



Desenvolvimento Regional em Debate
ISSN: 2237-9029
valdir@unc.br
Universidade do Contestado
Brasil

Desenvolvimento regional e a distribuição dos serviços públicos de saúde em Goiás por municípios sede

Claudia Regina Rosal, Carvalho; Campos, Flávia Rezende; Amorim, Mirian Castro Portilho Dias; Ferreira, Fernanda Machado

Desenvolvimento regional e a distribuição dos serviços públicos de saúde em Goiás por municípios sede

Desenvolvimento Regional em Debate, vol. 8, núm. 1, 2018

Universidade do Contestado, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570863988008>

DOI: <https://doi.org/10.24302/drd.v8i1.1478>

Desenvolvimento regional e a distribuição dos serviços públicos de saúde em Goiás por municípios sede

Regional development and the distribution of public health services in Goiás by municipality headquarters

Carvalho Claudia Regina Rosal clregina@hotmail.com

Universidade Federal de Goiás., Brasil

Flávia Rezende Campos flaviarezende@hotmail.com

Universidade Federal de Goiás., Brasil

Mirian Castro Portilho Dias Amorim mirian@inf.ufg.br

Universidade Federal de Goiás., Brasil

Fernanda Machado Ferreira ufg.fer@gmail.com

Universidade Federal de Goiás., Brasil

Desenvolvimento Regional em Debate,
vol. 8, núm. 1, 2018

Universidade do Contestado, Brasil

Recepção: 26 Maio 2017
Aprovação: 13 Dezembro 2017

DOI: <https://doi.org/10.24302/drd.v8i1.1478>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570863988008>

Resumo: A saúde no contexto brasileiro é vista como um direito de todos os cidadãos e um dever do poder público. Em meio às diversidades culturais, econômicas e sociais que permeiam um país de dimensões continentais como o Brasil, as desigualdades inter e intrarregionais fazem-se visíveis de diversas formas. Desse modo, o objetivo desse estudo foi verificar de que forma as desigualdades existentes entre os municípios goianos são projetadas na estrutura pública de saúde. Para isso, realizou-se um levantamento de dados nos sítios eletrônicos do Conecta SUS e do Instituto Mauro Borges, de dezoito municípios goianos, que são sedes das regionais de saúde do estado de Goiás. Foram coletados dados referentes ao ano de 2010 e 2016. A seguir, analisaram-se indicadores públicos com o intuito de abranger aspectos de demografia, economia, desenvolvimento social e serviços de saúde. Os aspectos mapeados incluíram: quantitativo populacional, taxa de alfabetização, renda média da população, IDH, índice de Gini, quantitativo de estabelecimentos, médicos e leitos do sistema público de saúde desses municípios. O trabalho procurou contribuir para a discussão acerca do papel da saúde pública no contexto do desenvolvimento regional, reafirmando a relação entre saúde e desenvolvimento.

Palavras-chave: Serviços públicos de saúde, Desenvolvimento regional, Goiás.

Abstract: Health in Brazil is seen as a right of all citizens and a duty of the public power. Amid the cultural, economic and social diversities that permeate a country with continental dimensions such as Brazil, inter and intra-regional inequalities become visible in a variety of ways. Thus, the objective of this study was to verify how inequalities between the counties of Goiás are projected in the public health structure. For that, a data survey was carried out on the websites of Conecta SUS and the Mauro Borges Institute, from eighteen counties in Goiás, which are headquartered in the health centers of the state of Goiás. Data were collected for the year 2010 and 2016. Next, public indicators were analyzed in order to cover aspects of demography, economy, social development and health services. The mapped aspects included: population quantification, literacy rate, average income of the population, HDI, Gini index, quantitative of establishments, doctors and beds of the public health system of these counties. The paper sought to contribute to the discussion about the role of public health in the context of regional development, reaffirming the relationship between health and development.

Keywords: Public health services, Regional development, Regional Goiás.

1 INTRODUÇÃO

O Estado de Goiás possui 246 municípios espalhados em seu território e conta com uma população de 6.003.788 habitantes e uma densidade demográfica de 17,65 habitantes/km². Os municípios goianos, assim como ocorre no restante do Brasil, diferenciam-se uns dos outros por seus aspectos econômicos, socioculturais, físicos e financeiros (GOIÁS. Governo do Estado, 2016).

Segundo Inojosa (2001), as necessidades das pessoas ou dos grupos populacionais têm relação com o lugar e a região em que vivem e são afetadas pelas características culturais e socioeconômicas locais. Traduzem-se em demandas integradas tanto em relação ao desenvolvimento social, de condições ambientais e de infraestrutura.

Assim como ocorre em outros estados da federação, alguns municípios goianos são centros de atração populacional e industrial, cuja explicação perpassa o conceito de polarização e dinâmica locacional. Outras cidades, porém, têm visto sua população decrescer ao longo dos anos, decorrente em boa medida da migração para outras regiões onde há maior oferta de empregos e/ou melhores condições de vida, notadamente municípios onde há maior disponibilidade de equipamentos sociais como escolas e universidades. O Censo Demográfico 2010 feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que os fatores que mais contribuíram para a migração dentro do Brasil foram a busca por trabalho ou estudo (IBGE, 2010).

A discussão acerca da atração e permanência de pessoas em um território faz suscitar questões relacionadas ao desenvolvimento que são também afetadas às políticas públicas, em uma via de mão dupla, tanto as pessoas que vivem na localidade geram demandas que precisam ser supridas com políticas públicas adequadas, quanto a própria oferta dessas políticas pode, em alguma medida, contribuir para a movimentação de pessoas dentro das regiões. Como o objeto deste trabalho é a distribuição da estrutura de serviços públicos de saúde nos municípios goianos, as questões que surgem pensando nesse contexto de desenvolvimento regional são: em que medida a oferta de serviços gratuitos de saúde acompanha o número de habitantes de um determinado município? A distribuição desses serviços de saúde tem relação com o perfil econômico e social de seus habitantes?

Colocadas essas questões, este artigo objetiva verificar de que forma as desigualdades existentes entre os municípios goianos são projetadas na estrutura pública de saúde. Para efeito de análise utilizar-se-á como referência as dezoito regionais de saúde do Estado definidas pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, tomando como elemento de investigação as cidades-sede de cada regional.

Pretende-se traçar um paralelo entre os aparatos públicos de saúde disponibilizados à população nesses municípios sede. Parte-se do pressuposto de que a população de menor renda, dada sua maior vulnerabilidade social, possui maior necessidade de oferta de serviços

gratuitos de saúde, já que não terá possibilidade de acessar a rede privada de saúde.

A rede de serviços de saúde, para fins desta pesquisa, será definida pelo número de estabelecimentos do SUS disponíveis na localidade sede da regional de saúde, bem como o número de leitos do SUS e o número de médicos a cada mil habitantes. Tal recorte justifica-se, pois se pretende discutir se os equipamentos de saúde gratuitos estão distribuídos conforme a carência da população.

A metodologia utilizada consistirá da coleta e análise de dados obtidos nos sítios do Conecta SUS e do Instituto Mauro Borges. Os dados a serem analisados serão: número de pessoas empregadas, rendimento médio do trabalhador, distância em relação à capital, renda per capita, dados demográficos, taxas de alfabetização e mortalidade, produto interno bruto municipal, PIB per capita, índice de desenvolvimento humano municipal, índice de Gini, número de estabelecimentos públicos de saúde, número de leitos do SUS e número de médicos a cada mil habitantes.

