma ação dupla atuando simultaneamente, que envolve essa relação entre a distribuição dos serviços de saúde com a atratividade dos lugares (nível de urbanização, desenvolvimento econômico). Por outro lado, a tipologia dos estabelecimentos de saúde presente em cada

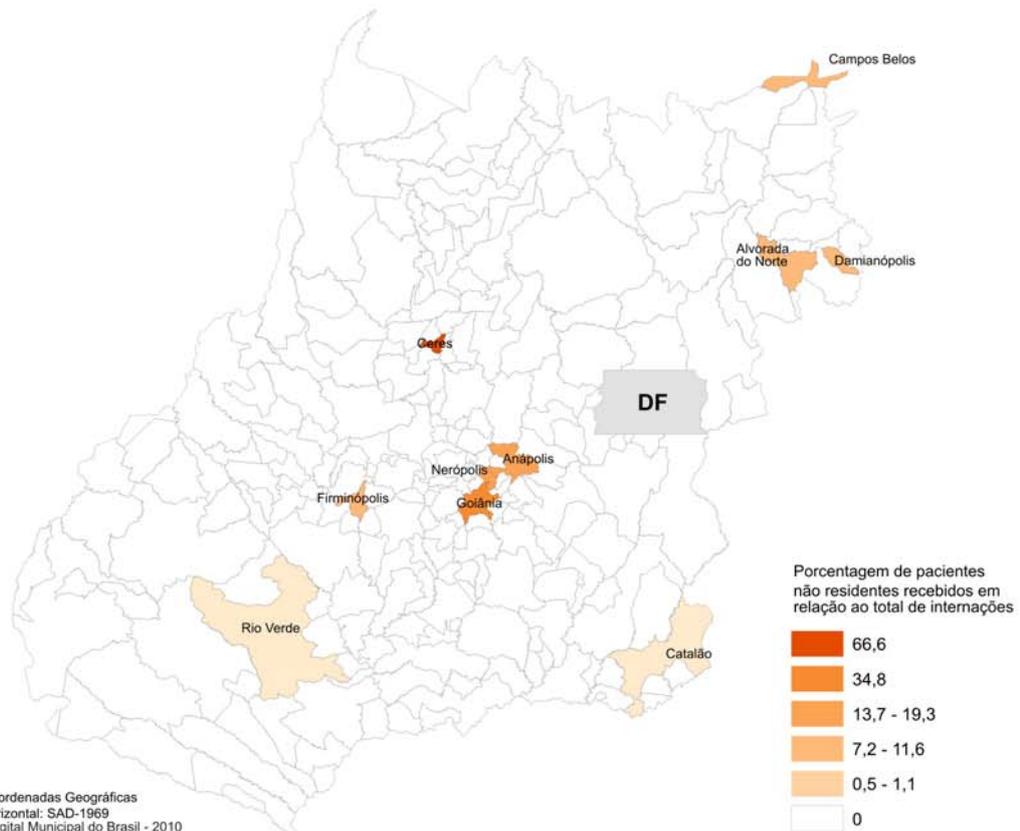
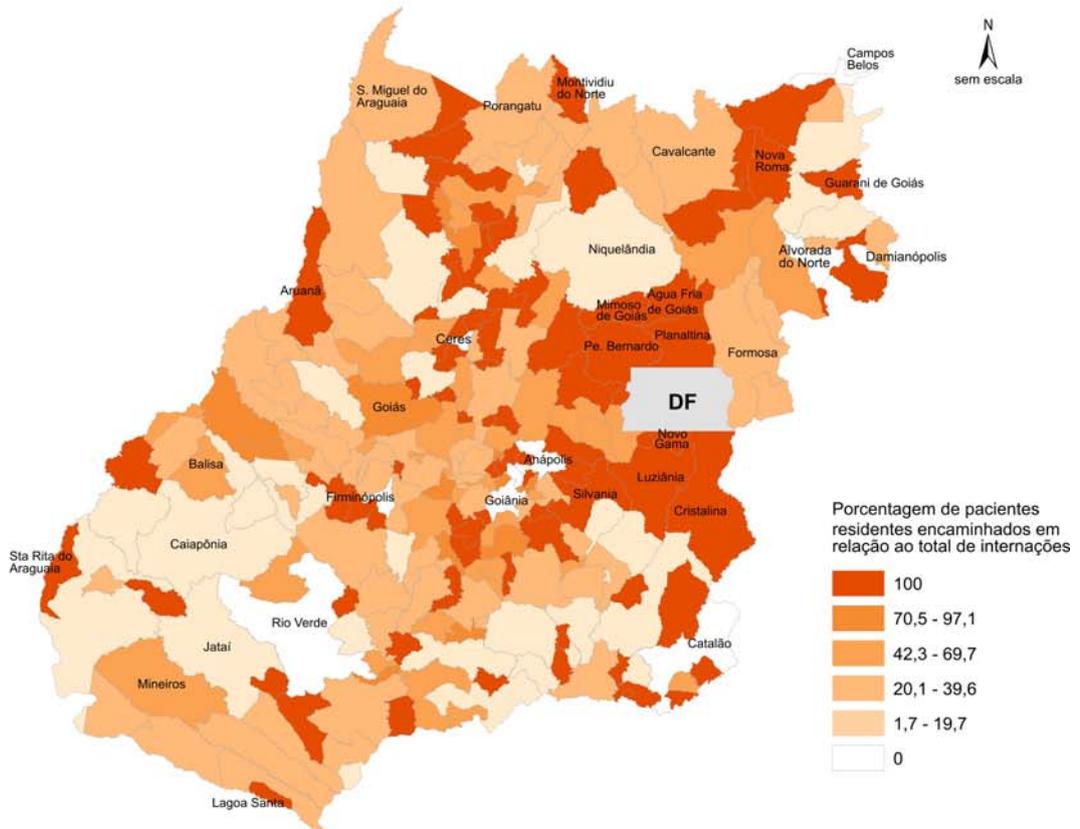
fração do território desvenda a relação existente entre mercado e Estado na constituição desse mapa de especializações.

Há, então, uma concentração dos serviços de maior custo e densidade tecnológica, com predominância do segmento privado e uma dispersão relativa de determinados serviços de média e baixa complexidade, resultantes tanto de política e ações na saúde pública, quanto de associações entre Estado e empresas privadas. Agora, resta compreender como se dá o padrão espacial de fluxos conforme a rede hospitalar goiana, por meio da capacidade resolutiva hospitalar, entendida neste estudo como a proporção de atendimentos realizados por um município comparado ao que é encaminhado para outro município, verificado no Mapa 5.

Inicialmente, a rede hospitalar dos municípios estudados é composta quase exclusivamente por serviços de média complexidade, de modo que, dos 432 hospitais que compõem a rede pública de saúde estadual, 82,6% oferecem serviços de média complexidade, enquanto apenas 17,4% possuem serviços de alta complexidade, com Goiânia concentrando 56% desse tipo de estabelecimento. Os demais 33 hospitais de alta complexidade estão distribuídos em treze municípios, a saber: Anápolis (11); Aparecida de Goiânia (4); Catalão (3); Itumbiara (3); Luziânia (3); Planaltina (2); Anicuns (1); Caldas Novas (1); Goiás (1); Nazário (1); Rio Verde (1); Santa Helena (1); e Trindade (1).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a capacidade hospitalar informada a partir dos equipamentos disponíveis demonstra baixa densidade tecnológica em grande parte dos municípios. A maioria dos hospitais possui equipamentos mínimos, como aparelhos de Raio X, eletrocardiógrafo e ultrassom, presentes em 51,1%; 78,4% e 32,9% dos 176 hospitais goianos, respectivamente. Poucos dispõem de mamógrafos (7,9%), tomógrafos computadorizados (5,1%) e aparelhos de ressonância magnética (2,3%). Essa configuração dos serviços reafirma a organização e a gestão dos fluxos, uma vez que quanto menor a capacidade instalada de serviços, maior será a dependência de outros locais para o atendimento às necessidades de internação e, conseqüentemente, maiores serão as preocupações e dificuldades encontradas pelo gestor local e pelos usuários.

GOIÁS: CAPACIDADE RESOLUTIVA HOSPITALAR - 2010



Sistema de Coordenadas Geográficas
Datum horizontal: SAD-1969
Fonte: IBGE, Malha Digital Municipal do Brasil - 2010
Ministério da Saúde/SIH - 2010
Elaboração: Cristiano Martins da Silva

Mapa 5 – Goiás: capacidade resolutiva hospitalar – 2010.
Fonte: Ministério da Saúde/SIA/CNES/SUS (2010).

Em relação à resolutividade municipal, a concentrada e seletiva oferta de serviços hospitalares reverberou para que 95,9% dos municípios não conseguissem atender as necessidades de internação de seus habitantes e tivesse que encaminhar algum percentual de seus pacientes para outro local de internação. De modo que 40,7% dos municípios encaminharam até 30% de seus pacientes; 61,8% encaminharam até 50% e 28% dos municípios tiveram que encaminhar 100% de seus pacientes. Esses últimos são municípios que, predominantemente, possuem unidades de saúde de baixa complexidade, com a presença de unidade básica ou posto de saúde, sem capacidade de internação. Outra característica comum entre eles é sua pequena população, não ultrapassando a faixa dos 25.000 habitantes, com exceção de Novo Gama e Valparaíso de Goiás, que possuem, respectivamente, 95.018 e 132.982 habitantes (IBGE, 2010a).

Tais municípios fazem parte da microrregião do Entorno de Brasília e, assim como os demais municípios goianos adjacentes ao Distrito Federal, se valem da pequena distância que os separa da capital federal. Como bem colocaram Arrais e Pinto (2008), a articulação existente entre Brasília e seu entorno é resultado de uma integração incompleta, uma vez que, apesar do fluxo intenso de pessoas das cidades goianas e de outras regiões em direção à Brasília, tais deslocamentos ocorrem mais em função da ausência de serviços e equipamentos sociais (saúde, educação e lazer), bem como de oferta de emprego, em seus locais de residência, um exemplo claro de segregação.

Entre os fatores que influenciam os deslocamentos de pacientes do Entorno para Brasília estão: mais oferta de serviços hospitalares e ambulatoriais, mais recursos federais destinados à saúde e oferta regular de meios de transporte que facilitam os deslocamentos diários. Dados do CNES sobre a distribuição espacial dos equipamentos hospitalares em Brasília e na região do Entorno demonstram que tais aparatos apresentam extremas distinções: a primeira é de ordem interna, ou seja, aplica-se à capacidade instalada no Distrito Federal (DF), no qual existe um número muito maior e onde há melhor qualidade nos serviços prestados. A segunda está relacionada ao exterior geográfico do DF, ou, como alguns autores colocam, às “periferias de Brasília”, cujos moradores demonstram uma grande dependência em relação ao sistema de saúde de Brasília.

No Entorno, a rarefação dos equipamentos hospitalares, como já citado anteriormente, demonstra a histórica falta de compromisso dos atores locais, estaduais, nacionais e do vizinho DF com esse espaço. O aparelho de Raio X, equipamento necessário para diagnóstico de fraturas, existe na quantidade de 1 (um) para 80.954 habitantes, enquanto o parâmetro estabelecido pela Portaria n. 1.101/GM, do Ministério da Saúde, recomenda 1 (um) para 25

mil habitantes. Já o ultrassom, aparelho útil no acompanhamento do pré-natal, ação básica de saúde, existe na quantidade de 1 (um) para 87.700 mil (parâmetro 1/25 mil hab.), 1 (um) tomógrafo para 263.102 (parâmetro 1/100 mil hab.) e 1 (um) aparelho de ressonância magnética para 1.052.411 (parâmetro 1/500 mil hab.), enquanto há excesso de mamógrafos (1/116.934, parâmetro 1/240 mil hab.).

Em contraposição, em Brasília, conforme dados do CNES, dos dezoito hospitais públicos existentes, 66,7% são de grande porte (Figura 5), indicando uma boa capacidade física para atendimentos hospitalares de alta e média complexidade, bem como uma das maiores taxas de ocupação hospitalar do Brasil (76%), cuja média nacional é de 48,2%. A desigualdade no sistema de saúde dos municípios do Entorno e a facilidade no acesso fazem de Brasília a principal referência na assistência à saúde.



Figura 5 – Exemplos de hospitais de grande porte no DF: (a) Hospital Regional de Taguatinga; (b) Hospital de Base do Distrito Federal.

Fonte: o autor/2013.

Dos municípios goianos do Entorno que dispõem de serviços em assistência hospitalar, destacam-se Cidade Ocidental, que encaminhou 87,4% de seus pacientes residentes para Brasília; Luziânia, com 73,6%; Cristalina com 61,8%; Águas Lindas de Goiás, com 60,1%; Planaltina com 50%; e Padre Bernardo, com 49,2%. Isso é intrigante, já que alguns municípios como Luziânia, Águas Lindas de Goiás e Planaltina, possuem mais de oitenta mil habitantes e, portanto, deveriam disponibilizar de uma rede hospitalar mais eficiente e resolutiva, proporcional ao número de habitantes. Tal argumentação aponta para uma prática comum entre os gestores municipais de saúde: a “ambulancioterapia”, presente tanto em Goiás quanto no restante do país, na qual recursos do Ministério da Saúde são aplicados na compra de ambulâncias, para o deslocamento de pacientes, ao invés de construção de unidades de saúde.

Importante ressaltar que esse fenômeno polarizador de fluxos verificado em Brasília se repete com mais ou menos intensidade em alguns municípios goianos que apresentaram maior desempenho na capacidade resolutiva hospitalar a ponto de receberem pacientes não residentes, além de atenderem seus pacientes locais. No entanto, quando se faz uma análise da porcentagem de pacientes recebidos de outros municípios em relação ao total de internações locais, observa-se, como já esperado, um pequeno número de municípios com esse perfil. Do total de municípios de Goiás, apenas dez apresentaram uma considerável resolutividade hospitalar, a citar: Ceres, que apresentou uma porcentagem de 66,6% de internações de pacientes não residentes em relação ao total de internações locais; Goiânia, com 34,8%; Anápolis, com 19,3%; Nerópolis, com 13,7%; Campos Belos, com 11,6%; Alvorada do Norte, com 8,6%; Damianópolis, com 8,4%; Firminópolis, com 7,2%; Rio Verde, com 1,1% e Catalão, com 0,5%.

Tal pequeno número de municípios do estado com uma boa capacidade de resolutividade nos faz questionar a eficiência do serviço hospitalar presente nos demais 164 municípios habilitados pelo Ministério da Saúde a ofertar serviços de média complexidade, dado que o estado conta com serviços de média complexidade, considerados de alta frequência, presente em 70,7% dos municípios. Mesmo assim, somente Goiânia foi responsável por 88,9% desse tipo de procedimento, considerando apenas pacientes não residentes. Ademais, segundo os princípios organizativos do SUS, os atendimentos (internações) por procedimentos de média complexidade não deveriam se apresentar mais bem distribuídos no território de Goiás? Se realmente há uma capacidade disponível nos hospitais municipais, por que uma internação é encaminhada para fora?

Tais respostas apontam para uma falha na capacidade de assistência com relação ao nível de complexidade que os municípios se encontram habilitados a oferecer, criando-se um cenário conflituoso de aumento de demandas por serviços em outros municípios e unidades, próprias ou conveniadas ao SUS. Nota-se a necessidade de potencializar a capacidade instalada local, de maneira que os procedimentos considerados de alta frequência e média complexidade sejam atendidos nos territórios municipais, o que facilitaria o acesso a cerca de 40% dos munícipes e, dessa forma, eles não precisariam se locomover para além do município vizinho para obter um atendimento hospitalar.

É preciso esclarecer que a boa disposição da rede hospitalar (pública ou conveniada ao SUS) em Goiás, em especial a que atende procedimentos de média complexidade, pode causar uma falsa impressão de que o setor de hospitais é adequado, o que não se verifica quando se consideram as características e os níveis de eficiências de boa parte dos estabelecimentos

hospitalares disponíveis. Municípios de médio porte populacional, como Ceres e Nerópolis, possuem estruturas medianas e conseguem colaborar na solução local e parte das demandas regionais por atendimentos de média complexidade, ao contrário de municípios como Aparecida de Goiânia, Luziânia e Trindade e demais municípios habilitados em atendimento de média complexidade, que encaminharam mais de 30% de seus pacientes residentes para fora.

Para uma análise mais detalhada desse grande volume de internações hospitalares, utilizou-se o estudo dos fluxos, no qual, os mapas de fluxos simulam os deslocamentos que os pacientes fazem em busca de atendimento em saúde, mostrando seu município de origem, destino e direção. Como afirmam Oliveira *et al.* (2004, p. 386), o “mapeamento das redes estabelecidas pelo deslocamento das pessoas que buscam atendimento pelo Sistema Único de Saúde” permite compor um quadro de referência e identificar lacunas na distribuição de serviços, sendo útil para mensurar o quanto o SUS avançou na promoção da saúde e na universalização do acesso.

Para tanto, utilizou-se a metodologia proposta por Nystuen e Dacey (1968, p. 141), que utilizam o fluxo dominante para identificar a estrutura hierárquica de uma rede. Conforme esses autores, tal estrutura hierárquica possui três propriedades básicas:

- 1. Uma cidade é independente se o seu maior fluxo é dirigido para uma cidade menor, e subordinada se o fluxo vai para uma cidade maior;*
- 2. A segunda propriedade é a transitividade. Tal propriedade implica que se uma cidade A é subordinada a B e B é subordinada a C, então A é subordinada a C;*
- 3. A terceira propriedade estipula que uma cidade não pode ser subordinada a nenhuma das suas subordinadas.*

Para ilustrar o procedimento, vejamos o exemplo da Figura 6, observando que, no quadro, há uma medida de tamanho registrada na última linha e o maior fluxo de saída de cada cidade está em negrito, formando o fluxo dominante, mas outros fluxos formam relações internas e externas em cada rede. Logo, é possível classificar os relacionamentos em hierárquicos (que acompanham a principal ligação) e transversais (que ocorrem entre diferentes ramos e redes). Caso os fluxos obedeçam à hierarquia são definidos como ascendentes, e, de maneira contrária, descendentes.

Nesse estudo, os nós são os municípios de residência de cada paciente internado (origem) e o município do local da internação (destino), conectado por linhas aqui

denominadas de fluxos. Dessa maneira, “um par origem-destino, entre local de residência e de atendimento, define uma ligação e o número de pessoas que se deslocam configuram um fluxo” (OLIVEIRA *et. al.*, 2011, p. 318).

		PARA A CIDADE					
		Cidade A	Cidade B	Cidade C	Cidade D	Cidade E	Cidade F
DA CIDADE	Cidade A	0	75	15	20	20	2
	Cidade B	69	0	45	2	12	12
	Cidade C	5	51	0	12	1	0
	Cidade D	19	67	14	0	7	7
	Cidade E	7	12	2	0	8	43
Medida do Tamanho →	Total	100	205	76	34	48	64

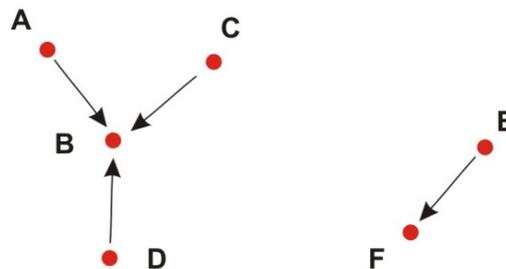
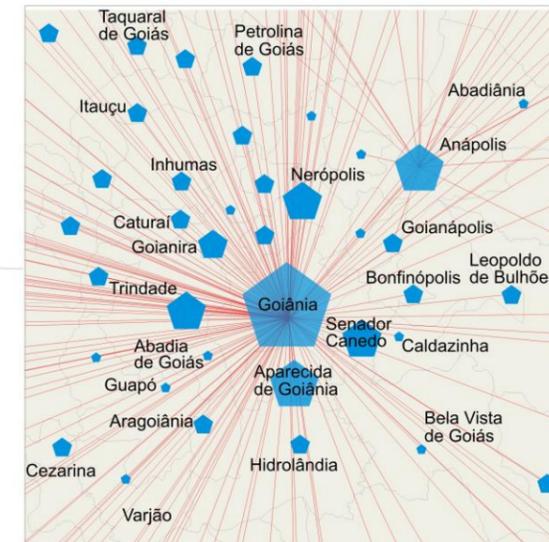
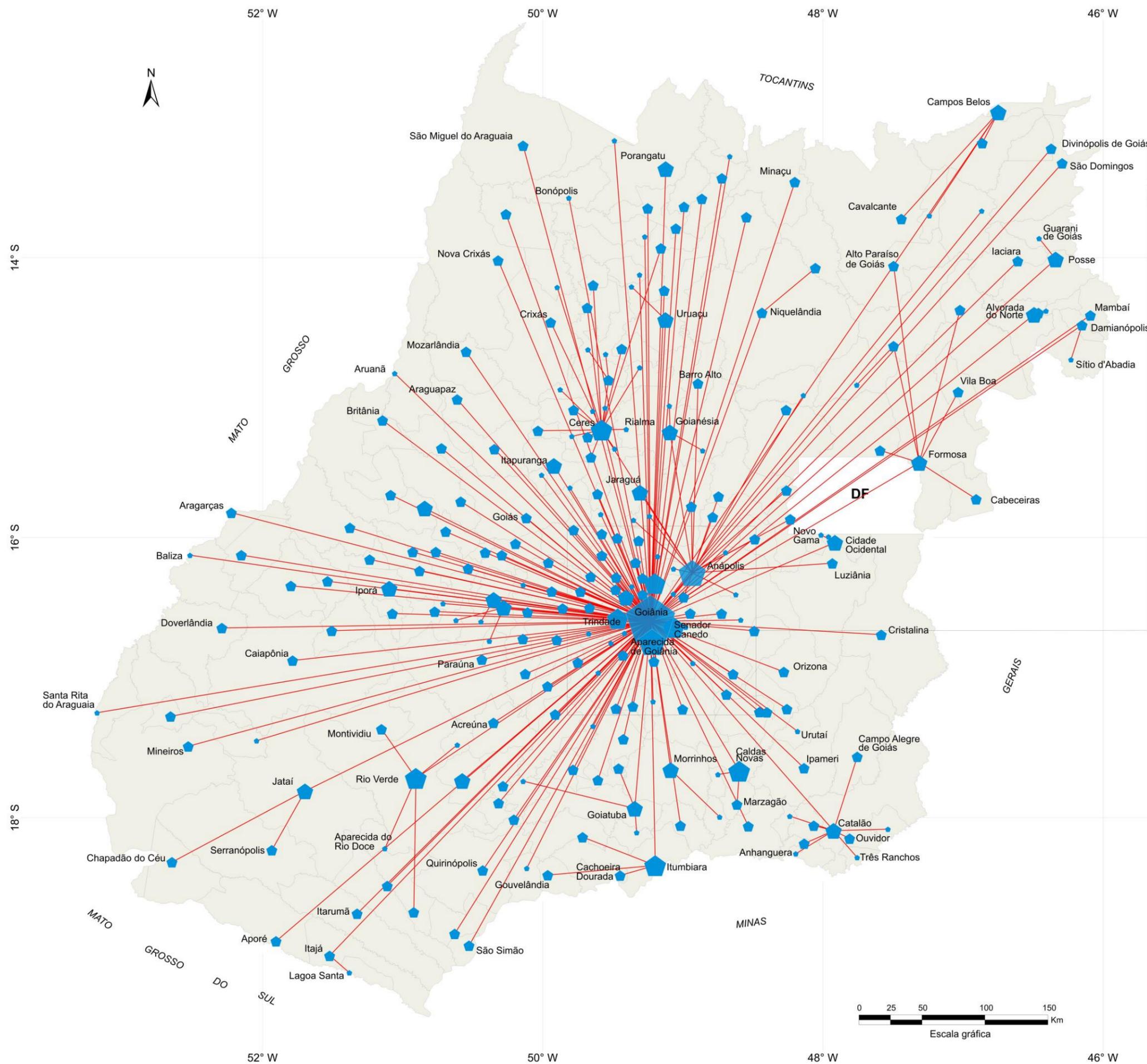


Figura 6 – Método do fluxo dominante adaptado de Nystuen e Dacey (1968) para investigar redes de cidades. Organizado pelo autor/2014.

Oliveira *et al.* (2004) também acrescentam que outra vantagem angariada pelo mapa de fluxos é que a simulação dos movimentos que os pacientes fazem na busca de atendimento em saúde revela, de fato, o arcabouço da rede de internações, localizando os polos de atração de uma região. Isso ocorre porque o fluxo dominante ou fluxo preferencial “é o maior fluxo que o município encaminha depois de esgotadas as possibilidades no local e dirige-se ao município de referência mais utilizado para aquele tipo de atendimento” (LIMA, 2010, p. 86). Para tanto, o mapa de fluxos necessita ser tipificado em algumas estruturas, a partir dos pontos de encontro entre vários destinos (nós) e as diversas ligações (redes). Essas ligações e os pontos de encontro compõem um diagrama, que pode ser hierarquizado de acordo com o volume de fluxo. Com isso, pelo Mapa 6 é possível visualizar que Goiânia comanda toda a rede estadual de atendimento hospitalar, polarizando o fluxo de 246 municípios goianos.

GOIÁS: PADRÃO DE FLUXO DOMINANTE DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DA REDE SUS - 2010



LEGENDA

Número de municípios na rede



Fluxo dominante de internação



Sistema de Coordenadas Geográficas
Datum Horizontal: SAD-1969
Fonte: IBGE/Malha Digital dos Municípios
e Ministério da Saúde/SIH - 2010
Elaboração: Cristiano Martins da Silva

Ademais, o mapa de fluxos acrescenta informações a esta análise ao identificar 177 redes de atendimento hospitalar hierarquizadas em cinco níveis, de modo que o primeiro nível se constitui de municípios independentes não subordinados a nenhuma outra cidade. Nesse caso, somente Goiânia se encontra nesse nível, o que permite afirmar que as demais ligações feitas pelos outros municípios goianos são sub-redes. Entre o maior nível hierárquico e o menor, encontram-se territórios de atuação dessas redes marcadas por diferenças de tamanhos, seja em volume de população, seja em fluxos recebidos (Tabela 3).

Tabela 3: Rede de Assistência Hospitalar, as dez maiores redes segundo quantidade de municípios subordinados, em Goiás – 2010.

Ordem	Rede	Número de Municípios	Habitantes/2010	Pacientes não residentes recebidos
1 ^a	Goiânia	246	6.003.788	50.524
2 ^a	Aparecida de Goiânia	199	5.531.571	4.354
3 ^a	Anápolis	148	5.235.198	8.345
4 ^a	Nerópolis	71	3.410.567	1.132
5 ^a	Trindade	68	3.588.877	483
6 ^a	Ceres	51	2.885.045	3.125
7 ^a	Senador Canedo	28	2.381.109	154
8 ^a	Rio Verde	26	2.194.051	922
9 ^a	Caldas Novas	26	2.808.768	208
10 ^a	Itumbiara	23	1.790.254	478

Fonte: Ministério da Saúde/SIH/SUS – 2010 e IBGE/Censo Demográfico – 2010a.
Organizado pelo autor /2014.

Analisando o número de municípios atendidos em relação à quantidade de pacientes não residentes recebidos, verifica-se que é grande a discrepância em algumas redes. Aparecida de Goiânia, apesar de ser a segunda maior rede de atendimento hospitalar, apresentou um baixo número de pacientes não residentes, ao contrário de Ceres, que, com uma quantidade de municípios subordinados equivalente a 25% da rede de Aparecida de Goiânia, recebeu mais de 70% de pacientes não residentes relativos a esta. Curiosamente, os municípios que mais encaminharam pacientes para serem internados em Goiânia foram Aparecida de Goiânia (26,4%), Trindade (6,7%) e Senador Canedo (4,2%). Como é possível

que tais municípios figurem entre os que mais encaminharam pacientes para Goiânia e, ainda assim, constem entre as dez maiores rede do estado?

É oportuno assinalar que o método utilizado não dimensiona a oferta ou a demanda, limitando-se a investigar as ligações definidas pela presença de serviço, além de não avaliar a taxa de atendimento. Ainda assim, pelas considerações anteriores sobre a capacidade instalada como um determinante na quantidade de internações, pode-se deduzir que esses municípios se favorecem da proximidade com Goiânia e adotam um comportamento *free rider*, expressão tomada de empréstimo de Ribeiro (2004), no qual um município usufrui de serviços públicos de um terceiro sem nenhuma adesão financeira.

Tal questão merece cuidados, já que esses municípios são polos não funcionais, cuja capacidade de atendimento fica restrita à área municipal, apesar de eles terem influência em um grande número de cidades. Nesses casos, parece ter um papel apenas formal junto ao Ministério da Saúde, não se inserindo de forma efetiva na rede de serviços como polarizadores e não cooperam para o atendimento da demanda regional.

