

# SAÚDE E GEOGRAFIA UM DIÁLOGO OPORTUNO: PRESSUPOSTOS PARA A COMPREENSÃO DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM JATAÍ (GO)

*Health and geography a timely dialogue: presupposition to understanding of the public web health in Jataí (GO)*

**Paulo de Alencar Monteiro Filho\***  
**Márcio Rodrigues Silva\*\***  
**Roberta Costa Rocha\*\*\***

\***Universidade Federal Fluminense - UFF / Niterói, Rio de Janeiro**  
paulo\_dealencar@hotmail.com

\*\***Universidade Federal de Goiás - UFG / Jataí, Goiás**  
marcioufg@gmail.com

\*\*\***Universidade Federal de Goiás - UFG / Jataí, Goiás**  
robertacostarocha@hotmail.com

## RESUMO

O caos do Sistema Único de Saúde (SUS) expõe as dificuldades daqueles que necessitam de atendimento. Assim, pessoas sofrendo em macas ou muitas vezes no chão dos hospitais, tornaram-se paisagens cotidianas. Essa dura realidade tem atemorizado os usuários que procuram respostas para esses impasses. O presente trabalho tem como objetivo apresentar alguns fatores que interferem na oferta de serviço de qualidade na rede pública de saúde no município de Jataí (GO). Para esta pesquisa, foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos: revisão bibliográfica acerca dos conceitos de redes de saúde; investigação junto a órgãos como a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Prefeitura Municipal de Jataí, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre outros. Foi utilizado os Softwares *ArcGis* para confecção dos mapas e *Excel* para organização de gráficos. O trabalho revelou que a rede pública de saúde do município demonstra uma preocupante centralização de serviços no único hospital da cidade que realiza atendimento de urgência/emergência via SUS. Além disso, o crescimento demográfico e das causas externas como a violência, o trânsito e o tráfico de drogas, sobrecarregam as Unidades Básicas (UBSs) da rede de saúde, que assim como o hospital não conseguem atender toda a demanda.

**Palavras-chaves:** Redes de Saúde. Geografia da saúde. Jataí.

## ABSTRACT

The chaos of the unique system health (SUS) exposes the difficulties of that needs of answering. Thus, people suffering in stretcher and sometimes in the Hospitals ground, and turn a landscape everyday this hard reality has haunted the usurious that astonished find answers to these impasses the work present has as to object to present some factors that interfere in offering of a service of quality in a web public health in Jataí city hall (GO) to this research was adapted the following methodological procedures, bibliographic revision about of the concepts of web of health; investigation go in the organs as municipal secretariat health (SMS) city hall Jataí Brazilian Institute Geography and Statistics (IBGE) and others was utilizes the softwares *ArcGis* for making of maps and *Excel* to organization of graphics, the work reveal the public web health of the county demonstrates a worrying centralization of services at the Hospital Usique of city that realize of treatment urgency, emergency via SUS, Besides, the demographic growing and of external causes like the violence, the transit, the traffic of drugs, overwhelm the Basics Units (UBSs) the web of health that thus like the Hospital don't get answer every demand.

**Keywords:** web of health; geography of health Jataí.

## 1 INTRODUÇÃO

O presente artigo foi desenvolvido a partir de alguns resultados alcançados ao final da dissertação de mestrado desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás – Regional Jataí, intitulado: Compreendendo a rede e entendendo o problema: O olhar geográfico no sistema de saúde público de Jataí (GO) - 2015.

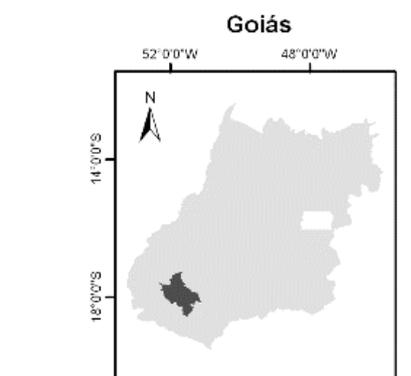
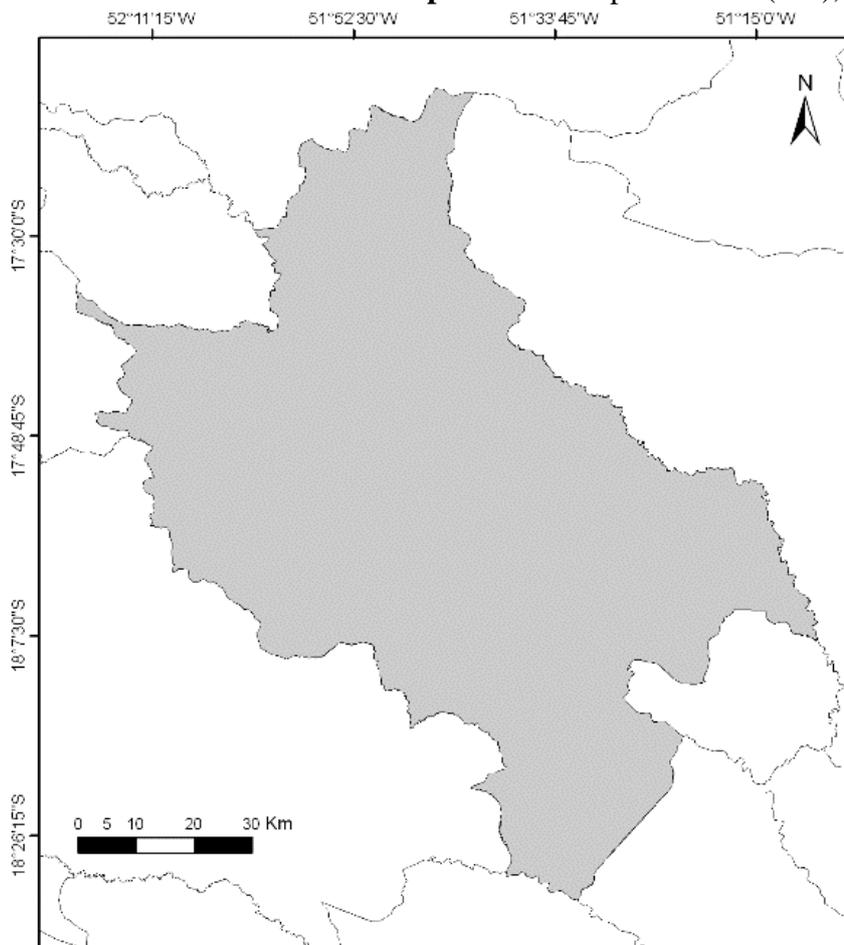
Motivados pela inquietação que se supõe afligir vários brasileiros, busca-se neste trabalho encontrar respostas para as constantes notícias de escândalos e denúncias por negligência na área de saúde pública, tendo como recorte o município de Jataí localizado no sudoeste de Goiás.

