



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

EVELLINE MICHELLE VIEIRA COSTA

**A MOBILIDADE SE FAZ REDE PELA DOR: O ATENDIMENTO DE
SAÚDE EM GOIÁS NA PERSPECTIVA DAS CASAS DE APOIO**

GOIÂNIA
2018

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

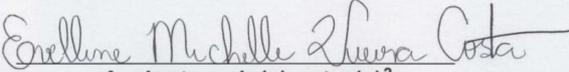
Nome completo do autor: Evelline Michelle Vieira Costa

Título do trabalho: A MOBILIDADE SE FAZ REDE PELA DOR: O ATENDIMENTO DE SAÚDE EM GOIÁS NA PERSPECTIVA DAS CASAS DE APOIO

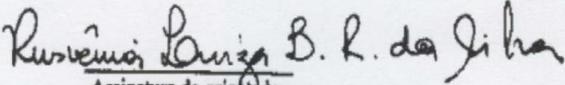
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento **SIM** **NÃO¹**

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do orientador

Data: 10 / 12 / 2018

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

A MOBILIDADE SE FAZ REDE PELA DOR: O ATENDIMENTO DE SAÚDE EM GOIÁS NA PERSPECTIVA DAS CASAS DE APOIO

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

Área de Concentração: natureza e produção do espaço

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rusvênia Luiza B. R. da Silva.

GOIÂNIA
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

COSTA, EVELLINE MICHELLE VIEIRA
A MOBILIDADE SE FAZ REDE PELA DOR: O ATENDIMENTO
DE SAÚDE EM GOIÁS NA PERSPECTIVA DAS CASAS DE APOIO
[manuscrito]
/ EVELLINE MICHELLE VIEIRA COSTA. - 2018.
CLXVIII, 168 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Rusvênia Luiza Batista Rodrigues da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto
de Estudos Socioambientais (Iesa), Programa de Pós-Graduação em
Geografia, Goiânia, 2018.

Bibliografia. Apêndice.

Inclui siglas, mapas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de
figuras, lista de tabelas.

1. Centralidade. 2. Mobilidade. 3. Pacientes. 4. Casas de Apoio. 5.
Geografia da Saúde. I. Silva, Rusvênia Luiza Batista Rodrigues da,
orient. II. Título.

CDU 911



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOAMBIENTAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: NATUREZA E PRODUÇÃO DO ESPAÇO

**ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE JULGAMENTO DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO DE EVELLINE MICHELLE VIEIRA COSTA**

Aos 03 dias do mês de novembro do ano de dois mil e dezoito (2018), a partir das 8h, no Instituto de Estudos Socioambientais da Universidade Federal de Goiás, teve lugar a sessão de julgamento da Dissertação de Mestrado **EVELLINE MICHELLE VIEIRA COSTA**, intitulada: "A MOBILIDADE SE FAZ REDE PELA DOR: O ATENDIMENTO DE SAÚDE EM GOIÁS NA PERSPECTIVA DAS CASAS DE APOIO". A banca examinadora foi composta, conforme Portaria n.º 108/2018 da Diretoria do IESA, pelos seguintes Professoras Doutoras **Rusvênia Luiza Batista Rodrigues da Silva** (Orientadora), **Eguimar Felício Chaveiro** (Membro Titular interno), **José Gilberto de Souza** (Membro Titular Externo), Os examinadores arguíram na ordem citada, tendo a candidata respondido satisfatoriamente. Às 11h26 horas a Banca Examinadora passou a julgamento, em sessão secreta, tendo a candidata obtido os seguintes resultados:

Profa. Dra. Rusvênia Luiza Batista Rodrigues da Silva (Presidente) – Ass. *Rusvênia*
Aprovada () Reprovada ()
Prof. Dr. Eguimar Felício Chaveiro – Ass. *Eguimar*
Aprovada () Reprovada ()
Prof. Dr. José Gilberto de Souza – Ass. *José*
Aprovada () Reprovada ()

Resultado final: Aprovada () Reprovada ()

Houve alteração no Título? Sim () Não ()

Em caso afirmativo, especifique o novo título:

Outras observações: *Destaque a postura da orientadora frente a banca.*

Reaberta a Sessão Pública, o Presidente da Banca Examinadora proclamou o resultado e encerrou a sessão, da qual foi lavrada a presente ata, que segue assinada pelos membros da Banca Examinadora e pela Secretária do Programa de Pós-Graduação em Geografia.

Secretaria..... *Luana de Castro Amorim*.....
Luana de Castro Amorim
Assistente em Administração
Instituto de Estudos Sócio Ambientais
Matricula: 2357313

**A MOBILIDADE SE FAZ REDE PELA DOR:
O ATENDIMENTO DE SAÚDE EM GOIÁS NA PERSPECTIVA DAS
CASAS DE APOIO**

Dissertação defendida em 29 de setembro de 2018, n Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Geografia, do Instituto de Estudos Socioambientais da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre.

Banca Examinadora

PROFA. DRA. RUSVÊNIA LUIZA B. R. DA SILVA
Orientadora e Presidente da
Banca Universidade Federal de
Goiás - IESA

PROF. DR. EGUIMAR FELÍCIO CHAVEIRO
Membro Interno Universidade
Federal de Goiás - IESA

PROF. DR. JOSÉ GILBERTO DE SOUZA
Membro Externo
Universidade Estadual Paulista – Campus Rio Claro
São Paulo

AGRADECIMENTOS

Nessa longa e difícil caminhada acadêmica, muitas pessoas passaram e contribuíram para crescimento dos meus conhecimentos. Para todas essas pessoas que sempre acreditaram em meus projetos de vida, dedico este trabalho.

A minha mãe, meu irmão e minha madrinha Edna Negre, meu porto seguro, que sempre me apoiaram ao longo de toda a minha vida, principalmente nessa jornada do mestrado, tendo muita paciência, amor e carinho, principalmente nos momentos mais complicados.

Aos outros membros da minha família que foram fantásticos comigo, sempre que precisei, com destaque as minhas tias Maria, Lulu e Elaine, onde o tempo e a distância não diminuíram esforços para comigo. Obrigado por tudo que me deram, por todo suporte e consolo para suportar toda pressão acadêmica!

A minha orientadora deste trabalho, Rusvênia Luiza, que me auxiliou na descoberta de meu objeto de estudo e esteve sempre disponível para sanar minhas dúvidas e conflitos, tornando-se a maior incentivadora de minha formação geográfica, e por acreditar em minha capacidade como pesquisadora. Quem eu aprendi a ter tamanha admiração, por sua dedicação e paciência em todos momentos dessa jornada.

Aos professores Leandro Oliveira de Lima e Valéria Cristina Pereira Silva pelas considerações no exame de qualificação.

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

Aos professores, pelo convívio no IESA.

Aos meus amigos e colegas da Geografia que participaram de minha formação acadêmica e como pessoa, como Evania Martins, Cátia Rodrigues e Rafael Caique, que me deram muita força dentro e fora da sala de aula. E, nunca deixando de agradecer, a minha grande amiga e companheira Isadora Medeiros Camilo, no qual dedico toda minha admiração, respeito e carinho, por todos os momentos felizes que vivemos durante o curso de graduação e fora dele, os que pretendo carregar para sempre em meu coração. Agradeço pelo carinho, compreensão e incentivo aos estudos.

Muito obrigada!

A globalização mata a noção de solidariedade, devolve o homem a condição primitiva de cada um por si e, como se voltássemos a ser animais da selva, reduz as noções de moralidade pública e particular a um quase nada.

(SANTOS, 2001, p. 65).

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo compreender o funcionamento e a importância das casas de apoio que hospedam moradores dos municípios do interior de Goiás, em tratamento de saúde, na cidade de Goiânia. No setor da saúde pública, principalmente de especialidades que compreendem como média e alta complexidade, os pequenos municípios das cidades do interior de Goiás contam com atendimento mais reduzido ou não existente, e essa precariedade manifesta-se no volume de pessoas que se deslocam para a Capital com o intuito de procurar serviços especializados de saúde. A mobilidade das pessoas é recorrente. Os migrantes “pacientes” saem de seus municípios para receberem tratamento médico em outros maiores e mais equipados, enfrentando, além das dificuldades de hospedagem e alimentação, os desafios de conhecer e vivenciar o espaço urbano metropolitano. As Casas de Apoio, então, ocupam um importante papel no auxílio a essas pessoas, as quais, muitas vezes, não possuem alternativas de hospedagem, alimentação e transporte, dependendo completamente dos serviços ofertados pelos municípios. As Casas de Apoio são equipamentos fundamentais para acolher essas pessoas que vivem em situação de grande vulnerabilidade social, emocional e física. Para que esses pacientes possam realizar o tratamento com mais tranquilidade e dignidade. Alojjar pacientes em Goiânia é uma alternativa rápida para fornecer assistência aos munícipes, instrumento utilizado por alguns representantes políticos como barganha eleitoral. Em muitos casos, a intermediação entre usuário e serviços públicos de saúde perpassa por práticas clientelistas. Sendo assim, a presente pesquisa pretende demonstrar como funciona essa rede de mobilidade que se manifesta na assistência à saúde dos moradores dos municípios do interior, em especial de menor poder aquisitivo, valorizando o olhar do itinerante (aquele que transita, que se desloca), além de reconhecer a logística clientelista montada em torno dessas casas assistenciais e até que ponto isso implica uma reflexão de geografia da saúde em Goiás. A relação dos estudos geográficos com os problemas da saúde nos ajuda a desbravar um campo de pesquisa pouco conhecido além disso fortalecer o conhecimento da Geografia da Saúde.

Palavras-chave: Centralidade. Mobilidade. Pacientes. Casas de Apoio. Geografia da Saúde.

ABSTRACT

The object of this paper is to understand the operation and the importance of the support houses that hosts residents from other cities of Goiás, who are going through health treatment at Goiânia. At the public health sector, mainly specialties which comprise as medium and high complexity, the small country towns of Goiás have reduced or non-existent service, and this precariousness manifests itself in the volume of people who move to the state's capital with the aim of seeking specialized health services. This behaviour is recurrent. These migrants patients leave their home town to receive medical treatment at other larger and better equipped hospitals, facing, besides the difficulties of lodging and feeding, the challenges of knowing and experiencing the metropolitan urban space. These Support Houses, then, have an important role to play in helping these people, which often do not have alternative hosting, food and transport, depending completely on the services offered by the municipalities. The Support Houses are a fundamental resource to welcome these people who live in situations of great social vulnerability, emotional and physical. So that these patients can perform their treatment with more tranquility and dignity. Housing patients in Goiânia is a quick alternative to provide assistance to these people, an instrument used by some political representatives such as electoral bargaining. In many cases, the intermediation between the user and public health services permeates by clientelistic practices. Therefore, the present research intends to demonstrate how this mobility network that manifests itself in the health assistance of the residents of the interior municipalities, in particular of lower purchasing power people, valuing the itinerant's gaze, besides recognizing the clientelist logistics built around these care homes and to what extent this implies a reflection of health geography in Goiás. The relationship of geographical studies to health problems helps us to explore a little-known field of research, in addition to strengthening the knowledge of Health Geography.

Keywords: Centrality. Mobility. Patients. Support Houses. Health Geography

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Região de influência de Goiânia - 2007. (A) Goiânia: região de influência; e (B) Goiânia: conexões externas.	46
Figura 2 – Exemplos de transportes de municípios goianos em Goiânia	76
Figura 3 – Matérias de jornais online sobre pacientes nas estradas de Goiás.	79
Figura 4 – Fachadas de casas de apoio localizadas em Goiânia.	86
Figura 5 – Práticas clientelistas na área da saúde pública.	100
Figura 6 – Fachada da casa de apoio de Barro Alto de Goiás em Goiânia.	120
Figura 7 – Um dos dormitórios da Casa de Apoio de Barro Alto	121
Figura 8 – Área de lazer e convivência da Casa de Apoio de Barro Alto.	121
Figura 9 – Cozinha interna da Casa de Apoio de Barro Alto.	122
Figura 10 – Cozinha externa de Barro Alto de Goiás.	122
Figura 11 – Caderno de controle de acolhidos da Casa de Apoio de Barro Alto.	125
Figura 12 – Preparação de refeições na Casa de Apoio de Barro Alto.	127
Figura 13 – Exemplos de almoço da Casa de Apoio de Barro Alto.	128
Figura 14 – Refeitório da Casa de Apoio de Barro Alto.	128
Figura 15 – Comemoração Junina na Casa de Apoio de Barro Alto.	129
Figura 16 – Fachada da Casa de Apoio de Itaberaí em Goiânia.	131
Figura 17 – Parte do refeitório da Casa de Apoio de Itaberaí.	133
Figura 18 – Escada de acesso aos dormitórios e um dos dormitórios da Casa de Apoio de Itaberaí.	133
Figura 19 – Área externa de convivência e horta da Casa de Apoio de Itaberaí	135

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tipo de transporte utilizado para fazer tratamento na capital.	77
--	----

QUADROS

Quadro 1 – Distinção entre políticas clientelistas e políticas impessoais.	99
--	----

MAPAS

Mapa 1 – Goiânia: localização dos hospitais públicos e conveniados ao SUS – 2018.	64
Mapa 2 – Goiás: Localização dos municípios das casas de apoio em Goiânia - 2018.	91
Mapa 3 – Goiás: Localização dos municípios da casa de apoio da AMESGO em Goiânia.	92
Mapa 4 – Goiânia: Localização das casas de apoio mantidas por prefeituras - 2017.	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Produção acadêmica sobre casas de apoio - 2017.	26
Tabela 2 – Hierarquização do atendimento SUS.	50
Tabela 3 – Goiás e Goiânia: principais serviços de saúde especializados - 2009.	59
Tabela 4 – Frequência e valor gasto com internações no SUS em Goiânia, segundo município de residência do usuário, SMS – Segundo Quadrimestre/ Ano 2015.	60
Tabela 5 – Casas de apoio e a distância de Goiânia	61
Tabela 6 – Dados quantitativos gerais das casas de apoio mantidas por prefeituras obtidas em entrevistas e por meio de contato telefônico.	85
Tabela 7 – Instalações físicas para assistência do Hospital Municipal de Barro Alto de Goiás – 2018.	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

FMS – Fundo Municipal de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMB – Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa

Econômica Aplicada

MC – Atenção de Média Complexidade

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Normas de Operacionalização de

Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

PDR/GO – Plano Diretor de Regionalização de Goiás

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

REGIC – Regiões de Influência das Cidades

SEGPLAN – Superintendência Estatísticas, Pesquisa e Informações Socioeconômicas

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIA - SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

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

SUS – Sistema Único de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO	06
ABSTRACT	07
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	08
LISTA DE TABELAS	09
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
INTRODUÇÃO	16
Construção do objeto de pesquisa	24
CAPÍTULO I	
REDE URBANA E DE SAÚDE	
1.1 Produção do espaço urbano de Goiânia	32
1.2 O espaço urbano de Goiânia e a rede de saúde	39
1.3 O SUS e a regularização dos pacientes em Goiás	52
1.4 A distribuição espacial dos serviços hospitalares do SUS e das casas de apoio em Goiânia	33
CAPÍTULO II	
MOBILIDADE E SAÚDE PÚBLICA	
2.1 Migração pelo adoecimento	71
2.2 As casas de apoio e seus espaços de articulação	81
2.3 O clientelismo, o acesso ao SUS e às casas de apoio	95
CAPÍTULO III	

AS CASAS DE APOIO E OS SUJEITOS

3.1	O sentido da Casa	108
3.2	Estudo verticalizado das casas de apoio em Goiânia	
3.2.1	Casa de Apoio de Barro Alto de Goiás	118
3.2.2	Casa de Apoio de Itaberaí	130
3.3	Um olhar para o sujeito nas casas de apoio	136

CONSIDERAÇÕES FINAIS

147

REFERÊNCIAS

152

APÊNDICES

158

INTRODUÇÃO

Este estudo se insere no conjunto de reflexões sobre as Casas de Apoio em Goiânia, principalmente aquelas representadas por municípios do interior do estado, a fim de compreender a participação dessas instituições, com base em suas dimensões e articulações espaciais. A escolha do tema perpassa por toda a minha trajetória no curso de Licenciatura em Geografia, no Instituto de Estudos Socioambientais (IESA) da Universidade Federal de Goiás (UFG), após a apreciação de algumas leituras, exposição em aulas, participação em grupos de estudos e orientações recebidas.

Durante a trajetória acadêmica, meu olhar esteve mais direcionado para a cidade, particularmente a cidade de Goiânia. Aspirava entender mais sobre toda a complexidade que circunda o espaço urbano e seus processos constitutivos, de formação e articulação com outros espaços. Com o decorrer da pesquisa, surgiram questionamentos a respeito do deslocamento intenso de pessoas de cidades locais até Goiânia, em busca dos mais diversos bens e serviços. A inquietação, então, caminhou para a pós-graduação.

Momentos particulares me fizeram pensar sobre a minha realidade e da minha família, em destaque para o aspecto de muitos parentes possuírem forte ligação com as cidades do interior, em particular as cidades da microrregião de Ceres, dando-me oportunidade de conhecer e analisar mais profundamente esses espaços. Conhecia-os bem. Desde a infância pude vivenciá-los, mesmo que apenas em alguns períodos do ano, como nas férias escolares e feriados, gerando diversas curiosidades que caminharam comigo até então. Seguindo essa linha de compreensão, escrevi meu trabalho de conclusão de curso, no qual abordei a dinâmica territorial de Carmo do Rio Verde no contexto da rede urbana, experiência que foi fundamental para minha formação e escolha do tema de estudo. Assim, ao longo do processo inicial, pude construir a maneira como pensaria o tema de pesquisa. Entendo a importância da realização de mais estudos sobre esses espaços não-metropolitanos, atendendo a produção geográfica da realidade urbana brasileira. O projeto inicial intencionava compreender as diferenças e os papéis das cidades locais na rede urbana.

Após um período de conclusão da graduação, empreendendo uma análise que eu já estava fazendo no Grupo de Estudo em Teoria e Metodologia da Geografia (GEOtema), no ano

de 2015, coordenado pelo professor Denis Castilho, decidi aprofundar meus conhecimentos inscrevendo-me no processo seletivo do mestrado em Geografia no IESA, em 2016. Construí um projeto de pesquisa na perspectiva da inserção da cidade local goiana na rede urbana e da força interpretativa que o meu trabalho de conclusão de curso me apresentou, dando continuidade aos estudos da cidade de Carmo do Rio Verde e seu entorno.

Aprovada na seleção, com o projeto de pesquisa em mãos, na primeira reunião com a orientadora apresentei meus objetivos e justificativos de escolha do tema, conversamos e descobrimos que outras questões naquela trama da cidade pequena também me chamavam a atenção. Narrei a trajetória de desafio familiar para tratamento de um tio idoso diagnosticado com câncer, o qual, devido a falta de atendimento especializado em sua cidade, Carmo do Rio Verde, foi conduzido e forçado a fazer todos os procedimentos de intervenção para tratar a doença na cidade de Goiânia.

Essa situação familiar ocorreu após minha conclusão do curso de graduação em Geografia e, ao relatá-la na reunião de orientação, percebemos ser uma pista fecunda para entender a relação entre as cidades. Isto porque no deslocamento do meu parente em tratamento de câncer, da cidade de Carmo do Rio Verde para Goiânia, uma rede se realiza, uma mobilidade que traz consigo todas as suas tramas de vivências. A situação da fragilização e o tratamento de saúde, ambos me instigaram a compreender esse fenômeno: a mobilidade se faz rede pela dor. Comecei a me interessar mais em entender essa rede de saúde formada entre o interior e a capital. Preocupava-me compreender os fluxos e formas de deslocamentos das pessoas de diferentes municípios, bem como os problemas encontrados para receberem atendimento na capital, como funciona essa rede de atendimento e, principalmente, o que as prefeituras oferecem de serviço de transporte e acolhimento desses sujeitos.

Meu tio, após duas cirurgias para tratar o câncer, ambas realizadas no Hospital Araújo Jorge, teve que aumentar a frequência de vindas à Goiânia. O médico prescreveu que ele viesse ao hospital toda semana para tratamento de quimioterapia e avaliação médica. Por morarem só, ele e sua esposa, também idosa, em Carmo do Rio Verde, migravam semanalmente de carro particular, com o objetivo de se sentir mais independente dos serviços ofertados na cidade, sobretudo no que se refere aos horários. Porém, sua saúde foi ficando cada vez mais debilitada e, por isso, decidiram recorrer à Prefeitura de sua cidade para verificar se algum auxílio poderia ser dado. Desta forma, conseguiu apoio com um veículo do tipo “van” que saía todos os dias no horário das 4 horas da manhã e retornava às 17 horas. Esta realidade se repete em outros municípios equidistantes a Goiânia quando os carros locados trazem pessoas e chegam a capital

ficando em casas de apoio financiadas pelos municípios. Geralmente, as viagens são feitas madrugadas adentro para que amanheçam na cidade.

A pesquisa ora apresentada nasce de uma inquietação que ultrapassa os muros da academia, pois é uma realidade presente em minha trajetória de vida. A questão do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) esteve presente em minhas vivências familiares, pois Carmo do Rio Verde, por ser uma cidade local e interiorana, não possui atenção de saúde integral, ou seja, as diversas especialidades e atenções para atender a real necessidade da população.

É nesse sentido que o interesse em pesquisar sobre o Tratamento Fora de Domicílio foi ganhando sentido ao longo da minha trajetória de vida e se reafirmando como inquietação em meu cotidiano acadêmico.

Analisando a situação do meu tio, partindo dessa experiência familiar que motivou a investigação, e ampliando a questão para construir a problemática e compreender os questionamentos supracitados, cheguei à realidade das casas de apoio, espaços de hospedagem e sociabilidade cuja finalidade é atender as necessidades de apoio psicossocial, alimentação, acomodação, higienização pessoal e acompanhamento para continuidade no tratamento médico das pessoas. Esses espaços são pouco conhecidos, porém têm presença numericamente expressiva em Goiânia. As casas de apoio foram pensadas para atender as demandas de hospedagem de pessoas advindas das cidades do interior do estado que são atendidas em centros de saúde da capital.

Esta situação me remeteu a discussão enunciada por Santos e Silveira (2001), quando propoem uma interpretação geográfica do Brasil, onde território usado é conceito basilar para interpretação da Nação, incluindo todos os atores e não apenas o Estado, além de todos os aspectos espaciais de todas as existências, constituído de objetos e ações. Por isso, o território usado é tudo aquilo que o constitui materialmente (infraestruturas, que chamamos sistemas de engenharia, a agricultura, a indústria, o meio urbano construído, as densidades demográficas e técnicas), mas também o que constitui imaterialmente (as ações, normas, leis, cultura, movimentos da população e fluxos de toda ordem (Silveira, 2011, p. 155). Portanto, não basta apenas que as decisões políticas impactem o território: é necessário que os resultados da atividade econômica de uma região atinjam outras esferas. Trata-se de buscar uma rede para viabilizar a integração da economia que conduz a articulação de um conjunto de cidades, mas com hegemonia das cidades capitais.

Foi ponto de partida avaliar as políticas adotadas para o desenvolvimento do espaço urbano, principalmente a centralização de serviços. Um rápido processo de urbanização embalado pela localização privilegiada e por incentivos e políticas públicas de

desenvolvimento. Ao analisar a área hospitalar da cidade, no que diz respeito à distribuição espacial, é possível observar uma grande concentração de instituições especializadas e diversificadas nas regiões centrais da capital. No entorno da Praça Cívica, em um perímetro de 750 metros, estão os mais importantes serviços de saúde oferecidos em Goiânia.

Todo esse conjunto de questões nos mostra que será importante fazer uma discussão a partir das diferentes centralidades urbanas na cidade de Goiânia, considerando as especificidades da área da saúde, que ultrapassam o processo territorial através da concentração e do fluxo de pessoas em escala intraurbana e regional. A compressão dessa estruturação urbana pela saúde leva à fixação dessas casas de apoio – objeto de estudo - de outros municípios na capital goiana.

As características locais do sistema de saúde dão-se, dentre outras questões, em decorrência do processo de implantação e facilidade de acesso aos serviços, via meios de transporte e aumento de vagas e convênios no sistema de saúde pública. Segundo a Constituição Federal de 1988, o acesso a equipamentos de saúde pública é direito de todo cidadão brasileiro e a disposição espacial desses serviços deveria ser da forma mais equitativa e eficiente possível. A disposição espacial desigual dos serviços de saúde pública no Brasil acarreta o deslocamento recorrente de pacientes que saem de seus municípios para serem tratados em outros centros urbanos maiores e mais equipados, gerando um sem fim de problemas, além das dificuldades de hospedagem e alimentação que esses sujeitos enfrentam fora da sua cidade de origem.

A partir de então, algumas questões sobre o objeto da pesquisa de forma mais específica me inquietaram, quais sejam: Por que pacientes que saem de suas cidades para atendimento de saúde na capital (Goiânia)? Como funciona a rede de serviços de saúde em Goiânia? Qual a relação entre a localização das casas de apoio e os serviços de saúde? Como se articulam as relações entre a oferta de saúde na capital e a demanda dos municípios? Como funcionam as casas de apoio e de que maneira elas fornecem assistência a saúde das pessoas que migram mobilizadas pela dor?

Inicialmente, esse interesse em realizar essa aproximação tomou vida como indignação ao visualizar que a saúde pública de Goiás é alvo de apreensões políticas dimensionadas a uma prática imediatista, precarizada e burocratizada de atenção à saúde, que somente pode ser entendido na aproximação das relações sociais, imbricado num processo de produção e reprodução da vida social cotidiana na casa de apoio.

Uma busca inicial foi feita e notamos que, no meio acadêmico, a inserção da temática “casas de apoio” e a aproximação dos temas urbanos e saúde não são recentes, ou seja, não consistem em novidade. Apesar dos trabalhos desenvolvidos em diversas áreas do

conhecimento, alguns aspectos ainda permanecem obscuros, tanto no âmbito do senso comum quanto acadêmico. Muitas perguntas, ainda sem respostas, podem ser feitas acerca das relações entre esses temas. No campo da Geografia não encontramos estudos sobre o tema.

Na chamada Geografia da Saúde, o estudo da casa de apoio não é um objeto nobre. Pierre Bourdieu (2005) aponta que há uma hierarquia social dos objetos de pesquisa, que significa “uma distinção entre os objetos nobres e os objetos ignóbeis, ou entre as maneiras ignóbeis e as maneiras nobres (...) de tratá-los” (BOURDIEU, 1998, p. 36). O que orienta o investimento dos pesquisadores em certas temáticas de estudo é exatamente essa pirâmide, onde os trabalhos (cientificamente) mais importantes sobre objetos mais “insignificantes” têm menor oportunidade de visibilidade. A hierarquia social dos objetos, dessa forma, ao mesmo tempo, não incentiva e reprime o interesse por determinadas temáticas de estudo.

Sendo assim, é perceptível uma tentativa de incluir temas marginais na pirâmide hierárquica. Bourdieu salienta que objetos sociais aparentemente insignificantes podem tornar-se problemas e objetos importantes a serem levantados, uma capacidade de constituir objetos socialmente insignificantes em objetos científicos.