O presente trabalho analisará de forma comparativa os dados dos municípios sede das regionais de saúde de Goiás com vistas a verificar de que forma a infraestrutura de saúde encontra-se distribuída.

2 A LÓGICA VIGENTE E PROPOSTAS DE NOVOS CAMINHOS PARA A GESTÃO PÚBLICA NA SAÚDE

Muito se tem discutido sobre o papel e o tamanho do Estado. O Brasil passou por reformas administrativas que carregaram em seu bojo essa discussão. Na década de 1930, houve a adoção por Getúlio Vargas do modelo weberiano, cuja ênfase era a eficiência. Entretanto, devido ao grande apego às normas e procedimentos, o modelo não conseguiu atingir o objetivo proposto. Na década de 1990, houve a tentativa de introduzir na administração pública brasileira o gerencialismo, marcado pela inspiração em práticas de gestão comuns na área privada. Nesse contexto, houve ainda a Reforma do Aparelho do Estado em uma tentativa de enxugamento da máquina pública. De cunho neoliberal, esse momento ficou notório pelas privatizações promovidas pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (BRESSER-PEREIRA, 2001). O cenário pedia a estabilização da economia, com controle da inflação e negociação da dívida externa, portanto, a preocupação de fazer o país voltar a crescer era o mote da época. O desenvolvimento era um objetivo mais distante, pois não se podia pensar em desenvolvimento sem um crescimento econômico que consubstanciasse os investimentos necessários.

As discussões mais recentes têm caminhado para uma percepção do Estado como detentor do papel fundamental de indutor de políticas públicas para reduzir as desigualdades e promover o desenvolvimento, na perspectiva da Gestão Social, com espaços públicos de deliberação e negociação (PAES-PAULA, 2005).

Apesar desses encaminhamentos recentes, algumas críticas persistem acerca do contexto vigente de funcionamento da máquina pública. Em detrimento do ideal de adequação entre a demanda social e a oferta

de serviços e políticas públicas, sustenta-se que, na prática, predomina a lógica pautada pelo fatiamento e incomunicabilidade dos processos decisórios dentro do próprio governo, cujas decisões são tomadas de maneira verticalizada, distanciadas da população, e motivadas por competição entre grupos de interesse em uma dada localidade, que disputam entre si por maior controle sobre o Orçamento. Em síntese, não se vislumbra nas práxis a desejada “intersectorialidade”/“transsectorialidade” no desempenho das atividades de caráter público, ou seja, não há uma articulação de saberes e experiências para a solução de problemas complexos (INOJOSA, 2001).

Segundo a autora, esta competição não tem como finalidade última o atendimento de necessidades da população, mas visa os interesses do próprio grupo:

[...] o aparato governamental também é objeto de loteamento político-partidário e de grupos de interesse. Todas as estruturas, em todos os níveis de governo e a cada governo, a cada nova gestão, são novamente loteadas para os partidos e para os grupos de apoio. Desse modo, cada uma dessas fatias – que já é campo de uma dada corporação e de um grupo de interesses que extrapola a corporação setorial – passa por um novo loteamento político-partidário. Todos os setores, como Educação, Obras, Saúde etc., são campos de interesse de fornecedores, de produtores, de corporações e de grupos político-partidários (INOJOSA, 2001 p. 104).

A definição das diretrizes das políticas da saúde, por exemplo, é permeada por uma intensa disputa de poder que reflete os conflitos entre os diferentes atores que participam ou são afetados por esse processo: os usuários dos serviços de saúde, os que proveem os serviços, aqueles que os regulam e aqueles que pagam pelos serviços – serviços privados (GADELHA et al., 2011).

Como decorrência do desenho piramidal e fatiado das corporações, dos grupos de interesse e do loteamento político, Inojosa (2001) aponta o erro comum relacionado com o mau planejamento e execução das propostas de universalização de serviços ou políticas públicas. Ela afirma que, quando a distribuição de tais bens é feita para todos os grupos na mesma proporção, o que se faz na verdade é uma leitura míope do conceito de universalização. Isso porque o aparato governamental deve levar em consideração as vulnerabilidades e oportunidades dos grupos populacionais, sofrendo diferenciações de acordo com o perfil do público-alvo. Assim, as políticas devem ter base territorial e populacional, serem realizadas de forma integrada, sinérgica, transdisciplinar e com preocupação voltada não apenas para os produtos – bens ou utilidades – fornecidos, mas também para a avaliação dos resultados e impactos que aqueles trazem em determinado contexto social, com a finalidade de aferir as transformações da realidade local e/ou regional, sendo tangíveis, por exemplo, por meio de índices de desenvolvimento humano.

Essas questões promovem uma reflexão também válida para o contexto regional, porque as questões sobre o aparato governamental visíveis em nível nacional também se apresentam nas esferas intra e inter-regionais. A questão regional emerge na medida em que há a atuação do Estado sobre um dado território e nas contradições dos regionalismos, que imprimem

as nuances da projeção do espaço e da forma como a sociedade civil se organiza em torno do território (EGLER, 1995).

Isto porque:

[...] a questão regional é necessariamente uma questão do Estado, na medida em que sua resolução passa necessariamente pela composição do bloco no poder e pelas medidas de políticas públicas que afetam a economia nacional e a distribuição territorial da renda (GRAMSCI, 1966 apud EGLER, 1995, p. 2).

Desta feita, alcançando não somente políticas públicas setoriais, mas a organização do Estado com um todo – e aqui se adotando como pertinentes às esferas nacional e regional – Inojosa (2001) sugere quatro propostas de intervenção para a busca do desenvolvimento social, ou novos caminhos, que merecem ser sintetizadas por balizarem o presente estudo: a desconstrução do paradigma do distanciamento entre os saberes, apresentando uma proposta de transdisciplinaridade na consecução e execução das políticas públicas; a construção de um projeto político transformador para a construção de políticas públicas intersetoriais, dirigidas para a divisão mais equânime das riquezas e, portanto, contrárias ao modelo assistencialista de governar, rompendo assim com o desenho hierarquizado e fatiado entre grupos de interesses; o planejamento e avaliação das políticas, em seus produtos e resultados, com enfoque participativo e base regional, de forma a redefinir a lógica de destinação do Orçamento; e a organização da estrutura governamental em rede de compromisso social, que transcenderia a mera reforma administrativa, com o escopo de superar a pirâmide hierarquizada e segmentada do Estado.

3 A RELAÇÃO ENTRE DESENVOLVIMENTO, A QUESTÃO REGIONAL E O SETOR DE SAÚDE

Embora alguns autores entendam os conceitos de crescimento econômico e desenvolvimento como sinônimos, a vertente majoritária os considera distintos. Para subsidiar a compreensão da temática é importante que esteja clara a distinção entre os dois conceitos.

Enquanto o crescimento econômico se ocupa do incremento constante do nível de renda, atentando-se para dados como o Produto Interno Bruto (PIB), o desenvolvimento, por sua vez, vai além, preocupando-se com a distribuição da renda da forma mais equânime possível. O desenvolvimento, portanto, engloba o crescimento econômico associado à melhoria da qualidade de vida, levando em consideração indicadores de bem-estar econômico e social tais como pobreza, desigualdade, condições de saúde, alimentação, educação, moradia e desemprego (OLIVEIRA, 2002).

