



Universidade de Brasília

Instituto de Ciências Humanas - IH

Departamento de Geografia - GEA

KRISHNA MARA RODRIGUES FREIRE

**UMA ABORDAGEM GEOGRÁFICA SOBRE A SAÚDE NA CHAPADA DOS
VEADEIROS**

Brasília

2014

KRISHNA MARA RODRIGUES FREIRE

**UMA ABORDAGEM GEOGRÁFICA SOBRE A SAÚDE NA CHAPADA DOS
VEADEIROS**

Monografia de graduação em Geografia,
apresentada ao Instituto de Ciências Humanas
do Departamento de Geografia da
Universidade de Brasília como requisito para a
obtenção do título de Bacharel em Geografia.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. HELEN DA COSTA GURGEL

CURSO DE GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

Brasília

Novembro de 2014

AUTORIZO A CÓPIA E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE DOCUMENTO PARA FINS DE ESTUDO OU ACADÊMICOS, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

F866a Freire, Krishna Mara Rodrigues.
Uma abordagem geográfica sobre a saúde na Chapada dos Veadeiros/ Krishna Mara Rodrigues Freire. -- 2014
92 f. : il.

Orientação: Helen da Costa Gurgel.
Monografia (bacharelado em Geografia), Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

1. Chapada dos Veadeiros (GO). 2. Saúde. 3. Microrregião. I. Título.

KRISHNA MARA RODRIGUES FREIRE

UMA ABORDAGEM GEOGRÁFICA SOBRE A SAÚDE NA CHAPADA DOS
VEADEIROS

Monografia de graduação, defendida por Krishna Mara Rodrigues Freire (mat.: 11/0062621)
para a obtenção do título de Bacharel em Geografia, aprovada com menção SS pela Comissão
Julgadora.

Aprovada em: 26 de novembro de 2014

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Helen da Costa Gurgel (orientadora)
Departamento de Geografia – UnB

Prof. Dr. Fernando Luiz Araújo Sobrinho
Departamento de Geografia – UnB

Prof. Dr. Walter Massa Ramalho
Faculdade de Ceilândia/ Departamento de Saúde Coletiva – UnB

Brasília

2014

Aos meus pais, Carlos e Maristela, por estarem sempre comigo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me acompanhar nessa caminhada, independente do rumo que tomasse. Sem tuas mãos para me guiar, não bastaria minha ínfima sabedoria para seguir em frente.

Agradeço à minha querida orientadora Helen da Costa Gurgel, que não só me deu a direção, como incentivou e acreditou na minha capacidade, apostando em mim todas suas expectativas. Sou infinitamente grata pelo seu apoio, pela generosidade, pela compreensão, pelo esforço, e por me ensinar tanto, sempre com um sorriso no rosto. É um modelo de pessoa e profissional que vou me espelhar por toda a vida. Sua presença como mestre a amiga foi essencial para a minha formação.

Agradeço à minha família, especialmente meus pais, pela paciência infinita, pelo amor incondicional, pela preocupação, pelo estímulo, pelo amparo nos momentos difíceis, pela tolerância, pelo financiamento até aqui e, sobretudo, por me dar forças na elaboração do trabalho. Que nunca mediram esforços para que eu continuasse meus estudos, nem me julgaram quando escolhi o curso de Geografia, pelo contrário, planejam um futuro além do meu imaginário. São meu alicerce na vida, exemplos de fé e companheirismo. A vocês meu eterno amor e gratidão.

Agradeço a todos os membros do grupo do Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde (LAGAS) da UnB que, embora o pouco tempo de convivência, partilhamos conhecimentos e conversas produtivas (e improdutivas, mas agradáveis) no interior do módulo 25.

Agradeço ao CNPq pelo apoio financeiro concedido a mim, como bolsista pela modalidade ProIC – PIBIC sob vigência do ano 2013/2014, sem o qual não conseguiria ter iniciado o meu projeto de pesquisa.

Agradeço o Departamento de Geografia – GEA da UnB que, desde os funcionários, com o atendimento proativo até o corpo docente maravilhoso, foi a fonte que mais bebi conhecimento. Agradeço a todos os professores, pelo acolhimento nesses quatro anos e que proporcionaram todo o sustentáculo na graduação e no preparatório para o futuro. A vocês, professores, meu respeito e admiração.

Ciente do grande préstimo, agradeço também ao Decanato de Graduação – DEG pela concessão da ajuda de custo através do *Auxílio para Participação de Alunos de Graduação em Eventos Científicos Internacionais*, o qual suplementou a quantia gasta na participação do

I Congresso de Geografia da Saúde dos Países de Língua Portuguesa – GEOSAÚDE’2014, cujo enriqueceu meu currículo e acrescentou o meu projeto enquanto bolsista de iniciação científica que, posteriormente, foi útil para a elaboração desta monografia.

Agradeço ao Professor Walter Ramalho pelo curso, pela demasiada atenção, fornecimento de material particular e pelos comentários construtivos na fase estrutural dessa monografia. Suas sugestões e apontamentos foram singulares para incrementar o trabalho.

Ao meu namorado Evandro Leonardo, pela paciência, compreendendo os meus momentos de ausência, lidando com os meus anseios, mas em sua maioria, juntando-se à mim para ajudar de alguma maneira. A você, que sempre esteve ao meu lado e me motivou e, nas horas mais apreensivas, me deu carinho e aconchego. A você, meu amor e a certeza de que vale a pena insistir.

À amiga de graduação Mônica Silva, que levarei para toda a vida. Pela cumplicidade, pelos momentos de confabulação e troca de ideias, também pelas boas conversas e risadas, pelo ombro amigo, pela solicitude, pelas discórdias de opiniões, pelos trabalhos, pelas caminhadas de discussão e, principalmente, pela amizade. Agradeço também a Mercia Tonete pela meiguice, que apesar de ser meu avesso, é muito querida. A vocês duas meu afeto e minha benevolência que se inicia nessa jornada juntas.

Aos meus amigos de percurso que acompanharam nessa trajetória que, como eu, estão no momento final da graduação. Obrigada pela troca de experiências Stéfany Fontenele, Jéssica Medeiros, Samara Mineiro, Eduardo Gomes, Vinícius Maluly e Erick Bastos, com vocês dividi momentos muitos felizes.

Às minhas amigas mais amadas e de longa data Luma Canguçu e Thaís Rodrigues, por respeitarem meus “nãos” e entenderem minha ausência nesse último semestre.

Agradeço por fim aos meus irmãos Caio Thunay, Ronaldo Debret e Pétala Maria, que representam parte de mim e convivem comigo e com as minhas extremidades diariamente. Que, juntos de mim, são os pilares da nossa família e responsáveis pelas próximas gerações dos Freire. Grata pela preocupação no andamento do trabalho. A vocês meu eterno amor fraternal.

"(...) A Geografia deve estar no centro das coisas de que me ocupo."

Michel Foucault

FREIRE, Krishna. *Uma abordagem geográfica sobre a saúde na Chapada dos Veadeiros*. Monografia (graduação) – Departamento de Geografia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, 2014.

Resumo: A microrregião da Chapada dos Veadeiros anexa à macrorregião Norte do Goiás, é cenário da biodiversidade do bioma Cerrado, importante reserva ambiental mundial e intercâmbio cultural multiétnico. Além da exuberância do cartão-postal Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros (PNCV), a desigualdade social e a carência na saúde é uma realidade que resulta da má distribuição dos serviços básicos. A pouco mais de 100 km da capital do Brasil, tem-se o chamado “Corredor da Miséria”, em razão da débil economia da região. O ponto de partida deste trabalho é voltado para o levantamento de dados gerais da região, a fim de traçar um panorama que cruze informações socioambientais, socioeconômicas, socioculturais e de saúde pública. Para isso foram utilizados dados secundários obtidos por sistemas de informação de diversas instituições, permitindo a análise em diferentes setores com o propósito de definir e investigar os principais problemas que regem a região da Chapada dos Veadeiros. Em paralelo, a relação da saúde e do turismo, no reconhecimento dos pontos mais atrativos turisticamente reforçando a hipótese de desigualdade municipal no acesso aos serviços. É evidente a necessidade de implantar ou apurar as políticas de saúde, com ênfase na relação de acesso aos serviços e o perfil da população que habita e circula na região, que congregue as demandas dos turistas e da população local.

Palavras-chave: Microrregião, Chapada dos Veadeiros, Situação de saúde, Desempenho municipal, Políticas de saúde, Desigualdade em saúde.

Abstract: : The microregion of Chapada dos Veadeiros annexed to the macroregion North Goiás, scenery and biodiversity of the Cerrado biome, important global environmental reserve and multiethnic cultural exchange. Beyond the exuberance of the postcard Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros (PNCV), social inequality and deprivation on health is a reality that results from unequal distribution of basic services. A little over 100 km from the capital of Brazil, is there "Corridor of Misery", due to the weak economy of the region. The starting point of the research is aimed at raising general data of the region in order to draw a picture that social, environmental, socioeconomic, socioculture and public health information. For that some information systems were used to obtain the data, allowing analysis in different sectors in order to define and investigate the major issues governing the region of Chapada dos Veadeiros. In parallel, the relationship between health and tourism, in recognition of the most attractive points supporting the hypothesis that unequal access to municipal services. Clearly the need to implement or assess health policies, with emphasis on the relationship between access to services and the profile of the population that lives and circulates in the region, bringing together the demands of tourists and the local population.

Keywords: Micro-region, Chapada dos Veadeiros, Health situation, Municipal Performance, Health policies, inequality in health.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	XII
I. Figuras	XIV
II. Tabelas	XV
1. TERRITÓRIO E SAÚDE: APROPRIAÇÃO E USO	4
2. PATRIMÔNIO MULTIÉTNICO: A CHAPADA DA BIODIVERSIDADE E DO INTERCÂMBIO CULTURAL	9
2.1 Contextualização e caracterização ambiental da microrregião: um potencial natural	9
2.2 Aspectos históricos	12
2.2.1 Aspectos culturais	18
2.3 Composição e distribuição da população	19
3. PAINEL SOCIOECONÔMICO: UMA LUZ AO NORDESTE GOIANO	21
3.1 As intenções do governo e o Programa Território da Cidadania	21
3.2 Estrutura territorial e desempenho municipal	22
3.2.1 Atividades produtivas: efeitos sobre a economia local	29
3.2.2 A relação entre turismo e saúde: um diálogo possível	32
4. O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	35
4.1 Atores envolvidos	35
4.2 Políticas públicas e ações de gestão em saúde	35
5. SITUAÇÃO DE SAÚDE: UMA BREVE ANÁLISE SOBRE A CHAPADA DOS VEADEIROS	46
5.1 Diretrizes da saúde: indicadores básicos	47
5.2 Porção de cobertura: desigualdade social em saúde	49
5.3 Atenção básica e o Sistema Único de Saúde (SUS)	51
5.4 Análises e resultados	53
5.4.1 Principais grupos de causa: morbidade e mortalidade	53
5.4.2 Mortalidade Infantil	59
5.4.3 Leitos e profissionais	61
5.4.4 IDM Saúde	62
CONCLUSÕES	65
i. Avanços e limitações do estudo	67
ii. Perspectivas da pesquisa	68

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS OU APÊNDICES	77

LISTA DE SIGLAS

AGDR - Agência Goiana de Desenvolvimento Regional
ASIS - Análise da Situação de Saúde
BDE - Banco de Dados Estatísticos
CID - Classificação Internacional de Doenças
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNUC - Cadastro Nacional de Unidades de Conservação
COPIS - Coordenação de População e Indicadores Sociais
DATASUS - Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DNPM - Departamento Nacional de Produção Mineral
ESF - Estratégia Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMBio - Instituto Chico Mendes
IDE - Índice de Desenvolvimento Econômico
IDM - Índice de Desempenho Municipal
IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDS - Índice de Desenvolvimento Social
IDSUS - Índice de Desempenho do SUS
IFRMPF - Indicador da Faixa de Rendimento da Mão-de-obra Formal (IFRMPF)
IMB - Instituto Mauro Borges
INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INE - Indicador do Nível de Educação
INF - Indicador de Infraestrutura
INS - Indicador de Nível de Saúde
IPH - Índice de Pobreza Humana
IQMF - Indicador de Qualificação de Mão-de-obra Formal
IRMP - Indicador da Renda Municipal Per capita
ISB - Indicador de Serviços Básicos

MMA - Ministério do Meio Ambiente
MDA - Ministério do Desenvolvimento Agrário
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social
MME - Ministério de Minas e Energia
MS - Ministério da Saúde
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
PARNA - Parque Nacional
PDR-GO - Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Goiás
PIB - Produto Interno Bruto
PNCV - Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros
PPA - Plano Plurianual
PTC - Programa Territórios da Cidadania
RBC - Reserva da Biosfera do Cerrado
RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SCATS - Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde
SEGPLAN - Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento
SES-GO - Secretaria do Estado da Saúde de Goiás
SEST - Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
SEUC - Sistema Estadual de Unidades de Conservação
SGPF - Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica
SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SINAM - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIRH - Informações de Recursos Humanos para o SUS
SISAM - Sistema de Informações Ambientais
SIT - Sistema de Informações Territoriais
SNAS - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SPAIS - Superintendência de Política de Atenção Integral à Saúde
SUNAS - Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde
SUPEX - Superintendência Executiva
SUVISA - Superintendência de Vigilância em Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE IMAGENS

I. Figuras

Figura 1. Território da Chapada dos Veadeiros, com enfoque no PNCV e no trajeto até Brasília.....	12
Figura 2. Mapa do Estado de Goiás com as meso e microrregiões (2005)	14
Figura 3. Distribuição por Raça na Chapada dos Veadeiros	20
Figura 4. PIB – Chapada dos Veadeiros.....	23
Figura 5. Faixa de Desenvolvimento Humano Municipal.....	23
Figura 6. IDH Municipal da Chapada dos Veadeiros conforme a faixa acima.....	24
Figura 7. Índice de Gini – Chapada dos Veadeiros	25
Figura 8. Setores econ. Alto Paraíso de Goiás	30
Figura 9. Setores econ. Campos Belos	30
Figura 10. Setores econ. Cavalcante.....	31
Figura 11. Setores econ. Colinas do Sul.....	31
Figura 12. Setores econ. Monte Alegre de Goiás	31
Figura 13. Setores econ. Nova Roma	31
Figura 14. Setores econ. São João d’Aliança	32
Figura 15. Setores econ. Teresina de Goiás.....	32
Figura 16. Vigilância em Saúde – Chapada dos Veadeiros.....	41
Figura 17. Índice de Desempenho do SUS – Chapada dos Veadeiros	43
Figura 18. Índice de Pobreza Humana – Chapada dos Veadeiros.....	44
Figura 19. Regionais de Saúde do Goiás e sedes	50
Figura 20. Cobertura ESF na Chapada dos Veadeiros	51
Figura 21. Causa Múltipla por Faixa Etária > 20 anos.....	58
Figura 22. Taxa de mortalidade infantil – TMI da Chapada dos Veadeiros	59
Figura 23. Taxa de mortalidade infantil – TMI por município da Chapada dos Veadeiros.....	60
Figura 24. Oferta médico-hospitalar - SUS da Chapada dos Veadeiros	61
Figura 25. IDM Saúde por nível de desempenho	63

II. Tabelas

Tabela 1. Densidade demográfica da microrregião da Chapada dos Veadeiros	19
Tabela 2. IDH municipal	24
Tabela 3. Índice de Desenvolvimento Econômico, por componentes – 2000.....	26
Tabela 4. Índice de Desenvolvimento Social, por componentes – 2000.....	27
Tabela 5. IDM Geral da microrregião da Chapada dos Veadeiros.....	28
Tabela 6. Nível de desempenho dos municípios pela Microrregião Chapada dos Veadeiros (%)	28
Tabela 7. IDM Economia da microrregião da Chapada dos Veadeiros	29
Tabela 8. Razão entre o Local de Internação e o Local de Residência	40
Tabela 9. Cobertura pela Atenção básica	40
Tabela 10. IDM Saúde – Chapada dos Veadeiros	62
Tabela 11. Matriz de variáveis para composição do IDM Saúde	77

INTRODUÇÃO

A ocupação do território goiano teve início com as expedições de Bandeirantes provenientes da Capitania de São Paulo que vinha na procura de jazidas de metais preciosos, quase um século após o descobrimento do Brasil. Todavia, a colonização deveu-se também à migração de pecuaristas em busca de melhores terras para criação de gado. Dessa origem ainda hoje deriva a vocação do estado para a pecuária.

Mais tarde, após a chamada “Marcha para o Oeste”, movimento expansionista geopolítico getulista para integração territorial do país, a Revisão Constitucional de 1946 prevê a mudança da capital para o interior, para tanto foi formada a Comissão Polli Coelho destinada a determinar a área da nova capital que abrangeu o Distrito Federal e se estendeu até Veadeiros (Alto Paraíso de Goiás), posteriormente excluído (MDA, 2010). O projeto foi retomado nas políticas de povoamento de Juscelino Kubitschek. JK investiu em políticas de transporte e comunicação, para completar vazios territoriais e preencher lacunas da nacionalidade, tendo a diretriz da interiorização da capital como pano de fundo e o total apoio do IBGE por ser “uma questão de segurança nacional” (SEPLAN-DF, 2012).

Nesse contexto, a construção de Brasília deu abertura no acesso em direção ao Oeste no processo de transferência da capital federal, movimentou migrações e levou o poder central para o interior, com o início de um deslocamento da modernização brasileira do Centro-Sul para o Centro-Oeste. A interiorização articulava segurança nacional e modernização das estruturas econômicas, sociais e administrativas (Costa e Steinke, 2014).

É sabido que a inauguração de Brasília na década de 1960 trouxe visibilidade e desencadeou transformações por toda a região do seu entorno, mas somente na década de 80 que a Chapada dos Veadeiros passou a atrair fluxos migratórios, devido aos projetos Alto Paraíso e Rumo ao Sol. O primeiro, Programa de Desenvolvimento Integrado Alto Paraíso, de cunho governamental, visava conter a demanda sobre o entorno da capital federal com investimentos turísticos, instalação de infraestrutura urbana e produção e industrialização de frutas na Chapada dos Veadeiros, visando criar um polo regional de desenvolvimento do nordeste goiano. Já o Projeto Rumo ao Sol, idealizado pelo movimento alternativo, tinha como objetivo a instalação e o desenvolvimento de comunidades à luz do naturalismo e do misticismo, que atraiu grande contingente de migrantes à la *fugere urbem*¹.

¹ *Fugere Urbem* é uma expressão em latim que significa "fugir da cidade".

Produto do intenso processo de urbanização do Centro-Oeste desde a década de 1970, a população rural via-se cada vez mais reduzida. Essa progressão se dá não só pelo êxodo rural, mas pela procura de outros estados brasileiros para os centros urbanos da região, onde se destacam diversos polos de desenvolvimento, formados no entorno de cidades geograficamente estratégicas, como Brasília.

Na década de 1980, intensificou-se o processo de expansão do sistema capitalista no Goiás como surgimento de uma economia complementar no contexto espacial do Centro-oeste para desafogar a hegemonia capitalista nacional de São Paulo enquanto polo dinâmico. Tal economia baseou-se inicialmente no extrativismo de ouro e diamantes, atividade que foi, gradativamente, sendo substituída pela pecuária e a agricultura empresarial. Dentro dessa perspectiva, a Chapada dos Veadeiros cresce economicamente, agora com o advento do turismo na região. Aos poucos tornou-se cada vez mais explorada, entretanto frequentemente associada a Alto Paraíso, porventura Cavalcante. Pouco se vê notícias sobre o norte do território. O que pode ser resultado da procura turística, em especial, ao sul da chapada, calcada no atrativo ambiental e no misticismo/esoterismo. Com a aparição, a Chapada dos Veadeiros é, atualmente, polo de ecoturismo, de onde vem grande parte da sua economia.

A Chapada dos Veadeiros é uma microrregião de predominância de genuíno cerrado de altitude com formações geológicas pré-cambrianas, patrimônio natural da humanidade e *Território da Cidadania* do estado do Goiás – Brasil, distribuída em uma área de 21.475,60 km² e composta por oito municípios: Alto Paraíso de Goiás, Campos Belos, Cavalcante, Colinas do Sul, Monte Alegre de Goiás, Nova Roma, São João d'Aliança e Teresina de Goiás. Totaliza 62.684 habitantes, dos quais 20.546 vivem na área rural – ou 32,79% do total, com 3.347 agricultores familiares, 1.412 famílias assentadas, seis comunidades quilombolas e uma terra indígena (MDA, 2010). Adjunta a macrorregião Norte do Goiás, a Chapada dos Veadeiros é cenário da biodiversidade e da diversidade cultural, mas a desigualdade social e econômica assola a região e reflete nos parâmetros da desigualdade na saúde, realidade que resulta da má distribuição dos serviços básicos. A proximidade de Brasília, apenas 155 km, faz da Chapada dos Veadeiros uma região turistificada, porém problemática social e economicamente, abandonada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo

Descrever a situação de saúde da região da Chapada dos Veadeiros a partir de uma abordagem geográfica, ressaltando possíveis relações com a dinâmica socioambiental e com a oferta turística desta região.

Objetivos específicos

Descrever o processo de consolidação da Chapada dos Veadeiros enquanto microrregião, no que tange seu valor ambiental e cultural a partir da herança histórica e distribuição da população.

Examinar os indicadores sociais e o desempenho municipal da Chapada dos Veadeiros, visto que faz parte de uma região problemática social e economicamente, a difusão dos setores da economia e a relação da atração de investimento do turismo na promoção da saúde.

Investigar as políticas de saúde para verificar a qualidade do sistema, sob a ótica da categoria território na oferta da assistência médica para o desenvolvimento de ações de saúde pública.

Analisar a acessibilidade aos serviços de saúde e os fatores que a determinam, baseado no perfil epidemiológico dos municípios abrangentes da região da Chapada dos Veadeiros, com o objetivo de revelar as desigualdades existentes.

1. TERRITÓRIO E SAÚDE: APROPRIAÇÃO E USO

As pesquisas desenvolvidas acerca do tema foram voltadas às modalidades Explicativa/ experimental, onde determinou-se um objeto de estudo [saúde], selecionou-se as variáveis que seriam capazes de influenciá-lo [quadro natural, socioeconomia e turismo] e , definiu-se as formas de controle e de observação dos efeitos [dados descritivos e georreferenciados] que a variável produz no objeto. Identificando os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos [assistência em saúde]. A pesquisa descreve as características do território [Chapada dos Veadeiros] sob uma abordagem quantitativa, com o uso de instrumental estatístico e dados numéricos (GIL, 2008). Para tanto, a primeira etapa consistiu na busca e levantamento de dados, e informações referentes à região de estudo.

A pesquisa foi feita, inicialmente, em vias virtuais e no acervo da Biblioteca Central do Estudante (BCE) da Universidade de Brasília (UnB). Para incrementar a consulta, foram investigados sítios institucionais de pesquisa, prefeituras municipais, revistas eletrônicas e repositórios universitários, e também materiais de gênese empresarial. Entre as bases estão Planos de Manejo, Diagnósticos Ambientais e de Oferta turística, Boletim de Dados, Cadernos de Saúde e Territoriais disponibilizados pelo governo do Estado de Goiás, e artigos científicos publicados em Congressos, Anais e Simpósios. Em paralelo à compilação de dados, deu-se início à construção de uma base para organização das informações em planilhas de controle para facilitar o tratamento.

Os dados secundários foram disponibilizados pela Secretaria do Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), pelo Ministério da Saúde: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Informações Ambientais (SISAM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); pelo Ministério do Meio Ambiente: Instituto Chico Mendes (ICMBio); Cadastro Nacional de Unidades de Conservação (CNUC) e Sistema Estadual de Unidades de Conservação (SEUC); pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário: Sistema de Informações Territoriais (SIT) e Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA); pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Cadernos de Saúde e Cidades@ e Rede Interagencial de Informações

para a Saúde (RIPSA); pela Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento (SEGPLAN): Banco de Dados Estatísticos (BDE), Agência Goiana de Desenvolvimento Regional (AGDR) e Instituto Mauro Borges (IMB); pelo Ministério de Minas e Energia: Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM); e pelo Ministério do Desenvolvimento Social. Após a reunião, os materiais coletados foram distribuídos e separados em um banco de dados alfanuméricos, organizados em planilhas e tabulados para formação de gráficos e tabelas. Outros, foram para um banco de dados georreferenciados, em formato de *shapefiles* (dados geoespaciais em forma de vetor usado no SIG) recortados nos limites da Chapada dos Veadeiros para a construção de mapas temáticos no *software* ArcGIS.

Para fazer uma análise da situação de saúde e fornecer subsídio para a tomada de decisão nas ações de cunho sanitário, é precípua a disponibilidade de informação apoiada na confiabilidade e validade dos dados. Para tanto, o registro sistemático destes inicia a busca de medidas do estado de saúde da população, atividade central em saúde pública. A melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais fundamentou análise de outras dimensões, através dos dados de naturezas distintas, mas contribuintes para essa condição, como os indicadores sociais: Produto Interno Bruto (PIB), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Índice de Gini e Índice de Pobreza Humana (IPH). Desse diálogo entre saúde e socioeconomia, emerge a inserção da abordagem geográfica expressa nos índices de desenvolvimento municipal: Índice de Desenvolvimento Econômico (IDE), Índice de Desenvolvimento Social (IDS), Índice de Desempenho Municipal (IDM). A espinha dorsal desse tripé é constituída pelos indicadores de saúde, desenvolvidos de acordo com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), para facilitar a quantificação e a avaliação das informações. A RIPSA reitera que:

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contem informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (RIPSA, 2008, p.13).