Ainda em fase de levantamento de estudos sobre o tema, tanto em revistas acadêmicas quanto em anais de congressos, simpósios e fóruns na área da Geografia da Saúde, como do Simpósio Nacional de Saúde, do Congresso Internacional de Geografia da Saúde, do Fórum Internacional de Geografia da Saúde, pude asseverar que a Geografia quando estuda a Saúde tem se preocupado com questões e temáticas como: análise espacial de doenças; relação entre clima e saúde, água e saúde; paisagens associadas a doenças; impactos do lixo e suas relações de saúde; contextos geográficos, saúde mental e violências; geotecnologias aplicadas à saúde; saúde e meio ambiente; implicações da falta de saneamento básico; trajetória das doenças infecciosas; acessibilidade urbana de pessoas com deficiência; resgate dos conhecimentos tradicionais com plantas medicinais; cobertura vegetal e circulação de doenças; políticas públicas e regionalização da saúde¹. Em suma, esses estudos fazem uma descrição das doenças ou estudos ligados às políticas governamentais, na maior parte fazem elos entre geografia e epidemiologia.

A relação dos estudos geográficos com os problemas da saúde contemporâneos é capaz de fortalecer o campo de conhecimento da Geografia da Saúde. Se por um lado as tradicionais abordagens desse campo da Geografia sempre enfatizaram as influências do meio natural e da

¹ Dados do Atlas do GeoSaúde 2017. Disponível em: <http://geosaude.org>. Acesso em: 10 de maio. 2014.

difusão de doenças, atualmente mostra-se necessário uma atenção para as causas estruturais, econômicas e sociais que envolvem as questões da saúde da população, principalmente os mais pobres. As análises territoriais de saúde são amplas e múltiplas.

Recentemente, após o lançamento de inscrições no site do Encontro Nacional Geógrafos, em 2018, recebi com surpresa a presença de um novo eixo temático: Geografia da Saúde, apresentando essa nova perspectiva de estudos e dando relevância ao debate das condicionantes sociais em saúde e sua distribuição nos territórios (desigualdades sociais, acessibilidades e regionalização dos serviços de saúde). No site do evento:

As abordagens territoriais da saúde são múltiplas e de vital importância na compreensão dos processos recentes de surgimento das doenças em seu contexto, dos limites políticos e econômicos da universalização da atenção à saúde e, por que não dizer, dos meios de promover cuidados preventivos - para além da medicalização, tecnificação e mercantilização da medicina que faz prevalecer o consumo privado de serviços e a destruição do Sistema Único de Saúde (SUS). As populações nas áreas urbanas e rurais padecem de problemas de saúde que derivam de situações geográficas de extrema carência, de falta de alimentação saudável, ausência de habitação digna e condições locais de saneamento, e restrição de acesso a equipamentos e serviços de saúde. Do ponto de vista mais teórico, por um lado se enriquecem as discussões sobre o sistema público de saúde, explorando suas debilidades frente a falta de uma perspectiva territorial dinâmica em sua operação institucional. De outro, os estudos epidemiológicos passam a contar com novas tecnologias de processamento de informação geográfica, permitindo observar novos fenômenos. Desta forma, evidencia-se o desafio de integrar vertentes de análises da saúde em uma visão ampla e complexa do próprio espaço geográfico. (ENG, 2018)

Os novos debates da Geografia da Saúde tentam fazer um cruzamento dos saberes como principais abordagens: o envelhecimento ativo e sustentável; políticas públicas para equidade em saúde; vulnerabilidade, risco e saúde urbana e sistemas de informação e decisão à saúde da comunidade. A Geografia tem contribuído com os estudos geográficos no âmbito da saúde, ao passo que tenta articular uma diversidade de eixos temáticos que juntam conhecimentos da saúde coletiva, do urbanismo, do envelhecimento populacional, dentre outros temas. Com isso, essa linha encontra-se com a Geografia em diversas disciplinas: Geografia da População, Geografia Urbana, Estudos de Redes e Planejamento Regional e Ambiental.

É importante destacar que a Geografia da Saúde tem em seu papel tanto a tradicional descrição de doenças quanto estudos ligados a políticas governamentais, com abordagens críticas e de cunho social. Ou seja, também procura entender a dinâmica dos serviços de saúde, ao pensar o tratamento do indivíduo como um todo e não apenas de componentes do sistema. Sendo assim, a organização dos serviços, a distribuição dos equipamentos e os indicadores de saúde são objetos de estudo indispensáveis para a Geografia. Por isso, farei uma breve abordagem, com futuro de possibilidades para aprofundamento do assunto.

Quem estuda o espaço urbano goiano também não está estudando o papel desempenhado pelas casas de apoio, embora consigamos perceber uma dimensão extremamente geográfica desse objeto de pesquisa, pois as casas existem, estão na cidade, estão distribuídas espacialmente vinculadas ao atendimento oferecidos pelos principais hospitais, na configuração de um mundo em rede (CASTELLS, 2002), e compõe-se de processos políticos. Há diferentes dimensões para interpretação desse objeto que envolve a Geografia da Saúde, a Geografia Urbana, a Geografia Política e, também, a dimensão da própria condição existencial dos sujeitos que estão submetidos a essas dependências.

O deslocamento de pessoas em busca de tratamento de saúde em Goiânia pode ser estudado de diferentes maneiras, porém esses pressupostos teóricos nos parecem interessantes: a centralidade (concentração de estabelecimentos de saúde e serviços especializados) e a mobilidade (deslocamento de pacientes). A reflexão acerca dessas abordagens de fenômenos urbanos, regionais e intraurbanos, encaminhou minha pesquisa para a compreensão das articulações espaciais – das redes – entre as casas de apoio de municípios do interior na cidade de Goiânia.

Santos (1989, 1994, 1997, 2004) analisou a rede urbana brasileira e suas metamorfoses diante das transformações estruturais que ocorreram no país a partir de meados do século XX. Para Santos (1997, p. 32) a rede urbana é impactada pela globalização, na qual cada nó dessa rede, por menor que seja, participa de um ou mais circuitos espaciais, produzindo, distribuindo ou consumindo bens, serviços e informações que circulam por mediação de grandes ou pequenas corporações globais.

O conceito de rede urbana refere-se a um conjunto de “nós” interconectados, sendo que a rede urbana é sustentada por esses nós de articulação, que são representados pelas cidades e suas centralidades. A materialização da rede urbana se dá pelos fluxos que estabelecem entre os “nós” de articulação da rede, ou seja, os centros urbanos. Esses fluxos são viabilizados pelas estruturas fixas, uma vez que “os fixos são os próprios instrumentos de trabalho e as forças produtivas em geral, incluindo a massa dos homens”. (Santos, 1996, p.77).

Então, percebe-se que a identificação dos fluxos, seu grau de intensidade, sua natureza, são elementos necessários para a análise de uma rede urbana. Para Santos (1988), a análise dos fluxos entre as cidades às vezes é difícil em função da ausência de dados. Contudo, o autor considera que o estudo dos fixos nos permite uma abordagem palpável, através dos objetos localizados, como agências de correios e bancárias, redes de ensino, hospitais, dentre outras. Considera-se ainda que cada fixo corresponda à tipologia do fluxo, portanto, a análise dos fixos

indica pontos de partida para a análise da rede urbana. As casas de apoio, como instrumentos de apoio à saúde, podem ser elementos representativos dessa compreensão.

Ainda assim, sobre a articulação da rede de saúde brasileira, Rosana Kuschnir, et al. (2007, p.2), da publicação *Qualificação de Gestores do SUS*, aponta que:

Assim, uma rede de ações e serviços de saúde também pressupõe conexões e comunicações. Quando se diz que um serviço de saúde está integrado numa rede, deve-se compreender que ele não conseguirá sozinho resolver as demandas que chegam a seu serviço e que terá que contar com outros serviços de saúde (de menor ou maior complexidade), bem como com outras redes que se articulam com o setor saúde e que lhe dão suporte, como a educacional, a de ciência e tecnologia, a de transportes e de infraestrutura, entre outras. (KUSCHNIR et al.,2007, p.2)

A caracterização da dinâmica e dos serviços da rede de saúde pública mostra-se fundamental para a compreensão da paisagem em estudo de forma integrada – a saúde e as dinâmicas ocorridas no território. O termo *saúde*, neste trabalho, não estará ligado apenas aos pacientes e suas doenças, mas também ao bem-estar social e a qualidade de vida da população, totalmente relacionados ao ambiente vivido. O destaque aqui é assinalar que essas doenças têm levado a uma mobilidade da população a outros espaços, por existir uma concentração de serviços de saúde em cidades maiores.

Segundo Raul Guimarães (2015) a Geografia não tem apenas o objetivo de estudar a produção do espaço geográfico, a compreensão das articulações escalares envolvidas no processo de produção do espaço. É esse tipo de síntese de escalas geográficas que, para o autor, define o peso político dos eventos em cada lugar, principalmente quando se trata da saúde:

A rede de serviços de saúde agrega e sintetiza múltiplas escalas. Ela contribui para a produção da escala do urbano e também está envolvida na produção da escala do corpo, da nação, do espaço mundial, dentre outras que tornam a política pública cada vez mais disputada por diversos agentes sociais (GUIMARÃES, 2015, p.90)

Nesse sentido, para a compreensão da rede urbana e de saúde goiana é fundamental a análise de estruturas fixas presentes nos municípios que permitem a realização das trocas entre Goiânia e os municípios do interior, como é o caso das casas de apoio – objeto de estudo.

A rede aqui trabalhada não é só dendrítica, hierárquica, fixa, que é o que está lá nos estudos da Geografia Urbana, quando Roberto Lobato começa a fazê-los e isso se dissemina nesta área da Geografia, que tem a ver com a hierarquia de serviços, onde Goiânia é uma “esponja” que drena recursos e centraliza a maior parte das atividades. Os outros pontos da rede são estes, que vêm desde a história do sujeito do interior que descobre estar adoecido, na busca por centros de atendimentos locais, até o momento em que conhece alguém que indica o serviço de apoio da prefeitura e, por diferentes caminhos, vem para a cidade grande. Todo o processo

de cadastramento e regulação do paciente tem uma dimensão técnica, mas também, entre isso, tem outros pontos vivos dessa rede (o fato de fazer parte de um pequeno município, a relação da vizinhança, a questão do apoio da prefeitura, o clientelismo etc.), compondo uma rede viva. Existem relações pessoais que se envolvem nesse processo.

Avaliando toda essa trajetória, dá para notar que eu vim de uma pesquisa da Geografia Urbana e, ao querer entender uma situação pessoal, me aproximei de um campo da Geografia da Saúde. Isso foi ganhando uma força, porém não abandonei a perspectiva da Rede Urbana. O campo da Geografia da Saúde ganha com minha pesquisa, porque tenho como objetivo trazer um olhar que ainda não foi explorado dentro dessa área e que, de certa forma, tem convergência com outros ramos da Geografia, como: a Geografia Urbana, Política e Cultural. Uma investigação à rede de serviços de saúde pública a partir do objeto casa de apoio.

A questão que este trabalho buscará esclarecer é: Como funciona a rede de atendimento das Casas de Apoio mantidas por prefeituras em Goiânia?

A casa de apoio “flutua”, pois ora está totalmente vinculada ao campo da saúde, ora em relação ao SUS, ora na assistência social, mas, ao mesmo tempo, mantém uma realização na vida da pessoa, que tem nada a ver com esse processo. “Flutua” entre essa estrutura que tem como fundamento o Estado e, ao mesmo tempo, “flutua” entre o sujeito, o indivíduo. “Flutua” entre uma diversidade de polos.

Diante do exposto, a reflexão proposta neste trabalho é compreender os fatores da dispersão e a concentração dos equipamentos e serviços de saúde no estado de Goiás, que motivam a implantação das casas de apoio em Goiânia. Em específico, pretendemos caracterizar as casas de apoio na lógica espacial da cidade de Goiânia bem como a mobilidade e o atendimento feito aos moradores de outros municípios goianos; segundo tipos de financiamento, modalidades e níveis de assistência; avaliar a ligação intraurbana dos hospitais com as casas de apoio; apresentar o funcionamento das centralidades dessas instituições públicas de apoio com seus municípios administrativos; reconhecer se há uma logística clientelista montada em torno dessas casas assistenciais e até que ponto isso influencia na saúde pública; e selecionar exemplos de duas casas de apoio presentes na capital goiana: de Itaberaí e de Barro Alto, como referência empírica de análise.

Construção do objeto de Pesquisa

A escolha do tema de pesquisa representa um momento muito importante da investigação, é nele em que o investigador avalia se o assunto é digno de estudo. Escolhê-lo é construí-lo qualitativamente. Sendo assim, a base empírica deste trabalho vincula-se à pesquisa das casas de apoio mantidas por outros municípios em Goiânia.

No setor da saúde pública, principalmente de especialidades que compreendem média e alta complexidade², as cidades pequenas e médias contam com atendimento mais reduzido ou não existente. Essa precariedade manifesta-se no deslocamento dos moradores para a capital, no intuito de procurar serviços de saúde. Para tanto, esses pacientes necessitam de um local para permanência no município do tratamento.

As casas de apoio simbolizam uma alternativa de hospedagem e alimentação em prol desses pacientes e seus acompanhantes durante os tratamentos de saúde. Tais elementos me motivaram a fazer apresentação deste estudo, de uma inquietação acerca da dinâmica desses espaços. Dessa forma, discutir a relação formada pelo atendimento de saúde e de assistência social no espaço urbano, a partir do vínculo entre as casas de apoio de outros municípios goianos com os serviços de saúde ofertados na capital, e compreender, espacialmente, o fluxo dessa rede de mobilidade, que se manifesta na promoção da saúde dos moradores do interior, em especial de menor poder aquisitivo, é um dos desafios desta pesquisa.

No primeiro momento deste trabalho, fiz uma análise bibliográfica de literatura encontrada em várias fontes, como nos seguintes sites da internet: Scielo, Periódicos da Capes, USP, Biblioteca Virtual, Catálogo Coletivo Nacional de publicações seriadas (CCN), Google Acadêmico, Biblioteca Nacional Digital, concernente ao tema das casas de apoio, principalmente brasileiras, e suas transformações com o tempo. Poucas são as pesquisas a respeito do tema e, na maior parte, pertencem a estudos da área da saúde. De 28 produções acadêmicas encontradas, 24 estão nas áreas de Medicina, Psicologia, Nutrição e Enfermagem;

² A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

A alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>. Acessado em 20 nov. 2017.

4 são das áreas de Ciências Contábeis, Filosofia e Geografia. Ao passo que a maioria realiza uma análise sobre o quadro de doenças de pacientes que usufruem desse tipo de sustentáculo social, apenas 2 apontam outros questionamentos, como, por exemplo, um artigo da Revista Científica da Escola de Gestão de Negócios, Universidade Potiguar, no qual o autor João Emídio (bacharel em Ciências Contábeis) faz um estudo de caso da importância da aplicação de procedimentos de auditoria interna na Casa de Apoio à Criança com Câncer Durval Paiva, em 2010.

Outro obstáculo aparente dessa bibliografia estava em expor primordialmente casas de apoio de organização da sociedade civil, de caráter privado, com interesse público e sem fins lucrativos, dificultando o esclarecimento acerca daquelas de interesse da minha pesquisa, que são de total responsabilidade de políticas governamentais: buscar entender o que as prefeituras estão fazendo para auxiliar essas pessoas que saem de seus municípios para receberem tratamento fora; obter respostas de como são legitimadas e todo aspecto de funcionamento dessas casas de apoio a uma parcela da população que necessita desse serviço específico. Para mim, é valoroso reconhecer, por meio de dados científicos ou por fontes oficiais, como está a participação dos setores públicos na implantação desse tipo de instituição.

Tabela 1 – Produção acadêmica sobre casas de apoio no Brasil.

Caráter da Instituição		Área de Estudo		Assunto	
Filantrópica	23	Saúde	23	Patologia	25
Financiada por Prefeitura	5	Outra	5	Outro	3

Fonte: Google Acadêmico
Elaboração: Evelline Michelle/ 2017.

As pesquisas feitas dividem-se em 5 dissertações e 23 artigos publicados em revistas digitais. No que tange as temáticas centrais de cada pesquisa: 44,4% tratam das casas de apoio que acompanham pacientes em tratamento contra o câncer e suas respectivas famílias; 33,4% abordam sobre as casas de apoio de assistência aos portadores do vírus HIV/Aids; as demais diversificam em temáticas como: estruturas e auditorias das casas de apoio, tratamentos psicológicos e apoio à população indígena. Todas as abordagens se referem a instituições inseridas em cidades de outros estados. Sendo assim, essas pesquisas apresentam contribuições expressivas, mas com menor especificidade para o meu trabalho, o qual tem caráter geográfico sobre o objeto de pesquisa.

Cristiano Martins da Silva (2014) em sua dissertação “Centralidade e mobilidade: uma análise do padrão de deslocamento dos pacientes atendidos pelo SUS em Goiás” (2010), apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, do Instituto de Estudos Socioambientais da Universidade Federal de Goiás, trouxe maior contribuição geográfica para minha pesquisa, com partes específicas sobre as casas de apoio de Goiânia, suas localizações, aspectos de financiamentos e apoio logístico aos pacientes não residentes na capital. O trabalho desse autor buscou mostrar as possibilidades de acesso da população de Goiás aos equipamentos de saúde pública e refletir acerca da distribuição espacial dos equipamentos de saúde relacionados à movimentação populacional.

Não é pelo motivo do meu objeto ser pouco tratado pela Geografia que iremos ignorá-lo ou não consideraremos as outras contribuições. Pelo contrário: um tema não pertence a um ou outro campo de conhecimento e o mais importante é pensar a contribuição da Geografia na sua abordagem. As diversas áreas trazem um novo olhar de considerações importantes sobre essas instituições de apoio.

A preocupação posterior foi tentar encontrar documentos que mostrem os critérios para o funcionamento e implantação de uma casa de apoio, entender como funcionam e se existe uma normativa ou legislação específica. Imaginei que seria uma tarefa mais simples, por acreditar que houvesse uma grande burocracia por parte de órgãos fiscalizadores para andamento dessas instituições que acolhem pessoas em situações de risco.

Meu trabalho profissional na Secretaria Municipal de Assistência Social de Goiânia viabilizou a busca inicial de informações, pois desejava saber a respeito do caráter legal da implantação dessas casas de apoio. Conversando com a equipe de diretores e gerentes para averiguar tal questionamento, não obtive sucesso, uma vez que não haviam documentos que apresentavam quaisquer informações sobre as casas de apoio instaladas em Goiânia. Liguei nas Secretarias de Saúde Municipal e Estadual e os responsáveis declararam que nesses locais também não há departamento ou servidor que possua controle ou dados a respeito do que eu procurava, nem mesmo uma listagem meramente com os nomes das casas de apoio. Na internet, em sites oficiais de secretarias e casas de apoio, também não obtive tais respostas, principalmente se tratando de instituições governamentais. O que esse “silêncio”, essa ausência de dados denunciava? Percebi que a falta de critérios para a instalação das casas de apoio parecia uma hipótese de que essas ações políticas facilitam o controle político sobre o dinheiro público, camuflando irregularidades, maculando processos e permitindo atravessadores. A implantação e manutenção das casas de apoio podem tornar-se instrumentos de barganha do

poder local para ganhar votos, apoio político e, até mesmo, de superfaturamento sobre o custo de instalação e manutenção da instituição.

Em um terceiro estágio da coleta de dados, realizei um trabalho de campo pela gerência da Casa de Acolhida Cidadã, da Prefeitura de Goiânia, que tem por objetivo abrigar temporariamente famílias e adultos em situação de rua, por ficar sabendo que encaminhavam alguns usuários moradores do interior para as casas de apoio responsáveis. A gerente da época junto com sua equipe de assistentes sociais, de acordo com a demanda de serviço em sua trajetória dentro do abrigo, foram montando manualmente uma agenda com nomes e telefones de casas de apoio. A lista me foi disponibilizada em uma folha de papel almaço, com referências de sete “Instituições de Acolhimento” a pacientes de outras cidades. Senti-me aliviada pela obtenção desses dados preliminares, haja vista que eles representaram um norte à pesquisa.

Não obstante os obstáculos na procura por registros oficiais, tomei um caminho mais fatigante, com a lista de nomes de todos municípios do Estado. Em frente ao computador, averigui, uma por vez, a possibilidade de existência de casas de apoio. Das informações encontradas, entrei em contato por telefone, nas respectivas prefeituras, a fim de confirmar a existência ou não dos endereços dessas instituições. Até então, eram quinze nomes e endereços.

Tendo em mãos a lista com nomes e localização de sedes das casas de apoio mantidas por prefeituras em Goiânia, me chamou a atenção a situação espacial de grande parte dessas unidades, aparentando haver uma centralidade compatível com os locais dos principais hospitais que atendem SUS (Sistema Único de Saúde). Seguindo nessa direção de raciocínio, visitei o prédio do SAMU³ (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e conversei com o gestor da área de planejamento e orçamento, que pôde me auxiliar sobre a coleta de dados referentes às unidades de saúde, disponibilizando-me dois materiais impressos chamados: Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada (2015) e Movimento de AIH – Arquivos Reduzidos – Brasil (2015), disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Por meio destes documentos, pude selecionar os nomes dos hospitais de meu interesse e fazer um levantamento espacial de cada um, totalizando 12 hospitais públicos e 31 hospitais conveniados com o SUS. Busquei, via internet e telefônica, o período de inauguração dos hospitais listados para avaliar a expansão espacial hospitalar na história de Goiânia e buscar uma relação entre esse fator e a localização e situação geográfica das casas de apoio.

Realizei visitas à “redondeza” de dois hospitais em Goiânia: Hospital de Urgências de Goiânia (no Setor Pedro Ludovico) e Hospital das Clínicas da UFG (no Setor Universitário)

³ Situado na Avenida E, Quadra B4, Lote 01 - S/N - Jardim Goiás, Goiânia.

para analisar a presença de pessoas em tratamento médico e veículos de outros municípios. Minha intenção era perceber o fluxo de deslocamento de pacientes e acompanhantes que saem de casas de apoio para a capital e descobri que o mercado imobiliário nos arredores dos hospitais também se direciona para atender a demanda de aluguéis de famílias que vem de cidades do interior ou de outros estados.

A partir daí, detive na necessidade de responder algumas perguntas simples: Quais políticas públicas asseguram as casas de apoio? Como elas funcionam? Quem pode ser atendido pela casa de apoio? Como são definidos os endereços desses lugares? Há uma relação entre a localização desses locais e os endereços dos hospitais?

As primeiras observações de campo e as coletas de dados mostraram questões até então não pensadas por mim e por minha orientadora, o que instigou, ainda mais, nosso interesse pelo estudo. O que me preocupou, inicialmente, foi a reduzida literatura sobre o assunto, no entanto, isso não se mostra um obstáculo para a pesquisa. Embora haja poucas informações sobre casas de apoio financiadas por prefeituras em Goiânia, acreditamos que esta pesquisa pode revelar um caminho ainda aberto a ser percorrido por outras investigações futuras, e quem sabe dela nasça uma preocupação nas discussões do atendimento à saúde na Geografia em Goiás.

Das possibilidades existentes, me atentei a duas formas de fazer o presente trabalho: dentro da chamada *Produção do Espaço Urbano* (de natureza econômica e política, que implicam essa produção) e a outra é a de pensar o paciente deslocando pela doença, trabalhar a ótica do paciente. O significado da casa, nesse sentido, é um campo de significações que, geralmente, no campo da Geografia Urbana ou na Geografia da Saúde, poucas pesquisas conseguem estabelecer essa ligação.

Neste trabalho, não dispensamos um estudo clássico de produção do espaço, em virtude de conceitos clássicos, mas não os trataremos isoladamente, a partir do que Bourdieu chama de Teoria do Campo. Pensar com base no conceito de campo é pensar de forma relacional, é conceber o objeto ou fenômeno em constante relação e movimento. O campo também pressupõe confronto, tomada de posição, luta, tensão, poder, já que, de acordo com Bourdieu, todo campo “é um campo de forças e um campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças” (BOURDIEU, 2004, p. 22).

A perspectiva de Bourdieu promove a possibilidade de juntar essas duas pontas. Ele vai propor a dialética entre a estrutura e o indivíduo. Com isso, há possibilidade de trabalhar a produção do espaço urbano e, em paralelo, a ótica do itinerante, o drama da migração, a migração pela fraqueza e dor, e o significado da casa de apoio “flutuando” entre a produção do espaço urbano e o sujeito que usa esse espaço.

Pode ser que num primeiro momento eu me detenha mais às questões estruturais envolvendo a saúde e as casas de apoio, mas em algum momento haverá a preocupação com o campo do sujeito. O meu objeto de pesquisa requer a relação entre essas duas dimensões. A perspectiva de Bourdieu me permite fazer um trabalho interagindo os elementos que chamo de “produção do espaço urbano” com os “elementos de ordem do sujeito, pessoal”. Há, por isso, uma riqueza resultante da interação entre a estrutura e o indivíduo.

Bourdieu afirma que o mundo social pode ser conhecido teoricamente sob três modos: conhecimento fenomenológico, conhecimento objetivista e conhecimento praxiológico. O conhecimento *fenomenológico* valoriza a verdade, a experiência primeira com as pessoas, que chamamos de meio familiar, familiaridade, apreensão social e natural do mundo; aquilo que está evidente, porém exclui as possibilidades objetivas, que o autor chama de condições objetivas. A segunda forma de conhecimento do mundo, que ele define como *objetivista*, tem uma perspectiva mais estruturalista, ao passo que relações objetivas estruturam as práticas e as representações das práticas, ao que rompe o conhecimento primeiro (BOURDIEU, 1994, p. 46).

Por sua vez, o conhecimento *praxiológico*, proposto por Bourdieu, busca uma relação dialética entre os dois primeiros modos de conhecimento, na construção da “teoria da prática ou modos de engendramento das práticas” (BOURDIEU, 1994, p. 60). Tem como objeto não somente o sistema de relações objetivas que o modo de conhecimento objetivista constrói, mas também as relações dialéticas entre a estrutura e o sujeito. A proposta que Bourdieu traz é que a construção do objeto de pesquisa deve ter como elemento central a junção entre esses modos de conhecimentos que antes eram considerados de modo separado, discordante. Para o autor, há uma dimensão que só se explica pelo modo de conhecimento objetivista, outra pela subjetivista e em algumas situações, os dois.

Sendo assim, a presente pesquisa aborda a produção do espaço urbano de Goiânia, mas com foco em tentar entender o papel da casa de apoio flutuando entre a organização do espaço urbano em Goiânia, além da dimensão de atendimento e a importância que ela tem para o sujeito.

CAPÍTULO I

REDE URBANA E SAÚDE

Neste primeiro capítulo, a intenção é relacionar a produção do espaço urbano da cidade de Goiânia com a centralização dos serviços de saúde de outras regiões do Estado de Goiás, para poder compreender o processo de fixação das casas de apoio na capital. O espaço social, correspondente ao espaço humano, é construído processualmente. Expressão espacial de processos sociais. Sendo assim, foram elencados os principais elementos que marcaram a formação do espaço urbano de Goiânia para, a partir daí analisar a articulação entre os principais centros da rede urbana da capital, enfatizando o setor de saúde pública. São questionados os antecedentes dessa situação geográfica, a dimensão espacial/locacional e as redes que isso promove.