Alinhavada essa diferenciação, Gadelha e Costa (2007) apontam um consenso a respeito da potencialidade do setor de saúde de interferir no processo de desenvolvimento, atuando em duas frentes: como indutor do processo e como elemento constitutivo do mesmo. Os autores salientam que muitos estudos apoiados pela Organização Mundial de Saúde têm

sido exitosos em demonstrar que o desenvolvimento econômico de uma região guarda relação com as condições de saúde de sua população. Características como dinamismo, inovações tecnológicas e potencial de geração de emprego e renda são alguns dos fatores atrelados ao complexo industrial de saúde que contribuem para o desenvolvimento econômico e social (GADELHA; COSTA, 2007).

Gadelha e Costa (2007) indicam a necessidade de construção de uma nova ótica para a reforma sanitária brasileira, com a inserção da saúde no padrão nacional de desenvolvimento. Nessa concepção, teórica e política, a saúde gera condição de cidadania ligada ao desenvolvimento. Segundo os autores, não há possibilidade de considerar um país como desenvolvido quando o seu sistema de saúde é precário. Apesar desta constatação, tem-se reduzido a visão da saúde como uma dimensão social, atribuindo-se a ela efeito indireto no crescimento econômico. Nesse sentido, é premente a necessidade de se repensar essas visões, de modo a entender a saúde como estratégia de desenvolvimento econômico, catalisadora de mudanças estruturais na sociedade, economia e política. Dessa forma, além da saúde ser parte do sistema de proteção social, caracteriza-se também como base produtiva de bens e serviços, e com isso, compreende setores de atividade econômica que geram crescimento e possuem uma participação forte no PIB e na empregabilidade. Portanto, trata-se de um setor com enorme potencialidade de transformar a estrutura produtiva brasileira que é base fundamental para gerar uma sociedade mais equânime.

Contribuindo para a discussão, Viana e Elias (2007) afirmam serem três as dimensões de saúde que devem ser consideradas de forma concomitante quando se discute desenvolvimento e saúde: a desmercantilização do acesso, a mercantilização da oferta e a formação do complexo industrial de saúde.

A desmercantilização do acesso é decorrente do entendimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, um processo iniciado na Europa pós Segunda Guerra Mundial. Em consequência, há uma responsabilização coletiva e firma-se o financiamento público dos sistemas de saúde e proteção social (VIANA; ELIAS, 2007). Nesse sentido, afigura-se como um elemento constitutivo do próprio desenvolvimento, sem o qual não se pode reconhecê-lo.

A mercantilização da oferta, a seu turno, decorreu do assalariamento dos profissionais de saúde no início do século XX, culminando mais tardiamente na formação de operadoras de planos de saúde as quais atuam como intermediárias entre os usuários e os profissionais prestadores de serviço em saúde (VIANA; ELIAS, 2007). Esse fenômeno se consubstancia em fator indutor de desenvolvimento econômico por meio da geração de renda e de novas oportunidades de negócio.

A formação das grandes indústrias no setor de saúde deu origem ao processo de acumulação de capital em saúde. Esse setor depende de inovações constantes no campo tecnológico e no setor biomédico e, como já foi mencionado, essa característica importa para que a saúde tenha um papel significativo como indutora do desenvolvimento (VIANA; ELIAS, 2007).

Diz-se que as três dimensões precisam ser visualizadas de forma concomitante, pois ao mesmo tempo em que há a garantia de acesso aos serviços públicos de saúde, fazendo a saúde figurar como dever do Estado e direito do cidadão, tem-se planos de saúde oferecendo serviços privados e indústrias produzindo insumos e medicamentos para fornecer ao mercado consumidor.

Do ponto de vista regional, destaca-se a importância do papel da saúde na organização das redes urbanas. Ela é estruturante da ocupação territorial na medida em que define fluxos de investimentos – com potencial para reverter tendências de concentração da produção e renda no espaço – influencia a delimitação de escalas e limites territoriais, funcionando como fator de coesão social e econômica no território nacional (GADELHA et al, 2011).

A regionalização da saúde pode funcionar como um elemento catalisador da regionalização do planejamento e do desenvolvimento, promovendo novas regionalizações com capacidade de transformar a dinâmica econômica e a distribuição de renda. Nesse sentido, evidencia-se a natureza endógena da relação entre saúde e desenvolvimento (GADELHA et al, 2011).

Em suma, os modernos sistemas de saúde são, portanto, “[...] o resultado da complexa interação de processos econômicos, políticos e sociais” (VIANA; ELIAS, 2007, p. 176). O funcionamento desse sistema vincula-se a uma lógica que está afetada à operação do Estado como um todo.

4 METODOLOGIA

O trabalho tem abordagem quantitativa e a pesquisa é de cunho descritivo. A metodologia utilizada consistiu da coleta e análise de dados secundários obtidos nos sítios do Conecta SUS e do Instituto Mauro Borges.

A amostra caracterizou-se por dezoito municípios goianos, sendo cada um deles sede de uma regional de saúde do Estado de Goiás. O Estado de Goiás está dividido em cinco Macrorregiões de Saúde as quais se subdividem de forma a totalizar dezoito Regionais de Saúde, cada qual com um município sede, conforme ilustra o Quadro 1.

A divisão em regionais foi feita para facilitar a gestão em saúde, de modo a aplicar recursos e planejar ações de forma regionalizada, levando em conta a proximidade geográfica e de características sociais e culturais que os municípios que compõem cada regional guardam entre si. O governo do Estado de Goiás descentralizou atribuições para unidades administrativas desconcentradas, abrangendo Apoio Administrativo, Atenção à Saúde, Controle, Avaliação e Regulação, Informação em Saúde, Planejamento e Gestão, Vigilância em Saúde.

O objetivo foi o de “[...] imprimir eficiência e efetividade à descentralização do sistema e serviços de saúde, promovendo a articulação e a otimização da oferta e do acesso às ações e serviços de saúde de forma resolutiva e equânime” (GOIÁS. Secretaria de Saúde, 2016). A

estratégia adotada busca minimizar os possíveis erros de se fazer um planejamento generalizado, sem levar em consideração as particularidades locais e regionais e as necessidades de saúde localmente identificadas.

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, atende-se com essa divisão os princípios de regionalização e descentralização preconizados pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. A finalidade precípua é a busca pelo desenvolvimento sem prestigiar algumas regiões em detrimento de outras.

Os dados analisados são indicadores públicos escolhidos de modo a abranger aspectos de demografia, economia e desenvolvimento social, além de dados específicos dos serviços de saúde, a saber: população por município, número de analfabetos, renda per capita, índice de Gini, número de estabelecimentos públicos de saúde, número de leitos e número de médicos a cada mil habitantes.