Outra questão que necessita ser contextualizada é a baixa capacidade reguladora do sistema, dependente do segmento privado, já que a devida regulação de prestadores (públicos e privados) permite um controle dos fluxos de pacientes, de forma que haja “uma assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo – e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a esta população” (PESTANA; MENDES, 2004, p. 41). Em contraposição, encontram-se os municípios habilitados a serviços hospitalares sem autonomia suficiente para prestarem serviços a sua população e dependentes de segmentos privados. Para ficar em dois exemplos, no município de Aparecida de Goiânia existem oito hospitais, sendo sete privados, e em Trindade existem cinco hospitais, sendo três privados. Para Almeida (2005), tal predominância do segmento privado tem criado obstáculos à normatização do SUS, tais como a seletividade e o corporativismo, criando, assim, uma organização fragmentada e dispersa pelo território.

Por fim, resta ressaltar a desigualdade na distribuição geográfica dos municípios-polos, concentrados na porção centro-sul e dispersos na porção norte-nordeste. Isso implica em uma oferta de serviços hospitalares pulverizados nessa região do estado, enquanto a necessidade de deslocamento se mostra maior entre os municípios da porção norte do estado. A exemplo dos pacientes internados em Goiânia, foram identificados 381 fluxos de internações oriundos de municípios da microrregião Nordeste de Goiás. Apesar do pequeno percentual de pacientes não residentes recebidos com distância acima dos 300 km (6,3%) em

relação ao total de internações em Goiânia, deve-se considerar que há casos em que o paciente não se encontra em condições de viajar longas distâncias.

Em termos gerais, o padrão de fluxos hospitalares no estado de Goiás se mostrou com uma boa cobertura, de forma que 80,3% de todas as internações realizadas no ano de 2010 ocorreram no município de residência do paciente, o que não surpreende ao se considerar que 53,9% desses atendimentos locais estiveram concentrados em apenas sete centros urbanos, de maneira que, do total de atendimentos hospitalares em Senador Canedo, 97,6% não configura deslocamento, Trindade com 95,2%, Rio Verde com 90,7%, Anápolis com 79,3%, Aparecida de Goiânia com 77,2% e Goiânia com 63,5%, o que caracteriza os grandes centros populacionais atendendo, majoritariamente, seus residentes.

Destaca-se aqui, também, que 40,2% das pessoas internadas fora do município de residência moram em um raio de até 30 km do município do hospital, 16,2% em um raio de 30 a 60 km, 7,9% em um raio de 60 a 90 km e 35,8% acima dos 90 km. Esse fato demonstra que, ainda que grande parte dos municípios de Goiás encaminhem seus pacientes para atendimento (internações) em outras localidades, as distâncias percorridas são pequenas. Com base nessa situação, Oliveira *et al.* (2004) consideram que os baixos percentuais de internações de pacientes que residem em municípios acima dos 60 km dos locais onde se internaram resulta do fato de que as pessoas que vivem mais longe possuem pouca mobilidade para se deslocarem. Ademais, Bodega (2005, p. 5) esclarece que a “ocorrência de um elevado número de deslocamentos populacionais para tratamento de saúde pelo SUS pode ser problemática. Em determinados casos, o paciente não se encontra em condições de saúde para esperar um número elevado de horas por um atendimento”. Consequentemente, o atendimento de saúde pelo SUS nos municípios polos pode ficar comprometido, em decorrência da demanda espontânea ou daquela que é encaminhada pelas secretarias municipais de saúde, elevando o contingente de atendimentos.

Assim, a análise do padrão de fluxo das internações no estado de Goiás revela uma concentração do atendimento em alguns poucos pontos da rede, mesmo havendo uma capacidade hospitalar latente em alguns municípios. No entanto, tal capacidade não é vista pelos gestores e reguladores das internações, fazendo de municípios polos destino principal dos pacientes. De outra forma, a distribuição das unidades de saúde e dos equipamentos hospitalares no território reverbera essa concentração de fluxos, regida por duas lógicas opostas: a do Estado e a dos segmentos privados conveniados ao SUS. Essa lógica, historicamente, tem guiado a instalação dos serviços em saúde, de maneira tal que a rede privada de serviços mais complexos e caros tem se estruturado em poucos lugares, enquanto

os serviços de menos incorporação tecnológica, majoritariamente assistidos pelo poder público, estão mais bem distribuídos. Essa organização seletiva e fragmentada faz com que os pacientes se tornem um simples fluxo no território, percorrendo diversas distâncias até conseguirem resolver os problemas de saúde que enfrentam. Muitas dessas distâncias são mensuradas por alguns estudos, como aquela que separa a localização da oferta e a localização dos usuários. Contudo, outros condicionantes podem ser incorporados em nossa pesquisa, como os custos envolvidos no deslocamento, os meios de transporte e a hospedagem disponível, além da distância cartesiana, ou seja, a mobilidade dos pacientes da rede SUS.

CAPÍTULO III

A MOBILIDADE GEOGRÁFICA COMO FATOR SOCIAL

A proposta deste capítulo é compreender a dinâmica sócio-espacial envolvida nos deslocamentos de usuários e pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de serviços hospitalares e ambulatorial e ultrapassar o mero conceito de mobilidade como um deslocamento mecânico no território. Por conseguinte, analisar esses fluxos por meio da mobilidade como fator social é um desafio que se coloca diante da necessidade de se entender, paralelamente, os motivos e as particularidades envolvidas nesses deslocamentos.

3.1 MARCO INSTITUCIONAL DO SUS E SUA GESTÃO

A Constituição de 1988 estabeleceu um divisor de águas no sistema de saúde pública brasileira, já que até então a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)¹³, ficando restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência social e seus dependentes. Apesar do INAMPS possuir hospitais públicos, a maior parte do atendimento era realizada pela iniciativa privada, por meio de convênios, planos ou cooperativas de saúde. Aos que não participavam da economia formal e, portanto, não eram possuidores de carteira assinada, lhes restavam as Santas Casas e as Instituições filantrópico-religiosas, que prestavam atendimento médico-hospitalar aos carentes e necessitados.

Em relação à assistência à saúde, nota-se que, nessa época, a população brasileira estava dividida em três segmentos: os que podiam pagar pelos serviços particulares de saúde, os contribuintes da previdência social e seus dependentes que recebiam atendimento pelo INAMPS, e os que não tinham nenhuma assistência à saúde.

Ao tratar dessa segmentação, Souza (2002) afirma que, ao restringir o direito à saúde pública somente aos participantes do mercado de trabalho formal, produziu-se uma concentração da oferta de estabelecimentos de saúde nos grandes centros urbanos, onde localizava o maior número de trabalhadores. Assim, a rede assistencial do INAMPS aplicava recursos nos estados proporcionalmente aos recursos arrecadados e ao número de

¹³ De acordo com Souza (2002, p. 24), o INAMPS foi criado em 1978 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), se constituindo uma autarquia do Ministério da Previdência Social. A principal responsabilidade do INAMPS era de “prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também a contratação de serviços privados nas regiões com maior desenvolvimento econômico e nos grandes centros urbanos”.

contribuintes. A Tabela 4 exemplifica essa destinação proporcional de recursos em saúde entre as regiões mais populosas em 1986.

Tabela 4 – Brasil: desigualdades regionais nos gastos com assistência médica – 1986.

Região	Gasto da região em relação ao total do país (%)	População da região em relação ao total do país
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,10	28,82
Sudeste	59,28	43,79
Sul	15,14	15,12
Centro-Oeste	5,02	6,78
Brasil	100,00	100,00

Fonte: INAMPS/Secretaria de Planejamento/DIS (1987). Extraído de Souza (2002, p. 26).

Em virtude do modelo de assistência vinculado à atividade econômica, a oferta de serviços de saúde ficou marcada por disparidades regionais. Dessa maneira, os estados das regiões mais desenvolvidas economicamente concentravam maior aplicação de recursos do que os estados de regiões mais pobres. De acordo com Labra (2001), o segmento privado de saúde contratado pelo INAMPS estava cada vez mais fragmentado e expandiu-se rapidamente, sem nenhuma regulação ou controle fiscal. A autora aponta que nos anos 1980 o setor privado respondia por 60% da oferta de serviços.

A lógica de assistência desse sistema excluía o princípio da universalidade, que garante tratamento hospitalar e ambulatorial a qualquer cidadão, uma vez que o INAMPS aplicava nos estados, por meio de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde proporcionais ao número de associados e ao volume de recursos captados. Em outras palavras, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença de empregados com carteira assinada, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior seria a aplicação de recursos em algumas regiões, em especial nos estados da Região Sul e Sudeste, mais desenvolvidos economicamente e com maior número de trabalhadores formais.

Somente a partir de 1982, com as primeiras eleições livres para governador e com o processo de redemocratização do país, tais distorções começaram a ser sanadas e o acesso igualitário e universal à saúde se tornaria bandeira do movimento sanitário, conforme explicita Cambota (2012, p. 30):

Nesse contexto de reforma sanitária e de redemocratização do país, o movimento sanitarista conseguiu sua maior conquista dada pela Constituição Federal de 1988 que estabeleceu, em seu Art. 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado [...] e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

Com isso, o Brasil contou com um sistema público de saúde único e universal. A atenção à saúde passou a ser um direito público e subjetivo, não sendo necessário ser contribuinte do sistema de seguridade social para ter direito aos serviços de saúde. Posteriormente, com a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, os princípios constitucionais do então criado SUS seriam regulamentados, como o princípio da descentralização¹⁴ em saúde. Tal princípio ficou conhecido como “municipalização” e reconhecia o município como principal responsável pela saúde de sua população. Dessa forma, ao instituir que os três níveis de governo (união, estado e município) são igualmente responsáveis pelas ações e serviços de saúde, parte-se do pressuposto de que quanto mais perto o gestor estiver dos problemas de uma comunidade, mais chances terá de acertar em sua resolução.

Entretanto, o impacto na gestão municipal foi evidente. Gestores municipais se viram diante de mudanças colossais para se adequarem à nova política de assistência à saúde. Se antes as principais ações estavam concentradas na entidade federal e/ou estadual (Ministério da Saúde e/ou Secretarias Estaduais de Saúde), após a publicação dessa lei os municípios se tornaram os novos atores sociais responsáveis por responder, agilmente, às demandas organizacionais colocadas pelo Ministério da Saúde.

Sob esse aspecto, Vieira (2009) também aponta que se gerou automaticamente um desequilíbrio entre a oferta de serviços e a demanda de pacientes e usuários que se encontravam às margens do antigo INAMPS uma vez que o viés de assistência à saúde privilegiava os serviços de atenção hospitalar, concentrados nos grandes centros urbanos. Sem haver preparação das administrações públicas municipais, do dia para a noite ampliou-se a demanda em todo o território nacional. O autor (idem, p. 1.566) ainda avalia que “o direito previsto tornava-se letra morta diante da impossibilidade de garanti-lo, frente às restrições administrativas e orçamentárias existentes”.

Em outro caso, Mattos e Costa (2003) explicam que durante o processo de municipalização da saúde a produção de serviços básicos (medidas preventivas, identificação sintomática, diagnósticos, saúde bucal e outros serviços abordados, sobretudo, pelo Programa de Saúde da Família) teria crescido, ao contrário da atenção hospitalar pelos municípios: o

¹⁴ Embora o termo “descentralização” possa expressar distintos significados, deve-se entendê-la aqui como um processo de delegação de poderes políticos fiscais e administrativos às unidades subnacionais de governo.

primeiro estaria em estágio bem mais avançado do que o segundo ou recebendo mais prioridade que ele.

Acerca dessa questão, Ribeiro (2009) realizou um estudo, entre 1995 e 2007, e concluiu que houve uma redução na oferta de serviços hospitalares em consequência da saída de hospitais privados conveniados ao SUS. O autor explica que tais hospitais privados, dependentes da venda de serviços, sem isenção de impostos e em função da tabela de pagamento do SUS não cobrir os custos reais, encontraram mais vantagens ao migrar para a venda de serviços às operadoras de seguros privados, ou seja, seguindo as lógicas de mercado. Ainda, acrescenta que o percentual das transferências da União para estados e municípios foi maior para atividades ambulatoriais e de atenção primária em detrimento das atividades hospitalares. Ribeiro (2009) argumenta que a nova política de saúde com ênfase em atividades que envolvem a prevenção de doenças e a promoção da saúde explica a expressiva redução de produção nos hospitais do SUS.

Mattos e Costa (2003, p. 325) ratificam a argumentação descrita ao analisarem o comportamento das despesas federais com a atenção à saúde entre 1994 e 2002.

As estratégias substitutivas redefiniram o perfil das despesas do governo federal com a função saúde no Brasil. Verificou-se, ao longo da década de 1990, um expressivo crescimento da atenção básica ambulatorial em relação à atenção hospitalar e à atenção ambulatorial de média e alta complexidade (não-básica).

Para os municípios com menor dinamismo econômico, as mudanças implantadas pelo SUS no modelo assistencial e suas normas operacionais posteriores¹⁵ foram cruciais, já que a “política de incentivo federal assegurou aos municípios um valor *per capita* de R\$ 10,00, repassado pelo governo federal, destinado exclusivamente ao custeio de um elenco específico de procedimentos” (MATTOS; COSTA, 2003, p. 325), ao contrário do antigo sistema de financiamento, que associava a transferência de recursos à quantidade de procedimentos realizados e ao número de doentes, reproduzindo um modelo de assistência distorcida. Portanto, quanto maior o número de estabelecimentos e unidades de saúde, maior eram as chances de um município receber os repasses financeiros do governo federal pela produção de serviços ao SUS. Sob tais perspectivas, os municípios de pequeno porte populacional, “comparados aos municípios de maior capacidade instalada, recebiam do SUS valores menores, porém coerentes, por um lado, com a baixa oferta da rede de saúde local, e por

¹⁵ A Portaria nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, estabeleceu o Piso de Atenção Básica, que consiste em um montante de recursos financeiros destinados exclusivamente ao financiamento da atenção básica à saúde e são calculados mediante o quantitativo da população levantado conforme dados do censo do IBGE.

outro, com a quantidade de procedimentos e atendimentos realizados” (MATTOS; COSTA, 2003, p. 326).

Diante de tais considerações, é possível pensar que a municipalização resultou em avanços ao elaborar uma agenda proativa, envolvendo atividades de promoção à saúde e redução de danos. Entretanto, se, por um lado, a descentralização promoveu avanços na assistência à saúde, por outro, também gerou sérios problemas de eficiência, efetividade e da qualidade dos serviços. Mendes (2002) afirma que, em se tratando de um país de dimensões continentais e nítidas diferenças econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias como o Brasil, os avanços no processo de descentralização da saúde não impediram a formação de gestões municipais de saúde fragmentadas e isoladas, agravando ainda mais as desigualdades na oferta e no acesso aos serviços de saúde pública.

Na tentativa de corrigir as debilidades da municipalização, o Ministério da Saúde adota novas estratégias para o processo de descentralização, a fim de promover os princípios constitucionais do SUS, instituindo as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001 e revista em 2002), baseando-se na premissa de que seria demasiadamente complexo fazer com que milhares de pequenos municípios, isolados, gerissem um sistema de saúde e fossem capazes de oferecer serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Ademais, utilizou-se da polarização regional exercida por alguns municípios, implantando, assim, unidades de saúde.

Conforme seu texto, o objetivo geral da NOAS SUS 01/01 é: “Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001, p. 14). Para tanto, a NOAS SUS define a regionalização como macroestratégia de reorganização assistencial:

A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (BRASIL, 2001, p. 15)

Em poucas palavras, organizar a assistência à saúde em uma rede funcional e regionalizada, dividindo o espaço territorial estadual e a população, a ser atendida em “regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade” (SOUZA, 2001, p. 454). No Brasil, somente uma minoria de municípios apresentam capacidade instalada para atender a

todos os níveis de atenção hospitalar e ambulatorial e, assim, a regionalização se torna uma estratégia viável, uma vez que, além de assegurar a atenção básica em todos os municípios brasileiros, propõem também

[...] sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferências intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. (BRASIL, 2001, p. 117)

Muito embora todos os estados tenham sido mobilizados para a implantação das NOAS, Queiroz (2004) identificou resistências e questionamentos no processo de transferência do comando de unidades estaduais para municípios habilitados¹⁶, bem como nas disputas locais ocorridas no processo para saber quais municípios seriam eleitos para comandarem cada região, já que o novo recorte territorial poderia causar perdas de espaço e recursos, “ameaçando posições historicamente construídas e acirrando aspectos competitivos do relacionamento intermunicipal” (QUEIROZ, 2004, p. 24).

A fim de ordenar o processo de regionalização da assistência em cada unidade da federação, ficou instituído que as Secretarias de Estado e do Distrito Federal deveriam elaborar um Plano Diretor de Regionalização (PDR), “concebido como o instrumento de planejamento que explicitaria as pactuações realizadas no âmbito de cada estado, para a reorganização da oferta de ações e serviços, numa perspectiva regionalizada e em todos os níveis de assistência” (QUEIROZ, 2004, p. 22).

Souza (2001) explica que o Plano Diretor de Regionalização objetiva o acesso da população à assistência ambulatorial e hospitalar o mais próximo possível da sua residência. Quando isso não for possível, deve-se garantir o acesso a outros serviços, em qualquer nível de atenção, por meio de fluxos de referência e contra referências¹⁷ intermunicipais, assumidos mediante compromisso entre gestores.

Na elaboração das NOAS (2001 e 2002), fica evidente que cada estado deverá elaborar um Plano Diretor de Regionalização propondo a divisão de seu território em regiões ou

¹⁶ Segundo o estabelecido com a NOA 01/2001, voluntariamente, cada município poderá receber e gerenciar os recursos do Fundo Nacional de Saúde, repassados diretamente a seus respectivos fundos de saúde, desde que cumpram uma série de requisitos e prerrogativas referentes à gestão do sistema de saúde.

¹⁷ Fratini *et al.* (2008, p. 67) esclarecem que referência representa “o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contra referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples”.

microrregiões de saúde, módulos assistenciais e municípios-polos. Contudo o que significam tais conceitos?

De acordo com o Ministério de Saúde (BRASIL, 2001, p. 35):

- Região de saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras.
- Módulo Assistencial – é o espaço territorial que disponha da resolutividade¹⁸ correspondente ao primeiro nível de assistência, composto por um conjunto de serviços capazes de atender atividades ambulatoriais de média complexidade, apoio diagnóstico e terapêutico e internação hospitalar nas três clínicas básicas (clínica médica, pediatria e obstétrica). Podendo ser constituído por um ou mais municípios, entre os quais um município-sede.
- Município-sede – município existente em um módulo assistencial que apresente condições de ofertar todos os serviços característicos do módulo assistencial com suficiência para sua população e para população de outros municípios a ele subordinado.
- Município-polo – município que apresente condições de ofertar qualquer assistência hospitalar ou ambulatorial em todos os níveis de complexidade (Atenção básica, média e alta complexidade), sendo referência para outros municípios.

Diante desses conceitos, entende-se que cada uma dessas dimensões territoriais comporta a assistência em saúde em níveis de complexidade crescente, de forma que o usuário do SUS possa ser atendido o mais próximo possível de sua residência. Caso o serviço necessário não esteja disponível em seu local de moradia, é necessário que ele seja encaminhado para outro município com oferta de serviço mais especializado. Dessa maneira, o usuário estaria transitando nessa rede regionalizada e hierarquizada até que seu problema de saúde seja solucionado. Para o gestor municipal, caberia saber quais serviços seriam de sua responsabilidade e a qual população teria a responsabilidade de servir como referência.

Vale dizer que a estratégia de regionalizar e hierarquizar o atendimento em redes de serviços de saúde é, acima de tudo, uma forma de reorganizar um modelo de assistência já existente, bem como o habitual deslocamento das pessoas em busca de atenção à saúde, respeitando os fluxos e os fixos. De fato, as Normas Operacionais de Saúde são a formalização desses fluxos pela participação de gestores municipais, que gerenciam os prestadores de serviços em seu território e organizam os “fluxos de referência de sua população para serviços a serem prestados por outros municípios, com o apoio do gestor

¹⁸ Para Turrini, Lebrão e Cesar (2008, p. 663), resolutividade dos serviços de saúde compreende “uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário”. A resolutividade se aplica tanto à capacidade de o serviço local solucionar o problema do paciente, quanto a seu encaminhamento para outros níveis de atendimento mais especializado, quando seu problema o exige.

estadual, que deve implementar mecanismos de garantia e acompanhamento dos fluxos de referência intermunicipal.” (BRASIL, 2001, p. 21).

A partir desses pressupostos, são percebidas semelhanças com algumas categorias da Geografia, em especial as redes, que são estruturas de interconexão constituídas por dois tipos de elementos: os pontos (ou nós) e as ligações entre eles. No campo da saúde, os nós são entendidos como os municípios, enquanto as ligações compreendem os deslocamentos de cidadãos em busca de atendimento. Da mesma forma, a organização dos serviços hospitalares e ambulatoriais, constituindo-se em um sistema hierarquizado, pode, em alguma medida, ser comparada às teorias das localidades centrais, do alemão Walter Christaller. No entanto, alguns apontamentos levarão a crer que existe um equívoco ao afirmar que os princípios de regionalização do SUS se assemelham a um sistema de saúde em rede, ou que hierarquizar os serviços de saúde possa contribuir para uma justiça social.

3.2 A REDE URBANA DE SAÚDE E O DESAFIO PARA UMA JUSTIÇA SOCIAL

Como ressaltado anteriormente, as normas operacionais do SUS propõem a construção de uma rede funcional e regionalizada em módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões, com territórios autossuficientes, organizados por nível de atendimento, em que os serviços são ofertados hierarquicamente, conforme o grau de complexidade, indo da atenção primária à saúde (por exemplo: programas de vacinação, controle da hipertensão arterial, saúde da mulher, saúde da criança e saúde bucal), até a atenção de alta complexidade (por exemplo: cirurgia cardiovascular, assistência em traumatologia, procedimentos de neurologia, assistência ao portador de doença renal crônica, assistência ao paciente oncológico).

Todas essas ações se justificam com base na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente pelo território brasileiro e envolvem tecnologias de diferentes complexidade e custos, bem como profissionais de diferentes especialidades médicas. Dotar todos os municípios com recursos tecnológicos e profissionais capazes de solucionar qualquer problema de saúde seria demasiadamente utópico, avaliando que 70% dos municípios brasileiros possuem menos de vinte mil habitantes (IBGE, 2010a), uma pequena capacidade financeira e administrativa. Como é enfatizado por Souza (2001, p. 452) ao ponderar que

[...] o pequeno porte da maior parte dos municípios brasileiros traz dificuldades no sentido da capacidade de planejamento do sistema, da regulação de prestadores e da construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população, já que não é possível garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros.

Acerca dessas implicações, Teixeira (2002, p. 157) afirma que a introdução de mudanças na organização da assistência à saúde, “seja pela modificação nas proporções entre os diversos níveis de organização da produção dos serviços, quer seja pelo estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade”, proporciona à população, principalmente àquela que habita municípios menores, possibilidades de acesso a uma variedade de ações e serviços não encontrados em seus municípios de origem.

Essas questões remetem a uma compreensão bem mais complexa da organização da rede de ações e serviços de saúde e faz presumir que políticas de atenção à saúde devem evoluir juntamente com o desenvolvimento social e econômico. Respeitando que o Brasil é um país extremamente desigual, com grandes discrepâncias entre as regiões, é imperativo que os gestores públicos, ao planejarem suas ações locais, avaliem os déficits na oferta local e garantam o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território.

Nesse contexto de relações, existem alguns apontamentos que contemplam a dinâmica da regionalização da saúde. Um deles é o fato de que a organização de sistemas de saúde apenas por níveis hierárquicos e/ou redes não soluciona a fragmentação existente nos municípios, proporcionada pela falta de articulação entre as esferas administrativas. Nessa ótica, Pestana e Mendes (2004, p. 41) identificam que

os sistemas fragmentados de serviços de saúde são aqueles que se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros, com débil atenção primária à saúde, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua às pessoas e de se responsabilizar por uma população determinada.

Para que haja uma organização oposta à existente, os autores afirmam que o sistema piramidal hierarquizado deveria ser substituído por uma rede horizontal integrada, oferecendo “uma assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa” (idem, 2004, p. 41). Em tal rede horizontal integrada haveria pontos de atenção à saúde, ofertando uma gama de variedades tecnológicas, mas, sem hierarquia entre eles.

Segundo o entendimento de Pestana e Mendes (2004, p. 41), baseando-se em Castells (2001), em um sistema em rede

[...] o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede, e que são os centros de comunicação, e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede, e que são os nós da rede.

Afinal, para que exista uma rede de ações e serviços de saúde, se pressupõe que existam conexões e comunicações. Quando se diz que um município está integrado em uma rede de serviços de saúde, deve-se compreender que ele não conseguirá solucionar sua demanda de forma isolada e que deverá contar com outros serviços (de menor ou maior complexidade tecnológica), bem como outras redes que se articulam ao setor de saúde, dando-lhe suporte, como a rede de transporte, de infraestrutura e de tecnologia, entre outras.

Para Wagner (2005), a forma como é proposta a regionalização e a hierarquização da rede de serviços à saúde produziu efeitos paradoxais decorrentes da lógica sistêmica e da lógica da descentralização, já que a descentralização não opera somente sobre os resultados esperados, mas também produz efeitos contrários à lógica do sistema, como a concentração de poder. Tal efeito paradoxo tende a induzir autonomia para os entes federados, fazendo com que eles desrespeitem os compromissos e as responsabilidades, predominando seus interesses particulares sobre o interesse coletivo. Outro efeito paradoxal criticado pelo autor faz com que se questione se a terminologia “sistema” pode ser usada para designar o SUS, uma vez que o conceito de sistema “pressupõem a lógica de rede, de ligação entre pólos, de funcionamento harmônico das distintas partes em função de objetivos sistêmicos, em geral, considerados gerais ou coletivos” (idem, p. 6).

Outro esclarecimento que o autor proporciona diz respeito ao fato de que as diretrizes, as normas e os planos ao serem elaborados por uma instância superior (Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais), com pouca ou nenhuma participação dos municípios em sua elaboração, não obrigam os municípios a aderirem a esses desígnios a não ser por estímulos financeiros. Como consequência, temos uma assistência à saúde sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências no atendimento ao cidadão.

Tal realidade tem transformado o processo de regionalização em um exercício contínuo de embates, que inúmeras vezes não superam as características centralizadoras herdadas das políticas assistencialistas anteriores. Mendes (2002) aponta que a regionalização,

nos moldes atuais, é desenhada de acordo com a oferta de serviços de saúde disponível no território, ou seja, a hierarquia de um município, no Plano de Desenvolvimento Regional, é definida pela presença de determinados tipos de estabelecimentos e equipamentos hospitalares. Dessa forma, quanto mais complexos forem os estabelecimentos e mais equipamentos de alta tecnologia ele tiver, maior será o nível hierárquico do município no plano de regionalização.

Mendes (2002, p. 13) acrescenta, também, que quando se destinam mais recursos aos municípios já possuidores de maior oferta de serviços e equipamentos ao invés de avaliar onde há demanda de atendimento, se gera uma “normalização complexa, estabelece fluxos complicados de pessoas e dos recursos financeiros, consolida a responsabilização difusa e dificulta o acesso pronto a serviços eficientes e de qualidade”. Para o autor, as normas reguladoras do SUS não contribuíram para democratizar o acesso à saúde e, na prática, transformam os cidadãos dos municípios satélites em subcidadãos sanitários:

Na prática, a norma divide os municípios em duas categorias, os que têm uma oferta extensiva de serviços de saúde e os que só oferecem serviços de atenção básica ampliada. Isso gera uma divisão perversa que institui municípios de primeira e segunda classe, consolidando uma indesejável heteronomia federativa (idem, p. 16)

E prossegue dizendo que:

Esse injusto tratamento dados aos municípios é resultado da visão míope da gestão da oferta, pela qual o que importa é a existência da oferta e, não, a possibilidade de gerir a demanda dos cidadãos pelos serviços, o que não depende da presença física dos equipamentos nos municípios. (idem, p. 16)

Tais considerações apontam para uma ideia precípua de que, do ponto de vista geográfico, nem todos os cidadãos tem igualdade de acesso, afinal, é impossível adequar o acesso aos serviços de saúde em igual necessidade, uma vez que os estabelecimentos de saúde estão inevitavelmente concentrados em locais específicos e são, portanto, mais acessíveis às pessoas mais próximas do que àquelas que vivem mais distante. De maneira oposta, a política de democratização do SUS constituiu-se em um paradoxo, uma vez que ela pressupõe igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para todos os cidadãos. Entretanto, a distribuição dos recursos de saúde opera de modo inversamente proporcional às necessidades dos indivíduos.