A implementação do SUS, no início dos anos 1990, tinha como perspectiva central a ampliação da promoção dos serviços de saúde para a população, através da universalidade e da integralidade. Todavia, vinte e quatro anos após sua implantação, o que se pode notar são muitas dificuldades no acesso a estes serviços, ainda que sejam inegáveis os avanços alcançados pelo sistema.

A geografia enquanto ciência se preocupa cada vez mais em realizar uma análise refinada das relações sociais, colaborando especialmente com o planejamento e a gestão do espaço, identificando e contribuindo na resolução dos problemas socioespaciais.

No intuito de compreender esta complexa relação social com vistas à otimização do sistema de saúde pública, buscou-se analisar o município de Jataí (**Mapa 1**) a partir do conceito de redes.

**Mapa 1 – Município de Jataí (GO), 2014**



Sistemas de Coordenadas Geográficas e Datum SAD 69  
Fonte: IBGE  
Organização: MONTEIRO FILHO, Paulo de Alencar  
Data: Jan/2014

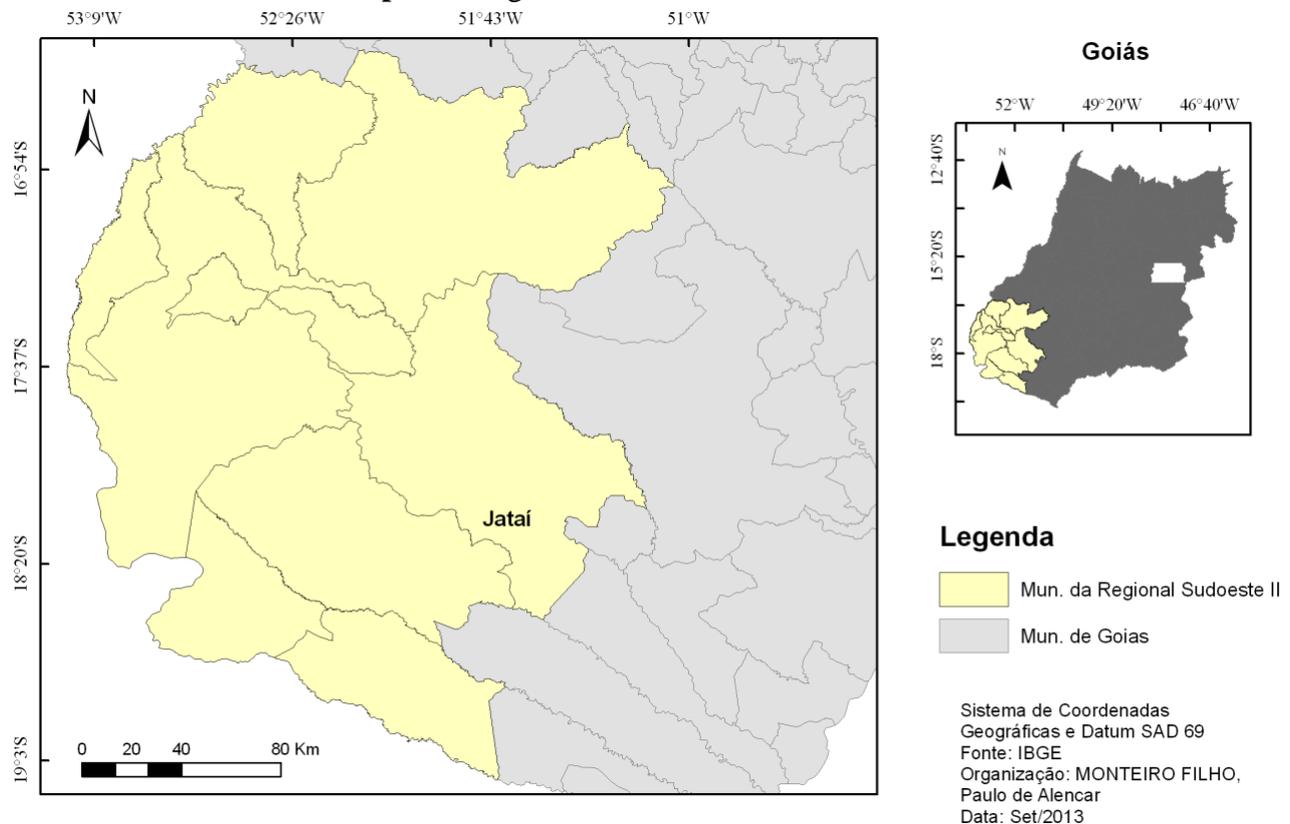
**Fonte:** IBGE, 2011. Organização: MONTEIRO FILHO, 2015.

Assim como a maioria dos municípios da Microrregião Sudoeste de Goiás, Jataí tem no agronegócio sua principal fonte de renda, destacando-se no cenário nacional pela notável contribuição na produção de grãos. É também referência estadual no campo educacional, possuindo instituições que oferecem cursos de nível superior que habilitam profissionais para o mercado regional e para diversas outras áreas do conhecimento científico.

Despontando-se como uma das principais cidades da microrregião Sudoeste de Goiás, tem ganhado notoriedade no seguimento de saúde pública, devido à estrutura e a equipamentos oferecidos no município.

Primeira cidade do Sudoeste de Goiás a contar com uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) sem custo para população, recebe pacientes de vários municípios vizinhos, o que justifica e a credencia como polo da Regional Sudoeste II (**Mapa 2**).

**Mapa 2 – Regional de Saúde Sudoeste II - 2014**



**Fonte:** IBGE, 2011. Organização: MONTEIRO FILHO, 2015.

O município de Jataí é a sede da Regional de Saúde Sudoeste II, dos quais fazem parte dessa microrregião os seguintes municípios: Aporé, Caiapônia, Chapadão do Céu, Dorvelândia, Perolândia, Serranópolis, Mineiros, Santa Rita do Araguaia e Portelândia.

O Estado de Goiás está dividido em cinco macrorregiões de saúde: Nordeste, Centro-Oeste, Centro-Norte, Sudeste e Sudoeste. Essas macrorregiões estão subdivididas em 16 microrregiões, sendo que cada uma delas possui um município sede.