Os Indicadores de Saúde usados nesta pesquisa foram: Frequência das internações e óbitos nos capítulos da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), Taxa de leitos hospitalares por habitante, Coeficiente de mortalidade infantil, Número de profissionais de saúde por habitante e Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).

1.1 O território e a Saúde

A Chapada dos Veadeiros é uma região delimitada conforme suas especificidades. Em primeiro lugar, é microrregião, isto é, um conjunto de municípios definido com base em características do quadro natural. Em segundo lugar, faz parte das Regionais de Saúde Nordeste, Entorno Norte e Serra da Mesa, que atuam como suporte técnico aos municípios nas diversas áreas e programas de saúde, no formato de gestão compartilhada. Em terceiro lugar, compõe a Região de Planejamento Nordeste Goiano, que visa priorizar os investimentos conforme as necessidades socioeconômicas das regiões. Mas o único programa que trata a Chapada dos Veadeiros de modo singular e completo, a despeito da sua prematuridade, é o Território da Cidadania, que busca desenvolver social e sustentavelmente a saúde, o saneamento e acesso à água, a educação, a cultura, a infraestrutura, o apoio à gestão territorial e as ações fundiárias.

O conceito de território surge inserido na proposta que Friedrich Ratzel, final do século XIX e início do XX, chama de *solo* (boden) somado às ideias de *Organismo* (spencer) no que diz respeito à necessidade de um *Espaço Vital*² para seu desenvolvimento, no qual propunha que os Estados são organismos que devem ser concebidos em íntima relação com o Espaço (Costa, 2008). O território ratzeliano é notado apenas como um recorte político-espacial em relação à “coerência material do Estado”, a qual não dá margem a própria emancipação conceitual. Esse conceito vem sendo largamente debatido desde a primeira metade da década de 90.

Souza (2009) define como “Território da divergência (e da confusão) em torno das imprecisas fronteiras de um conceito fundamental”, humoradamente em função das controvérsias causadas pelo anterior publicado em 1995, alvo de críticas pelos geógrafos clássicos. Mais recentemente, Souza propõe o território e as relações de poder, o domínio e sua influência com base nas características geológicas e os recursos naturais, e o espaço produzido em meio a um grupo social e suas ligações. Mas não somente partindo de um viés político, nem tampouco dividi-lo em ordens política, cultural e econômica, mas levar em conta a dimensão que há por trás dos processos de territorialização.

O território é visto por suas relações de poder submetidas a encargos político, cultural e econômico que fomentam o processo de territorialização projetado num espaço. Logo, o

² Espaço Vital (em alemão, *Lebensraum*) em geografia política, foi concebido por Friedrich Ratzel, que propôs uma Antropogeografia – ramo da geografia humana, como o espaço de vida dos agrupamentos humanos. Wanklyn Harriet, *Friedrich Ratzel: A Biographical Memoir and Bibliography* (1961).

substrato espacial material e território se completam, sendo o substrato referencial uma delimitação do território, o seu campo de ação (Souza, 2009).

O território, segundo Milton Santos, é um espaço de relações (sociais, econômicas e políticas), um sistema de objetos e de ações (fixos e fluxos) em permanente interação. Mas, sobretudo, são nesses espaços delimitados de poder onde diferentes atores sociais que fazem uso do território buscam viabilizar seus projetos e desejos para levar a vida (Santos apud Brasil, 2006).

Após o resgate conceitual do território, aproxima-se a discussão epistemológica de um debate mais operacional, no qual a questão central parte do conceito de território e suas relações com a saúde, mas especificamente no que tange à descrição da saúde na Chapada dos Veadeiros. Nesse debate, predomina o conceito aplicado sob a reflexão miltoniana acerca da saúde pública brasileira (Faria e Bortolozzi, 2009), com a definição de uma área territorial para implementação de ações práticas em saúde sustentada na concepção teórica e política do pesquisador/planejador. Aliás, são essas diferentes concepções que fizeram alimentar diferentes abordagens territoriais.

Segundo Faria e Bortolozzi (2009) ao entender o território enquanto apropriação social (política, econômica e cultural) um salto qualitativo foi dado, tanto no que se refere às escalas quanto às funções que cada recorte territorial admite. A inserção da categoria território na investigação epidemiológica levanta a questão da equidade e da universalidade no atendimento à saúde.

Lemos e Lima (2002) tratam a Geografia Médica como uma nova concepção de Geografia, que nasceu com Hipócrates em 480 a.C. e perdura até hoje, mesmo com o declínio que sofreu no século XIX. Contudo, a Geografia Médica tornou-se relevante nos estudos das endemias e epidemias, oferecendo subsídios para o estudo da Epidemiologia, isto é, a partir da identificação dos locais de ocorrência e com respeito à relação da humanidade com o meio.

A discussão sobre a saúde na lógica do conceito de território resultou no planejamento e operacionalização das políticas de saúde sobre o espaço geográfico. Uma vez que o acesso da população aos serviços de saúde para a uma eficiente assistência à saúde. A proposta desta pesquisa foi a de descrição da saúde considerando-se as relações de variáveis geográficas, demográficas e sociais.

Os sistemas de saúde devem se organizar sobre uma base territorial de modo que a distribuição dos serviços siga uma lógica de determinação de áreas de abrangência. A

territorialização é a base do trabalho das equipes de saúde, planejamento e programação local e ações mais adequadas àquela área de atuação.

Após saber a procedência dos dados, cabe explicar a organização desta monografia. O trabalho estruturou-se em quatro capítulos, baseado no raciocínio de escalas. *À priori*, tratou-se das bases que, *à posteriori*, vão sustentar as demais nuances acerca do tema escolhido, sob a perspectiva de uma sequência teórico-metodológica. Dessa forma, os capítulos iniciais apresentam de forma geral a revisão bibliográfica, iniciada neste primeiro capítulo, enquanto os capítulos finais irão encarregar-se de conduzir os dados coletados e analisados a um desfecho.

O segundo capítulo tem o objetivo de apresentar o quadro natural e a formação administrativa da área delimitada, a fim de caracterizá-la, ressaltando seus aspectos culturais e históricos, bem como sua demografia, fator essencial para entender como a população se distribui no espaço. Após conhecer o objeto de estudo, é possível adentrar em pontos intrínsecos a ele.

Além de traçar a estrutura territorial, foi confiado ao terceiro capítulo o desempenho econômico particular dos municípios que compõem a Chapada dos Veadeiros. Neste, os indicadores sociais promovem um primeiro contato com o tema da saúde, ponto de partida desta pesquisa, e um possível diálogo com o turismo quanto à relação de infraestrutura em saúde e aporte turístico. Com efeito, mostra a organização espacial das atividades produtivas inerentes aos setores da economia da região, uma vez que podem ser coadjuvantes no entendimento nas questões que envolvem, direta e indiretamente, a saúde.

O quarto capítulo aborda as políticas públicas voltadas à saúde com a incorporação da noção de território em suas práticas operacionais e ações de gestoras, revelando os atores envolvidos nesses processos. Nessa fase, reportam-se alguns determinantes de saúde e um esforço para a releitura do pilar território enquanto categoria, com a proposta de territorialização dessas ações.

O último capítulo versa sobre as diretrizes da saúde e os indicadores básicos usados para analisar a porção de cobertura da Chapada dos Veadeiros com base nas informações dos capítulos anteriores, identificando os principais grupos responsáveis pelas variações e disparidades dos padrões de saúde. Essa etapa discute novamente a importância do território e sua aplicação no sistema de saúde, porém voltado aos resultados das análises.

2 PATRIMÔNIO MULTIÉTNICO: A CHAPADA DA BIODIVERSIDADE E DO INTERCÂMBIO CULTURAL

2.1 Contextualização e caracterização ambiental da microrregião: um potencial natural

Estimada como a savana mais rica do mundo, o bioma Cerrado é o segundo maior em extensão da América do Sul. Localizado na região do Planalto Central do Brasil, abrange principalmente os estados de Goiás, Tocantins, Distrito Federal e parte da Bahia, ocupando 23,9% do território Brasileiro. Sua origem remota ao período Cretáceo que reflete na formação geológica da região, de encostas abruptas.

Significativo depositário da biodiversidade, o Cerrado tem sido destaque em razão de suas diferentes fitofisionomias, fatores que despertou a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) a reconhecê-lo como Reserva da Biosfera do Cerrado – RBC. De acordo com Lagares e Almeida (p. 23, 2009):

Refletir a apropriação do cerrado atualmente é discutir a dinâmica territorial contemporânea de Goiás imbricada em sua historicidade e especialidade remota. Urge debater as formas de uso e ocupação do território e não buscar a compreensão deste por ele próprio.

No nordeste goiano, parte do cerrado foi titulada como Reserva da Biosfera Goyaz (RBC), a certificação significa que a região é uma zona ambientalmente protegida e ainda, mantém o equilíbrio nas relações entre o homem e a natureza – cuja compreende a região da Chapada dos Veadeiros que é também a maior porção de cerrado contínuo do mundo. A região está sobre uma imensa placa de cristal quartzo que data quase dois bilhões de anos, sua abundância atraiu garimpeiros de vários lugares que povoaram, aos poucos, a região. Além disso, a chapada tem outros atributos, conhecida como o Berço das Águas, abriga imensos paredões de onde brotam nascentes de águas cristalinas formando belas cachoeiras e as principais bacias do continente sul-americano.

A Chapada dos Veadeiros está situada no estado do Goiás com limites entre as latitudes 14° e 15° Sul e longitudes 47° e 49° WGr. Localizada geomorfologicamente no domínio de planaltos em estruturas dobradas, em decorrência dos compartimentos da região do Planalto Central goiano e do Complexo Montanhoso Veadeiros-Araí, a altitude média

varia de 800 a 1.650m (Felfili et al., 2007). *Canyons*, vales, montes e cachoeiras são alguns de seus atributos. Inserido na Bacia Hidrográfica do Rio Tocantins, a Chapada dos Veadeiros é um divisor de águas das bacias dos Rios Paraná e Maranhão, afluente mais alto, que pertence à bacia Amazônica. A vegetação é fortemente influenciada pela sua altitude, atributo que contribui para uma alta variabilidade fitofisionômica formando um mosaico de paisagens naturais, fomentando a criação de áreas de proteção na região em escalas mundial, federal, estadual e municipal, tais como:

Unidade de Conservação Federal: *Parque Nacional Chapada dos Veadeiros* (Alto Paraíso de Goiás e Cavalcante)

Ano de Criação: 1961

Grupo: Proteção Integral

Órgão Gestor: Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade

Unidade de Conservação Estadual: *Área de Proteção Ambiental Pouso Alto* (Alto Paraíso de Goiás, Cavalcante, Nova Roma, Teresina de Goiás e São João D'Aliança)

Ano de Criação: 2001

Grupo: Uso Sustentável

Órgão Gestor: Secretaria Estadual do Meio Ambiente e dos Recursos Hídricos de Goiás

Unidades de Conservação Municipais: *Parque Municipal Abílio Herculano Szervimskis* e *Parque Municipal do Distrito de São Jorge* (Alto Paraíso de Goiás)

Reservas Particulares do Patrimônio Natural (RPPN):

Cachoeira das Pedras Bonitas (Colinas do Sul)

RPPN Vita Parque, RPPN Vale dos Sonhos, RPPN Cara Preta, RPPN Terra do Segredo, Vale Encantado da Cachoeira dos Cristais, Fazenda Campo Alegre, Fazenda Mata Funda, Escarpas do Paraíso e Fazenda Brancas Terra dos Anões (Alto Paraíso),

RPPN Varanda da Serra, RPPN Vale das Araras, RPPN Soluar e Reserva Natural do Tombador (Cavalcante)

RPPN Parque do Capetinga e RPPN Nascentes do Rio Tocantins (São João d'Aliança)

Terra indígena: *Avá-Canoeiro* (Colinas do Sul)

População: 6 membros (risco iminente de extinção)

Situação: declarada (Portaria nº 548, de 02 de outubro de 1996)

Procedimento demarcatório: 1999

Superfície aproximada: 38.000 hectares

(SEUC, 2011)

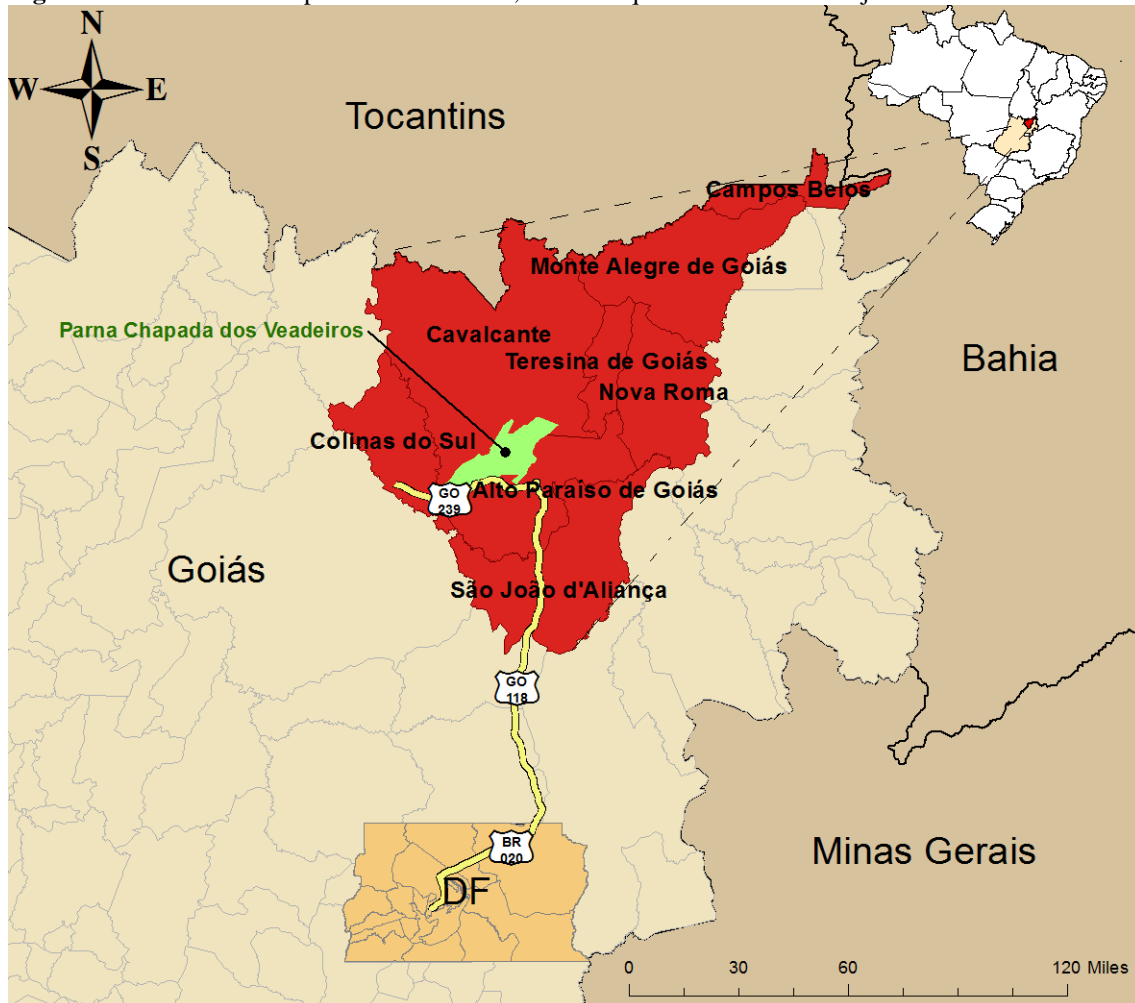
A Chapada dispõe de clima Tropical Sazonal de inverno seco, típico do cerrado, cujo é Cwbl na classificação de Köppen, marcado por uma época seca com auge em setembro, potencializado pelas massas de ar que o influencia (Felfili et al., 2007). Durante o verão, a Massa Equatorial Continental – MEC de natureza amazônica com característica quente e úmida forma linhas de instabilidade e deixa o clima chuvoso. Com a chegada do outono, a Massa Tropical Atlântica – MTa é responsável pela redução do regime pluviométrico na região. Já a partir de julho, no inverno, a Massa Polar Atlântica – MPa, proveniente da região Antártida, provoca queda da precipitação e provoca frequente ocorrência de queimadas. A precipitação oscila em torno de 1.500 a 1.700mm anuais, resultado do clima em que os meses de junho, julho e agosto são secos e os meses chuvosos entre novembro e março. O regime térmico é estabelecido pelas temperaturas que variam entre 20° e 27°C, onde as médias máximas variam entre 27° e 32°C e, as mínimas, entre 16° e 19°C. A Insolação Diária é proporcional à ausência de nuvens de chuva, nesse sentido, a incidência da radiação solar é marcante na estiagem de julho e agosto em razão da baixa nebulosidade. A Umidade do Ar, por sua vez, acompanha as estações, com valores máximos no verão e um declínio no inverno, chegando a ficar abaixo de 35% (SISAM/INPE, 2012).

Quanto à fauna, a Chapada dos Veadeiros é um dos poucos lugares que ainda se podem ver animais em extinção, mas destacam-se a onça suçuarana, o tamanduá-bandeira, a anta, o lobo-guará, o pato-mergulhão, o falcão-de-peito-vermelho, o tatu-bola, o tatu-canastra, diferentes espécies de veados, o cachorro-vinagre, a onça-pintada, a ariranha, a lontra, a ema, a capivara, o cervo, bem como aves distintas. De acordo com o Plano de Manejo do Parque Nacional Chapada dos Veadeiros realizado pelo ICMBio (2009), a fauna de vertebrados do Cerrado é rica, sendo que são conhecidas 196 espécies de mamíferos, 837 espécies de aves, 184 de répteis e 113 de anfíbios, e 780 de peixes. Quanto aos invertebrados, estima-se que existam 90.000 espécies.

Em uma de suas fases, a RBC compreende a região do Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros (PNCV) e garante, com isso, sua inclusão no contexto internacional. O PNCV situa-se cerca de 250 km ao norte de Brasília e 470 km ao nordeste de Goiânia. O acesso, partindo de Brasília, é feito pela BR-020 até a rodovia GO-118 (figura 1). É um dos principais cartões de visita da região e foi intitulado Patrimônio Mundial Natural da Humanidade pela Unesco em 2001. O parque, outrora Parque Nacional do Tocantins, fora proposto pela Fundação Brasil Central em carta ao presidente Juscelino Kubitschek, em outubro de 1960 (Alves, 2001). Sua área original tinha 625 mil hectares às margens dos rios Tocantinzinho e

São Félix, destes 60% ficam em Cavalcante e os outros 40% em Alto Paraíso de Goiás. Após redelimitação em maio de 1972, a superfície foi diminuída para 65.514 ha e os limites excluía a serra do Pouso Alto e não mais alcançam o rio Tocantins, adotando o nome atual. Sua administração atualmente está a cargo do Instituto Chico Mendes de Biodiversidade (ICMBio).

Figura 1. Território da Chapada dos Veadeiros, com enfoque no PNCV e no trajeto até Brasília.



Fonte: Produzido pelo autor a partir de dados do IBGE e INCRA.

2.2 Aspectos históricos

Os 246 municípios do Goiás são distribuídos em 5 mesorregiões e 18 microrregiões (figura 2), conforme art. 25 da CF referido no § 3º, *in verbis*:

§ 3º - Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) através da Resolução da Presidência (PR) nº 11, de 5 de junho de 1990, divide o Estado de Goiás em Microrregiões Geográficas e as define "como um conjunto de municípios, contíguos e contidos na mesma Unidade da Federação, definidos com base em características do quadro natural, da organização da produção e de sua integração". Assim, as microrregiões, via de regra, são partes das mesorregiões que apresentam especificidades quanto à organização do espaço, podendo ainda resultar da presença de elementos do quadro natural ou de relações sociais e econômicas particulares. Tais especificidades não conferem às microrregiões autossuficiência e tampouco uniformidade de atributos. Mas sim, pela vida de relações ao nível local (SEGPLAN, 2014).

Figura 2. Mapa do Estado de Goiás com as meso e microrregiões (2005)



Fonte: SEPIN/SEPLAN (2005) / Elaboração: SUES/SECTEC (2005)

A microrregião Chapada dos Veadeiros está situada dentro da mesorregião do Norte Goiano, sua história começou com o ciclo do ouro em Cavalcante, berço dos povos da região. Os primeiros registros de ocupação humana na região são de tribos indígenas como os Cayapós, os Xavantes, os Goayazes, os Avá Canoeiros e os Crixás. Depois vieram os bandeirantes em busca de minas de ouro – a memória dos garimpos locais é indissolúvel da história da região – que traziam consigo escravos negros, que fugiam para os vãos entre as montanhas e lá constituíam comunidades que até hoje vivem isoladas, dando origem a maior comunidade quilombola do Brasil, os Kalungas (Prefeitura de Alto Paraíso de Goiás, 2014).

Após o conhecimento do quadro natural, os oito municípios que compõem o território da Chapada dos Veadeiros quanto à sua história e formação administrativa:

i. **Alto Paraíso de Goiás**, a antiga Veadeiros, era uma fazenda fundada por Francisco de Almeida em um pequeno núcleo de colonização que pertencia a Cavalcante. A partir da fundação de Veadeiros começam a se desenvolver a agricultura e a pecuária para atender a demanda gerada pela descoberta do ouro em Cavalcante. Em meados do século XVIII, deu-se início ao processo de colonização com cultivo de frutas, milho, café e pecuária. Mais tarde, o solo demonstrou-se bom para o plantio do trigo e do café quando os ciganos que vieram da Bahia introduziam as primeiras sementes. Após setenta anos, o trigo foi premiado em Chicago e bateu recorde na safra, entretanto, com o passar do tempo, as lavras foram abandonadas e o ouro esgotado.

No limiar da década de 50 a 60, o pioneirismo de inaugurar na região o movimento esotérico e espiritual se deve a doutrina que se instalou nas Fazendas Escola da região: Fazenda Bona Espero e outra de natureza Kardecista, Cidade da Fraternidade. Desde então, Alto Paraíso tem atraído diversos fluxos migratórios de místicos e alternativos com o início de uma nova fase que já vinha de um longo processo histórico, acrescentado até a década de 80, devido ao Programa de Desenvolvimento Integrado Alto Paraíso, que visava conter a demanda sobre o entorno da capital federal com investimentos turísticos e de produção e industrialização de frutas na Chapada dos Veadeiros. Desmembrado de Cavalcante, emancipou-se em 1953 e possui diferentes núcleos urbanos – dois povoados: Fraternidade e Moinho e um distrito: São Jorge. Atualmente, Alto Paraíso de Goiás é um santuário goiano da ecologia, do misticismo e das terapias naturais (Prefeitura de Alto Paraíso de Goiás, 2014).

ii. **Campos Belos**, anteriormente chamada Almas, eram fazendas dentro do município de Arraias, sua história foi marcada pelos grupos de migração de tradicionais famílias descendentes de portugueses: os Batista Cordeiro, os Costa Madureira e os Cardoso, donos de grandes extensões de terra na região. Por outro lado, havia uma minoria composta pelos decadentes do período pós-febre do ouro vindos do sul, de Arraias e Monte Alegre. Somente a partir de 1920, com o surgimento do povoado e a inserção baiana à população local, que Campos Belos cresceu social e culturalmente. Já em 1970, Campos Belos recebeu uma significativa leva de migrantes mineiros em busca de terras baratas, desenvolvendo-se também economicamente. O mosaico de influências, criou um sotaque particular em Campos Belos.

Cercada por um paredão de montanhas, a cidade relativamente nova e fronteiriça interestadual da Bahia e do Tocantins, é reconhecida pela pecuária e maior movimentação

comercial da região. Desmembrada de Monte Alegre de Goiás, emancipou-se em 1953 e possui dois povoados: Barreirão e Pouso Alto (Prefeitura de Campos Belos, 2014).

iii. **Cavalcante** é o município mais antigo da região, desde 1740 com a ocupação dos Bandeirantes tem dado origem a quase todos os outros municípios do norte do Estado de Goiás. Sua origem remonta a 1736, quando o garimpeiro Julião Cavalcante, fundador e colonizador, e seus companheiros chegaram em busca de novas minas de ouro.

Após a formação da Capitania de Goyaz por Anhanguera Filho, a região passou a ser alvo de diversos garimpeiros que vinham para explorar o metal precioso e ajudar a Coroa Portuguesa. Em 1740, foi fundado oficialmente o arraial de Cavalcante e elevado a freguesia, por ordem do Governador da Capitania de Goyaz. Com a decadência do metal precioso no arraial de São Félix, transferiu-se para Cavalcante a casa de Fundição de ouro em 1794 e extinta em 1806. Com o declínio do ouro o município passou a dedicar-se a outras atividades econômicas, em especial a agricultura e pecuária.