1.1 PRODUÇÃO DO ESPAÇO URBANO DE GOIÂNIA

O que é o espaço urbano? Como ele é produzido e quem o produz? São questionamentos primordiais para compreendermos a cidade e o urbano. Aprender o processo de produção do espaço é tarefa imprescindível na Geografia. O conhecimento acerca de quem apropria e usa esse espaço e como acontece esse processo é essencial para distinguir a causa das desigualdades socioespaciais.

O estudo do desenvolvimento técnico é uma tarefa importante para o entendimento do espaço geográfico. A globalização, no século XXI, reforça cada vez mais os seus elementos constituintes. As sucessivas etapas de avanços tecnológicos e os modos de produzir a existência humana são fundamentais para compreender o atual período histórico, marcado pela presença massiva da circulação e da informação. Segundo Silveira (2011, p. 155), quando analisamos o fenômeno técnico, o fazemos com esforço para entender a constituição do território:

Contar a história do território significa operacionalizar a noção de sistemas técnicos, descobrir os objetos e as formas de fazer e regular que explicam as racionalidades de cada época. Os sistemas técnicos autorizam, a cada momento histórico, uma forma e distribuição do trabalho [...]. Por essa razão a redistribuição do processo social não é indiferente às formas herdadas, e o processo de reconstrução paralela da sociedade e do território pode ser entendido a partir da categoria de formação socioespacial. (SILVEIRA, 2011, p.155)

A informação e o conhecimento tiveram papel importante na reorganização produtiva da produção do espaço urbano e suas especializações. Assim, ao longo da história da organização

do território brasileiro, três grandes momentos podem ser identificados com base em informações de Santos e Silveira (2001):

- Os meios “naturais”: onde as unidades eram comandadas pela natureza e a presença humana buscava adaptar-se aos sistemas naturais;
- Os meios técnicos: meio técnico de circulação mecanizada e da industrialização balbuciante. Dá-se uma integração do território e do mercado.
- O meio técnico-científico informacional: no Brasil dos anos 70, maior difusão do meio técnico, caracterizado, dentre outros aspectos, pela revolução das telecomunicações. A informação e as finanças são irradiadas de maneiras desiguais e distintas pelo território brasileiro.

O estudo da técnica sempre foi fundamental para a análise espacial. Distintamente da natureza, o espaço geográfico requer manutenção exatamente por estar repleto de objetos técnicos de diversas idades e responsáveis por distintas funções sociais. Hoje, facilmente pode ser percebida a distribuição seletiva dos sistemas técnicos ao mesmo tempo em que convivem, numa mesma porção do espaço, subsistemas técnicos de diferentes idades. O estudo da evolução técnica é fundamental para entender como, em diferentes épocas, o espaço foi sendo moldado para atender aos interesses sociais, principalmente de classes dominantes.

A história das técnicas deve estar articulada à história territorial. Para um dado compartimento espacial, deve-se buscar localizar quais técnicas e em que momento elas são acopladas ao espaço, passando a ser sua razão de funcionamento. Ao debruçarmos sobre o período atual, observamos que os espaços brasileiros ganham ampliação de ciência, tecnologia, informação e dinheiro, e, a partir de então, as regiões mudam suas feições e hierarquias. As técnicas contemporâneas permitem dividir as etapas de produção no planeta, montando uma complexa e extensa junção material e imaterial dos processos (SILVEIRA, 2016)⁴.

Após 1970, a possibilidade de uma nova visão territorial do trabalho, baseada no uso das novas tecnologias de comunicação e informação, deu as bases para o aceleração da urbanização, da mesma forma que estimulou a modernização da atividade agrícola com rebatimento no êxodo rural. Para Lefebvre (1999), sociedade urbana é aquela que nasce da industrialização, “[...] designam, portanto, a sociedade constituída por esse processo que

⁴ Território em Pedacos, Maria Laura Silveira. Disponível em: <https://wordpress.com/o-territorio-em-pedacos-maria-laura-silveira>. Acesso em 15 ago.2017

domina e absorve a produção agrícola” (LEFEBVRE,1999, p.15). Tudo isso, aliado à ampliação do mercado interno, dá uma nova feição ao espaço brasileiro, permitindo falar na constituição de um meio técnico-científico e informacional (SANTOS, 1994).

O espaço urbano pode ser considerado como o espaço onde a atividade urbana se encontra, ou seja, a organização das atividades humanas no meio geográfico, responsáveis pela formação das cidades e as atividades a elas inerentes. Esse espaço urbano é, sobretudo, economicamente produzido, mas socialmente vivenciado, apropriado e transformado com base em ações racionais e afetivas. Palco de interesses e disputas.

Para Lefebvre (1999), o urbano é produto de uma sociedade, representado pelas relações sociais a serem concebidas e não significa desconsiderar o papel do espaço como condicionante, ou seja, o espaço urbano precisa estar ligado ao plano “prático-sensível”, à forma concreta para a materialização dessas relações. Logo, cidade e urbano se diferem pelo sentido, sendo a primeira a forma e o segundo o conteúdo.

São variados os trabalhos e os autores da Geografia que ponderam sobre os espaços urbanos, sua diversidade de características e sua importância. Com o passar do tempo, o espaço urbano, em destaque para as cidades, torna-se reconhecido como um espaço de trabalho livre, lugar de atividades “não-agrícolas”, onde há um grande fluxo de trocas, com grande desenvolvimento e aperfeiçoamento das técnicas (SANTOS,1996, p.61). Torna-se a centralidade política, militar, econômica e cultural, passando a ser o ponto primordial de gestão do território. Santos (1994) aborda também acerca da cidade, citando seus aspectos mais importantes:

À cidade como um todo, teatro da existência de todos os seus moradores, superpõe-se essa nova cidade moderna seletiva, cidade técnico-científica-informacional, cheia das intencionalidades do novo modo de produzir, criada, na superfície e no subsolo, nos objetos visíveis e nas infraestruturas, ao sabor das exigências sempre renovadas da ciência e da tecnologia. Espaço minoritário dentro da aglomeração, espaço não dominante do ponto de vista da extensão, é, todavia, o espaço dominador dos processos econômicos e políticos, cuja lógica implacável se sobrepõe e comanda a dos demais subespaços quantitativamente dominantes na paisagem, mas qualitativamente subordinados quanto às funções. (SANTOS, 1994, p.37)

Para esse autor, a compreensão totalizante desse espaço urbano vem da articulação independente dos seguintes elementos: “forma, função, estrutura e processo”, e através dessas categorias do método geográfico é possível, de forma apurada, entender o que se passa na evolução da totalidade social construída nesse espaço urbano – uma análise sociedade-espaço (Santos, 1980):

O espaço deve ser considerado como um conjunto de relações realizadas através de funções e formas que se apresentam como testemunho de uma história escrita por processos do passado e do presente. Isto é, o espaço se define como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por estruturas representadas por relações sociais que estão acontecendo diante dos olhos e que se manifestam através de processos e funções. O espaço é, então, um verdadeiro campo de forças cuja aceleração é desigual. (SANTOS, 1980, p. 122)

Nessa organização espacial: forma representa o aspecto exterior do objeto, o visível – as formas espaciais; função implica uma tarefa, atividade ou papel desempenhado pelo objeto criado; o termo estrutura representa o modo como esses objetos estão organizados, cujas formas e funções são criadas e instituídas de acordo com o tempo, uma ação que se realiza continuamente (processo).

Quando se estuda qualquer espaço que seja, não pode deixar de levar em consideração a sociedade nela presente em um movimento temporal. Santos (2000) afirma que “a riqueza da geografia como província do saber reside, justamente, no fato de que podemos pensar, a um só tempo, os objetos (a materialidade), as ações (a sociedade) e os mútuos condicionamentos entretecidos com o movimento histórico” (SANTOS, 2000, p.104). Sendo assim, o espaço urbano é reflexo e condição da sociedade, em toda sua dinamicidade.

Conforme Henri Lefebvre (2000), o espaço é produto social, “não pode mais ser concebido como passivo, vazio ou então, como os ‘produtos’, não tendo outro sentido senão o de ser trocado, o de ser consumido, o de desaparecer” (LEFEBVRE, 2000, p. 5).

A produção do espaço não pode ser entendida como a atuação de um fator apenas, por mais expressivo ele seja, no entanto, ao ilustrar um elemento, ilumina-se um campo de possibilidades de análise. O espaço é produzido pela relação (amistosa ou conflitiva) de uma diversidade de agentes sociais e segmentos, que o produzem e o consomem, criando e recriando-o conforme suas práticas. Os agentes sociais envolvidos no processo de produção do espaço urbano são: proprietários dos meios de produção, os proprietários de terra, os agentes imobiliários, o Estado e suas instituições governamentais, e os grupos sociais à margem (CORREA, 1993, p. 12).

O espaço urbano contemporâneo exige a conciliação de diferentes tempos e processos, que se deram através da materialização do trabalho humano, e por sua complexidade apresentada ao longo do processo de produção que envolvem decisões e investimentos de capital. O Estado, então, tem papel fundamental na produção do espaço urbano pelas ações de planejamento, fluxos e fixos, que desempenha. A implementação de infraestruturas e outras estratégias realizadas por esses agentes sociais são capazes de remodelar velhas formas e muitas vezes de dar novas funções ao espaço da cidade.

O capital e o Estado atuam como produtores e gestores políticos do espaço; enquanto isso, a reprodução da vida. A cidade transforma-se em mercadoria, produto para o mercado. Na cidade capitalista, há um rico mosaico de paisagens centrais e periféricas; além do deslocamento de milhares de pessoas por dia. Em reflexo social e formado por múltiplas faces, o urbano é tanto espaço de fluxos quanto de lugares. Segundo Santos (1997, p. 164), os fixos correspondem ao que permanece imóvel enquanto os fluxos representam mobilidade:

Os fixos (casa, porto, armazém, plantação, fábricas) emitem fluxos ou recebem fluxos que são os movimentos entre os fixos. As relações sociais comandam os fluxos que precisam dos fixos para se realizar. Os fixos são modificados pelos fluxos, mas os fluxos também se modificam ao encontro dos fixos. (SANTOS, 1997, p. 164)

Toda riqueza material, numa sociedade capitalista, é apropriada de forma desigual, pois a implantação de equipamentos urbanos implica forçosamente a orientação da rotina social no ambiente. As condições de vida nas cidades dependem fundamentalmente da provisão de serviços públicos básicos e diversificação de mercado. Tanto as desigualdades da distribuição de serviços públicos, no que se refere a sua diversidade e localização, quanto a desigualdade social são elementos que determinam o acesso das pessoas.

Dados populacionais do IBGE (IPEA/ 2010) demonstram que mais da metade da população do mundo habita nas cidades; a previsão é que daqui a 30 anos seja 75% da população num grau de concentração urbana e populacional não vistas antes. O processo de urbanização brasileira também conduziu a expansão do espaço urbano, impulsionando a formação de inchaços urbanos, principalmente com a emergência de metrópoles. De acordo com os dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 2010, 84,72% da população brasileira vive em áreas urbanas e 15,28% em áreas rurais. Em Goiás, cerca de 90,29% da população encontra-se em áreas urbanas, enquanto 9,71% em áreas rurais.

A exemplo do exposto até então, a historiografia de Goiás afirmada em autores como Chaul (1995 e 1997) e Arrais (2002) mostra que a transferência da capital (Vila Boa, hoje denominada Cidade de Goiás) para Goiânia ocorreu na década de 1930 aos cuid

ados e decisões do governo do médico e pecuarista Pedro Ludovico Teixeira. A cidade de Goiânia como capital surge de uma ordem de interesses políticos e econômicos bem estabelecidos, a fim de adequar o centro urbano do Estado à demanda produtiva do capitalismo em vigor. Apresentava-se como prioridade nacional a ocupação do território goiano, a marcha para o oeste brasileiro, ordenada pelo governo do então presidente Getúlio Vargas.

A nova capital representou um instrumento de propaganda do Estado Novo, que fez grandes investimentos no processo de ocupação do espaço goiano, realizando campanhas

publicitárias incentivando a migração em busca pelo novo, da modernização e do progresso; e encaminhou tropas e mão de obra (na maior parte vindas do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Bahia) para manutenção dessa área no centro do país.

Foram criadas condições para o desenvolvimento da região, objetivando a possível ruptura com as oligarquias existentes e o amoldamento aos novos tempos – ruptura essa que nunca aconteceu, pois as oligarquias continuam dominando o espaço urbano, inclusive na doação de fazendas. A construção de Goiânia, moderna e projetada, iniciara “uma consolidação possível entre o urbano e o rural, capaz de absorver os elementos existentes e as ideias em trânsito, o velho e o novo, a oligarquia e a revolução, a agricultura e o comércio” (CHAUL, 1999, p. 49). Nasr Chaul (1999, p.81) salienta as considerações de Pedro Ludovico sobre a transferência para a nova capital:

[...] uma nova capital seria o símbolo que levaria o Estado a sair do marasmo político-econômico, além de representar o ‘novo tempo’ que se estruturava nos horizontes nacionais. Era parte do ‘novo’ Brasil; do tempo novo, do Estado Novo. Uma nova capital seria, sobretudo, a imagem do progresso. (CHAUL, 1999, p.81)

Apesar de ser retrato moderno do Estado Novo, instrumento de propaganda e desenvolvimento urbanístico de progresso e desenvolvimento, Goiânia seguiu sob um autoritarismo político e de muita desigualdade social e econômica.

O Recenseamento Geral do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 1940, onze anos depois, aponta que de um total de 826.414 habitantes: 111.448 estavam situados no quadro urbano, 30.662 em quadro suburbano e 724.304 em área rural (cerca de 17,20% da população era urbana e 82,8% era população rural), sendo que 25% da população de 0 a 29 anos exerciam atividade na agricultura, pecuária e silvicultura (IBGE, 1950, p.157). De 1940 a 1960, o crescimento populacional e principalmente urbano de Goiás sofre aceleração. A população total de 1960 era de 1.917.460, sendo que 66,71 % morava no espaço rural e 33,29 % no urbano. De 1960 até 1970, o salto da população residente na cidade foi de 541.469 habitantes para 1.134.242 habitantes (46,11 %) (IBGE,1993). É perceptível, então, a transição da população goiana de tradicional e rural para urbanizada.

Desde a implantação de Goiânia, algumas centralidades de atividades urbanas foram pensadas pelos governantes. Os agente políticas se mostram peças importantes no ordenamento da capital. De acordo com o Decreto de Aprovação de Loteamento 90A⁵, de 30 de julho de

⁵ Documento Decreto – Lei n ° 90-a. Disponível em: <http://portalmapa.goiania.go.gov.br/mapafacil/>. Acesso em 25 ago. 2017.

1938, com o prefeito de Goiânia Vereando de Freitas Borges, no Artigo 1º ficam determinadas, no local para construção de Goiânia, as áreas urbanas e suburbanas da nova capital:

§ 1º – A área urbana de Goiânia abrangerá os setores Central, Norte, Sul, Oeste Satélite Campinas, e as áreas destinadas ao Aeroporto, Parque dos Buritis, do Capim Puba, dos Bandeirantes, Zoológico e Hipódromo.

§ 2º – A área suburbana contornará todos os setores do parágrafo 1º e será limitada pela linha que parte da foz do Córrego João Leite, no Meia Ponte e este acima até a confluência do Córrego Anicuns, por esta acima até a Barra do Córrego Cascavel, por este acima até a confluência do córrego Vaca Brava, e por este acima até o marco 1 cravado em suas cabeceiras, daí parte uma reta até o marco 2 no canto da cerca no limite dos terrenos do Estado, daí a linha acompanha a mesma cerca no limite, digo, até o marco 3 cravado em seu canto. Deste marco a linha segue pelo espigão divisor das águas, até o marco 4 cravado junto ao canto atualmente formado com a cerca do Estado e a dos terrenos do Sr. Andrélino Moraes, e por este abaixo até a Barra do Rio Meia Ponte e por este acima até a confluência do córrego João Leite, ponto de partida.

§ 3º – A área suburbana ainda abrangerá toda a superfície limitada pela estrada do contorno da represa de Força e Luz do Rio Meia Ponte. (PREFEITURA DE GOIÂNIA, 1938, p.148)

O acelerado crescimento da urbanização brasileira, impulsionado principalmente pelo êxodo rural, também foi visto em Goiânia. A partir de 1970, a capital goiana sofreu reestruturação no seu quadro demográfico, acompanhado pela ocupação desordenada do solo. Goiânia percorreu uma importante jornada, passou de um considerado lugar distante para um Estado acessível e de estrutura industrial. O processo de ocupação do território que vê o deslocamento populacional do espaço rural para o urbano torna-se nacionalmente integrado, em uma caminhada para o desenvolvimento capitalista e globalizado do Estado.

Seguindo esse contexto de representatividade, entre 1970 e 2016 a população de Goiânia cresceu aproximadamente 29,3%, total de 1.448.639 pessoas (sendo mais de 99,4% vivendo em espaço urbano), que correspondem a 21,63% da população do Estado, de acordo com dados censitários do IBGE (1993).

Contudo, todo esse fenômeno da urbanização e do “progresso” não trouxe ao Estado de Goiás apenas privilégios, essa modernização atingiu de forma desigual e seletiva a sociedade. Não alcançou nem se preocupou com a distribuição igualitária de suas ações e modernizações. O processo de urbanização nas cidades goianas, marcado pelo acelerado movimento migratório campo-cidade e cidade-cidade, gerou graves problemas, como o crescimento desordenado da cidade, problemas ambientais, aumento da exclusão social, favelização, aumento da criminalidade e da falta de emprego, os quais propiciam, dentre um conjunto de fatores, uma menor qualidade de vida.

A aglomeração urbana na capital aumentou muito de 1970 até 2017. Tornou-se um polo de crescimento populacional e econômico em Goiás, referência na prestação de serviços

para as outras cidades. Há, de fato, uma hierarquia das cidades goianas, fundamentada na interdependência econômica, produtiva e política. Essa ordenação, nos últimos anos, é definida pelo seu caráter político, devido ao planejamento governamental na produção do território e, em grande parte, no processo de produção e nos serviços sociais básicos, como saúde e educação.

1.2 O ESPAÇO URBANO DE GOIÂNIA E A REDE DE SAÚDE

A maioria das capitais e grandes cidades brasileiras enfrenta um processo de crescimento, cujo ordenamento planejado e a adequação da infraestrutura não conseguem acompanhar a acelerada expansão no âmbito de satisfazer todas as necessidades da vida urbana. As cidades crescem em direção do capital: seja os imobiliários, o industrial, etc. Há um descompasso em quem chega primeiro: a estrutura vem junto quando o capital deseja, porque ele assume o papel do Estado, exceto nos casos periféricos de moradia.

Há um desequilíbrio de acesso da população para e na cidade. Um desafio para essas cidades é fortalecer ações que deem conta de suprir saúde, educação, lazer, trabalho, meio ambiente, habitação e a questão da mobilidade urbana.

As disparidades regionais podem ser sinônimas de colonialismo interno, à medida que as regiões não têm entre elas os mesmos mecanismos ou instrumentos para relacionarem-se umas às outras. Pode-se dizer que um dos resultados das situações de desigualdade de acesso é o desencadeamento de migrações intrarregionais, rural-urbanas e interurbanas, que são facilmente identificadas em Goiás e em Goiânia.

Milton Santos disserta a propósito de grandes metrópoles brasileiras, ressaltando que, do ponto de vista social, esses espaços da rapidez contêm ainda uma maior vida de relações, fruto de sua atividade econômica ou sociocultural, que destaca sua importância na divisão territorial do trabalho (SANTOS, 2006, p.179).

Percebe-se que as propriedades fragmentadas e articuladas do espaço são complementares. As variadas partes da cidade mantêm relações umas com as outras, mesmo que em dimensões e intensidades diversas, tornando-se unidade. A cidade é definida como “um conjunto articulado cujo foco tem sido o núcleo central da cidade, que tem, entre outras funções, a de gestão das atividades” (CORRÊA, 2005, p. 147); essa articulação manifesta-se atravessadamente de fluxos de pessoas e veículos. No caso de Goiânia, há uma multacentralidade, ou seja, não existe apenas um centro.

A população está cotidianamente se deslocando: para compras no centro da cidade ou em bairro próximos; para o ambiente de trabalho e/ou de estudo; em busca de tratamento hospitalar; às visitas familiares e encontros de amigos; idas ao shopping, cinema, bares, igrejas, dentre outras atividades. Importante lembrar que o centro da cidade não necessariamente é representado pelo centro geográfico urbano, mas sim pela concentração das atividades terciárias e de circulação no espaço urbano. O setor central de Goiânia abrange uma área de aproximadamente 3.120.000 metros quadrados e é o sétimo bairro mais populoso do município, de acordo com o Censo Demográfico de 2010, com 24.204 habitantes (IBGE, 2010).

Pesquisas realizadas no Projeto Identificação de Centralidades Brasileiras para planejamento da mobilidade (UFG, 2016) identificaram que as principais centralidades (regiões onde se concentram atividades diversificadas) são: o centro tradicional da cidade, o setor Campinas e a Praça Universitária⁶.

Um aspecto importante para esta pesquisa é pensar a relação entre a capacidade de centralização da cidade, tanto de externo (com outras cidades) quanto em âmbito intraurbano. A cidade em si é uma centralidade. O que define a posição de centro são os fluxos contínuos existentes: circulação de mercadorias, pessoas, informações, automóveis, ideias; como afirmado por Sposito:

O centro não está necessariamente no centro geográfico, e nem sempre ocupa o sítio histórico onde esta cidade se originou, ele é antes de tudo o ponto de convergência/divergência, é o nó do sistema de circulação, é o lugar para onde todos se deslocam para a interação destas atividades aí localizadas com as outras que se realizam no interior da cidade ou fora dela. (SPOSITO, 1991, p.6)

As regiões metropolitanas têm seu foco na atividade econômica, em razão das economias de aglomeração (escala e localização). A centralidade metropolitana não é tarefa fácil de descrever. Sua capacidade de polarização econômica, comercial, de serviços e de diversificação de ofícios é embaraçadora. Sua área de influência é abrangente, acarretando no deslocamento de pessoas para consumo de seus bens e serviços, principalmente os mais especializados. Pessoas deslocam-se de outras cidades, até mesmo de outros estados, para adquirirem bens e serviços que só existem nesses centros metropolitanos, com maior densidade econômica e demográfica.

⁶ Centro de Goiânia é principal área de concentração de atividades. Disponível em: <https://www.ufg.br/n/85768-centro-de-goiania-e-principal-area-de-concentracao-de-atividades>. Acessado em 20 jul. 2017

O IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), no texto “Quantificando a centralidade urbana: uma proposta de índice simples e comparação internacional”, faz uma definição de centralidade urbana:

Para os propósitos deste artigo, a ideia de estrutura espacial urbana se referirá aos possíveis padrões de uso do solo dentro de uma área urbanizada, particularmente considerando-se o arranjo espacial dos empregos. Argumenta-se que a dimensão morfológica da centralidade é aquela capaz de expressar o grau de monocentralidade ou policentralidade que uma estrutura urbana pode assumir. Trata-se de uma dimensão que seria mais adequadamente captada a partir de uma escala contínua de centralidade. Altos níveis representariam estruturas mais monocêntricas enquanto baixos níveis, estruturas mais policêntricas. (PEREIRA *et al.*, 2011, p.15)

Podemos dizer que existe a centralidade na metrópole (escala intraurbana) e a centralidade da metrópole, que não tem a capacidade apenas de abastecer a população da Região Metropolitana, mas também de cidades mais distantes. Os centros urbanos têm áreas atrativas de máxima acessibilidade, munidas de vias rápidas, sinalizações expressivas, linhas de ônibus em maior diversidade e quantidade, mercado de trabalho, rede de atendimento médico, vantagens de proximidades entre as atividades. Tudo isso facilita o acesso a diferentes áreas e o grande fluxo de circulação de pessoas. Roberto Lobato Corrêa estudou as metrópoles como centros de gestão do território e fez a seguinte declaração:

A metrópole exerce um papel de controle de atividades que, estando localizadas externamente a ela, são, contudo, concebidas, planejadas e dirigidas a partir de empresas nela sediadas. Em outras palavras, na metrópole estão as sedes sociais de empresas que têm suas unidades filiais - fábricas, agências bancárias, escritórios, depósitos, lojas, fazendas, minas - localizadas em outras unidades político-administrativas. (Corrêa, 1989, p. 24)

O espaço urbano é reflexo e condicionante social simultaneamente. O centro é a realidade material e a centralidade, sua condição, capacidade do centro de atrair e concentrar (polarizar) pessoas e atividades. Quanto maior a capacidade de uma área de polarizar, proporcional será sua representatividade no movimento de pessoas habitualmente. A cidade é um lugar do consumo de tudo: mão de obra, alimentos, ideias.

O crescimento demográfico e a expansão da malha urbana fazem a centralidade da cidade se multiplicar. Sobre a concentração do território brasileiro, Silveira (2011) aponta que “[...] o fator de concentração aumenta o papel da metrópole no comando financeiro, obrigando cada ponto do território a vincular-se diretamente com o centro principal e ignorar os níveis urbanos intermediários” (SILVEIRA, 2011).

A centralidade de uma cidade está relacionada à capacidade desta de concentrar e atrair. Goiânia, por exemplo, concentra o poder político e administrativo do estado de Goiás.

Concentra também várias unidades de comércio (shopping center, concessionárias de veículos automotores, lojas de vestuário, etc.) e de serviços (agências de bancos, fórum, consultorias, cinemas, etc.) e uma significativa rede de infraestrutura de circulação (rede de transporte e de informação). Goiânia concentra também um grande contingente populacional e, conseqüentemente, um grande mercado consumidor.

Cada momento histórico representa um padrão espacial da cidade. Intraurbano e interurbano, no estudo de centralidade urbana, são questões de escalas geográficas: no estudo intraurbano, são analisados o (s) centro (s) e suas repercussões territoriais e de aglomeração na cidade; na dimensão interurbana, avalia-se a cidade principal e sua articulação com outras cidades (LOPES JUNIOR *et al*, 2010, p.114). Espaços urbanos polarizados são locais com infraestrutura de maior qualidade em quesitos como transporte, serviços, tecnologia, imprensa e comunicação. Possuem maior grau de influência de uma certa região.

No cenário estadual, observa-se que as microrregiões de Goiânia e entorno de Brasília constituem-se centros urbanos, desde 1980, haja vista que foram as regiões com maior crescimento e atração de pessoas. Existe, de fato, uma queda na qualidade de vida da população causada pela dificuldade na realização dos deslocamentos para a execução de suas atividades.

A compreensão dessas novas áreas de concentração/centralidade está intimamente ligada à observação dos processos enredados na produção e reestruturação do espaço urbano. O centro exprime-se como forma espacial designada pela concentração de fixos ligada ao recebimento de fluxos.

Dados do IBGE mostram que “[...] o conjunto de centros urbanos com maior centralidade – que constituem foco para outras cidades, apresenta algumas divergências em relação ao conjunto dos centros de gestão do território” (IBGE, 2010, p.11). Importante apresentar a rede urbana de Goiânia e dos municípios do entorno, até mesmo o processo de conurbação existente entre alguns, pois a distribuição espacial e funcional culminou no aumento significativo do fluxo migratório para Goiânia.