Assim, se concorda com Teixeira (1999, p. 291) quando este afirma que a atual política de saúde “privilegia a reprodução de um sistema em que a distribuição territorial da

infraestrutura de recursos reforça as desigualdades no acesso aos serviços e na quantidade e qualidade da atenção recebida pela população”.

Sob essa mesma perspectiva, Hart (1971, p. 7.696) argumenta que tanto a necessidade em saúde quanto a disponibilidade de serviços estão sujeitas à “*inverse care law*” ou “lei da inversão dos cuidados em saúde”. Baseando-se em estatísticas demográficas e de saúde do Reino Unido, entre 1934 e 1968, o autor concluiu que

*[...] a disponibilidade de um bom tratamento médico varia inversamente às necessidades em saúde da população servida. Esta lei dos cuidados inversos opera de forma mais expressiva nos casos em que a assistência médica está mais exposta às forças de mercado e menos expressiva nos que esta exposição é menor. E permitir que tal distribuição de serviços se dê em função de mercado é primitivo e historicamente ultrapassado e qualquer retorno a este cenário irá acentuar a má distribuição dos recursos médicos.*¹⁹

De fato, dentre o conjunto de serviços e prestadores que forma o SUS, o segmento privado suplementar é bastante expressivo e, em alguns estados, chega a fazer frente ao número de estabelecimentos públicos. Para Mattos e Pompeu (2003), apesar de a Constituição de 1988 permitir a participação complementar da iniciativa privada, as leis reguladoras dessa concessão (como a Lei 8.666, de 21 de junho de 1993) foram omissas ao não instituírem critérios e planejamento na compra de serviços de saúde pelo poder público, permitindo que sejam celebrados contratos eivados de vícios. Como determina o artigo 24 da Constituição Federal, era esperado que os gestores utilizassem, primeiramente, a capacidade pública disponível para, só posteriormente, recorrer à iniciativa privada. Contudo, “ocorre justamente o contrário: esgota-se a capacidade privada para depois recorrer à pública, num claro favorecimento a interesses privados” (MATTOS; POMPEU, 2003, p. 637).

Consequentemente, os autores apontam para uma “situação na qual o setor público torna-se prisioneiro da oferta (os prestadores privados)” e como não existe planejamento na compra de serviços de saúde, “compra-se o que o prestador oferece, em detrimento de serviços que se coadunam com as reais necessidades da população” (idem, p. 637). Isso corrobora a ideia de que a política de assistência desenvolvida pelo SUS é regida pela lógica da oferta ao invés da demanda.

É a partir desses apontamentos que se insere a discussão a respeito da justiça territorial de Harvey (1980), como estratégia para um melhor ordenamento dos recursos em saúde no

¹⁹ Tradução nossa, texto original: “*The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.*” (HART, 1971, p. 7.696).

território, uma vez que alguns estudos (TRAVASSOS, 1997; OLIVEIRA *et al.*, 2004; RIBEIRO *et al.*, 2005; BODEGA, 2005; TRAVASSOS *et al.*, 2006) apontam que a localização geográfica e a dimensão dos serviços de saúde são fatores que interferem em seu padrão de utilização. Da mesma maneira, o planejamento das redes de assistência e a coordenação dos fluxos intermunicipais de pacientes para atendimento são meios que contribuem, em parte, para a redução das iniquidades no acesso à saúde.

3.3 DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DA REDE SUS: EQUIDADE E DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL

De acordo com Medeiros (1999), existe uma grande discussão em estabelecer diretrizes sempre justas ao alocar recursos de saúde em uma proporção igualitária a toda população. No entanto, em se tratando do Brasil, no qual os recursos públicos para a saúde são sempre escassos e há uma pobreza massiva que, em sua maioria, faz com que a população seja extremamente dependente dos serviços prestados pelo Estado, tal discussão se faz importante. Para o autor, em um panorama ideal, se, ao invés de escassez de recursos, todos os cidadãos tivessem livre acesso e uso ilimitado aos serviços públicos de saúde não seria necessário escolher sobre quem tem direito a quê e em qual momento isso seria possível.

O referido autor aponta que as diretrizes de políticas públicas, que tratam da distribuição de serviços de saúde, visando uma justiça social, devem permitir o tratamento das exceções. Por exemplo, os indivíduos pobres necessitam de mais recursos públicos que os ricos. Tal exemplo soa como algo errado, ferindo o princípio da igualdade entre os seres, no entanto, do ponto de vista da equidade, significa que se está tratando desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Em outras palavras, apesar de todos terem direito aos serviços de saúde, as pessoas e seus problemas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes.

Sobre esse tema, Nunes *et al.* (2001, p. 16) diferenciam os princípios de igualdade e de equidade. Igualdade está relacionada ao “conceito de cidadania”, segundo o qual todos os indivíduos são iguais, tendo, portanto, os mesmos direitos. Da mesma forma, assim é expresso na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948, no artigo

primeiro: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”²⁰.

Contudo, igualdade não é o mesmo que equidade. De acordo com o Dicionário Houaiss (2001, p. 1.183 e 1.569), a igualdade “é o princípio segundo o qual todos os homens são submetidos à lei e gozam dos mesmos direitos e obrigações”, enquanto a equidade “seria o respeito à igualdade de direito de cada um, que independe da lei positiva, mas de um sentimento do que se considera justo, tendo em vista as causas e as intenções”.

Nota-se que a equidade apresenta valores de justiça social em seu conceito, já que, além de tratar todos como iguais, considera dar mais a quem mais necessita. Medeiros (1999, p. 4) acrescenta que “o princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes”.

Tal afirmação está baseada nas contribuições do filósofo John Rawls ao tratar do conceito de justiça social no âmbito da política, ou seja, enquanto estrutura de distribuição de riquezas e das oportunidades sociais e econômicas. Segundo Rawls (1971), na discussão a respeito da justiça é importante saber, como se dá a distribuição das riquezas econômicas e sociais entre os componentes da sociedade, pois, para ele, a sociedade é uma associação de indivíduos, agindo sob regras de conduta, com interesses mútuos e esperando que todos cooperem em busca de uma vida melhor para todos. Porém, além de interesses mútuos, essa sociedade é marcada por conflitos de interesses que surgem quando as pessoas se dão conta de que o produto social de sua colaboração está sendo injustamente distribuído. Com a finalidade de corrigir tais conflitos, o referido autor propõe a criação de princípios de justiça que determinem a divisão dos recursos socioeconômicos. Mas que princípios seriam esses?

Primeiro: cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais extenso de iguais liberdades fundamentais que seja compatível com um sistema similar de liberdades para as outras pessoas;
Segundo: as desigualdades sociais e econômicas devem estar dispostas de tal modo que tanto (a) se possa razoavelmente esperar que se estabeleçam em benefício de todos como (b) estejam vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos. (idem, p. 67 e 68)

O primeiro princípio trata-se da liberdade democrática, como política (de voto e representação), a de expressão, a de livre associação, a integridade da pessoa, ao direito de ir e vir, o direito à propriedade, dentre outras formas de direito. Com isso, Rawls (1971) entende

²⁰ Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 24 jan. 2014.

que a justiça, para ser efetivada, depende do exercício mais pleno possível de uma igualdade democrática.

O segundo princípio, ou o princípio da diferença, seria o da igual distribuição dos bens primários, que a rigor são: riquezas, liberdades, direitos, deveres e autoestima. Nesse princípio, o autor admite que, diante da impossibilidade de uma distribuição igualitária, é necessário que se faça uma distribuição desigual, mas que beneficie a todos ou pelo menos aos menos favorecidos; ou, se isto não for possível, que seja garantida a igualdade de oportunidades para cargos e posições que possibilitem ascensão econômica e social.

Com isso, entende-se que injustiça é quando a desigualdade não beneficia a todos, enquanto justiça é a equidade ou uma igualdade equitativa de oportunidades que, para Rawls (1971), prevê o tratamento desigual dos desiguais e promove, quando necessário, situações de discriminação positiva, a fim de aumentar as chances dos que contam com menos oportunidades de acesso aos bens primários.

Apesar de o filósofo não explicitar cuidados em saúde na lista dos bens primários, a interpretação do primeiro princípio pode ser associada ao cuidado igual àqueles que se encontra em iguais condições. Em outras palavras, equivaleria dizer que aqueles que têm as mesmas necessidades em saúde deveriam receber os mesmos tratamentos. Já o segundo princípio, o da diferença, diz respeito ao tratamento desigual para as pessoas em desigual necessidade em saúde. Acerca disso, Nunes *et al.* (2001) adverte que a prática do primeiro princípio de Rawls, em relação aos cuidados de saúde, fica um pouco prejudicada, já que nunca são encontrados pacientes em situações iguais.

Em termos iniciais, o pensamento de Rawls (1971) sustenta um conceito de justiça equitativa que permite uma discriminação positiva. Contudo, os bens primários enfatizados por sua teoria não contemplam os bens sociais garantidos pela Constituição²¹ e, fundamentais a garantia da liberdade e igualdade entre as pessoas, como a saúde, por exemplo. Por esse aspecto, a lista de bens primários soa como insuficiente a fim de garantir a plenitude de justiça social para os cidadãos.

Sob esse viés, alguns autores buscaram na teoria da justiça de Rawls bases fundamentais ao elaborar uma conceituação do termo equidade. Destaca-se Daniels (2008), ao elucidar que é possível pensar a saúde a partir da justiça como equidade. No entanto, ele reforça que a lista de bens primários é insuficiente para atender à realização das necessidades

²¹ A Constituição Brasileira define, em seu art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência social aos desamparados, na forma desta Constituição”.

básicas das pessoas, como saúde, educação, a moradia, alimentação, direito à justiça. O autor enfatiza que a saúde deve ser tratada como questão de justiça social, já que é por meio dela que os indivíduos conseguem exercer suas plenas capacidades (físicas, mentais, sociais, econômicas) ao longo de suas vidas. Portanto, uma sociedade que não garanta condições de saúde aos seus cidadãos, se torna invariavelmente, uma sociedade injusta, pois é incapaz de garantir igualdade e oportunidade para que as pessoas se tornem cidadãos plenos e cooperativos.

Um ponto esclarecido por Daniels (1981) refere-se ao motivo pelo qual não existe nenhuma teoria distributiva da saúde em Rawls, já que, na sociedade idealizada por ele, bem ordenada, pautada, pelos princípios da justiça equitativa, ninguém ficaria doente. Entretanto, Daniels (1981) consegue dialogar com a teoria rawlsiana associando as questões e os bens relacionados com a saúde ao conceito de igualdade equitativa de oportunidade. Para tanto, o referido autor argumenta que as instituições de saúde têm um significativo impacto na vida das pessoas e, por isso, devem ser orientadas pelo princípio da oportunidade.

De acordo com essas considerações, é preciso avaliar que a noção de igualdade proporcional se baseia na afirmação de que justiça é igualdade, mas apenas para os iguais entre si, podendo a desigualdade ser justa para aqueles que são desiguais entre si, a partir daí buscando-se realizar a justiça distributiva. Porém, existem vários pontos de debate na discussão das ideologias de justiça aplicáveis aos problemas de justiça distributiva de recursos públicos. Por exemplo, o princípio da equidade tem como um de seus entraves a dificuldade de se mensurar o grau de desvantagem sofrida pelos indivíduos para, assim, realizar a distribuição dos benefícios.

Outro ponto a ser questionado é como delimitar as fronteiras dessa distribuição de recursos, quais as regiões e territórios em situação de desvantagem? Por esse lado, acredita-se que os argumentos de Harvey (1980) são válidos, uma vez que contribuem para o debate, afirmando que uma teoria de justiça social pode ser formulada inserindo a variante geográfica.

O autor critica a pouca contribuição dos geógrafos nas normatizações da justiça social. Harvey (1980, p. 81) aponta que justiça social é um conceito normativo e que pode ser analisado pelos estudos de locação espacial, entretanto, grande parte dos geógrafos ainda estão arraigados na teoria clássica da localização. Tal teoria é funcional em um “padrão ótimo de localização, como aquele no qual nenhum indivíduo pode mover-se sem que as vantagens ganhas de tal mobilidade sejam contabilizadas por alguma perda para outro indivíduo”. O autor ainda afirma que tal omissão decorre, principalmente, do fato de as análises de

distribuição e as consequências das decisões de alocação envolverem desagradáveis juízos éticos e políticos, os quais os geógrafos preferem contemplar de longe.

Sob esse prisma, Harvey (1980) propõe contribuir com a temática esclarecendo os vínculos existentes entre justiça social e sistemas espaciais. O autor, assim como Rawls (1971) e Daniels (2001), concorda que o princípio de justiça social inicia-se a partir de uma distribuição justa de benefícios aos cidadãos ao longo de uma série de territórios ou regiões.

Para tanto Harvey (1980, p. 91) resumiu alguns princípios de justiça social que contribuem para uma teoria normativa de alocação de recursos espacial ou territorial, na qual ocorra uma distribuição de recursos extras que maximize as perspectivas de regiões menos afortunadas.

1 - A organização espacial e o padrão de investimento regional deveriam ser tais que satisfizessem as necessidades da população. Isso requer que primeiro estabeleçamos métodos socialmente justos para determinar e medir necessidades. A diferença entre necessidades e alocações atuais provê-nos de uma avaliação inicial do grau de injustiça territorial num sistema existente.

2 - Uma organização espacial e um padrão de alocação de recurso territorial que provê benefícios extras na forma de satisfação de necessidades (primariamente) e resultado agregado (secundariamente) em outros territórios, através de efeitos de sobre ofertas, efeitos multiplicadores e similares.

3 - Desvios no padrão de investimento territorial podem ser tolerados se estão destinados a superar dificuldades específicas do meio, que poderiam de outro modo prejudicar a evolução de um sistema que encontraria necessidade de contribuir para o bem comum.

Tomando como referência as considerações apontadas pelo citado autor, entende-se que para que ocorra uma justiça distributiva territorial o espaço pode ser dividido em regiões ou territórios, o que lembra os primeiros processos de regionalização oficial pelo qual o país passou em meados da década de 1940 sob o comando do IBGE, com o intuito de dar suporte às políticas territoriais do Estado brasileiro, a exemplo do I Plano Nacional de Desenvolvimento (1972-1974) e do II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979). De acordo com Arrais (2007b, p. 26), a regionalização do território brasileiro, evidente nesses planos, “explicita o quadro de intervenção e a função de cada região no âmbito da política nacional”.

Dessa forma, Harvey (1980) aponta que uma vez solucionada a questão metodológica para que haja uma distribuição justa, o próximo passo envolve um ordenamento espacial em regiões ou territórios associados pela geografia e por outras ciências sociais como processo de regionalização, ou “diferenciação de áreas” (CORRÊA, 2000, p. 12) ou delimitação de regiões sob critérios, métodos e características preestabelecidos pelo autor regionalizador.

Geralmente, o processo de regionalização, significando divisão de um território, tem o poder público como responsável pela formação de diversas e distintas regionalizações. Sem embargo, há outras formas de regionalização não impostas pelo Estado, em que intelectuais e a sociedade em geral são seus idealizadores, como fez Santos e Silveira (2008) ao propor que o território brasileiro fosse dividido em quatro regiões: Amazônia, Centro-Oeste, Concentrada e Nordeste. Da mesma forma, Corrêa (2005) afirma que os processos sociais e econômicos pós - década de 1950 geraram uma nova regionalização, caracterizada por três grandes regiões: Centro-Sul, Nordeste e Amazônia.

Considerando apenas a primeira forma de regionalização, em que o Estado é o ator regionalizador, implantando as “teorias de desenvolvimento regional” (CORRÊA, 2000, p. 27), encontra-se uma aproximação à proposta de Harvey (1980) quando ele afirma que se está maximizando a justiça social no momento em que a regionalização se torna um critério normativo na alocação de recursos entre os lugares menos afortunados. Ao fazer uma leitura de Rawls, Harvey (1980) aponta que alguns arranjos arbitrários na distribuição espacial de recursos são permissíveis, desde que se proponham a sanar a demanda de algumas regiões, por meio de uma “alocação extra para compensar o grau de dificuldade social e natural do meio” (HARVEY, 1980, p. 91).

Apesar de tais considerações em torno de uma teoria social territorial muito se aproximarem à proposta de regionalização do SUS, que objetiva uma maior equidade e acesso à saúde, a prática deixa muito a desejar. Sob esse aspecto Guimarães (2001), critica a atuação do Plano Diretor de Regionalização de Assistência à Saúde, afirmando que esse plano não conseguiu, até agora, oferecer referências seguras para orientar o perfil e a distribuição das unidades prestadoras de serviços de saúde, desde as mais simples unidades de saúde até as mais complexas unidades hospitalares.

Acerca dessa problemática, Viana *et al.* (2008, p. 98) consideram que o acesso à saúde idealizado pelo SUS não se realiza da mesma forma em todos lugares, devido a diferentes heranças territoriais e heterogeneidades presentes no Brasil. Ainda assim, os referidos autores acreditam que a regionalização da saúde se mostra como um instrumento efetivo e coerente para diminuir as desigualdades inerentes a cada região. Para os referidos autores

[...] a regionalização deve ser encarada como um processo de pactuação política no âmbito de planejamento territorial e nacional entre entes federados – não necessariamente contíguos territorialmente, porém solidários organizacionalmente pelos usos do território (fixos e fluxos dinamizados por racionalidades diversas).

Entretanto, alguns estudos apontam que as políticas de distribuição de recursos implementados desde a criação do SUS foram insuficientes para reverter os padrões históricos de desigualdade regional. Objetivando avaliar tanto a dimensão social quanto a dimensão geográfica no acesso aos serviços de saúde, tendo como recorte espacial as regiões brasileiras, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) de 1998, comparado com 2003, Travassos *et al.* (2006) concluíram que a população mais carente e menos escolarizada tem menos possibilidades de utilizar os serviços de saúde, mostrando que é exatamente esse extrato da população que mais necessita desses serviços. O estudo também evidenciou que “o local de residência afeta o acesso, que melhora com o grau de desenvolvimento socioeconômico da região” (idem, 2006, p. 983). Em relação às regiões, verificou-se que os residentes das regiões mais desenvolvidas economicamente (Sul e Sudeste) tiveram mais acesso aos serviços de saúde do que os residentes de outras regiões.

Evidências nesse sentido também são encontradas em Oliveira *et al.* (2004). As autoras mapearam as redes estabelecidas pelos fluxos de pacientes, dividindo os serviços de saúde em atenção hospitalar básica e em atenção de alta complexidade, com base nas internações pagas (Autorização de Internação Hospitalar - AIH), em 2000, em todo o Brasil. Referente à organização da rede de atenção hospitalar básica, a pesquisa apontou que 21,4% das internações ocorreram fora do município de residência. No caso das redes de alta complexidade, 46,1% do total de internações ocorreram fora do município de residência do paciente, demonstrando que a desigualdade regional no acesso aos serviços de saúde é mais expressiva em relação aos serviços de maior complexidade tecnológica e profissionais especializados.

O mesmo resultado é constatado na pesquisa sobre os fluxos intra e inter-regionais de autorização de internação hospitalar (AIH) no estado do Paraná, durante o ano de 2004, feito por Ribeiro *et al.* (2005). Tal análise, realizada a partir do banco de dados do Sistema de Internamento Hospitalar (SIH/SUS), considerando a origem do paciente e o local de seu atendimento, evidenciou que há uma concentração de procedimentos hospitalares de alto custo nos grandes centros urbanos do Estado, mais especificamente em Curitiba, que apresentou 54,4% do total das internações, enquanto os serviços de menor complexidade estão razoavelmente disseminados pelo estado. Ribeiro *et al.* (2005, p. 109) esclarecem que a consequência dessa má distribuição dos serviços de maior complexidade é a “ocorrência de fluxos inter-regionais de pacientes buscando atendimento para suas necessidades de internação em serviços de maior grau de complexidade, muitas vezes onerando o custo do tratamento para os usuários e retardando o atendimento”.

Com base nesse breve levantamento bibliográfico, acredita-se que o efeito “distância” é um fator cooperante (mas, não conclusivo) no acesso aos serviços de saúde, especialmente, os mais especializados, a exemplo de tratamento para pacientes com câncer, problemas renais, cirurgia cardiovascular, entre outros, fazendo com que os deslocamentos se tornem mais longos do que os serviços que demandam níveis de atenção mais simples. Isso, por sua vez, reduz a utilização à medida que aumenta a distância entre as pessoas e os serviços de saúde.

Tal fato remete a análise empírica de Assis, Vila e Nascimento (2003) sobre o acesso às unidades básicas de saúde de Feira de Santana (BA), considerando a perspectiva dos usuários. Acerca disso, os autores enfatizam que o “cenário nacional convive com acessos seletivos, excludentes e focalizados” (ASSIS *et al.*, 2003, p. 816). Entretanto, não será a oferta de serviços ou sua organização em níveis hierárquicos a palavra final no acesso, mas sim as necessidades estabelecidas pelos próprios usuários. Será a necessidade de específicos serviços em saúde, não encontrados em seu município de residência, o principal motivador para que as pessoas se desloquem no território, uma vez que a ausência de alguns tratamentos tem como resultado uma vida de privações ou a morte, nos casos mais extremos da doença. Tal pensamento faz uma alusão à ideia de Singer (1976) ao atribuir às desigualdades regionais o principal motor das migrações internas.

Nesse sentido, o próximo tópico terá um caráter exploratório, visando abordar a dinâmica socioespacial em que se dão tais deslocamentos, especificamente para Goiânia. O objetivo será abordar o meio de transporte dos usuários e o tempo, a distância, o custo envolvido no deslocamento, suas motivações, o drama presente em cada paciente.

3.4 DESIGUALDADES GEOGRÁFICAS NO ACESSO E O PADRÃO DE MOBILIDADE DOS USUÁRIOS DO SUS

A perspectiva das desigualdades geográficas no acesso aos serviços de saúde pode ser analisada a partir do padrão de mobilidade que os cidadãos possuem para superar as barreiras naturais e socioeconômicas a fim de encontrar assistência em saúde. Em se tratando de barreiras para o acesso a saúde, Hulka e Wheat (1985) afirmaram que o padrão de utilização de serviços de saúde de um indivíduo ou de um determinado grupo é influenciado por uma complexidade de fatores, dos quais são divididos entre aqueles relacionados aos usuários, como: características demográficas (sexo e idade), geográfica, socioeconômicas, culturais ou

aspectos relacionados ao setor de saúde, como disponibilidade, tipo, quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos), localização geográfica, cultura médica local, ideologia do prestador, entre outros.

Considerando as características da população e do sistema de saúde, nota-se que são vários os fatores que interferem no grau de acesso aos serviços de saúde. Assim, com o propósito de otimizar esta pesquisa, foram escolhidos dois grupos de procedimentos do SUS, no entorno dos quais se construiu o padrão de mobilidade. Contudo, entre a vasta quantidade de procedimentos listados pela tabela do SUS, quais escolher? Que procedimentos poderiam ser considerados motores de fluxos, na ausência de atendimento no referido município de residência?

A partir desses questionamentos, foram selecionados os tratamentos ambulatoriais englobados pelas seguintes especialidades:

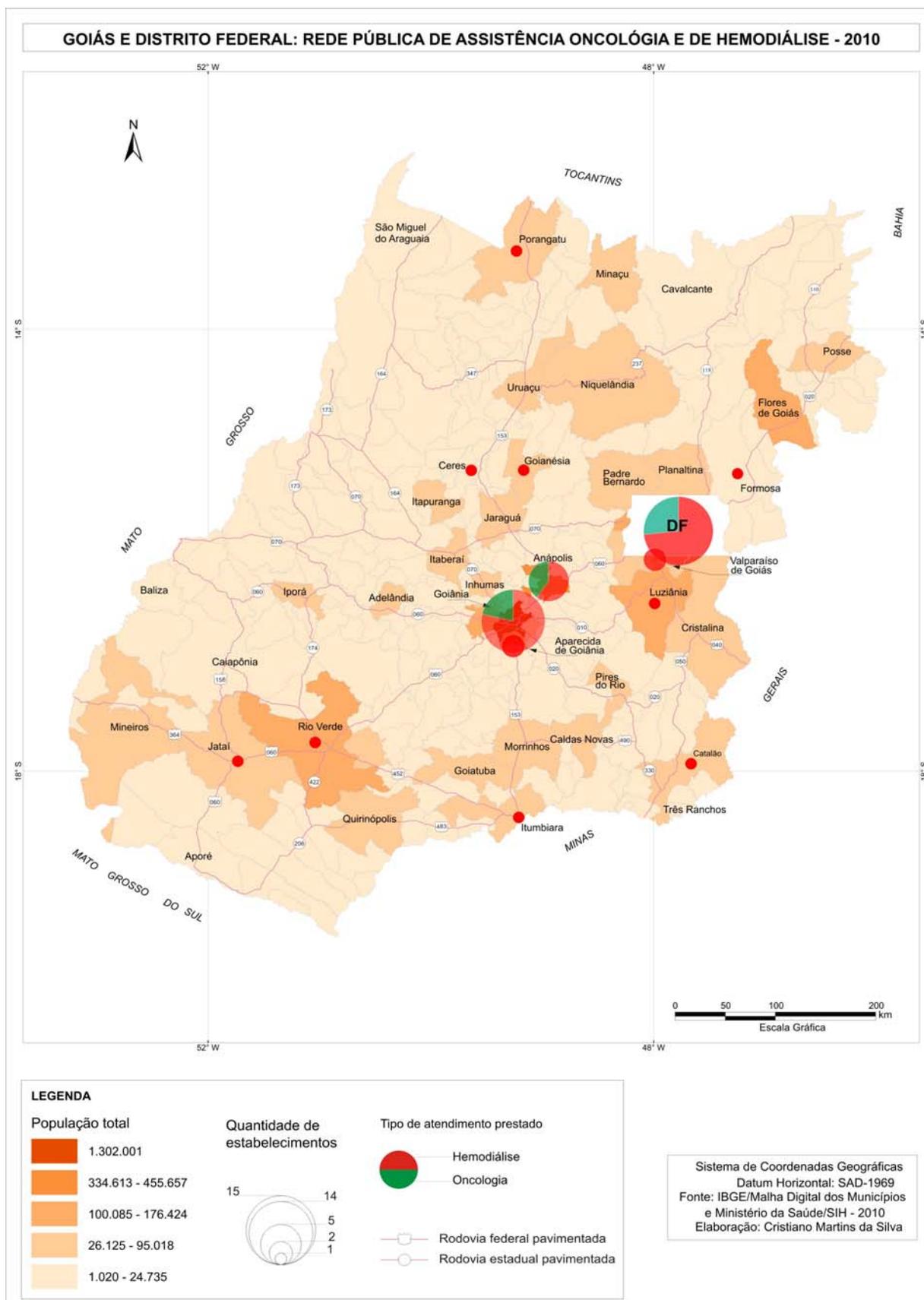
- Oncologia²²e
- Hemodiálise²³.

A escolha se justifica uma vez que tais especialidades fazem parte do grupo de procedimentos de alta complexidade, e, de acordo com os apontamentos anteriores, são esses serviços que estão concentrados em determinados centros urbanos, fazendo com que ocorra um maior fluxo populacional em busca deles, como enfatiza Santos (2006, p. 171): a “geografia dos fluxos depende da geografia dos fixos”.

Assim, o Mapa 7 é suficiente para comprovar essa escolha, uma vez que a rede do sistema de saúde em assistência oncológica e de hemodiálise no estado de Goiás está em desequilíbrio do ponto de vista quantitativo. Observa-se que apenas dois municípios ofertavam tratamento em oncologia: Goiânia e Anápolis, com três e dois estabelecimentos, respectivamente, enquanto a rede de atendimento em hemodiálise somou 27 estabelecimentos, apresentando uma maior distribuição no território estadual que no caso anterior. Entretanto, fica evidente a polarização de fluxos para a capital, uma vez que, do total de estabelecimentos que realizam hemodiálise no estado, onze (40,7%) estavam concentrados em Goiânia. Nos demais municípios, somente Anápolis (três), Aparecida de Goiânia (dois), e Valparaíso de Goiás (dois), somaram mais de dois estabelecimentos por município.

²² Também chamada de Cancerologia, é a especialidade médica que estuda os tumores malignos e a forma como essa doença se desenvolve no organismo, buscando seu tratamento. Ver mais detalhes em <www.inca.gov.br>.

²³ “É um processo artificial que serve para retirar, por filtração, todas as substâncias indesejáveis acumuladas pela insuficiência renal crônica”. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br>>. Acesso em: 21 fev. 2014.