Macrorregião	Regionais de Saúde	Município Sede da Regional de Saúde
CENTRO NORTE	PIRENEUS	Anápolis
	SÃO PATRÍCIO	Ceres
	SÃO PATRÍCIO II	Goianésia
	NORTE	Porangatu
	SERRA DA MESA	Uruaçu
CENTRO OESTE	CENTRAL	Goiânia
	RIO VERMELHO	Goiás
	OESTE I	Iporá
	OESTE II	São Luís dos Montes Belos
CENTRO SUDESTE	CENTRO SUL	Aparecida de Goiânia
	ESTRADA DE FERRO	Catalão
	SUL	Itumbiara
NORDESTE	NORDESTE I	Campos Belos
	ENTORNO SUL	Luziânia
	NORDESTE II	Posse
	ENTORNO NORTE	Formosa
SUDOESTE	SUDOESTE II	Jataí
	SUDOESTE I	Rio Verde

Quadro 1
Regionais de Saúde do Estado de Goiás
Fonte: Goiás. Secretaria de Saúde (2016).

Após a coleta procedeu-se a análise comparativa dos municípios sedes das regionais de saúde, tentando identificar de que forma os dados relativos a perfil demográfico, econômico e social se mostram relacionados à maior ou menor oferta de serviços de saúde públicos nos municípios estudados.

Em função de que nem todo o dado alvo de análise referente ao ano de 2015 encontrava-se disponível para consulta nos sítios eletrônicos pesquisados, optou-se por utilizar os dados referentes ao ano de 2010 que estavam publicizados e, portanto, permitiriam a comparação dos indicadores temporalmente localizados. Entretanto, os dados de estabelecimentos de saúde, leitos do SUS por habitantes e número de médicos por habitantes disponíveis no sítio do Conecta SUS referem-se ao ano de 2016.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção serão apresentados os resultados obtidos em relação a cada indicador, bem como as relações com outros indicadores que podem ser depreendidas, e quais explicações podem ser dadas para o resultado obtido, discutindo-se suas inter-relações do ponto de vista regional.

A tabela 1 resume a distância das cidades que sediam as regionais de saúde em relação à capital do estado que é Goiânia/GO.

Município	Distância em relação à capital (Km)
Campos Belos	601
Posse	515
Porangatu	395
Jataí	305
Formosa	283
Uruaçu	264
Catalão	258
Iporá	218
Rio Verde	216
Itumbiara	203
Luziânia	186
Ceres	173
Goianésia	168
Goiás	131
São Luís de Montes Belos	122
Anápolis	53
Aparecida de Goiânia	18

Tabela 1

– Distância em relação à capital por município sede

Fonte: IMB (2016). Elaborada pelas autoras.

O município sede de regional mais distante da capital do Estado é o de Campos Belos, da regional Nordeste I, seguido dos municípios de Posse, da regional Nordeste II, e Porangatu, da regional Norte. As sedes de regionais que guardam maior proximidade em relação a Goiânia/GO são Aparecida de Goiânia, da regional Centro Sul, e Anápolis, da regional Pireneus.

Em termos de quantitativos populacionais, os municípios podem ser caracterizados pela Tabela 2.

Município	População 2010	Densidade Demográfica 2010 (hab/km ²)
Goiânia	1302001	1776,74
Aparecida de Goiânia	455657	1580,27
Anápolis	334613	358,58
Ceres	20722	96,69
Luziânia	174531	44,06
Goianésia	59549	38,49
Itumbiara	92883	37,71
São Luís de Montes Belos	30034	36,36
Iporá	31274	30,47
Campos Belos	18410	25,43
Catalão	86647	22,67
Rio Verde	176424	21,05
Porangatu	42355	17,24
Uruaçu	36929	17,24
Formosa	100085	17,22
Posse	31419	15,52
Jataí	88006	12,27
Goiás	24727	7,96

Tabela 2

– População e densidade demográfica por município sede

Fonte: IMB (2016). Elaborada pelas autoras.

Percebe-se por meio da tabela 2 que, dentro da amostra estudada, as duas cidades mais próximas da capital coincidem com aquelas mais densamente povoadas: Aparecida de Goiânia e Anápolis. Já as duas cidades com menor concentração populacional são a cidade de Goiás seguida da de Porangatu. Este último município encontra-se listado entre os três mais distantes da capital.

O Gráfico 1 permite visualizar as taxas de mortalidade infantil de cada município estudado.

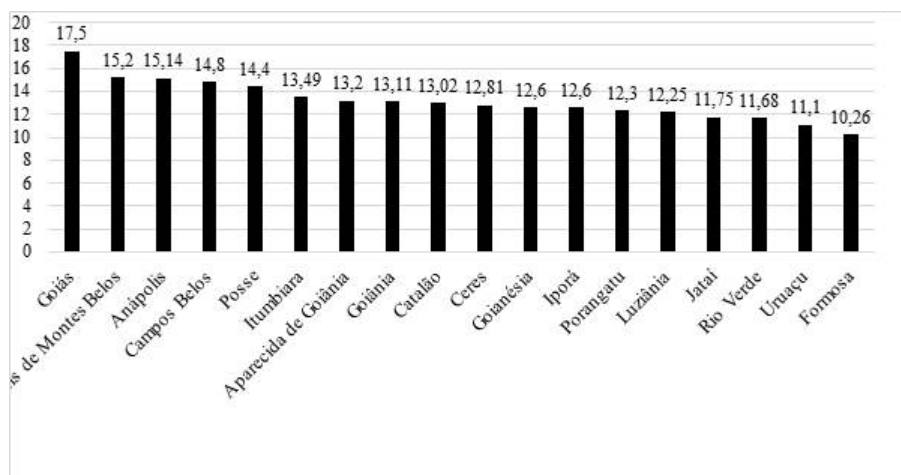


Gráfico 1

– Taxa de mortalidade infantil por município sede

Fonte: IMB (2016). Elaborado pelas autoras.

A taxa de mortalidade infantil refere-se ao “[...] número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado” (BRASIL, 2015, p.2). Na prática, ela representa o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida.

É geralmente classificada em alta (50 ou mais), média (20-49) ou baixa (menos de 20), tendo como referência os valores verificados em países desenvolvidos. Esses parâmetros não são estanques, podendo ser ajustados de acordo com a ocorrência de mudanças no perfil epidemiológico de uma população (BRASIL, 2015).

Trata-se de um importante indicador que reflete baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. Deve ser analisado em conjunto com outros indicadores, uma vez que “[...] taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos” (BRASIL, 2015, p. 4).

No ano de 2010 o Brasil teve registrada uma taxa de mortalidade infantil de 16 óbitos por mil nascidos vivos, e a região Centro-Oeste, na qual o Estado de Goiás está inserido, teve taxa muito próxima da nacional registrando uma média de 15,9 óbitos a cada mil nascidos vivos (BRASIL, 2015).

Com relação ao Gráfico 1, observa-se que as taxas de mortalidade variaram de 10,26 a 17,5, sendo que a menor taxa foi obtida pelo município de Formosa e a maior pelo município de Goiás, que vem a

ser o município menos densamente povoado e relativamente próximo da Capital.

A meta nacional prevista para ser atingida em 2015 era da ordem de 15,7 (BRASIL, 2015). Já em 2010, dezessete dos dezoito municípios estudados haviam alcançado a meta, de modo que apenas o município de Goiás computou taxa acima do proposto.