Goiânia emerge como principal centro de gestão do território goiano, articulado a uma rede de relações. Apresenta-se como destaque perante as demais cidades do Estado, analisada por Arrais (2002):

É possível que o fluxo de informações, os sistemas de redes que ordenam a produção, a funcionalidade administrativa, além da grande concentração de serviços públicos nessa área que abrange o aglomerado de Goiânia, incluindo também o município de Anápolis, polo industrial e farmoquímico do Estado, possam fornecer novos parâmetros que nos façam repensar a região. (ARRAIS, 2002, p.10)

A partir da expansão da rede técnica de circulação convergente para Goiânia e Brasília, a capital de Goiás despontou como uma das principais centralidades do estado, tornando-se referência tanto no campo político e econômico quanto cultural.

Por tratar-se de sede administrativa do estado de Goiás, a capital é composta por edificações principais — que abrigam a sede do governo, secretarias de estado, centros de convivência, sede da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros, auditórios, prédios de serviços, praças de alimentação, etc. Desde sua criação, os atores sociais, que num dado momento elegeram essa cidade como centro do poder, demonstram a postura que o governo do estado tem na distribuição dos recursos pelo território e na escolha que ele faz, em colocar cada coisa em seu lugar.

A capital goiana concentra um grande contingente populacional, diversas indústrias, hospitais, unidades de comércio, escritórios, universidades, além de ser a sede do poder político e administrativo do estado. A dinâmica territorial da capital fortaleceu os setores terciários, expandindo seu raio de atuação para além dos limites estaduais. Goiânia é destaque na oferta de bens e serviços especializados e na obtenção de serviços públicos, avaliando o ponto de vista regional.

Na perspectiva geoeconômica, “a centralidade de uma cidade [...] é função, acima de tudo, de sua capacidade de ofertar bens e serviços para outros centros urbanos” (SOUZA, 2010, p. 57). As metrópoles são as principais “peças” da rede urbana. São os grandes centros de gestão e acumulação capitalistas. A produção do território goianiense não está separada da produção das redes de circulação e comunicação. Essas redes são históricas e medidas por atores sociais. Raffestin (1993, p. 209) declara que “é conveniente, pois, decifrar as redes por meio de sua história e do território no qual estão instaladas, por meio dos modos de produção que permitiram a sua instalação e das técnicas que lhes deram forma”.

Para elaboração da rede urbana brasileira, o IBGE propõe a hierarquia urbana e, posteriormente, as ligações entre os centros urbanos. O estudo completo da rede urbana brasileira classifica as cidades de acordo com sua influência, ou seja, com base na análise dos fluxos de bens e serviços, que podem sofrer alterações em variadas escalas geográficas. No ano de 2007, a metodologia do REGIC (Regiões de Influência das Cidades), pesquisa sobre a rede urbana do IBGE, foi ampliada. Esses estudos visam retratar o novo quadro da rede urbana brasileira podendo ser comparada intertemporalmente, bem como acrescentados novos elementos.

Se na classificação de 1993 eram consideradas cinco tipos de cidades, no ano de 2007 foram consideradas nove tipos. O estudo do REGIC integra um conjunto de pesquisas do IBGE,

com base na análise dos fluxos entre cidades brasileiras para acessos e funções determinadas, fundamentando-se na Teoria das Localidades Centrais, de Christaller (1996), porque define as centralidades urbanas como decorrentes do papel de distribuição de bens e serviços para a população.

A REGIC de 1993 apresentava a hierarquia urbana brasileira classificada em: Metrôpoles, Capitais Regionais, Centros Sub-regionais, Centros de Zona e Centros Locais. Foram definidos oito níveis de centralidades: máximo (Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo), muito forte, forte, forte para médio, médio, médio para fraco, fraco e muito fraco.

O estudo focava o papel das redes para viabilizar a circulação e a comunicação, fundamentais para a organização de um espaço onde os elementos fixos interagem pelo intercâmbio de fluxos. Ressaltava os diferentes níveis, intensidade e sentidos dos fluxos, sendo o espaço perpassado por redes desiguais e simultâneas, cujas ligações são utilizadas de maneiras distintas pelos vários agentes sociais. A rede de lugares centrais seria, então, um dos possíveis desenhos das redes geográficas. (IBGE, 2008, p.131)

Algumas cidades apresentaram maior ou menor quantidade de funções e um papel diferente a desempenhar na rede urbana. As cidades realizam um conjunto de influências sobre cidades menores ou maiores. O que mais se percebe é a dependência que as cidades pequenas têm em relação às de médio porte e essas em relação às de grande porte, no fornecimento de determinados bens e serviços. Essa relação de dependência relaciona-se aos aspectos da busca de quantidade e qualidade de serviços e produtos oferecidos: hospitais especializados, bancos, universidades, escolas, clubes, rede de transporte, serviços de lazer, comércio, assistência técnica para diferentes produtos, entre outros. Por outro lado, nas cidades pequenas, a realização do ritmo de vida pode ser considerada um aspecto de qualidade de vida (IBGE, 2008).

Quanto maior o conjunto de produtos e serviços diversificados oferecidos na cidade, maior sua influência política, econômica e cultural. Essa medida quantitativa de produtos e prestação de serviços é feita a partir dos centros de gestão do território, que são os componentes que vão determinar as influências de cada cidade. São estes: a gestão empresarial (quantidade de sedes de empresas), a gestão federal (órgãos públicos), e equipamentos e serviços (instituições financeiras, hospitais, escolas, comércio, linhas aéreas, etc.).

A análise da mobilidade (o deslocamento de pessoas, bens e/ou capitais de um lugar para o outro) foi uma das maneiras utilizadas para determinar o padrão dessas interações espaciais. Como é ressaltado no próprio relatório da REGIC de 2007, um dos propósitos ao se estudar rede urbana brasileira seria:

(...) subsidiar o planejamento estatal e as decisões quanto à localização das atividades econômicas de produção, consumo privado e coletivo, bem como prover ferramentas para o conhecimento das relações sociais vigentes e dos padrões espaciais que delas emergem. Num país tão extenso, e com tantas carências, a localização de serviços de saúde e educação tem de considerar as condições de acessibilidade da população aos locais onde estão instalados. (REGIC, 2007, p.9)

A pesquisa de 2007 (IBGE, 2008, p.11 e 12) estabelece uma classificação da nova hierarquia dos centros urbanos e a delimitação de suas áreas de influência. Os municípios do Brasil são classificados em:

- **Metrópoles:** categoria com maior área de influência, na qual agregam os 12 principais centros urbanos do país, todos de grande porte, com fortes relacionamentos entre si e com extensa área de influência direta. Conforme a extensão territorial e a intensidade dessas relações, dividem-se em três subníveis: a Grande Metrópole Nacional, Metrôpoles Nacionais e as Metrôpoles. Goiânia se insere no terceiro nível da gestão territorial, mas “tem porte e projeção nacional que lhe garante a inclusão neste conjunto” (IBGE, 2008, p.11).

- **Capitais Regionais:** integra 70 centros que, “como as metrópoles, também se relacionam com o estrato superior da rede urbana. Com capacidade de gestão no nível imediatamente inferior ao das metrópoles, têm área de influência de âmbito regional, sendo referidas como destino, para um conjunto de atividades, por grande número de municípios” (IBGE, 2008, p.11), subdividindo-se em A, B e C.

- **Centros Sub-regionais:** composto por 169 centros com atividades de gestão menos complexas, com área de atuação mais reduzida e relacionamentos com centros externos à sua própria rede ocorrendo, em geral, apenas com as três Metrôpoles Nacionais. São subdivididos em: Centro Sub-regional A (85 cidades) e Centro Sub-regional B (79 cidades).

- **Centros de Zona:** é um nível formado por 556 cidades de menor porte e com atuação restrita à sua área imediata, exercendo funções de gestão elementares. Subdivide-se em Centros de Zona A, com 192 cidades, e B, com 364 cidades.

- **Centros Locais:** formado pelas demais 4.473 cidades, cujas centralidades e atuações não extrapolam os limites do município, servindo apenas aos próprios habitantes e possuindo população inferior a 10.000 habitantes.

Dados do relatório da REGIC apontam que Goiânia e sua rede urbana concentram 3,5% da população e 2,8% do PIB nacional. Goiânia concentra 30,2% da população e 29,7% do PIB da rede (IBGE, 2008, p.15). Na Figura 1, observa-se a rede de influência direta da cidade de

Goiânia que se estende por todo Estado. As informações para a produção do mapa de influências da cidade são baseadas na concentração de órgãos do Executivo, do Judiciário, de grandes empresas, ou na oferta de ensino superior, serviços de saúde e domínios de internet.

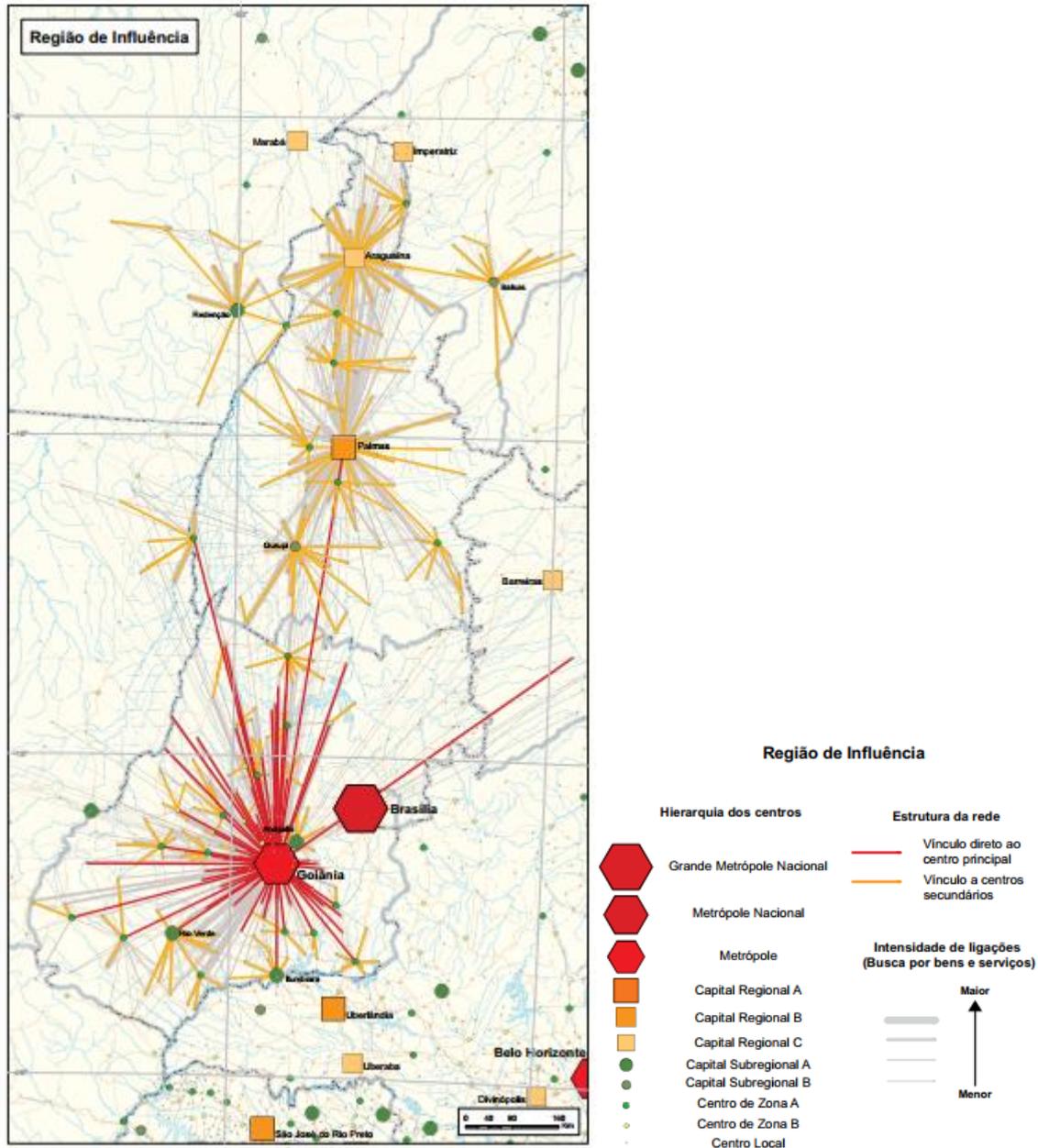


Figura 1 – Região de influência de Goiânia – 2007
Adaptado do mapa disponível em REGIC/IBGE/2007 (IBGE, 2008, p.85 e 97)

A cidade de Goiânia, com cerca de 1.466.000 habitantes, desempenha funções administrativas e de prestação de serviços que polarizam uma determinada área do Estado. O papel que esse centro urbano desempenha é importante para a configuração da rede urbana, cuja área é constituída por cidades inferiores em tamanho, bem como nos papéis desempenhados do ponto de vista econômico. Tem-se assim uma estrutura hierárquica de cidades no espaço que, ao se articularem, formam uma rede de cidades.

Os centros urbanos exercem a influência em seu entorno devido a disponibilidade de bens e de serviços. A rede urbana se constitui com base no tamanho das localidades, sua área de influência, a distância entre elas e a capacidade de distribuição de bens e serviços que cada centralidade possui, constituindo a hierarquia (CORRÊA, 2006).

Conforme Milton Santos (1993), a rede urbana deve ser compreendida como a organização do conjunto das cidades e suas áreas de influência a partir dos fluxos. O espaço geográfico constrói-se e articula-se a partir das redes. Sob esse olhar, Moura e Werneck (2001, p. 26) informam que “qualquer tipo de fluxo – das mercadorias às informações – pressupõe a existência de redes, cuja primeira propriedade é a capacidade de conexão, de ligação”.

Por meio do questionário localizando os fluxos de deslocamento entre centros urbanos para aquisição de bens e serviços (aeroporto, comércio, curso superior, lazer, serviço de saúde, local de edição dos jornais mais vendidos e uso de transporte público), preenchido pela Rede de Agências do IBGE no ano de 2007, foi possível dividir as cidades em seis níveis de centralidades a partir do uso de diferentes equipamentos e serviços (comércios e serviços, instituições financeiras, lazer, ensino superior, saúde, internet, redes de televisão aberta e conexões aéreas); Goiânia encontra-se no segundo nível, no aspecto de deslocamentos para lazer (longos fluxos), e deslocamento para busca de serviços de saúde de maior nível de especialização (com deslocamentos que compreendem, em média, 108km) a posiciona em primeiro nível.

Estudos divulgados pelo IBGE (2010) apresentam o arranjo formado por Goiânia e mais onze municípios vizinhos, considerada a Grande Concentração Urbana de Goiás, correspondendo à décima maior concentração urbana do Brasil, depois das concentrações de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Recife, Porto Alegre, Salvador, Brasília, Fortaleza e Curitiba. A única concentração do Centro-Oeste representa um grande fluxo de deslocamento entre as pessoas dos municípios para estudar, trabalhar e fazer consultas médicas. Essa influência da metrópole está diretamente relacionada à condição de centro de gestão do território. Corrêa (1996, p. 25), abordando o centro de gestão do território, aponta que:

O centro de gestão do território caracteriza-se, em realidade, por ser um centro onde se tomam decisões e fazem-se investimentos de capital que afetam direta e indiretamente amplo espaço. Controlam assim a organização espacial de um dado espaço, influenciando a gênese e a dinâmica produtiva, o nível de empregos diretos e indiretos, os impostos, a mobilidade demográfica, as transformações demográficas, as transformações no uso do solo e na paisagem, assim como a política local e o modo de inserção no uso das cidades na rede urbana sob seu controle. (CORRÊA, 1996, p. 25)

As cidades não são dotadas de autonomia, são produtos de atores sociais fazendo dessa rede urbana uma rede social, a metrópole representa uma área de influência social. Da mesma forma, Goiânia não “gere” a região. Alguns atores sociais munidos de favoritismos, por exemplo, tomam decisões que ecoam em âmbito regional. Por isso, a ação territorial deve ser analisada à luz dos mecanismos políticos e jurídicos (ARRAIS, 2013, p. 196).

A realidade da cidade de Goiânia, atualmente, é complexa. Desde o começo, sua localização estratégica e o impulso estatal que amparou seu desenvolvimento contribuíram para apropriação do modo capitalista de produção no espaço. Situada na Mesorregião do Centro Goiano, distante 2009 km de Brasília, representa o núcleo urbano especializado em atividade comercial (atacadista e varejista) e dos serviços de saúde e educação superior.

A capacidade de concentração de determinadas atividades nas grandes cidades segue uma tendência de territorializar-se em determinados espaços da cidade, formando áreas funcionais. A cidade polariza a escala regional e local, na escala urbana. Nessa perspectiva, Arrais (2016) declara:

Trata-se, primeiramente, de uma concentração de pessoas, o que significa que Goiânia passou a estimular demandas, nas mesmas proporções, de capitais fixos, bens e serviços, de meios de informação e da atividade política institucional. Enfim, de uma gama de atributos da modernização, tanto materiais quanto imateriais, que passaram a influenciar a produção do território goiano. (ARRAIS, 2016, p.89)

A capital goiana é referência para tratamento médico de um número muito grande de pacientes de outros municípios goianos. Com isso, as mudanças através da presença e expansão dos serviços de saúde também se materializam no espaço como expressão da divisão territorial do trabalho.

A ciência geográfica tem como um de seus objetivos o estudo da superfície terrestre e a distribuição espacial de fenômenos significativos na paisagem. O espaço geográfico como a expressão dos processos econômico-sociais que atuam na produção do território, uma produção socioespacial, precisa ser considerado em qualquer estudo dessa área de conhecimento. O Ministério da Saúde (2001) demonstra em dados do documento ‘Regionalização da assistência à saúde, aprofundando a descentralização com equidade no acesso’ que o planejamento da saúde, monitoramento, controle e avaliação da gestão, estudo do contexto socioeconômico, vigilância em saúde e todas as ações fundamentais à reorientação das ações na saúde são beneficiadas por uma visão que incorpora a distribuição espacial. Com isso, um conjunto de ações que levam à necessidade de definir políticas em torno dos aspectos

associados à infraestrutura, a gestão de trânsito, a rodoviária e, na maior parte, associados a investimentos, precisam ser tomadas para que todos tenham acesso menos desigual à cidade.

Dados relacionados à saúde dos municípios no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) gerenciam estados e municípios em suas capacidades físicas instaladas, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde que atendem SUS⁷. Para se ter ideia, grande parte dos municípios goianos não possuem hospitais capacitados para tratamentos especializados, por isso encaminham os moradores para a capital a fim de serem atendidos. A mobilidade urbana da população sem acesso a específicos serviços de saúde em suas cidades é realidade não só em Goiás, mas em todo território brasileiro.

Isso ocorre porque existe uma divisão na atenção às assistências à saúde em grau de complexidade na assistência ao paciente – Níveis de Atenção. No SUS, a hierarquização é uma forma de pensar e organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), escalonadas em Níveis de Atenção (Tabela 1). Conforme a Resolução n ° 03 de 25 de março de 1981, da Comissão Interministerial de Planejamento e Ordenação (CIPLAN), Portaria Interministerial n ° 05, de 11 de janeiro de 1980, há uma visão de estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, os quais serão elucidados a seguir.

⁷ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes> Acesso em: 10 jan. 2017

Tabela 2 – Hierarquização do atendimento SUS

NÍVEIS DE COMPLEXIDADE	TIPO DE ATENDIMENTO	CARACTERÍSTICAS GERAIS
NÍVEL PRIMÁRIO	Baixa complexidade	Unidades básicas de saúde (UBS); procedimentos de baixo custo; profissionais generalistas e menos aparato tecnológico. (Consultas básicas, pré-natal, UBS, ESF).
NÍVEL SECUNDÁRIO	Média Complexidade	Unidades mistas de saúde (centros de saúde, policlínicas, pequenos hospitais); procedimentos de médio custo; especialidades médicas básicas (clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica); profissionais especializados e equipamentos mais especializados (Internação geral, Raio X, USG)
NÍVEL TERCIÁRIO	Alta Complexidade	Hospitais de referência (ambulatórios de especialidades, hospitais especializados, e hospitais de especialidades); procedimentos de alto custo; profissionais bastante especializados; equipamentos de alta complexidade (QT, RT, HD, TC)

Fonte: Ministério da Saúde.

Elaboração: Evelline Michelle/2018

O **nível primário** é caracterizado por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (postos de saúde, clínicas da família, policlínicas e centros de saúde), realizando uma assistência de baixa complexidade. Já no **nível secundário** de atenção à saúde estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Hospitais Gerais e outras unidades de atendimento especializado ou de média complexidade, desenvolvendo atividades nas cinco clínicas básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica ginecológica, clínica obstétrica e clínica pediátrica – atendimento de média complexidade. Por sua vez, o **nível terciário** trata dos casos mais complexos do sistema: atenção do nível ambulatorial, urgência e internação (alta complexidade). A estrutura física destinada a esse nível são os ambulatórios, hospitais regionais e especializados. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) define a alta complexidade em saúde, em seu site na internet⁸:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). (...). Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar, e estão também no

⁸ Hierarquização do atendimento de saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>. Acesso em: 16 fev. 2017.

Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2005)

No nível terciário estão, portanto, os casos mais complexos e que envolvem maiores danos à saúde ou mesmo risco de morte. Tratam-se de cirurgias e de exames mais invasivos, que exigem a mais avançada tecnologia em saúde. No estado de Goiás, Goiânia é referência para esses atendimentos mais complexos.

De acordo com dados de 2015 do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) da rede SUS, dos 246 municípios que compõem Goiás, apenas 15 (Anápolis, Anicuns, Aparecida de Goiânia, Caldas Novas, Catalão, Goiânia, Goianira, Cidade de Goiás, Itumbiara, Jataí, Luziânia, Nazário, Planaltina, Rio Verde e Trindade) possuem ao menos um estabelecimento de saúde que realiza procedimento de *alta complexidade* no âmbito hospitalar e ou ambulatorial, ou seja, apenas 6,1% do total. E, ainda assim, existem alguns municípios, como Jaupaci, Mimoso de Goiás e Mineiros, que contam com estabelecimentos de saúde ambulatorial que realizam somente procedimentos de atenção básica, de baixa complexidade.

Embora muitos municípios do Estado de Goiás façam parte o quadro quantitativo de alta e média complexidade, não significa, necessariamente, que tenham disponibilidade de profissionais especializados e de recursos tecnológicos adequados para o apoio diagnóstico e o tratamento nas diversas áreas da especialidade médica. Alguns municípios conseguem dar assistência apenas a alguns procedimentos, como Adelândia e São Patrício, que possuem apenas um estabelecimento de saúde ambulatorial, o qual realiza procedimentos de média complexidade definidos pela NOAS como de 1º e 2º níveis de referência.

Esse cenário demonstra a distribuição de serviços de saúde pelo Estado de Goiás, que, acompanhando o cenário nacional, sucede uma centralização de atendimentos e de renda, dificultando o acesso a serviços de alta complexidade, principalmente os disponibilizados. A falha no sistema organizacional da saúde pública faz com que a capital seja responsável por praticamente todos os atendimentos gratuitos de alta complexidade do Estado e de outras regiões e Estados.

1.3 O SUS E A REGULARIZAÇÃO DOS PACIENTES EM GOIÁS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista social consagrada na Constituição de 1988, com a adoção do princípio da universalidade, determinando que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, tenham acesso a ações e serviços de saúde. O serviço de atendimento único de saúde abrange desde o atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, devendo garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Segundo o manual do Ministério da Saúde, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo:

Formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar. (BRASIL, 2000, p.5)

Na área da saúde, o Estado é o principal sujeito da regulação, fundamental para harmonizar e articular a oferta e a demanda. O Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde implantaram um instrumento de gestão conjunto de grande relevância - Serviço de Regulação de Acesso Assistencial - que tem como objetivo atender pacientes de prioridade com maior agilidade, em razão de seu quadro de saúde, e agendar os demais usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008). Trata-se de um processo informatizado em que os dados dos pacientes são lançados e classificados segundo o quadro clínico, criando, assim, uma ordem de atendimento que, na prática, diminui o tempo de espera por consultas, exames e cirurgias. Esta ordem é determinada de acordo com os níveis de complexidade de atendimento, que se distribuem em baixa, média e alta complexidade – e por níveis de prioridade – urgência, emergência e eletivo. De posse de um encaminhamento, o paciente é “regulado” e encaminhado para uma unidade especializada.

O sistema de saúde de Goiânia está estruturado em dois polos: o primeiro baseado no funcionamento de uma rede de atendimento pública e gratuita ao cidadão, e outro privado, que funciona de maneira complementar. A lei 8.080/90 (a lei orgânica do sistema de saúde no Brasil) prevê a participação do setor privado, de forma complementar: “Art. 4º § 2º. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”. Há várias Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) instaladas dentro de hospitais, bem como laboratórios e outros serviços que compõem e complementam, mas, contraditoriamente, contribuem para a concentração de capital nas mãos de empresários do setor médico-hospitalar. Há uma incongruência da parte do Estado, que, em vez de investir nos aspectos tecnológicos do setor médico, subsidia que essa concentração aumente.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS), o departamento de regulação de pacientes responde pelo gerenciamento dos leitos de internação da rede pública e particular credenciada ao SUS e pela oferta de consultas especializadas:

A Regulação Municipal responde pelos pedidos oriundos das unidades hospitalares e pré-hospitalares (CAIS, CIAMS e UPA) de Goiânia e dos municípios pactuados com a capital. Portanto, o departamento possui uma infraestrutura de recursos humanos e equipamentos para absorver as solicitações dos complexos reguladores do interior do Estado e da Central de Regulação Estadual (SMS, 2017)⁹.

Estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - a REGIC - mostra que a influência de Goiânia na rede urbana, por exemplo, abrange os Estados de Goiás e do Tocantins, tendo ainda alguma penetração no Pará, Maranhão, Piauí e Mato Grosso. Ou seja, além de receber pacientes de outros municípios, a capital goiana também acolhe pessoas de outros Estados da Federação.

Goiânia atrai pessoas de grande parte da população do Estado. Mesmo o último censo do IBGE (2010) ter apresentado a população goianiense sendo de 1.302.001, uma estimativa mais de 1.448.000 para 2016, dados da Secretaria Municipal de Saúde do ano de 2015 demonstram que a capital possui mais de 4,6 milhões de pessoas cadastradas no SUS como moradoras da capital. O quantitativo de pessoas cadastradas corresponde a três “Goiânias”, ou seja, muitas pessoas de outros municípios se cadastram indevidamente com endereço de parentes ou amigos da capital. Esse tipo de alternativa que alguns pacientes utilizam para burlar o sistema de atendimento médico dificulta ainda mais a avaliação, por parte do governo, de quantificar os atendimentos de pessoas do interior atendidas na capital e os serviços procurados.

Segundo alguns gestores da saúde, da forma como o sistema está organizado, a destinação de verbas à saúde para Goiânia depende do cadastro de seus municípios, só assim as despesas advindas de pacientes de outros municípios seriam ressarcidas e a Secretaria de Saúde da capital conseguiria programar-se na previsão orçamentária posterior.