Cidade histórica lembrada pela exploração desmedida de ouro e pela produção de trigo, abriga uma parte da comunidade Kalunga. Emancipou-se em 1831 e possui três aglomerados: Capela, Rio Preto e Serra Branca (Prefeitura de Cavalcante, 2014).

iv. **Colinas do Sul**, um dos municípios mais jovens da Chapada dos Veadeiros, começou sua história na década de 50, com a ocupação das margens do córrego Almésseca, o povoado foi formado com a chegada das famílias que procuravam cristais, principal riqueza da região. Um pioneiro dali doou parte de sua fazenda para a construção das primeiras casas. Sua emancipação política, no entanto, só foi possível em 1985, mesmo ano em que foi apresentado à Assembleia Legislativa o projeto de criação do município de Colinas do Sul. Além do potencial turístico, é associado à criação de gado bovino, em especial destinado ao corte. Desmembrado de Cavalcante em 1987, a ex-Colinas emancipou-se em 88 possui dois aglomerados: Lajes e Jaó e um povoado: Vila Borba. O nome Colinas foi dado em função das características do relevo (Prefeitura de Colinas do Sul, 2014).

v. **Monte Alegre do Goiás**, como se chama atualmente o arraial do Morro do Chapéu ou São Antônio do Morro do Chapéu, teve sua primeira capela edificada em 1769, sob a invocação de Santo Antônio. Sabe-se apenas que a origem dos primeiros imigrantes teve por base a mineração aurífera, como as demais cidades antigas de Goiás. Uma vez tendo aumentado a produção de ouro, a localidade desenvolveu-se e cresceu a sua população em face de forte entrada de garimpeiros e escravos trazidos pelos bandeirantes paulistas.

Monte Alegre de Goiás, distinto pela exploração de garimpos de ouro, anexado ao município de Arraias emancipou-se em 1947, ex-Chapéu adquiriu o novo nome em 1953 e perdeu o distrito de Campos Belos. Possui quatro aglomerados: Brejo Garimpo, Ingazeira, Pacífica e Riacho dos Cavalos e três povoados: Passa e fica, Ponte do Paranã e Prata (Prefeitura de Monte Alegre de Goiás, 2014).

vi. **Nova Roma** é o nome de um povoamento do século XVIII codinome era São Teodoro que surgiu com a chegada dos padres capuchinhos de Roma na região Córrego Água Fria e fundaram a capela de São Teodoro, onde ergueu-se a capela em honra ao santo da devoção de D. Maria doadora da terra. Em 1858, foi elevado a freguesia pertencente à Vila de Cavalcante. Em 1943, o Distrito de Nova Roma passou a denominar-se Guataçaba assim denominado até 1949. Em 53, transfere o Distrito de Nova Roma do Município de Cavalcante para o de Veadeiros (Alto Paraíso).

Nova Roma caracterizou sua base econômica nas atividades de garimpo de ouro e outros minérios. Desmembrada de Cavalcante em 1958, possui quatro aglomerados: Rio Areia, São Sebastião de Nova Roma, São Teodoro e Tapa Olho e quatro povoados: Amendoim Cormari, Cana Brava, Ouromina e Salobro (Prefeitura de Nova Roma, 2014).

vii. **São João d'Aliança** chamava-se Capetinga e pertencia ao município de Forte, seu primeiro registro oficial data de 1910, no qual consta que o povoado possuía duas casas e uma capela dedicada a São João Batista. Nasceu das terras da Fazenda Olhos d'Água, cedida à paróquia. Foi marcada pela disputa de poder entre os coronéis. Mais tarde, em louvor ao padroeiro São João Batista, o povoado passou a chamar-se São João da Capetinga. Com a travessia da Coluna Prestes, o município era ponto de apoio da Aliança Liberal da comitiva de políticos. Em 1931, em razão dos interesses políticos, o povoado foi elevado à categoria vila e passou a ter o nome atual. Oito anos depois, tornou-se distrito do município de Formosa, mas só emancipou-se quinze anos depois, em 53, quando foi novamente elevado à categoria de município. São João d'Aliança, contraposto ao restante da região, tem topografia plana decorrente do Vale do Paranã. Possui um aglomerado: Pedra Preta e um povoado: Forte (quilombola). Sua cultural enraizou-se na origem europeia com a vinda de Antônio Szervinsk e do remanescente de quilombo no pé da Serra Geral do Paranã (Prefeitura de São João d'Aliança, 2014).

viii. **Teresina de Goiás** surgiu da iniciativa de três homens e duas mulheres vindos do município vizinho Nova Roma que, na década de 1960, decidiram criar um loteamento no entorno de Cavalcante com Campos Belos, na antiga rodovia GO-012. A vila que começou a

se formar pertencia ao município de Cavalcante. Mas em 68 ganhou a condição de distrito de Cavalcante. Desmembrado de Cavalcante, foi elevado a município em 1988.

Teresina de Goiás, segundo Prefeitura Municipal do município, foi considerada a cidade que possui a maior riqueza natural do Centro Oeste do Brasil (Prefeitura de Teresina de Goiás, 2014).

2.2.1 Aspectos culturais

Além da biodiversidade, a Chapada dos Veadeiros também é rica em diversidade étnica e cultural. O Encontro de Culturas Tradicionais da Chapada dos Veadeiros é um projeto da Casa da Cultura Cavaleiro de Jorge que acontece anualmente na Vila de São Jorge em Alto Paraíso de Goiás e está na sua 14ª realização. Com a duração de quatorze dias, a Aldeia Multiétnica às margens do rio São Miguel reúne grupos de cultura tradicional e mestres da cultura popular de todo o país, etnias indígenas e quilombolas, sobretudo, as representações da região, tais como a Caçada da Rainha de Colinas do Sul, a Catira e a Curradeira dos foliões de São João d'Aliança e a Sussa do Sítio Histórico Kalunga de Cavalcante. É o evento mais expressivo da região que, além de propor a manutenção da forte cultura, traz à tona debates ou as chamadas “rodas de prosa” de discussão acerca das políticas públicas voltadas às comunidades tradicionais brasileiras. Além disso, o festejo conta com atrações musicais e oficinas no propósito de um cenário em constante intercâmbio cultural. O principal objetivo desse encontro é, a partir da cultura, para além dos cantos, danças, expressões de fé e modos de fazer, alavancar a economia criativa como fonte rentável das comunidades a fim de inseri-las social e economicamente. “A Chapada é toda patrimônio! Cultural, Histórico e Natural. Nosso dever é protegê-la e promovê-la. Desfrutá-la e desenvolvê-la.” (Casa da Cultura Cavaleiro de Jorge, 2014).

O processo de fundação da Chapada dos Veadeiros enquanto microrregião deu-se pautado no seu valor ambiental a partir da sua herança histórica e cultural. Fato que consagrou a chapada como patrimônio reconhecido internacionalmente e território de uma remanescente de quilombo, a comunidade Kalunga. Dentre as três comunidades na Chapada dos veadeiros, a mais populosa está situada no município de Cavalcante, com pouco mais de duas mil pessoas. O comportamento da população na apropriação do território da Chapada dos Veadeiros ficará mais claro no tópico que se segue.

2.3 Composição e distribuição da população

Segundo dados censitários do portal cidades@ do IBGE, a população estimada 2014 e a área da unidade territorial por município (tabela 1):

Tabela 1. Densidade demográfica da microrregião da Chapada dos Veadeiros

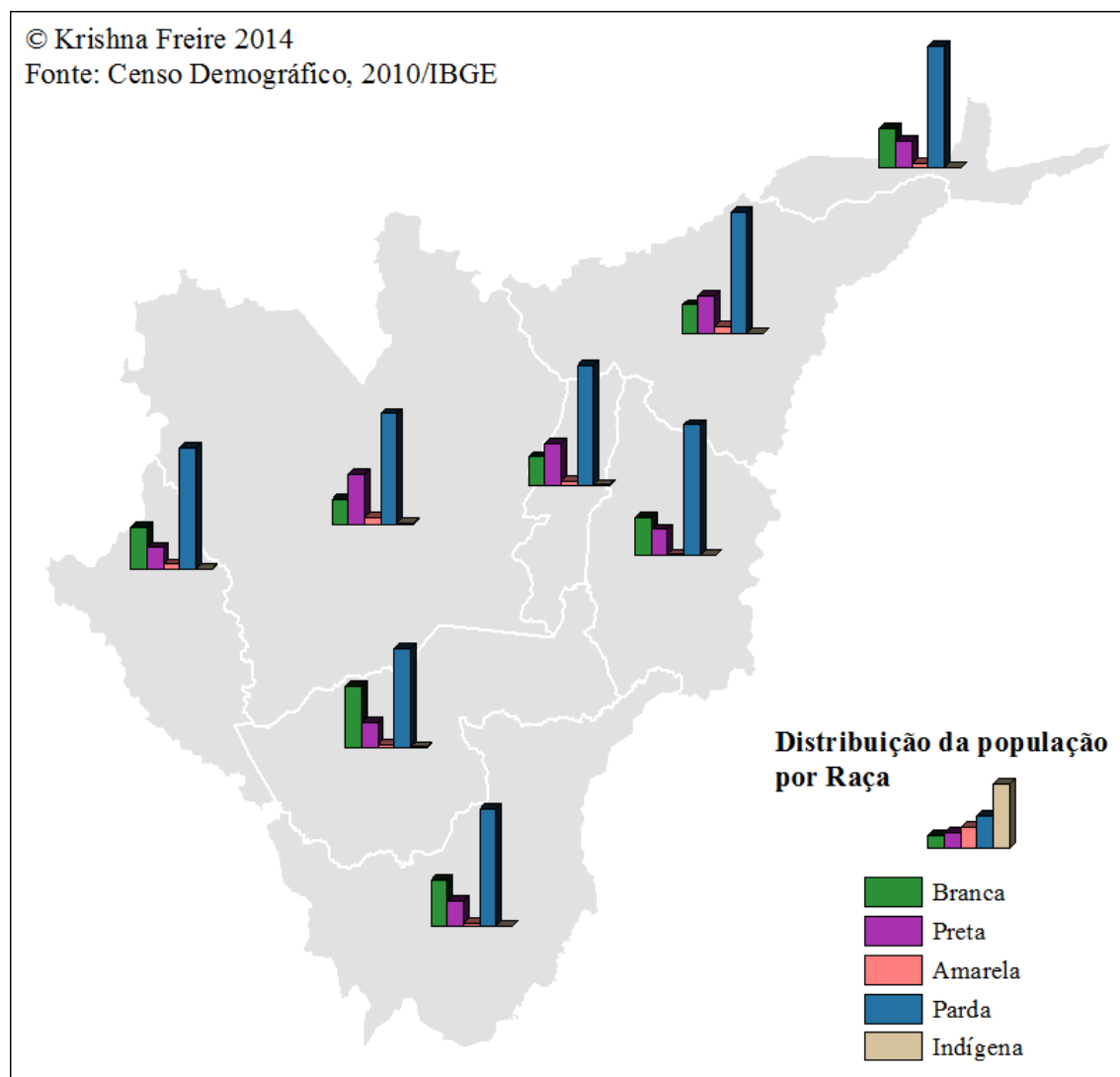
Município	Habitantes	Área (km²)	Dens. demográfica (hab/km²)
Alto Paraíso de Goiás	7328	2593,905	2,82
Campos Belos	19412	724,068	26,8
Cavalcante	9747	6953,666	1,4
Colinas do Sul	3563	1708,187	2,08
Monte Alegre de Goiás	8243	3119,808	2,64
Nova Roma	3487	2135,96	1,63
São João d'Aliança	11771	3327,379	3,53
Teresina de Goiás	3252	774,639	4,19

Fonte: IBGE

Nesse contexto, a população total estimada da microrregião Chapada dos Veadeiros é de 66.803 habitantes distribuídos em uma área de 21.337,612 km². O município mais populoso é Campos Belos, com 19.412 habitantes, também o mais povoado, com 26,80 hab/km². O menos populoso é Teresina de Goiás, com 3.252 habitantes, embora o menos povoado seja Cavalcante, com apenas 1,40 hab/km².

O mapeamento da distribuição da população por raça (figura 3), mostra que a raça parda representa maioria unânime. Alto Paraíso de Goiás, por sua vez, é o município com maior proporcionalidade de brancos, reflexo do fluxo migratório da década de 80. A raça preta aparece maior que a branca nos municípios de Cavalcante, Teresina de Goiás e Monte Alegre de Goiás, confirmando sua descendência quilombola. As raças amarela e indígena são pouco expressivas na região, esta última embora pequena, totaliza pouco mais que 170 indivíduos em toda a Chapada, com maior aglomeração em Alto Paraíso e Cavalcante, universo da cultura multiétnica.

Figura 3. Distribuição por Raça na Chapada dos Veadeiros



Fonte: IBGE, 2010

3 PAINEL SOCIOECONÔMICO: UMA LUZ AO NORDESTE GOIANO

3.1 As intenções do governo e o Programa Território da Cidadania

O Programa Territórios da Cidadania (PTC) foi lançado pelo Governo Federal em 2008 com base na Agenda Social que objetivava consolidar uma política garantidora de direitos e reguladora da desigualdade social. O PTC busca promover o desenvolvimento econômico e universalizar programas básicos de cidadania por meio de uma estratégia de desenvolvimento territorial sustentável mediante a participação social e a integração de ações entre Governo Federal, estados e municípios (MDS, 2014). São articuladas ações relacionadas ao desenvolvimento social, à organização sustentável da produção, à saúde, saneamento e acesso à água, educação, cultura, infraestrutura, apoio à gestão territorial e ações fundiárias. O programa criou 120 Territórios da Cidadania, distribuídos nas 05 regiões brasileiras. A região Centro-oeste conta com 12 Territórios da Cidadania e 06 ficam no Goiás, entre eles, as Chapadas dos Veadeiros, que compreende oito municípios do nordeste goiano. Após a implantação dos territórios, a responsabilidade passa a ser dos governos municipais quanto a estruturarão de equipe técnica específica para planejar e acompanhar as ações desenvolvidas, bem como pela gestão e manutenção dos serviços.

Sob um Planejamento do Governo Federal, o objetivo é viabilizar ao meio rural brasileiro a oferta de políticas públicas, com ênfase no desenvolvimento territorial sustentável de acordo com a demanda da sociedade local, com vistas à redução das desigualdades regionais e dos níveis de pobreza. Bem como, a criação de projetos de produção sustentável, geração de trabalho, emprego, renda e a consequente inserção social.

O Território da Cidadania de número 121, correspondente à Chapada dos Veadeiros, é regido pelo colegiado desde fevereiro de 2008, cujo conta com 32 conselheiros, distribuídos paritariamente entre a sociedade civil e o poder público, possuindo Núcleo Diretivo e Núcleo Técnico. Os principais projetos são voltados à infraestrutura, serviços territoriais e de extensão rural, também no apoio às comunidades quilombolas. Apesar das adversidades de clima, solo e infraestrutura, o programa tem reagido, especialmente nos últimos oito anos, com a efetividade do desenvolvimento rural sustentável (MDA, 2010).

3.2 Estrutura territorial e desempenho municipal

O Estado do Goiás possui 246 municípios, cujos são divididos em dez Regiões de Planejamento instituídas por meio do Plano Plurianual (PPA), com vistas ao planejamento estratégico do governo, a fim de priorizar os investimentos conforme as necessidades socioeconômicas das regiões, que são: Região Metropolitana de Goiânia, Centro Goiano, Norte Goiano, Nordeste Goiano, Entorno do Distrito Federal, Sudeste Goiano, Sul Goiano, Sudoeste Goiano, Oeste Goiano e Noroeste Goiano.

A Região de Planejamento Nordeste Goiano é composta por vinte municípios, com área de 38.726.364 km² ou 11,4% da área estadual. Onde residem 169.995 habitantes ou 2,83% da população residente no Estado que, em uma década cresceu 14,87%. A despeito disso, é considerada a mais pobre região do Estado. No entanto, o cenário está se atualizando e a região, saindo do marasmo econômico e da marginalização no processo de desenvolvimento. A intervenção do Estado nas diversas áreas de atuação visando à construção de uma hegemonia, tem sido uma constante desde a implantação do Programa Nordeste Novo³. A região possui dois eixos de desenvolvimento, um voltado para o potencial turístico, que é a Chapada dos Veadeiros e outro voltado para a agropecuária, que é o Vão do Paranã (Yazigi).

Para contextualizar mais os eixos de desenvolvimento da Chapada dos Veadeiros, alguns indicadores sociais e econômicos serão avaliados nos próximos escritos, sob proporção segundo o Estado do Goiás.

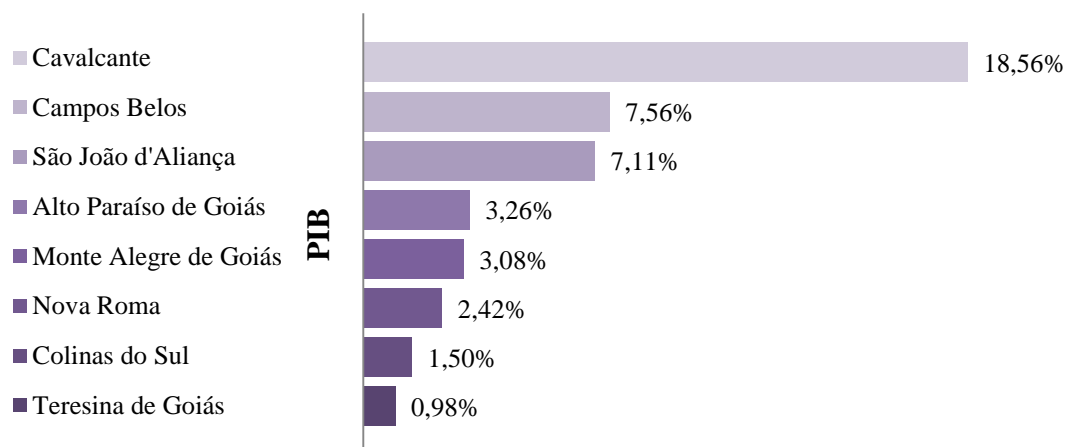
Grupo I. Indicadores sociais

a) PIB

O Instituto Mauro Borges de Estatística e Estudos socioeconômicos, vinculado a SEGPLAN/GO, divulgou os dados do Produto Interno Bruto (PIB) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do ano de 2010 da Chapada dos Veadeiros e dos seus municípios com base em estudos conduzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (ALVES, p.13). O PIB é, grosso modo, uma forma de mensurar a riqueza de um território dados pela soma de todos os bens e serviços finais produzidos.

³ Art. 1º - O Programa de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste Goiano - PROGRAMA NORDESTE NOVO - tem por objetivo geral corrigir as distorções e os desequilíbrios da Região Nordeste de Goiás, integrando-a às demais regiões do Estado e impulsionando o seu setor produtivo; visando o aproveitamento das suas potencialidades, a geração de emprego e renda e a melhoria da qualidade de vida da sua população (DECRETO Nº 5.069, DE 07 DE JULHO DE 1999).

Figura 4. PIB – Chapada dos Veadeiros



Fonte: IMB/SEGPLAN, 2010

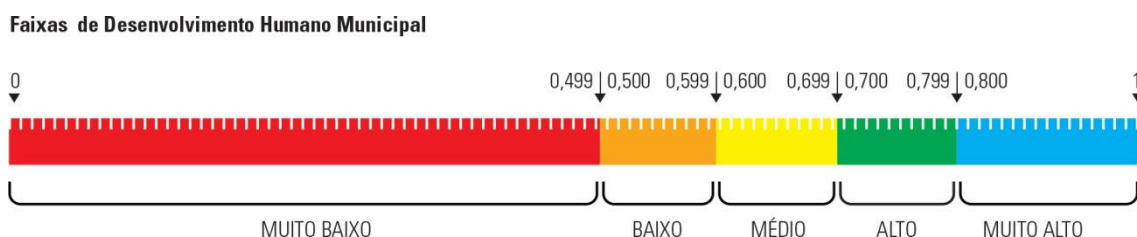
No gráfico acima (figura 4) repara-se que Cavalcante obteve melhor desempenho na atividade econômica, é o município com maior participação no PIB não só na região da Chapada dos Veadeiros como de todo o Nordeste Goiano, com 18,56%. O PIB de Cavalcante está fortemente concentrado na Indústria, que responde por 81% das riquezas dessa cidade histórica. Isto acontece em razão da contribuição do setor industrial, seguido de serviços e agropecuária. São João D'Aliança tem o PIB mais bem dividido entre todas as cidades.

b) IDH

O constante questionamento da insuficiência das medidas de desenvolvimento, em especial o PIB, demandava mesmo que de forma subjacente, uma medida que contemplasse outros aspectos do desenvolvimento, além do econômico. Tal processo culminou na criação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (SEGPLAN, 2013).

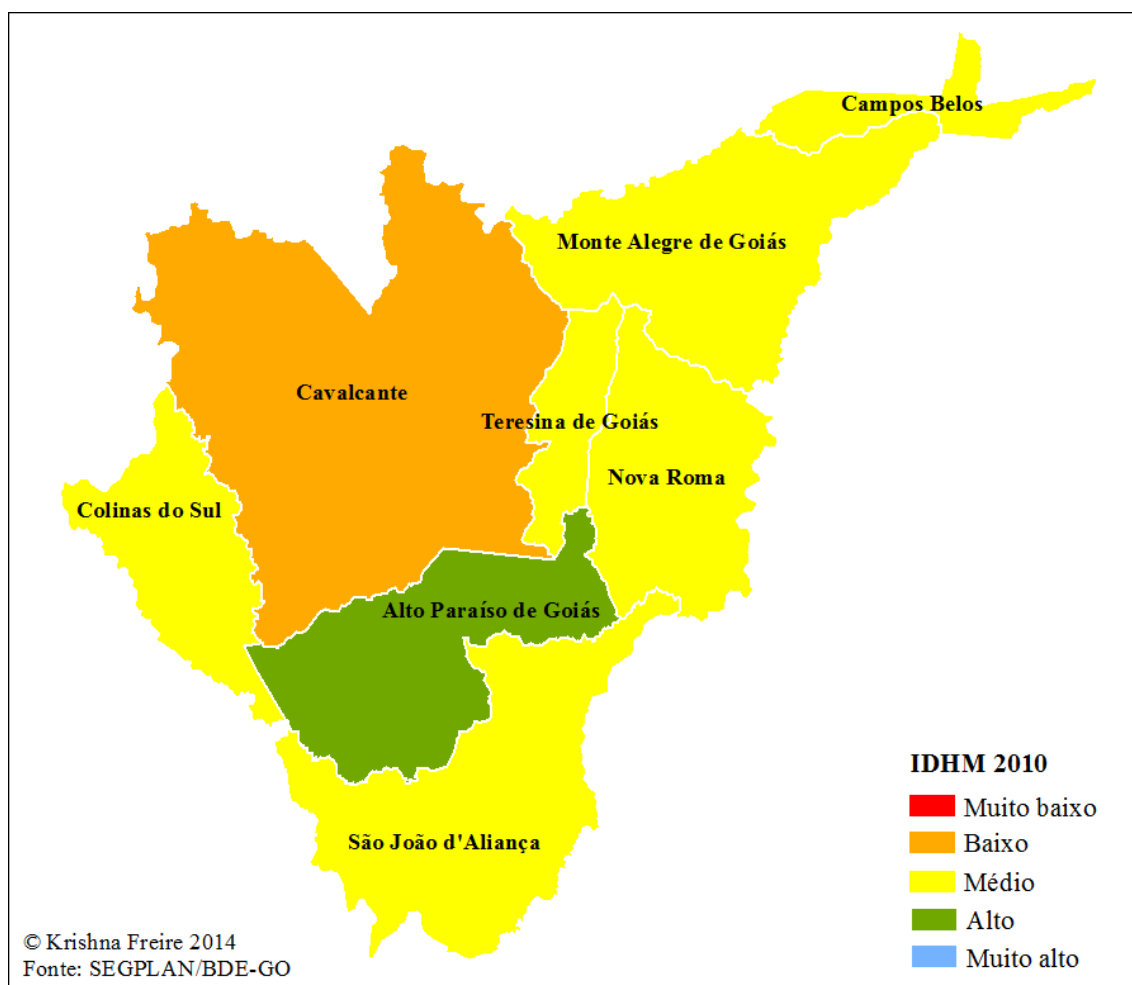
O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é uma medida comparativa que classifica um município quanto às dimensões Longevidade, Educação e Renda. Possibilita a identificação das diferentes realidades locais, além do direcionamento de ações e recursos para mitigar dificuldades e desigualdades antes não explicitadas ou com magnitudes ainda não mensuradas (SEGPLAN, 2013). O IDHM varia de 0 a 1 representada pelas faixas de pontuação de desenvolvimento entre muito baixo e muito alto, que são dadas pela escala abaixo (figura 5):

Figura 5. Faixa de Desenvolvimento Humano Municipal



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil, 2013

Figura 6. IDH Municipal da Chapada dos Veadeiros conforme a faixa acima



Fonte: SEGPLAN/BDE-GO, 2010

Tabela 2. IDH municipal

Município	IDH-M
Alto Paraíso de Goiás	0,713
Campos Belos	0,692
São João d'Aliança	0,685
Teresina de Goiás	0,661
Colinas do Sul	0,658
Nova Roma	0,634
Monte Alegre de Goiás	0,615
Cavalcante	0,584
Média	0,655

Fonte: SEGPLAN, 2010

A tabela acima (tabela 2) mostra, em ordem decrescente, o IDH dos municípios da Chapada dos Veadeiros, melhor ilustrado no mapa de graduação de cores (figura 6). Os dados

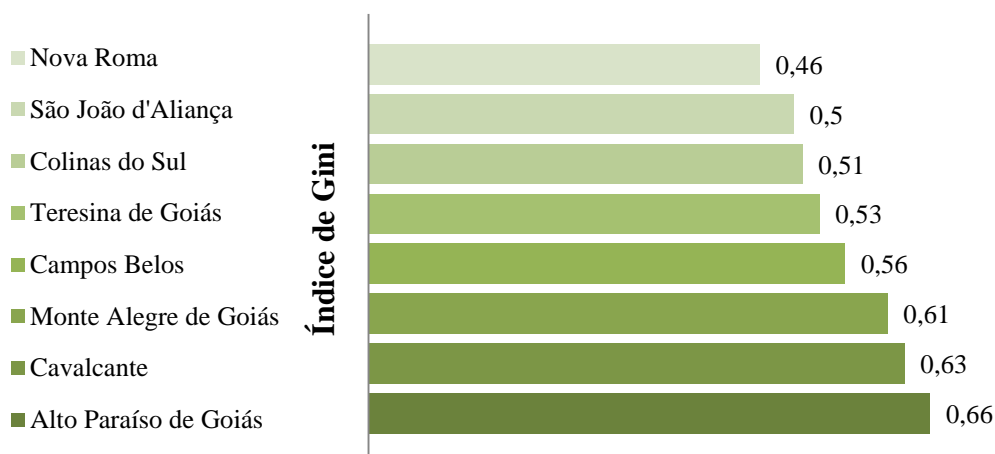
apontam que o IDH médio da região é 0,655, valor abaixo do IDH nacional 0,744 e do IDH do Goiás 0,735. Portanto, tem pontuação média na faixa de desenvolvimento humano (figura 10). Desta, Alto Paraíso de Goiás apresenta desenvolvimento humano alto, com 0,713 e Cavalcante desenvolvimento humano baixo, com 0,584.