A taxa de alfabetização é um indicador que permite analisar a situação educacional e de condições de vida de um país (IBGE, 2010). Trata-se de um dos elementos que devem ser analisados quando se pretende verificar em que status um país se encontra em relação ao desenvolvimento. Segundo o Censo 2010 do IBGE, a taxa nacional de alfabetização para o ano de 2010 foi de 91%.

A maior taxa de alfabetização registrada entre os municípios pesquisados foi da capital Goiânia (regional Central), seguida da cidade mais próxima a ela que é Aparecida de Goiânia (regional Centro Sul). Dentre as seis cidades com menor taxa de alfabetização tem-se três das cinco mais distantes da Capital: Posse (regional Nordeste II), Porangatu (regional Norte) e Campos Belos (regional Nordeste I), conforme Gráfico 2.

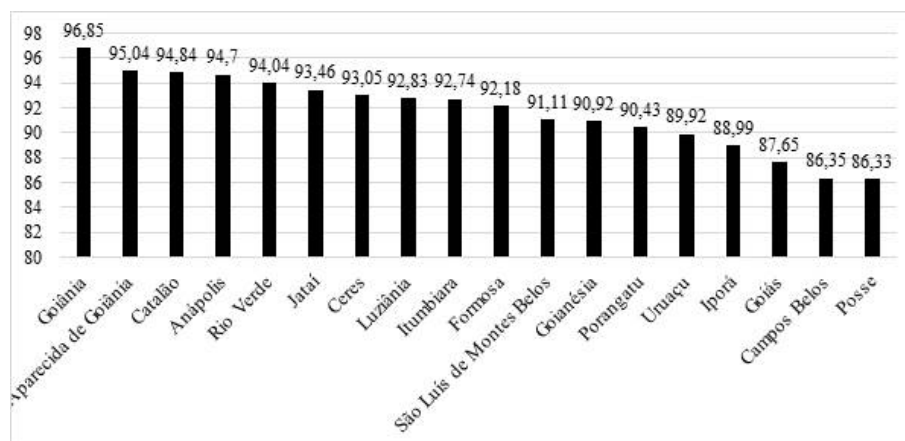


Gráfico 2

– Taxa de alfabetização por município sede

Fonte: IMB (2016). Elaborado pelas autoras.

Em relação à taxa nacional, sete dos municípios ficaram abaixo dela: Posse, Campos Belos, Goiás, Iporá, Uruaçu, Porangatu e Goianésia. O município de Goiás figura novamente entre as cidades com os piores números.

A Tabela 3 apresenta o número de pessoas empregadas por município e o rendimento médio percebido pelo trabalhador ocupado. O número de pessoas empregadas pode sinalizar a oferta de empregos e o preenchimento dessas vagas por pessoas que atendam ao perfil exigido pelos empregadores da região. Já o rendimento médio pode estar associado à valorização da mão de obra, decorrente tanto da maior especialização/capacitação quanto da existência de mais ou menos profissionais com o perfil desejado. Quanto mais raro o profissional que o mercado busca, mais bem remunerado ele é.

Município	Número de pessoas empregadas 2010 – RAIS	Rendimento médio do trabalhador em reais - ano de 2010
Goiânia	558.901	1.653,32
Catalão	21.004	1.308,32
Anápolis	82.172	1.257,22
Goianésia	1.1278	1.216,30
Rio Verde	47.426	1.185,36
Itumbiara	22.536	1.135,38
Jataí	18.198	1.134,16
Luziânia	21.268	1.111,89
Uruaçu	6.600	1.109,37
Ceres	3.855	1.107,07
Iporá	3.310	1.019,89
Aparecida de Goiânia	100.012	996,47
Formosa	12.504	965,24
São Luís de Montes Belos	5.377	959,42
Goiás	3.599	954,92
Porangatu	5.553	945,35
Campos Belos	1.932	915,9
Posse	3.211	891,5

Tabela 3

– Emprego e rendimento médio do trabalhador por município sede

Fonte: IMB (2016). Elaborada pelas autoras.

As localidades com maior renda e com menor renda são respectivamente: Goiânia (regional Central) e Posse (regional Nordeste II).

Interessante destacar que a cidade de Goiás se enquadrhou entre os municípios com menor rendimento médio dos trabalhadores, sendo a quarta renda mais baixa dentre os municípios da amostra. O município é um dos que apresenta as piores taxas de alfabetização.

Mais uma vez cidades com grande distância em relação à capital apresentaram números menos favoráveis no comparativo com as demais cidades sede de regionais. As três cidades com menor rendimento foram Posse (regional Nordeste II), Campos Belos (regional Nordeste I) e Porangatu (regional Norte), que vêm a ser a primeira, a segunda e a terceira cidades com maior distância em quilômetros da Capital. São cidades que também apresentam taxas de alfabetização dentre as menores da amostra. Isso pode ser um indicativo de que as pessoas empregadas recebem uma remuneração mais modesta em razão de que seu grau de escolaridade é menor do que a das pessoas que realizam atividade laboral nos municípios cujo rendimento médio é maior.

O Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios tem uma metodologia de cálculo que leva em conta as riquezas produzidas pelos setores de agropecuária, indústria e serviços (IBGE, 2004). O PIB é um indicador muito utilizado para analisar a saúde da economia e é, de modo geral, associado ao crescimento econômico.

O PIB per capita representa a operação matemática de dividir o PIB pelo número de habitantes de uma dada localidade. O PIB e o PIB per capita apresentados na Tabela 4 referem-se particularmente aos municípios estudados.

Destaca-se que os municípios com o maior PIB são os que se situam nas proximidades da Capital, sendo que Goiânia (regional Central) apresenta o maior somatório de riquezas produzidas, seguida das cidades de Anápolis (regional Pireneus), Aparecida de Goiânia (regional Centro

Sul), Catalão (regional Estrada de Ferro) e Rio Verde (regional Sudoeste I). Entretanto, quando a análise passa a ser sobre o PIB per capita, Catalão ultrapassa Goiânia, seguida de Anápolis e Jataí. A Capital vem apenas no sexto lugar da lista.

Município	PIB 2010 (em mil)	PIB per capita 2010 (em R\$)
Goiânia	29.295.413	22.502,18
Anápolis	11.141.523	33.255,1
Aparecida de Goiânia	6.036.901	13.246,52
Catalão	5.181.240	59.831,63
Rio Verde	4.353.685	24.666,49
Itumbiara	2.247.855	24.185,57
Jataí	2.201.508	25.003,5
Luziânia	2.175.340	12.462,84
Formosa	1.090.648	10.897,32
Goianésia	652.784	10.962,86
São Luís de Montes Belos	478.667	15.929,01
Porangatu	465.316	10.985,82
Uruaçu	440.849	11.931,28
Iporá	296.966	9.495,62
Ceres	280.314	13.550,89
Goiás	236.179	9.544,53
Posse	233.748	7.440,16
Campos Belos	145.446	11.038,6

Tabela 4

– PIB e PIB per capita por município sede

Fonte: IMB (2016). Elaborada pelas autoras.