Mapa 7 – Goiás e Distrito Federal: rede pública de assistência oncológica e hemodiálise – 2010.
Fonte: Ministério da Saúde/SIA/CNES/SUS (2010).

Ademais, vale destacar no mapa que, além da disparidade existente entre a oferta de estabelecimentos com tratamento em oncologia e hemodiálise, existe, também, a distribuição desigual da população pelos municípios. Em 2010, dos 246 municípios goianos, somente cinco deles (Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Rio Verde e Luziânia) concentravam 40,7% de toda a população do estado, enquanto 84,1% detinha população inferior a 25.000 habitantes, tendo sua base econômica constituída, basicamente, de atividades rurais e com dependência, em sua maioria, de repasses federais, como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Tais municípios, por seu baixo dinamismo econômico e sua população mais pobre, podem ser configurados como os “lugares menos atrativos do território” (ALMEIDA, 2005, p. 132), já que as redes de serviços médico-hospitalares mais sofisticadas se concentram nas frações mais dinâmicas.

Os eixos rodoviários também se relacionam ao dinamismo econômico dos lugares e cooperam para que as regiões mais produtivas estejam mais integradas, permitindo mais fluidez de mercadorias e pessoas. Nesse sentido, as principais rodovias (BR-153, BR-060, GO-020, GO-060 e GO-070) direcionadas para Goiânia permitem, conseqüentemente, um maior fluxo de pacientes. Por outro lado, nota-se, nas regiões com menor desenvolvimento econômico (Norte/Nordeste), um baixo nível de integração por meio das rodovias, limitando os deslocamentos dos pacientes que ali residem e criando uma imobilidade relativa, o que, para Santos (1997), é resultado de um território fragmentado, onde a população local se torna ainda mais empobrecida e prisioneira de uma fração estreita de espaço, na medida em que as dificuldades de mobilidade se coadunam com a falta de bens e serviços públicos, como de saúde.

Ademais, ao se considerar o drama envolvido nesses tratamentos, entende-se que a garantia do preceito de universalidade do atendimento do SUS e de igualdade de direitos entre todos os cidadãos está sendo cotidianamente ameaçada, uma vez que alguns procedimentos exigem que o paciente se desloque para o local de atendimento até três vezes por semana, como é o caso da hemodiálise, ou que o indivíduo se ausente durante uma semana para as seções de quimioterapia ou radioterapia.

Outro ponto que deve ser objeto de reflexão refere-se à gravidade que tais doenças acarretam à vida social do indivíduo, uma vez que a assistência especial deve ser imediata, correndo o risco de morte caso não haja o tratamento. A esse respeito, Mendonça (2007, p. 24) esclarece que quando ambos os rins de uma pessoa falham, “o organismo passa a reter líquido, ocorrendo um distúrbio no balanço eletrolítico e na pressão arterial. Ocorre também acúmulo de resíduos prejudiciais no sangue e queda da quantidade de glóbulos vermelhos

produzidos pela medula óssea”. Desse modo, a maioria das pessoas não apresenta sintomas graves até que a insuficiência renal esteja avançada, porém, quando os sintomas aparecem, entre eles, os mais comuns são:

[...] a diminuição do volume da urina; edema em todo o corpo (ou especificamente localizado nos olhos, na face, nas pernas e nos pés); fraqueza; mau hálito, com cheiro forte de urina; coceira no corpo; anemia; diminuição do interesse pelo sexo (tanto nos homens como nas mulheres); ausência de menstruação; falta de apetite. (idem, p 14)

A hemodiálise é indicada para pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica grave. Nos demais casos, o tratamento com remédios pode estabilizar os sintomas e controlar a doença.

Em se tratando do câncer, a situação é mais dramática uma vez que é a segunda maior causa de mortalidade por doença no Brasil desde 2003, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, segundo publicação do Instituto Nacional de Câncer (2009). Além do agravante de existir mais de cem tipos, seu tratamento é longo e pode envolver cirurgia para retirada do tumor, radioterapia, quimioterapia, transplante de medula óssea ou, ainda, a combinação de mais de uma modalidade. Devido aos efeitos da quimioterapia e da radioterapia, a pessoa pode apresentar vômitos, diarreia, tonteados, enjoos, fraqueza, queda de cabelo, feridas na boca, perda de peso, alterando drasticamente seu cotidiano.

Outro fator que colaborou na escolha por essas especialidades refere-se ao custo de tratamento para o governo federal. Ao se avaliar a quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados pelo SUS para o tratamento em oncologia e nefrologia em relação ao total apurado por todas as unidades brasileiras em 2010 (APÊNDICE B), percebe-se que essas especialidades não são tão expressivas, já que representaram, respectivamente, apenas 0,31% e 0,33% em relação à somatória de todos os procedimentos realizados pelo SUS. Entretanto, quando se compara o valor total pago, verifica-se que essas especialidades estão entre as mais caras para o sistema. De acordo com o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), foram aprovados R\$ 14,7 bilhões em procedimentos ambulatoriais em 2010 e, desse total, nefrologia e oncologia²⁴ corresponderam a 11% e 10,8%, respectivamente. Aparentemente, esse percentual é pequeno, mas tais especialidades apresentaram valores menores somente que Consultas, Atendimento e Acompanhamentos; e Diagnóstico em Laboratório Clínico, que representaram 21,7% e 13,7%, respectivamente.

²⁴ De acordo com o Relatório de Auditoria Operacional realizado pelo Tribunal de Contas da União, os gastos federais com tratamento oncológicos ultrapassaram R\$ 1,9 bilhões em 2010. Disponível em: <<http://www.sbradioterapia.com.br/pdfs/relatorio-tribuna-contas-uniao.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

Segundo o relatório do Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2011), elaborado com o objetivo de apurar as deficiências na prestação da assistência oncológica aos pacientes do SUS, os vultosos investimentos envolvidos nesses tratamentos, especialmente os serviços de radioterapia, devem-se à aquisição de equipamentos de alto custo, à contratação de profissionais especializados, associada à realização de obras de engenharia especiais para a preparação das instalações. Estima-se que a instalação de um centro de tratamento em oncologia custa aos cofres do governo brasileiro cerca de seis milhões de reais, pois é preciso criar um ambiente seguro contra a radiação, fazendo com que ao valor do metro quadrado da construção civil de cada sala de tratamento seja muito superior ao de um prédio comum.

Sob esse prisma, o Instituto Nacional de Câncer aponta um panorama desalentador e caótico para a rede de atendimento oncológica disponibilizada pelo SUS. De acordo com um levantamento realizado pelo INCA (2009) estimou-se para o ano de 2010 a ocorrência de 489.270 casos de câncer no Brasil. Entretanto, calcula-se que, a cada ano, noventa mil pacientes deixam de receber tratamento em oncologia por falta de estrutura instalada na rede pública. Conforme esse mesmo estudo, o território brasileiro necessita de, aproximadamente, 335 centros de atendimento oncológicos, considerando a estimativa de uma unidade de atendimento para cada mil novos casos de câncer. Contudo, até março de 2011, existiam 264 estabelecimentos habilitados no tratamento. A maioria concentrada nas regiões Sul e Sudeste, enquanto em estados como Amapá, Roraima, Amazonas, Acre e Rondônia não havia centro de tratamento, fazendo com que as pessoas se deslocam para outros estados ou morram sem tratamento.

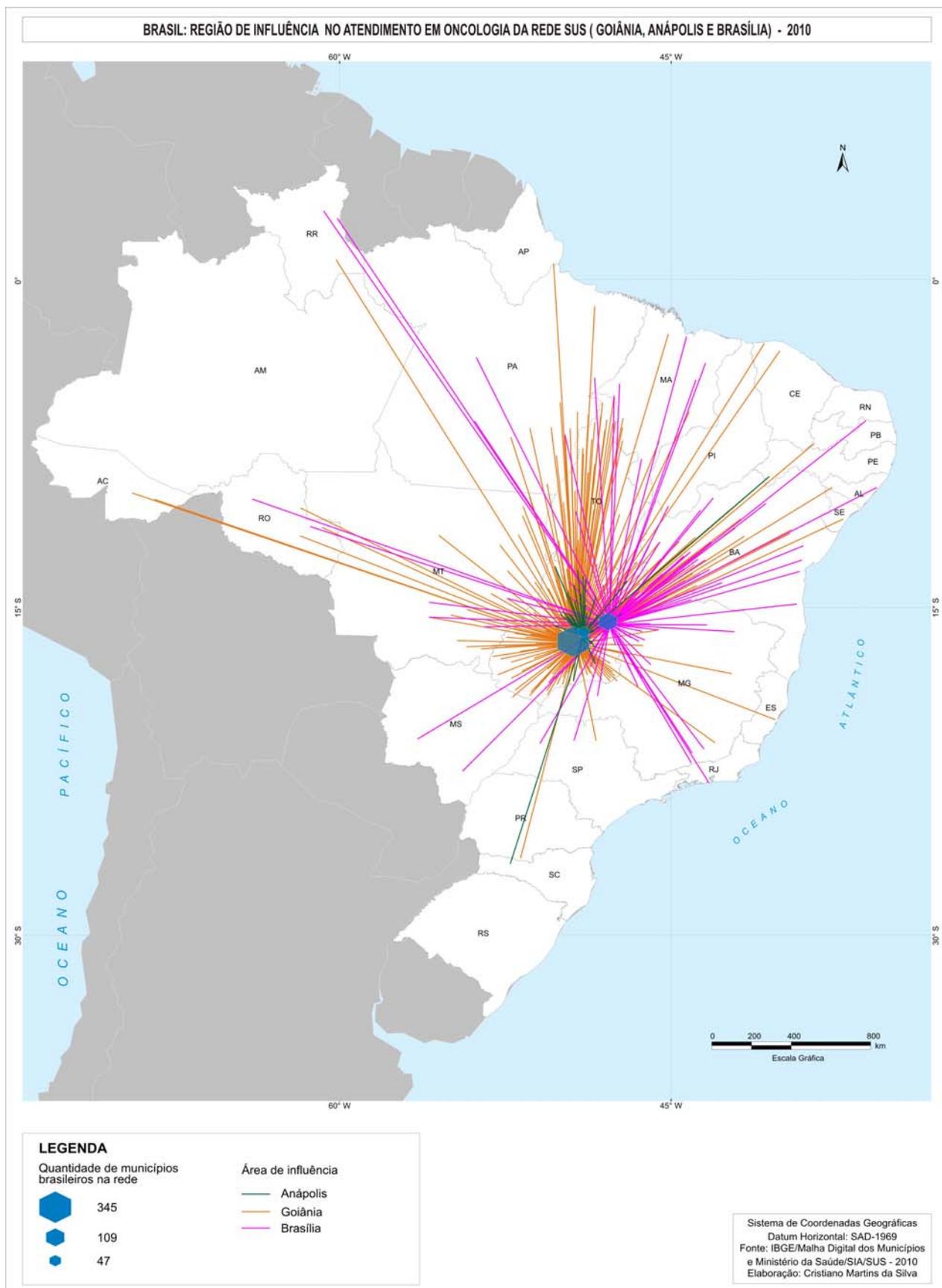
Fazendo uma alusão a Santos (1993, p. 113), entende-se que o resultado dessa distribuição desigual de serviços e equipamentos essenciais ao tratamento dessas doenças aponta para as “migrações forçadas pelas circunstâncias”, o que também equivale a falar de “localizações forçadas” por parte de alguns pacientes, que necessitam se ausentar por meses durante o tratamento, como se explora nos próximos subtópicos ao analisar o padrão de deslocamento de pacientes em busca de tratamento para câncer e hemodiálise, em Goiás.

3.4.1 Fluxo de pacientes para tratamento em oncologia

Durante o período estudado, a rede de atendimento ambulatorial em oncologia²⁵ investigada em Goiás apontou que foram realizados 237.826 procedimentos, abrangendo pacientes residentes em 351 municípios brasileiros. Desse total, 49,2% correspondem a tratamento de residentes no mesmo município de localização do serviço. Entretanto, esses atendimentos foram realizados em apenas dois municípios goianos (Goiânia e Anápolis), estando mais da metade deles concentrada em Goiânia, com 189.701 atendimentos, o que equivale a 79,8% do total. O restante ficou a cargo de Anápolis, com 20,2% (48.125 atendimentos). Apesar do alto percentual de atendimentos no próprio local de moradia, deve-se ressaltar que nos dois únicos municípios onde o tratamento estava disponível, 40,9% dos pacientes residem em Goiânia e 82,8% em Anápolis. Isso ratifica o que é dito por Lovett *et al.* (2002) de que a distância condiciona o acesso aos serviços de saúde e, dessa maneira, não é supressa constatar que 60,2% dos atendimentos foram prestados a pacientes residentes dentro de um raio de 30 km do serviço, e diminuindo para 4,1% dentro de um raio de 30 a 60 km.

O Mapa 8 destaca à área de polarização exercida pela rede de atendimento oncológico encontrada em Goiânia, abrangendo 346 municípios, enquanto na rede de Anápolis foram apurados somente 47 municípios em âmbito, nacional. Além da grande predominância no estado de Goiás, a área de influência de Goiânia foi verificada em 115 municípios de vinte estados brasileiros. Muito embora exista o fator distância, constatou-se 4.279 fluxos de pacientes oriundos de outros estados, ou seja, 2,3% do total de atendimentos oncológicos realizados em Goiânia corresponderam a pacientes vindos, em sua maioria, do Tocantins (1.135), da Bahia (1.023), do Mato Grosso (508), do Pará (394) e do Distrito Federal (323). Observou-se, ainda, um pequeno percentual de atendimentos financiados pelo SUS, em que os pacientes tiveram que enfrentar um deslocamento superior a 1.000 km de distância do local de atendimento. Mesmo que esses atendimentos representem somente 0,75% do total realizado em Goiânia, esse fenômeno se repete nas regiões Norte e Nordeste do país, onde a rede urbana de serviços de saúde está menos estruturada, explicando a presença de fluxos mais longos para outros centros urbanos, em especial Goiânia.

²⁵ Ver no APÊNDICE C, os subtipos de procedimentos.

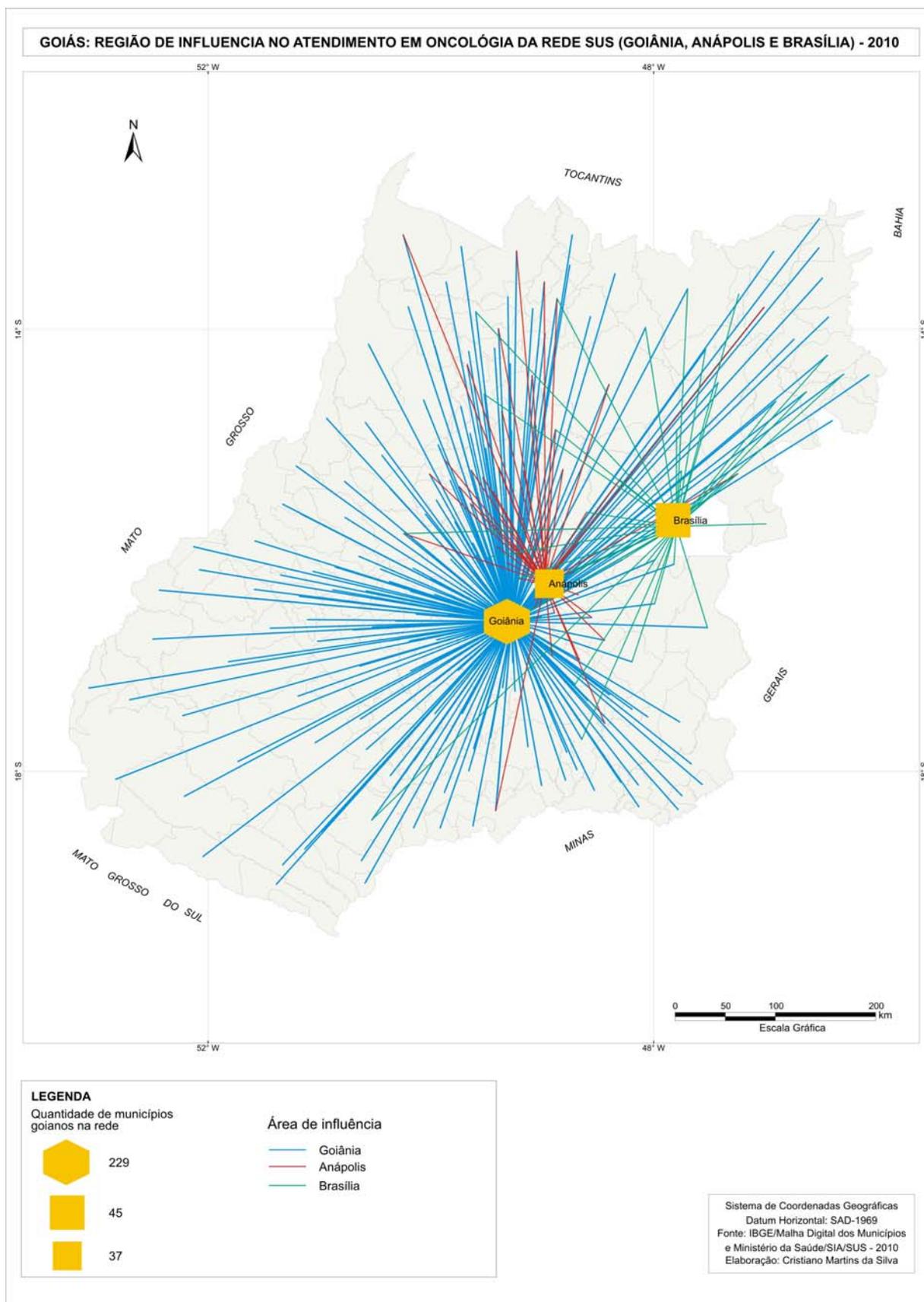


Mapa 8 – Brasil: região de influência no atendimento em oncologia da rede SUS (Goiânia, Anápolis e Brasília) – 2010.

Fonte: Ministério da Saúde/SIA/SUS (2010).

Já na escala estadual (Mapa 9), verificou-se que a rede goiana esteve presente em uma grande parcela do território de Goiás, já que 93,9% dos municípios enviaram seus pacientes à capital, sendo Aparecida de Goiânia (7,71%), Rio Verde (3,39%), Trindade (1,98%), Jataí (1,96%) e Senador Canedo (1,24%) os cinco que mais enviaram pacientes. Em função da escala, o mapa não destaca os vazios de atendimento, ou seja, os doze municípios goianos que não encaminharam qualquer paciente para tratamento, tanto em Goiânia quanto em Anápolis. Sob esse aspecto, temos duas hipóteses: 1) são municípios com baixa densidade populacional e carência de recursos locais, até mesmo para o transporte; ou 2) estão em áreas limítrofes de outros grandes centros de atendimento da doença, como é o caso de Água Fria de Goiás, Cabeceiras, Damianópolis, Mimoso de Goiás e Simolândia cujos pacientes residem a menos de 90 km do Distrito Federal.

A respeito do Distrito Federal (DF) é importante dizer que essa unidade da federação assume particularidades próprias de grandes centros urbanos, estando localizada no meio do cinturão de vinte municípios de pequeno e médio porte populacional, pertencentes a Goiás, tendo Brasília como principal referência. Sua oferta em serviços de saúde e demais infraestruturas, associada ao diferencial econômico não encontrado nos municípios periféricos, funciona como um grande atrativo de fluxos, como lembrado por Arrais (2007) ao apontar que, apesar das fronteiras administrativas, o retângulo do Distrito Federal possui forte relação com o território goiano. Tal relação é exemplificada por meio dos serviços ambulatoriais em oncologia ocorridos no DF, em 2010. Dos 58.150 atendimentos realizados nos hospitais de Brasília, quinze municípios do entorno foram responsáveis por 11,8% dos atendimentos. Os municípios goianos com maior encaminhamento foram Luziânia (1.356), Valparaíso de Goiás (1.275), Águas Lindas de Goiás (1.063) e Novo Gama (892). Isso diferencia a rede oncológica de Brasília com a de Goiânia, além da menor polarização em âmbito nacional, é o alto percentual de atendimentos no local de residência do paciente: 84,9% dos atendimentos não configuraram deslocamento, ou seja, o Distrito Federal atende, majoritariamente, seus residentes.



Mapa 9 – Goiás: região de influência no atendimento em oncologia da rede SUS (Goiânia, Anápolis e Brasília) – 2010.

Fonte: Ministério da Saúde/SIA/SUS (2010).

A centralidade desenhada pela rede de saúde de Goiânia, com destaque para os atendimentos e procedimentos que exigem recursos humanos e equipamentos especializados de alto custo, é um reflexo da estrutura de oferta de serviços aqui encontrada. Mendes (2002) assinala que o tamanho dos centros urbanos, associados a sua dinâmica econômica, são condições necessárias para a localização de equipamentos de média e alta complexidade, com vista à obtenção de economia de escala. Isso significa que certos serviços públicos hospitalares e ambulatoriais mais complexos ou especializados estão restritos a poucos hospitais que servem a toda uma região ou até mesmo a grande parte do país, enquanto os serviços de menor complexidade estariam dispersos em serviços locais. A exemplo do que ocorre em Goiânia e em outros grandes centros urbanos, a organização do SUS pauta-se nessa lógica de reduzir os custos ao concentrar o volume de atendimentos, uma clara afirmação de que à eficiência econômica se sobrepõe ao direito à saúde. Evidências dessa afirmação são encontradas na Tabela 5, destacando os estabelecimentos de tratamento de câncer em Goiás.

Tabela 5 – Goiás: quantidade de atendimento ambulatorial em oncologia pelo SUS, segundo estabelecimentos, natureza jurídica e valor aprovado – 2010.

Estabelecimentos para tratamento	Natureza jurídica	Atendimentos		Valor Aprovado	
		Quantidade	(%)	(R\$)	(%)
Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis (Anápolis/GO)	Privada s/ fins lucrativos	1.548	0,7	1.174.121,17	3,3
Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (Goiânia/GO)	Privada s/ fins lucrativos	6.095	2,6	2.834.275,67	7,9
Hospital das Clínicas Universidade Federal de Goiás (Goiânia/GO)	Pública	6.416	2,7	8.922.089,58	24,8
Hospital Evangélico Goiano (Anápolis/GO)	Privada c/ fins lucrativos	46.577	19,6	3.681.168,62	10,3
Hospital de Câncer/Hospital Araújo Jorge (Goiânia/GO)	Privada s/ fins lucrativos	177.190	74,5	19.302.775,48	62,2
Total		237.826	100,0	35.914.430,52	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SIA/SUS (2010). Organizado pelo autor.

Como dito anteriormente, a rede SUS de assistência oncológica é constituída, no estado de Goiás, por apenas cinco estabelecimentos, com uma concentração isolada em Goiânia e Anápolis. Entretanto, as diferenças encontradas entre tais municípios podem ser

reveladas ao se avaliar o volume de atendimento de cada estabelecimento. Mais de 70% de toda assistência oncológica dá-se somente em uma única unidade, o Hospital de Câncer (Hospital Araújo Jorge), localizado em Goiânia, enquanto os demais somaram 25,5% dos atendimentos em todo o estado. Embora Mendes (2005) encontre associação entre o volume de serviços e os resultados clínicos afirmando que os resultados são melhores na medida em que se aumentam o volume dos procedimentos, tal concentração não é a esperada para uma doença de grande incidência na população, cujo tratamento adequado e em tempo hábil é vital para reduzir sua alta taxa de mortalidade.

Um aspecto comum à maioria dos hospitais é a natureza não lucrativa, sendo três privados (Hospital do Câncer, Santa Casa de Misericórdia de Goiânia e Santa Casa de Misericórdia de Anápolis) e um público (Hospital das Clínicas): somente um hospital, o Evangélico Goiano de Anápolis, é de natureza lucrativa. Deve-se atentar para esse aspecto uma vez que a autonomia gerencial de cada instituição, para aumentar ou diminuir os atendimentos a pacientes do SUS, está condicionada a sua natureza jurídica. Ou seja, salvo raras exceções, é de se esperar que nas unidades privadas com fins lucrativos o atendimento a pacientes encaminhados pela rede do SUS esteja permeado por interesses mercantis, com oferta seletiva de procedimentos, concentração de interesse na prestação de serviços de alto custo e dificuldades no acesso.

Nota-se que há um antagonismo entre oferta e demanda em saúde, pois a dispersão e a concentração dos serviços de saúde guardam relação com a eficiência econômica, uma vez que a pulverização dos atendimentos de alto custo poderia afetar negativamente os gastos públicos. Por outro lado, a oferta descentralizada poderia melhorar o bem-estar social ao aumentar a variedade de estabelecimentos e serviços a partir das demandas em saúde.

Tal discussão é complexa, considerando os múltiplos interesses, quais sejam: o preço que se paga pelos serviços de saúde, o impacto dos investimentos realizados, a prioridade na saúde do cidadão. Contudo, se o objetivo é uma maior equidade social e territorial, o Estado possui papel fundamental na regulação da oferta e na demanda de serviços de saúde.

3.4.2 Fluxo de pacientes para tratamento em hemodiálise

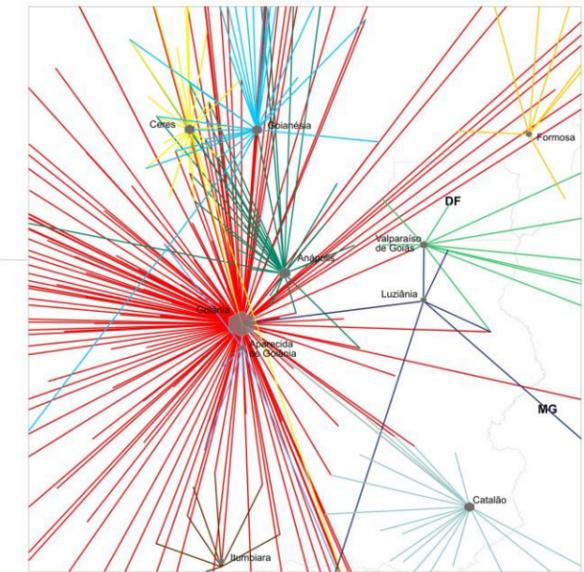
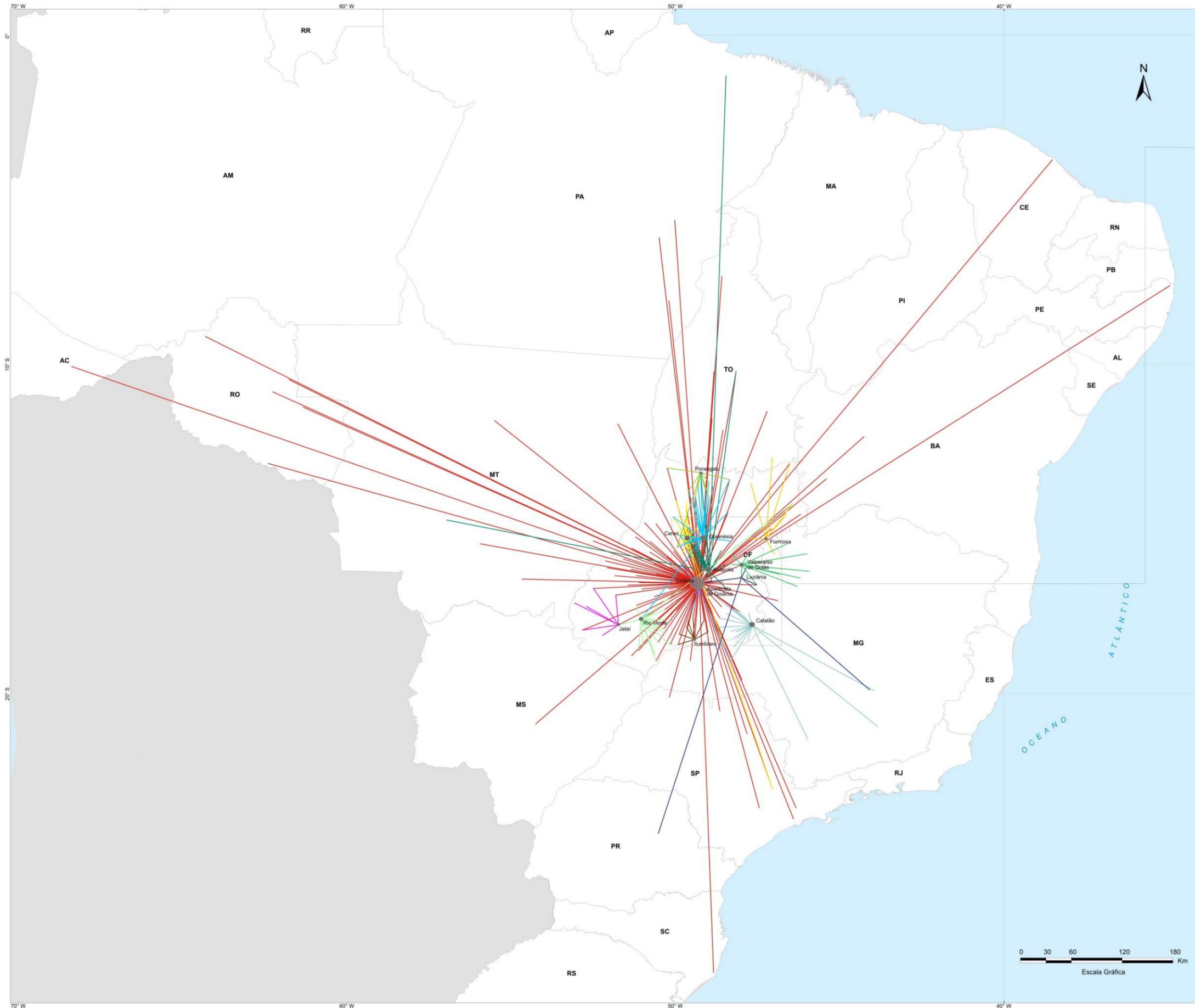
Na investigação da rede de atenção ambulatorial para o tratamento em hemodiálise²⁶ verificou-se que treze municípios goianos (Anápolis, Aparecida de Goiânia, Catalão, Ceres, Formosa, Goianésia, Goiânia, Itumbiara, Jataí, Luziânia, Porangatu, Rio verde e Valparaíso de Goiás) trataram pessoas nessa especialidade, oriundas de 167 municípios brasileiros, sendo 77,8% deles localizados no estado de Goiás, contabilizando um total de 192.152 procedimentos. Em Goiânia, foram realizados pouco menos da metade desse valor (48,5%), enquanto a rede de atendimento nos demais municípios apresentou-se, predominantemente, restrita às pessoas que residem a menos de 50 km do município de tratamento.