## 2 A MOBILIZAÇÃO SOCIAL E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A década de 1970 foi marcada por diversas manifestações políticas e sociais no cenário mundial. As alterações do panorama internacional em decorrência da segunda guerra mundial ainda eram perceptíveis. O Sistema mundo estava dividido em dois blocos, de um lado o capitalismo

americano e do outro o socialismo soviético. O conflito de interesse entre Estados Unidos e União soviética originou a chamada Guerra Fria.

O Brasil que havia apoiado o bloco capitalista passava por um período delicado no final de 1979,

Registrrou-se, durante o governo Figueiredo, o esgotamento do modelo econômico adotado pelos governos militares, agravado pela nova crise do petróleo [...] e a elevação dos juros no mercado internacional (BRASIL, 2001, p. 47).

Concomitante a crise econômica, observava-se a eclosão de movimentos grevistas de diversas categorias profissionais, em 1980, uma paralisação dos metalúrgicos do ABC paulista, mantida por 41 dias, ocasionou em demissões, prisões, choques com as tropas militares, além da intervenção em sindicatos (BRASIL, 2001). Com a adesão à causa dos movimentos sociais e sindicatos que se articulavam sorratamente devido ao rigor militar e a inclusão da medicina preventiva no currículo das universidades, previsto na Lei de reforma Universitária de 1968, houve uma expansão do apelo por uma reforma sanitária (BRASIL, 2011).

Com o fim do regime militar em 1985, durante o governo de José Sarney, o panorama econômico do Brasil permaneceu em colapso. O cenário adverso exprimia o fracasso da proposta política econômica que visava conter a inflação, que alcançava números vertiginosos, (MACARINI, 2009).

O movimento reformista ganhava força e novos aliados, como o movimento estudantil. Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde é arquitetado o maior Programa Brasileiro de Assistência à Saúde: o SUS.

As propostas discutidas no Congresso realizado em Brasília que contou com a presença dos gestores, trabalhadores e prestadores de serviço em saúde, formaram a base para a elaboração das Leis de Saúde da Constituição Federal de 1988.

“A aprovação da Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população” (BRASIL, 2003, p. 24).

A institucionalização do SUS significou a ampliação ao acesso do serviço de saúde, a universalidade, visto que antes de sua implantação o serviço era assistido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cuja sua cobertura se limitava aos trabalhadores com renda formal, segurados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Pode-se dizer que a criação do SUS se deu em decorrência dos processos de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por toda população, gerados na década de 80, em resposta pela insatisfação e descontentamento a um sistema não inclusivo, sendo que se buscava eram os direitos da cidadania, do acesso universal e cobertura integral.

A administração ficara a cargo dos governos federais, estaduais e municipais e por organizações, com o intuito de garantir o acesso aos serviços de saúde gratuitos para todo cidadão. Como há uma diferença sócio espacial significativa entre as regiões e municípios brasileiros, a solução encontrada pelo Ministério da Saúde foi descentralizar a prestação dos serviços públicos de saúde, repassando a responsabilidade aos diferentes municípios. Este processo representou uma grande mudança na forma organizacional do sistema público de saúde, pois a interação entre os órgãos financiadores e os níveis de atenção tornou-se vital para o sucesso do SUS.

De acordo com os princípios constitucionais, o SUS se orienta pelos seguintes princípios: Universalidade, equidade, integralidade (**Quadro 1**).

Pautado em uma forte política de descentralização com vistas a disponibilizar um atendimento universal e integral à população, o SUS criou uma estrutura em redes para oferecer seus serviços. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem ser definidas como arranjos ordenadores de ações e serviços, dotadas de diferentes densidades tecnológicas, que oferecem suporte técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do SUS por meio de sua sistematização (PORTARIA GM/MS 4.279, 2010).

**Quadro 1 – Princípios Doutrinários do SUS - 2011**

<b>Princípio</b>	<b>Definição</b>	<b>Função</b>
Universalidade	é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão.	Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito ao acesso a todos os serviços de saúde, inclusive àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de todos e dever do governo, seja ele municipal, estadual ou federal.
Equidade	é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requiera, more o cidadão onde morar.	Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer.
Integralidade	é o reconhecimento na prática dos serviços que.	*cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; *as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; *as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral; *o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Fonte: CONASS (2011), adaptado por: MONTEIRO FILHO, 2015.

A RAS tem como finalidade promover a integração das ações e serviços de saúde de forma contínua, integral e de qualidade.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (PORTARIA GM/MS 4.279, 2010).

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>, em 1990, diversas alterações regulamentares ocorreram. A proposta de descentralização e regionalização dos serviços de saúde preconizada na NOB/SUS)<sup>2</sup> pode ser considerada como uma das principais medidas para tentar diminuir as heterogeneidades espaciais no que concerne aos serviços de saúde.

Desde o início dos anos 1990, várias foram as tentativas de transferir as responsabilidades de saúde para os municípios. Embora a NOB/ SUS 01/91 e NOB/SUS 01/92 já enfatizassem a necessidade da descentralização das ações e

serviços de saúde, foi apenas com a NOB 01/93 que se deu mais ênfase na municipalização da atenção (GUIMARÃES; AMARAL; SIMÕES, 2006, p. 3).

A proposta de ampliação da definição de saúde, deixando de considerá-la como a ausência de doenças, serviu para que o Ministério da Saúde se mobilizasse no sentido de criar medidas para atender a população nacional.

A saúde foi afirmada como direito e foi proposta uma nova forma de atenção e gestão: um sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas. A construção de redes tornou-se, então, uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença (BRASIL, 2009, p. 6).

Ao discutir a forma de utilização das redes, Moreira (2007, p. 58) afirma que no período do renascimento, tinha-se:

Uma rede organizando o espaço. Mas não um espaço organizado em rede. Podemos dizer que a rede é um dado da realidade empírica, mas conceitualmente não estamos diante de um espaço organizado em rede. Isto só vai acontecer recentemente.

As abordagens conceituais sobre rede permitem variadas concepções. Todavia, admitem-se de um modo geral, dois grandes arcos distintos de abordagem, um que trata da rede enquanto materialidade dos pontos com conexão física entre si, e outro que além dos aspectos materiais agregam a interação humana, que segundo Santos (2012) é o que valoriza a rede.

A rede urbana constitui-se no conjunto de centros urbanos funcionalmente articulados entre si. É, portanto, um tipo particular de rede na qual os vértices ou nós, são os diferentes núcleos de povoamento dotados de funções urbanas (CORRÊA, 1997, p. 93).

Desta forma, pode-se dizer que a rede é constituída de pontos que possuem ligações entre si, todavia, o que vai dar animação a estas conexões são ações da sociedade, por meio de uma relação efetiva e mútua.