A despeito do alto PIB, Cavalcante possui o menor IDH-M, o que mostra um desleixo municipal na aplicação dos valores arrecadados e carência na divisão de recursos. Uma vez que o PIB não reflete o bem estar social da população, somente dimensiona a produção econômica e financeira.

c) Índice de Gini

O Coeficiente de Gini é uma medida de desigualdade social mensurada entre 0 e 1, onde 0 representa completa igualdade de renda per capita e 1 completa desigualdade.

Figura 7. Índice de Gini – Chapada dos Veadeiros



Fonte: IMB/SEGPLAN, 2010

Segundo dados do IMB 2010, o Índice de Gini do Estado do Goiás é 0,56 e da microrregião da Chapada dos Veadeiros é 0,55, acima do índice nacional de 0,49. Então, em termos de desigualdade, a região está à esteira do estado. Em nível microrregional, o menor índice corresponde ao município de Nova Roma (0,46) e o maior, Alto Paraíso de Goiás (0,66). Ou seja, Nova Roma é o município com menor desigualdade enquanto que a Alto Paraíso de Goiás é o município mais desigual. Indica o grau de concentração de renda em Alto Paraíso, evidenciando a atividade turística da região.

Grupo II. Índices de desenvolvimento municipal

a) IDE

O Índice de Desenvolvimento Econômico (IDE) é constituído por informações referentes à infraestrutura, à qualificação da mão-de-obra e do PIB *per capita* do município,

com base no Indicador de Infraestrutura (INF) (consumo de energia elétrica, e quantidades de estabelecimentos comerciais e bancários), Indicador de Qualificação de Mão-de-obra Formal (IQMF) (nível de escolaridade dos trabalhadores no setor formal e seu percentual na população) e Indicador da Renda Municipal Per capita – IRMP (renda *per capita* gerada em todos os setores da atividade econômica).

Tabela 3. Índice de Desenvolvimento Econômico, por componentes – 2000

MUNICÍPIOS	INF	Class.	IQMF	Class.	IRMP	Class.	IDE	Class.
Alto Paraíso de Goiás	4942	150	5070,4	44	4937,5	199	4983	125
Campos Belos	5032	93	4979,9	129	4912,2	231	4974	142
Cavalcante	4880	234	5121	22	4910,7	232	4970	151
Colinas do Sul	4899	202	4861,9	234	4930,4	213	4897	233
Monte Alegre de Goiás	4948	147	4944,4	171	4938,6	196	4944	182
Nova Roma	4887	226	4947,5	167	4930	215	4921	216
São João D'Aliança	5021	108	4980,1	128	4978,5	119	4993	116
Teresina de Goiás	4902	194	4837,2	239	4914,7	225	4885	238

Fonte: SEPLAN/SEPIN - Gerência de Estudos Especiais /IMB

Na *tabela 3*, percebe-se que o maior IDE corresponde aos municípios de São João d'Aliança, 4993 e Alto Paraíso de Goiás, 4983. Teresina de Goiás e Colinas dos Sul possuem os menores valores, 4885 e 4897, respectivamente. Os quais podem ser relacionadas ao PIB, que também são os menores da região.

b) IDS

O Índice de Desenvolvimento Social (IDS) considera, por sua vez, o desempenho dos setores da saúde e educação, isto é, a oferta à população de serviços básicos e renda auferida pelos trabalhadores em função das faixas de renda da mão-de-obra formal, a partir do Indicador de Nível de Saúde (INS) (quantidade de ocorrências de doenças redutíveis por saneamento e imunização, quantidade de óbitos por sintomas, sinais e afecções mal definidas ou deficiência do atendimento médico, oferta de médicos, estabelecimentos de saúde, leitos e cobertura de vacinação em crianças de até 1 ano), Indicador do Nível de Educação (INE) (taxa de frequência escolar, taxa de distorção idade-série, evasão escolar e nível de qualificação dos docentes), Indicador de Serviços Básicos (ISB) (população atendida com energia elétrica, água tratada e rede coletora de esgoto) e Indicador da Faixa de Rendimento da Mão-de-obra Formal – IFRMF (faixas de rendimento da mão-de-obra formal no município).

Tabela 4. Índice de Desenvolvimento Social, por componentes – 2000

MUNICÍPIOS	INS	Class.	INE	Class.	ISB	Class.	IFRMF	Class.	IDS	Class.
Alto Paraíso de Goiás	5169,3	14	4907,4	202	4987	74	4965,3	135	5006	92
Campos Belos	4936,1	174	4847,4	232	4981	97	4999,5	102	4941	210
Cavalcante	4897,2	212	4843,5	234	4920	231	5364,6	4	5002	97
Colinas do Sul	5102,6	32	4896,1	212	4963	169	4912,1	218	4968	171
Monte Alegre de Goiás	5025,6	79	4899,7	209	4940	221	4915,2	209	4945	205
Nova Roma	4883,6	224	4990,3	131	4938	222	4913,8	211	4931	218
São João D'Aliança	5050,6	62	4950,9	163	4964	165	4987,5	113	4988	119
Teresina de Goiás	4871	234	4922,3	183	4963	171	4889	240	4911	235

Fonte: SEPLAN/SEPIN - Gerência de Estudos Especiais

Na *tabela 4*, nota-se que os municípios com melhor desempenho no IDS foram Alto Paraíso e Cavalcante. Entretanto, destaca-se a primeira coluna, o INS, uma vez que preocupa-se com a saúde e rendeu classificações diversificadas. Alto Paraíso de Goiás, Colinas do Sul e São João d'Aliança ao sul da região, apresentam melhores classificações. No centro da chapada, Teresina de Goiás, Nova Roma e Cavalcante mantém uma distância considerável das demais. Dessa forma, aponta que há um déficit na assistência médica responsável por esse perímetro.

c) IDM

O fato da elaboração do IDH-M depender exclusivamente dos dados do Censo realizado a cada 10 anos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) constitui uma limitação da medida, sobretudo quando sua utilização se distancia do ano da coleta dos dados, uma vez que a realidade social no momento da tomada de decisão pode ser bastante diversa da descrita originalmente pela medida (SEGPLAN, 2013). Assim, como forma de superar esta limitação e contemplar outros aspectos do desenvolvimento, o IDM é executado a partir de fontes de dados com intervalos de publicação mais curtos, mais precisamente, bianual.

O Índice de Desempenho Municipal (IDM), desenvolvido pelo Instituto Mauro Borges (IMB) e pela Secretaria de Gestão e Planejamento (SEGPLAN), na composição de um painel (tabela 5) que reúne 34 variáveis, divididas em seis dimensões, permitindo expor, grosso modo, o perfil socioeconômico da Chapada dos Veadeiros. Este é capaz de conferir o desempenho dos municípios goianos, bem como avaliar os resultados e subsidiar o planejamento das ações dos governos em uma periodicidade bianual (IMB/SEGPLAN, 2013). O IDM foi desenvolvido para preencher a lacuna que o IDH-M (PNUD) possui, visto ser um índice calculado somente para os anos censitários, pois suas variáveis são retiradas do Censo Demográfico. Nesse ponto é que reside o maior esforço do presente estudo, justamente a escolha das variáveis

representativas das dimensões pretendidas com características de fidedignidade, periodicidade, procedência de fontes oficiais e cobertura dos 246 municípios goianos.

Tabela 5. IDM Geral da microrregião da Chapada dos Veadeiros

Município	Ano	IDM GERAL	IDM Economia	IDM Educação	IDM Infraestrutura	IDM Saúde	IDM Segurança	IDM Trabalho
Alto Paraíso de Goiás	2010	5,39	4,00	5,89	5,65	8,37	5,02	3,40
Campos Belos	2010	6,19	4,51	6,04	7,38	8,08	6,34	4,78
Cavalcante	2010	6,27	5,27	5,05	4,34	7,21	9,96	5,77
Colinas do Sul	2010	5,72	1,62	5,53	4,75	8,79	9,49	4,17
Monte Alegre de Goiás	2010	5,08	2,55	5,38	4,28	6,81	9,30	2,14
Nova Roma	2010	5,21	3,92	5,48	4,66	7,05	8,59	1,56
São João D'Aliança	2010	5,72	5,20	5,31	4,38	7,32	9,12	2,99
Teresina de Goiás	2010	5,09	1,14	5,47	4,84	6,65	9,99	2,42

Fonte: SEGPLAN/IMB; TCM; IBGE; MEC/INEP; CELG; CHESP; SANEAGO; ANATEL; DATASUS; SES; SSPJ; TEM e RAIS. Extraído do sítio: <http://www.imb.go.gov.br/>.

O IDM-Geral é uma média aritmética dos escores das seis áreas: Economia, Educação, Infraestrutura, Saúde, Segurança e Trabalho, por meio da padronização das variáveis com pontuação atribuída aos municípios numa escala de 0 a 10. O cálculo do indicador tem o objetivo de diagnosticar e comparar a atuação dos municípios, bem como avaliar resultados e subsidiar o planejamento de ações governamentais e municipais. O IDM-geral revela que o índice médio dos 246 municípios foi de 6,18 numa escala de 0 a 10. Dentre os municípios da Chapada dos Veadeiros, o maior IDM é de Cavalcante, em especial, pelo setor de segurança. E o menor, de Monte Alegre de Goiás, que apresentou baixos escores em quase todas as áreas.

Tabela 6. Nível de desempenho dos municípios pela Microrregião Chapada dos Veadeiros (%)

Microrregião	Número de municípios	Desempenho do IDM					Total
		nível 1 (pior)	nível 2	nível 3	nível 4	nível 5 (melhor)	
Chapada dos Veadeiros	8	50%	25%	25%	0%	0%	100%

Fonte: IMB/ SEGPLAN / Gerência de Estudos Socioeconômicos e Especiais, 2013

A Chapada dos Veadeiros teve o segundo pior nível de todo o Goiás, ficando atrás somente da sua vizinha, a microrregião Vão do Paranã, com 50,0% dos seus municípios integrando o conjunto de municípios que tiveram piores resultados (nível 1). Três dos oito municípios da Chapada dos Veadeiros estão entre os dez piores desempenhos do Estado,

Nova Roma na 237^a posição, Teresina de Goiás na 244^a posição e Monte Alegre de Goiás na penúltima posição, 245^a.

Tabela 7. IDM Economia da microrregião da Chapada dos Veadeiros

Município	Ano	IDM ECONOMIA	Setor agropecuário	Setor industrial	Setor de Serviços	PIB per capita	Evolução do PIB	Recursos próprios
Alto Paraíso de Goiás	2010	4,00	3,32	3,89	4,62	1,70	4,09	6,40
Campos Belos	2010	4,51	3,16	6,07	7,33	0,89	4,57	5,02
Cavalcante	2010	5,27	3,40	9,39	5,75	9,51	3,12	0,45
Colinas do Sul	2010	1,62	0,65	1,66	1,98	1,17	2,11	2,15
Monte Alegre de Goiás	2010	2,55	4,70	3,60	3,72	0,73	1,13	1,42
Nova Roma	2010	3,92	4,98	1,01	1,86	5,14	7,94	2,59
São João D'Aliança	2010	5,20	8,14	4,98	5,87	4,98	5,18	2,02
Teresina de Goiás	2010	1,14	0,28	0,61	0,69	0,32	4,53	0,40

Fonte: SEGPLAN/IMB e TCM. Extraído do sítio: <http://www.imb.go.gov.br/>.

Na Economia, compõem o cálculo do IDM: o PIB per capita do município; os Valores Adicionados (renda gerada) dos setores de serviços, agropecuário e industrial; a evolução do PIB nos últimos dois anos; e recursos próprios do município na composição da receita total (independência financeira/tributária do município).

Numa escala de 0 a 10 na *tabela 7*, Cavalcante alcançou o maior índice econômico da região com 5,27, enquanto Teresina de Goiás chegou a míseros 1,14. O que comprova uma fragilidade na economia dessa região. Mais que apresentar números, esse estudo é um importante instrumento para nortear e avaliar as políticas públicas implementadas nos municípios goianos, visando responder às demandas da sociedade, considerando os diferentes contextos locais.

Nesse particular, verifica-se tendência de que quanto maior o número de habitantes, melhor seu IDM. Isso se deve, principalmente, ao bom desempenho da dimensão Economia (SEGPLAN, 2013).

3.2.1 Atividades produtivas: efeitos sobre a economia local

Na região da Chapada dos Veadeiros, a produção está centrada em poucos produtos e a comercialização está centralizada em poucos agentes. “O subsistema de produção é caracterizado principalmente pelo mel artesanal em dois municípios. Banana, café, arroz, feijão, cana-de-açúcar, mandioca e milho são cultivados em todos os municípios do território”

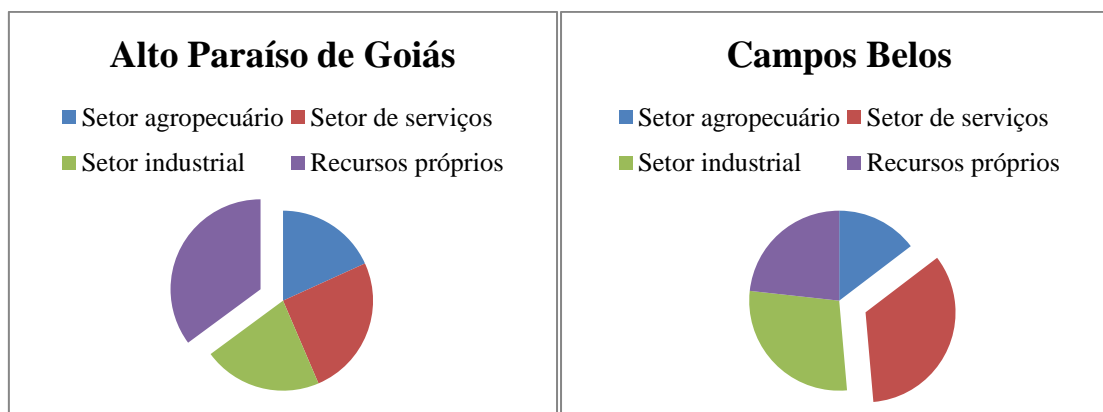
(MDA, 2010, p.20). Dentre os municípios, o melhor IDM-Econômico foi de Cavalcante, sobretudo no PIB per capita e no Setor industrial. Muito embora, Alto Paraíso seja o município com maior independência financeira (vide *Recursos próprios*, figura 8), que pode ser em razão setor do turismo.

O segmento industrial tem relevante importância para a economia do Estado do Goiás, inclusive no setor de mineração. Dados do Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM) no recorte da Chapada dos Veadeiros apontam destaque dos Minérios de Ouro, Ferro e Manganês para fins industriais, com maior concentração em Cavalcante, Campos Belos e Monte Alegre de Goiás, respectivamente. Todavia, há variedade de minérios tanto para utilização na construção civil, quanto para destinação nobre.

No ano de 2010 o setor de serviços liderou o crescimento na economia microrregional (31,8%). Os demais setores, industrial (31,2%), agropecuário (28,6%) e recursos próprios (20,4%), compõem o PIB da Chapada dos Veadeiros (ASBAN, 2010) e refletem no cálculo do IDM.

Figura 8. Setores econ. Alto Paraíso de Goiás

Figura 9. Setores econ. Campos Belos

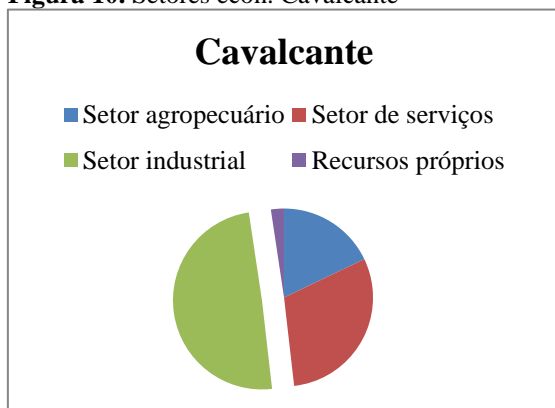


Fonte: SEGPLAN, 2010

Fonte: SEGPLAN, 2010

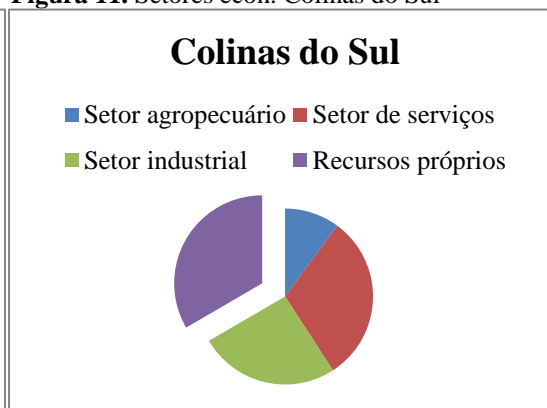
Os recursos próprios ocuparam o primeiro lugar, com 6,4% no município de Alto Paraíso de Goiás (figura 8), oriundos do advento do turismo. O município de Campos Belos (figura 9) apresentou maior crescimento no setor de serviços, com 7,3%. O destaque no setor terciário reflete de uma boa geração de renda em emprego em Campos Belos, que centra sua economia no comércio.

Figura 10. Setores econ. Cavalcante



Fonte: SEGPLAN, 2010

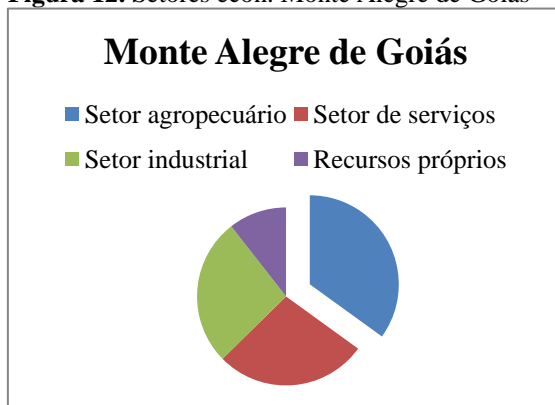
Figura 11. Setores econ. Colinas do Sul



Fonte: SEGPLAN, 2010

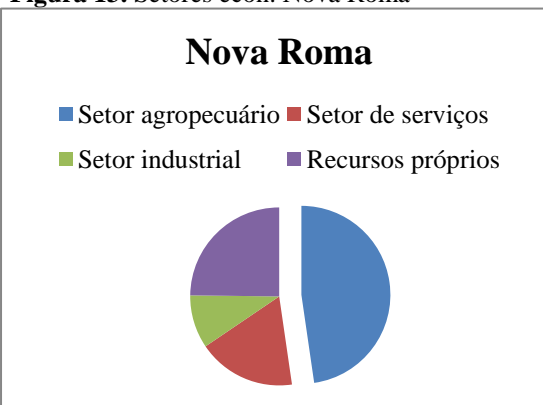
A atividade industrial é composta pela indústria extrativa mineral, indústria de transformação, produção e distribuição de eletricidade, gás, água e construção civil, juntas somaram 9,39% no município de Cavalcante (figura 10), o maior da região. Cavalcante tem sua economia baseada na extração mineral e recebido grandes volumes de investimento no setor, além do destaque no PIB e no IDM Econômico da microrregião. Embora o município desperdice o enorme potencial turístico que a Chapada dos Veadeiros lhe oferece. O setor de turismo poderia incrementar ainda mais a economia do local e gerar mais renda direta à população, diferente da geração industrial, que entrega aos cofres municipais a participação pelos minerais extraídos. Se comparado a Campos Belos, o comércio de Cavalcante poderia ser maior, tendo em vista que com quase 10 mil habitantes a mais, as duas cidades têm valores parecidos para a geração de renda no comércio. Colinas do Sul (figura 11), por sua vez, se destacou no setor de serviços (1,98%).

Figura 12. Setores econ. Monte Alegre de Goiás



Fonte: SEGPLAN, 2010

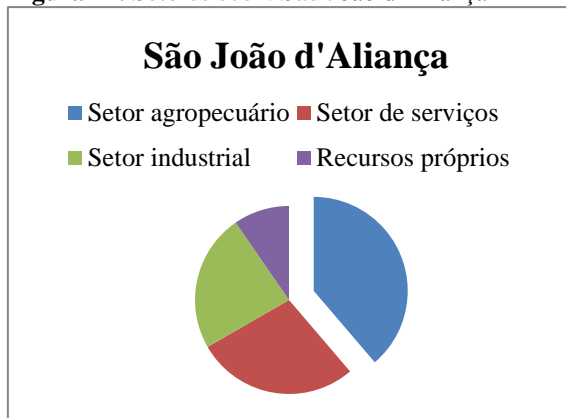
Figura 13. Setores econ. Nova Roma



Fonte: SEGPLAN, 2010

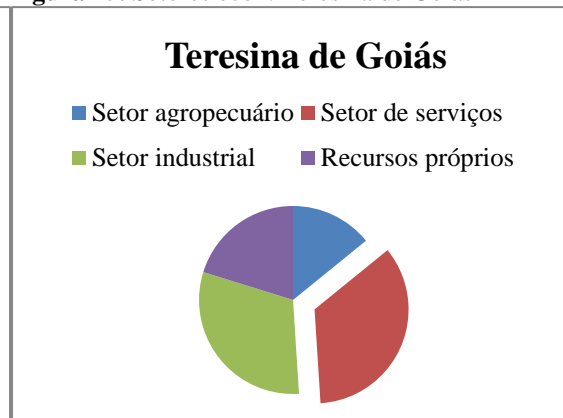
Puxados pela expansão na produção agrícola, com destaque para as culturas de cana-de-açúcar, os municípios de Monte Alegre de Goiás (figura 12) e Nova Roma (figura 13) colocam em evidência o setor agropecuário, com 4,70% e 4,98%, respectivamente. Na pecuária também houve aumento na taxa, puxada pelo crescimento do efetivo de bovinos.

Figura 14. Setores econ. São João d'Aliança



Fonte: SEGPLAN, 2010

Figura 15. Setores econ. Teresina de Goiás



Fonte: SEGPLAN, 2010

São João d'Aliança (figura 14) é o município com maior expressão do setor agropecuário 8,14% da Chapada dos Veadeiros, o incremento desse setor influencia no controle da taxa do PIB. Com recursos advindos tanto do campo quanto do comércio, São João d'Aliança possui crescimento em mais de uma área da sua economia. Por outro lado, Teresina de Goiás não alcançou dados significativos, apesar do gráfico (figura 15), o destaque em serviços só alcançou 0,69%, reflexo do baixo PIB da região.

3.2.2 A relação entre turismo e saúde: um diálogo possível

O nordeste Goiano é uma das regiões mais problemáticas social e economicamente do estado do Goiás, por isso é amiúde chamada “Corredor da miséria”. Realidade responsável pelos elevados índices de êxodo populacional nos últimos anos. Historicamente, a região esteve associada à criação de gado, se comparada com outras 17 microrregiões do estado, se encontra em 13º na produção de grãos e 18º na criação de gado. Isto é, uma economia com pouca expressividade se posta frente aos municípios de outras regiões goianas (Carvalho, 2004).