Como pode ser visualizado no Mapa 10, a maior área de influência pertence a Goiânia, que polarizou 167 municípios brasileiros, sendo 77,4% deles localizados em Goiás. Ainda apresentou ramificações em todas as regiões brasileiras, com maior encaminhamento de pacientes por parte dos estados de Pernambuco (275 atendimentos), Tocantins (193 atendimentos) e Minas Gerais (151 atendimentos).

Em relação às demais redes de atendimento em hemodiálise, somente sete estenderam suas redes de influência além dos limites estaduais, a saber: Anápolis, com trinta municípios na rede, sendo dois de outros estados; Ceres, com vinte e quatro municípios subordinados, sendo dois de outros estados; Catalão, com vinte municípios subordinados, sendo cinco de outros estados; Valparaíso de Goiás, com catorze municípios subordinados, sendo seis de outros estados; Formosa, com oito municípios subordinados e um de outro estado; Luziânia, com sete municípios subordinados e dois de outros estados; e Aparecida de Goiânia, com sete municípios subordinados e somente um de outro estado. Já as seis redes restantes apresentaram um perfil de atendimento regional, não ultrapassando as fronteiras estaduais, apesar de alguns municípios estarem nas divisas de estados, como Itumbiara, Porangatu e Formosa.

²⁶ Ver no APÊNDICE D, os procedimentos ambulatoriais em hemodiálise.

BRASIL: REGIÃO DE INFLUÊNCIA DOS MUNICÍPIOS GOIANOS COM ATENDIMENTO EM HEMODIÁLISE DA REDE SUS - 2010



LEGENDA

Área de influência

- Anápolis
- Aparecida de Goiânia
- Catalão
- Ceres
- Formosa
- Goianésia
- Goiânia
- Itumbiara
- Jataí
- Luziânia
- Porangatu
- Rio Verde
- Valparaíso de Goiás

Quantidade de municípios brasileiros na rede

- 166
- 30
- 19 - 24
- 13 - 15
- 6 - 9

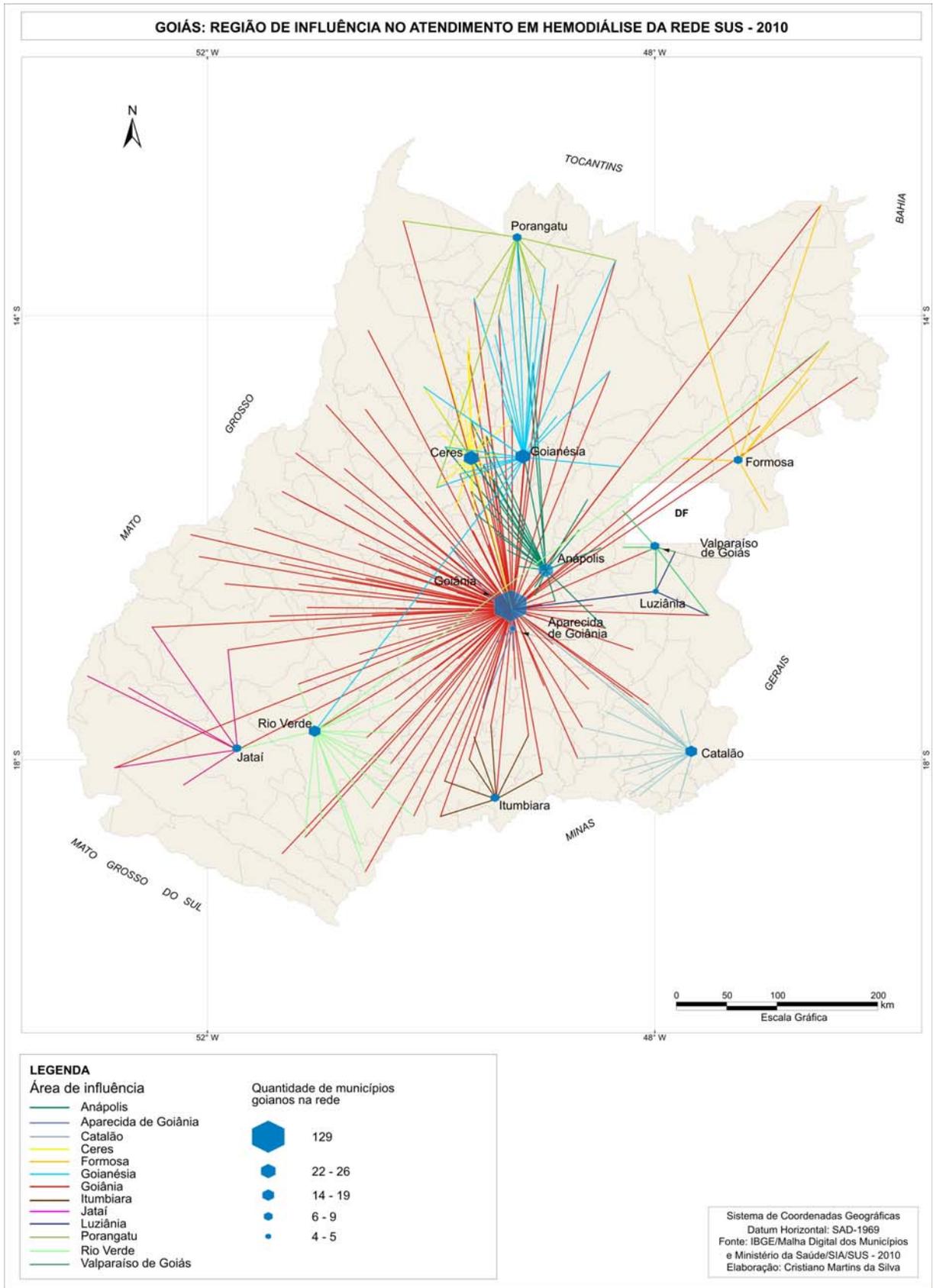
Sistema de Coordenadas Geográficas
 Datum Horizontal: SAD-1969
 Fonte: IBGE/Malha Digital dos Municípios
 e Ministério da Saúde/SIA/SUS - 2010
 Elaboração: Cristiano Martins da Silva



Como no caso anterior, o efeito da distância no acesso aos serviços influenciou a quantidade de atendimentos. Dos 192.152 procedimentos em hemodiálise realizados em Goiânia, 66,8% foram requeridos por sua própria população, enquanto pacientes residentes em um raio maior que 60 km de distância da capital foram responsáveis por somente 18% dos atendimentos, porcentagem que cai para 8,9% para pessoas residentes em um raio de 60 a 120 km. Isso ocorre porque as pessoas que vivem mais longe têm sua mobilidade afetada pela distância. Imagina-se o drama de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico tendo que permanecer na unidade de tratamento em um período médio de quatro horas, durante três dias da semana, além de percorrer toda semana cem ou duzentos quilômetros.

Já o Mapa 11 denota um padrão de atendimento estadual bastante polarizado em Goiânia, com 52,4% dos municípios goianos subordinados. Entretanto, alguns municípios, apresentaram um perfil de polo de atenção com mais de 40% dos atendimentos a pacientes não residentes, caso de Catalão (46,9%), Ceres (92,5%), Jataí (47,7%), Goianésia (72,6%), Porangatu (49,0%) e Valparaíso de Goiás (56,3%). Ao contrário de Anápolis, Aparecida de Goiânia, Formosa, Itumbiara, Luziânia e Rio Verde, que atenderam, majoritariamente, seus municípios, com 81,3%, 97,8%, 96,1%, 84,3%, 62,9% e 62,2% de atendimentos a pacientes moradores no próprio município em que se encontra a unidade de tratamento. Isso evidencia que mesmo quando o tratamento está disponível, como verificado nesse último grupo, a concentração espacial de outros serviços necessários ao diagnóstico e ao tratamento de doentes renais faz com que o fluxo de pacientes seja maior para os grandes centros urbanos, com maior variedade de serviços médico-hospitalares, além de laboratórios de análise clínica.

Em outras palavras, o tratamento de algumas doenças crônicas ocorre paralelamente a outros serviços de cunho social e psicológico, além das necessidades biológicas, como explica Mendonça (2007). A referida autora esclarece que o tratamento dialítico exige o acompanhamento de uma equipe multifuncional, composta de profissionais de diferentes áreas, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, nefrologistas, biomédicos, urologistas, psicólogos e assistentes sociais. Para a autora (idem, p. 14) a pessoa portadora de doenças renais crônicas, “como o próprio nome sugere, tem uma doença permanente, com alterações patológicas irreversíveis, levando às diversas incapacidades e co-morbidades, que na maioria das vezes, exige períodos longos de acompanhamento”. Assim, há mais possibilidade de encontrar todos esses serviços nos grandes centros urbanos, como verificado no Setor Aeroporto, um exemplo de centralidade em hospitais, clínicas e laboratórios médicos em Goiânia.



Mapa 11 – Goiás: região de influência no atendimento em hemodiálise da rede SUS – 2010.
Fonte: Ministério da Saúde/SIA/SUS (2010).

Acerca dessa demanda centralizada em alguns municípios, Sharma, Harris e Richardson (2006) argumentam que os indivíduos tendem a escolher um determinado hospital baseado em sua percepção de que encontrarão melhor qualidade de atendimento e que terão seu problema solucionado, mesmo que isso envolva custos mais elevados ou deslocamentos mais longos. Sob essa mesma perspectiva, Vidal (2006) concorda que nem sempre as unidades de saúde mais próximas são utilizadas, uma vez que existem outros elementos como credibilidade do serviço, preferência de médicos, existência de serviços necessários e outros. Tais considerações explicam, em parte, porque Goiânia recebeu pacientes para tratamento hemodialítico de municípios como Hidrolândia, Piracanjuba, Professor Jamil, Mairipotaba e Cromínia, uma vez que tais municípios fazem limite ao sul de Aparecida de Goiânia e, na percepção desses pacientes, a concentração desses serviços de saúde e de outros em Goiânia facilita o tratamento.

A pesquisa também destacou a influência da oferta de serviços para esse tipo de tratamento, considerando a capacidade local como indutora do uso desse serviço, como se pode constatar na Tabela 6:

Tabela 6 – Goiás: rede ambulatorial de hemodiálise do SUS, segundo municípios de atendimento – 2010.

Município	Número de estabelecimentos	Atendimentos			
		Público	Privado	Total	(%)
Anápolis	03	0	32.718	32.718	8,3%
Aparecida de Goiânia	02	0	30.413	30.413	7,7%
Catalão	01	0	14.428	14.428	3,6%
Ceres	01	0	13.009	13.009	3,3%
Formosa	01	0	16.126	16.126	4,1%
Goianésia	01	0	17.605	17.605	4,4%
Goiânia	11	10.825	181.327	192.152	48,5%
Itumbiara	01	0	8.987	8.987	2,3%
Jataí	01	0	9.362	9.362	2,4%
Luziânia	01	0	12.761	12.761	3,2%
Porangatu	01	0	527	527	0,1%
Rio Verde	01	0	21.722	21.722	5,5%
Valparaíso de Goiás	02	0	26.556	26.566	6,7%
Total	27	10.825	385.541	396.366	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde/SIA/SUS (2010). Organizado pelo autor.

A Tabela 6 sintetiza a rede SUS de atendimento ambulatorial em hemodiálise em Goiás, para o ano da pesquisa. Se na rede de atendimento a pacientes com câncer apenas dois municípios foram responsáveis pelo tratamento, nessa especialidade a distribuição geográfica das unidades de tratamento contempla boa parte das regiões do estado, a saber: Sudoeste, . Ainda predomina uma desigual distribuição no quantitativo de estabelecimentos, com uma evidente concentração de 40,7% das 27 unidades de tratamento na capital goiana, corroborando para um elevado percentual de atendimentos, contrastando com alguns municípios como Porangatu que não atingiu ao menos 1% de todo atendimento no estado. Acerca desse desequilíbrio, Pinheiro Filho e Sarti (2012) explicam que as maiores taxas de utilização de serviços de saúde em um município específico indicam uma maior necessidade de cuidados de saúde por parte daquela população, enquanto taxas reduzidas evidenciam uma dificuldade no acesso, insuficiência de recursos ou menor necessidade de cuidados de saúde.

A análise dessa tabela também mostra que há um desnível entre os atendimentos públicos e privados, no qual as unidades de hemodiálise privadas predominam no interior, enquanto na capital foram verificadas apenas duas unidades de atendimento público (Hospital das Clínicas e Hospital Geral de Goiânia). Ou seja, das 27 unidades de tratamento em Goiás, somente duas são públicas e, juntas, atingiram 2,7% de todos os atendimentos, em 2010. Para Matos e Pompeu (2003), esse elevado percentual de atendimentos da rede privada conveniada ao SUS aparece como uma questão problemática para o SUS, uma vez que o setor público, regido pela oferta da rede privada, acaba sendo o maior comprador desses serviços. A mesma opinião é compartilhada por Santos e Gerschman (2004) ao preverem uma segmentação de clientes segundo lógicas de mercado, ou seja, poder de compra, na contra mão dos princípios do SUS, com diferenciações na qualidade e no tipo de serviço de saúde disponível. Os referidos autores advertem, ainda, que o setor público acaba criando e consolidando bases para a oferta privada de serviços ao optar pelo subsídio privado como forma de viabilizar o atendimento aos pacientes do SUS. Ao agir desse modo, o setor público financia os procedimentos e serviços mais caros (alta complexidade) ofertados pela iniciativa privada, mantendo uma situação altamente rentável para os empresários da saúde, enquanto nos hospitais privados conveniados o número de leitos do SUS é menor em comparação ao número de leitos não SUS.

Para o mercado privado da hemodiálise, o panorama de doentes renais no Brasil se mostra em expansão, uma vez que a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) estima que

doze milhões de pessoas no país sofrem com algum tipo de insuficiência renal²⁷. Esse argumento ganha força quando se observam as cifras que acompanham a hemodiálise. Apenas em 2010 foram gastos mais de R\$ 1,5 bilhão em transferências do Ministério da Saúde para pagamento de cerca de dez milhões de sessões de hemodiálise realizadas no país (SIA/SUS), sendo que 94,6% desse valor recebidos por clínicas e hospitais particulares por meio de convênios com as Secretarias de Saúde. Por esse motivo, Cherchiglia *et al.* (2006) afirmam que o Brasil ocupa o quarto lugar no *ranking* dos maiores programas de diálise do mundo, apenas superado pelo Japão, Estados Unidos e Alemanha. A cada ano aumenta o número de pacientes com falência funcional renal. No Brasil, de 2006 a 2010, houve um acréscimo de 29,9% no número de pacientes em diálise, segundo censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012). Tais tratamentos têm no Ministério da Saúde o principal financiador, já que 85,6% dos pacientes atendidos são da rede SUS.

Para o paciente, as perspectivas se mostram negativas. Segundo Coelho (1998), o drama dos doentes renais se resume ao seguinte cenário: ausência de um programa preventivo para inibir o surgimento de novos pacientes, inércia do programa de transplantes, sucateamento do atendimento de hemodiálise na rede pública e, como resultado, cada vez mais pacientes são encaminhados às clínicas particulares. A autora (1998, p. 3) afirma que essa situação é particularmente intrigante quando se sabe que os custos públicos destinados aos serviços dialíticos são maiores comparados ao da atividade transplantadora.

Para se ter uma ideia mais precisa da questão, vale notar que um tratamento dialítico é remunerado em aproximadamente US\$15 mil ao adotado pelo SUS como por um paciente que pague privadamente pelo procedimento; já um transplante é reembolsado em, no máximo, US\$10 mil pelo SUS, ao passo que um paciente privado paga entre US\$20 mil e US\$50 mil pela cirurgia.

Dessa maneira, Coelho (1998) interpreta que existe tanto uma falta de recursos financeiros, hospitalares e normas que viabilizem um maior número de transplantes de rins quanto da manutenção de interesses do setor privado ligado à diálise.

²⁷ Insuficiência renal é a perda das funções do rim, podendo ser aguda ou crônica: a) a insuficiência renal aguda é quando os rins param de funcionar de maneira rápida, porém temporária. Rápida porque a função renal é perdida por algumas horas e temporária porque os rins podem voltar a funcionar após algumas semanas; b) já a insuficiência renal crônica é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais. Por ser lenta e progressiva, essa perda resulta em processos adaptativos que, até certo ponto, mantêm o paciente sem sintomas da doença. Até que tenham perdido cerca de 50% de sua função renal, os pacientes permanecem quase sem sintomas. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/publico/insuficiencia-renal>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

Esse argumento encontra um forte respaldo no fato de que a diálise, uma atividade controlada pelo setor privado, é remunerada de forma muito mais adequada do que o transplante, uma atividade desenvolvida preponderantemente pelo setor público, em especial pelos hospitais universitários.

Embora a hemodiálise seja a mais difundida entre as alternativas de tratamento existentes para o doente renal crônico, considera-se que o transplante renal permita uma melhor qualidade de vida ao paciente, evitando, assim, o drama e a angústia de depender de uma máquina para sobreviver, ou para, quando a doença está em estado terminal, prolongar a vida.

Além de onerosa, as doenças renais crônicas determinam uma significativa queda de qualidade de vida e da mobilidade dos pacientes. No entanto, o impacto causado por uma doença é diferente de indivíduo para indivíduo, e, portanto, é necessário identificar a opinião de quem se submete a esse tipo de tratamento, indagando de que maneira sua mobilidade foi afetada pela cronicidade da doença e pelo tratamento proposto.

3.5 O CAPITAL SOCIAL E O DRAMA INDIVIDUAL

A discussão feita até agora sobre deslocamentos e fluxos de pacientes é indissociável da mobilidade. É ela que caracterizará a intensidade no uso dos serviços em saúde, apesar de a Constituição Federal de 1988 garantir a gratuidade no atendimento à saúde, entretanto, o transporte e a superação de outras barreiras ficam a mercê da vontade política ou dos recursos de cada paciente. Desse modo, Oliveira *et al.* (2004) aconselham que os custos incorridos no consumo de serviços de saúde devem incluir o transporte e a espera no atendimento. Ademais, tais custos tendem a ser proporcionais à renda do cidadão, ou seja, para aqueles grupos de menor renda, os obstáculos de acesso serão maiores.

Nessa perspectiva Arrais (2005, p. 350) reflete que “a mobilidade tem um preço e por isso forma um capital social”. A mesma opinião é compartilhada por Santos (1993) ao afirmar que a mobilidade do indivíduo está em estreita relação com sua posição na escala das rendas, de forma que os consumidores que tem mobilidade tendem a ir às cidades de nível superior e obter os serviços de que necessitam, uma vez que os custos de deslocamento não representam um obstáculo. Já os cidadãos sem mobilidade permanecem prisioneiros.

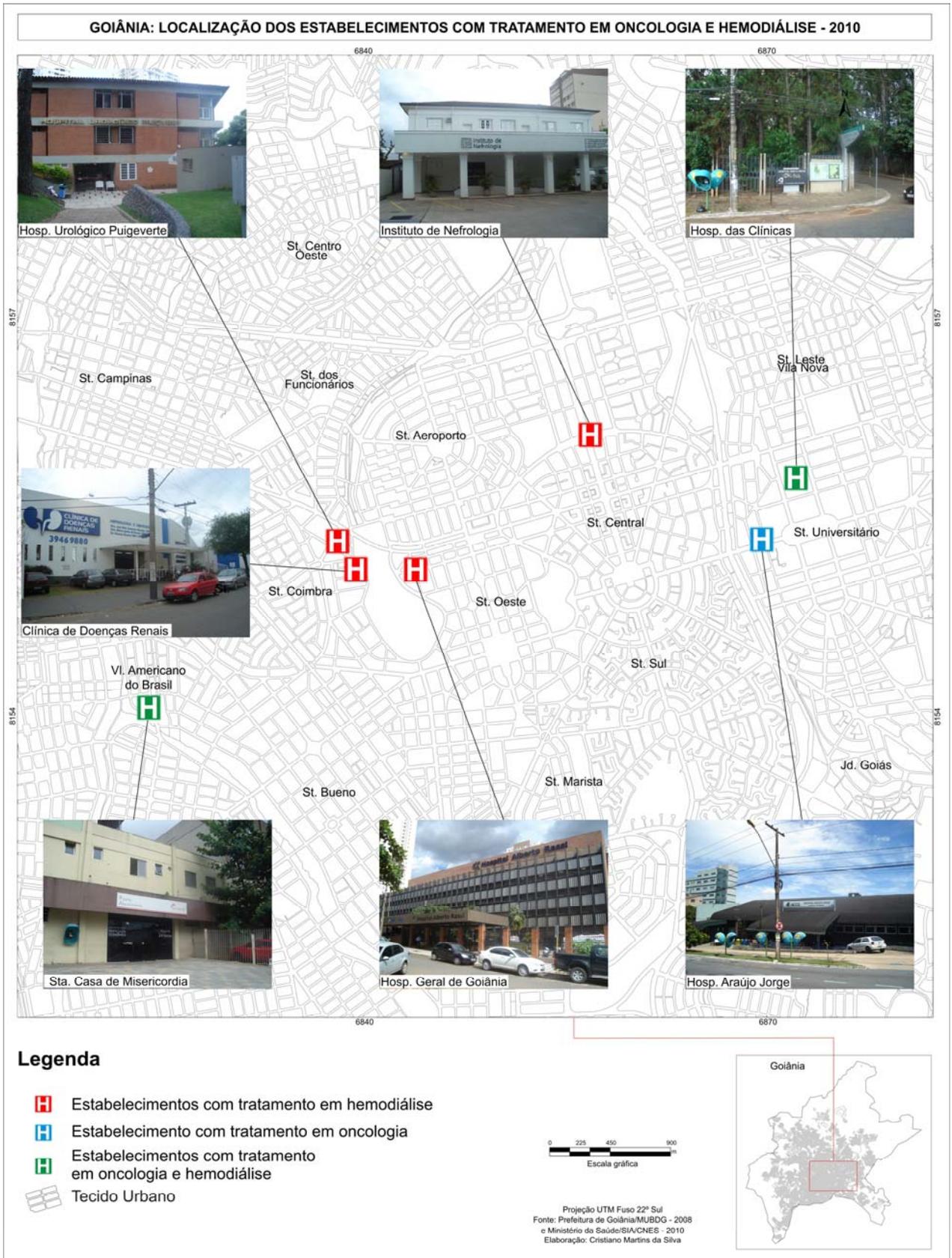
Dessa maneira, prevê-se que a baixa renda impõe aos indivíduos uma diminuição em sua mobilidade e no acesso aos equipamentos de saúde, associado aos altos custos das tarifas de transporte em relação aos seus baixos salários. Mesmo que a distância seja pequena entre o município de residência e o local de atendimento, para os cidadãos mais pobres, o custo envolvido nesse deslocamento já desponta como uma barreira.

Nesse sentido, se busca compreender como as práticas espaciais dos entrevistados, atreladas ao poder aquisitivo, interferem em sua mobilidade, assim como seu cotidiano é afetado pela distância do lar e pelo tempo dispensando no tratamento de sua doença, restringindo a realização de outras atividades importantes para a reprodução da vida.

Com vistas a atender os objetivos desta pesquisa, foi elaborado um estudo *in loco* envolvendo: (1) entrevistas com pacientes diagnosticados com câncer e insuficiência renal crônica ou seus acompanhantes, quando o paciente não apresentou condições de responder; e (2) entrevistas com profissionais do serviço social.

O universo de interesse dessa pesquisa foi um grupo de 154 pacientes, com idade acima dos 18 anos. Dessa forma, a amostragem foi intencional ao atender a faixa etária considerada produtiva, independente de sexo ou de domicílio. Não se usou procedimento estatístico como critério de escolha do paciente, pois não se pretendeu ter representatividade da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas unidades estudadas (Mapa 12), mas sim uma aproximação relativa aos possíveis fatores que condicionam a mobilidade dos pacientes. Também, alguns relatos foram transcritos para o corpo do trabalho, com o objetivo de melhor ilustrar o drama vivenciado por alguns pacientes.

A pesquisa foi realizada em dois momentos: primeiro, nas três unidades de tratamento em oncologia, a saber: Hospital de Câncer, Hospital das Clínicas e Hospital Santa Casa de Misericórdia, com 28, 22 e 20 entrevistados, respectivamente. Posteriormente, a pesquisa ocorreu com os pacientes da hemodiálise. Entretanto, realizou-se em apenas cinco estabelecimentos dos onze existentes em Goiânia, uma vez que nos demais a direção não autorizou as entrevistas justificando que isso “atrapalharia o bem-estar dos pacientes”. Desse modo, foram entrevistados 22, 19, 17, 14 e 12 indivíduos nos respectivos estabelecimentos: Hospital Santa Casa de Misericórdia, Hospital das Clínicas, Hospital Geral de Goiânia, Clínicas de Doenças Renais, Hospital Urológico Puigeververt e Instituto de Nefrologia.



Mapa 12 – Goiânia: Localização dos estabelecimentos com tratamento em oncologia e hemodiálise. Fonte: Ministério da Saúde/SIA/SUS (2010).

As informações foram coletadas a partir de entrevistas semiestruturadas com pacientes e acompanhantes, selecionados a partir da conveniência e disponibilidade pessoal em responder as perguntas desse roteiro, despendendo um tempo médio de quinze minutos para cada entrevistado. O período de coleta ocorreu entre os meses de novembro de 2012 a janeiro de 2013. As entrevistas foram estruturadas em duas dimensões: a dimensão socioeconômica e a da mobilidade. Tal estruturação serviu de guia à pesquisa e algumas conclusões sobre a caracterização dos pacientes atendidos nessas unidades em Goiânia, discutidas a seguir.

O gráfico 1 destaca a distribuição da população estudada segundo variáveis demográficas. Dos 154 entrevistados, 52% eram mulheres, com idade média de 30 a 60 anos, enquanto a participação dos homens foi de 48%, com idade média de 46 a 60 anos. Tal ligeiro predomínio do sexo feminino corrobora a afirmação de Pinheiro *et al.* (2002) de que as mulheres apresentam mais queixas do que os homens, portanto, são elas que mais buscam os serviços de saúde. Isso, também é observado na composição etária dos entrevistados, de forma que o atendimento a mulheres se manteve maior se, comparado ao dos homens até os 60 anos. Quanto a esse fato, deve-se esclarecer que tanto o câncer quanto as doenças renais atingem ambos os sexos, contudo, Pinheiro *et al.* (2002) esclarecem que as mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção, enquanto os homens procuram os serviços de saúde quando a doença já apresentou alguns de seus sintomas, o que explica a crescente participação dos entrevistados do sexo masculino somente a partir dos 46 anos de idade. No geral, observou-se uma concentração na faixa etária de 46 a 60 anos (31,8%), seguida dos acima dos 61 anos (29,9%), refletindo a maior utilização por esses grupos, tendo em vista o agravamento de suas condições de saúde comparado às outras faixas etárias.