Através de uma compensação financeira para tentar amenizar essas despesas, parcela dos procedimentos é negociada com as outras prefeituras pelo governo. Nesse pacto entre as três esferas do Executivo (municípios, Estado e União), a grande cidade, ao atender o paciente que não é do seu município, recebe a verba referente a ele. Nesses acordos intermunicipais, aplicados entre municípios do mesmo estado, o recurso estadual por atendimento que seria destinado ao município do interior para atender sua população é transferido para a capital.

⁹ [Regulação de Goiânia organiza distribuição das vagas em leitos SUS. Disponível em: http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/15/05/Regulacao-Goiania-organiza-distribuicao-das-vagas.shtml](http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/15/05/Regulacao-Goiania-organiza-distribuicao-das-vagas.shtml)

De acordo com informações da gerência de finanças do Manual de Planejamento do SUS com foco no Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019 (GOIÁS, 2015), os recursos de pacientes que deveriam ir a todos os municípios são direcionados à capital, após entendimento acordado. Esse pacto é feito entre a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás junto a Secretaria Municipal de Saúde, em que a Gerência Regional de Atendimento controla o quantitativo de vagas utilizadas por pacientes de outros municípios para que o Estado faça o repasse adequado da verba por atendimento à capital. O município entra em acordo com Goiânia informando o número de consultas, cirurgias e internações por mês e esses pacientes estarão “regulados”. O excedente é recalculado e renegociado.

Sobre a estimativa do impacto financeiro da programação municipal de encaminhamentos intermunicipais, a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) é responsável pelo “processo de alocação dos recursos federais, estaduais e municipais para a saúde de forma pactuada entre todos os gestores das três esferas de governo. Este instrumento permite o acompanhamento do comportamento dos fluxos de referência físicos e financeiros” (SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO, 2016)¹⁰. Para se estimar o valor financeiro das ações ambulatoriais a serem referenciadas em regiões formadas por municípios do mesmo estado, é utilizado o valor médio do conjunto de ações a ser programado, referente ao município que fez o encaminhamento.

O Ministério Público do Estado de Goiás (MPGO) aplicou ação pública contra o Município de Goiânia obrigando-o a assegurar a assistência à saúde pelo SUS a todas as pessoas que precisarem, após denúncia de que estava inviabilizando ou dificultando o direito ao atendimento para pessoas de outros municípios. Segundo o magistrado, a Lei 8080/1990 assegura a universalidade e a igualdade do acesso aos serviços de saúde (TJGO, 2016)¹¹.

De acordo com o discurso da gestão da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, como o dinheiro é repassado pelo atendimento identificado, com a manobra de alguns usuários que falsificam o cadastro utilizando endereços errados, fica complicado o repasse das verbas pela Secretaria de Saúde. Com isso, os hospitais acabam atendendo essas pessoas e, muitas das vezes, a cidade não recebe dinheiro para isso.

¹⁰ Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI). Disponível em: <https://saude.go.gov.br/view/4720/programação-pactuada-e-integrada-ndash-ppi-2015> Acesso em: 25 ago. 2017

¹¹ Notícias do TJGO Disponível em: <https://tjgo.jus.br/index.php/home/imprensa/noticias/119-tribunal/12449-municipio-de-goiania-nao-pode-negar-atendimento-a-saude-a-pacientes-de-outros-municipios> . Acesso em:25 ago. 2017.

No último Plano Nacional de Saúde, de 2012 até 2015, a primeira diretriz assegura a garantia de acesso da população a serviços de qualidade com equidade e tempo adequado ao atendimento. Todavia, é comum os diferentes meios de comunicação noticiarem casos de pessoas morrendo nas filas dos hospitais, má qualidade no atendimento, falta de médicos, demora no agendamento de consultas, além dos preços dos remédios.

A garantia da atenção à saúde somente é validade se todos tiverem condições de acessibilidade aos serviços. No Brasil, dificilmente vamos alcançar a justiça social, a garantia de que todos da periferia tenham acesso aos instrumentos de saúde de qualidade e de forma igualitária. A respeito da oferta desigual de serviços essenciais e suas disposições no espaço, Santos (2007, p. 139) afirma que:

O valor do indivíduo depende, em larga escala, do lugar onde ele está. Em nosso país, o acesso aos bens e serviços essenciais, públicos e até mesmo privados, é tão diferencial e contrastante que uma grande maioria dos brasileiros acaba por ser privada desses bens e serviços. Às vezes, tais bens e serviços simplesmente não existem na área, às vezes não podem ser alcançados por questões de tempo e dinheiro. (SANTOS, 2007, p.139)

Em questão à saúde social, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 apresenta elementos para redução das desigualdades sociais e regionais. A atenção à saúde gratuita, de acesso universal e de qualidade é reconhecida como dever do Estado. O artigo 196 da Constituição Federal reza que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1999)

Embora a construção de unidades de saúde no interior tenha sido uma estratégia para conter a migração de pacientes¹² para a capital à procura de serviços especializados, ainda não é o suficiente para mudar o cenário. Pacientes de municípios do interior do Estado chegam em grande volume, para procurar atendimento médico em outras cidades, em virtude das desigualdades regionais e da centralização dos equipamentos de saúde.

Os problemas no sistema de saúde brasileiro são relacionados à maneira como se deu a centralização de serviços básicos nas capitais, responsáveis por quase todos os atendimentos dos estados. Cidades interioranas, com poucos recursos próprios, são obrigadas a impulsionar

¹² Segundo o Dicionário Aurélio, paciente representa: o que recebe ou sofre ação de um agente. Qualquer pessoa sujeita a tratamentos ou cuidados médicos. Disponível em: <https://dicionarioaurelio/paciente> . Acesso em 25 ago. 2017.

a vinda de pacientes superlotando unidades de saúde de grandes cidades. Essa situação colabora ainda mais para que a saúde pública na capital vá se precarizando, causando transtornos tanto para os pacientes migrantes quanto para o Estado. Vale ressaltar que a culpa não é da vinda dessas pessoas, mas do sistema que empurra e desrespeita-as. A organização do espaço, a distribuição dos recursos, a falta de planejamento urbano, entre outros, obrigam a saída dessas pessoas de seu município em busca de atendimento médico em cidades maiores.

Cidades fora do eixo dos grandes centros de saúde das capitais são bem menos equipadas e com poucos ou quase nenhum hospital de referência da rede SUS. Os municípios com a rede de saúde mais desenvolvida restam como única opção de quem precisa de atendimento hospitalar. Essas pessoas viajam, muitas vezes por longas distâncias, em busca de tratamento em áreas de alta complexidade, como assistência ao paciente oncológico, cirurgia cardiovascular, procedimento de cirurgia intervencionista, procedimentos endovasculares extracardíacos, laboratório de eletrofisiologia, procedimentos de neurocirurgia, assistência de odontologia complexa, cirurgia das vias aéreas, procedimentos em fissuras lábio-palatais, assistência aos pacientes portadores de queimaduras, assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica), distrofia muscular progressiva, doenças renais crônicas, cuidados do acidente vascular cerebral, neurocirurgias, doenças raras, traumatismo-ortopedia, deficiências visuais ou auditivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2005, p. 19) ¹³.

A acessibilidade aos serviços de saúde, em especial a distância que se deve percorrer para obtê-los, é extremamente importante para a garantia da universalidade da atenção – um dos princípios fundamentais do SUS, que determina que todos os cidadãos brasileiros tenham dinheiro ao acesso às ações e serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2005, p.14). A desigualdade na distribuição dos serviços de saúde, principalmente de alta complexidade, em consequência expressa ao acesso desigual da população a esse tipo de serviço público básico à vida, torna-se barreira do sistema para garantir o atendimento à população historicamente desassistida em saúde.

Prover acessibilidade aos ambientes de saúde é respeitar acima de tudo a dignidade da pessoa, sendo uma questão de direitos humanos. O governo federal vem tentando medidas de intervenção, como a distribuição gratuita de remédios e o aumento do número de profissionais das áreas médicas, em programas como: Provac (Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica), que leva mais médicos para perto da população; Melhor em Casa, amplia o

¹³ DAET – Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://portaldasaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/daet/media-alta-complexidade>. Acesso em 23 ago. 2017.

atendimento domiciliar; HumanizaSUS, estratégias para qualificar a atenção e gestão em saúde; Farmácia Popular, vendas de medicamentos a preços mais baixos; Saúde da Família, atua na manutenção da saúde e prevenção de doenças da família; Mais Médicos, convocação de profissionais para atuar na Atenção Básica de municípios em vulnerabilidade social¹⁴.

1.4 A DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DO SUS E DAS CASAS DE APOIO EM GOIÂNIA

Sob a perspectiva de centralidade urbana, o centro está relacionado intrinsecamente ao uso do solo urbano e com as formas espaciais comerciais localizáveis no território, isto é, “o centro se revela pelo que se localiza no território” (SPOSITO, 2001, p. 238). Essa centralidade é definida pela articulação entre os setores das cidades, entre cidades distintas e pelos movimentos no território. Com relação à espacialização dos equipamentos urbanos da saúde em Goiás, está evidente uma distribuição perversa dos recursos físicos. Nota-se uma maior concentração de serviços especializados (hospitais especializados, clínicas e centros médicos especializados) e de hospitais gerais na área central e suas proximidades na cidade de Goiânia. Goiânia exerce a função de atração, principalmente de atendimento médico e, nesse quesito, há de se considerar a questão regional.

Para classificar a hierarquia dos centros urbanos, o IBGE (2010, p. 11) favoreceu “[...] a função de gestão do território, avaliando níveis de centralidade do Poder Executivo e do Judiciário no nível federal, e de centralidade empresarial, bem como a presença de diferentes equipamentos e serviços”. O levantamento das ligações entre as cidades possibilitou traçar suas áreas de influência e explicitar a articulação das redes compostas no território. A hierarquia desses centros urbanos leva em consideração a saúde e a classificação dos centros de gestão do território, a intensidade de ligações entre as cidades e a dimensão da região de influência de cada um dos centros.

Para medir os níveis de centralidade no Brasil segundo oferta de serviços de saúde, o IBGE aponta que “duas dimensões foram consideradas para investigar a oferta de serviços de saúde: o nível de complexidade do atendimento disponível em cada cidade e o tamanho do setor, avaliado pelo volume do atendimento realizado” (IBGE, 2010, p. 13). A centralidade urbana avaliada em termos da oferta de serviços de saúde destaca, no primeiro nível, as duas

¹⁴ Portal da Saúde – Saúde Brasil. Disponível em: <https://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas> . Acesso em: 25 ago. 2017

metrópoles nacionais com maior porte e complexidade, São Paulo e Rio de Janeiro. Goiânia encontra-se no segundo nível, onde estão as áreas das maiores capitais estaduais, centros capazes de prestar atendimento mais complexo: Belo Horizonte, Recife, Fortaleza, Porto Alegre, Curitiba, Goiânia, Salvador, Belém e Manaus, bem como Brasília e Campinas (IBGE, 2010, p. 26).

Os serviços de saúde pública representam um importante papel na economia e demonstram sua eficiência por intermédio de dados de produção – volume de procedimentos, como: tipos de atendimentos, número de consultas médicas, cirurgias, internações, entre outros. A maneira como os órgãos oficiais medem a eficiência dos equipamentos de saúde no Brasil costuma ser assim, de forma quantitativa, mas a eficiência no atendimento à saúde é muito mais que isso, vai além dessas medidas. A instalação do empreendimento de saúde reforça a complexidade da dinâmica e reconstituição da centralidade intra e interurbana. Essa área de polarização passa a aglutinar a frequência de fluxos de toda sua área urbana e de outras cidades da região (MACHADO, 2011, p. 184).

A dimensão espacial dos serviços de saúde em Goiânia tem recebido pouca importância nas pesquisas feitas pela Geografia. Com o avanço da urbanização, é notável perceber a validade do papel da distância, do acesso aos serviços, numa fase em que há o “encurtamento do tempo de deslocamento” possibilitado pelos meios de transportes. No entanto, o deslocamento intermunicipal ainda é uma questão pouco explorada. Esses aspectos da produção desigual da malha urbana, da distribuição dos recursos de saúde (unidades de saúde, médicos, leitos hospitalares, etc.) vão mostrando a capacidade da cidade de atrair e/ou centralizar as atividades urbanas.

Segundo as bases de informações concedidas pelo CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), órgão que obedece a uma determinação do Ministério da Saúde para todos os estabelecimentos que prestem algum tipo de assistência à saúde, dos tipos de estabelecimento de saúde em Goiás (posto de saúde, policlínicas, hospital geral, hospital especializado, pronto atendimento, farmácia, pronto socorro, etc.), em 2017, que comportam o total de 9.502, Goiânia é responsável por conter 3.220 unidades, ou seja, 33% dos estabelecimentos de saúde do estado de Goiás. Verticalizando ainda mais, Goiânia corresponde a cerca de 27,3% de todos os 443 hospitais gerais e especializados, cuja existência é objeto de destaque nesta pesquisa.

Goiânia encarrega, com destaque, a função de centro especializado em atendimentos médico-hospitalares do Estado de Goiás. Considerando a relação entre o número de estabelecimentos, leitos e equipamentos existentes na cidade e no Estado, encontra-se uma

medida da polarização expressa na capacidade de atendimentos a outros municípios. A partir da Tabela 3 é possível fazer algumas dessas comparações a respeito dos serviços médico-hospitalares entre Goiânia e os outros municípios do Estado.

Tabela 3. Goiás e Goiânia: principais serviços de saúde especializados – 2009

Serviços de Saúde	Goiás	Goiânia
Estabelecimentos de Saúde com atendimento de emergência ¹⁵	343	65
Estabelecimentos de Saúde com especialidades com internação - privado	134	49
Estabelecimentos de Saúde com especialidades com internação – público	109	104
Estabelecimentos de Saúde com especialidades com internação - privado/SUS	28	25
Estabelecimentos de Saúde com internação privado/SUS	86	40
Estabelecimentos de Saúde com internação – público	176	10
Estabelecimentos de Saúde com internação - total	398	86
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde - privado/SUS	8.197	2.836
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde - privado total	10.100	3.829
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde - público/estadual	774	688
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde - público/federal	318	318
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde - público/municipal	4.079	112
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde – público/total	10.100	1.118
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde - total	15.271	4.947
Eletrocardiógrafo ¹⁶	744	276
Eletroencefalógrafo ¹⁷	108	55
Equipamento de hemodiálise ¹⁸	615	287

Fonte: IBGE – 2010

Elaboração: Evelline Michele/2018

¹⁵ O serviço de emergência, segundo as estatísticas de saúde da Assistência Médico-Sanitária – AMS, do IBGE (2010), é caracterizado pela “existência de instalações físicas exclusivas apropriadas e disponíveis, 24 horas por dia, para o atendimento de pacientes externos cujos agravos à saúde colocam suas vidas em risco, necessitando de assistência imediata”. (AMS, 2010, p.20)

¹⁶ Eletrocardiógrafo é um equipamento projetado para coletar a diferença de potencial presente no corpo devido à atividade cardíaca e apresentá-los de forma gráfica.

¹⁷ Eletroencefalógrafo é um equipamento que analisa o registro gráfico das correntes elétricas desenvolvidas no encéfalo. Realiza mapeamento cerebral.

¹⁸ Equipamento de hemodiálise é uma máquina que limpa e filtra o sangue, faz parte do trabalho que o rim doente não pode fazer.

Avaliando dados do *Relatório Detalhado do Segundo Quadrimestre da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia*, o quantitativo e os gastos com internações no SUS aumentaram nos últimos anos. O número de internações de pacientes que vieram de vários municípios de Goiás ou de outros estados do país, realizadas pelo SUS, variou de 3.752 em 2012 para 4.396 internações em 2015.

Em relação aos valores, até o segundo quadrimestre de 2015, na capital goiana, foram realizadas 102.307 internações hospitalares, número de 45.602 pacientes de outros municípios e 56.705 de residentes em Goiânia. Apesar do número de internações de outros municípios ser menor, estas representam o maior volume de gastos, visto que o custo médio de internação é 22% maior. O valor gasto com essas internações foi de R\$ 91.575.082,60 milhões correspondentes às hospitalizações de usuários de outros municípios e R\$ 77,2 milhões com residentes em Goiânia (Tabela 4). Analisando a origem do paciente, percebe-se que 55,43% da população internada em Goiânia são residentes no município e 44,57% são residentes em outros municípios (Relatório Detalhado do Segundo Quadrimestre da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2015, p. 38).

Tabela 4. Frequência e valor gasto com internações no SUS em Goiânia, segundo município de residência do usuário, SMS – Segundo Quadrimestre/Ano 2015

Município de residência	Internações				Custo médio (R\$)
	Nº	%	Valor total (R\$)	%	
Residentes em Goiânia	56.705	55,43	77.298.522,21	45,77	1.363,17
Outros municípios	45.602	44,57	91.575.082,60	54,23	2.008,14
Total	102.307	100	168.873.604,81	100,0	3.371,31

Fonte: Relatório Detalhado do Segundo Quadrimestre da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (2015, p.38)
Elaboração: Evelline Michele/2018

Analisando esses dados é possível defender a hipótese da polarização, que, por mais que possa ser óbvia, é cheia de contradições, conteúdo que pretendemos explorar mais profundamente. Os dados apresentados demonstram que grande parte da população depende da saúde pública e que a maioria das pessoas que possuem algum tipo de doença mais complexa necessita se deslocar para conseguir tratamentos variados, consultas e leitos hospitalares, que recorrentemente ocorrem em Goiânia.

Em Goiânia há 12 hospitais públicos, sendo: 2 hospitais municipais (Hospital da Mulher e Maternidade Dona Íris e Maternidade Nascer Cidadão), 9 hospitais estaduais (Hospital de Dermatologia Sanitária – HDS, Hospital Alberto Rassi, Hospital de Urgências Governador Otávio Lage e

Siqueira – HUGOL, Hospital de Doenças Tropicais – HDT, Centro de Especialidades em Práticas Integrativas e Complementares – CREMIC, Hospital Materno Infantil, Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO, Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes – MNSL) e um hospital federal (Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás). Na Tabela 4 é possível perceber, de forma cronológica, a sequência de inauguração dos hospitais públicos da capital. A maioria desses hospitais foi instalada na capital entre as décadas de 1940 e 1970, acompanhando o crescimento urbano da capital.

Tabela 5. Hospitais Públicos de Goiânia e datas de criação

Hospital	Data de criação
Hospital de Dermatologia Sanitária – HDS	1943
Hospital Alberto Rassi	1959
Hospital Materno Infantil	1962
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	1962
Maternidade Nossa Senhora de Lourdes – MNSL	1970
Hospital da Mulher e Maternidade Dona Íris	1976
Hospital de Doenças Tropicais – HDT	1977
Centro de Especialidades em Práticas Integrativas e Complementares – CREMIC	1986
Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO	1991
Maternidade Nascer Cidadão	2000
Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER	2002
Hospital de Urgências Governador Otávio Lage e Siqueira – HUGOL	2015

Fonte: Pesquisa documental em sites diversos.

Elaboração: Evelline Michelle/2018

Ainda com uma rede pública de saúde, o quantitativo de estabelecimentos não é o suficiente para a demanda de pacientes que procuram o serviço do SUS. O sistema de saúde pública no Brasil é instituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que possui convênio com hospitais públicos e também com hospitais privados e universitários, com objetivos de ampliar a capacidade de atendimento, principalmente especializado, e de garantir o acesso à saúde ao cidadão. Os usuários são atendidos nos consultórios particulares credenciados e os valores de cada procedimento são definidos por uma tabela feita pelo Ministério de Saúde.

Apesar do avanço que o SUS trouxe para a sociedade, muito ainda falta para que os princípios

e diretrizes traçados pela Constituição Federal sejam efetivados à realidade da saúde pública do Brasil. Muitos municípios operam suas ações e serviços de saúde em condições desfavoráveis, dispondo de escassos recursos financeiros, materiais e humanos, insuficientes para atender à demanda dos usuários, seja em volume ou complexidade (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

De acordo com os arquivos de produção hospitalar do ano de 2015, retirados pessoalmente na Gerência de Planejamento do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), entre os tipos de estabelecimentos existentes, tem-se: Hospital Geral, Hospital Especializado e Hospital Dia, com nomes de 86 instituições de saúde. Desse quantitativo de estabelecimentos, selecionei uma relação com 49 hospitais (entre públicos e conveniados com o SUS) mais populares de Goiânia e que possuem maior frequência de atendimento SUS – faturamento mais elevado pelo SUS, a fim de avaliar a expansão dessa rede hospitalar na capital desde a década de 1940 até 2017 (Mapa 1).

Segundo informações do Ministério da Saúde, disponíveis no site do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil), os tipos diferentes de hospitais especializados são caracterizados da seguinte maneira:

Hospital Geral: Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade. Podendo ter ou não SIPAC.

Hospital Especializado: Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT. Pode ter ou não SIPAC. Geralmente de referência regional, macrorregional ou estadual.

Hospital/Dia: Unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação. (Ministério da Saúde, 2017).

As internações em 2015 ocorreram em 41 hospitais de Goiânia, porém 5 se destacaram entre os 10 com mais de 2.000 internações/cada no período: o HUGO realizou 8.974 internações (8,82%), maior quantitativo, seguido da Santa Casa de Misericórdia com 8.609 internações (8,46%), Hospital do Câncer 6.578 internações (6,47%), Hospital Santa Lúcia 6.218 internações (6,11%), Hospital das Clínicas 6.159 internações (6,05%) (Sistema de Internação Hospitalar, 2015).

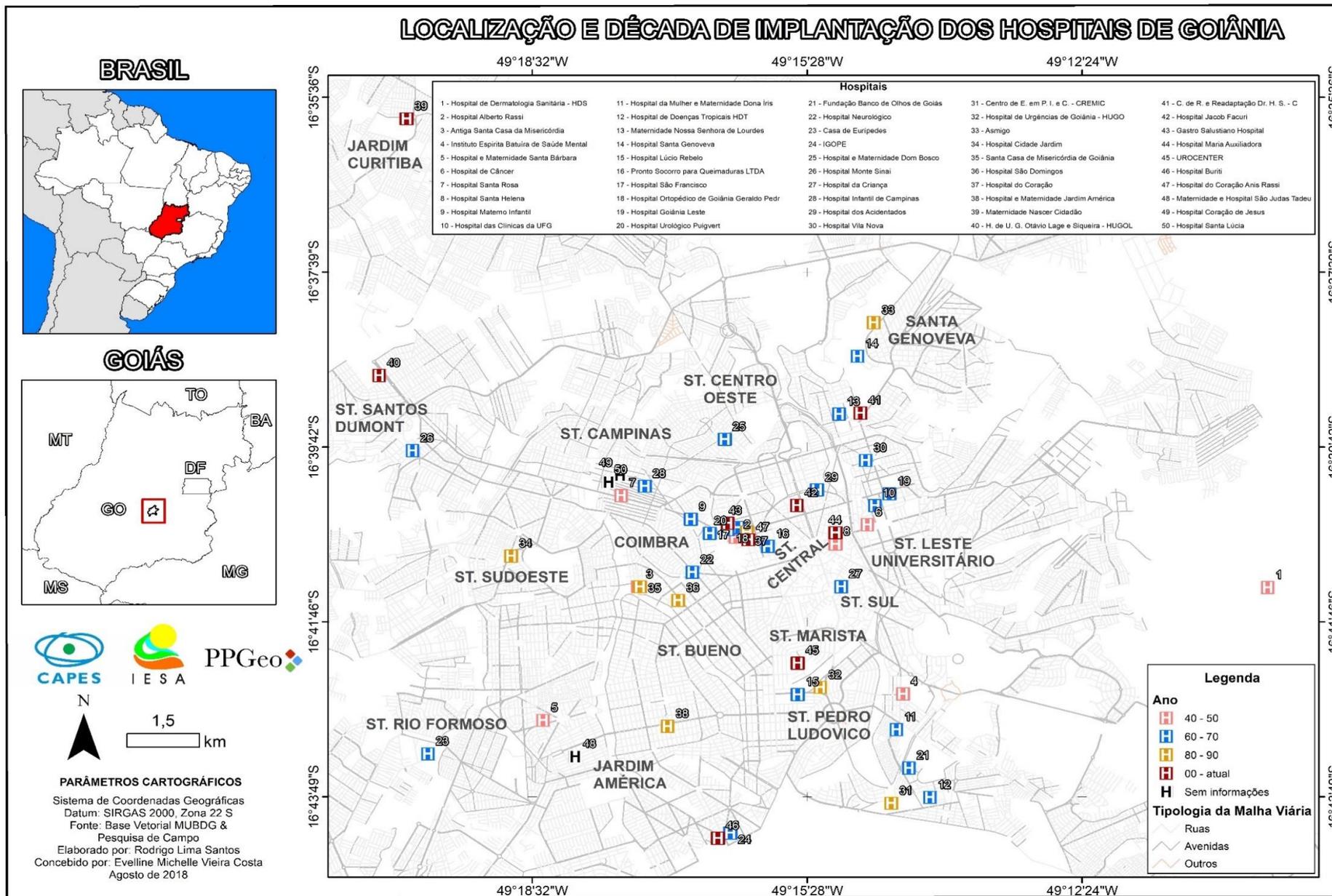
No que tange a distribuição espacial da área hospitalar de Goiânia, nota-se que a área localizada no oeste da região central (em destaque para o Setor Aeroporto) havia sido primeiramente projetada para ser parte do centro da cidade (CHAUL, 1997) e que, mesmo com a expansão para novos espaços com o passar nos anos, continua com uma grande concentração

de atividades. Outro ponto a se destacar é que vinte e dois hospitais tiveram sua fundação nas décadas de 1960 e 1970, período de maior desenvolvimento urbano e populacional de Goiânia.

No entanto, desde a década de 1930, na área centralizada de Goiânia desenvolve-se um processo de ocupação, principalmente por uma completa rede de prestação de serviços de saúde, constituída de diversos hospitais, maternidades, clínicas gerais, clínicas especializadas, policlínicas, unidades mistas, consultórios, laboratórios, entre outros, em maioria pertencentes às iniciativas públicas e privadas. É possível perceber um intenso fluxo de pessoas e veículos circulando durante o dia, principalmente em horário comercial. O Plano de Desenvolvimento Integrado de Goiânia (PDIG), sobre a dinâmica de produção do espaço urbano, confirma dizendo que “o centro da cidade passou a ser o local de concentração do comércio, escritórios e principais serviços” (GOIÂNIA, 1992, p. 15).

A instalação de um hospital de grande porte promove novos fluxos de pessoas e a instalação, nas proximidades, de novos desdobramentos de atividades comerciais e outros serviços associados à saúde. Ao caminhar por esses espaços polarizadores da saúde na capital, percebem-se ainda variados serviços como: lanchonetes, restaurantes, lojas de equipamentos de saúde, laboratórios, farmácias, hotéis e até ambulantes com ofertas de café e quitandas, atendendo às demandas de pessoas no entorno dos hospitais. Esses estabelecimentos foram surgindo ao longo do tempo se beneficiando da presença desses hospitais e da circulação diária de pessoas ali existentes.

A espacialização dos equipamentos de saúde pública em Goiânia demonstra as disparidades dos recursos destinados aos municípios do estado de Goiás, bem como a concentração espacial de tais estruturas. Esses fatores provocam a constante busca de alternativas, como deslocamentos das áreas periféricas cidade, a fim de encontrar procedimentos necessários para atendimento em saúde.