Elas oferecem os meios para o consumo final das famílias e administrações e o consumo intermediário das empresas [...] Entre as formas de consumo consumptivo, isto é, de consumo das famílias, podemos incluir o consumo de educação, de saúde, de lazer, de religião, de informação geral ou especializada e o consumo político, na forma do exercício de cidadania (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 280).

Assim, a cidade mostra a interface do local, regional e global, onde são compartilhadas as mais diversas relações comerciais, políticas e sociais, seja por relações interurbanas, seja por relações intraurbanas.

### **3 REDES DE SAÚDE**

O fato de enxergarmos a cidade como promotora de saúde e de qualidade de vida, remete-nos a reflexão sobre como estaria disposto no espaço urbano os mecanismos necessários para suprir a necessidade da população, e como funciona a integração dos pontos deste sistema para que haja um perfeito funcionamento, ou um funcionamento satisfatório da rede de atenção à saúde.

A rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Estes serviços são como os nós de uma rede: uma unidade básica de saúde, um hospital geral, um centro de atenção psicossocial, um conselho municipal de saúde, etc. Entretanto, a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico. Implica colocarmos em questão: como estes serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e os diferentes serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nestes serviços? (BRASIL, 2009, p. 10).

Com origem na década de 20 no Reino Unido, as redes de atenção à saúde surgem influenciadas pela concepção dawsoniana de sistemas de saúde pública e é aperfeiçoada no início dos anos 90 nos Estados Unidos sob forma de sistemas integrados voltados ao setor privado, os quais, posteriormente, sofreram adaptações e passaram a ser utilizadas por outros países no sistema público (MENDES, 2007).

As RASs, como forma de otimização de recursos, podem ser estruturadas em arranjos produtivos híbridos flexíveis, que possibilitam tanto a concentração quanto a dispersão de alguns serviços. A priori os serviços que representam menor custo tendem a se dispersar horizontalmente, enquanto os serviços mais complexos e de maior demanda financeira seguem uma concentração vertical (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O processo de tessitura de uma rede de saúde denota a existência de certa complexidade, visto que seu núcleo deve abarcar tecnologias capazes de prover a confluência de diferentes serviços e especialidades. Ademais, é necessário garantir a integralidade e universalidade do sistema, zelando por uma atenção eficiente e eficaz (BRASIL, 2009).

Pode-se enxergar na rede, uma relação entre serviços de diversos níveis de atenção hierarquicamente organizados, com densidades tecnológicas distintas, seja de equipamentos ou de profissionais que de forma estratégica ocupam os pontos de atenção da rede.

Na concepção de Mendes (2011) o sucesso das RASs estão atreladas aos seguintes fundamentos:

1) Economia de escala e disponibilidade de recursos: os serviços precisam ser ofertados de forma dispersa, tendo como regulador desta dispersão o custo ao sistema. A administração dos recursos, sejam humanos ou físicos quando escassos, deve ser concentrada, enquanto os menos escassos devem ser desconcentrados.

2) Qualidade e acesso: uma vez implantado o serviço, deve-se geograficamente se dispor de demanda para sua utilização, pois há uma relação de quantidade e qualidade, já que se acredita-que as repetições de determinados procedimentos contribuem para a qualidade dos mesmos. Já o acesso deve compreender a viabilidade do atendimento, a necessidade do usuário num momento adequado, visando propiciar os subsídios necessários para a seu tratamento e recuperação.

3) Integração horizontal e vertical: envolve a disposição organizativa da RAS por economia de escala, no caso das horizontalidades o escopo é povoar determinada região com serviços de um mesmo padrão, já as verticalidades, são pautadas na oferta de serviços diferenciados em locais pontuais.

4) Processo de substituição: trata-se de medidas de readequações de recursos que buscam otimizar a gestão da RAS, podendo ser aplicadas em todas as esferas da rede, seja na estrutura física, humana ou política. Consiste em avaliar e suprimir processos defasados, a fim de coibir gastos desnecessários, realocando os recursos oriundos dessa supressão em outras ações produtivas.

5) Territórios sanitários: as RASs podem estar ou não compreendidas dentro de um território sanitário, o certo é que as pactuações ou consorciamentos podem significar uma economia na manutenção da rede por parte dos municípios.

6) Níveis de atenção: servem como mecanismo de racionalização dos recursos da RAS, o escalonamento do acesso por meio de níveis de atenção, estrutura hierarquicamente o grau tecnológico empregado em cada nível, favorecendo a organicidade da rede e o direcionamento dos recursos a serem empregados.

Nos processos de construção do SUS, o termo “rede” é muitas vezes utilizado para definir um grupo de serviços semelhantes. Por exemplo, rede básica de saúde é o termo utilizado para definir uma rede homogênea composta de unidades básicas de saúde. O mesmo vale para a rede de saúde mental, a rede hospitalar, etc. (BRASIL, 2009, p. 9).

Nesta pesquisa, foi analisada a rede heterogênea, ou seja, a que compreende o arranjo de todos os níveis de atenção dispostos no município, realizando uma análise panorâmica de sua estrutura e eficácia.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com Santos (2008, p. 224) “o espaço enquanto prática social é revelador das relações produzidas pela sociedade”. As transformações que ocorrem continuamente na sociedade contemporânea exprimem espacialmente a dinamicidade deste processo, “se não existe sociedade sem história, também não há espaço sem marcas do tempo” (FERNANDES, 1992, p. 61).

Para analisar as alterações socioespaciais de Jataí, com vistas a compreender a situação atual da rede pública de saúde do município, fez-se necessário traçar uma pequena linha do tempo, buscando importantes eventos que direcionaram a busca do objetivo proposto.

Considerando que as políticas de articulações do serviço público de saúde em sistema de redes se iniciaram com a criação do SUS na Constituição Federal de 1988, concentra-se o regate histórico a partir desta data.

Segundo o Plano Municipal de Saúde (PMS) elaborado no ano de 2014, o município dispunha de 05 hospitais em 1988, conforme exposto no **Quadro 2**.