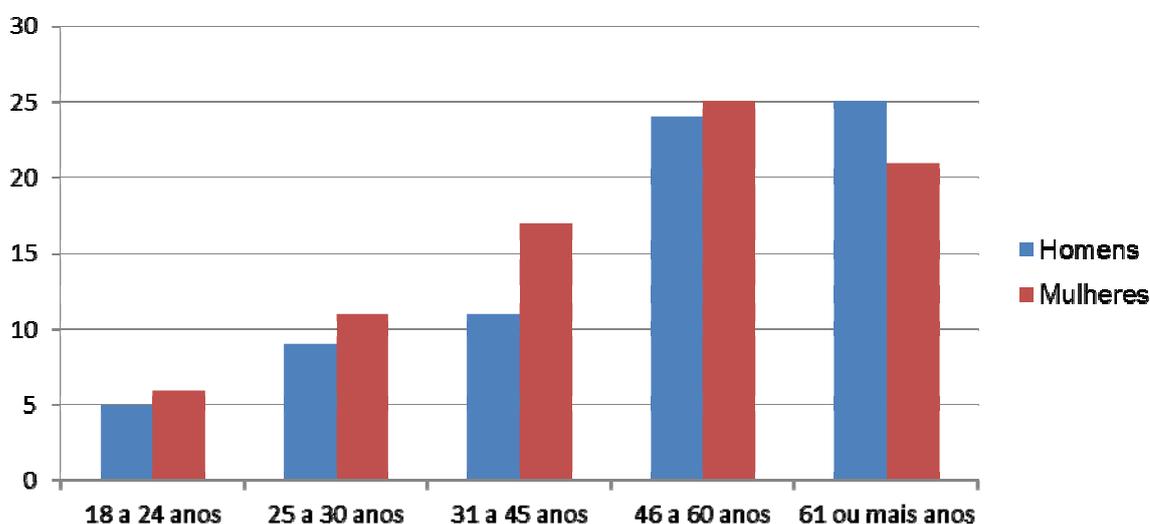


Gráfico 1 – Distribuição dos entrevistados por faixa etária e sexo.

Fonte: Pesquisa de campo (dez/ 2012 a jan/2013).

Observando as variáveis socioeconômicas, dispostas nos gráficos 2 e 3, percebe-se uma prevalência de entrevistados com baixa escolaridade, com 1 a 4 anos de estudo (36,8%) seguido dos que estudaram de 5 a 9 anos (26,8%) e sem nenhuma instrução ou menos de 1 anos de estudo (20,5%). Tais percentuais despertam a atenção já que pessoas com escolaridade elevada possuem mais conhecimentos sobre cuidados em saúde, o que se correlaciona com práticas preventivas, possibilitando maiores chances de diagnosticar e tratar as doenças precocemente.

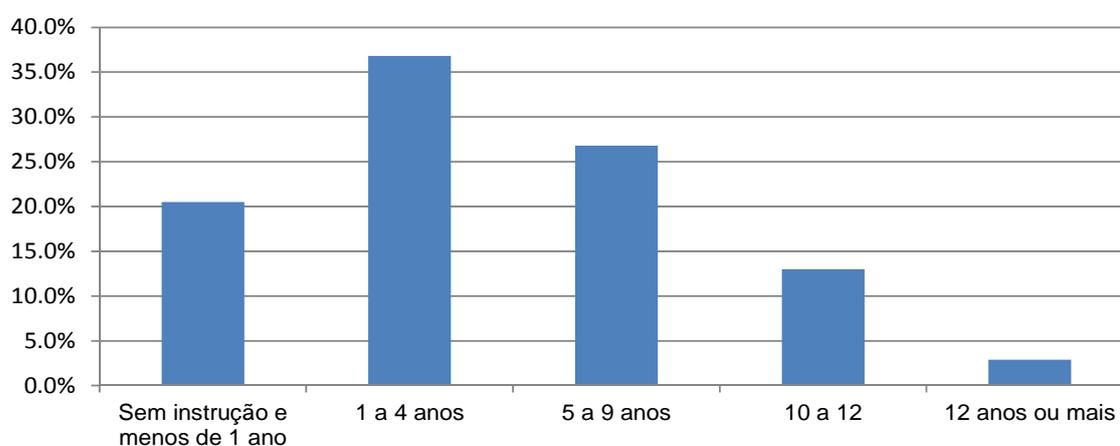


Gráfico 2 – Distribuição dos entrevistados por anos de estudo.

Fonte: Pesquisa de campo (dez/ 2012 a jan/2013).

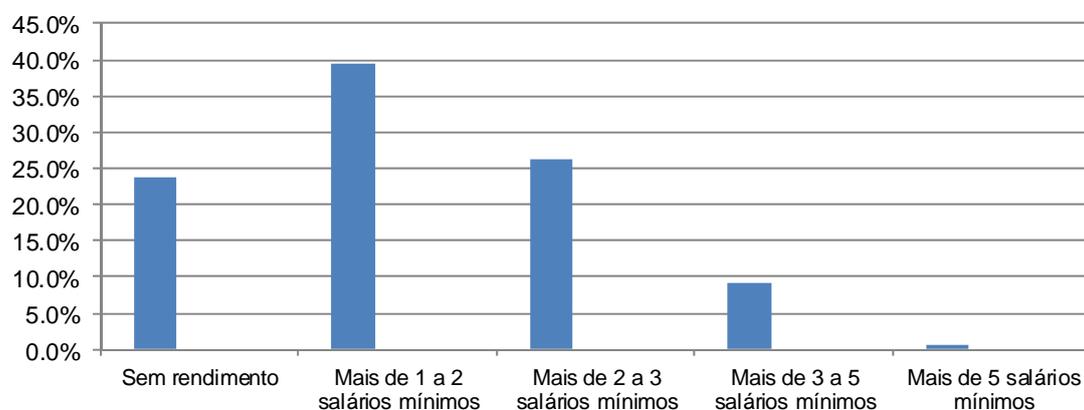


Gráfico 3 – Distribuição dos entrevistados por rendimento mensal.

Fonte: Pesquisa de campo (dez/ 2012 a jan/2013).

No caso dos entrevistados, destacou-se uma baixa escolarização, proporcional aos baixos salários, já que pouco menos da metade (39,6%) auferiram entre um e dois salários mínimos, contrastando com apenas um entrevistado, que afirmou receber mais de cinco salários mínimos. Destacam-se também os que informaram não ter nenhum tipo de rendimento (23%). Tal fato se associa à dificuldade que esses tratamentos acarretam para a classe trabalhadora, principalmente os pacientes dialíticos, que precisam se ausentar do trabalho ou deixar de trabalhar para frequentar as sessões de hemodiálise semanalmente. Dos entrevistados que ainda trabalham, 27,5% tiveram que recorrer ao Auxílio-Doença²⁸ para se dedicar mais tempo ao tratamento, assim como os aposentados por invalidez²⁹, que corresponderam a 14,3% dos entrevistados e reclamaram da redução da sua renda mensal.

Esse é um dos impactos mais severos para os pacientes de doenças crônicas, que além da dependência do tratamento para sobreviver e das mudanças no seu dia-a-dia, têm sua renda diminuída por conta dos gastos constantes com medicamentos. Tal situação se agrava pelo fato de os benefícios pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) serem calculados proporcionalmente ao período de contribuição, correspondendo, em média, a 80% do antigo salário.

Tal questão pode ser verificada nos seguintes relatos:

[...] minha situação financeira tá bem ruim, agora. Antes, eu ganhava R\$1.200,00 por mês. Mas, depois que tive que parar de trabalhar pra fazer essas hemodíalises, minha renda caiu bastante. O governo paga muito pouco, mal dá pra despesas lá de casa. [...] O INSS paga só R\$615,00 e têm as contas de água, luz e aluguel. (Entrevistado 01).

[...] tive que aposentar por conta da doença, mas não é fácil viver com um salário mínimo. Ainda tem alguns remédios que não acha no postinho e a gente acaba comprando na farmácia, se não os sintomas do tratamento (quimioterapia) deixa a gente ruim o dia todo, nem sinto fome. A sorte minha é que arranjei um bico perto de casa e dá pra ajudar a pagar as contas. (Entrevistado 02).

O último relato denota uma alternativa encontrada entre os pacientes a fim de complementar o benefício pago pela Previdência Social: o mercado informal de trabalho ou “bico”. Tal alternativa se deve à falta de condições de muitos trabalhadores acometidos com essas doenças, criando a necessidade de buscar outras fontes de renda. Dessa forma, o trabalhador encontra-se em um processo desgastante: de participante do mercado formal,

²⁸ Trata-se do benefício garantido a todo trabalhador impedido de trabalhar por doença ou acidente por mais de quinze dias, desde que tenha contribuído com a Previdência Social no mínimo doze meses.

²⁹ A aposentadoria por invalidez é devida ao trabalhador que tenha contribuído no mínimo doze meses e que por motivo de doença ou acidente, foram considerados pela perícia médica incapacitados para exercer suas atividades.

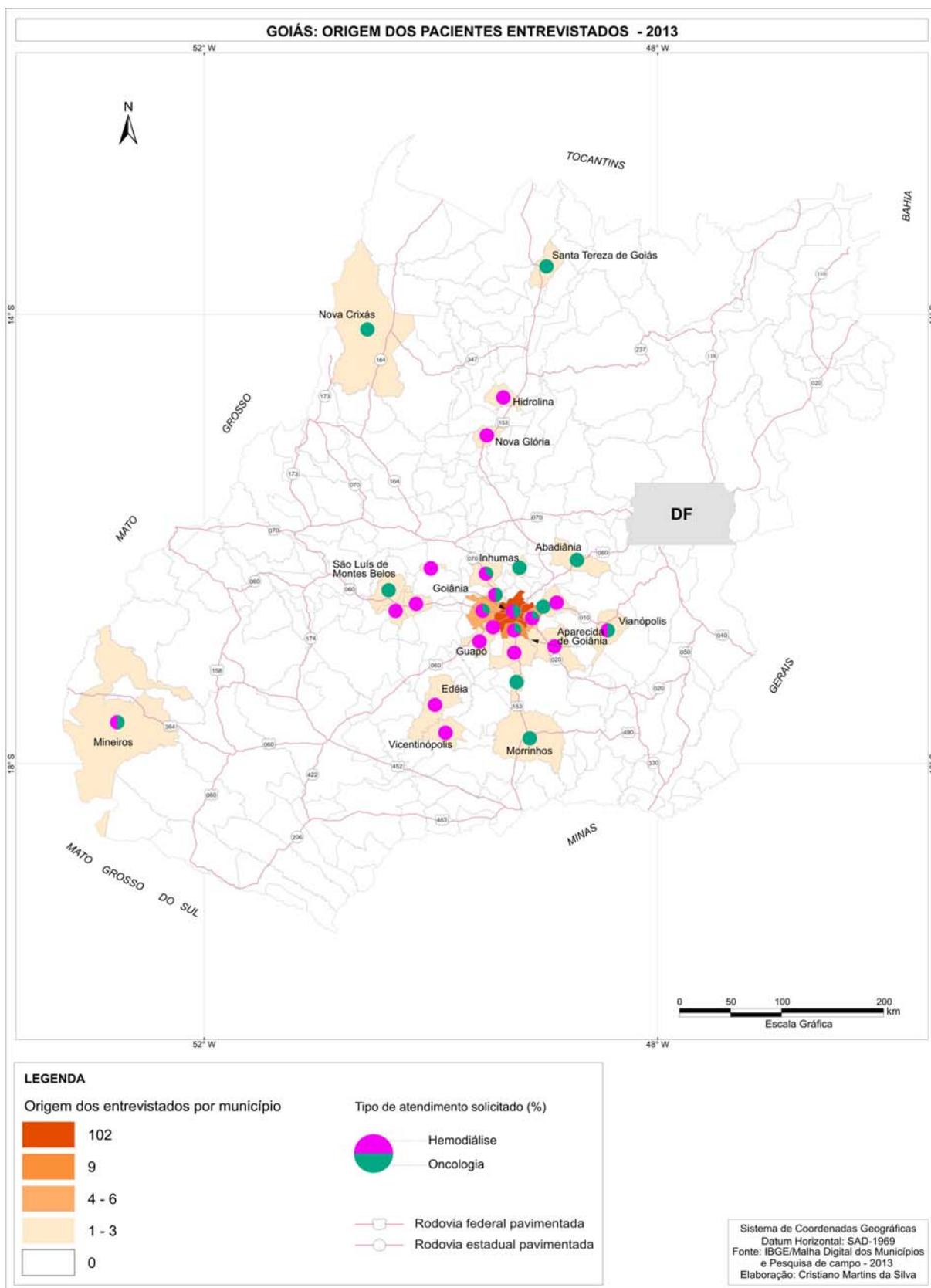
passa agora a dependente de benefícios sociais, atingindo sua individualidade e de sua família, restringindo o acesso a bens, produtos e serviços coletivos.

O Mapa 13 avalia a origem dos pacientes, que 65,4% dos entrevistados informaram residir em Goiânia, enquanto 33,8% são do interior do estado. Tal elevado percentual de atendimentos feitos pela população local comporta duas causas: uma maior facilidade de deslocamento pelos pacientes residentes em Goiânia e o menor poder socioeconômico de pacientes de outros municípios, dificultando o acesso à capital. Importante ressaltar que entre os entrevistados não residentes na capital, os municípios mais citados foram Aparecida de Goiânia, Trindade, e Senador Canedo com 17,3%, 11,5% e 7,7% das indicações, respectivamente. Isso permite inferir que as facilidades de acesso à Goiânia, notadamente dos municípios limítrofes, é um fator que favorece o maior número de pacientes para essa localidade.

Também se observou um pequeno percentual de pacientes (11,5%) que percorrem distâncias viárias superiores a 200 km. Como, por exemplo, o Entrevistado 3, morador de Nova Crixás que necessita comparecer ao Hospital Santa Casa de Misericórdia a fim de realizar três de sessões de hemodiálise, semanalmente. De acordo com seu relato, em um único mês foram contabilizados mais de 3.000 km percorridos nas rodovias goianas, entre o trajeto de sua casa, em Nova Crixás, e uma casa de apoio, em Goiânia, onde se hospeda durante a semana, enquanto realiza as sessões, regressando para seu município na sexta-feira.

Desde que adoeci, minha vida tem sido igual uma música, que fala de viajar pelas estradas [...]. Às vezes minha mulher vem comigo e passa a semana aqui. Mas, nem sempre ela pode largar tudo lá em Nova Crixas e vir [...] Quando ela vem é muito bom, a semana passa rapidinho. Mas, quando ela não vem, o sofrimento é maior e a saudade também. É muito doido viver essa vida fora de casa pra tratar.
(Entrevistado 03).

A partir desse relato, torna-se possível imaginar as poucas escolhas dos pacientes quanto à descoberta da doença e do tratamento: a imobilidade representa a própria morte, e os deslocamentos para Goiânia significam prolongar a vida; enquanto se espera por um transplante de rim. Outra faceta desses deslocamentos são as longas horas viajando por rodovias, em sua maioria mal conservadas; esses deslocamentos fazem parte do cotidiano de 33,2% dos pacientes que realizam hemodiálise no estado de Goiás.



Mapa 13 – Goiás: origem dos pacientes entrevistados – 2013.
 Fonte: Pesquisa de campo (dez./ 2012 a jan./2013).

Ressalta-se uma grande diferença entre o tempo de permanência no município de tratamento e o município de residência. Mesmo que o questionário aplicado não tenha mensurado essa diferença, pode-se evidenciar pelos relatos que o tempo de ausência dos pacientes em tratamento oncológico dura em torno de um a três meses, em média. Enquanto que o tratamento para pacientes com insuficiência renal crônica, por ser uma doença sem perspectiva de melhoras rápidas e com evolução progressiva, possa durar o resto de sua vida ou enquanto aguarda um transplante renal. De acordo com Mendonça (2007), a hemodiálise representa uma esperança de vida, considerando que essa doença é um processo irreversível, trazendo para o paciente limitações no seu cotidiano, como a perda de emprego, alterações na imagem do corpo e distúrbios alimentares.

Outro ponto que merece ser esclarecido é que muitas famílias mudam de endereço para ficarem mais próximas do local de tratamento. Como verificado no relato de uma entrevistada, que preferiu alugar a casa onde morava em Morrinhos e vir com todos seus três filhos para Goiânia e morar de aluguel no Jardim Curitiba. Dessa forma, ela poderia continuar as sessões de radioterapia enquanto seus filhos estudam.

Também se nota que boa parte dos entrevistados demonstrou um ligeiro receio a informar seu município de origem, fato que se deve à ideia de que o excesso de pacientes do interior, para tratamento na capital, é responsável pela falta de vagas. Somado a isso, também existe o receio dos moradores do interior não serem atendidos e/ou serem mal atendidos na capital.

É curioso pensar como se dá a estadia desses pacientes vindos do interior e até mesmo de outros estados durante o longo tratamento, como, por exemplo, nas sessões de hemodiálise, exigindo que o paciente se desloque três vezes por semana até o local de atendimento, uma vez que tal procedimento representa 90% do tratamento mais utilizado no Brasil para a insuficiência renal crônica, de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia³⁰. Dessa forma, o Gráfico 4 elucida que 43,5% dos entrevistados não residentes em Goiânia dependem da estrutura fornecida pelas casas de apoio, seguido das casas de pensões (27,5%).

³⁰ Disponível em: <www.sbn.org.br>. Acesso em: 28 fev. 2014.

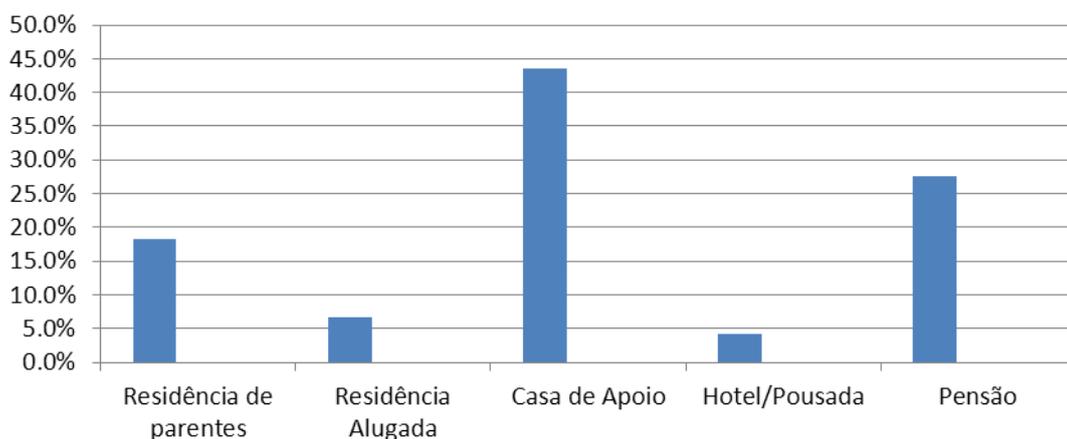


Gráfico 4 – Local de hospedagem.
 Fonte: Pesquisa de campo (dez/ 2012 a jan/2013).

Tal questão remete à participação das casas de apoio (Figura 7) na crescente demanda pelos serviços de saúde na capital. O surgimento das casas do interior, ou casas de apoio, como são conhecidas, começou tão logo o SUS foi implantado e são responsáveis por grande parte da estrutura e do apoio logístico aos pacientes não residentes. Financiadas por prefeituras ou por políticos do interior e por entidades filantrópicas, essas casas de apoio são o reflexo necessário da prática de encaminhar pacientes para fazerem tratamentos prolongados em polos de atendimentos, já que nem todos os municípios possuem condições de oferecer serviços de saúde de maior complexidade.

Além da hospedagem para os pacientes e seus acompanhantes (algumas aceitam somente um acompanhante por paciente), essas casas oferecem café da manhã, almoço, lanche e janta. Bem como serviços de transporte até o local de atendimento. O seu funcionamento é parecido com o de uma pousada e dispõe de quartos, cozinha, banheiros, sala de jantar e de televisão. Algumas possuem quintal com jardim, permitindo aos pacientes alguns momentos de descontração. Geralmente, são casas alugadas por prefeituras (apenas os municípios de Catalão, Vicentinópolis e Mineiros possuem sede própria). Nesses estabelecimentos existe, também, um coordenador ou uma secretária responsável pela intermediação entre a secretaria de saúde do município do paciente e as unidades de tratamento. Assim, tal pessoa efetua o agendamento das datas e horários nos quais o paciente se tratará, informa ao motorista da casa de apoio o roteiro que deve fazer para levar e buscar os pacientes, além de agendar a viagem de ida e volta para o município de origem.



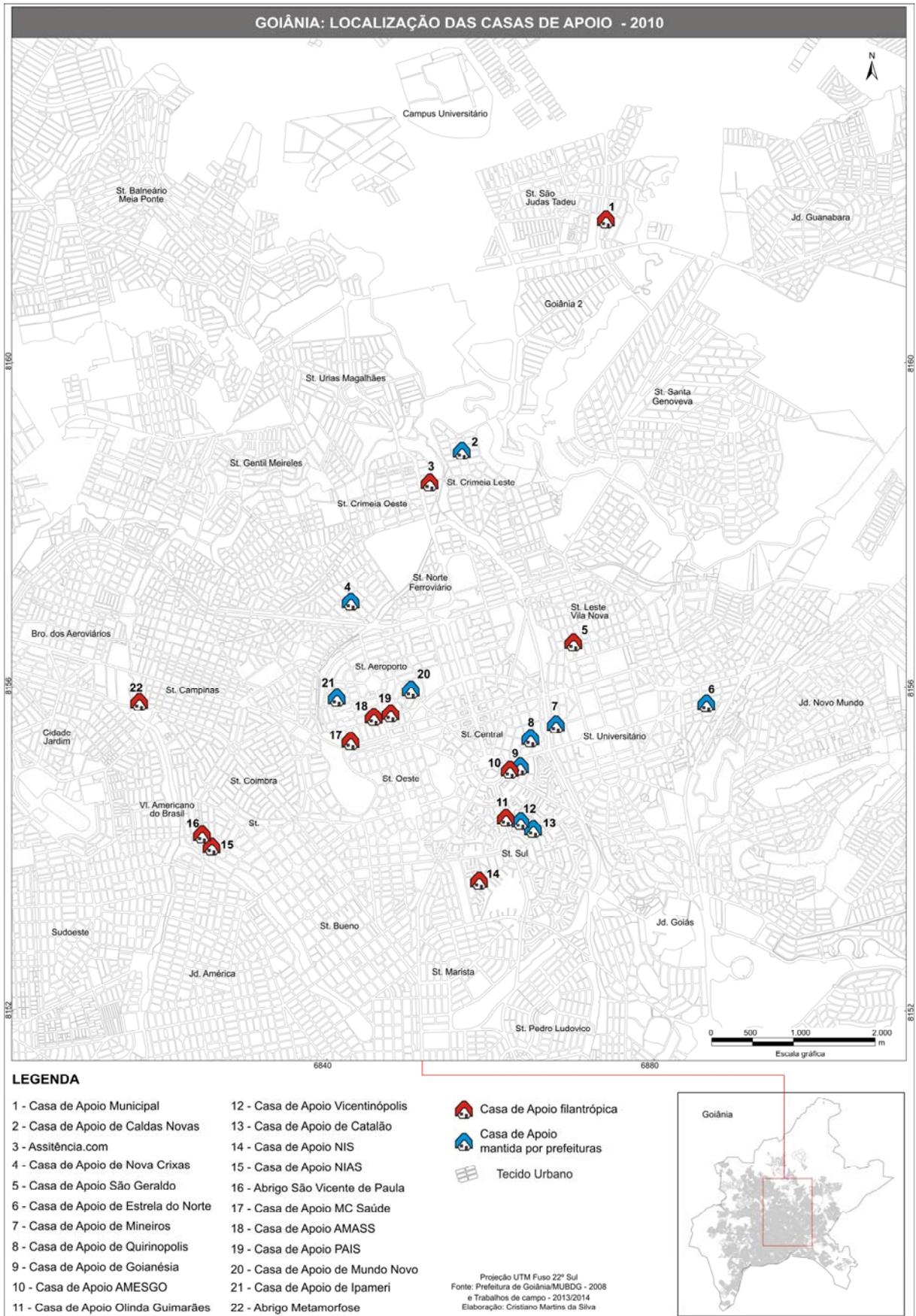
Figura 7 – Fachada de casas de apoio localizadas em Goiânia.

As imagens retratam dois tipos de casa de apoio: as mantidas pelas prefeituras de Catalão e Mineiros (superior) e as empresas filantrópicas (inferior).

Fonte: o autor/2013.

Em relação à localização dessas casas de apoio (Mapa 14), é oportuno informar que das 22 casas listadas pela pesquisa³¹, cinco se encontram no Setor Aeroporto, onde, como citado anteriormente, se constatou o maior adensamento de clínicas especializadas e hospitais. Além disso, 80% delas estão em um raio de até 2.000 metros de algum hospital com atendimento de alta complexidade. Enquanto, somente, quatro casas de apoio (Casa de Apoio Municipal, Casa de Apoio de Caldas Novas, Assistência.com e Abrigo Metamorfose) se situam em setores mais distantes do “corredor sanitário” de Goiânia (Setor Aeroporto e Setor Oeste).

³¹ As casas de apoio listadas por esta pesquisa resultaram de informações coletadas com o setor de Serviço de Social do Hospital Materno Infantil e Cais Campinas.



Mapa 14 – Goiânia: localização das casas de apoio.
 Fonte: Pesquisa de campo/2013.

Outro aspecto da análise refere-se ao tipo de financiamento e à contribuição do paciente. A maior parte desses estabelecimentos é financiada por prefeituras, que disponibilizam funcionários, de suas secretarias para trabalharem em Goiânia, durante a semana, como motoristas, cozinheiros, auxiliares de serviços gerais e assistentes sociais. Nesses locais são aceitos somente pacientes de seus respectivos municípios, exigindo somente que tragam roupas de cama e seus itens de higiene pessoal, enquanto os demais gastos ficam a cargo das prefeituras.

Em relação às casas de apoio filantrópicas, há duas situações: (1) os pacientes vindos do interior por seus próprios meios; e (2) os pacientes encaminhados pelas prefeituras, que não possuem esse tipo de instalação. Na primeira situação, é cobrada uma diária de cada paciente ou acompanhante, em média de R\$50,00 o que garante uma refeição e o transporte até o local de tratamento. Se o paciente tiver que pernoitar, a taxa pode chegar até R\$100,00. O segundo caso revela o caráter mercantil da assistência em saúde pública. Muitas prefeituras preferem terceirizar os serviços de alojamento e transporte para quem precisa de atendimento em Goiânia, como denunciado pela reportagem do jornal O Popular do dia 4 de setembro de 2012 (Figura 8).

4 O POPULAR

GOIÂNIA, terça-feira, 4 de setembro de 2012

Saúde

Suporte ao cidadão vira negócio

Municípios terceirizam serviços de alojamento e transporte para quem precisa de atendimento em Goiânia

Pedro Palazzo

Cristina Gabriel

A necessidade de suporte aos pacientes do interior, principalmente atendidos via Sistema Único de Saúde (SUS), motivou a criação das casas de apoio. Nem todos municípios têm, no entanto, condições de oferecer esta estrutura para seus pacientes. Essa dificuldade gerou um nicho de mercado. Há dez anos uma empresa terceiriza serviços de alojamento e transporte. Tem, atualmente, 14 prefeituras como clientes.

A terceirização do suporte em saúde divide a opinião do secretário municipal de Saúde de Goiânia, Elias Rassi. "Por um lado, essa prática induz à utilização dos serviços, até gerando novas necessidades. Por outro, viabiliza o deslocamento, etc dos pacientes, facilitando assim o acesso." Embora não tenha objeção ao serviço, Rassi observa que ele "faz nas-

INVESTIMENTO LIMITADO

10 municípios com menores gastos per capita diário em 2011

Águas Lindas de Goiás	R\$ 0,35
Novo Gama	R\$ 0,36
Santo Antônio do Descoberto	R\$ 0,53
Pirenópolis	R\$ 0,55
Goiânia	R\$ 0,59
Cidade Ocidental	R\$ 0,62
Trindade	R\$ 0,63
Flores de Goiás	R\$ 0,66
Planaltina de Goiás	R\$ 0,71
Jaraguá	R\$ 0,71

Fuente: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)



Figura 8 – Matéria sobre terceirização de serviços de apoio aos pacientes do interior em Goiânia.
Fonte: Jornal O Popular (4 de Setembro de 2012).