Mapa 1 – Goiânia: localização de hospitais públicos e conveniados ao SUS.
 Fonte: Evelline Michelle/2018.

Reconhece-se a concentração da oferta de serviços de saúde especializados em Goiânia, como já foi demonstrado anteriormente. O desafio da saúde pública, enfrentado por médias e pequenas cidades, é responsável pelo fluxo diário de pessoas que entram e saem da capital para tratamento, tornando da casa de apoio peça responsável dessa articulação na demanda de alimentação, hospedagem e transporte. Ou seja, essa concentração de saúde aliada ao deslocamento das pessoas em busca de tratamento médico justifica a presença das casas de apoio na capital.

No intuito de garantir o serviço de apoio, algumas prefeituras investem em meio de transporte, para que a população busque os procedimentos em Goiânia, investindo também na implantação e manutenção de casas de apoio para hospedar pacientes e acompanhantes durante o período de tratamento.

Por se tratar de tratamento complexo, o paciente precisa de acolhimento, de preferência em um ambiente que lhe agrade e que propicie conforto e tranquilidade, semelhante aos encontrados em seu lar. As casas de apoio parecem existir para propiciar esse ambiente familiar, de caráter temporário ou de longa duração, fugindo um pouco do aspecto hospitalar e aproximando da rotina doméstica. Segundo Rezende, Schall e Modena (2009, p. 89), a partir de um estudo em uma casa de apoio ao adolescente portador do câncer “as casas de apoio, outro local frequentado durante o tratamento, representam uma possibilidade de ressignificar o processo saúde-doença, pois os sujeitos estão eventualmente distantes dos procedimentos invasivos” (Rezende et al, 2009, p. 89).

Avaliando os regimentos internos e licitações de algumas casas de apoio, verifica-se que essas instituições oferecem abrigo e assistência a pessoas em vulnerabilidade social que saem de seus municípios a fim de atendimento de saúde especializado. Muitas vezes, a casa de apoio ajuda o sujeito para além de sua função de hospedagem, com apoio psicossocial, alimentação, transporte, acomodação, higienização pessoal e acompanhamento para continuidade no tratamento médico. Observando esses dados preliminares, nota-se que o papel dessas entidades é oferecer acomodações 24 horas por dia, inclusive nos finais de semana, com no mínimo três refeições diárias aos usuários do SUS em poucas condições de arcarem com as despesas diárias ou até mensais básicas longe da família, em prol da saúde. Sendo assim, atuam no cuidado à saúde de seus hóspedes, mediante o acompanhamento em consultas, quartos para descanso, administração dos remédios, fornecimento de alimentação e condições de moradia.

Não se encontra com facilidade referencial teórico sobre o processo histórico de criação das casas de apoio no Brasil. Mas, em algumas leituras sobre o desenvolvimento da saúde no

país, é possível notar que há muito tempo é prática recorrente de instituições religiosas ceder espaços e voluntários para dar assistência e abrigo a pessoas doentes, tentando possibilitar uma vida mais digna a essas pessoas em condições físicas e mentais debilitadas. Porém, isso não foi objeto de aprofundamento desta pesquisa. Especula-se que o surgimento de políticas públicas para essas casas de apoio começou tão logo o SUS foi implantado no Brasil, para suprir a necessidade de acolhimento a pacientes de outras localidades.

Com a expansão da globalização e das lutas sociais para que o governo voltasse suas ações para o chamado, pelo poder público, de ‘Bem-Estar Social’ (conjunto de fatores que a pessoa precisa para uma boa qualidade de vida), no final do século XX, algumas medidas políticas passaram a ser feitas a favor da população carente, recortando problemas sociais particulares, como o desemprego, a fome, o analfabetismo e a manifestação de doenças. Tais políticas são reflexos da emergência de movimentos sociais e de lutas políticas dos desassistidos no enfrentamento das precárias condições de vida, através de mobilizações em busca de resposta a necessidades básicas de reprodução da sociedade, ainda que insuficientes e limitadas (RAICHELIS, 2010, p. 755).

Por outro lado, a demanda das populações carentes é crescente no que se refere às condições de vida no espaço urbano; “a intervenção do Estado vem se revelando inoperante e incapaz de modificar o perfil da desigualdade social que caracteriza a sociedade brasileira” (YAZBEK, p. 46). Há pouca efetividade dos investimentos do Estado no atendimento social, como apontado por Sposato (1988), citado por YAZBEK (2006, p. 48):

As políticas sociais brasileiras, e, nelas, as de assistência social, embora aparentem a finalidade de contentação da acumulação da miséria e sua minimização através da ação de um Estado regulador das diferenças sociais, de fato não conta deste efeito. Constituídas na teia dos interesses que marcam as relações de classe, as políticas sociais brasileiras têm conformado a prática gestonária do Estado, nas condições de reprodução da força de trabalho, como fornecedoras, ao mesmo tempo, da acumulação de riqueza e da acumulação da miséria social (SPOSATO, p.11, *apud* YAZBEK, 2006, p.48).

Ainda assim, é notável que o poder estatal utiliza ferramentas de apoio às demandas populares como forma de institucionalização e administração das diferenças, assumindo características funcionais ao controle social e à própria condição de dominação. O Estado ao fornecer esses bens e serviços necessários à sobrevivência dessas pessoas que se encontram à margem da sociedade aumenta sua capacidade de impor interesses políticos e sociais das classes hegemônicas (YAZBEK, 2006, p. 53).

Com a crescente demanda pelos serviços de saúde na capital, a sociedade passa a reconhecer que a população doente que sai de sua cidade para tratar-se em outras cidades, onde o serviço especializado é ofertado, necessita de um acolhimento institucional gratuito, tentando minimizar a angústia de curtos e longos períodos de tratamentos. Esta é a realidade de muitos pacientes e até mesmo acompanhantes que vêm do interior de Goiás para fazerem tratamento nos grandes hospitais da capital. A iniciativa de implantação de casas de apoio passa a ser, efetivamente, uma grande aliada do Estado na sua responsabilidade social de garantir ao paciente que faz tratamento fora do seu município e seu acompanhante o seu direito à saúde. Porém, contraditoriamente, as casas de apoio ocupam um lugar perigoso no jogo entre o dever do Estado e o planejamento urbano, no que se refere à distribuição dos serviços de saúde.

Os serviços de cuidado às pessoas em algum tipo de tratamento médico de alta complexidade são oferecidos, atualmente, na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de programas governamentais e iniciativas organizadas e mantidas pela sociedade civil, como Organizações Não Governamentais (ONGs). Porém, a maioria das casas de apoio no país são de organizações da sociedade civil, de caráter privado, com interesse público e sem fins lucrativos, ou seja, mantidas com recursos que provêm de fontes públicas.

Segundo Brasil (1998, p. 9), a maioria das casas de apoio tem sede própria, advinda de doações de entidades religiosas, de órgãos oficiais do Estado e até mesmo de pessoas físicas envolvidas nesse tipo de assistência, porém, as religiosas são mais expressivas numericamente:

Dependendo de sua origem, as entidades conseguem viabilizar, com maior ou menor facilidade, a compra de terrenos, ou a construção e a realização de reformas para ampliação e/ou melhoria de suas atividades. As casas de apoio administradas por instituições religiosas (católica, evangélica, espírita, etc.) têm maior facilidade de mobilização para captação dos recursos necessários à implementação ou adequação da sua estrutura física. Naquelas situações em que elas iniciam as suas atividades a partir do esforço de determinado grupo da sociedade civil, os recursos mais expressivos para a sua manutenção provêm de doações espontâneas e de eventuais campanhas para arrecadação de fundos. (Brasil, p.9, 1998)

Essas instituições sociais abrangem públicos e, muitas vezes, objetivos específicos. Existem, por exemplo, instituições-abrigo em apoio à saúde do índio; casas destinadas a pessoas de municípios específicos; casas destinadas ao atendimento de famílias e crianças em tratamento de câncer, HIV/AIDS; casas que servem de suporte para mulheres vítimas de violência; entre outros tipos. No entanto, todas as entidades de apoio ao paciente não residente no município oferecem recursos e cuidados a um grupo de pessoas em particular que estejam precisando de sustentáculo assistencial e estejam vivenciando situação de maior vulnerabilidade física e/ou emocional (SOARES et al, 2008).

A definição do público-alvo influencia na organização da estrutura física dessas instituições de apoio, determinando o espaço, os cômodos disponíveis, a delimitação dos quartos/dormitórios (segundo idade, sexo, quadro clínico) e das áreas comuns (como refeitórios e salas de recreação), além de ordenar os tipos de equipamentos necessários, segundo a necessidade das pessoas assistidas.

Além de suporte para os 246 municípios do Estado de Goiás, em Goiânia encontram-se dados que mostram que outras 600 cidades buscam atendimento médico na capital. São cidades destes estados: Bahia, Maranhão, Tocantins, Piauí, Pará e Mato Grosso. Demonstrando a recorrente necessidade de implantação dessas instituições na capital.

No trabalho de campo em busca de agendas de instituições de saúde, bem como em sites específicos, encontram-se registros de 50 casas de apoio instaladas na capital, entre governamentais e não-governamentais. Em coleta para este trabalho, as casas de apoio existentes em Goiânia são classificadas em 2 tipos:

- Não governamentais
- Governamentais:
 1. Estadual
 2. De outros municípios goianos
 3. De municípios de outros Estados

As casas de apoio de interesse desta pesquisa são apenas as instituições mantidas por prefeituras goianas e que atendem pacientes do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), tendo ligação ao atendimento pelo SUS.

Essas casas de apoio do interior são reflexos da prática de encaminhar pacientes para tratamentos especializados e muitas vezes prolongados, já que nem todos os municípios possuem condições de oferecer serviços de saúde complexos. Na maioria, são casas alugadas pelas prefeituras, com uma equipe diretiva que faz intermediação entre a secretaria de saúde do município do paciente e as unidades de tratamento médico.

Em relação à localização das casas de apoio, é oportuno informar que, dentre as 15 listadas, quatro encontram-se no Setor Aeroporto, e grande parte das outras está localizada em setores próximos, bem centralizados (Setor Central, Setor Sul, Setor Universitário, Setor Marista, Setor Oeste e Vila Nova), onde verifica-se o maior adensamento de clínicas e hospitais especializados. Apenas duas entidades têm localidade mais afastada desse perímetro: a Casa de Apoio de Mundo Novo e a de Caldas Novas.

Apresenta-se espacialmente, assim, uma rede intraurbana e estadual de mobilidade e atendimento entre essas casas de apoio do interior com suas respectivas cidades de origem, bem como com os grandes hospitais da capital. Como apresentado por Cristiano Martins (2014, p. 141) sobre a mobilidade dos pacientes para as casas de apoio:

Tratando-se das necessidades em saúde, em especial aquelas que envolvem tratamento médico hospitalar específico, na qual a mobilidade dos pacientes é uma das possibilidades de sobrevivência, deve-se ressaltar que mesmo existindo uma população carente, com maior ou menor autonomia, os indivíduos também têm suas escolhas ao desenvolver estratégias para exercer sua mobilidade. [...]a mobilidade oferece aos indivíduos que dela dispõem a possibilidade de equiparar oportunidades e ter a rede de bens e serviços, públicos ou privados, uma vez que parece inviável trazer às populações todos os serviços de que elas necessitam.

O estudo dos fluxos em busca de assistência hospitalar e ambulatorial em Goiânia, principalmente relacionados à participação das casas de apoio, é geograficamente incompleto. É por meio dessa mobilidade que surge a possibilidade de observarmos a rede urbana integrada e fragmentada, em que uma população socioespacialmente marginalizada em equipamentos de saúde desloca-se para grandes centros urbanos e, muitas vezes, por dificuldades financeiras, depende das instituições de acolhimento para cumprirem seu tratamento. A organização desses espaços, as condições econômicas, sociais, políticas, os modos de vida, o contexto simbólico e muitas outras questões necessitam de maiores investigações.

CAPÍTULO II

MOBILIDADE E SAÚDE PÚBLICA

Este capítulo tem como objetivo compreender a mobilidade das pessoas em busca de tratamento de saúde em Goiânia. Pretende-se conhecer as casas de apoio dos municípios do interior do Estado de Goiás instaladas em Goiânia definindo-as em seus diferentes tipos de financiamento, modalidades e níveis de assistência, além de compreender o papel das políticas públicas para implantação e controle dessas instituições, tentando representar a zona de influência e a centralidade destas com seus municípios de origem. Por conseguinte, intenta-se reconhecer a logística clientelista montada em torno dessas casas assistenciais, como também sua influência na vida das pessoas que delas necessitam.

2.1 MIGRAÇÃO PELO ADOECIMENTO E AS CASAS DE APOIO EM GOIÂNIA

Dentro da complexidade do espaço urbano capitalista (produção – consumo), é importante ressaltar que o espaço urbano é reflexo do presente e do passado, de paisagens e de ações coexistentes. Cada tempo deixa sua marca. A malha urbana se expande em uma complexidade de transformações: surgimento de novos espaços, mais verticalizados e modernos; ampliação das vias de acesso; aumento da frota de transporte; crescimento populacional e ampliação na variedade de oferta de bens e serviços. Entretanto, essa expansão não é harmônica sobre todos os espaços, na verdade ela só ocorre para facilitar a vida de um grupo de pessoas na cidade. Existe uma desintegração da cidade e dos meios de acesso, decorrente das classes sociais, que se manifesta nas desigualdades socioespaciais.

Essa desigualdade socioespacial demonstra a existência de classes sociais e as diferentes formas de apropriação da riqueza produzida (RODRIGUES, 2007, p. 75). Nas áreas “nobres”, é elevado o número de edifícios amplos e modernos, além de terem uma gama diversificada de serviços: escolas, bancos, hospitais, shopping centers, restaurantes, supermercados, etc. A valorização do solo é maior, expulsando a maioria dos trabalhadores, com menor poder aquisitivo, para as áreas periféricas, menos “urbanizadas”. Todo conjunto de mudanças na cidade acarreta novas relações da população com o uso do solo, dificultando ainda mais o entendimento de sua dinâmica complexa e contraditória.

Não é possível compreender qualquer território sem conhecer os fluxos espaciais e temporais, sem entender suas territorialidades, sem identificar as distâncias, sem conhecer as relações de poder, avaliar as tramas do movimento e da política. Para Roberto Lobato Corrêa (1997), a questão das interações espaciais pressupõe uma dinâmica de movimentos sobre um

dado espaço, um amplo e complexo conjunto de deslocamentos de pessoas, mercadorias, capital e informação sobre o espaço geográfico. Temos, então, as cidades interagindo de maneira a ampliar mecanismos de exploração. Para tratar dos fixos e fluxos, Santos (1997, p.164) apresenta que:

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

Nenhuma cidade existe totalmente isolada, como apontado por Souza (2008, p.50), o que as diferencia é o tipo e a intensidade dos fluxos, todas as cidades apresentam-se ligadas entre si no interior de uma rede:

A rede urbana não é 'inocente', no sentido de ser um 'simples' conjunto de cidades ligadas entre si por fluxos de pessoas, bens e informações, como se isso fosse coisa de menos importância ou nada tivesse a ver com os mecanismos de exploração e exercício do poder existentes em nossas sociedades.

As dinâmicas econômicas influem na consolidação e formação de áreas centrais, capazes de impulsionar os diferentes movimentos, seja de pessoas, de mercadorias, ideias, entre outros. Para que haja centralidade, é necessária uma territorialidade expressiva de equipamentos urbanos que contribuam para as movimentações. Quanto maior a variedade de estabelecimentos e serviços prestados à população, maior será seu caráter de atrair pessoas em busca de atenderem suas necessidades. A produção do capital e da força de trabalho em seus diferentes lugares força os indivíduos a deslocarem-se a fim de atenderem suas necessidades. Santos (2007, p.141) faz uma análise do conflito político que se estabelece na disposição do homem no espaço:

A localização das pessoas no território é, na maioria das vezes, produto de uma combinação entre forças de mercado e decisões do governo. Como o resultado é independente da vontade dos indivíduos atingidos, frequentemente se fala de migrações forçadas pelas circunstâncias.

A desigualdade de distribuição do atendimento especializado de saúde, além da grande demanda de população doente e que não pode arcar com os custos de um atendimento privado, provoca um deslocamento de pessoas de suas cidades para as áreas centrais onde encontram atendimentos mais especializados. Essas pessoas precisam ser reguladas e se deslocarem a

determinado hospital com intuito de encontrarem melhor qualidade de atendimento para solução do problema de saúde, mesmo que isso impute mais gastos com os custos de viagem.

Para os tratamentos de saúde complexos e especializados, percebem-se fluxos mais longos, com deslocamentos que compreendem, em média, de 108 km a 169 km (IBGE, 2010, p. 167). O IBGE (2010, p.26), em seu estudo sobre centros hierárquicos do Brasil aborda que:

[...] os serviços de uso mais frequentes estão disponíveis em praticamente todo o território nacional, e menos de 20% dos pacientes internaram-se em centros localizados a mais de 60 km (as pessoas residentes para além desse limite representam apenas 1,3% da população total). Nas redes de alta complexidade, apenas um pequeno número de centros presta atendimento, e as pessoas que vivem mais longe têm pouca possibilidade de deslocar-se: apenas 3% dos pacientes internados para cirurgia cardíaca residiam em municípios situados a mais de 60km do centro em que se internaram (nesses municípios concentram-se cerca de 40% da população brasileira). Fica patente que, em relação à acessibilidade aos serviços de saúde no Brasil, as desigualdades têm impacto expressivo, o que compromete os ideais de equidade do atendimento.

A capacidade de deslocamento de pessoas e bens de um ponto para outro dentro da cidade ou entre as cidades é denominada mobilidade urbana. Os aspectos da dinâmica do deslocamento, principalmente de pessoas, no espaço urbano, são elementos constituintes para compreender o fenômeno da exclusão social, pois os habitantes da cidade ou entre as cidades são separados – de acordo com um grau de acesso aos bens e serviços – e acabam se apropriando de forma desigual das vantagens e dos privilégios do sistema de circulação.

Com base nas descrições do site do Instituto Pólis¹⁹, a mobilidade urbana pode ser definida como um atributo das cidades que se refere ao deslocamento de pessoas e bens. E neste atributo importa conhecer a infraestrutura de vias, calçadas, viadutos, etc., em todas as suas modais (formas de locomoção). Para Levy (2002), a mobilidade é uma relação social construída a partir da mudança de lugar, envolve uma acessibilidade (presença dos sistemas de circulação e transporte) e uma competência (o acesso a partir do preço).

As migrações populacionais devem ser vistas como expressão espacial dos mecanismos de modernização. Essa mobilidade espacial, ou migração, representa a capacidade da força de trabalho de conquistar vastas extensões (CORRÊA, 1995). Atualmente, as facilidades de locomoção impelem os migrantes potenciais para as cidades regionais, onde o setor terciário é mais elástico, e para as grandes cidades. A modernização tecnológica e a revolução do consumo

¹⁹ Mobilidade Urbana - Instituto Pólis. Disponível em: <https://polis.org.br/publicacoes/mobilidade-urbana-e-desenvolvimento-urbano/>. Acesso: 04 jan. 2017.

tendem a se concentrar econômica e espacialmente de forma que uma das consequências está na migração de bens e de pessoas.

De acordo com o Plano Diretor de Goiânia (Prefeitura, 2007), mobilidade urbana representa a facilidade de deslocamento de pessoas e bens nas áreas urbanas, utilizando de vias, veículos, serviços de transporte e de toda infraestrutura necessária. Villaça (2001), avaliando a estrutura espacial urbana, aponta que os principais elementos da estrutura urbana são o centro principal da metrópole (maior aglomeração de empregos ou de comércio e serviços), os subcentros comerciais e de serviços (diversidade de serviços e comércios, porém em menor proporção que o centro principal), os bairros residenciais e as áreas industriais.

A mobilidade urbana é um fenômeno geográfico, pois é um acontecimento diário de necessidade de interação espacial dos indivíduos em determinada escala, e deve ser entendida como um sistema de circulação agregando vários papéis, necessidades e intensidades, sendo a expressão do próprio fato urbano (DRUCIAKI, 2008). Mensurar e entender essa mobilidade não se limita ao tamanho de uma cidade física e estruturalmente, mas à sua função exercida na rede urbana. A capacidade funcional, as economias de aglomeração e a divisão internacional do trabalho influenciarão na questão da mobilidade urbana.

Sendo assim, a mobilidade urbana é um atributo representado pelo movimento de atividades humanas no espaço, envolvendo os deslocamentos de pessoas e de mercadorias. No esforço de construir um termo que privilegiasse uma abordagem geográfica, Druciaki (2014, p.92) propôs o termo “mobilidade espacial”, que significa:

[...] o movimento orientado de pessoas e sua capacidade de acesso aos lugares, que ocorre no âmbito de um sistema de transporte; uma demanda decorrente da necessidade das pessoas de um espaço em relação a outro (s), no cumprimento das diversas atividades que lhes são impostas, sejam elas trabalho, lazer, comércio ou serviços, independente da escala e da perenidade, articulando espaço.

Goiânia foi criada com a finalidade de concentrar poder (centralidade administrativa) e é por isso que se justifica essa concentração dos serviços e da saúde. Os fluxos, aqui expostos, retratam a utilização dos serviços de saúde pelos usuários de cidades do interior de Goiás na capital, como a busca por uma terapia e/ou o trajeto percorrido, ou seja, todos os esforços realizados em busca de saúde.

Um dos momentos mais difíceis da vida de um cidadão é na hora da doença, principalmente quando reside no interior e necessita ir para a capital em busca de atendimento. Todos os dias, moradores de cidades do interior de Goiás enfrentam longas jornadas nas estradas para fazer exames, tratamentos médicos e outros procedimentos de média e alta

complexidade nas unidades de saúde de Goiânia. Essa mobilidade pela saúde torna mais grave o enfrentamento da doença, além do desgaste físico.

Tomando como exemplo o município de Paraúna, este só oferece serviços de atenção primária ou básica. Sendo assim, toda a sua demanda de procedimentos especializados tem de ser encaminhada para outros municípios. A primeira referência é o Hospital Municipal Dr. Geraldo Lando, em São Luís de Montes Belos, distante 61,4 km, com deslocamento de apenas 54 minutos. Este hospital oferece apenas clínica médica e alguns exames de imagem (ultrassonografia e raios x) e de análises clínicas. As cirurgias de alto risco, especialmente os procedimentos oncológicos e ortopédicos, são oportunizadas em Goiânia, a 156,6 km de distância, percurso que toma duas horas de viagem.

A dimensão dessa migração é de obrigação, por motivo de doença; uma migração compulsória, que já traz o sujeito fragilizado. Uma migração vulnerável. É vulnerável no seguinte aspecto: o sujeito migra porque a doença o obriga a migrar. É possível ter uma noção do volume de pessoas de outros municípios que buscam médicos especializados em Goiânia pela quantidade de veículos com placas de municípios do interior, principalmente a serviço de prefeituras, circulando ou estacionados em áreas próximas a grandes centros de atendimento hospitalar e do Centro Estadual de Medicamentos de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC)²⁰, referência em Goiás na entrega gratuita de medicamentos constantes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Em representação a esse fluxo do interior do Estado para Goiânia, no dia 09 de maio de 2017 (terça-feira), no período matutino, em trabalho de campo no entorno do Hospital de Urgências de Goiânia (Setor Pedro Ludovico) e no Hospital das Clínicas da UFG (Setor Universitário), pude observar 32 ambulâncias e vans, 27 automóveis particulares e 12 micro-ônibus de prefeituras com endereços de cidades do interior do Estado estacionados, como retratado na Figura 2.

²⁰ Centro Estadual de medicamentos de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC) é um programa de medicamentos de dispensação excepcional, com definição e regulação de responsabilidade do Ministério da Saúde. As esferas estaduais são encarregadas de formular e implementar a logística de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição desses medicamentos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)



Figura 2 – Exemplos de transportes de municípios goianos em Goiânia.
Fonte: Trabalho de campo /2018

A maior parte dos pacientes entrevistados nas portas de hospitais, 63,60% do total, se desloca para Goiânia por meio de ambulâncias ou outro veículo ofertado pela prefeitura, como ônibus, van e micro-ônibus. Esta prática é conhecida como "ambulancioterapia"²¹, que se constitui no constante deslocamento de ambulâncias transportando doentes para centros polarizados.

²¹ Ambulancioterapia é um termo utilizado para denominar a prática de algumas cidades de utilizar ambulâncias para remover, para grandes centros, pessoas que necessitam de atendimento ou de internação hospitalar.

Escorados na política assistencial da “ambulancioterapia” as prefeituras da região metropolitana de Goiânia e de municípios mais distantes optam pela “ambulancioterapia” a fim de resolver ou repassar para a capital os problemas de atendimento médico da sua população.

Além disso, é possível observar que uma pequena parcela dos entrevistados (18,20%) custeia seu próprio deslocamento para Goiânia, ou seja, são pacientes que não recorreram à Secretaria de Saúde do Município por falta de conhecimento ou por preferência e, por decisão própria, agendaram suas consultas e tratamento.

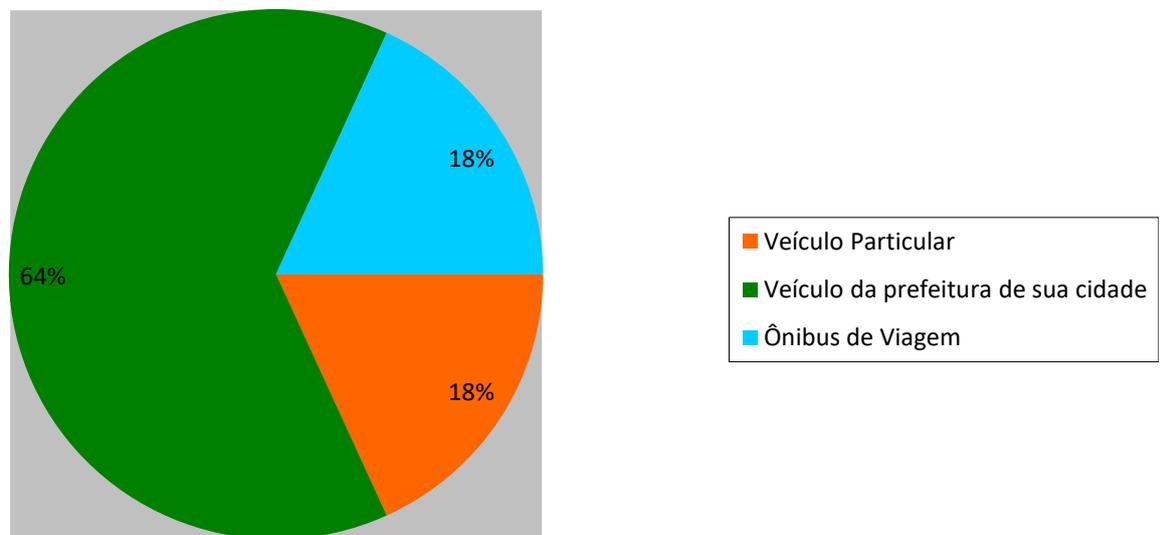


Gráfico 1 - Tipo de transporte utilizado para fazer tratamento na capital.
Fonte: Pesquisa de campo (out/2017 a jan/2018).