O potencial de geração de PIB encontra-se associado a dinâmica econômica dos municípios. Guimarães e Ribeiro (2006) desenvolveram um trabalho sobre os processos desencadeadores do crescimento industrial da região Centro-oeste. A pesquisa teve como locus a cidade de Catalão que ganhou notoriedade por sua atratividade para investimentos de setores não agroindustriais, como é o caso da indústria Mitsubishi Motors Corporation, instalada no município. O estudo mostra que a cidade conta ainda com empresas dos setores mineroquímico, metal-mecânico e da indústria ceramista e de alimentos. Os resultados da pesquisa dos autores, em paralelo com PIB per capita do município explicitado na Tabela 4, corroboram para demonstrar que a atração de novos investimentos pode agregar valor aos municípios e gerar crescimento de uma região.

Quando os números relativos ao PIB per capita são analisados associados ao rendimento médio dos trabalhadores apresentado na Tabela 3, verifica-se uma grande discrepância. No caso da cidade de Catalão, o PIB per capita é da ordem de sessenta vezes mais que o rendimento médio das pessoas empregadas na localidade. Esse dado sugere que mesmo cidades com uma população proporcionalmente menor em relação à Capital são capazes de gerar muitas riquezas e que essa riqueza pode ser mais bem distribuída.

Tanto o índice de desenvolvimento humano (IDH) quanto o índice de Gini são indicadores utilizados para avaliar desenvolvimento, diferentemente do PIB que é uma medida atrelada ao crescimento econômico.

Segundo nota publicada no site do Instituto Mauro Borges juntamente com os dados que foram reunidos na Tabela 5, o índice de Gini mede

o grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (a perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima). Municípios mais desiguais são aqueles onde a riqueza gerada não é repartida de forma justa.

Município	IDHM – Educação 2010	IDHM – Longevidade 2010	IDHM – Renda 2010	IDH-municipal 2010	Índice de Gini 2010
Goiânia	0,739	0,838	0,824	0,799	0,59
Uruaçu	0,628	0,86	0,74	0,737	0,58
Jataí	0,656	0,856	0,774	0,757	0,57
Porangatu	0,642	0,845	0,709	0,727	0,57
Campos Belos	0,616	0,815	0,661	0,692	0,56
Formosa	0,666	0,852	0,726	0,744	0,56
Rio Verde	0,656	0,852	0,765	0,754	0,56
Posse	0,53	0,819	0,659	0,659	0,55
Ceres	0,733	0,842	0,753	0,775	0,53
Goiás	0,621	0,805	0,713	0,709	0,53
Anápolis	0,66	0,822	0,737	0,737	0,52
Iporá	0,667	0,84	0,731	0,743	0,52
Catalão	0,715	0,819	0,769	0,766	0,51
Luziânia	0,602	0,831	0,689	0,701	0,51
Aparecida de Goiânia	0,62	0,834	0,716	0,718	0,49
Itumbiara	0,682	0,838	0,744	0,752	0,49
São Luís de Montes	0,67	0,809	0,721	0,731	0,49
Goianésia	0,636	0,84	0,719	0,727	0,47

Tabela 5

– Índice de desenvolvimento humano e de Gini por município sede

Fonte: IMB (2016). Elaborada pelas autoras.

Sob esse prisma, Goiânia (regional Central) é a cidade mais desigual e Goianésia (regional São Patrício II) a menos desigual.

O índice de desenvolvimento humano municipal, por sua vez, é composto por três fatores: renda, educação e longevidade, os quais se encontram também discriminados na tabela 6. O Instituto Mauro Borges divulgou juntamente com os dados a classificação que serve de parâmetro para a análise do IDH municipal: Muito Alto (acima de 0,800), Alto (de 0,700 a 0,799), Médio (de 0,600 a 0,699), Baixo (de 0,500 a 0,599) e Muito Baixo (de 0 a 0,500).

Em relação ao IDH, Goiânia possui o índice mais alto e Posse o pior índice verificado. Nenhuma das cidades apresentou a avaliação “muito alto”, de acordo com a classificação acima, e 88,9% dos municípios ficaram com IDH classificado como “alto”.

Na Tabela 5, o melhor cenário seria representado por um índice de Gini baixo e um índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) alto e sob esse ponto de vista Catalão e Itumbiara se destacaram. Esse dado mostra que o PIB municipal atribuído a Catalão foi revertido em qualidade de vida para a população ali residente, ainda que ao simular a distribuição do PIB pelo número de habitantes encontre-se um número que esteja distante do rendimento médio real percebido por cada trabalhador (Tabela 3).

Goiânia pode ser apontada como a cidade mais contraditória, na medida em que possui o IDHM mais alto – o que é considerado positivo – e o índice de Gini mais alto, o que representa a cidade com mais desigualdade socioeconômica.

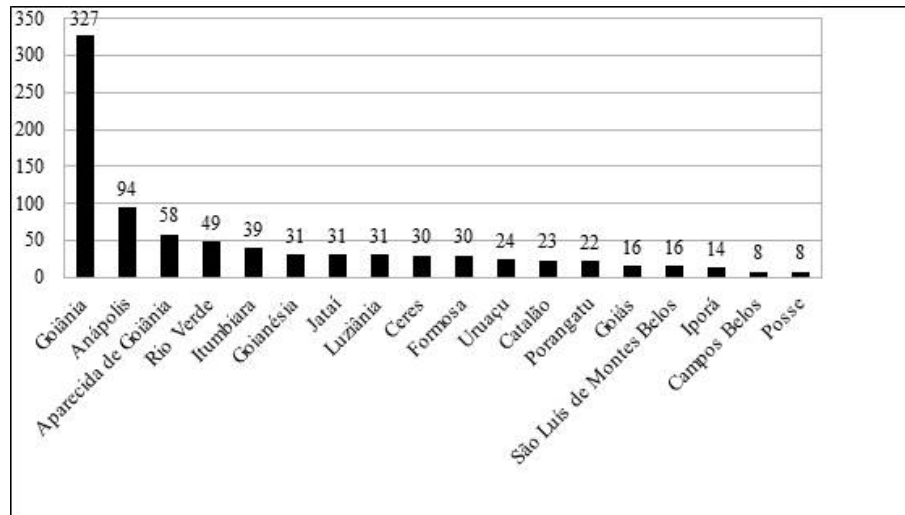


Gráfico 3

– Número de estabelecimentos do SUS por município sede

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do DataSUS.

A capital goiana possui o maior número de estabelecimentos do SUS, seguida das cidades de Anápolis, Aparecida de Goiânia e Rio Verde.

O que se observa no Gráfico 3 é que a distribuição dos estabelecimentos segue, via de regra, a população. Cidades mais populosas, em geral, têm mais estabelecimentos de saúde em relação àquelas com menos habitantes. É o caso, por exemplo, de Goiânia, Anápolis, Aparecida de Goiânia e Rio Verde, que são as quatro primeiras cidades mais populosas do Estado no ano de 2010 e aparecem como as cidades com maior número de estabelecimentos de saúde. Os municípios de Campos Belos e Goiás estão entre os que possuem menor número de habitantes e menor número de estabelecimentos de saúde do SUS também.

A cidade de Catalão é o décimo município menos populoso e o décimo segundo no ranking dos municípios com o menor número de estabelecimentos de saúde públicos.