**Quadro 2** – Unidades hospitalares de Jataí (GO) de 1950 a 1978

Nome da Instituição	Ano de Fundação	Tipo de verba
Sociedade Mantenedora do Hospital Regional de Jataí	1950	SUDS
Sociedade Beneficente São Vicente de Paulo	1952	SUDS
A Conferência Vicentina do Divino Espírito Santo	1966	SUDS
Hospital São Marcos	1974	SUDS
Pronto Socorro Municipal	1978	SUDS

**Fonte:** Jataí, 2014. Organização: MONTEIRO FILHO, 2015.

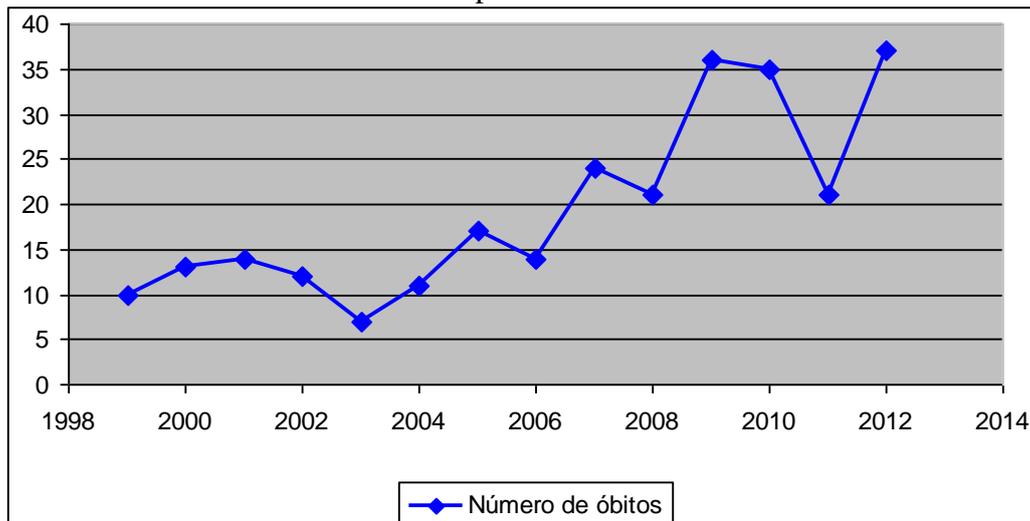
Através das informações do Quadro 2, um ponto nos chama atenção, a redução do número de hospitais. No PMS não encontramos os motivos que levaram ao fechamento de alguns hospitais. O fato é que o município de Jataí reduziu o número de hospitais e de leitos, que neste caso seria o mais importante, na medida em que a população foi aumentando, invertendo a lógica natural, que pressupõe a abertura de novos leitos hospitalares conforme ocorre o aumento da população. Portanto, uma ação como essa poderia não ter tanta contundência ao sistema, se o município tivesse uma rede de Atenção Primária de Saúde (APS) com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) cobrindo no mínimo 80% da população, com um forte trabalho de prevenção e acompanhamento de doenças mais abrangente, o que evitaria o congestionamento nos hospitais. Todavia, ainda seria necessária uma atenção especial para que não houvesse uma estagnação dos leitos, e que a APS acompanhasse a flutuação da população, abrindo novas unidades conforme o aumento populacional.

Outra variável que nos chama atenção é o aumento da população Jataiense que praticamente dobrou nos últimos trinta anos, aumentando a necessidade por atendimento de saúde.

O aumento populacional pode expressar a produção de espaços segregados. Dentro desta perspectiva, Souza (2005) afirma que a violência antes de ser urbana é social, mas que há certas peculiaridades que envolvem o espaço urbano como: o tráfico de drogas e a violência no trânsito.

As autoridades de segurança pública veem o município como um ponto estratégico na rota do tráfico de drogas. As divergências entre facções criminosas no âmbito da cidade já ceifaram muitas vidas, aumentando paulatinamente o número de óbitos por causas externas (**Gráfico 1**).

**Gráfico 1** – Números de óbitos por homicídios em Jataí de 1999 a 2012



Fonte: IBGE, (2014). Organização: MONTEIRO FILHO, 2015.

Para chegar as variáveis expostas no gráfico 1, o IBGE utilizou os números do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Os dados são classificados por levantamentos de óbitos por causas externas, registrados conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID), mais precisamente no CID-10, grande grupo que designa os diversos tipos de agressões descritas do X85 a Y09 todas identificadas como agressões intencionais de terceiros.

Assim como as vítimas do tráfico, o trânsito tem causado certa apreensão. Em Jataí, a frota de veículos passou de 37.677 no ano de 2008 para 60.494 em 2013 SEGPLAN (2013). Segundo Freitas (2012), no ano de 2010 foram registrados cerca de 1.912 boletins de ocorrência relacionados ao trânsito do município, com impacto preocupante na área de saúde, conforme dados na **Tabela 1**.

**Tabela 1** – Número de acidentes de trânsito ocorridos em Jataí (GO) de 2008 a 2012

Ano		2008	2009	2010	2011	2012
Nº acidentes de trânsito em Jataí	Feridos leves	997	1082	1116	1303	1175
	Feridos graves	158	296	320	237	460
	Total	1568	1832	1912	2083	2271

Fonte: SEGPLAN, 2013. Organização: MONTEIRO FILHO, 2015.

O aumento da violência no município pode ser notado comumente no hospital Centro Municipal de Saúde (CMS), já que as vítimas das diversas situações que são socorridas pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel a Urgência (SAMU) ou do Corpo de Bombeiros, que são encaminhadas ao setor de emergência do respectivo hospital.

Ademais, o fechamento do Hospital São Marcos, na década de 1980, deixou uma lacuna na atenção aos usuários do SUS, pois o Hospital da UNIMED, que passou a funcionar nas instalações do extinto São Marcos, é uma unidade particular.

O Hospital Regional foi outra supressão na rede pública do município, tratava-se de unidade que oferecia atendimento tanto particular, quanto a pacientes do SUS. O respectivo hospital passou por um longo período de instabilidade financeira, cujos atendimentos pelo SUS foram reduzidos drasticamente, até que no ano de 2011 ocorreu o seu fechamento.

Em 30 de maio de 2014, após a aquisição e restauração do prédio por meio de uma parceria da Diocese e prefeitura municipal de Jataí, foi inaugurado o Hospital Padre Tiago no local onde funcionava o antigo Hospital Regional.

O Hospital Padre Tiago inicialmente conta com 60 novos leitos de internação, sendo 30 destinados para o SUS. Há a previsão do hospital se tornar uma unidade escola do curso de Medicina recém implantado na UFG/Regional Jataí, ampliando sua capacidade de atendimento.

Todavia, os encaminhamentos para o Hospital Padre Tiago atualmente, são realizados pelo Centro Municipal de Regulação, após o paciente ter se submetido a uma avaliação médica em ambulatório especializado no CMS, conforme ilustrado na **Figura 1**.