Os movimentos migratórios de pacientes para Goiânia têm uma frequência muito acentuada. É praticamente impossível mensurar o peso da demanda extra dos serviços de saúde da capital por moradores de outras cidades, por dois motivos, o primeiro é que a rede pública não pode negar o atendimento, situação que configuraria negligência. O segundo diz respeito às estratégias criadas pelos próprios cidadãos de outras cidades, que usam endereços de pessoas habitantes de Goiânia para terem acesso ao Sistema de Saúde, que se tornou referência regional sem ter qualquer tipo de compensação do estado ou do Governo Federal.

Na última prestação de contas, de janeiro a agosto de 2017, da Secretaria de Saúde à Comissão da Saúde na Câmara Municipal (15/02/2018), a secretária Fátima Mrué detalhou que foram realizadas 985.541 internações hospitalares, com um total de R\$ 172.750.688,06 faturados e 11.312.450 procedimentos ambulatoriais, com o faturamento de R\$ 185.479.785,84. De acordo com os dados, 16 estabelecimentos, como Hugo, Santa Casa de Misericórdia,

Hospital das Clínicas e Hospital do Câncer, internaram acima de dois mil pacientes neste período (CÂMARA MUNICIPAL DE GOIÂNIA, 2018).

Na rede de transporte, deve-se considerar a organização de todos os elementos que a constituem, tais como terminais, vias e veículos, que auxiliam o deslocamento dos indivíduos no espaço. Vinicius Druciaki (2009) salienta a importância do transporte na localização das cidades, pois a facilidade de comunicação é fator determinante na qualidade de vida e no progresso dos aglomerados humanos:

Os meios de transportes desempenham e desempenham um papel primordial para o desenvolvimento das cidades, pois eles propiciam mobilidade e acessibilidade entre os lugares, constituindo uma das várias outras formas de interações espaciais existentes. Em qualquer realidade, nota-se que a necessidade de se deslocar, seja em pequenas ou em grandes distâncias, é condição básica para que qualquer tipo de interação espacial de pessoas ou mercadorias entre dois ou mais lugares possa acontecer. (DRUCIAKI, 2009, p.43)

Além do deslocamento de uma cidade para outra, os pacientes, muitas vezes, precisam esperar mais de 1 hora e 30 minutos pelo atendimento. No trabalho de campo em frente à Santa Casa de Misericórdia foi possível conversar com um grupo de pessoas advindo da cidade de Jataí para tratamento de câncer. Essas enfrentam horas de viagem durante a madrugada para conseguirem manter o tratamento. Os relatos de dois entrevistados ilustram a realidade das pessoas que percorrem distâncias diárias superior a 200 km: na ocasião do trabalho de campo, um senhor de 58 anos que há 4 anos faz tratamento contra câncer de próstata; e uma moça com 33 anos que faz tratamento de câncer no útero há 6 anos:

“Você tem que ter aquela tolerância, né?! De estar insistindo com o tratamento. Demora muito, mas é necessário. O mais cansativo é acordar tão cedo, pegar estrada e aguardar pra voltar. Meu filho sempre me acompanha. Umás duas vezes no mês a gente vem”. (J.C., 22. mar. 2018)

“Desde que adoeci, minha rotina já não é a mesma. A gente chega 6 horas da manhã e só vai conseguir ser atendido por volta de 8 ou 9 horas. Se correr normalmente! Ainda bem que sempre correu tudo bem nas estradas. Mas já fiquei sabendo de muitos casos de acidentes na estrada. Tenho muito medo”. (B.R., 22. mar. 2018)

De acordo com o relato do motorista que traz pacientes de Jataí para Goiânia há 7 anos, o carro deixa a cidade às 2 horas da manhã. São mais de 600 km de estrada, entre o caminho de ida e volta. São mais de 4 horas de estrada, e os passageiros fazem apenas uma parada. Relatam que durante a madrugada só um posto de combustível oferece banheiros. Muitos pacientes estão debilitados e precisam de acompanhantes: *“Super cansativo! Fica aquele sofrimento. É a vida*

de muita gente. Eles estão doentes e chegam ao hospital e ainda tá escuro”. (M. P., 22. mar. 2018).

A partir desses relatos vê-se o lado obscuro da migração. O sofrimento dos pacientes quanto ao longo caminho traz a esperança do tratamento e da cura de suas doenças. A rotina das viagens é relatada por eles como um momento tenso, em que os sentimentos de medo e de angústia estão presentes por causa da violência no trânsito. Noticiários locais justificam o perigo enfrentado por esses pacientes ao se locomoverem para tratamentos contínuos na capital (Figura 3). Somente em novembro de 2017, 15 mortes foram registradas em acidentes envolvendo veículos que transportam pessoas em tratamento de saúde que seguiam ou voltavam da capital goiana, de acordo com estatísticas da Polícia Rodoviária de Goiás (2018).



Figura 3 - Matérias de jornais online sobre pacientes nas estradas de Goiás. Organizado por Evelline Michelle/2018. Acesso em: 10 jan. 2018.

Os perigos nas estradas são uma parte do sofrimento do trajeto. Muitas pessoas em tratamento relatam terem que aguardar até sete horas para retornar ao município de origem e não têm recursos para manter as necessidades básicas nesse intervalo de tempo. Ademais, existem casos em que pacientes de outros municípios precisam até ficar mais tempo na capital, por um dia ou mais. O motivo da permanência, às vezes inesperado, se dá pela complexidade do tratamento, cujo protocolo, entre consultas e outros tipos de atendimentos, exige frequência maior no hospital. No tratamento oncológico, por exemplo, quando o protocolo é de quimioterapia, muitas vezes esta é planejada de acordo com o tipo de tumor e estágio da doença, fazendo as aplicações terem vários tipos de intervalos: diárias, semanais, quinzenais ou mensais

(INCA, 2017)²². Durante as sessões de quimioterapia, as condições do doente são objeto de cuidados médicos, determinando a permanência dele perto do local onde é tratado.

O discurso de uma enfermeira do Hospital Araújo Jorge deixa claro algumas aflições recorrentes por essas pessoas em tratamento:

“Tem vez que o paciente vem só pra fazer uma consulta ou exame e o médico anuncia que é preciso interná-lo naquele dia mesmo ou no outro dia. A pessoa e a família estão despreparadas para ficarem em Goiânia. Não trazem roupa, dinheiro, escova de dente, sabonetes ... nada! A gente tenta ajudar como pode. Eles estão passando por momentos difíceis” (C.V., 02. dez. 2017).

Cada paciente ou acompanhante tem motivos para se submeterem aos riscos no trajeto entre a casa e Goiânia. Em conversa com essas pessoas, o tema do cansaço e do medo, também com aflição por fazer este trajeto de madrugada, era frequente. Dentro de uma das vans, à espera da viagem de volta, a tia de uma criança de 12 anos, em tratamento de doença de pele, parecia exausta, reclamando de fome e preocupada com os perigos nas estradas. Tais situações demonstram o cotidiano desses sujeitos e toda a sorte de dificuldades que enfrentam.

Nas cidades pequenas, parte dos hospitais funciona apenas como ambulatórios e, no máximo, realizam partos quando estes não exigem alta complexidade, como partos de múltiplos ou outro tipo de decorrência gestacional. Os pacientes, por esse motivo, se sujeitam a viajar vários quilômetros em busca de atendimento em municípios maiores, principalmente na metrópole. Se o problema de saúde é grave, o destino é a migração para tratamento. Esse procedimento já é comum na agenda de trabalho das prefeituras de muitas cidades.

Alguns pacientes têm a opção de ficarem hospedados ou em casas alugadas ou em pensionatos, como alternativa do governo para auxiliá-los no tratamento fora de casa. Segundo coordenadores das instituições de apoio, o custo de cada prefeitura com a manutenção dos pacientes está entre R\$ 6 e R\$ 7 mil por mês, sem contar os gastos com o transporte dos passageiros (cerca de R\$ 3 mil por mês).

Os municípios que utilizam os serviços médicos de Goiânia o fazem por discurso da impossibilidade de prestar assistência à sua população. O sistema de regulação de leitos da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás acaba submetendo as prefeituras locais a trazer a pessoa doente para a capital. Por esses e outros motivos, a casa de apoio atua no auxílio a pacientes que não possuem alternativas de hospedagem e alimentação. Alojamento de pacientes em Goiânia é uma alternativa para fornecer assistência especializada aos municípios.

²² Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em: <https://inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento> . Acesso em 26 ago. 2017

Por conseguinte, em representação às casas de apoio do interior na capital, objeto desta pesquisa, o foco principal parte da estruturação da cidade de Goiânia, uma área que expressa centralidade municipal e estadual, a fim de avaliar como o processo de centralização influencia a presença dessas instituições de acolhimento na capital goiana.

Pretendo explorar, ao longo deste trabalho, as viagens e relações sociais feitas pelas pessoas de outros municípios atendidas em Goiânia. Essas dinâmicas compõem uma rede da vida em momentos de fragilidade, um circuito de trajetórias percorridas por essas pessoas com finalidade de buscar esperança de cura, de vida e de retorno.

2.2 AS CASAS DE APOIO E SEUS ESPAÇOS DE ARTICULAÇÃO

Atualmente, conviver com doenças é um fato no cerne de muitas famílias. Muitos tratamentos médicos se prolongam por semanas, meses ou anos, consoante o quadro clínico do paciente, não raro exigindo a regularidade diária a sessões terapêuticas por longos períodos, cuja duração pode se estender por meses consecutivos.

Tal realidade implica em reorganização social, especialmente no que diz respeito ao apoio necessário a quem vivencia a experiência do adoecimento. A casa de apoio surge, uma vez que é emergencial, na implantação de um local que abrigue, acolha e supra as necessidades dos doentes e seus acompanhantes numa fase sensível e difícil. As casas de apoio são espaços “voltados a oferecer um recurso de assistência e cuidado a grupos que, particularmente, estejam vivenciando uma situação de maior vulnerabilidade emocional e/ou física” (SOARES et al, 2008, p. 170).

Chamamos de “casas de apoio”, nesta pesquisa, as instituições especializadas em acolher doentes em tratamento de saúde e seus familiares, dando ênfase às mantidas financeiramente por prefeituras de outros municípios. Privadas ou públicas, as instituições de apoio à saúde possuem dois tipos de acolhidos (doentes e acompanhantes), que se dividem em: 1. casuais – que requerem apenas uma consulta ou uma consulta-retorno, com permanências que não se prolongam por mais de um dia (com ou sem pernoite) – e, em outros casos, 2. de longa duração – que se hospedam por semanas ou meses.

A maior parte das pessoas que ficam nas casas de apoio vem das cidades locais e das zonas rurais; ao iniciarem sua luta contra doenças complexas, se deparam com mais uma barreira em especial: a falta de acessibilidade para o tratamento. Em decorrência disso, as casas

de apoio ou casas do interior representam um serviço social relevante para atender as pessoas nesse momento de doença e vulnerabilidade em que se encontram. Centenas de pacientes precisam de atendimentos na área da saúde e têm necessidade do apoio social. Tal narrativa é compartilhada por Ferreira et al. (2015), em seu estudo sobre usuários de casa de apoio para pessoas com câncer, ao afirmar que:

De tal modo, em face ao tratamento do câncer, o paciente necessita de acolhimento, preferencialmente por um ambiente que lhe agrade e que lhe proporcione conforto e paz semelhantes aos encontrados em seu lar. As chamadas casas de apoio “propiciam um ambiente familiar, distanciando-se do aspecto hospitalar e aproximando-se do contexto da rotina doméstica” (LAFURI et al, 2009). Reitera-se, então, a relevância destas instituições, uma vez que a dor, desfiguração, isolamento social e a iminência da morte fazem parte dos sentimentos vivenciados pela maioria dos pacientes submetidos a tratamentos oncológicos [...]. As casas de apoio têm a função de empregar o cuidado holístico e humano aos que nela se encontram, para proporcionar bem-estar físico e emocional. Essa assistência é implementada por equipes multiprofissionais que realizam a união de diversos conhecimentos para proporcionar cuidado amplo e contínuo. (FERREIRA et al., 2015, p. 67)

Um dos momentos mais difíceis da vida de uma pessoa é a hora da doença. Morar no interior torna esse problema ainda mais complexo. Sendo assim, as prefeituras do estado de Goiás mantêm estabelecimentos de acolhimento para essas pessoas que precisam de atendimento médico fora, uma vez que a centralidade dos atendimentos e tratamentos de alta e média complexidade, conforme demonstrado no primeiro capítulo, impõe essa situação. As casas de apoio acolhem pacientes do interior do estado que precisam se deslocar à capital ou a outras cidades-pólo para realizar tratamentos de alta, média e baixa complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

As casas de apoio são amparadas pela normatização que dispõe sobre a rotina de Tratamento Fora de Domicílio, e tem por objetivo garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais em outro município, ou ainda, em caso especiais, de um estado para outro estado. O TFD pode envolver a garantia de transporte para tratamento e hospedagem. Quando indicado, este será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública e referenciada. Nos casos em que houver indicação médica, será autorizado o pagamento de despesas para acompanhante.

A Casa de apoio, portanto, é uma extensão do serviço social oferecido pelo o município no qual a se caracteriza na importância em acolher pacientes que estão vivenciando uma situação de maior vulnerabilidade emocional e carência financeira, pois na maioria das vezes são encaminhados para fechamentos de diagnósticos e tratamento especializados .

Há um número expressivo desse tipo de instituição de acolhimento em todos os estados brasileiros. Apesar disso, não encontramos qualquer arquivo histórico ou lei que regulamente o

funcionamento delas. O deputado Guilherme Maluf (*apud* MENDES, 2017), em uma entrevista para o site *Olhar Direto*, no dia 17 de novembro de 2017, apresentou suas propostas para o projeto de lei nº 177/2017 que regulamenta casas de apoio que acolhem pacientes de outras cidades, no estado do Mato Grosso, afirmando que:

É necessário que essas unidades de acolhimento sejam regulamentadas, pois prestam um serviço de grande relevância à sociedade. Nosso objetivo, com isso, é estabelecer um padrão de qualidade visando à melhoria dos atendimentos aos pacientes em tratamento fora de domicílio. (MALUF *apud* MENDES, 2017)

Além da obrigatoriedade de apresentação de licença sanitária, certificado de vistoria do corpo de bombeiros e alvará de funcionamento, que já são comuns para a implantação de qualquer lugar que funcione como “instituição”, as casas de apoio deverão, nos termos dessa lei, apresentar certificado de enquadramento além dos documentos específicos do município onde ela se assenta. O projeto do referido deputado, no discurso, objetiva regularizar os locais, no que se refere a sua organização, recursos humanos, infraestrutura e procedimentos operacionais, incluindo regras para manipulação de alimentos, abastecimento de água, manejo de resíduos sólidos e remoção de pacientes.

Essa tentativa de regulamentação é a única formalidade que encontramos no que diz respeito à documentação das casas de apoio, o que pode revelar um tipo de denúncia do uso desses espaços de modo clientelista (tanto pelo governo do Estado quanto dos municípios) ou mesmo uma preocupação de deixar mais evidente os procedimentos que hoje funcionam de modo obscuro.

Tal qual foi informado pelas instituições de apoio ao paciente, todos os serviços oferecidos pela maioria das casas de apoio são agendados antecipadamente pela Secretaria Municipal de Saúde, desde a saída do paciente do município de origem à chegada a Goiânia, até o atendimento nos hospitais, clínicas e laboratórios da capital. Raros são os casos em que o paciente recorre espontaneamente à casa de apoio, principalmente para retorno à cidade de destino. Ao chegarem na casa de apoio, os pacientes recebem, além da acomodação, alimentação. Por esse motivo, podem aguardar os horários de consulta e procedimentos.

As casas de apoio especializaram-se em atender uma logística diretamente associada à assistência médica: a pesquisa de campo realizada entre 2016 e 2018 revelou que há pelo menos 20 delas em Goiânia (GO), distribuídas por 9 bairros da cidade. Porém, a rotatividade de localização e existência é recorrente. A cada mandato político novo, a gestão dos municípios decide pela manutenção ou não do serviço ao longo do período de gestão. A população encontra-se a mercê da decisão do prefeito que toma posse do mandato.

Foi notório verificar que existe uma participação das casas do interior na demanda pelos serviços de saúde em Goiânia. Financiadas por prefeituras, as casas de apoio refletem a prática de transferência de pacientes do interior do estado. Esse impedimento dos municípios de oferecerem os serviços especializados de saúde ocasionou o aumento do número de usuários do cartão SUS de Goiânia não residentes da cidade e que, conseqüentemente, precisam de um suporte durante os tratamentos.

As casas de apoio instituídas pela administração municipal têm como principal objetivo cuidar dos pacientes de baixa renda que precisam de atendimento em um grande centro, mas que se deparam com dificuldades financeiras, de hospedagem, alimentação e deslocamento. Oferece equipe para atendimento, motorista, limpeza e área administrativa. Segundo alguns coordenadores dessas unidades, ao longo de trabalhos de observação, o custo de cada prefeitura com a manutenção dos pacientes varia entre R\$ 400,00 e R\$ 15.000,00 por mês, além dos gastos com o transporte dos passageiros, que, conforme o discurso de coordenadores, é em média R\$ 3 mil por mês.

A população que precisa fazer consultas ou tratamentos médicos na capital pode utilizar os serviços da casa de apoio mantida pela prefeitura. Para utilizar o serviço, o protocolo tem sido o agendamento prévio na Secretaria Municipal de Saúde, seguindo as normativas específicas de cadastro, com o encaminhamento do médico. Muitas pessoas são atendidas diariamente nesses locais. Algumas passam poucos dias na capital e outras ficam durante meses para acompanhamento médico. Prestados por uma equipe com uma média de 6 profissionais, os atendimentos nas unidades beneficiam também quem não fica na casa, mas que precisa de uma consulta ou de um exame mais específico, atendimentos esses não prestados em seu município.

Geralmente, a casa de apoio fornece 4 refeições diárias: café da manhã, almoço, lanche e jantar. Dispõem de quartos, divididos por gênero, com leitos onde os pacientes e acompanhantes permanecem durante todo o tratamento. Em geral, as exigências individuais são de itens como roupas de cama e higiene pessoal; a reserva da hospedagem é feita previamente, desde a saída do município à chegada a Goiânia, até o atendimento nos hospitais, clínicas e laboratórios da capital, a fim de agilizar o tratamento e dar acolhida aos pacientes. Ao chegarem à capital, os usuários têm um veículo com motorista que encaminha os pacientes para tratamentos nas mais diversas localidades da cidade.

O levantamento preliminar de dados teve como foco de análise as casas de apoio governamentais presentes em Goiânia, em especial aquelas mantidas pelas prefeituras dos

municípios de Goiás. Foi possível localizar 19 unidades de apoio de outros municípios implantadas em Goiânia (Tabela 6).

CASA DE APOIO	DISTÂNCIA DA CAPITAL (km)
Casa de Apoio de Alto Horizonte	343,8 km
Casa de Apoio de Barro Alto	244,8 km
Casa de Apoio de Caldas Novas	172,3 km
Casa de Apoio de Catalão	261,1 km
Casa de Apoio de Ceres	178,5 km
Casa de Apoio de Chapadão do Céu	480,1 km
Casa de Apoio de Cristalina	281,1 km
Casa de Apoio de Estrela do Norte	385 km
Casa de Apoio de Goianésia	200,6 km
Casa de Apoio de Itaberaí	100,6 km
Casa de Apoio de Mineiros	425,4 km
Casa de Apoio de Mundo Novo	408 km
Casa de Apoio de Nova Crixás	376,8 km
Casa de Apoio de Paraúna	156,6 km
Casa de Apoio de Quirinópolis	290,4 km
Casa de Apoio de Santa Terezinha de Goiás	312,6 km
Casa de Apoio de São Simão	368,7 km
Casa de Apoio de Vicentinópolis	188,6 km
Casa de Apoio da Associação dos Municípios do Extremo Sudoeste Goiano (AMESGO)	-

Tabela 6 – Casas de Apoio e a distância de Goiânia

Fonte: Trabalho de Campo e IBGE/Cidades

Examinando a Tabela 6, nota-se que a distância entre Goiânia e os municípios que mantêm casa de apoio na capital varia de 100 a 425 km, sendo que as viagens podem durar de 1 hora e 40 minutos até mais de 5 horas, dependendo do tipo de veículo utilizado. Os pacientes que viajam em busca de saúde têm dura rotina, assunto que pretendo explorar mais especificamente no terceiro capítulo deste trabalho.

Em suma, o apoio da maioria dos municípios consiste em acolher temporariamente os pacientes e acompanhantes em vulnerabilidade socioeconômica, principalmente os que precisam do conhecido como Serviço de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)²³ ou os usuários agendados em consultas, exames ou cirurgias em toda especialidade na capital. Com o objetivo

²³ O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html>

de garantir a estadia dos pacientes, o TFD dos municípios entra em contato com a instituição para encaminhá-los até a capital.

Os agendamentos são realizados pela Secretaria Municipal de Saúde, um dos órgãos responsáveis pela gestão da maioria das Casas. No entanto, há uma estreita integração dessas entidades com o sistema de saúde, como apontado (BRASIL, 1998, p. 10):

As casas de apoio estabelecem um sistema de referência e contrarreferência com os serviços oficiais de saúde locais. A grande demanda de vagas, por pacientes dos hospitais de referência, é um dos fatos motivadores para o estabelecimento de vínculos mais estreitos com as unidades de saúde locais. Em contrapartida, os pacientes atendidos nas casas de apoio recebem tratamento diferenciado nesses hospitais, em termos de maior agilidade nas internações, marcação de consultas e atendimentos de emergência.



Figura 4- Fachadas de Casas de Apoio localizadas em Goiânia.
Fonte: Evelline Michelle/2018.

A casa de apoio atua como facilitadora para os pacientes, com o objetivo de que eles tenham acesso aos serviços de saúde e mantenham-se disponíveis a concluir o tratamento. Isso porque a maioria chega até aqui sem um destino sequer, por não possuírem parentes na capital.

As dificuldades são muitas e vêm na bagagem. São comuns a todos os pacientes que já chegam desmotivados às Casas: saber que existe uma doença a ser combatida, o coração

apertado por deixarem para trás suas famílias, a falta de previsão de retorno para casa e a necessidade de não desistir do tratamento

Um provocamento foi induzido através das entrevistas, a casa de apoio traz pessoas doentes e com elas um conjunto de outras pessoas que também se encontram em situação de vulnerabilidade, que não sabem o tempo que vão permanecer. Há um impacto no espaço. Além do fato de muitas pessoas aproveitarem da comoção da população e se passarem por pacientes ou acompanhantes à espera de vaga na casa de apoio, preambulam pelas ruas de Goiânia pedindo esmolas alegando ser para se manterem durante o tratamento.

Durante o tempo de trabalho de campo foi possível detectar pessoas pedindo dinheiro próximos à hospitais e dentro de ônibus coletivos alegando estarem fazendo tratamento ou acompanhando parentes em Goiânia e precisavam de auxílio financeiro para sobreviver por esse tempo. Segundo comerciantes da região, a maioria mente para se beneficiar da população que acaba dando dinheiro.

Além do mais, a casa de apoio impacta a dinâmica da saúde, na questão das vagas e/ou transporte, no aparato imobiliário e também a vida na cidade. Assim, essa dinâmica migratória aumenta o número de vulneráveis na metrópole. Esta, ao mesmo tempo que pode atender uma quantidade de pessoas a partir das vagas de consultas e nos leitos de internações, também atrai esse número de vulneráveis.

Nas várias tentativas de aplicar o roteiro de entrevistas na maior parte das casas de apoio, presenciei indisposição por parte de coordenadores e/ou responsáveis pela administração do lugar que agendaram e não compareceram à unidade para responder, além da dificuldade e imprecisão nas informações. Das 19 instituições, 12 se dispuseram a responder, mas não tinham registros documentais precisos ou conhecimento de todos dados. Alegaram que eu conseguiria documentos na prefeitura de origem. Foi preciso entrar em contato com a secretaria de saúde de alguns municípios responsáveis e em sites com informações ou notícias a respeito das instituições, no intuito de engrandecer o quantitativo. Todos esses empecilhos dificultaram o processo de análise e mostrou outros elementos, já que o fato de não ter control e pode ser estratégico por parte do poder público.

CASAS DE APOIO	LEITOS (QTD)	POSSE DE VEÍCULO (QTD)	MÉDIA MENSAL DE PESSOAS ATENDIDAS (QTD)	MÉDIA MENSAL DE GASTOS (R\$)
Casa de Apoio de Alto Horizonte	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado
Casa de Apoio de Barro Alto	30	01	63	10.000,00
Casa de Apoio de Caldas Novas	45	02	1.100	Não informado
Casa de Apoio de Catalão	40	02	2.000	20.000,00
Casa de Apoio de Ceres	100	02	250	Não informado
Casa de Apoio de Chapadão do Céu	35	02	60	Não informado
Casa de Apoio de Cristalina	40	03	3.000	65.000,00
Casa de Apoio de Estrela do Norte	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado
Casa de Apoio de Goianésia	Não informado	02	1.000	Não informado
Casa de Apoio de Itaberaí	75	02	800	30.000,00
Casa de Apoio de Mineiros	100	02	Não informado	Não informado
Casa de Apoio de Mundo Novo	40	01	60	12.000,00
Casa de Apoio de Nova Crixás	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado
Casa de Apoio de Paraúna	13	02	Não informado	24.500,00
Casa de Apoio de Quirinópolis	72	03	860	Não informado
Casa de Apoio de Santa Terezinha de Goiás	30	01	Não informado	Não informado
Casa de Apoio de São Simão	54	01	800	35.000,00
Casa de Apoio de Vicentinópolis	22	01	500	Não informado
Casa de Apoio da Associação dos Municípios do Extremo Sudoeste Goiano (AMESGO)	100	04	2.000	60.000

Tabela 7 – Dados quantitativos gerais das casas de apoio mantidas por prefeituras obtidas em entrevistas (fonte: oral) e por meio de contato telefônico.

Fonte: Trabalho de Campo/2018

Avaliando os questionários, resumi que a estrutura das casas de apoio de outras prefeituras em Goiânia é, em geral, sala, cozinha, recepção, quartos e uma área comum onde a maioria dos usuários permanecem sentados em cadeiras, conversando. Os leitos para descanso

variam muito: entre 20 e 100 unidades. Algumas entidades comportam mais pessoas que outras; uma média de atendimentos mensais que podem variar entre 60 a 2.000 acolhidos por mês. Todas elas possuem veículos próprios responsáveis pela mobilidade dos pacientes dentro da capital.

Percebe-se, a partir disso, a centralização das informações na prefeitura. Não existe um centro administrativo na casa de apoio para informar o quantitativo exato de atendimentos e todas as questões orçamentárias envolvidas. Estive nos espaços com a intenção de ter acesso a dados de gestão e soube que há uma descentralização desses dados, sendo que eles ficam em arquivos das prefeituras. Outrossim, não sabemos se as informações não são disponibilizadas por outros motivos.

Outro detalhe importante surgido durante o trabalho de campo foi a dificuldade, da parte dos entrevistados, em disponibilizar dados específicos, como o nome completo e outras documentações que nos ajudariam no processo de cadastramento desta pesquisa junto ao Comitê de Ética. Tanto funcionários quanto usuários recusaram-se a apresentar tais informações.