No entanto, esta mesma, posiciona-se sobre as maiores riquezas naturais do estado de Goiás comprovada pelo título da UNESCO de *Reserva da Biosfera de Goyaz*, enquanto

patrimônio ambiental e cultural resguarda-se como uma das mais significativas do Estado, expectativa potencial para o turismo. Este aparece como uma alternativa de geração de renda e emprego, bem como preservação ambiental na região. A viabilidade do turismo depende da consideração da problemática regional, de modo que envolva sua população com a proposta do desenvolvimento local, convidativo da inclusão social dos seus moradores. Portanto, a situação de baixo desenvolvimento econômico do Nordeste Goiano, foi um motivo para alavancar a atividade turística na região.

O turismo enquanto estratégia de desenvolvimento local é ideal na aplicação ao nível de microrregiões, onde as baixas condições de vida são fortemente sentidas e se manifestam no êxodo e na pobreza. Pode também o turismo de base local convergir para a correção dos desníveis de desenvolvimento. De um lado a imagem da pobreza, de outro, as riquezas expressas pelo mais antigo patrimônio geológico da América do Sul, nas dependências da Chapada dos Veadeiros. A dimensão dessa riqueza, revela-se nas paisagens ecoturísticas, mas também nas manifestações culturais e identidade local forte, sustentadas pelo caráter de região, autenticamente histórica, ora pelas comunidades tradicionais remanescentes de quilombos, ora pelo legado cultural que se expressa nas festas tradicionais. Nesse contexto, Lanci (2004) afirma que as *imagens estabelecidas para um lugar turístico* geralmente são associações de elementos naturais, como o clima, a vegetação e as formas do relevo, e de elementos culturais, como as festas populares, os museus, a arquitetura e os monumentos públicos.

Sabe-se que a Chapada dos Veadeiros encontra-se em um local bastante privilegiado pelo mercado do ecoturismo brasileiro, este representa uma alternativa econômica com perfil de sustentabilidade socioambiental que, além de gerador de benefícios às comunidades locais, tais como renda e emprego, o segmento do turismo alcança crescimento de 20% ao ano, já representando 10% das atividades turísticas totais do país (EMBRATUR, 1994).

A região, embora as qualidades ambientais, estimula o desenvolvimento de atividades econômicas alternativas na região, uma vez que o solo é pobre para o incremento da agricultura e pecuária extensiva, o que representa vantagem do ecoturismo como atividade geradora de renda e empregos para a população local. O polo do ecoturismo da região situa-se no município do portal de entrada ao Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros, Alto Paraíso, que tramita pelo povoado de São Jorge, centra sua economia no atrativo turístico reconhecido internacionalmente pelo misticismo. Por conta do turismo, estabeleceu-se na vila uma infraestrutura voltada à recepção dos turistas que inclui restaurantes, acomodações,

comércio, artesanato e o festival de Encontro de Culturas Tradicionais da Chapada dos Veadeiros com manifestações artísticas típicas do cerrado. Outra tendência na Chapada é o Turismo de Saúde, que *constitui-se das atividades turísticas decorrentes da utilização de meios e serviços para afins médicos, terapêuticos e estéticos* (MTur, 2010). Estes últimos, conquistados pelo *Turismo de Saúde*, que vem sendo cada vez mais difundido na região e impulsionado pela reputação mística e de bem-estar divulgadas nos espaços holísticos, tais como, campings, chalés, *spas*, pousadas e albergues, os quais disponibilizam serviços de massoterapia, relaxamento e estética. Para isso, foram implantadas na região a qualificação de profissionais de ecoturismo, melhorias nas acomodações existentes, a construção de novos empreendimentos, a valorização da gastronomia local e melhorias na infraestrutura básica da cidade, como transporte público, hospitais e postos de saúde, farmácias, saneamento, coleta de lixo, telefonia, entre outros (Cruz, 2003).

O turismo em áreas naturais é uma atividade que, se bem planejada e desenvolvida, pode trazer benefícios amplos para as populações locais, como a oportunidade de diversificação e consolidação econômicas; a geração de empregos; a conservação ambiental; a valorização da cultura; a conservação e/ou recuperação dos patrimônios histórico, artístico e ambiental; a recuperação da autoestima dos habitantes locais; e a redução da emigração, principalmente de jovens (Banducci jr.; Barreto, 2001). Além disso, a área *turistificada* precisa implementar serviços de qualquer natureza não podendo se esguiar-se da saúde do turista. Sabendo que o turismo apoia o desenvolvimento econômico da região da Chapada dos Veadeiros e que, este último, diz muito sobre suas demais características, é válido o questionamento do segmento do turismo agir como força motriz para a ascensão da saúde. A partir da sua interface com a saúde, a atração de investimento em turismo, que concentra o polo econômico na região, pode ser incentivadora da condição de saúde da Chapada dos Veadeiros, com créditos a infraestrutura.

4 O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas de saúde têm buscado incorporar cada vez mais em suas práticas operacionais a noção de território. Dessa forma, a aproximação do campo da saúde com a ciência geográfica vem promovendo diálogos bastante interessantes nos últimos anos.

4.1 Atores envolvidos

É evidente o avanço na forma de conduzir as políticas de saúde, sobretudo com a inserção da base territorial que, ainda em aprimoramento, subdivide o território em áreas de supervisão de atuação fixa. Em geral esse processo de territorialização é conduzido pelos gestores das políticas de saúde, todavia é possível identificar o papel de outros atores sociais de caráter participativo, como os representantes da educação (supervisores, chefes de turma, agentes operacionais e de campos), da comunidade (líderes, conselhos e associações), das unidades de saúde (profissionais de saúde), da iniciativa privada e órgãos setoriais. Os atores que atuam na ponta dos programas de vigilância detêm o conhecimento mais detalhado das singularidades do território, levando em conta a compreensão do espaço urbano, suas contradições e seus desafios operacionais.

4.2 Políticas públicas e ações de gestão em saúde

O Ministério da Saúde junto à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) apresenta a primeira Cartilha do Sistema Único de Saúde (SUS), suas doutrinas e seus princípios, inspirada na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde. Nela estão consagradas as aspirações da saúde pública. O *ABC do SUS* contou com, além da SNAS, a participação de instituições e profissionais de saúde para elaborar com empenho este documento (Brasil, 1990).

Baseado nos preceitos Constitucionais, a construção do SUS se norteia em alguns princípios doutrinários que se configuram:

- i) quanto à universalidade – garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Onde o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os

serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Estado;

- ii) quanto à integralidade – reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- iii) quanto à equidade – asseguarção de ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos;
- iv) quanto à regionalização e hierarquização – organização dos serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível;
- v) quanto à resolubilidade – resolução dos serviços até o nível de sua competência conforme exigência do indivíduo no atendimento ou impacto coletivo sobre a saúde.

A organização do SUS é regida:

- i) quanto à descentralização – redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo e rápida tomada de decisão. Portanto, obedecendo as responsabilidades conforme as abrangências das unidades municipal, estadual e federal. Buscando, desse modo, nítido reforço do poder municipal sobre a saúde, a chamada municipalização da saúde;
- ii) quanto á participação dos cidadãos – participação da população na formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, através de suas entidades representativas.

Ao entender as relações que se desdobram em diferentes funções-usos espaciais, torna-se possível delimitar territorialmente um espaço para a implementação de ações práticas de saúde (Faria e Bortolozzi, 2009, p.37). A qualidade dos programas de saúde pública deriva de uma boa gestão territorial com ações integradas que contemplem todos os setores infraestruturais envolvidos. Como efeito, a exigência de um trabalho interdisciplinar produzido em saúde no Brasil. No que tange a territorialidade, a manifestação do perfil de

saúde-doença numa população, portanto, é determinada conforme as relações socioespaciais que resultam das condições locais desses perímetros homogêneos. Esse contexto é mais bem apresentado sob a luz da Vigilância Ambiental em Saúde. No campo da Geografia da Saúde, a Vigilância em Saúde busca “compreender o processo de organização do espaço geográfico, pelas sociedades humanas, em diferentes tempos e lugares, é uma forma particular de entender as doenças.” (Lemos e Lima, 2002, p. 85).

A despeito de sua recente incorporação no Brasil, a Vigilância Ambiental em Saúde representa uma demanda da intervenção do indivíduo e do meio ambiente, com ênfase no espaço urbano e coletivo, ora harmônica, ora nociva. Nesse sentido, o sistema integra ações e informações para monitorar fatores de risco biológicos e não-biológicos, reafirmado pelo Ministério da Saúde por:

conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças e outros agravos à saúde (BRASIL, 2002, p.7).

O planejamento da vigilância em saúde, sustentado pela categoria território, é capaz de ampliar seu campo de atuação formal sobre o espaço dinâmico das relações sociais. Essa territorialização emerge, sobretudo, dos espaços da vida cotidiana desde o domicílio (dos programas de saúde da família) até as áreas de abrangência (de unidades de saúde), afirma Monken (2003).

Segundo Lemos e Lima (2002), não é possível fazer Vigilância Ambiental em Saúde sem os estudos geográficos, uma vez que é uma forma particular de promover a erradicação das doenças. A Geografia Médica admite, portanto, a distribuição e a origem das doenças dentro do processo de organização do espaço geográfico levando em conta as variáveis Sociedade/Meio/Agente/Vetor e suas interações, como oferece subsídio para a atitude do governo para reverter o quadro epidemiológico do campo da vigilância ambiental e sanitária.

No entanto, o desafio atual dos gestores é exatamente lidar com essa territorialização. Diante as dificuldades encontradas para sua efetivação está a formação de profissionais esvaziada de conteúdos relacionados a noções geográficas e cartográficas, bem como desatualização dessa formação; a prevalência da remediação sobre a cura, no que diz respeito

a promoção das ações de saúde; e a execução efetiva de ações intersetoriais na operacionalização dessas políticas de saúde.

Há, portanto, uma emergência na necessidade de reestruturação das ações de vigilância nas secretarias estaduais e municipais de saúde e de formação de equipes multidisciplinares que dialoguem com outros setores (Barcellos e Quitério, 2006).

Portaria do Ministério da Saúde em 2002, que regulamentou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), define a região de saúde como “base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando-se as características demográficas, sociais, econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras” (SES/GO, 2013). Em complemento, o Decreto nº 7.508, legaliza Região de Saúde como:

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Instaura também que a Região de Saúde deve conter ações e serviços de atenção primária, de urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Nesse contexto, busca contemplar a lógica do planejamento integrado no processo de regionalização no Estado de Goiás com ressaltos às noções de territorialidade, conformando sistemas funcionais de saúde para a identificação de prioridades para intervenção, proposto nos preceitos constitucionais do *ABC do SUS*. Dentre os sistemas funcionais, cabe destacar as superintendências goianas.

No Goiás existem sete superintendências voltadas à saúde do Estado: a Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças (SGPF); a Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde (SUNAS); a Superintendência Executiva (SUPEX); a Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA); Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde (SCATS); a Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SEST); e a Superintendência de Política de Atenção Integral à Saúde (SPAIS). As Superintendências da Secretaria do Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) em

parceria com o Ministério da Saúde instituiu o Mapa da Saúde de Goiás, desenvolvido pela Assessoria de Informação em Saúde sob decreto do ano de 2011, que o reconhece como “descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema”. O Mapa da Saúde é apresentado em três cores, padrão de análise: VERDE – dados positivos ou satisfatórios; AMARELO – condição intermediária (pode ser melhorada); e VERMELHO – dados negativos ou insatisfatórios.

A ferramenta busca facilitar o acesso, a obtenção, a leitura, o monitoramento e a análise das informações oriundas de vários indicadores em saúde e da distribuição dos recursos humanos, das ações e dos serviços ofertados pelo SUS. Eficaz ferramenta, de um lado, para os gestores e profissionais, de outro, para os pesquisadores. Com base no Mapa da Saúde, sob a égide do Novo Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Goiás (PDR-GO) com o auxílio da Cartilha de Indicadores de Saúde Georreferenciados de 2013, as análises delineiam a situação da saúde da Chapada dos Veadeiros com base nos eixos temáticos:

a) Estrutura do Sistema da Saúde (Capacidade instalada/oferta cobertura)

- **Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h:** é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre a Atenção Básica de saúde e Atenção Hospitalar, conta com uma equipe multiprofissional. Implantada em locais ou unidades estratégicas para a configuração da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com lógica de acolhimento e de classificação de risco. Campos Belos, sede da Regional de Saúde do Nordeste I - Goiás, é o único município da região da Chapada dos Veadeiros que tem projeto de licitação/proposta cadastrada para o recebimento de uma UPA, mas ainda se encontra na ETAPA I – recebeu recurso de investimento pelo MS, mas não iniciou as obras. Não há previsão para construção nos demais municípios (SCATS/SESGO, 2014).

- **Razão entre o Local de Internação e Local de Residência:** é a proporção, em um ano determinado, entre o número total de internações do SUS registradas em uma dada unidade geográfica e o número de internações de residentes nesta unidade. Razão superior a 1 traduz que o local onde ocorreram as internações forneceu mais leitos que a demanda das internações do mesmo município, neste ano.

Tabela 8. Razão entre o Local de Internação e o Local de Residência

Município	Razão Internação e Residência
Alto Paraíso de Goiás	0
Nova Roma	0
Teresina de Goiás	0
São João d'Aliança	0,23
Monte Alegre de Goiás	0,53
Colinas do Sul	0,93
Campos Belos	1,07
Cavalcante	4,64

Fonte: SIH/SUS, 2012

Portanto, a razão da morbidade hospitalar e residências permite visualizar os municípios que atendem além da sua demanda, bem como a locomoção intermunicipal em busca de atendimento médico. Cavalcante foi o município com maior atendimento aos municípios limítrofes, com razão 4,64 (tabela 8).

b) Redes de Atenção à Saúde

É conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2011).

- **Cobertura Populacional Estimada pelas equipes de Atenção Básica (SISPACTO):** população coberta pela atenção básica, tendo como referência 3.000 pessoas por cada equipe da Estratégia de Saúde da Família, conforme Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – Portaria 2488/11, em determinado local e período. Método de cálculo:

$$\frac{(N^{\circ} \text{ de equipe ESF} + N^{\circ} \text{ de equipe ESF equivalente}) \times 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

Tabela 9. Cobertura pela Atenção básica

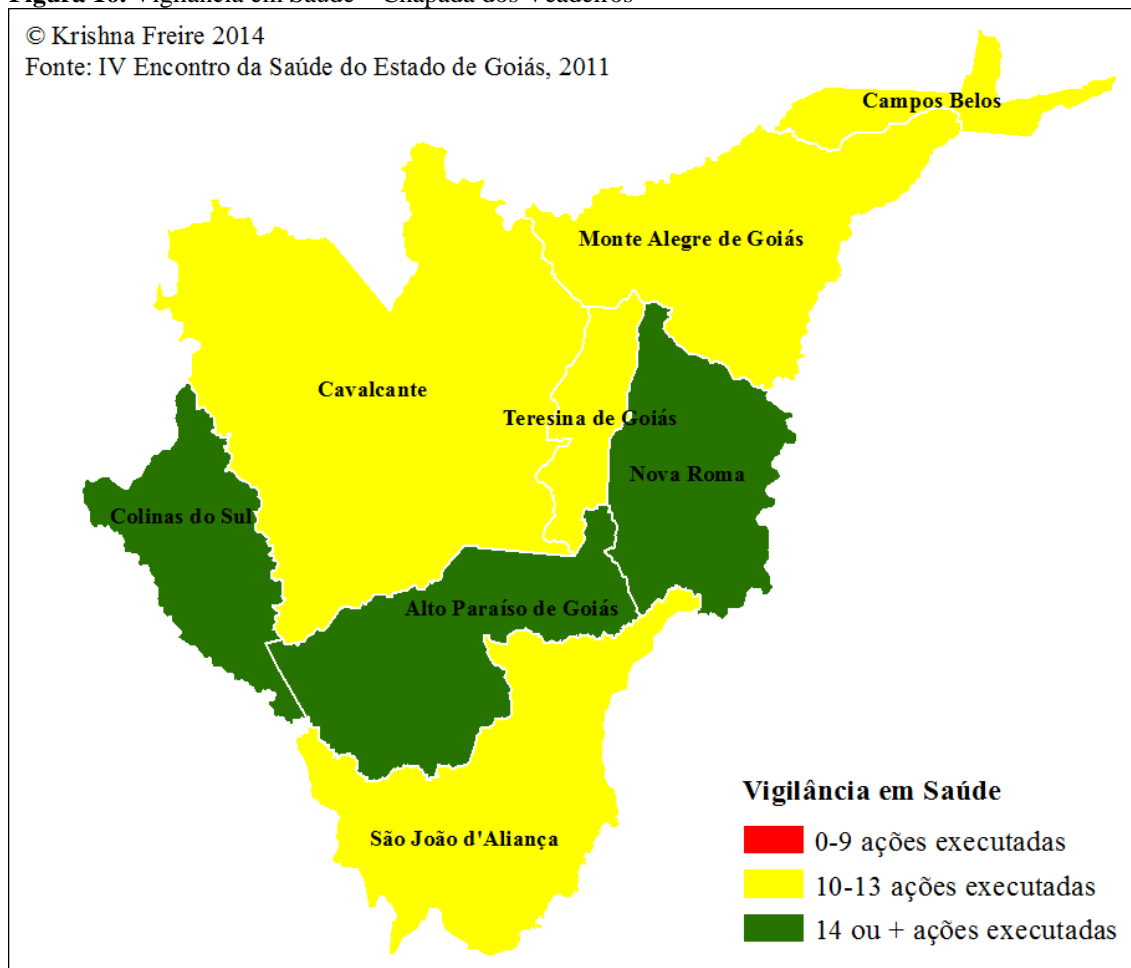
Município	Cobertura pela Atenção Básica
Teresina de Goiás	292%
Colinas do Sul	172%
Alto Paraíso de Goiás	157%
Nova Roma	116%
São João d'Aliança	111%
Cavalcante	95,50%
Campos Belos	80,60%
Monte Alegre de Goiás	76,40%
Média	138%

Fonte: CNES/DAB, 2014

Teresina de Goiás apresentou o melhor desempenho nesse indicador. Entretanto, sua população é a menor de toda a chapada o que pode ter interferido na tabulação dos dados. Alto Paraíso, por sua vez, é o segundo município mais habitado da região e encontra-se em ótima porcentagem de cobertura pela ESF (tabela 9).

- **Vigilância em Saúde:** ações declaratórias, executadas ou não, segundo percepção dos secretários municipais no IV Encontro da Saúde do Estado de Goiás. Documento do Ministério da Saúde, define a Vigilância em Saúde “como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade e do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde” (Portaria Ministerial nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009 apud MS).

Figura 16. Vigilância em Saúde – Chapada dos Veadeiros



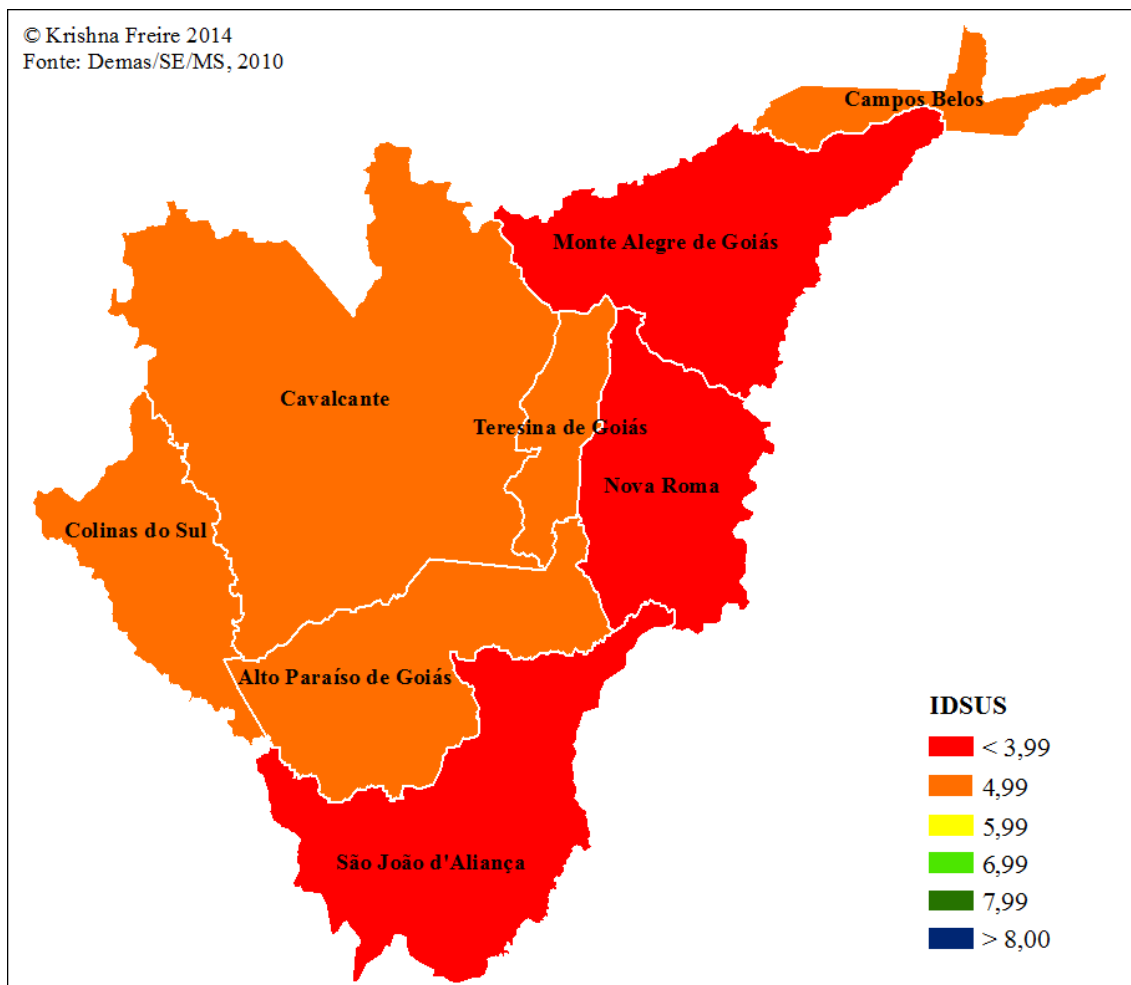
Fonte: IV Encontro da Saúde do Estado de Goiás, 2011/ Mapa da Saúde de Goiás

Quanto mais ações executadas, maior a qualidade do atendimento à saúde, uma vez que a vigilância sanitária dos serviços de saúde busca elevar a qualidade dos estabelecimentos. O mapa (figura 16) a arrancada de ações de vigilância executadas em Colinas do Sul, Alto Paraíso de Goiás e Nova Roma, o que demonstra que estas possuem atendimento superior aos municípios fronteiriços.

Para uma apreciação mais detalhada, o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é uma análise sintética do cruzamento de 24 indicadores, que propõe uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema Único de Saúde quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das Atensões Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências. O IDSUS avalia o quanto a rede pública, disponível em determinado município, cumpre com as metas preconizadas. Ainda incipiente, o novo modelo de avaliação, implementado em 2012, é alvo de críticas pelos pesquisadores da área por seu caráter reducionista, pois considera que a população total deveria ser coberta pelo SUS, não levando em conta a grande parcela atendida por planos de saúde.

Os dados do IDSUS devem ser interpretados com cautela. No entanto, é um medidor importante enquanto instrumento de nivelamento das administrações de saúde.