**Figura 1** – Esquema de acesso ao atendimento SUS no Hospital Padre Tiago, 2014



**Fonte:** Revista Hospital Padre Tiago na Providência de Deus, 2014.

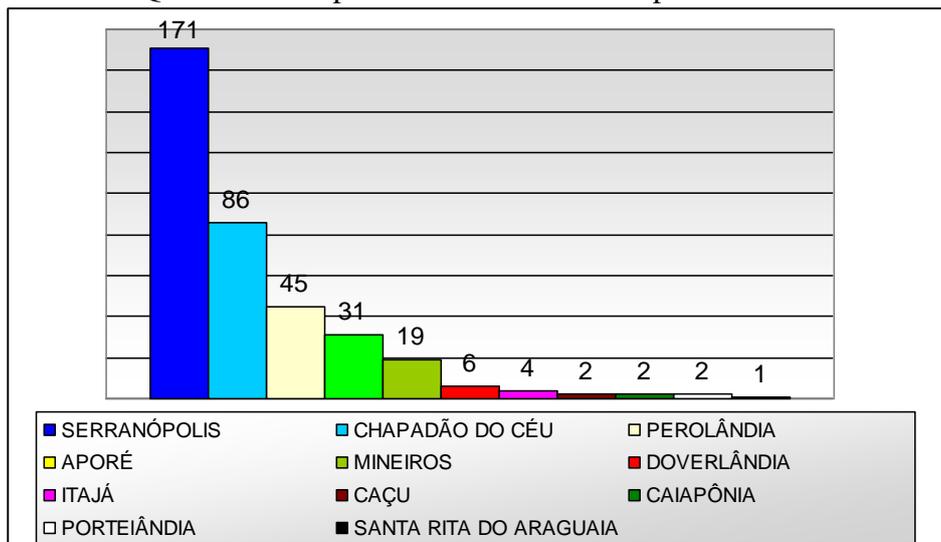
O MS preconiza de 2,5 a 3 leitos a cada 1.000 habitantes (Portaria GM/MS 1101, 2002) sendo uma condição razoável para equipamentos de saúde em função da totalidade da população em um dado município, todavia, atualmente Jataí conta com 0,6 leitos por habitantes no SUS, um número bem abaixo.

Embora a abertura de novos leitos represente um ganho no serviço de Saúde Pública municipal como um todo, o problema da superlotação no CMS tende a persistir, visto que o referido hospital continua sendo o único a atender urgência e emergência, além de realizar a triagem para outras unidades.

O CMS também recebe pacientes dos municípios pactuados, tanto no setor de emergência quanto no setor ambulatorial. No ano de 2013, o hospital recebeu 369 pacientes advindos de municipalidades pactuadas, sendo o município de Serranópolis o responsável por encaminhar mais pacientes 171 de acordo com o **Gráfico 2**.

O município de Serranópolis não dispõe de obstetra, desta forma, a maioria das gestantes tende a serem deslocadas para Jataí. Embora haja a pactuação entre todos os municípios representados no Gráfico 6, percebe-se que os municípios mais próximos como Serranópolis, Mineiros, Perolândia possuem um número maior de encaminhamentos.

Dentro desta ótica, faz-se necessário ressaltar que são vários os motivos da superlotação do CMS e que este não é o único ponto de saturação da rede, além disso, deve-se considerar que a APS também sofre com a sobrecarga das UBSs.

**Gráfico 2** – Quantidade de pacientes encaminhados para Jataí no ano de 2013

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Jataí (PPI), 2014. Organização: MONTEIRO FILHO, 2015.

O surgimento de novos bairros com característica de rápida concentração populacional e a ausência de UBSs, como é o caso dos bairros Jardim Floresta, José Herculano e Cidade Jardim, acabam por congestionar as UBSs mais próximas, iniciando uma reação em cadeia na rede municipal, cujo efeito acaba se refletindo na qualidade do atendimento.

Em uma revisão sistemática, ficou evidenciado que os países que realizaram um maior investimento tiveram melhores resultados sanitários para a população (MENDES, 2012).

No Brasil desde 1990, tem-se realizado investimento na APS como estratégia para seu fortalecimento, tendo como marco de sua institucionalização a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994.

A APS pode ser considerada como a base das redes de atenção à saúde, sendo o elemento fundamental da estrutura operacional. Tem a incumbência de fazer a conexão entre os diferentes níveis e pontos de atenção, garantindo assim, a integralidade aos usuários do sistema de saúde.

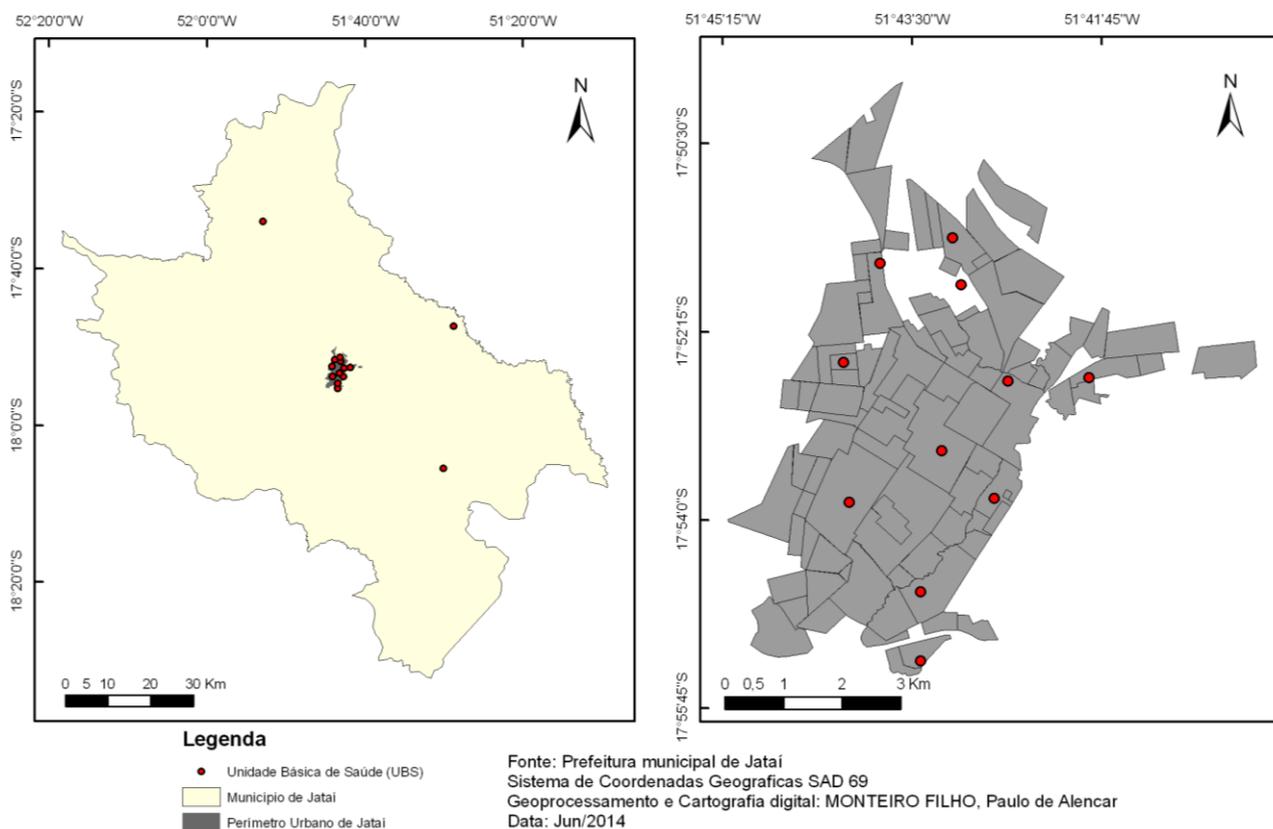
A disposição espacial das UBS no município de Jataí contempla 11 bairros da cidade: Vila Olavo; Estrela Dalva; Santo Antônio; Setor Epaminondas I; Vila Fátima; Colmeia Park; Conjunto Rio Claro I; Vila Brasília; Vila Sofia; Centro e Santa Maria. As demais unidades se encontram nos distritos de Estância e Naveslândia, possuindo uma UBS no Assentamento Rio Paraíso - zona rural (**Mapa 3**).