Dessa forma, as prefeituras interioranas, ao contratarem tais serviços ao invés de priorizar alocação de recursos em saúde para seus municípios, revelam uma clara inversão de funções, já que essa prática se baseia em assistência social, e não em políticas de saúde. De acordo com informações levantadas em campo, as prefeituras que possuem convênio com essas empresas pagam, em média, R\$30,00/dia por pessoa, elas realizam todo o serviço de alimentação, hospedagem e transporte, cabendo à secretaria municipal do paciente encaminhado apenas a função de solicitar uma vaga e agendar o atendimento junto à Central de Regulação³² do município que oferece o serviço.

Tal prática vem se tornando cada vez mais comum. Diariamente vans e ônibus chegam e saem de Goiânia levando ou trazendo pacientes para serem atendidos nas unidades de saúde da capital, como retratado na Figura 9. São pessoas como a D^a Maria (nome fictício), moradora de São Luiz de Montes Belos, que todas as segundas, quartas e sextas-feiras acorda às cinco da manhã e embarca numa van com destino a Santa Casa de Misericórdia de Goiânia para realizar sessões de hemodiálise. Após as cinco horas de terapia, ela embarca novamente na van e aguarda o fim do dia para voltar para sua cidade. Esse é apenas um exemplo da prática do *free rider* por prefeituras goianas, que se beneficiam, “de carona”, dos serviços públicos de saúde disponíveis em Goiânia, sem contribuir para o custo dos mesmos. Conforme esclarece Medeiros (1999), tais serviços, por serem públicos, não podem ser limitados somente àqueles cidadãos que contribuíram para sua produção.



Figura 9 – Serviço de transporte realizado por prefeituras para pacientes com atendimento médico em Goiânia.

Fonte: o autor/2012.

³² Central de Regulação “é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, garantindo o atendimento integral de forma ágil e de qualidade aos usuários do Sistema de Saúde.” (NASCIMENTO *et al.* 2009, p. 350).

Além disso, o impacto do fluxo diário de pacientes fez surgir dezenas de outros serviços que atendem suas demandas de alimentação, transporte e hospedagem (Figura 10), como as pensões, citadas por 27,5% dos entrevistados. Geralmente, estão localizadas nos arredores das grandes unidades de tratamento, como no Setor Universitário que abriga dois grandes hospitais: Hospital das Clínicas e Hospital do Câncer. Tais estruturas não passam de casas com alguns quartos desocupados, cujo morador viu a oportunidade de complementar sua renda, ofertando hospedagem aos pacientes vindos de outras localidades.



Figura 10 – Exemplos de serviços disponibilizados nos arredores das unidades de tratamento em Goiânia. As imagens retratam dois tipos de serviços. O primeiro destaca-se o transporte de pacientes pelos Anjos da Guarda, por R\$ 50,00 em qualquer lugar de Goiânia. O segundo serviço exemplificado, trata-se da casa da Sr^a. Geni que aluga quartos para pacientes do Hospital das Clínicas e do Hospital do Câncer.
Fonte: o autor/2013.

Outro dado refere-se ao tipo de custeio do deslocamento por parte dos entrevistados não residentes (Gráfico 5). A pesquisa indicou que a maior parte desses pacientes se desloca para Goiânia por meio de ambulâncias ou outro veículo ofertado pela prefeitura, como vans ou micro-ônibus, representando 56,5% do total. Isso confirma a prática da “ambulancioterapia”, em que a transferência de pacientes para atendimentos em outras cidades se sobrepõe ao compromisso político local com a saúde, como relatado pela reportagem do jornal O Popular (9 de janeiro de 2012), apontando que, a aquisição de ambulâncias e veículos correspondeu a 30,8% das propostas apresentadas pelos parlamentares estaduais para o orçamento de 2012, enquanto que a aquisição de equipamento hospitalar e reforma de hospitais representou apenas 9,9%.

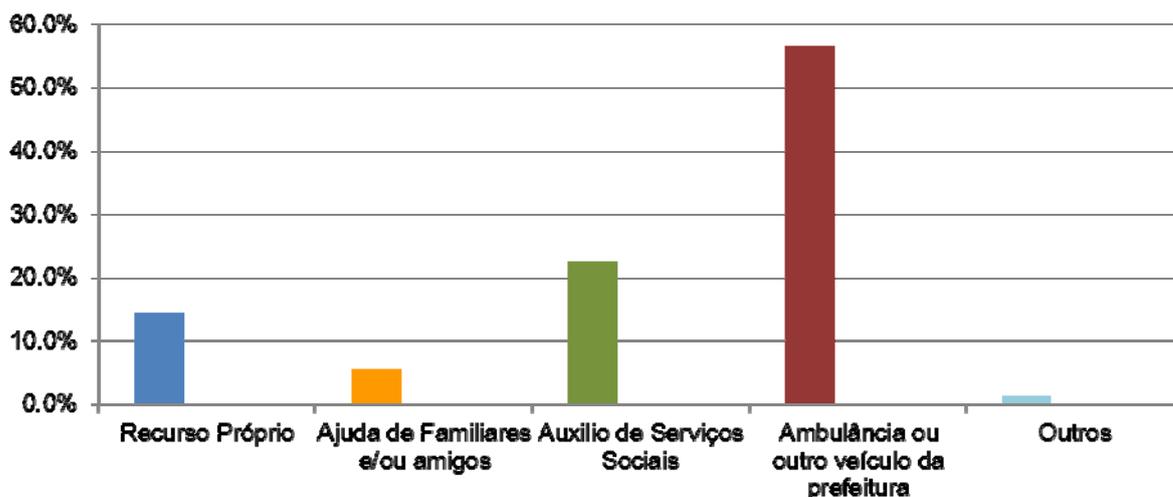


Gráfico 5 – Custeio do deslocamento para Goiânia.
 Fonte: Pesquisa de campo (dez/ 2012 a jan/2013).

Como identificado no gráfico, é comum que usuários cheguem à Goiânia por meio de algum tipo de auxílio ou benefício concedido pela secretaria de assistência social do seu município, o que equivaleu a 22,4%. Tais benefícios podem envolver passagens fornecidas ou orientação ao paciente a respeito do Passe Livre Interestadual (Lei 8.899/94), que garante a gratuidade às pessoas portadoras de deficiência, comprovadamente carentes perante a secretaria de transporte coletivo estadual.

Por fim, é possível observar que uma pequena parcela dos entrevistados não residentes (14,5%) custeou seu próprio deslocamento, ou seja, são pacientes que não recorreram às unidades básicas de saúde em seus municípios e, por decisão própria, agendaram suas consultas e tratamento. Pires *et al.* (2010) explica que a racionalidade do usuário, em especial nas situações aguda de enfermidade, ao escolher as grandes unidades de tratamento ao invés de, primeiramente, procurar as unidades de atenção básica mais próxima, é por acreditar que lá não resolve seu problema ou por acharem o atendimento lento. Tais erros costumam gerar fluxos desordenados de pessoas, ocasionando tumulto nas unidades de saúde, uma vez que o propósito das centrais de regulação é agendar consultas, exames ou cirurgias conforme a capacidade instalada.

Por outro lado, se pode deduzir que, no contexto do sistema hierarquizado de atendimento à saúde pública, cerca de 80% dos entrevistados atendidos em Goiânia seguiram o “caminho” proposto pelas centrais de regulação, como exemplificado na Figura 11.

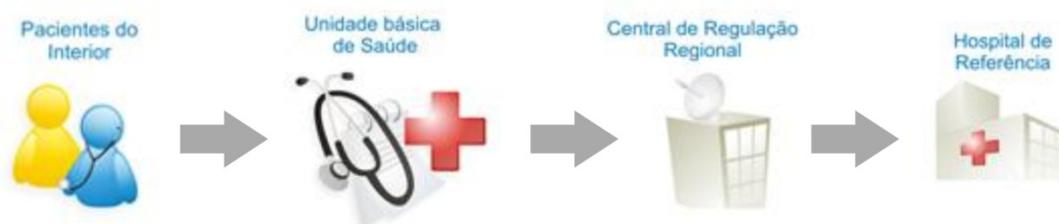


Figura 11 – Formulação da rede SUS de atendimento ao paciente do interior.
 Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. Organizado pelo o autor.

Como explanado anteriormente, o usuário deve ser atendido em uma unidade básica de saúde de seu município. Uma vez constatada a necessidade de assistência especializada e de maior complexidade, o pedido do paciente será encaminhado à Central de Regulação de Vagas, que é a responsável pela verificação da disponibilidade e pelo encaminhamento do usuário à unidade que o atenderá. Dessa forma, a rotina das centrais de regulação consiste na alocação de vagas de acordo com a necessidade de cada paciente. Contudo Pires *et al.* (2010) destaca que a baixa escolaridade na maior parte dos usuários do SUS pode constituir obstáculo para o entendimento dos protocolos de acesso ao sistema hierarquizado.

Também, verificou-se nesta pesquisa um baixo nível educacional entre os entrevistados, de forma que 56,1% informaram terem menos de quatro anos de estudo. De maneira idêntica, registraram-se baixos salários auferidos por eles. No entanto, deve-se destacar o aspecto das necessidades dos usuários frente a um sistema de saúde excludente, com acessos seletivos e focalizados, como apontam Assis, Villa e Nascimento (2003). Mesmo que autores como Vasconcellos (2001) afirmarem que existam mecanismos socioeconômicos (renda, gênero, ocupação, idade e nível educacional) operando sobre essa mobilidade, não se pode ignorar que exista um “motor movente” (SANTOS, 1993, p. 113) que justifique, em alguns casos, longos períodos de ausência do lar, bem como as frequentes viagens.

Tratando-se das necessidades em saúde, em especial aquelas que envolvem tratamento médico hospitalar específico, na qual a mobilidade dos pacientes é uma das possibilidades de sobrevivência, deve-se ressaltar que mesmo existindo uma população carente, com maior ou menor autonomia, os indivíduos também têm suas escolhas ao desenvolver estratégias para exercer sua mobilidade. É nesse sentido que Lévy (2002, p. 5) considera a mobilidade mais do que um simples deslocamento, mas como um “bem que permite ao indivíduo desdobrar melhor a sua estratégia no interior da sociedade”. Em outras palavras, a mobilidade oferece aos indivíduos que dela dispõem a possibilidade de equiparar oportunidades e ter acesso à

rede de bens e serviços, públicos ou privados, uma vez que parece inviável, trazer às populações todos os serviços de que elas necessitam, como afirma Santos (1997).

Conquanto, “dentro de qualquer sociedade, a mobilidade aumenta quando a renda aumenta” (VASCONCELLOS, 2001, p. 116), constatou-se diversas formas de mobilidade praticada pelos pacientes para ter acesso às unidades de tratamento, a exemplo das viagens de vans, ônibus, carros particulares ou com a ajuda de amigos/familiares. Evidentemente, essa mobilidade apresenta limitações, considerando a dimensão do estado de Goiás e a concentração da oferta de serviços em alguns poucos municípios-polos, o que, muitas vezes, pode levar a exaustão para quem as realiza.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988, com o intuito de garantir saúde para toda a população brasileira, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo entre seus objetivos organizativos a regionalização e a hierarquização, dando início a um processo estratégico de delegar aos municípios a responsabilidade pela provisão dos serviços e organização do sistema municipal de saúde. Nesse contexto, um dos pilares do sistema de saúde aglutinou-se na gestão municipal, como resultante de um longo processo destinado à descentralização das políticas públicas de saúde. Grande parte das propostas estabelecidas pelas normatizações, que se seguiram após a instituição do SUS, baseou-se na convicção de que os governos locais responderiam melhor e com custo de produção mais baixo à demanda da população.

No entanto, constatou-se que a relação direta da União com os municípios brasileiros acrescentou dificuldades ao programa de descentralização conduzido pelo SUS, uma vez que é necessário considerar as necessidades de serviço da população relacionando adequadamente a oferta de serviços disponíveis no território. Para tanto, a escala adequada seria a regional ou distrital, que ultrapasse as jurisdições municipais. Essa escala, que seria a solução lógica e técnica para os problemas decorrentes do SUS, é oposta ao movimento de municipalização brasileiro.

Na realidade, a doutrina que fundamentou a construção do SUS reconheceu as limitações e debilidades advindas de uma escala de gerenciamento municipal, do ponto de vista da organização do sistema e do acesso da população às ações de saúde. A esse respeito, Souza (2001, p. 452) esclarece que o “pequeno porte da maior parte dos municípios brasileiros traz dificuldades no sentido da capacidade de planejamento do sistema, da regulação de prestadores e da construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população”.

Nesse ponto, compreende-se as vantagens angariadas ao instituir um sistema de ações em saúde de complexidade crescente integrados por uma rede resolva, onde a maioria dos municípios de pequeno porte populacional é dotada de equipamentos e serviços voltados para ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos principais problemas de saúde mais abrangentes. Enquanto os municípios de maior porte populacional e como maior disponibilidade de recursos tecnológicos e financeiros estejam organizados com serviços de maior complexidade, que pressupõem equipamentos sofisticados e caros e

recursos humanos especializados, que não se encontram disponíveis em todos os municípios. Isso devido a questões de economia escala, já que, do ponto de vista do custo financeiro e da otimização dos recursos disponíveis, é mais viável uma concentração geográfica de determinados serviços hospitalares e exames especializados, já que o número de atendimentos deve ser suficiente para que as unidades especializadas e mais complexas não se tornem ociosas, impondo custo maiores de manutenção.

Em outras palavras, na configuração de uma rede de atenção a saúde hierarquizada e regionalizada é preciso manter um número adequado de procedimentos (hospitalares e ambulatoriais) nas unidades mais complexas para que elas não fiquem ociosas e se beneficiem de economias de escala. Posto que as unidades de atenção básica, que em geral, atendem os casos mais frequentes de doenças e agravos, envolvendo menores custos, devendo estar disponíveis em todo o território brasileiro.

De outro modo, a organização de um sistema de ação à saúde em rede implica em uma efetiva articulação entre as unidades, desde a do nível de atendimento mais básico até o mais complexo. De tal forma que o paciente seja atendido o mais próximo possível de sua residência. Caso o serviço necessário não se encontre disponível no seu município de residência, que o paciente seja encaminhado (refenciado) para outro município.

Contudo, a partir das considerações estabelecidas ao longo desta dissertação, reconhece-se uma excessiva concentração da oferta de serviços de saúde especializados em poucos municípios, com grande destaque para Goiânia. Essa expressiva concentração alerta para o risco de que a população residente em vastas áreas do estado desprovidas desses serviços tenha maiores dificuldades de acesso a procedimentos mais complexos nos casos necessários. Ademais, a concentração e a dispersão de equipamento e serviços de saúde se mostram como um grande desavio para os gestores do sistema, tanto na estância federal, estadual ou municipal.

Entretanto, esta análise não deve desconsiderar como foi construída a centralidade de Goiânia, como lembra Arrais (2005). Isso significa que em função do município, desde a sua fundação até os dias atuais, como sede administrativa do governo estadual e municipal, Goiânia cumpre seu papel de centro de referência em oferta de bens e serviços, públicos ou privados. Além do expressivo contingente populacional, concentrando 21,7% de todos os habitantes do estado, a capital goiana também agrega um grande mercado consumidor, reverberando em maior arrecadação de tributos e impostos, refletindo em investimentos em políticas sociais, como na área da saúde.

Dessa forma, a centralidade é algo inerente aos grandes centros e, portanto, fundamental na produção e reestruturação do espaço urbano, assim como a atuação de seus atores e modeladores sociais que, sob a lógica do Estado e do capital privado, promovem uma fragmentação espacial, expressando-se em segmentação e especialização dos lugares. No caso específico dos prestadores de serviços de saúde, nota-se que a polarização dos fluxos de pacientes para Goiânia é fortalecida pela grande maioria de estabelecimentos privados (85,7%), enquanto apenas 12,6% são públicos e os demais 1,7% divididos entre os setores filantrópico e sindicato.

Apesar de ter ocorrido “mudanças no financiamento e da melhoria da distribuição dos recursos pelo território, que favoreceu as esferas municipais situadas em regiões mais pobres do país” (PIRES *et. al*, 2008, p. 95), qualquer planejamento e políticas à saúde não deve desconsiderar que a alocação de recursos financeiros permanece fortemente vinculada à lógica da oferta de serviços, que historicamente, está arraigada a capacidade instalada mantendo a concentração de recursos nas regiões mais desenvolvidas economicamente. Reverberando para que os equipamentos e serviços de saúde sejam seletivamente distribuídos pelo território goiano, especialmente naqueles dotados de alto grau de desenvolvimento econômico e mais populosos.

Tal consideração nos remete a uma expressão cunhada por Santos e Silveira (2008) e que se mostra útil para compreendermos como se dá a seletividade dos equipamentos e serviços de saúde: o território usado. Para esses autores, a definição de qualquer pedaço do território não pode estar separada da materialidade, incluindo os elementos da natureza e as estruturas que o conformam, e seu uso (como expressão de toda ação humana, isto é, do trabalho e da política). O território também reflete ações passadas e presentes. Portanto, as configurações territoriais são sempre o conjunto dos sistemas naturais (relevo, clima, hidrografia, etc.), e dos objetos técnicos e de engenharia historicamente herdados e estabelecidos por uma sociedade e das ações humanas realizadas sobre ele.

É por isso que Souza (2002) afirma que o sistema de saúde brasileiro apresenta muita e antigas sobreposições público-privadas, herança de sistemas de saúde anteriores que aplicava os recursos nos estados e regiões mais desenvolvidas economicamente do que os estados de regiões mais pobres. Com isso, a segmentação do sistema se deu de forma institucionalizada, com a predominância do setor privado, principalmente nos serviços mais especializados. Com decisões governamentais que promovem incentivos diretos e indiretos para o desenvolvimento do setor privado de saúde. Conseqüentemente, tal predominância deixa a regulação de ofertas de algumas regiões a mercê dos interesses mercantis.

O que nos remete a pensar que o planejamento em saúde deve considerar a dinâmica de cada território, a mobilidade das pessoas, o que possibilita ou não a permanência delas no território. Já que a localização e a forma de organização das atividades econômicas contribuem para que as pessoas se desloquem em busca de melhores condições de vida. Daí gira a temática principal da nossa pesquisa: a mobilidade dos pacientes do SUS em Goiás. Concordamos com Pinto (2009) ao ressaltar que é por meio da mobilidade que os diferentes lugares são unificados, garantindo as inter-relações entre eles, ou seja, com “a mobilidade quebra-se a rigidez dos estratos espaciais demarcados pelas escalas.” (PINTO, 2009, p. 58).

Tal consideração nos induz a afirmar que o estudo dos fluxos em busca de assistência hospitalar e ambulatorial em Goiás seria incompleto sem as considerações advindas da mobilidade. É por meio da mobilidade que conseguimos explicar como mais de 40% dos municípios de Goiás tiveram até 50% de seus pacientes internados em um município diferente de sua residência. É por meio da mobilidade que observamos uma rede urbana fragmentada e integrada, em que a população segregada socioespacialmente se desloca para grandes centros urbanos. Para tanto, as potencialidades envolvidas em nosso conceito de mobilidade não podem ser reduzidas a mero deslocamento de pessoas, eliminado assim suas dimensões virtuais, como alertou Levy (2002), ou comparadas a outras metáforas, como a mobilidade social. Ao invés de separar o ato de deslocamento dos diversos comportamentos humanos, o conceito de mobilidade tenta integrar a ação de se deslocar ao conjunto de atividades do indivíduo e da sociedade. Sendo assim, a mobilidade está relacionada às determinações individuais, mas, para que ela se concretize, devemos considerar a organização do espaço, as condições econômicas, sociais e políticas, os modos de vida, o contexto simbólico, as características de acessibilidade, o desenvolvimento tecnológico.

Sob esse aspecto, a prática do “ambulancioterapia” e a presença das casas de apoio nos municípios de destino são exemplos práticos das potencialidades ou virtualidades enfatizadas por Levy (2002). De acordo com esse autor, para que a mobilidade seja possível, deve existir uma oferta de mobilidade ou infraestrutura de transporte, que em nossa pesquisa foi constatado através de mais da metade dos entrevistados se deslocando para Goiânia através de veículos ofertados por suas prefeituras.

Outro aspecto vislumbrado pelas respostas dos entrevistados diz respeito à competência de mobilidade. Segundo o referido autor, para que um indivíduo tenha mobilidade ele necessita da posse de meios materiais, especialmente os financeiros, lhe assegurando acesso aos meios de deslocamento. Contudo, há limitações em reduzir a competência de mobilidade ao nível de renda, já que os pobres não se movimentariam por não

disporem dos meios para se deslocarem o que não se comprovou ao examinarmos as práticas assistencialistas adotadas por prefeituras do interior. Dessa forma, dentro do grupo de entrevistados não residentes em Goiânia mais despossuídos, verificou-se que, em sua maioria, é dependente de laços políticos na busca de assistência à saúde (hospedagem, transporte e alimentação).

Como resultado, presenciamos o impacto de tais ações assistencialistas ineficientes e fragmentadas em detrimento de uma política efetiva de saúde estampadas rotineiramente nos jornais impressos e em telejornais locais. O teor dessas matérias, algumas aqui destacadas, já são temas consagrados como: as filas formadas ainda de madrugada para marcação de consulta, a pouca disponibilidade de exames de diagnóstico mais complexo, emergências lotadas, entre outros.

No entanto, a resolutividade e algumas especificidades encontradas demonstram potencial para aumentar o desempenho dos municípios. Uma das vertentes possíveis é a adoção de políticas públicas que incidam no modelo de atenção desenvolvido pelo município.

Nesse aspecto, ressalta-se o papel do gestor municipal de saúde como primeiro ator no processo de regionalização da saúde, superando as dificuldades herdadas dos sistemas de saúde anteriores, ampliando os horizontes e percebendo as possibilidades da negociação intermunicipal ou regional, compartilhando dificuldades e alternativas, pensando e refletindo o planejamento coletivo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eliza Pinto de. **Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional**. 2005, 313 f. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005. Mensagem recebida por: <almeidaeliza@gmail.com> em: 23 maio 2014.

ANDAN, Odile, D'ARCIER, Bruno F. e RAUX, Charles. Mouvements, déplacements, transport: la mobilité quotidienne. In: AURAY, J. P., BAILLY, A., DERYCKE, P. H. e HURIOT, J. M. (Org.) **Encyclopédie d'économie spatiale: concepts – comportements – organisations**. Paris: Economica, 1994, p. 247-252.

ARRAIS, Tadeu Pereira Alencar. Mobilidade e centralidade: breves reflexões sobre a problemática metropolitana. In: MOYSÉS, Aristides (Coord.). **Cidade, segregação urbana e planejamento**. Goiânia: Ed. da UCG, 2005.

_____. **A região como arena política: um estudo sobre a produção da região urbana Centro-Goiano**. Goiânia: Vieira, 2007a.

_____. Planejamento e desenvolvimento regional: a intervenção governamental e a problemática regional em Goiás. **Mercator - Revista de Geografia da UFC**, ano 6, n. 12, 2007b. Disponível em: <<http://www.mercator.ufc.br/index.php/mercator/article/viewFile/44/18>>. Acesso em: 2 fev. 2014.

_____. Diversidade territorial e transferências constitucionais para os municípios: considerações sobre a economia regional goiana. **Boletim Goiano de Geografia**. Goiânia, v. 28, n. 2, 2008.

ARRAIS, Tadeu P. Alencar; PINTO, José V. Cirqueira. Integrar para segregar: uma análise comparativa do tecido urbano-regional de Goiânia e Brasília. **X Colóquio Internacional de Geocrítica**. Barcelona, 26 - 30 de mayo de 2008 Universidad de Barcelona, 2008. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/-xcol/307.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

ARRAIS, Tadeu P. Alencar; SILVA, Cristiano Martins; VIANA, Juheina Lacerda; ALENCAR, Diego Pinheiro. Economia metropolitana pela ótica das receitas municipais: o caso da Região Metropolitana de Goiânia. In: ALMEIDA, Maria Geralda; TEIXEIRA, Karla Annyelly; ARRAIS, Tadeu Alencar (Orgs.). **Metrópoles: teoria e pesquisa sobre a dinâmica metropolitana**. Goiânia: Cãnone Editorial, 2012.

ASSIS, Marluce Maria A; VILLA, Tereza C. Scatena; NASCIMENTO, Maria A. Alves do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: n. 8 v. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2014.

BALBIM, Renato. **Mobilidade:** uma abordagem sistêmica. 2009. Disponível em: <http://www.ambiente.sp.gov.br/EA/adm/admarqs/Renato_Balbim.pdf> Acesso em 22 dez. 2012.

BECKER, Olga M. Schild. Mobilidade espacial da população: conceitos, tipologias, contextos. In: CASTRO, Iná Elias; CORREA, R. Lobato; GOMES, P. C. da Costa (Org.s). **Explorações geográficas:** horizontes no fim do século. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

BODEGA, Laura de Almeida. **Distribuição espacial das internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2002:** deslocamentos populacionais e tipos de procedimentos. 2005. 165 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <www.bibliotecadigital.ufmg.br>. Acesso em: 22 dez. 2012.

BRANCO, Maria L. C.; et. al. **Movimento pendular:** abordagem teórica e reflexões sobre o uso do indicador. In: XI ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR, Anais, Salvador, 2005. Disponível em: <<http://www.anpur.org.br/site/anais/ena11/TEMAS>>. Acesso em: 18 maio 2012.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília – Edição atual em 1999. – Brasília: Senado Federal, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde, aprofundando a descentralização com equidade no acesso:** Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de

Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. 3. ed. Brasília (DF); 2003.

_____. Ministério de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios /Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações de Saúde**. (Consultas via Tabnet). Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 2012-2014.

_____. Tribunal de Contas da União. **Relatório de auditoria operacional na política nacional de atenção oncológica**. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. Disponível em: <<http://www.sbradioterapia.com.br/pdfs/relatorio-tribuna-contas-uniao.pdf>>. Acesso em 24 fev. 2014.

BRITO, Fausto. **As migrações internas no Brasil**: um ensaio sobre os desafios teóricos recentes. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2009. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20366.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2014.

BRUNHES, Jean. **Geografia humana**. Tradução de Ruth Magnani. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1956.

CAMBOTA, Jacqueline Nogueira. **Desigualdades sociais na utilização de cuidados de saúde no Brasil e seus determinantes**. 112 f. Tese (Doutorado em Economia). Faculdade de Economia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12140/tde-11062012-190139/pt-br.php>>. Acesso em: 31 dez. 2012.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **A (Re)produção dos espaço urbano**. São Paulo: EDUSP, 1994.

_____. **A Cidade**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 1997.

_____. **Espaço-tempo na metrópole – a fragmentação da vida cotidiana.** São Paulo, Contexto, 2001.

_____. **O espaço urbano.** Novos escritos sobre a cidade. São Paulo: Contexto, 2007.

CASTELLS, Manuel. **A questão urbana.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

CHERCHIGLIA, Mariângela Leal. ANDRADE, Eli Iola Gurgel; BELISÁRIO, Soraya Almeida. **Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade:** as terapias renais substitutivas no Brasil. Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde GPES/UFMG. 2006. Disponível em: <[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/\[2006\]genese_politica_publica_acoes_alto_custo_complexidade.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/[2006]genese_politica_publica_acoes_alto_custo_complexidade.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2010.

COELHO, Vera Schattan P. Interesses e instituições na política de saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Brasília: v. 13, n. 37, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v13n37/37Vera.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2014.

CORRÊA, Roberto Lobato. Hinterlândias, hierarquias e redes: uma avaliação da produção geográfica brasileiro. **Revista Brasileira de Geografia**, v. 51, n. 3, jul./set. 1989. Disponível em: <www.biblioteca.ibge.gov.br> Acesso em: 8 out. 2010.

_____. **O espaço urbano.** São Paulo: Ática, 1995.

_____. Os centros de gestão do território: uma nota. **Revista Território**, n. 1, v. 1, 1996. Disponível em: <http://www.revistaterritorio.com.br/pdf/01_3_correa.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.

_____. **Região e organização espacial.** 7. ed. São Paulo: Ed. Ática, (Série Princípios), 2000.

_____. **Trajetórias geográficas.** 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

_____. Interações espaciais. In: CASTRO, Iná Elias; GOMES, Paulo Cesar da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato. **Explorações geográficas:** percursos no fim do Século. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

CUNHA, José Marcos Pinto da. A mobilidade pendular: uma contrapartida da migração intrametropolitana. VI Encontro Nacional da Anpur. **Anais.** Brasília: ANPUR, 1995. Disponível

em: < <http://www.anpur.org.br/revista/rbeur/index.php/anais/article/view/1624>>. Acesso em 20 abr. 2014.

_____. (Org.) **Mobilidade espacial da população: desafios teóricos e metodológicos para o seu estudo**. Campinas: Núcleo de Estudos da População – Nepo/Unicamp; 2011.