Figura 17. Índice de Desempenho do SUS – Chapada dos Veadeiros



Fonte: Demas/SE/MS, 2010

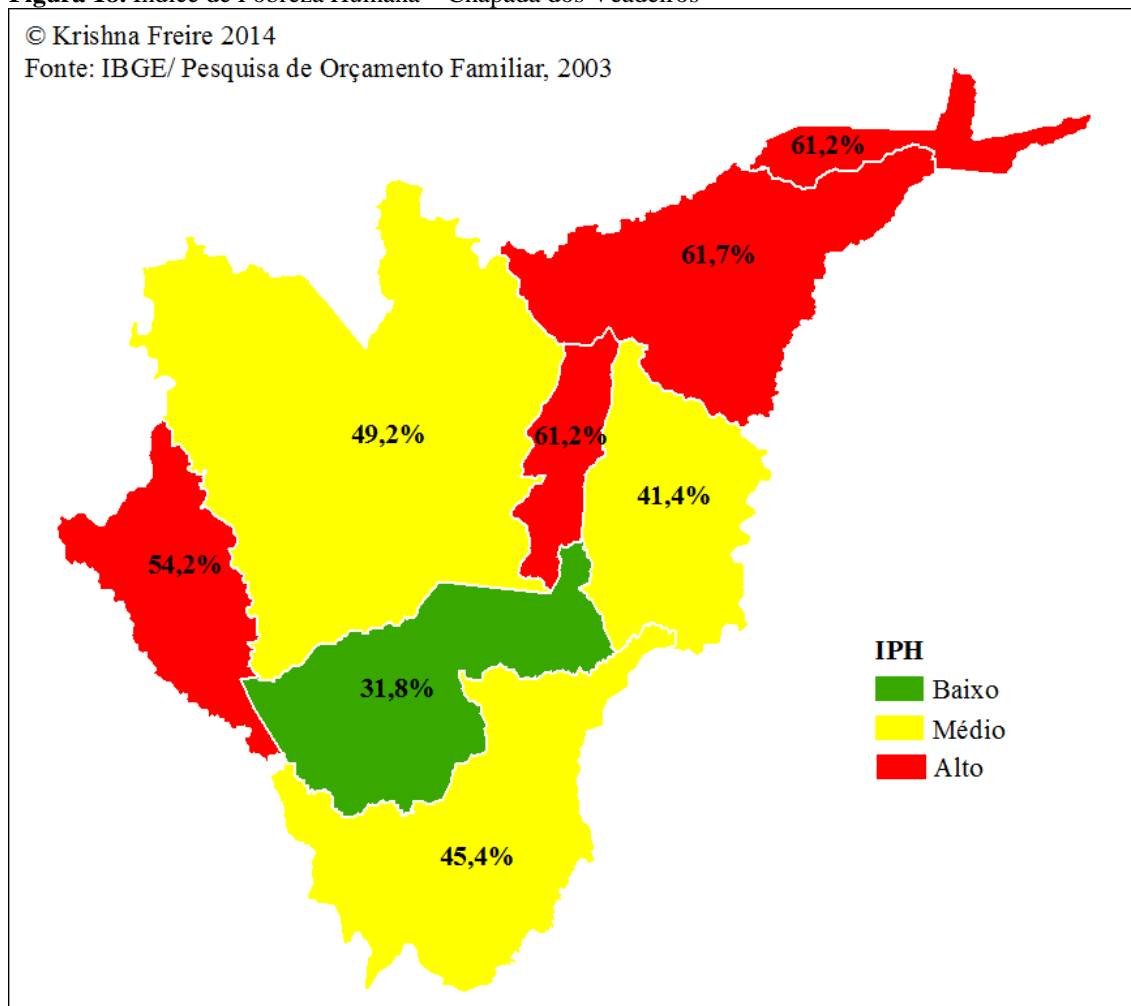
O IDSUS é baixo em toda a região, mas em Nova Roma, Monte Alegre e São João d'Aliança, é menor. O mapa acima (figura 17) elucida bem o desleixo da rede pública na Chapada dos Veadeiros dadas as reais diferenças nos níveis de complexidade dos sistemas de saúde existentes nos municípios. Mas o IDSUS tem uma interpretação difícil e inviabiliza uma comparabilidade real dos indicadores.

Esta realidade deve ser interpretada dos pontos de vistas das condições históricas e econômicas da região e dos municípios. Entretanto, sabe-se que os municípios em vermelho a pontuação abaixo de 5,0 representa nota razoável, dado que a nível nacional o resultado também não se mostrou diferente, o país tirou nota 5,47 em qualidade e acesso a serviços da rede pública de saúde.

A nota 7 é atribuída como o mínimo que o SUS "deveria ter" se a população tivesse qualidade de vida. Isso significa que esses municípios da Chapada dos Veadeiros estão distantes do SUS ideal, em que o atendimento é adequado e para todos.

Ainda nesse raciocínio de comparação de indicadores, o Índice de Pobreza Humana (IPH), desenvolvido com base na Pesquisa de Orçamento Familiar, serve como indicador de pobreza que existe em determinada região e indica a privação da população de uma coletividade a partir de uma média de três elementos essenciais: longevidade – porcentagem de pessoas que não esperam sobreviver até os 40 anos, alfabetização – porcentagem de adultos analfabetos e padrão de vida – total de pessoas sem acesso à água potável, número de adultos sem acesso aos serviços de saúde e total de crianças subnutridas com menos de 5 anos. Quanto maior a porcentagem obtida, maior a pobreza.

Figura 18. Índice de Pobreza Humana – Chapada dos Veadeiros



Fonte: IBGE/ POF, 2003

Resultados do mapa (figura 18) apontam que o índice de pobreza é alto no norte da região e Colinas do Sul, isto é, em 4 de 8 municípios, mostrando o baixo rendimento da Chapada dos Veadeiros. São João d'Aliança, Nova Roma e Cavalcante encontram-se em

percentual médio. Baseado nesse e nos levantamentos anteriores, somente Alto Paraíso de Goiás apresentou baixo índice de pobreza, como também o maior índice de Gini, não obstante ao alto IDH-M. Isto é, embora menos pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza, Alto Paraíso é o município onde há mais desigualdade de renda, por outro lado, onde há maior qualidade de vida.

5 SITUAÇÃO DE SAÚDE: UMA BREVE ANÁLISE SOBRE A CHAPADA DOS VEADEIROS

A situação de saúde, segundo Monken (2005) tem sido compreendida no terreno da Vigilância em Saúde. Esta última é entendida como "uma dada organização tecnológica do trabalho", que atua no planejamento e gerenciamento de um modelo assistencial e operacional que combina tecnologias destinadas ao controle dos determinantes do processo saúde-doença.

A situação de saúde revela as condições de vida e o perfil de adoecimento e morte de uma população, evidenciando seus determinantes e condicionantes (causas e consequências). Constitui-se em subsídio fundamental para o processo de planejamento de ações para o enfrentamento contínuo dos problemas identificados (MS, 2006).

Segundo Castellanos (1987) apud MS (2006), a situação de saúde de um determinado grupo de população é assim, um conjunto de problemas de saúde, descritos e explicados desde as perspectivas de um ator social; quer dizer, de alguém que decide uma conduta determinada em função de uma dita situação.

A Análise da Situação de Saúde (ASIS) é, portanto, a descrição e investigação dos problemas de saúde da população, a fim de identificar necessidades sociais de saúde e determinar prioridades de ação.

A geografia, grosso modo, atua como mediadora do diálogo entre o comportamento espacial e o processo saúde-doença. Debruçando sobre os conceitos de território, o foco deixou de ser a doença e passou para os determinantes sociais das condições de saúde. "A apropriação social do espaço produz territórios e territorialidades propícias à disseminação de determinadas enfermidades", afirma Faria e Bortolozzi (2009). Na qual os usos e as funções que cada recorte espacial admite perfis territoriais que revelam as condições de acesso aos serviços de saúde, exposição a fatores de risco, exclusão socioespacial, e demais fatores que determinam as situações de saúde de grupos sociais. "Esta flexibilização do conceito permite tratar de territorialidades como expressão da coexistência de grupos [...]. Nestas territorialidades, a apropriação se faz pelo domínio de território [...] e constituem parte do tecido social, expressam uma realidade, mas não substituem em nosso entender a dominação política de territórios em escalas mais amplas" (Suertegaray, 2001). A saúde na perspectiva do território e das territorialidades apresenta a precarização no setor diante as desigualdades que permeiam desde o perfil socioeconômico dos municípios integrantes à região.

Como referem Sabroza e Waltner-Towes, (2001) apud Minayo (2002), "o binômio saúde-doença se constitui como um processo coletivo, portanto, é preciso recuperar, nesse

coletivo, o sentido do território como espaço organizado para análise e intervenção, buscando identificar, em cada situação específica, as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro de ecossistemas modificados pelo trabalho e pela intervenção humana”.

5.1 Diretrizes da saúde: indicadores básicos

i) **Frequência das internações e óbitos nos capítulos da CID-10**

- Classificação Internacional de Doenças – CID 10 visa padronizar a codificação de doenças. A frequência é coletada de acordo com ano e local de residência, apresenta o *ranking* da frequência das internações/óbitos, com o objetivo de estabelecer a magnitude das ocorrências e a participação relativa dos principais grupos de causas. De modo geral, este indicador é influenciado por fatores internos, tais como condições socioeconômicas, perfil demográfico, infraestrutura de serviços públicos e acesso e qualidade dos serviços de saúde (Goiás, 2011).

- Notificações registradas pelo SINAN: Acidente por animais peçonhentos, Dengue, Doença de Chagas, Febre Amarela, Esquistossomose, Hepatites Virais, Leishmaniose Tegumentar Americana, Leishmaniose Visceral, Leptospirose e Meningite.

- Óbitos registrados pelo SIM/IBGE: Doença de Chagas, Diarreia, HIV, Septicemia e Tuberculose Pulmonar.

- Tabulação de Causa Múltipla e faixa etária jovem adulto (30-40 anos) pelo TabWin/DATASUS.

ii) **Coefficiente de mortalidade infantil**

O número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008, p. 108-109). Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e reflete, de modo geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura sanitária, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20), parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico. Com esses pilares, é capaz de propor análises populacionais e periódicas, contribuindo nas

avaliações socioeconômica e de saúde da população, prestando-se para comparações. Chama atenção às políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção de saúde infantil. No entanto, pode haver necessidade de informações adicionais sobre a composição do indicador, que podem sinalizar a adoção de intervenções diferenciadas sobre a qualidade da atenção à saúde (mortalidade neonatal) ou sobre o ambiente (mortalidade pós-neonatal).

(Ministério da Saúde: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e IBGE: Diretoria de Pesquisas (DPE) e Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIIS), 2011).

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes com menos de um ao de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$$

iii) Taxa de leitos hospitalares por habitante

Número de leitos hospitalares públicos e privados, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008, p. 240-241). Mede a relação entre a oferta de leitos hospitalares e a população residente para analisar variações geográficas e temporais, identificando situações de desigualdade ou tendências que demandem ações específicas, bem como subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas a assistência médico-hospitalar. É influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos. Entretanto, inclui a demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes, o que altera a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente.

O parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde é de 2,5 a 3 leitos/mil habitantes (IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (MAS) e base demográfica, 2011).

$$\frac{\text{Número de leitos hospitalares}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 1000$$

iv) Número de profissionais de saúde por habitante

Número de profissionais de saúde em atividade, por mil habitantes, segundo categorias, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008, p. 238-239). Mede a disponibilidade de profissionais de saúde, por categorias selecionadas, segundo a sua localização geográfica e é influenciado pelas condições socioeconômicas regionais e, em menor escala, por políticas públicas de atenção à saúde. Serve para verificar a distribuição de profissionais de saúde, situações de desigualdade e para a formação de profissionais de saúde e sua inserção no mercado de trabalho. Todavia, o indicador não discrimina os profissionais em atividade assistencial ou gerencial.

(Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES): Sistema de Informações de Recursos Humanos para o SUS (SIRH) e base demográfica do IBGE, 2011).

$$\frac{\text{Número de profissionais, da categoria de saúde específica}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 1000$$

5.2 Porção de cobertura: desigualdade social em saúde

Com base nos eixos estratégicos/temas publicados no sítio do *I Congresso de Geografia da Saúde dos Países de Língua Portuguesa – GeoSaude* (UC.PT – FLUC, 2014) sobre equidade e desigualdade em saúde:

“O agravamento das desigualdades e iniquidades em saúde, não exclusivamente em termos de resultados em saúde mas, igualmente, em termos de acesso à oferta dos serviços de saúde, é um tema atual que merece reflexão. Neste sentido, torna-se fundamental identificar riscos/oportunidades, apoiar a explicação dos fenômenos e avançar com orientações/medidas/ações que eliminem ou reduzam as iniquidades em saúde, quer sejam geográficas, de género, socioeconômicas, ou outras.” (FLUC, 2014).

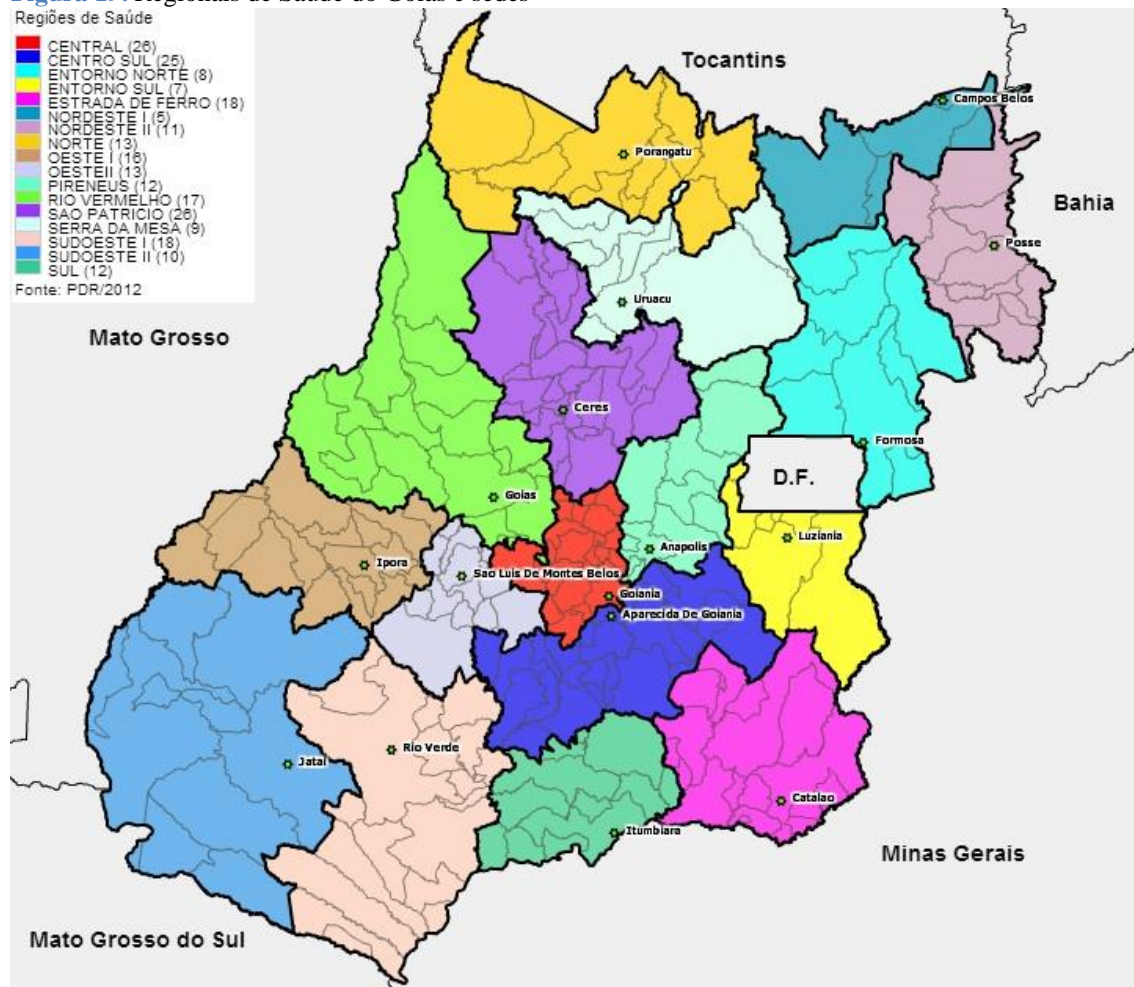
As desigualdades sociais são inerentes às condições de vida e de saúde dos indivíduos, dado que os riscos e os recursos em saúde podem também ser distribuídos de forma desigual a depender do acesso aos bens e serviços, bem como das posições ocupadas por estes na sociedade. Essas desigualdades sociais direcionadas ao tema da Saúde referem-se a diferenças, variações e disparidades nos padrões de saúde de grupos distintos determinados pela estrutura da sociedade na qual se inserem (MS, 2013).

A decorrência do conceito de desigualdade social, aplicado à área da Saúde, dá-se pela distribuição desigual da saúde e da doença entre os grupos sociais. As desigualdades naturais propiciam o surgimento de desigualdades sociais, uma vez que a sociedade impõe os atributos de estratificação (sexo, etnia, idade, força física, inteligência, habilidade inatas, entre outros) como critério para atribuição de papéis sociais.

Como mecanismo de classificação, podendo reverberar ou não na questão da desigualdade, o sistema de saúde do estado do Goiás é dividido em dezesseis Regionais de Saúde (figura 19), são as quais: Central, Centro Sul, Rio Vermelho, Oeste I, Oeste II, Entorno

Norte, Entorno Sul, Nordeste, Norte, Serra da Mesa, Pireneus, São Patrício, Sudoeste I, Sudoeste II, Estrada de Ferro e Sul. A Chapada dos Veadeiros abrange as regionais de saúde Nordeste, com os municípios de Alto Paraíso de Goiás, Campos Belos, Cavalcante, Monte Alegre de Goiás e Teresina de Goiás; parte da Entorno Norte com Nova Roma e São João d'Aliança e apenas Colinas do Sul na regional Serra da Mesa.

Figura 19. Regionais de Saúde do Goiás e sedes



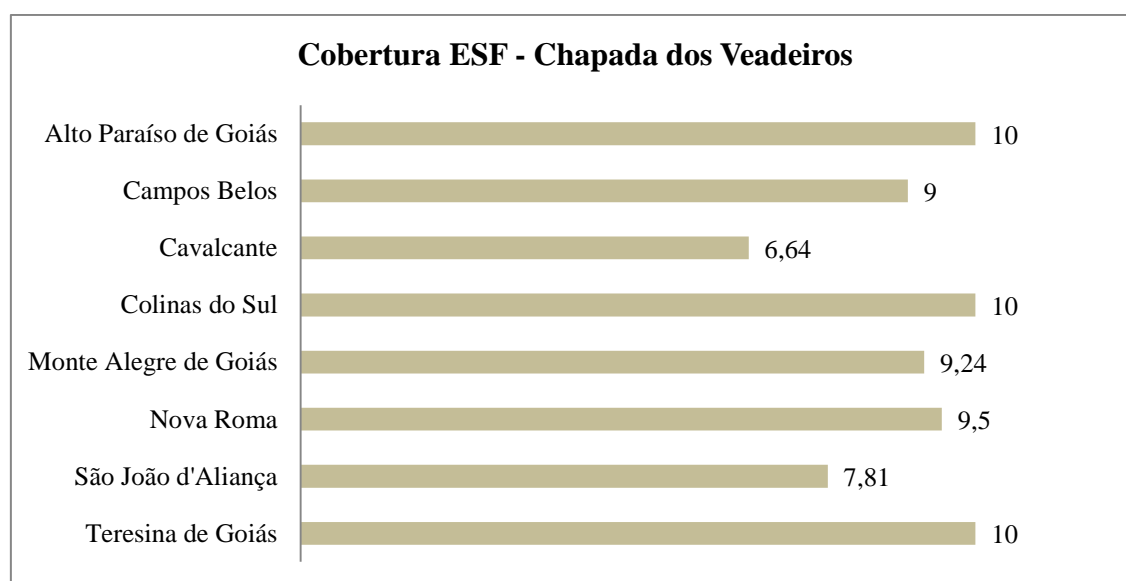
Fonte: PDR, 2012.

5.3 Atenção básica e o Sistema Único de Saúde (SUS)

A Atenção Básica envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. Ela deve ser a porta preferencial de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo assim o seu acesso e os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção (SES-SC, 2014). Para isso, foi criada em 1994 por incentivo do Ministério da Saúde a Estratégia Saúde da Família (ESF) para reordenar o modelo assistencial buscando concretizar os princípios de integralidade, universalidade e participação social, firma-se como pilar da estruturação das redes de atenção à saúde. A ESF busca a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde. A ESF possui um suporte de equipes compostas por Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A partir do Banco de Dados Estatísticos do Goiás (BDE-GO), é possível verificar a porção de cobertura da Estratégia da Saúde da Família para cada 4 mil habitantes na região da Chapada dos Veadeiros. Na *figura 20*, a tabela apresenta os municípios e os valores de coberturas da ESF. Entre os maiores estão Alto Paraíso de Goiás, Colinas do Sul e Teresina de Goiás. Enquanto Cavalcante e São João d'Aliança obtêm as menores coberturas.

Figura 20. Cobertura ESF na Chapada dos Veadeiros



Fonte: SEGPLAN, 2010.

O Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado pela 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”. Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano, “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros”. (Brasil, 1990).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até os mais complexos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros (Portal da Saúde/Ministério da Saúde, 2014). Afinal, esta mesma assegura:

a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada.” Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

A prática do SUS pode ser facilmente entendida como uma prática territorial, uma vez que deve compreender os direitos territoriais e as necessidades de uma maior aproximação da saúde com os conceitos desenvolvidos nas ciências sociais, entre as quais a Geografia e a categoria território.

A atenção voltada à emergência do interesse pela categoria território como nova variante da aproximação entre a geografia e saúde, sobretudo na Chapada dos Veadeiros, se dá em razão das incompatibilidades municipais da organização político-administrativa no desenvolvimento das ações de saúde pública. Com o objetivo de revelar falhas e questionar, a partir de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações na área delimitada.

Os problemas de saúde apresentam uma diversidade de determinações, fazendo com que propostas de resolução sejam baseadas em múltiplas estratégias, medidas e atores. Destaca-se, ainda, nesse processo, o conhecimento popular e a participação social decorrente desse saber como base para a formulação conceitual e das ações de promoção da saúde (Monken, 2005).

Gondim et al (2008) apud Bezerra (2012) ressalta que o SUS inovou quando aplicou a municipalização como diretriz operacional do novo sistema de saúde, que trouxe a noção de território e a necessidade de se delimitar áreas operacionais de acordo com cada local, com o intuito de solucionar problemas em consonância com as necessidades mais urgentes e próximas das populações.

5.4 Análises e resultados

5.4.1 Principais grupos de causa: morbidade e mortalidade

Frequência das internações em Goiás, por lista de capítulos da CID-10, segundo regional de saúde, 2009*.

- Em Alto Paraíso de Goiás, o grupo de causa com maior percentual de internação foi *Gravidez parto e puerpério* (30,2%) e maior ocorrência na faixa etária de 15-19 anos; em segundo lugar, *Doenças do aparelho respiratório* (11,6%) e maior ocorrência na faixa etária de 1-4 anos; e, em terceiro, *Algumas doenças infecciosas e parasitárias* (8,4%) e maior ocorrência na faixa etária 65 anos e mais.

- Em Campos Belos, o grupo de causa com maior percentual de internação foi *Doenças do aparelho respiratório* (21%) e maior ocorrência na faixa etária < 1 ano; em segundo lugar, *Gravidez parto e puerpério* (18,2%) e maior ocorrência na faixa etária de 15-19 anos; e, em terceiro, *Algumas doenças infecciosas e parasitárias* (15,4%) e maior ocorrência na faixa etária de 5-9 anos.

- Em Cavalcante, o grupo de causa com maior percentual de internação foi *Gravidez parto e puerpério* (20,6%) e maior ocorrência na faixa etária de 15-19 anos; em segundo lugar, *Doenças do aparelho respiratório* (17,3%) e maior ocorrência na faixa etária < 1 ano; e, em terceiro, *Doenças do aparelho circulatório* (13%) e maior ocorrência na faixa etária 60 anos e mais.

▪ Em Colinas do Sul, o grupo de causa com maior percentual de internação foi *Doenças do aparelho respiratório* (30,7%) e maior ocorrência na faixa etária < 1 ano; em segundo lugar, *Doença do aparelho geniturinário* (13%) e maior ocorrência na faixa etária de 20-49 anos; e, em terceiro, *Gravidez parto e puerpério* e *Doenças do aparelho circulatório* (10,1% cada), o primeiro com maior ocorrência na faixa etária de 20-49 anos e o segundo, 65 e mais.

▪ Em Monte Alegre de Goiás o grupo de causa com maior percentual de internação foi *Gravidez parto e puerpério* (22,3%) e maior ocorrência na faixa etária de 15-19 anos; em segundo lugar, *Doenças do aparelho respiratório* (22,1%) e maior ocorrência na faixa etária < 1 ano; e, em terceiro lugar, *Doenças do aparelho circulatório* (12,7%) e maior ocorrência na faixa etária 65 e mais.

▪ Em Nova Roma o grupo de causa com maior percentual de internação foi *Gravidez parto e puerpério* (25,8%) e maior ocorrência na faixa etária de 15-19 anos; em segundo lugar, *Doenças do aparelho circulatório* (12,9%) e maior ocorrência na faixa etária 50 e mais; e, em terceiro lugar, *Doenças do aparelho respiratório* e *Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas* com percentual (9,7% cada), o primeiro com maior ocorrência na faixa etária de 1-4 anos e o segundo 20-49 anos.

▪ Em São João d'Aliança o grupo de causa com maior percentual de internação foi *Gravidez parto e puerpério* (25,6%) e maior ocorrência na faixa etária de 15-19 anos; em segundo lugar, *Doenças do aparelho digestivo* (15,6%) e maior ocorrência na faixa etária 60 e mais; e, em terceiro lugar, *Doenças do aparelho respiratório* (13,6%) e maior ocorrência na faixa etária de 1-4 anos.

▪ Em Teresina de Goiás, o grupo de causa com maior percentual de internação foi *Gravidez parto e puerpério* (22,4%) e maior ocorrência na faixa etária de 15-19 anos; em segundo lugar, *Doenças do aparelho circulatório* (19,8%) e maior ocorrência na faixa etária 65 e mais; e, em terceiro lugar, *Algumas doenças infecciosas e parasitárias* (14,7%) e maior ocorrência na faixa etária de 1-4 anos.

Quanto à morbidade, isto é, internações hospitalares, destacam-se os grupos de causa pelo CID10: IX (Doenças do aparelho circulatório) em 60 anos e mais, X (Doenças do aparelho respiratório), principalmente em menores de 4 anos e XV (Gravidez parto e puerpério), sobretudo, na faixa etária de 15 à 19 anos.

Frequência dos óbitos em Goiás, por lista de capítulos da CID-10, segundo regional de saúde, 2009*.

Quanto à mortalidade, foram utilizados os indicadores *Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas – CID10 no ano 2008*.