O município possui 16 equipes de ESF em funcionamento, dispostas em 11 UBSs<sup>3</sup>, contabilizando o total de 13.899 famílias cadastradas. Com a implantação do Programa mais médicos, o que inclui a chegada do curso de medicina no município, há uma previsão de que o número de equipes ESF passe de 16 para 20, já que o respectivo programa limita o máximo de três alunos por equipes, tendo sido ofertadas 60 vagas para o respectivo curso.

A notória dificuldade assistencial observada na cobertura para a população torna-se ainda mais grave quando observamos o período de transição demográfica que o Brasil se encontra. As reduções das taxas de fecundidade e de mortalidade convergem para um alargamento da parte superior da pirâmide etária, indicando uma sociedade envelhecida.

o processo de transição demográfica no Brasil entre 1950 e 2010. De uma estrutura etária extremamente jovem em 1950 e 1960, a população brasileira iniciou seu processo de envelhecimento com o estreitamento na base da pirâmide em 1970. As sucessivas quedas da natalidade fizeram com que a base da pirâmide se estreitasse cada vez mais e a estrutura piramidal se aproximasse de um perfil retangular, com o aumento relativo da população em idades ativas (15 a 59 anos) e idosos (60 e mais anos), em 2010 (VASCONCELOS; GOMES, 2012, p. 543).

**Mapa 3 – Disposição das Unidades Básicas de Saúde no município de Jataí - 2014**



**Fonte:** IBGE. Organização: MONTEIRO FILHO, 2015.

Neste caso, o fator a se considerar é o aumento das doenças crônicas que tendem a crescer com o envelhecimento da população, já que quase 80% dos brasileiros de 65 ou mais anos declararam ser portadores de doenças crônicas, sendo que, 5,9% da população total possuem três ou mais dessas doenças (IBGE, 2008). A pesquisa Vigitel realizada pelo Ministério da Saúde no ano 2016 pela, com objetivo monitorar a frequência e distribuição dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, indicou um aumento no índice de doença como: Diabetes em 61,8% e Hipertensão em 14,2% (BRASIL, 2017). Em outras palavras, o indivíduo que sofre com doença crônica, tende a necessitar de um número maior de atendimento médico, onerando a já combatida APS.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da rede municipal de saúde de Jataí revelou importantes elementos que serviram para compreender a eficácia da rede. Inicialmente, destaca-se como um agravante no setor de saúde a questão demográfica.

O crescimento da população jataiense trouxe consigo novas necessidades aos setores da administração pública do município, dentre eles o da saúde. Não que o crescimento populacional seja algo positivo ou negativo em si. O que se nota é que há certo movimento no tecido urbano, motivado pelo aumento de demanda por serviços.

Como num espaço urbano mais denso tendem a surgir sintomaticamente problemas relacionados ao aumento populacional, o planejamento e articulações de medidas para acompanhar essas mudanças são extremamente necessários.

Ainda considerando o fator demográfico, temos além do crescimento das causas externas como a violência, o trânsito e o tráfico de drogas, a questão da longevidade e o envelhecimento da

população. Conforme há uma tendência de manifestação de doenças crônicas a partir dos 60 anos de idade, com isso, aumentando a necessidade por atendimento.

Em Jataí, embora se tenha uma boa distribuição de UBSs, a falta de profissionais, sobretudo médicos, compromete o atendimento à população, no ponto que seria a porta de entrada do SUS.

Numa ótica ainda mais abrangente e proativa, visando diminuir gastos por meio da prevenção e orientação, poderia se pensar na ESF, todavia essa medida se esbarra tanto na falta de médicos quanto na ausência de profissionais com o perfil necessário para desempenhar essa função.

A funcionalidade da rede no município demonstra uma centralização de ações no CMS. As UBSs, que em tese seriam responsáveis por resolver cerca de 80% dos casos dos usuários, esbarram, muitas vezes, na falta de autonomia. Não adianta o paciente receber um diagnóstico na UBS e em seguida ter que pegar uma fila no hospital para conseguir a medicação.

É importante que cada ponto de atenção da rede tenha resolutividade, além disso, são necessárias ações educativas. A população precisa saber onde procurar (conforme sua necessidade e urgência), medidas como essas serviriam para evitar tumultos desnecessários, melhorando a fluidez dos processos.

A centralidade de procedimentos e especialidade do CMS faz do município um protagonista regional sob a ótica dos municípios pactuados, reafirmando a condição de sede da Regional Sudoeste II. Todavia na rede intramunicipal o atendimento de pacientes oriundos de outras municipalidades, nesta estrutura limitada que se configura o CMS atualmente, acaba sendo mais um elemento de sobrecarga na rede.

Os dados levantados durante a pesquisa apontam indiscutivelmente o CMS como o ponto polarizador da rede, paralelamente a essa responsabilidade, o respectivo hospital convive com as duras críticas da sociedade e da mídia local.