Em comparativo com o rendimento médio dos trabalhadores dos municípios que compõem a amostra, Goiânia, Catalão, Anápolis, Goianésia, Rio Verde e Itumbiara são, nesta ordem decrescente, os municípios que apresentam os maiores rendimentos salariais médios percebidos pelos trabalhadores. A lista dos municípios com o maior número de estabelecimentos de saúde do SUS segue a seguinte ordem: Goiânia (1º), Anápolis (2º), Aparecida de Goiânia (3º), Rio Verde (4º), Itumbiara (5º) e Goianésia (6º). Apesar da similaridade entre a primeira e a segunda sequências, esses elementos não são conclusivos, na medida em que essa relação não se repetiu para outros municípios. A cidade de Catalão, por exemplo, que é a 2ª com maior rendimento médio dos trabalhadores só aparecerá na 12ª posição em relação à quantidade de estabelecimentos de SUS. Desta forma, não se pode dizer que há relação direta entre renda da população e maior oferta de serviços de saúde.

Infere-se, todavia, que o quantitativo populacional é o que mais interfere na oferta de serviços de saúde públicos, o que contribui para o

entendimento de que a saúde está associada à proteção social, ao modelo assistencialista de governar e que as políticas públicas nem sempre estão voltadas para o desenvolvimento de uma região.

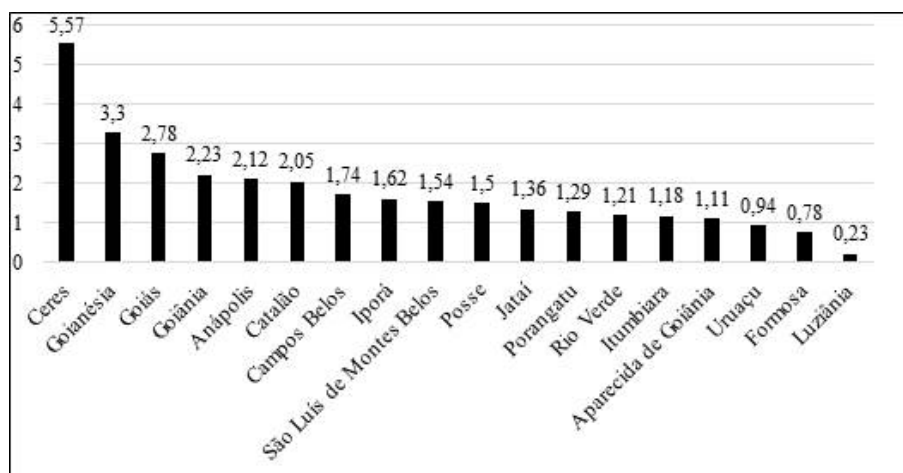


Gráfico 4

– Leitos do SUS por mil habitantes por município sede

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do DataSUS

O Gráfico 4 mostra o número de leitos do SUS a cada mil habitantes, disponível em cada localidade. Segundo a ficha de qualificação do indicador disponibilizada na Biblioteca Virtual de Saúde, o dado refere-se ao número de leitos hospitalares públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Ele mede a relação entre a oferta de leitos hospitalares e a população residente na mesma área geográfica. É influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, composição etária, desenvolvimento tecnológico, oferta de profissionais de saúde, políticas públicas assistenciais e preventivas, a exemplo das de incentivo a cirurgias ambulatoriais, desospitalização na saúde mental e programas de internação domiciliar (DATASUS, 2010).

De acordo com essa ficha de qualificação, diferentemente do que se pressupôs para o desenho deste artigo, a oferta de leitos é influenciada pela renda de outra forma: em geral, a concentração de leitos está associada ao maior poder aquisitivo da população e à demanda por serviços especializados, condições que atraem investimentos do setor privado de saúde (DATASUS, 2010). Isto porque na ficha de qualificação procura-se observar tanto os leitos públicos quanto privados que compõem a estrutura de serviços de saúde. O objeto desta pesquisa, entretanto, não considera os leitos privados, pois parte-se do pressuposto de que a questão social, em tese, deveria ser imperativa sobre a estrutura pública de saúde, porém, o que se percebe na prática é que a influência do mercado sobre essa oferta é predominante.

O indicador “leitos do SUS por mil habitantes” é utilizado para analisar variações geográficas e temporais na oferta de leitos hospitalares públicos e privados. Ele permite que sejam identificadas situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsidia os

processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar (DATASUS, 2010).

Ainda de acordo com o Gráfico 4, a maior relação leitos do SUS por habitantes é a do município de Ceres (regional São Patrício). O município é o segundo menos populoso, entretanto, o quarto município com maior densidade demográfica. Apresenta-se ainda como o nono município com menores rendimentos salariais médios de seus trabalhadores e com um dos menores PIB (está na 15ª posição). Tais dados sugerem uma maior interferência do poder público, utilizando-se do setor saúde para transformar a realidade social do município. Do ponto de vista do desenvolvimento regional, os dados são negativos, uma vez que os municípios com melhores indicadores de PIB, IDH, entre outros, deveriam também refletir em melhores ofertas de serviço público de saúde.

A cidade de Goianésia, que aparece listada como a segunda maior relação leitos/habitantes, é a sexta mais densamente povoada, com o quarto maior rendimento médio dos trabalhadores, e somente a 10ª em relação ao PIB.

A Capital goiana, que é o município com maior densidade demográfica, aparece em quarto lugar, perdendo para a cidade de Goiás que é um dos municípios goianos com o pior cenário de indicadores de desenvolvimento humano.

O resultado relacionado à cidade de Goiás pode significar uma tentativa de melhorar os índices em relação à mortalidade infantil que vem a ser a maior taxa de mortalidade infantil da amostra. O município é também o quarto com menor renda média obtida pelos trabalhadores e está nas piores posições em relação ao PIB, sendo o 16º nesse indicador. Trata-se de uma população economicamente mais vulnerável, portanto, com necessidades de saúde que precisam de um olhar atento dos gestores de saúde.

O município de Aparecida de Goiânia tem o 3º maior PIB, mas o 15º pior indicador em relação à quantidade de leitos por 1.000 habitantes, reafirmando que o crescimento econômico não é atrelado ao desenvolvimento. A cidade cresce economicamente, mas não há uma contrapartida em políticas públicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida e ampliação da oferta de serviços públicos. Dessa forma, os serviços de saúde tornam-se insuficientes e precários, pressionando para que a população com uma renda um pouco melhor busque o sistema privado de saúde.

O Gráfico 5 apresenta o número de profissionais médicos a cada mil habitantes. Esse número é geral, ou seja, não se relaciona somente aos profissionais da rede pública. Ele indica, de acordo com dados do Banco Mundial (2016), que a média brasileira para o ano de 2011 ficou na casa de 1,9 médicos a cada mil brasileiros. Tomando-se esse dado como referência apenas os municípios de Formosa, Goiânia, Ceres e Catalão estão acima desse parâmetro.

Divulgado em 2011, o relatório elaborado pelo Conselho Federal de Medicina em parceria com o Conselho Regional de Medicina de São Paulo intitulado “*Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições*

de desigualdades” indica que os médicos se concentram em grandes polos econômicos e centros populacionais. O local de escolha para fixação desses profissionais é influenciado pela quantidade de estabelecimentos de saúde e consequentemente maior oferta de emprego e número de estabelecimentos de ensino onde eles possam realizar capacitações. O relatório aponta que as regiões menos desenvolvidas e mais pobres, além dos interiores de estados com grandes territórios e zonas rurais extensas, têm maior dificuldade para fixar e atrair profissionais médicos e que os serviços de saúde públicos têm quatro vezes menos médicos quando comparados com os estabelecimentos privados. Outra informação apontada pelo estudo é que a concentração dos médicos em determinadas regiões é também um fator que contribui para acentuar desigualdades (CFM, 2011).