- Em Alto Paraíso de Goiás, o grupo de causa com maior percentual de óbito foi *Doenças do aparelho circulatório* (28,6%) e maior ocorrência na faixa etária de 50-54 anos; seguido por *Causas Externas* e *Neoplasias* (21,4% cada), o primeiro com maior ocorrência na faixa etária de 10-15 anos e o segundo, de 5-9 e 20-49 anos.

- Em Campos Belos, o grupo de causa com maior percentual de óbito foi *Doenças do aparelho circulatório* (30,6%) e maior ocorrência na faixa etária 60 e mais; seguido por *Demais causas definidas* (18,8%) e maior ocorrência na faixa etária de 1-4 anos.

- Em Cavalcante, o grupo de causa com maior percentual de óbito foi *Doenças do aparelho circulatório* (42,3%) e maior ocorrência na faixa etária de 50-64 anos; seguido por *Neoplasias* (23,1%) e maior ocorrência na faixa etária de 20-49 anos.

- Em Colinas do Sul, o grupo de causa com maior percentual de óbito foi *Demais causas definidas* (30%) e maior ocorrência na faixa etária 65 e mais; seguido por *Neoplasias*, *Doenças do aparelho circulatório* e *Causas Externas* (20% cada), o primeiro com maior ocorrência na faixa etária 50-64 anos, o segundo de 65 e mais, e o terceiro, de 20-49 anos.

- Em Monte Alegre de Goiás, o grupo de causa com maior percentual de óbito foi *Causas Externas* (33,3%) e maior ocorrência na faixa etária de 15-19 e 20-49 anos; seguido por *Neoplasias*, *Doenças do aparelho circulatório* e *Algumas afecções originadas no período perinatal* (16,7%), o primeiro com maior ocorrência da faixa etária 50 e mais, o segundo 50-64 anos e o terceiro, < 1 ano.

- Em Nova Roma, o grupo de causa com maior percentual de óbito foi *Doenças do aparelho circulatório* (30%) e maior ocorrência na faixa etária 65 e mais; seguido por *Demais causas definidas* e maior ocorrência na faixa etária < 1 ano.

- Em São João d'Aliança, o grupo de causa com maior percentual de óbito foi *Causas externas* (27,3%) e maior ocorrência na faixa etária de 30-49 anos; seguido por *Doenças do aparelho circulatório* e *Demais causa definidas* (22,7% cada), o primeiro com maior ocorrência na faixa etária 50-64 anos e o segundo, < 1 e 5-9 anos.

- Em Teresina de Goiás, o grupo de causa com maior percentual de óbito foi *Doenças do aparelho circulatório* (33,3%) e maior ocorrência da faixa etária de 50-64 anos; seguido por *Algumas doenças infecciosas e parasitárias*, *Causas Externas* e *Demais causas definidas*

(16,7% cada), o primeiro com maior ocorrência na faixa etária 60 e mais, o segundo 20-49 anos e o terceiro, 20-49 anos.

Destacam-se os grupos de causa IX (Doença do aparelho circulatório), sobretudo de 50-64 anos e II (Neoplasias) em diferentes subgrupos de idade.

Diante as notificações registradas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram selecionadas as variáveis *município de ocorrência* e *ano*, no período de 2007-2013, em razão da sua. Deu-se prioridade às doenças voltadas a notificação compulsória, tais quais: Acidente por animais peçonhentos, Dengue, Doença de Chagas, Febre Amarela, Esquistossomose, Hepatites Virais, Leishmaniose Tegumentar Americana, Leishmaniose Visceral, Leptospirose e Meningite.

Resultados mostram que Alto Paraíso obteve maior inventário de *acidente por animais peçonhentos*, com 116 casos confirmados. Campos Belos, por sua vez, maior índice de *dengue*, com 1.146 casos confirmados, de *hepatites Virais*, com 3 casos confirmados (dentre quatro municípios) e de *Leishmaniose Tegumentar Americana*, com 35 casos confirmados. Os casos de *Leishmaniose Visceral* foram o mesmo em Campos Belos e Cavalcante, 12 em cada. Em São João d'Aliança foram registrados 2 casos de *Leptospirose* (dentre três municípios). E, por último, em Colinas do Sul tiveram 3 eventos de *Meningite* (dentre quatro municípios). Não foram notificadas nesta fonte *Doença de Chagas*, *Febre Amarela* e *Esquistossomose*. Nova Roma foi o município com o menor número de casos.

As doenças ligadas ao meio ambiente, de focos naturais e os complexos patogênicos são impulsionadas por fatores sociais e econômicos, além dos meios físico e biológico.

Análise da Situação de Saúde disponibilizada pelo (Sistema de Informações de Mortalidade) SIM/IBGE de 2012, conforme as variáveis *Algumas doenças infecciosas e parasitárias* e *Óbitos e taxa por 100.000 habitantes* no período de 2001-2010, compreenderam enfermidades por Doença de Chagas, Diarreia, HIV, Septicemia e Tuberculose Pulmonar.

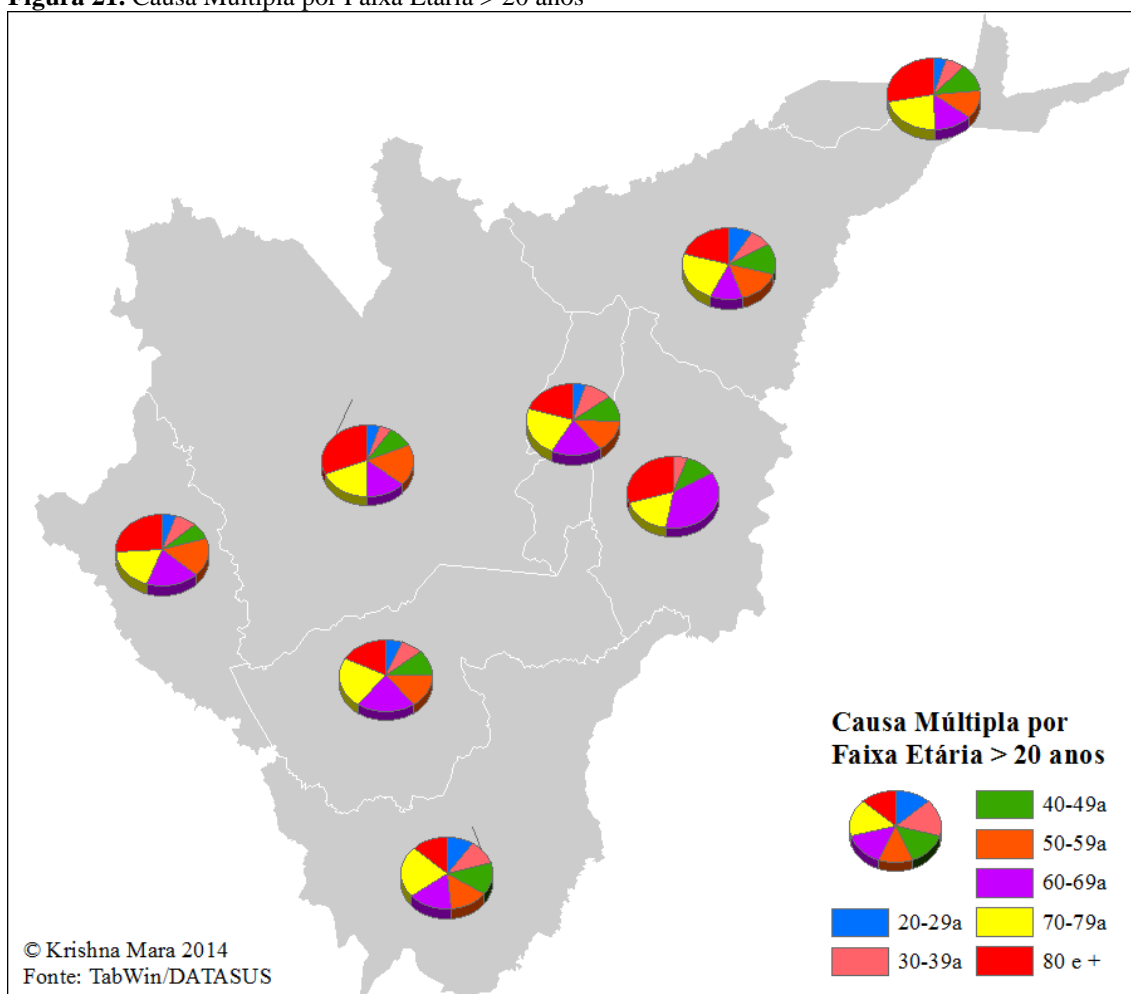
Resultados apontam que em Campos Belos, foram confirmados 41 casos de *óbitos por Doença de Chagas*, seguido por Cavalcante (21) e Alto Paraíso (17). O ano de 2004 foi o de maior ocorrência, com 17 casos. Também em *óbitos por Diarreia*, Campos Belos obteve o maior índice, com 4 casos confirmados, seguido por Cavalcante (3) e Teresina de Goiás (2). O ano de 2001 teve maior ocorrência, com 4 casos. Houve somente 1 caso de *óbito por HIV*, que ocorreu no município de Campos Belos em 2008. 6 casos de *óbitos por Septicemia* foram

confirmados em Campos Belos e 1 em São João d'Aliança. Os anos de maior ocorrência foi 2003 e 2010, ambos com 2 casos. Os *óbitos por Tuberculose Pulmonar* foram notificados apenas no município de Campos Belos, com 2 casos confirmados e ocorridos nos anos de 2005 e 2010.

Segundo dados dos Cadernos de Saúde do SIH/SUS, com base nos indicadores *Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas – CID10 e Faixa Etária* (por Local de Residência) no ano 2009, é possível verificar os índices de Morbidade e Mortalidade em escala municipal.

É importante avaliar a contribuição do grupo etário e a relação com a causa da morte, bem como o município com maior ocorrência, considerando a situação específica da Chapada dos Veadeiros. A fim de traçar um padrão etário da mortalidade, selecionou-se a categoria adulto jovem de 30-40 anos por causa da morte. Para tal, foi utilizada a *Tabulação de Causa Múltipla, Frequência por Município de Ocorrência e Causa Básica*, no período de 2006-2011 disponibilizadas pelo TabWin - DATASUS. A maior taxa foi do grupo de causa do capítulo CID10 XX – Causas externas de morbidade e mortalidade, em segundo lugar, IX – Doenças do aparelho circulatório. Os municípios com maiores coeficientes foram Campos Belos e São João d'Aliança. E, com menores, Nova Roma e Teresina de Goiás.

Figura 21. Causa Múltipla por Faixa Etária > 20 anos



Fonte: TABWIN/TABNET/DATASUS

As estatísticas de mortalidade por causas múltiplas aproveitam todas as causas mencionadas nos atestados - básicas e associadas (Ishitani e Franca, 2001). Para tanto, foi feita a tabulação de mortalidade por Causa Múltipla, frequência por *município de ocorrência* e *faixa etária*, no período 2006-2011 da Chapada dos Veadeiros (figura 21), para verificar a associação entre as afecções presentes no momento da morte. Pode-se observar que os registros são diretamente proporcionais à faixa etária, todavia, os municípios com mais mortes por Causas Múltiplas foram Campos Belos, com 465 e Cavalcante, com 159 mortes.

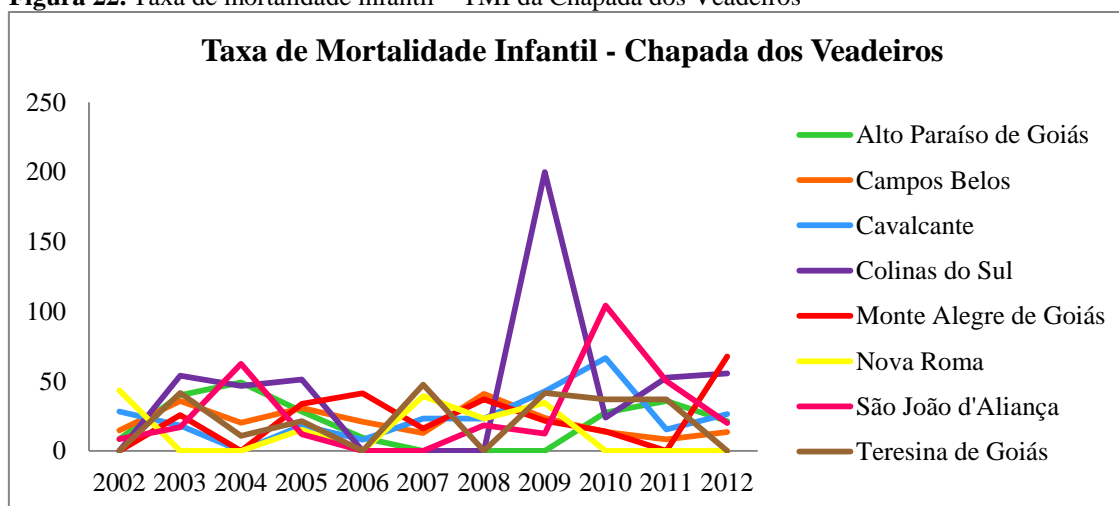
5.4.2 Mortalidade Infantil

O estudo de mortalidade na avaliação da situação da saúde de uma região, devido ao grau de disponibilidade dos dados que, muitas vezes, são os únicos instrumentos disponíveis para medir e avaliar os programas de saúde.

O coeficiente de mortalidade infantil reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (MS, 2008, p. 108). É um dos indicadores mais sensíveis da condição de saúde. Especificando mais a taxa de mortalidade dos municípios correspondentes na Chapada dos Veadeiros (figura 22), calculou-se os Óbitos de Residentes através do SIM e os Nascidos Vivos através do SIAB, no intuito de identificar a distribuição dos eventos o período de 2002 a 2012. A partir da equação: $[TMI = (Ob \div NV) \times 1000]$.

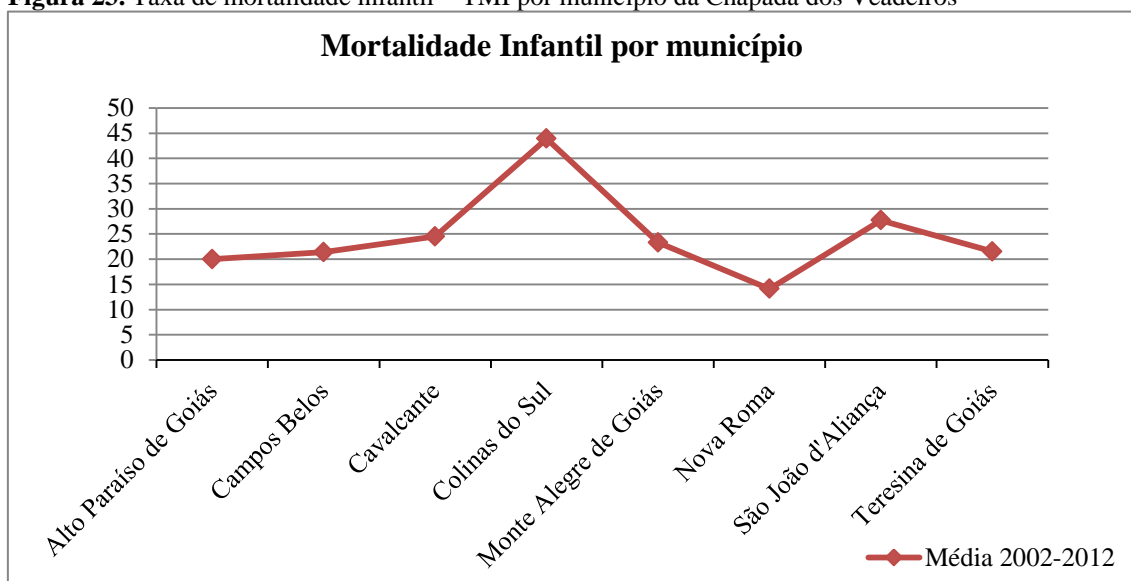
Em uma visão geral, a região apresentou um elevado resultado neste indicador. Uma situação atípica ocorreu em 2009 no município de Colinas do Sul, com uma taxa alarmante de 10 nascidos-vivos e 2 óbitos. Em 2010 ocorreu uma situação semelhante em São João d'Aliança. Os maiores coeficientes ocorreram em Colinas do Sul e, os menores em Nova Roma. Houve alguns coeficientes nulos, em especial, no município de Nova Roma.

Figura 22. Taxa de mortalidade infantil – TMI da Chapada dos Veadeiros



Fonte: MS/SVS/DASIS – SIM, SINASC e SIAB, 2002-2012

Figura 23. Taxa de mortalidade infantil – TMI por município da Chapada dos Veadeiros



Fonte: MS/SVS/DASIS – SIM, SINASC e SIAB, 2002-2012

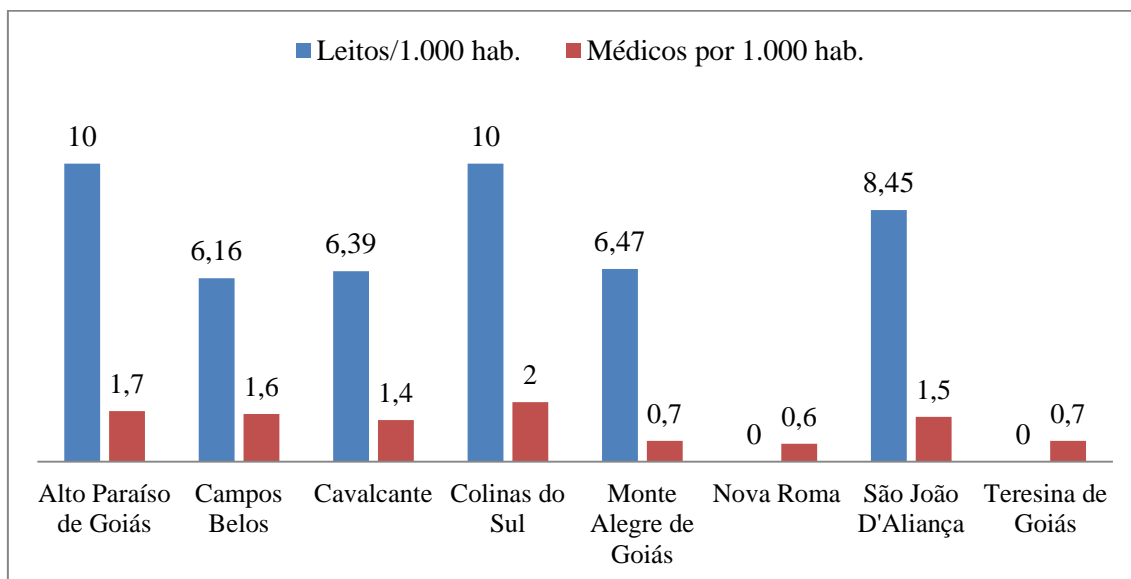
A diminuição da mortalidade tem como contrapartida a elevação da expectativa de vida ao nascer (MS, 2002). A TMI “estima o risco de um nascido vivo morrer durante as primeiras semanas até o 27º dia de vida. Reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido” (SES-GO,2011, p. 21). Com base no gráfico de Mortalidade infantil por município (figura 23), é possível fazer uma comparação da TMI na região da Chapada dos. Nesse sentido, Colinas do Sul é o município com a maior média aritmética no período de 2002 a 2012, com taxa muito superior aos municípios limítrofes. Por outro lado, Nova Roma e Alto Paraíso possuem os menores índices.

No caderno de morbidade, um dos grupos em destaque foi o XV (Gravidez parto e puerpério), sobretudo, na faixa etária de 15 a 19 anos, que reforça o elevado indicador da TMI. O principal motivo é a prematuridade do bebê, que pode ser provocada por falhas no acompanhamento durante a gestação da mãe ou na ausência de um atendimento neonatal de qualidade. Apesar dos resultados, não se deve dramatizar esta condição, uma vez que o aumento pode ser motivado apenas pela chamada "lei dos pequenos números", termo utilizado na Probabilidade Combinatória que significa subestimação da variabilidade de pequenas amostras, que foi o caso de Colinas do Sul.

5.4.3 Leitos e profissionais

Portaria n.º 1101 de 2002, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a proporção de 2,5 a 3 leitos/1000 habitantes e 2,5 médicos/1000 habitantes. Dados do CNES/DATASUS revelam que, ao todo, são 188 leitos, dos quais 124 são de atendimento do SUS, na região da Chapada dos Veadeiros. Valores mais específicos disponibilizados pela SEGPLAN (figura 24), apontam que os municípios de Alto Paraíso de Goiás e Colinas do Sul, ao sul da região da chapada, têm maiores índices no levantamento de disponibilidade de leitos, 10 leitos por mil habitantes cada. E também na densidade de médicos do SUS, 1,7 e 2 por mil habitantes, respectivamente, embora estejam abaixo da razão de 2,5 recomendada pelo MS. Nova Roma e Teresina de Goiás, ao centro do território, simplesmente não têm nenhum leito disponível e percentual de médicos mais baixo da região, comprovando carência na oferta assistencial.

Figura 24. Oferta médico-hospitalar - SUS da Chapada dos Veadeiros



Fonte: SEGPLAN

Segundo o CNES/DATASUS, juntos, os municípios somam 65 estabelecimentos de saúde e apenas 46 médicos, apontando que há um desequilíbrio de profissionais de saúde na região. Estudo feito pelo Cremesp/CFM, revela que médicos estão mal distribuídos e reforçam desigualdade no país (CMF/IBGE; Pesquisa Demográfica Médica no Brasil, 2011).

A situação de saúde da Chapada dos Veadeiros é largamente influenciada por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos. Mas a preocupação está na oferta médico-hospitalar, no que diz respeito à distribuição concentrada em pontos específicos da região,

distanciando-se da zona de equidade. Em geral, essa concentração está associada a condições que atraem investimentos do setor privado de saúde, como maior poder aquisitivo da população e demanda por serviços especializados.

5.4.4 IDM Saúde

A dimensão Saúde do IDM (tabela 10) envolve o cálculo do conjunto das variáveis vistas acima, com acréscimos de outras, são elas: média de Leitos hospitalares e média de médicos da rede SUS por mil hab.; Acompanhamento Pré-natal; Cobertura do programa Estratégia Saúde da Família (ESF) por 4 mil hab. e Saúde Bucal por 3.450 hab.; Mortalidade Infantil; Mortalidade por causas externas (acidentes ou violência); e Cobertura vacinal tetravalente (contra difteria, coqueluche, tétano e haemophilus influenzae tipo b). Como explana a matriz de variáveis para composição do IDM Saúde (tabela 11, vide anexos ou apêndices). O IDM proporciona uma colocação geral da saúde, após o tratamento particular prévio de alguns dos seus itens.