DANIELS, Norman. Health care needs and distributive justice. **Philosophy & Public Affairs**, v. 10, n. 2, 1981. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11661955>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

_____. Justice, Health, and Healthcare. **The American Journal of Bioethics**, v. 1, Issue 2, 2001. Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/benchmark/ndaniels/pdf/justice_health.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2014.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908>>. Acesso em: 22 dez. 2012.

GOIÁS, Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. 2. ed. rev. 2004.

GOMES, Paulo Cesar da Costa. O conceito de região e sua discussão. In: CASTRO, Ina Elias de et al. (Org.) **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

GOMES, Horieste; TEIXEIRA NETO, Antônio; BARBOSA, Altair Sales. **Geografia: Goiás-Tocantins**. 2. ed. Goiânia: UFG, 2004.

GOTTDIENER, Mark. **A produção social do espaço urbano**. 2º ed. São Paulo: EDUSP, 2010.

GROTTA, Carlos Alberto Diniz. **O transporte urbano e a circulação na abordagem espacial**: análise do transporte coletivo urbano da região do ABCD, grande São Paulo. 2005. 381 f. Tese (Doutorado em Geografia). Universidade Estadual Paulista, Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Rio Claro: 2005.

GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde urbana: velho tema, novas questões. In: **Terra Livre**, São Paulo, n. 17, 2º semestre/2001.

HART, Julian Tudor. **The inverse care law**. *The Lancet*, p. 405-412; 27 February: 1971. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

HARVEY, David. **A justiça social e a cidade**. São Paulo: Hucitec, 1980.

HOUAISS, A. Villar MS. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HULKA Barbara S; WHEAT, John R. Patterns of utilization: The patient perspective. **Medical Care**. v. 23, n. 5, May, 1985. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/3764983?uid=3737664&uid=2129&uid=2134&uid=2477951653&uid=2477951643&uid=2&uid=70&uid=3&uid=60&sid=21104563748907>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

IBGE. **Censo Demográfico de 2000**. Manual do Recenseador. Rio de Janeiro: IBGE, 2000a.

_____. **Regiões de influência das cidades, 1993**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

_____. **Regiões de influência das cidades, 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

_____. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

_____. **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=estimativa_2010_incidencia_de_cancer_no_brasil.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2014.

IPEA. **Termos de referência do estudo “Caracterização e tendências da rede urbana do Brasil”**. Brasília, 2002.

IUNES, Roberto F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, Sergio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (Org.) **Economia da Saúde**: Conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995. Disponível em: <<http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/CAP4.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2012.

LABRA, Maria Eliana. Política e saúde no Chile e no Brasil: contribuições para uma comparação. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.6, n.2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 fev. 2013.

LEFEBVRE, Henri. **A revolução urbana**. Tradução de Sergio Martins. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEVY, Jacques. Os novos espaços da mobilidade. **GEOgraphia**, América do Norte, n. 3, set. /2002. Disponível em: <<http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/viewArticle/62>>. Acesso em: 5 abr. 2012.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MATOS, Divane Leite. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n7/18.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2014.

LIMA, Maristela Correa Rodrigues de. **Fluxos de utilização de serviços hospitalares no processo de regionalização em municípios da Metade Sul do RS**. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27070/000763280.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

LOVETT Andrew, HAYNES, Robin, SÜNNENBERG, Gisela, GASE, Susan. Car travel time and accessibility by bus to general practitioner services: a study using patient registers and GIS. **Social Science & Medicine**, n. 55, 2002. Disponível em: <<http://www.researchgate.net>>. Acesso em: 28 dez. 2013.

MACHADO, José Roberto. As centralidades urbanas: o caso da área de saúde na cidade de Maringá-PR. **Revista GEOMAE** - Revista de Geografia, Meio Ambiente e Ensino, v. 2, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.fecilcam.br/revista/index.php/geomae/index>. Acesso em: 22 dez. 2012.

MATOS, Carlos Alberto de; POMPEU, João Cláudio. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2003, vol.8, n.2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a23v08n2.pdf>>. Acesso em 22 dez. 2012.

MATTOS, Ruben Araújo de; COSTA, Nilson do Rosário. Financiando o SUS: algumas questões para o debate. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v1n2/08.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2014.

MEDEIROS, Marcelo. **Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde. Texto para Discussão nº 687**. Rio de Janeiro: IPEA, dezembro de 1999. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3976>. Acesso em: 03 jan. 2014.

MEDICI, André Cezar. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, abr./jun. 1992. Disponível em: < <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8798/7548>> Acesso em: 10 maio. 2014.

MELAZZO, Everaldo Santos. Comércio e serviços: difusão e centralidades. In: SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão; ELIAS, Denise; SOARES Beatriz Ribeiro. (Org.) **Agentes econômicos e reestruturação urbana e regional**: Chilián e Marília. 1º ed. – São Paulo: Outras Expressões, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02**. 1º Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento do SUS. Brasília: CONASSS, 2002. Disponível em: <<http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc>>. Acesso em 22 dez. 2012.

_____. **Revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005.

MENDONÇA, Danielle de Paula. **Qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise**. 164f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Faculdade de Psicologia, Universidade Católica de Goiás, 2007.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. 402f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2003. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br>>. Acesso em: 10 maio 2014.

MIYAZAKI, Vitor Koiti. **Um estudo sobre o processo de aglomeração urbana**: Álvares Machado, Presidente Prudente e Regente Feijó. 185 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente: 2008. Disponível em: <<http://base.repositorio.unesp.br/handle/11449/96699>>. Acesso em: 22 dez. 2012.

MONTESSORO, Claudia. **Centralidade urbana e comércio informal**: os novos espaços de consumo no centro de Anápolis. 396 f. Tese (Doutorado em Geografia), Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2006. Disponível em: <<http://base.repositorio.unesp.br/handle/11449/106681>>. Acesso em: 11 set. 2010.

MOREIRA, Ruy. Da região à rede e ao lugar: a nova realidade e o novo olhar geográfico sobre o mundo. **etc..., espaço, tempo e crítica**. n. 1, v. 3, jun. 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007_1_3.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2012.

MOURA, Rosa; CASTELLO BRANCO, Maria Luisa Gomes; FIRKOWSKI, Olga Lúcia C. de Freitas. Movimento pendular e perspectivas de pesquisas em aglomerados urbanos. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 19, n. 4, out./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392005000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2014.

NASCIMENTO, Adail Afrânio M. do; DAMASCENO, Ana Kelve; SILVA, Maria Josefina da; SILVA, Maria Veronica Sales da; FEITOZA, Aline Rodrigues. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 2, abr./jun. 2009.

NUNES, André; SANTOS, James R. S.; BARATA, Rita B. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: IPEA, 2001.

NYSTUEN, John D; DACEY, Michael F. A graph theory interpretation of nodal regions. **Geographia Polonica**, v. 15, 1968. Disponível em: <<http://www.geographiapolonica.pl/article/item/8797.html>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

OLIVEIRA Evangelina X. G.; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 20, n. 2, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/06.pdf>>. Acesso em: 22 dez 2012.

OLIVEIRA, Evangelina X. G.; MELO, Enirtes C. P.; PINHEIRO, Rejane S.; NORONHA, Cláudio P.; CAVARLHO, Marília Sá. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27 n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200013>. Acesso em: 5 mar. 2014.

OLIVEIRA, Luiz Antonio Pinto; OLIVEIRA, Antonio Tadeu Ribeiro (Org.). **Reflexões sobre os deslocamentos populacionais no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. (Série Estudos & Análises: informação demográfica e socioeconômica, n. 1).

PEREIRA, Silvia Regina. **Percursos urbanos: mobilidade espacial, acessibilidade e o direito à cidade**. 2006. 326 f. Tese (Doutorado em Geografia). Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente, 2006. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=33451>. Acesso em: 22 dez. 2014.

PESTANA, Marcus Vinícius Caetano; MENDES, Eugênio Vilaça. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2004.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; VIACAÇA, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia; BRITO, Alexandre dos Santos. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n. 4, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf>>. Acesso em: 31 dez. de 2013.

PINHEIRO FILHO, Francisco Percival; SARTI, Flávia Mori. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a14.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

PINTO, José Vandério Cirqueira As diversas escalas de análise do espaço metropolitano: o espaço intraurbano e intra-metropolitano. **Boletim Goiano de Geografia**, Goiânia, v. 29, n. 2, jul./dez. 2009.

PIRES, Maria R. Gomes Maia et. al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 dez. 2012.

POSSAS, Maria Silvia. **Concorrência e competitividade: notas sobre estratégia e dinâmica seletiva na economia capitalista**. 1993. 245 f. Tese (Doutorado em Economia). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 1993. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000065259&fd=y>>. Acesso em: 3 jun. 2012.

QUEIROZ, Lúcia F. N. A regionalização da assistência à saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS. **Res Pvblica**. Disponível em: <www.ansp.org.br/userfiles/file/respblica/respblica_4.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2014.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1971.

RIBEIRO, Luiz César de Queiroz. A metrópole: entre a coesão e a fragmentação, a cooperação e o conflito. In: _____ (Org). **Metrópoles: entre a coesão e a fragmentação, a cooperação e o conflito**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Rio de Janeiro, 2004.

RIBEIRO, Carmen R; DIAS, Maria Luiza M. S. M; IGNÁCIO, Sérgio Aparecido; FOERSTER, Arion C. Regionalização da saúde e procedimentos hospitalares: uma abordagem metodológica. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, n. 109, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br/ojs/index.php/revistaparanaense/article/view/141>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

RIBEIRO, José Mendes. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300013&script=sci_arttext>. Acesso em 05 jan. 2014.

SANTOS, Maria Angélica B. dos. GERSCHMAN, Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a25v09n3.pdf>> Acesso em 23 fev. 2014.

SANTOS, Milton. Sociedade e Espaço: Formação Espacial como Teoria e como Método. **Boletim Paulista de Geografia**, n. 54 – Associação dos Geógrafos Brasileiros, São Paulo, 1977. Disponível em: <<http://ricardoantasjr.org/wp-content/uploads/2013/05/forma%C3%A7%C3%A3o-socioespacial-como-teoria-e-como-m%C3%A9todo.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. **O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

_____. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Nobel, 1993.

_____. **Espaço e método**. 4ª ed. São Paulo: Nobel, 1997.

_____. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo, 2006.

_____. **Manual de geografia urbana**. 3º ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI**. São Paulo: Record, 2008.

SHARMA , Anurag; HARRIS, Anthony; RICHARDSON. **The impact of access and quality of care on spatial patterns of hospital utilization**. 2006 Disponível em: <<http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/current/modellingpages/ahes06sharma.pdf>> Acesso em: 3 jan. 2014.

SILVA, William Ribeiro da. A formação do centro principal de Londrina e o estudo da Centralidade urbana. **Geografia**, Londrina, v. 12, n. 2, jul./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.geo.uel.br/revista.>> Acesso em: 22 dez. 2012.

_____. **Para além das cidades: centralidade e estruturação urbana: Londrina e Maringá**. 2006, 237 f. Tese (Doutorado em Geografia) Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente, 2006. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=33454>. Acesso em: 22 dez. 2012.

SIMMONS, Alan. B. “Explicando la migración: la teoría en la encrucijada.” **Estudios demográficos y urbanos**, México: Colegio de México, v. 6, n. 1, jan./abr.1991. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/40368378>>. Acesso em 20 abr 2014.

SINGER, Paul. **Economia política da urbanização**. 3. ed. Brasília: Editora Brasiliense/CEBRAP, 1976.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de diálise**. 2012. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>>. Acesso em 11 fev. 2014.

SORRE, Maximilien. Migrações e mobilidade do ecúmeno. In: MEGALE, Januário Francisco (Org.). **Max Sorre**. São Paulo: Ática, 1984.

SOUZA, Marcelo Lopes de. **ABC do desenvolvimento urbano**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7015.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. **Construindo o SUS: A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002, 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde

Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2014.

SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. A gestão do território e as diferentes escalas da centralidade urbana. **Território**, n. 4. Rio de Janeiro: GARAMOND, jan./jun. 1998.

_____. Novas formas comerciais e redefinição da centralidade intra-urbana. In: _____. (Org.). **Textos e contextos para a leitura geográfica de uma cidade média**. Presidente Prudente: Pós-graduação em Geografia da FCT/UNESP, 2001.

_____. A produção do espaço urbano: escalas, diferenças e desigualdades socioespaciais. In: CARLOS, Ana Fani Alessandri; SOUZA, Marcelo Lopes de; SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão (Org.). **A produção do espaço urbano: agentes e processos, escalas e desafios**. São Paulo: Contexto, 2011.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/eu_000039.pdf. Acesso em: 05 maio. 2014.

TAVARES, Gilson Queiroz. **Migração interna populacional e sua participação no desenvolvimento regional no final do século XX**. 2001, 101 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública), Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2001.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7113.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 18 (suplemento), 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13801.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

TRAVASSOS, Cláudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. In: **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 13 n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000200024&script=sci_arttext>. Acesso em: 3 jan. 2014.

TRAVASSOS, Cláudia; OLIVEIRA, Evangelina. X. G; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32334.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2013.

TURRINI, Ruth N. T.; LEBRAO, Maria L.; CESAR, Chester L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2008, v. 24, n. 3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/20.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2014.

VASCONCELLOS, Eduardo Alcântara. **Transporte urbano, espaço e equidade**: análise das políticas públicas. São Paulo: Annablume, 2001.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo M.; LIMA, Luciana Dias de; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; IOZZI, Fabíola Lana. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo: v. 22, n. 1, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

VIANA, Juheina Lacerda Ribeiro. Região metropolitana de Goiânia: análise da disposição espacial dos recursos financeiros provenientes de convênios com o governo federal entre 2009 e 2011. **Geoambiente on-line – Revista Eletrônica do Curso de Geografia**, Jataí, n. 20, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/geoambiente/article/viewFile/26095/15042>>. Acesso em: 3 mar. 2014.

VIDAL, Dolores Lima da Costa. **Demanda reprimida**: estudo do acesso às ações e serviços de saúde pública de média complexidade no Município de Campo dos Goytacazes – RJ. 2006, 207 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=893>. Acesso em: 1 jan. 2014.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a30v14s1.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2014.

VILLAÇA, Flávio. **Espaço intra-urbano no Brasil**. São Paulo: Studio Nobel/FAPESP, 1998.

ZELINSKY, Wilbur. The hypothesis of the mobility transition. **Geographical Review**, v. 6, n. 2, 1971. Disponível em: <<http://www.cedir.fr/cedir2/wpcontent/uploads/2012/07/ZELINSKY-Wilbur-The-hypothesis-of-the-mobility-transition-Geographical-Review.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

WAGNER, Gastão. **Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil**. 2005. Disponível em: <<http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

WHITACKER, Arthur Magon. **Reestruturação Urbana e Centralidade em São José do Rio Preto**. 2003, 238 f. Tese (Doutorado em Geografia). Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2003. Disponível em: <http://www2.fct.unesp.br/grupos/gasperr/pub_tese.html>. Acesso em: 22 dez. 2012.

_____. Inovações tecnológicas, mudanças nos padrões locacionais e na configuração da centralidade em cidades médias. **IX Colóquio Internacional de Geocrítica**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 28 de mayo - 1 de junio de 2007. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/9porto/arthur.htm> . Acesso em: 15 maio 2012.

SITES CONSULTADOS:

http://www.ibge.gov.br	Acesso em: mar. 2012.
http://www.datasus.gov.br	Acesso em: mar. 2012.
http://www.cnes.datasus.gob.br	Acesso em: nov. 2013.
http://www.saude.gov.br	Acesso em: nov. 2013.
http://www.ipea.gov.br	Acesso em: nov. 2013.
http://www.abcdasaude.com.br	Acesso em: jan. 2014.
http://www.imb.go.gov.br	Acesso em: jan. 2014.
http://www.inca.gov.br	Acesso em: jan. 2014.
http://www.sbn.org.br	Acesso em: jan. 2014.
http://www.sbradioterapia.com.br	Acesso em: jan. 2014.

APÊNDICES



Universidade Federal de Goiás
Instituto de Estudos Sócio-Ambientais
Programa de Pós-Graduação em Geografia

Pesquisador: Cristiano Martins da Silva
Orientador: Prof. Dr. Tadeu Alencar Arrais

Data da entrevista ____/____/2013
Estabelecimento: _____
Tratamento: _____
Entrevistado nº _____

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Qual a sua idade?	<input type="checkbox"/> 18 a 24 anos	<input type="checkbox"/> 25 a 30 anos	<input type="checkbox"/> 31 a 45 anos
	<input type="checkbox"/> 46 a 60 anos	<input type="checkbox"/> 61 anos ou mais	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
Quantos anos de estudos você tem?	<input type="checkbox"/> Sem instrução ou menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 1 a 4 anos	<input type="checkbox"/> 5 a 9 anos
	<input type="checkbox"/> 10 a 12 anos	<input type="checkbox"/> 12 anos ou mais	
Qual sua renda mensal?	<input type="checkbox"/> Sem rendimento	<input type="checkbox"/> De 1 a 2 salários mínimo	<input type="checkbox"/> De 3 a 5 salários mínimo
	<input type="checkbox"/> De 2 a 3 salários mínimo	<input type="checkbox"/> De 3 a 5 salários mínimo	<input type="checkbox"/> Acima de 5 salários mínimo
* Valor atual do salário mínimo: R\$ 678,00			
Qual sua origem?	<input type="checkbox"/> De Goiânia	<input type="checkbox"/> Do interior de Goiás	<input type="checkbox"/> De outro estado
Onde você se hospeda durante o tratamento?	<input type="checkbox"/> Residência de parentes/amigos	<input type="checkbox"/> Aluga uma residência	<input type="checkbox"/> Casa de Apoio
	<input type="checkbox"/> Pensão	<input type="checkbox"/> Hotel ou pousada	
De que maneira é custeado seu transporte para Goiânia?	<input type="checkbox"/> Recursos próprios	<input type="checkbox"/> Ajuda de familiares e/ou amigos	<input type="checkbox"/> Auxílio de Serviços Sociais
	<input type="checkbox"/> Ambulância ou outro veículo da prefeitura		

Observações ou relatos

APÊNDICE B - BRASIL: PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR SUBGRUPO DE PROCEDIMENTOS - 2010

Código	Subgrupo de procedimentos	Quantidade aprovada (%)	Valor aprovado (R\$)
0101	Ações coletivas/individuais em saúde	16,21	7.935.562,35
0102	Vigilância em saúde	0,56	1.850.973,82
0201	Coleta de material	1,85	26.536.530,30
0202	Diagnóstico em laboratório clínico	14,05	2.026.872.552,61
0203	Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	0,41	151.816.397,84
0204	Diagnóstico por radiologia	1,75	600.457.545,60
0205	Diagnóstico por ultra-sonografia	0,44	419.731.362,65
0206	Diagnóstico por tomografia	0,07	246.077.573,86
0207	Diagnóstico por ressonância magnética	0,01	132.004.515,75
0208	Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	0,01	101.705.548,15
0209	Diagnóstico por endoscopia	0,05	96.265.476,52
0210	Diagnóstico por radiologia intervencionista	0,00	12.496.776,30
0211	Métodos diagnósticos em especialidades	0,84	395.242.079,70
0212	Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	0,38	382.698.090,47
0213	Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	0,02	16.150,06
0214	Diagnóstico por teste rápido	0,91	353.888,00
0301	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	35,99	3.224.265.310,38
0302	Fisioterapia	1,28	221.453.119,31
0303	Tratamentos clínicos (outras especialidades)	0,19	238.932.113,45
0304	Tratamento em oncologia	0,31	1.601.434.139,23
0305	Tratamento em nefrologia	0,33	1.641.531.516,47
0306	Hemoterapia	0,24	133.276.185,45
0307	Tratamentos odontológicos	2,4	10.885.017,75
0309	Terapias especializadas	0,03	40.759.137,47
0310	Parto e nascimento	0,00	0
0401	Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	1,87	145.448.522,65
0403	Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	0,00	159.546,4
0404	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	0,04	13.695.673,48
0405	Cirurgia do aparelho da visão	0,0	262.846.025,45
0406	Cirurgia do aparelho circulatório	0,01	5.051.291,86
0407	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	0,0	2.679.431,23
0408	Cirurgia do sistema osteomuscular	0,04	47.323.163,33
0409	Cirurgia do aparelho geniturinário	0,01	7.839.678,26

0410	Cirurgia de mama	0,0	660.303,80
0411	Cirurgia obstétrica	0,0	329.343,15
0412	Cirurgia torácica	0,0	302.341,30
0413	Cirurgia reparadora	0,01	5.016.006,89
0414	Bucomaxilofacial	0,62	30.137.871,84
0415	Outras cirurgias	0,0	3.722.992,68
0417	Anestesiologia	0,0	2.036.058,25
0418	Cirurgia em nefrologia	0,0	11.691.724,24
0501	Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de tratamento	0,04	295.553.076,28
0503	Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	0,0	3.463.148,73
0504	Processamento de tecidos para transplante	0,0	8.137.972,80
0505	Transplante de órgãos, tecidos e células	0,0	3.239.788,70
0506	Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	0,01	30.902.080,00
0601	Medicamentos de dispensação excepcional	4,62	549.114.119,91
0604	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	13,8	1.060.649.626,98
0701	Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	0,12	275.818.120,22
0702	Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	0,01	156.723.170,72
0801	Ações relacionadas ao estabelecimento	0,03	0
0803	Autorização / Regulação	0,42	160.445.461,30
Total		0,56	14.797.584.103,95

Fonte: Ministério da Saúde/SIA/SUS - 2010

APÊNDICE C - SUBTIPOS DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS ONCOLÓGICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
0304010073	BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR INSERÇÃO)
0304010081	CHECK-FILM (POR MÊS)
0304010103	IMPLANTAÇÃO DE HALO PARA RADIOCIRURGIA
0304010120	IRRADIAÇÃO DE CORPO INTEIRO PRÉ-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
0304010154	MÁSCARA / IMOBILIZAÇÃO PERSONALIZADA (POR TRATAMENTO)
0304010170	NARCOSE DE CRIANÇA (POR PROCEDIMENTO)
0304010189	PLANEJAMENTO COMPLEXO (POR TRATAMENTO)
0304010197	PLANEJAMENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (POR TRATAMENTO)
0304010200	PLANEJAMENTO SIMPLES (POR TRATAMENTO)
0304010219	RADIOCIRURGIA - UM ISOCENTRO
0304010243	RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACIONADA
0304010286	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (POR CAMPO)
0304010294	RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)
0304010308	COLIMAÇÃO PERSONALIZADA
0304010340	NARCOSE PARA BRAQUITERAPIA DE ALTA DOSE (POR PROCEDIMENTO)
0304020010	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO -1ª LINHA
0304020028	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 2ª LINHA
0304020036	HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ENDOMÉTRIO AVANÇADO
0304020044	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO AVANÇADO
0304020052	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS AVANÇADO
0304020060	HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 2ª LINHA
0304020079	HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA
0304020087	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA
0304020095	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO -1ª LINHA
0304020109	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO AVANÇADO - 2ª LINHA
0304020117	QUIMIOTERAPIA DO APUDOMA/TUMOR NEUROENDÓCRINO AVANÇADO
0304020133	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO -1ª LINHA
0304020141	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA
0304020150	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE AVANÇADO
0304020168	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RIM AVANÇADO
0304020176	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO AVANÇADO
0304020184	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO OU DO CORPO UTERINO AVANÇADO
0304020192	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL AVANÇADO
0304020206	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEÇA E PESCOÇO AVANÇADO
0304020214	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS AVANÇADO
0304020222	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS AVANÇADO
0304020230	QUIMIOTERAPIA DO MELANOMA MALIGNO AVANÇADO
0304020249	QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA DE ORIGEM DESCONHECIDA
0304020257	QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE/CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ORIGEM DESCONHECIDA
0304020265	QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA DE ORIGEM DESCONHECIDA
0304020273	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA -1ª LINHA.
0304020281	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA - 2ª LINHA)
0304020290	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES AVANÇADO

0304020303	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO AVANÇADO
0304020311	QUIMIOTERAPIA DO TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL AVANÇADO
0304020320	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL AVANÇADO
0304020338	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA
0304020346	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO- 1ª LINHA
0304020354	HORMONIOTERAPIA DE CANCER DE MAMA RECEPTOR POSITIVO (2ª LINHA)
0304020362	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE TIREOIDE AVANÇADO
0304020370	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE PÊNIS AVANÇADO
0304020389	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA DO FÍGADO OU DO TRATO BILIAR AVANÇADO
0304020400	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA UROTELIAL AVANÇADO
0304030015	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA -1ª LINHA.
0304030023	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA
0304030031	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 1ª LINHA
0304030040	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA.
0304030058	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 1ª LINHA.
0304030066	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 2ª LINHA.
0304030074	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA QUALQUER FASE - CONTROLE SANGÜINEO
0304030082	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA.
0304030090	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA EM FASE BLASTICA - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRÔNICA
0304030112	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 1ª LINHA.
0304030120	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA
0304030139	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA
0304030147	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 2ªLINHA
0304030155	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE
0304030163	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE (1ª LINHA)
0304030171	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE - 2ªLINHA
0304030180	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 1ª LINHA.
0304030198	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 2ª LINHA.
0304030210	QUIMIOTERAPIA DE TRICOLEUCEMIA - 1ªLINHA.
0304030228	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA
0304040010	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (PRÉVIA)
0304040029	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA)
0304040037	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III - 2ª LINHA
0304040045	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO UTERINO
0304040053	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL
0304040061	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SEIO PARA-NASAL/ LARINGE / HIPOFARINGE/ OROFARINGE /CAVIDA
0304040070	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE BEXIGA
0304040088	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE
0304040096	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (PRÉVIA)
0304040100	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (PRÉVIA)
0304040118	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO
0304040126	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE VULVA
0304040134	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 2ª LINHA
0304040142	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 1ª LINHA
0304040169	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO / OSTEOSSARCOMA - 1ª LINHA
0304040177	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PRÉ-OPERATÓRIA)
0304050016	QUIMIOTERAPIA INTRA-VESICAL

0304050024	QUIMIOTERAPIA DE ADENOCARCINOMA DE CÔLON
0304050032	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (ADJUVANTE)
0304050040	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I
0304050067	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III
0304050075	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II
0304050113	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III
0304050121	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II
0304050130	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I
0304050148	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II CLÍNICO / PATOLÓGICO COM LINFONODOS AXILARES POSITI
0304050164	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEÇA E PESCOÇO
0304050172	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (ADJUVANTE)
0304050202	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA
0304050210	QUIMIOTERAPIA DO OSTEOSSARCOMA
0304050229	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES DE EXTREMIDADE
0304050253	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PÓS OPERATÓRIA)
0304060011	QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 1ª LINHA
0304060038	QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 2ª LINHA
0304060046	QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 3ª LINHA
0304060054	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA PRÓ-MIELOCÍTICA AGUDA - 1ª FASE
0304060062	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA PRÓ-MIELOCÍTICA AGUDA - FASES SUBSEQUENTES
0304060070	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA /LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 1ª LINH
0304060089	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 2ª LINHA
0304060097	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT 3ª LINHA
0304060119	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 2ª LINHA
0304060127	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 3ª LINHA
0304060135	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRAU DE MALIGNIDADE INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 1ª LINHA
0304060151	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO EXTRA-GONADAL
0304060160	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE OVÁRIO
0304060178	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - BAIXO RISCO
0304060186	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - CORIOCARCINOMA DE BAIXO RISCO PERSISTENTE /
0304060194	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - CORIOMA / MOLA HIDATIFORME - PERSISTENTE / IN
0304060208	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 1ª LINHA
0304060216	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 2ª LINHA
0304060224	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B - 1ª LINHA
0304070017	QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 1ª LINHA
0304070025	QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 2ª LINHA
0304070033	QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 4ª LINHA
0304070041	QUIMIOTERAPIA DE CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 3ª LINHA
0304080012	FATOR ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO DE COLÔNIAS DE GRANULÓCITOS / MACRÓFAGOS
0304080055	QUIMIOTERAPIA INTRA-TECAL
0304080071	INIBIDOR DA OSTEÓLISE

Fonte: Ministério da Saúde/SIA/SUS

APÊNDICE D - SUBTIPOS DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL EM HEMODIÁLISE

CÓDIGO	SUBPROCEDIMENTO
0305010018	DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1 SESSAO POR SEMANA -EXCEPCIONALIDADE)
0305010026	DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MAXIMO 2 SESSOES POR SEMANA)
0305010093	HEMODIALISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)
0305010107	HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)
0305010115	HEMODIÁLISE EM PORTADOR DE HIV (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)
0305010123	HEMODIÁLISE EM PORTADOR DO HIV (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSAO / SEMANA)
0305010166	MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC
0305010182	TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)

Fonte: Ministério da Saúde/SIA/SUS.