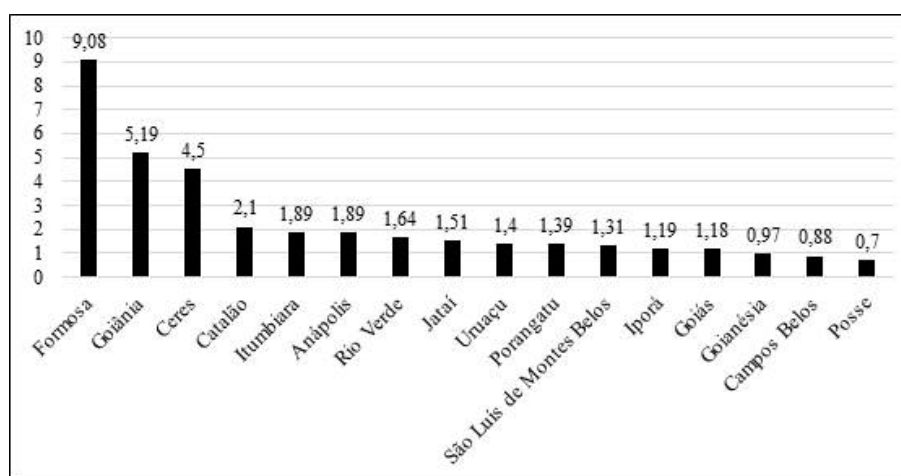


Gráfico 5

– Número de médicos por mil habitantes por município sede

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do DataSUS

Interessante notar que Ceres tem o maior número de leitos do SUS por habitantes e a terceira maior proporção de médicos por mil habitantes, indicando que boa parte desses profissionais encontra-se atuando na rede pública de saúde, a fim de ocupar os postos de trabalho relacionados aos leitos disponíveis.

Os maiores números de médicos a cada mil habitantes são percebidos em cidades maiores ou próximas a regiões metropolitanas. A cidade de Formosa (1ª colocada), por exemplo, fica no entorno de Brasília. A exceção é Aparecida de Goiânia que possui a pior relação médico/habitante da amostra.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho pretendeu analisar a distribuição dos serviços de saúde pelos municípios sede das regionais de saúde de Goiás. Buscaram-se indicadores que fornecessem um diagnóstico de qual a realidade demográfica e social dos municípios estudados a fim de obter parâmetros para análise da distribuição dos serviços de saúde.

Os dados relativos à distribuição dos leitos do SUS a cada mil habitantes sugerem que essa alocação é realizada como uma forma de proteção social aos mais carentes, na medida em que cidades com PIB menor possuem mais leitos que aquelas com maior PIB.

Com relação ao número de estabelecimentos de saúde do SUS, verificou-se que as cidades mais populosas detêm maior número desses estabelecimentos.

Atinente à proporção de profissionais médicos a cada mil habitantes visualizou-se uma concentração desses profissionais em cidades maiores ou em regiões metropolitanas.

Como limitações do estudo, podem-se mencionar as bases de dados pesquisadas. Nelas, apenas alguns dos indicadores selecionados estavam disponíveis com referência aos anos mais recentes (2015 ou 2016), de modo que se teria uma comparação muito desigual dos cenários caso fossem coletados os dados mais recentes de cada indicador. Por esse motivo, optou-se pelo ano de 2010 que reunia todos os indicadores demográficos e sociais necessários. A exceção foi com relação aos indicadores de saúde cuja disponibilidade no endereço eletrônico do Conecta SUS era exclusivamente referente ao ano de 2016, não apresentando série temporal dos anos anteriores. Reflete-se com isso, a fragilidade do banco de dados do sistema público de saúde no Brasil que deveria ter essas informações que são base para o planejamento com vistas a transformar uma dada realidade.

A diferença de seis anos pode significar uma alteração de contexto importante, no entanto, ainda que o cenário apresentado reflita um momento e os indicadores de saúde reflitam outro, o trabalho foi realizado buscando sua validade do ponto de vista de promover a reflexão sobre as desigualdades entre as regiões de Goiás.

Como encaminhamento para pesquisas futuras, seria de grande contribuição para a discussão e planejamento de políticas públicas de saúde no Estado de Goiás analisar pormenorizadamente os indicadores utilizados neste trabalho, incluindo-se outros, como repasses de recursos para a saúde, orçamento próprio para o setor e atuação de entes privados na oferta de serviços dessa natureza. Sugere-se também ampliar a amostra de modo a incluir todos os municípios goianos para fornecer uma radiografia interessante sobre o cenário goiano acerca da temática de políticas setoriais e desigualdades regionais, contribuindo para a discussão acerca da complexa relação entre saúde e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- BANCO MUNDIAL. Percentual de médicos a cada mil habitantes. 2016. Disponível em: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS>. Acesso em 03 set. 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Cidadania e Justiça. Brasil está acima da média mundial na redução da mortalidade infantil, diz ONU. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/brasil-esta->

- acima-da-media-mundial-na-reducao-da-mortalidade-infantil-diz-onu. Acesso em 26 ago. 2016.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. **Administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo estado**. Brasília: MARE/ENAP, out. 2001 (Textos para discussão 09).
- CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA). Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. v. 1, 2011. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_medica_brasil_29112011.pdf. Acesso em 03 set. 2016.
- DATASUS. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Características dos indicadores: Fichas de qualificação. 2010. Disponível em: http://fichas.ripsa.org.br/2010/E-2/?l=pt_BR. Acesso em 28 ago. 2016.
- EGLER, C. A. G. Questão regional e gestão do território no Brasil. **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 207-238, 1995.
- GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. Health and territorialization from the perspective of development. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.
- GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. S214-S226, 2007.
- GOIÁS. Governo do Estado. **Municípios goianos**. Disponível em: <http://www.goias.gov.br/paginas/conheca-goias/municipios/>. Acesso em 08 ago. 2016..
- GOIÁS. Secretaria de Saúde. Regionais de Saúde do Estado de Goiás. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/page/42/regionais-de-saude>. Acesso em 10 ago. 2016
- GUIMARÃES, E. N.; RIBEIRO, R. A nova fronteira industrial do sudeste de Goiás. **MultiCiência: População, bem-estar e tecnologia**. 2006.
- IBGE. Migração. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/migracao-e-deslocamento.html>. Acesso em 26 ago. 2016.
- IBGE. Produto Interno Bruto dos municípios. Série Relatórios Metodológicos, v. 29, 2004. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv4547.pdf> Acesso em 27 ago. 2016
- IMB (Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos). Perfil socioeconômico dos municípios goianos. 2016. Disponível em <http://www.imb.go.gov.br>. Acesso em 04 jul. 2016.
- INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, v. 22, p. 102-110, 2001
- OLIVEIRA, G. B. de. Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento. **Revista FAE**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 37-48, 2002.
- PAES-PAULA, A. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2005.
- VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, n. 3, p. 1765-1778, nov. 2007.