O governo municipal de forma otimista planeja a conclusão de uma Unidade de Pronto Atendimento 24hs (UPA) que deverá ser inaugurada até o final 2015. Além disso, foi inaugurado o Hospital Padre Tiago, no qual já há uma movimentação por um projeto de implantação de uma UTI.

Registra-se também, a longo prazo, a implementação do projeto de ampliação do CMS, com implantação de uma UTI neonatal. O hospital praticamente dobrará sua capacidade de atendimento, o que poderia ajudar a resolver o problema de espaço físico no prédio.

Todas essas possibilidades criam uma expectativa positiva, todavia é necessário que haja um planejamento sério por parte dos gestores, em relação a execução e fluidez dos projetos, para que não ocorram apenas em períodos estrategicamente “políticos”, mas, sobretudo, conforme a necessidade da população local.

## NOTAS

<sup>1</sup> Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

<sup>2</sup> A Norma Operacional Básica tem por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada de conformidade com as Leis nº 8.074/90 e 8.080/90. Ver mais: Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991.

<sup>3</sup> 1 Equipe Vila Fátima, 1 Equipe Vila Sofia, 1 Equipe Estrela, 2 Equipes Vila Olavo, 1 Equipe Vila Brasília, 2 Equipes Av. Goiás, 1 Equipe Santo Antônio, 2 Equipes Colmeia Park, 1 Equipe CAIC, 3 Equipes Conjunto Rio Claro, 1 Equipe Zona Rural (Estância).

## 6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 44p.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Arquivo Nacional**. João Batista de Oliveira Figueiredo. Rio de Janeiro. In: Os Presidentes e a Ditadura Militar. 2001, p. 45-59.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 4.279 de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM 1101/GM de 2002**. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde. 2017, 160p. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>>. Acesso em: 02 de jun. 2018.

CORRÊA, Roberto Lobato; **Trajetórias Geográficas**. Rio de Janeiro: BCD União de Editoras S.A, 1997.

FERNANDES, Antônio Teixeira. Espaço Social e suas representações. **VI Colóquio Ibérico de Geografia**. Porto, 1992. Disponível em: <<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/artigo6661.pdf>>. Acesso em: 12 de nov. 2014.

FREITAS, Vanessa Gonçalves de. Geografia e estatística: unidas pelo trânsito de jataí no intuito de contribuir com o ensino nas escolas. **V Seminário de Extensão Universitária da Região Centro-oeste (SEREX)**. Goiânia, 2012. Disponível em: <[http://serex2012.proec.ufg.br/up/399/o/VANESSA\\_GONCALVES\\_DE\\_FREITAS.pdf](http://serex2012.proec.ufg.br/up/399/o/VANESSA_GONCALVES_DE_FREITAS.pdf)>. Acesso em: 10 de dez. 2014.

GUIMARAES, Cristina; AMARAL, Pedro; SIMÕES, Rodrigo. Rede Urbana da Oferta de Serviços de Saúde: uma análise multivariada macro regional - Brasil, 2006. **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, Caxambú – MG, 2006. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/abep2006\\_422.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/abep2006_422.pdf)>. Acesso em: 12 de ago. 2013.

IBGE. **Produção agrícola municipal, 2014.** Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/66/pam\\_2013\\_v40\\_br.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/66/pam_2013_v40_br.pdf)>. Acesso em: 12 de abr. 2015.

\_\_\_\_\_. **Projeção da população, 2008.** Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/piramide/piramide.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm)>. Acesso em: 25 mar. 2014.

JATAÍ. Prefeitura Municipal de Jataí. **História.** Disponível em: <[http://www.jatai.go.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6472](http://www.jatai.go.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6472)>. Acesso em: 20 de set. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **SISREG.** Programação pactuada e integrada (PPI). Pacientes regulados para Jataí (GO). 2014.

MACARINI, José Pedro. A Política Econômica do Governo Sarney: os planos cruzados (1986) e Bresser (1987). **IE/UNICAMP,** Campinas-SP. 2009. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.eco.unicamp.br%2Fdocprod%2Fdownarq.php%3Fid%3D1787%26tp%3Da&ei=xhI9VODcIZHygwSmpIGQBg&usg=AFQjCNE1qUfORwFmp-LZ1M98id5QbUeWaQ>>. Acesso em: 12 de set. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, 512 p.: il.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

\_\_\_\_\_. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde.** 2007. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/piramide/piramide.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm)>. Acesso em: 25 de ago. 2014.

MONTEIRO FILHO, Paulo de Alencar. Conhecendo a rede e entendendo o problema: o olhar geográfico no sistema de saúde pública de Jataí (GO). **Dissertação** (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Goiás/ Regional Jataí. Jataí, 2015, 115f.

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 (3), vol.1, Jul/2007. Disponível em: <[http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007\\_1\\_3.pdf](http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007_1_3.pdf)>. Acesso em: 17 de set. 2013.

**Revista Hospital Padre Tiago na Providência de Deus.** n. 1, ano 1, 2014.

SANTOS, Ana Rocha dos. O desvelar das contradições do modelo de descentralização: as interfaces escalares na conformação do Sistema Único de Saúde em Sergipe. **Tese** (Doutorado em Geografia) Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, 2008, 348f.

\_\_\_\_\_. **A Natureza do Espaço-Técnica e Tempo, Razão e Emoção.** 4. ed. 7. reimpr. São Paulo: Hucitec, 2012.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 3 ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SEGPLAN. **Secretaria de Estado e Gestão e Planejamento**. Instituto Mário Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Goiânia: SEGPLAN, 2013. Disponível em: <<http://www.seplan.go.gov.br/sepin/down/godados2012.pdf>>. Acesso em: 14 de jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Frota de veículos, 2008 a 2013**. Disponível em: <[http://www2.seplan.go.gov.br/bde/imp.php?page=consulta&action=var\\_list&busca=Frota+de+Ve%EDculos](http://www2.seplan.go.gov.br/bde/imp.php?page=consulta&action=var_list&busca=Frota+de+Ve%EDculos)>. Acesso em: 08 de dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Acidentes de trânsito, 2008 a 2012**. Disponível em: <<http://www2.seplan.go.gov.br/bde/>>. Acesso em: 08 de dez. 2014.

SOUZA, Marcelo Lopes. **ABC do Desenvolvimento Urbano**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil; 2005.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Fortes. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Secretaria de vigilância em Saude. Vol. 2, n. 4, p. 539-548, 2012. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf>>. Acesso em: 05 de dez. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Service: Well Chosen, Well Organized?** In: The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000, p.49-69.

**Data de submissão:** 01.08.2016

**Data de aceite:** 26.06.2018

License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.