Os cinco níveis de desempenho são formados a partir do ordenamento ascendente do indicador. Os limites de cada nível foram calculados por meio dos percentis 20, 40, 60, 80 do IDM da dimensão (SEGPLAN, 2013), explicitados no mapa (figura 25):

1º nível (pior): 5,30 até 7,29

2º nível: maior que 7,29, menor ou igual a 8,03

3º nível: maior que 8,03 e menor ou igual a 8,67

4º nível: maior que 8,67 e menor ou igual a 9,14

5º nível (melhor): maior que 9,14 e menor ou igual a 9,83

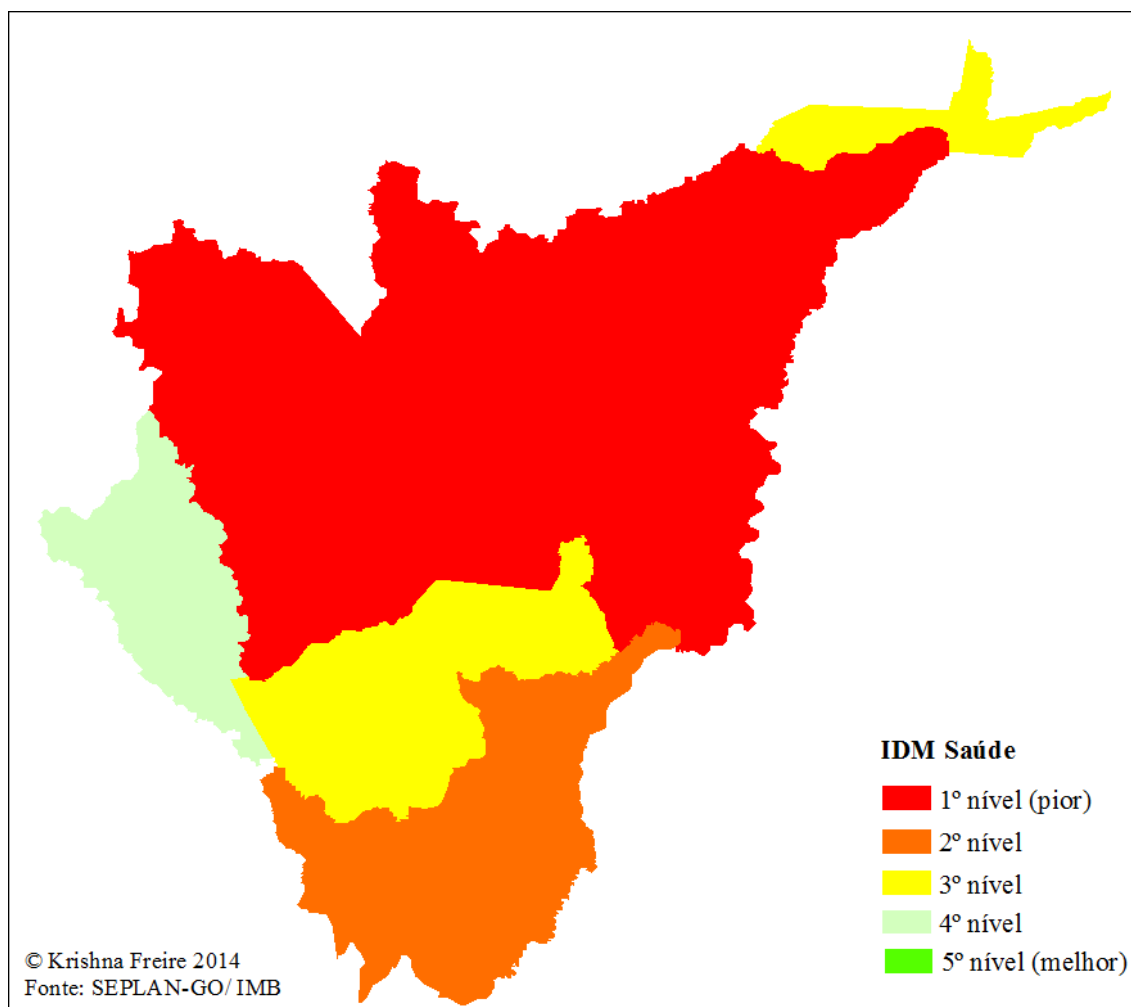
Tabela 10. IDM Saúde – Chapada dos Veadeiros

Município	Ano	IDM SAÚDE	Leitos SUS por 1.000 hab.	Médicos SUS por 1.000 hab.	Prenatal c/ 7 consultas	Cobertura ESF	Cobertura ESF - Saúde Bucal	Mortalidade Infantil	Morte por causas externas (violentas)	Cobertura Vacinal tetravalente
Alto Paraíso de Goiás	2010	8,37	10,00	10,00	5,46	10,00	4,94	6,91	9,62	10,00
Campos Belos	2010	8,08	6,16	10,00	5,35	9,00	7,20	9,09	8,60	9,28
Cavalcante	2010	7,21	6,39	10,00	3,01	6,64	6,64	6,39	8,63	10,00
Colinas do	2010	8,79	10,00	10,00	5,11	10,00	10,00	7,78	7,39	10,00

Sul										
Monte Alegre de Goiás	2010	6,81	6,47	1,62	3,87	9,24	9,24	9,16	8,14	6,71
Nova Roma	2010	7,05	0,00	3,36	4,29	9,50	9,50	10,00	10,00	9,74
São João D'Aliança	2010	7,32	8,45	8,69	5,23	7,81	3,91	5,33	9,12	10,00
Teresina de Goiás	2010	6,65	0,00	4,70	3,58	10,00	10,00	6,23	8,89	9,79

Fonte: IMB/SEGPLAN, 2010

Figura 25. IDM Saúde por nível de desempenho



Fonte: SES-GO, 2010

Nesse indicador a desigualdade em saúde na região foi bastante expressiva quando se analisa as variáveis particularmente. A média entre os municípios é 7,53. Os municípios melhores colocados no IDM-Saúde foram Colinas do Sul e Alto Paraíso. As variáveis melhores assistidas no geral foram Cobertura ESF e Cobertura Vacinal Tetravalente. A disponibilidade de leitos e o acompanhamento Pré-Natal, ainda são um problema de saúde

pública da chapada. Em geral, a descrição explicita a fragilidade na saúde da Chapada dos Veadeiros.

O mapa acima (figura 25) ilustra, de modo geral, a precária saúde da Chapada dos Veadeiros, com os municípios, em sua maioria, apresentando valores em nível baixo. Os municípios ao sul, com exceção de Campos Belos, destacaram-se com melhor desempenho, revérberos dos indicadores antecessores.

CONCLUSÕES

A Chapada dos Veadeiros se consolidou nos últimos anos, por sua diversidade étnica, cultura e, acima de tudo, natural. Estas características, por seu turno, têm imprimido importantes mudanças também no perfil epidemiológico e na acessibilidade da saúde da população, com alterações relevantes nos indicadores de morbimortalidade e cobertura da atenção básica.

As análises, organizadas em quatro capítulos, basearam-se em fontes pesquisas diversas e registros administrativos oriundos de instituições externas, que contemplam atributos individuais da população e dos municípios em períodos de referência de, no máximo, dez anos.

Os indicadores e índices apresentados evidenciam as múltiplas realidades sociais presentes na Chapada dos Veadeiros, das quais a saúde constitui uma faceta, e contribuem para a formulação de políticas e programas que visem à melhoria das assimetrias em saúde, em consonância com as diferenças demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas que a caracteriza. As políticas de saúde têm buscado incorporar cada vez mais em suas práticas operacionais a noção de território.

O território da Chapada dos Veadeiros apresenta mais de 15 áreas protegidas ao todo, distribuídas nos municípios do centro ao sul da região. Concentra sua economia, em especial, nos setores industrial e de serviços. Destes, Cavalcante se saiu melhor em termos socioeconômicos, sustentado pela área física do município que é a maior da região e, portanto, muito explorada pelos setores. Campos Belos, pela sua demografia, é o município mais populoso e povoado da região.

Os resultados mostraram que as desigualdades social e econômica refletem na situação de saúde da região. Conclui-se que 4 de 8 municípios vivem abaixo da linha de pobreza e no nível 1 (pior) no Índice de Desenvolvimento Municipal na dimensão da Saúde (IDM-Saúde). Somente Alto Paraíso de Goiás apresenta baixo índice de pobreza e, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e Índice de Desenvolvimento Econômico (IDE) elevados, por outro lado, o maior índice de Gini, mostrando uma má distribuição dos recursos.

Cavalcante, por sua vez, possui o Produto Interno Bruto (PIB), Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) e IDM-Econômico mais altos da região, entretanto o

IDH-M mais baixo, comprovando sua ascensão econômica porém uma baixa qualidade de vida. Em contraponto, os dois municípios economicamente inexpressivos foram Teresina de Goiás e Colinas dos Sul, com os menores valores no IDE e menor PIB.

No Indicador de Nível de Saúde (INS) intrínseco no Índice de Desenvolvimento Social (IDS), os municípios de Alto Paraíso de Goiás e Colinas do Sul, apresentaram melhores classificações não só neste, como também no levantamento de disponibilidade de leitos e de médicos, além do destaque no IDM-Saúde e nas ações de Vigilância em Saúde, o que demonstra que esta porção do território da Chapada dos Veadeiros possui atendimento superior aos municípios fronteiriços. A despeito do sul da chapada, ao centro, foram obtidos os piores resultados na saúde, apontando que há um déficit na assistência médica responsável por esse perímetro. Ao norte, Campos Belos, sede da Regional de Saúde do Nordeste I - Goiás, é o único município da região que tem projeto de licitação para o recebimento de uma UPA, mas não há previsão para o começo das obras. Em geral, a descrição explicita a fragilidade na saúde da Chapada dos Veadeiros.

O turismo, ainda que incipiente, pode ser promotor de maior acessibilidade e implementação na rede básica de saúde. Segundo os resultados do capítulo IV, os municípios com maior aporte turístico na região, contam também com maior infraestrutura em saúde. O turismo, nesse sentido, tem alavancado a economia local e os moradores passaram a depender desta fonte de renda. A região que pouco se expressava na agricultura e pecuária, onde a mineração estava praticamente extinta, descobriu o turismo como fonte de subsistência, mas isso não se aplica a todos os municípios correspondentes. Teresina de Goiás, a despeito dos atributos naturais, ainda não tem uma grande estrutura voltada para a atividade turística. Mas aos poucos os Recursos Próprios foi ocupando o primeiro lugar na atividade econômica do município de Alto Paraíso de Goiás em detrimento do turismo, tornando-o financeiramente independente.

Portanto, com base no capítulo V, inferiu-se dos resultados que a assistência médico-hospitalar é mais concentrada ao sul da região que, por sua vez, é também o local que conta com maior aporte turístico. A atração de investimento em turismo, ainda que incipiente, pode ser promotora de uma acessibilidade diferenciada no raio do portal do PNCV, enquanto que no centro-norte, a realidade é outra.

Ao centrar essa discussão à Epidemiologia, no caderno de morbidade, um dos grupos em destaque foi o XV (Gravidez parto e puerpério), sobretudo, na faixa etária de 15 a 19 anos, que reforça o elevado indicador da TMI. O principal motivo é a prematuridade do bebê, que

pode ser provocada por falhas no acompanhamento durante a gestação da mãe ou na ausência de um atendimento neonatal de qualidade, destaque negativo no IDM-saúde. Apesar dos resultados, não se deve dramatizar esta condição, uma vez que o aumento pode ser motivado apenas pela chamada "lei dos pequenos números", termo utilizado na Probabilidade Combinatória que significa subestimação da variabilidade excessiva de pequenas amostras, que foi o caso de Colinas do Sul.

Com respeito aos resultados das análises feitas, é evidente a necessidade de aprimorar políticas de saúde assistenciais e preventivas, com ênfase na discussão de variações geográficas e temporais da oferta médico-hospitalar de responsabilidade do SUS, segundo a esfera administrativa, identificando situações de desigualdade, principalmente entre o sul e o norte do território, e tendências que demandem ações específicas e níveis de atendimento, obedecendo o perfil e o direito à saúde pública da população local.

i. Avanços e limitações do estudo

Pode-se destacar então como potencialidade, o recolhimento de informações gerais sobre a Chapada dos Veadeiros que, em detrimento da fama, apresenta muitos arquivos relacionados. Por outro lado, houve dificuldade na coleta de dados mais específicos, que apresentaram contradições de banco para banco e até mesmo valores diversos acerca de uma mesma variável. Isso justifica a coleta dados não-cruzados, respeitando as especialidades dos seus bancos de origem, a fim de reuni-los e criar metadados para verificar resultados mais precisos.

Uma preocupante limitação na análise de situação de saúde deu-se em razão da presença de coeficientes nulos nas tabulações, que pode representar um equívoco na contabilização dos registros nos municípios identificados. Isto pode significar que realmente não esteja havendo notificações ou que pode estar havendo, mas não registrados corretamente. Em contrapartida, as informações sociais, econômicas, demográficas e físicas foram facilmente encontradas e em conformidade nos diferentes bancos de dados.

Outro fator é a frequência de postagem destes, que dificulta a comparação se obtidos em periodicidade distantes. Há possibilidade de imprecisões como duplicação de registro, em decorrência do processo de consolidação nacional dos dados, que é feita por solicitação anual do Ministério da Saúde diretamente aos conselhos regionais de cada categoria profissional.

ii. Perspectivas da pesquisa

Por fim, é grande a esperança de que o perfil assistencial e econômico da Chapada dos Veadeiros prospere. Bem como que o presente estudo contribua para salientar novas perspectivas ou até mesmo despertar o debate do acesso à saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Maria Salete. Conflitos entre os atores sociais em zona de influência de parque nacionais: O caso do parque Nacional da Chapada dos Veadeiros. Dissertação de Mestrado. Brasília, 2001. In: *Evolução Histórica da Criação do Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros* (MARIA SALETE ALVES, 2001).

ALVES, Patrícia de L. M. *PIB 2010 - Regiões de Planejamento do Estado de Goiás*. ASBAN – Associação de Bancos.

ARANHA, Raphael de Carvalho e GUERRA, Antônio José Teixeira (organizadores). *Geografia aplicada ao Turismo*. São Paulo, Editora Oficina de Textos, 2014.

ARAUJO, G. SANTOS, S. Avaliação dos índices de mortalidade nos adolescentes de Ipameri – GO nos anos de 2006 a 2010: um indicador epidemiológicos fundamental para planejar a gestão em saúdes. Goiânia: 2012. *Anais Eletrônicos...*Goiânia: jun. 2012.

BARCELLOS, Christovam; BASTOS, Inácio. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 389-397, 1996.

BARCELLOS, Christovam. Elos entre a geografia e a epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 607-609, 2000.

BARCELLOS, Christovam. QUITÉRIO, Luiz. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, vol.40 no.1. São Paulo: 2006.

BEZERRA, Anselmo. *A consolidação das ações de campo da vigilância em saúde ambiental: heranças e desafios à territorialização*, 2012. Tese (Doutorado em Geografia) UFPE-PPGEO/CFCH. Recife, 2012.

BEZERRA, Anselmo. Dos “territórios da saúde” a “saúde dos territórios”: relações entre saúde e ambiente na perspectiva da descentralização do acesso aos serviços de saúde o estado

de Pernambuco. IFPE. *Anais XVI Encontro Nacional de Geógrafos – ENG*: Porto Alegre, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Vigilância ambiental em saúde*/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: FUNASA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Abordagens espaciais na Saúde Pública*. Série: Capacitação e atualização em geoprocessamento em saúde. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Análise de situação de saúde: livro-texto*/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Universidade Federal de Goiás – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS – DATASUS. Sistemas e aplicativos. Cadastro Nacional. *Classificação estatística Internacional de doenças e problemas relacionados a saúde – CID-10*.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. *Cadernos de Informação de saúde do Goiás*. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Informações de Saúde. *Mortalidade – Goiás: óbitos por residência segundo grupo CID- 10*. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. *Relatório de situação: Goiás*. 2. ed. Brasília: MS, 2006. Série C. projetos, programas e relatórios.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. *Diretrizes para a integração entre atenção básica e vigilância em saúde*. Documento preliminar para revisão. MS, 2014.

_____. Ministério da Saúde. SNAS. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Espaços de construção e desenvolvimento sustentável. *Territórios Rurais, Região Centro-Oeste, Cadernos territoriais vol. 2*. Brasília, 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Agrário. *Territórios Rurais Região Centro-Oeste: Cadernos Territoriais 2*. Secretaria de Desenvolvimento Territorial. Brasília, 2010.

CARVALHO. Giselia L. Entre a pobreza econômica e o patrimônio ambiental/cultural: desafios e possibilidades do turismo no nordeste goiano. *Anais do ENTBL – Planejamento para o desenvolvimento local*. 03 a 06 de novembro de 2004. Curitiba – Paraná. 2004.

COSTA, Everaldo; STEINKE, Valdir. Brasília meta-síntese do poder e no controle e articulação do território nacional. *Anais do XIII Colóquio Internacional de Geocrítica*, Barcelona, 2014.

COSTA, Wanderley Messias. *Geografia Política e Geopolítica*. Capítulo I - A Geografia política clássica, 2008. Pp. 29-41.

Encontro de Culturas. Alto Paraíso de Goiás – GO. Disponível em: <<http://www.encontrodeculturas.com.br/>>. Acesso em: 15 de setembro de 2014.

FOUCALT, Michel. Revista Heródote "Sobre a geografia", *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

ICMBio, MMA. *Plano de Manejo Parque Nacional Chapada dos Veadeiros*. MRS, TSN. Brasília, 2009.

Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. RIPSAs – Rede Interagencial de informação para a Saúde. Brasília, 2008.

Índice de Desempenho dos municípios. Instituto Mauro Borges – IMB/ Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento – SEGPLAN. Disponível em: <<http://www.imb.go.gov.br/>>.

_____. *Índice de Desenvolvimento Econômico - IDE e Índice de Desenvolvimento Social - IDS dos Municípios goianos*. Goiânia: SEPLAN, 2000.

ISHITANI, L. FRANCA, E. *O uso de causas múltiplas de morte em saúde pública*. In: Inf. Epidemiol, SUS. 2001. Vol.10, n.4, p. 163-175.

GOIÁS, SEPLAN. *Anuário Estatístico do Estado de Goiás/2005*. Goiânia: SEPLAN, 2005.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *Rev. Ra'e Ga*, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR.

FELFILI, J. M., REZENDE, A. V., SILVA, M. C. *Biogeografia do Bioma Cerrado: Vegetação e solos da Chapada dos Veadeiros*. Editora UnB: Brasília, 2007.

FIGUEIREDO, Roberto Resende. *Políticas públicas de saúde são discutidas em Conferência Estadual*. SINSAÚDE, Americana – SP. Disponível em: <<http://www.sinsaude.org.br/portal/site/artigoCompleto.aspx?idArtigo=52>>. Acesso em 26/09/14

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Situação de saúde de Goiás 2013 – *Cartilha de indicadores de saúde georreferenciados* / Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; coordenadores responsáveis Halim Antonio Girade et al. – Goiânia : Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, 2013.

GOIÁS. Secretaria de Gestão e Planejamento. Índice de Desempenho dos Municípios Goianos IDM – 2010. Goiânia, 2013.

GOIÁS (Estado). Decreto nº 5.069, de 07 de julho de 1999. Dispõe sobre o Programa de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste Goiano – Programa Nordeste Novo e dá outras providências.

LAGARES, Miner-Gleyde; ALMEIDA, Maria. *Ambiente a apropriação do cerrado: o uso do calendário agrícola de produção no trabalho e conformação dos territórios festivos rurais*. Geografares, nº7, 2009.

LARANJEIRA, N.P.F.; RODRIGUES, L.P.F. Educação Ambiental e Nutricional: a sustentabilidade como tema na formação de educadores no Centro UnB Cerrado. II Simpósio sobre Educação Ambiental e Transdisciplinaridade. *Anais...* Goiânia, maio, 2008.

LEMOS, J; LIMA, S. *A geografia médica e as doenças infecto-parasitárias*. *Revista online Caminhos de Geografia*, v. 3 (6), p. 74-86. UFU: 2002.

MILARÉ, E. *Direito do ambiente: doutrina, prática, jurisprudência, glossário*. Revista dos Tribunais, 2007.

MINAYO, Maria Cecília; MIRANDA, Ary Carvalho de (org). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002, 344pp.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2005.

MONKEN, M. *Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde*. 160f. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiental. In: MIRANDA, A. C.; et al (Org.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008, p. 23-55.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos* / Celso Cardoso da Silva Simões. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 141p.

Perfil dos municípios goianos. Instituto Mauro Borges – IMB/ Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento – SEGPLAN. Disponível em: <<http://www.imb.go.gov.br/>>.

Pesquisa Demográfica Médica no Brasil. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP/ Conselho Federal de Medicina – CMF, 2011. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=4>. Acesso em: 14 jul. 2014.

Prefeitura Municipal de Alto Paraíso de Goiás – GO. Disponível em: <<http://www.altoparaiso.go.gov.br/>>.

Prefeitura Municipal de Campos Belos – GO. Disponível em: <<http://www.camposbelos.go.gov.br/>>.

Prefeitura Municipal de Cavalcante – GO. Disponível em: <<http://www.cavalcante.go.gov.br/>>.

Prefeitura Municipal de Monte Alegre de Goiás – GO. Disponível em: <<http://www.montealegre.go.gov.br/>>.

Prefeitura Municipal de Nova Roma – GO. Disponível em: <<http://www.novaroma.go.gov.br/>>.

Prefeitura Municipal de São João da Aliança – GO. Disponível em: <<http://www.saojoaodaalianca.go.gov.br/>>.

Prefeitura Municipal de Teresina de Goiás – GO. Disponível em: <<http://www.teresinadegoias.go.gov.br/>>.

RODRIGUES, William C. *Metodologia Científica*. FAETEC/IST. Paracambi, 2007.

SANTANA, P.; NOSSA, P. (Coord.), *A Geografia da Saúde no cruzamento de saberes*, Coimbra, 21-24 abril, Grupo de Investigação em Geografia da Saúde / CEGOT – Centro de Estudos em Geografia e Ordenamento do Território.

Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Governo de Santa Catarina. SUS. Disponível em: <<http://portalses.saude.sc.gov.br/>>. Acesso em: 26/09/14.

SEPLAN-DF, GDF. *História cronológica do Centro-Oeste*. Dados sobre o DF: Orçamento cidadão. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.seplan.df.gov.br/orcamento-cidadao/item/1834-hist%C3%B3ria-cronol%C3%B3gica-do-centro-oeste.html>>. Acesso em: 22 de outubro de 2014.

SES/GO. Mapa de Saúde de Goiás. SUS. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/mapa-saude.php>. Acesso em: 30 de setembro de 2014.

SILVA, C.; SALDANHA, E.; SILVA, L.; NUNES, T. *A prática do ecoturismo em parques nacionais: o caso do parque nacional da Chapada dos Veadeiros – GO*. Ecoterra, 2004. Disponível em: <<http://www.ecoterrabrasil.com.br>>.

SILVA, Maria da Glória Lanci. A construção da paisagem turística. In: SILVA, Maria da Glória Lanci. *Cidades Turísticas: identidades e cenários de lazer*. São Paulo, Editora Aleph,

2004 e As paisagens turísticas brasileiras. In: SILVA, Maria da Glória Lanci. *Cidades Turísticas: identidades e cenários de lazer*. São Paulo, Editora Aleph, 2004.

Sistema Estadual de Unidades de Conservação (SEUC). *Unidades de Conservação em Goiás*. UFG. Disponível em: <<http://www.uc.ufg.br/pages/29370-ucs-em-goias>>.

Situação de Saúde – Goiás: Cartilha de Indicadores de Saúde Georreferenciados / Coordenação de Halim Antonio Girade ; Wisley Donizetti Velasco responsável por indicadores, mapas, gráficos e ranking ; Gélcio Sisteroli de Carvalho responsável por textos e análises ; colaboradores Raphael de Oliveira Araújo ... [et al]. - Goiânia : Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, 2011. 63 p.

SOUZA, Marcelo Lopes de. *Territórios e Territorialidades: Teorias, Processos e Conflitos*. São Paulo: Expressão Popular, 2009, pp. 57-71.

SUERTEGARAY, D. M. A. Espaço geográfico uno e múltiplo. *Scripta Nova - Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona* - ISSN: 1138-9788. Depósito Legal: B. 21.741-98 - Nº 93, 15 de julio de 2001.

STELLFELD, Maria Carolina. *Sistema de Informações Geográficas aplicado ao Ecoturismo na Chapada dos Veadeiros – GO*. Dissertação de mestrado nº 162. Brasília, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações* / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

YAZIGI, Regina B. S. *A nova realidade do nordeste goiano*. Economista, especialista em Administração Financeira pela Cambury e em Políticas Públicas pela UFG e Gerente do Programa Nordeste Novo da Seplan-GO.

ANEXOS OU APÊNDICES

Tabela 11. Matriz de variáveis para composição do IDM Saúde

SAÚDE						
Dimensão	Variável	Conceito	Cálculo da variável	Padronização da variável para escala de 0 a 10	Fonte	Ano Base
Mortalidade de por causas externas	Leitos hospitalares na rede SUS	Número médio anual de leitos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes	(Número médio anual de leitos hospitalares no SUS / população residente X 1.000) / 3	Razão X 10 (como o escore máximo da escala utilizada pelo IDM é 10, com base nos parâmetros da Portaria 1.101/2002 do MS, foi atribuído o escore máximo aos municípios hospitalares para cada mil habitantes)	SES-GO / CNES	2010
Número de óbitos por causas externas (acidentes ou violências) por 100 mil habitantes	Médicos por habitantes na rede SUS	Número de médicos que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes	Número médio anual de médicos no SUS / população residente x 1.000	Razão X 10 (como o escore máximo da escala utilizada pelo IDM é 10, com base nos parâmetros da Portaria 1.101/2002 do MS, foi atribuído o escore máximo aos municípios com pelo menos um médico para cada mil habitantes)	SES-GO	2010
Número de óbitos por causas externas/total de óbitos da população	Acompanhamento pré-natal	Percentual de gestantes (entre os nascidos vivos) com sete ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal / Número de nascidos	Razão X 10 (como o escore máximo da escala utilizada pelo IDM é 10, com base nos parâmetros do MS, foi atribuído o escore máximo aos municípios com cobertura de pelo menos uma equipe para cada 4.000 habitantes)	SES-GO	2010
Inverso: 10 - (razão X 10)	Cobertura da Estratégia Saúde da Família	Cobertura das equipes do programa "Saúde da Família", por 4.000 habitantes	número pessoas atendidas pelo PSF/ população residente) x 4.000	Razão X 10 (como o escore máximo da escala utilizada pelo IDM é 10, com base nos parâmetros do MS, foi atribuído o escore máximo aos municípios com cobertura de pelo menos uma equipe para cada 4.000 habitantes)	SES-GO	2010
Inverso: 10 - (razão X 10)	Cobertura da Estratégia Saúde da Família - Saúde Bucal	Cobertura das equipes do programa "Saúde da Família", por 3.450 habitantes	(número pessoas atendidas pelo PSF/ população residente) x 3.450	Razão X 10 (como o escore máximo da escala utilizada pelo IDM é 10, com base em Nota Técnica do MS, foi atribuído o escore máximo aos municípios com cobertura de pelo menos uma equipe para cada 3.450 habitantes)	SES-GO	2010
Inverso: 10 - (razão X 10)	Mortalidade infantil	Número de óbitos de crianças menores de um ano na população residente	Número de óbitos de crianças menores de um ano / total de crianças nascidas vivas	Mapa da Saúde/ SES-GO	SES-GO	2010
Mapa da Saúde/ SES-GO					Mapa da Saúde/ SES-GO	2010

Fonte: IMB/ SEGLAN, 2013