Outro aspecto interessante e novo até então, por meio de busca às casas de apoio mantidas em Goiânia, é que muitas prefeituras mantêm o modelo de gestão de forma terceirizada (17 unidades), por ser mais econômico e pela transferência de responsabilidades. Nesse ínterim, a casa de apoio funciona como “albergues” privados e o pagamento advém dos recursos públicos alocados ao município de origem do paciente e do seu acompanhante. O procedimento ocorre mediante abertura de edital de licitação para implantação de suas unidades e, geralmente, são casas alugadas (com exceção às dos municípios de Catalão, Mineiros e Vicentinópolis). Faz-se a contratação de empresa privada que presta serviços de casa de apoio na cidade de Goiânia, para atender pessoas do município no agendamento de consultas, internações, exames laboratoriais e acompanhamento dos pacientes em hospitais e clínicas especializadas, além da hospedagem com almoço, jantar e pernoite.

A partir da síntese de editais para contratação de casa de apoio, a empresa contratada oferece suporte ao município contratante na execução dos seguintes serviços, brevemente apresentados a seguir:

a) Coloca à disposição do município um escritório de apoio, equipamentos e pessoal capacitado para receber e encaminhar os pacientes direcionados pela Secretaria Municipal de Saúde;

b) Realiza agendamento e encaminhamento dos pacientes junto aos hospitais;

- c) Disponibiliza acomodações próprias para hospedagem e fornecimento de refeições (café da manhã básico, almoço e jantar) aos pacientes e acompanhantes;
- d) Auxilia a retirada de medicamentos de farmácia de alto custo e a retirada de passagens no TFD (Tratamento Fora de Domicílio), quando solicitada;
- e) Disponibiliza um quantitativo mínimo de roupas de cama e higiene pessoal para uso de pacientes e seus respectivos acompanhantes, que, por uma eventualidade ou emergência, não estejam portando tais objetos;
- f) Coloca à disposição das pessoas encaminhadas veículo para traslado (ida/volta) até os locais de consultas, laboratórios e tratamento médico, inclusive para buscar e levar até a rodoviária ou aeroporto, quando necessário e independente do horário.

No caso da contratação de prestação de serviço, os municípios não se responsabilizam pelas despesas com recursos humanos e tampouco pelas obrigações fiscais e trabalhistas das pessoas empregadas na casa de apoio. Além de assumir todas as responsabilidades fiscais, comerciais e encargos oriundos da prestação de serviço, este funcionamento se difere de casos cujas casas de apoio são de inteira responsabilidade dos municípios que as fundaram.

Avaliando algumas licitações de apoio logístico de contratadas na área de saúde, retirados de sites de algumas prefeituras, o gasto que a prefeitura precisa repassar por pessoa varia de R\$ 30,00 a R\$ 60,00, com um custo de manutenção estimado de R\$ 6.000,00 a R\$ 60.000,00, dependendo do quantitativo de pacientes atendidos. A prefeitura contratante se reserva ao direito de, a seu critério, utilizar ou não as quantidades de atendimento previstas, sem indenização à contratada. Além da empresa contratada ter direito ao recebimento de pagamento em contraprestação à quantidade de acolhidos que utilizaram efetivamente o serviço, o que será comprovado a partir da prestação de contas de diárias prestadas e autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Apesar da diferença de gestão das atividades e prestação de serviços dessas casas de apoio em Goiânia, todo recurso é de responsabilidade da prefeitura dos municípios de origem. Além dessa diferença de gestão, ocorre uma organização entre municípios que compartilham casas, a exemplo da Casa de Apoio de São Simão, que recebe moradores de Itaguaçu, e a Casa de Apoio de Itaberaí, que presta serviço a outros municípios, como Nova Crixás.

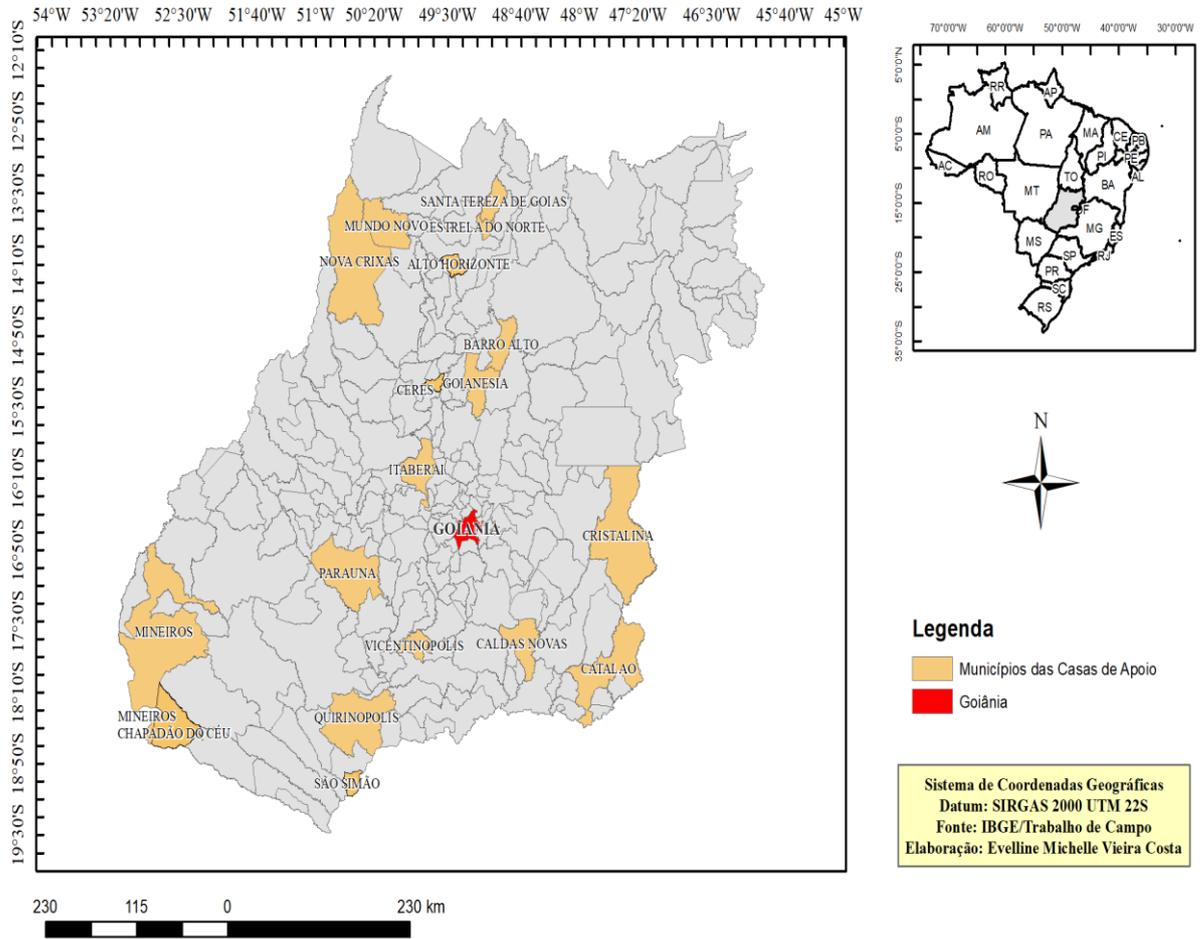
Como forma de cortar gasto, por parte de muitas prefeituras, está sendo muito comum essa substituição para empresa que presta serviços do tipo Casa de Apoio em Goiânia e compartilhamento com outros municípios do Estado. O executivo Municipal rescinde o contrato de aluguel com a casa de apoio até então existente e passa a alugar a casa de apoio em

associação com outros municípios. A troca garante uma expressiva economia. Para os cofres de Santa Rita do Araguaia, por exemplo, que fechou sua instituição e passou a alugar a casa de apoio da Associação dos Municípios do Extremo Sudoeste Goiano (Amesgo), houve uma economia na ordem de R\$ 5.500,00 por mês, de acordo com uma nota de esclarecimento online²⁴.

Outro exemplo interessante desse acordo entre municípios é o que ocorre com a Federação da Agricultura e Pecuária do Estado de Goiás (FAEG), o Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR-GO) e o Instituto para o Fortalecimento da Agropecuária de Goiás (IFAG), que, a partir de janeiro de 2017, inauguraram a Casa de Apoio à Saúde Rural. Esta se instalou na Casa de Apoio de Cristalina. Os recursos financeiros para o funcionamento são oriundos do SENAR nacional, segundo informações oficiais no site da FAEG. Os pacientes chegam à casa por meio de cadastros nas prefeituras e sindicatos rurais. De acordo com dados repassados pela instituição, de janeiro a julho do ano de 2017, cerca de cinco mil pacientes passaram pela casa, oriundos de diversos lugares, como Jataí, Vila Boa, Cristalina, Niquelândia, São Domingos, Cavalcante, Arenópolis, Formosa, Luziânia, Alexânia, Matrinchã, São João da Aliança, Iporá e Mineiros.

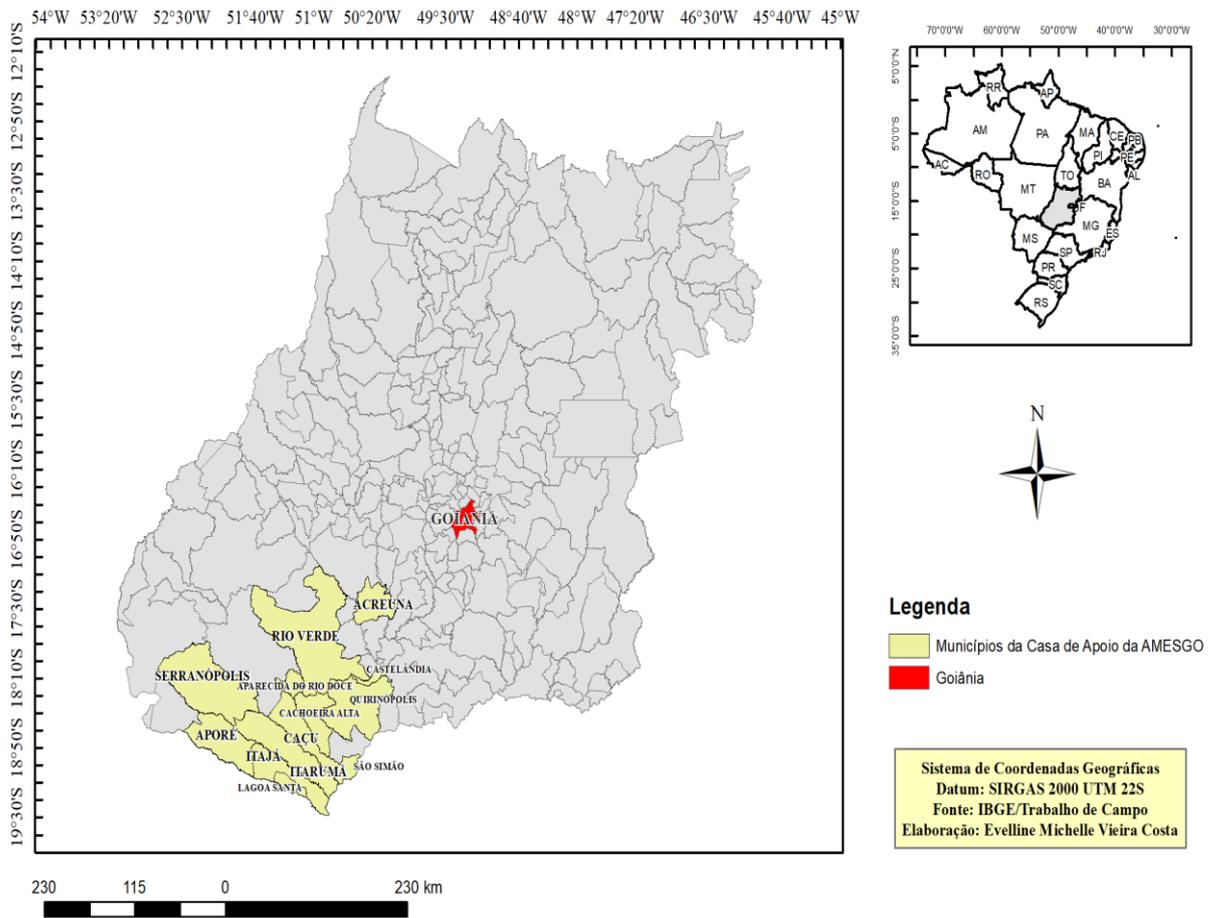
²⁴ Nota de Esclarecimento – Casa de Apoio em Goiânia. Disponível em: <http://www.andredafm.com.br/nota-de-esclarecimento-casa-de-apoio-em-goiania/> . Acesso em: 07 jan. 2018.

Mapa dos municípios de origem das Casas de Apoio em Goiânia - GO



Mapa 2 – Goiás: Localização dos municípios das casas de apoio em Goiânia.
 Fonte: IBGE/Trabalho de Campo.

Mapa dos municípios de origem da Casa de Apoio da Associação dos Municípios do Extremo Sudoeste Goiano



Mapa 3 – Goiás: Localização dos municípios da Casa de Apoio da AMESGO em Goiânia.
 Fonte: IBGE/Trabalho de Campo

Os mapas 2 e 3 nos apontam que a maior parcela de municípios que mantêm casas de apoio em Goiânia é do parte centro-sul do estado.

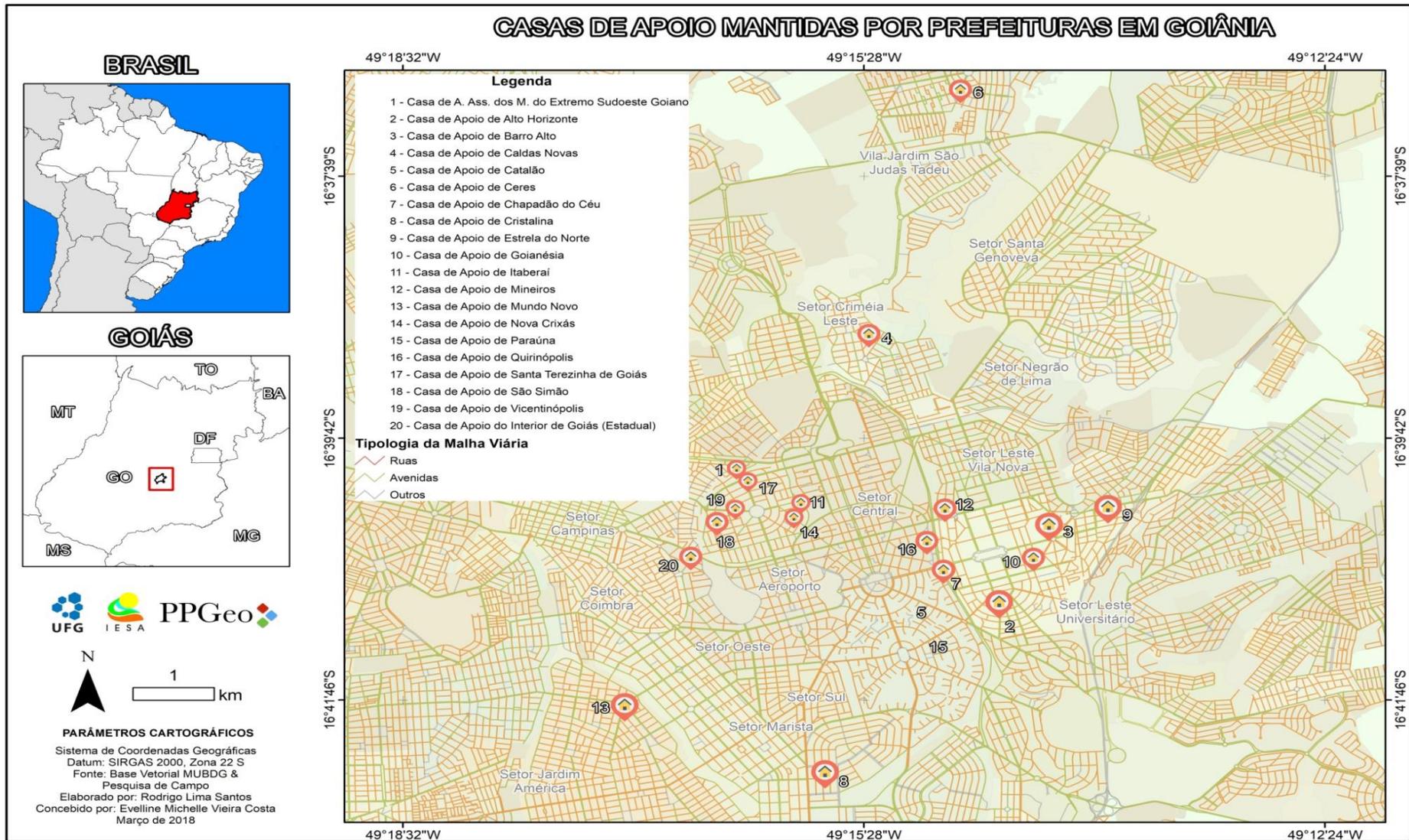
Em relação à localização das casas de apoio em Goiânia, caráter intraurbano, é oportuno informar que dentre as 20 listadas, 5 encontram-se no Setor Aeroporto e outras (onze unidades) estão localizadas em setores próximos, bem centralizados (Setor Central, Setor Sul, Setor Universitário, Setor Marista, Setor Oeste, Setor Marista e Vila Nova), onde constata-se maior adensamento de clínicas e hospitais especializados (Mapa 4). Apenas três unidades de apoio têm localidade mais afastadas desse perímetro: a casa de apoio de Mundo Novo, a de Ceres e a de Caldas Novas.

Apresenta-se espacialmente uma rede municipal (intraurbana) e regional (interurbana) de mobilidade e atendimento entre as casas de apoio com as respectivas cidades de origem e com os grandes hospitais da capital. Como apresentado por Cristiano Martins (2014, p. 141) sobre a mobilidade dos pacientes para as casas de apoio:

Tratando-se das necessidades em saúde, em especial aquelas que envolvem tratamento médico hospitalar específico, na qual a mobilidade dos pacientes é uma das possibilidades de sobrevivência, deve-se ressaltar que mesmo existindo uma população carente, com maior ou menor autonomia, os indivíduos também têm suas escolhas ao desenvolver estratégias para exercer sua mobilidade. [...]a mobilidade oferece aos indivíduos que dela dispõem a possibilidade de equiparar oportunidades e ter a rede de bens e serviços, públicos ou privados, uma vez que parece inviável, trazer às populações todos os serviços de que elas necessitam.

A saúde representa um elemento de centralidade. Essa centralidade intraurbana e regional é promovida pelos serviços de saúde ofertados pelo município de Goiânia. Além da função de centro especializado em atendimentos médico-hospitalares junto à rede de saúde goiana, dentro da capital pode-se observar uma concentração de equipamentos de saúde, a partir da distribuição territorial de hospitais, com uma grande concentração em dois setores: Aeroporto e Oeste.

Dessa forma, a centralidade dos hospitais mais importantes da capital é captada como algo que consegue atrair e concentrar atividades e pessoas e, portanto, polarizar uma determinada área, organizando os fluxos que a percorrem. As especializações das casas de apoio seguem essa lógica de polarização dos equipamentos urbanos, atividades e serviços. Os responsáveis pelas unidades justificam essa centralidade pela facilidade de mobilidade dos pacientes ao tratamento, gerando menos desgaste físico e emocional, além de menores gastos em transportes.



Mapa 4 – Goiânia: localização das Casas de Apoio mantidas por prefeituras - 2017.
 Fonte: Trabalho de Campo/2017

2.3 O CLIENTELISMO, O ACESSO AO SUS E ÀS CASAS DE APOIO

Embora não seja possível aprofundar a discussão acerca das questões políticas que envolvem as vagas nas casas de apoio, foi inevitável não se atentar para o aspecto clientelista que envolve a concessão de vagas nessas instituições. Não cabe, neste trabalho, entrar no amplo debate travado na literatura sobre o conceito de clientelismo e seus correlatos. Apenas mencionaremos dois pontos comuns e importantes dentro das diferentes abordagens: i) o clientelismo envolve uma relação de troca entre o político e seu cliente (eleitor em potencial); ii) o clientelismo tem natureza direta com o assistencialismo nas casas de apoio.

Clientelismo, segundo o dicionário Aurélio online²⁵, é a “maneira de agir que consiste numa troca de favores, benefícios ou serviços políticos ou relacionados com a vida política”. É aquele que, em troca de favor ou concessões de poder, dá apoio a alguém, ou aquele que concede um determinado benefício a uma clientela, a um grupo de pessoas que lhe apoia politicamente.

O clientelismo é antigo na história brasileira. As práticas clientelistas estão inseridas no tipo de dominação patrimonial, cuja população, na sua grande maioria, já condicionada com o poder tradicional, não separa o político do protetor e provedor, como afirmou Faoro (1998). A relação conhecida como “compadrio”, por exemplo, inclui o direito do cliente à proteção futura por parte de seu patrão, como discutido por Nunes (2003):

O clientelismo é um sistema caracterizado por situações paradoxais, porque envolve:(...) primeiro, uma combinação peculiar de desigualdade e assimetria de poder com uma aparente solidariedade mútua, em termos de identidade pessoal e sentimentos e obrigações interpessoais; segundo, uma combinação de exploração e coerção potencial com relações voluntárias e obrigações mútuas imperiosas; terceiro, uma combinação de ênfase nestas obrigações e solidariedade com o aspecto ligeiramente ilegal ou semilegal destas relações(...) O ponto crítico das relações patrão-cliente é, de fato, a organização ou regulação da troca ou fluxo de recursos entre atores sociais. (NUNES, 2003, p. 28)

No período colonial, por exemplo, Pero Vaz de Caminha, ao escrever a carta ao rei de Portugal anunciando a descoberta das terras que viriam a ser o Brasil, faz um texto elogiando as terras, as pessoas, a natureza, e no final do texto realiza pedido para que fosse libertado um

²⁵ CLIENTELISMO. Dicionário online do Aurélio, 02 de dez. 2017. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/clientelismo>. Acesso em: 02 de dez. 2017.

cunhado que se encontrava preso na África, desterrado, e trazido de volta a Portugal. Trata-se da política de “uma mão lava a outra”. Além do próprio Pero Vaz de Caminha, vários governadores-gerais da história do Brasil escreveram cartas às autoridades portuguesas ou ao rei pedindo terras, nomeações de parentes, enfim, favores a amigos. Dívidas que deveriam ser pagas.

Ainda assim, a situação se repete na história do Brasil. Dom João VI, quando veio para o Brasil em 1808, encontrou aqui uma forma fácil de governar. Era só trocar favores com os brasileiros que ele teria apoio e recursos. Em outras esferas de poder percebe-se que relações clientelistas permanecem transvertidas de várias maneiras, como a nomeação de parentes, amigos e apoiadores, em cargos fantasmas ou em funções que só quem têm competências podem exercer.

O clientelismo tem raízes nas sociedades e se mantém nos lugares onde o Estado não cumpre o seu papel democrático. No período da Primeira República do Brasil, em que as oligarquias vão controlar o poder, tem-se uma situação de muita desigualdade no campo – concentração fundiária brasileira. Uma pequena quantidade de pessoas controlando uma enorme quantidade de terras, estabelecendo na região uma exploração. Ou seja, quem tem a terra vai explorar quem não tem. Nesse contexto, os camponeses, que eram essas pessoas que não tinham a terra, acabaram criando uma relação de dependência com o coronel (donos das terras, latifundiários). Aceitavam as condições dos coronéis para melhor viverem. Vai surgir o coronelismo, uma camada populacional controlada pelos coronéis, servindo-os por interesses políticos (LEAL, 1945).

O que se troca é apoio político e lealdade por benefícios patrimoniais. A pobreza do trabalhador rural e sua dependência para com o proprietário de terra é muito evidente. As carências materiais e entendimento do trabalhador contribui para tal feito. Victor Nunes Leal, em seu trabalho clássico “Coronelismo, Enxada e Voto” (1945) apresentou algumas contribuições importantes para o estudo do clientelismo no Brasil:

Completamente analfabeto, ou quase, sem assistência médica, não lendo jornais, nem revistas, nas quais se limita a ver as figuras, o trabalhador rural, a não ser em casos esporádicos, tem o patrão na conta de bem-feitor. E é dele, na verdade, que recebe os únicos favores que sua obscura existência conhece. Em sua situação, seria ilusório pretender que esse novo pária tivesse consciência do seu direito a uma vida melhor e lutasse por ele com independência cívica. O lógico é o que presenciamos: no plano político, ele luta com o “coronel” e pelo “coronel”. Aí estão os votos de cabresto, que resultam em grande parte, da nossa organização rural. (LEAL, 1975, p. 25)

O coronelismo foi a prática política dominante durante a República Velha brasileira e traduzia o poder das oligarquias regionais que submetiam o poder público aos interesses privados. O voto era excludente, durante a República Velha, pela proibição dos votos pelas mulheres, menores de 21 anos, soldados e analfabetos. Totalizando uma parcela da população de 97%. Portanto, apenas 3% da população brasileira exercia o direito de voto e essa redução do eleitorado facilitava a pressão dos grandes proprietários sobre a população votante. Por outro lado, o voto era aberto, permitindo toda sorte de pressão pública e de violência sobre o eleitorado.

Os coronéis utilizavam o voto aberto para comprar os votos, uma espécie de troca de favores, montando um curral eleitoral (clientela do coronel) a fim de garantir os votos suficientes aos seus candidatos. Essa clientela eleitoral se servia daquele voto comprado, conhecido como voto de cabresto. O coronel conseguia obrigar os camponeses votarem em candidatos de seu interesse. O eleitor obedecia às determinações do coronel que lhe concedia favores e lhe pagava por despesas.

Com o poder político o coronel podia comprar votos para seus candidatos ou trocava votos por bens materiais ou prestação de serviços. O político presenteia a população com dinheiro, cestas de alimentação, remédios, vagas em escolas, custeio de funerais de parentes, cadeiras de rodas, dentaduras, patrocínios para festas, gasolina para veículo, etc., e essa prática acaba se naturalizando, passando a considerá-la como a forma mais adequada para o atendimento das necessidades.

Verifica-se uma transição de um clientelismo coronelista ao clientelismo de Estado. As elites políticas, novas e velhas, passaram a se alimentar de um clientelismo de estado como estratégia de aquisição e consolidação do poder. Reconheceram, assim, que suas chances de se manterem e ascenderem politicamente dependia do acesso privilegiado aos benefícios garantidos. Dentro da política brasileira as relações são permeadas por uma estrutura de dependência e reciprocidade, onde objetiva-se manter uma teia de vínculos privados que passam pelo uso de recursos públicos em benefícios dos próprios políticos e de seus clientes.

Não há dúvida de que o coronelismo, no sentido sistêmico aqui proposto, envolve relações de troca de natureza clientelística. Mas, de novo, ele não pode ser identificado ao clientelismo, que é um fenômeno muito mais amplo [...]. Os autores que vêem coronelismo no meio urbano e em fases recentes da história do país estão falando simplesmente de clientelismo. As relações clientelísticas, nesse caso, dispensam a presença do coronel, pois ela se dá entre o governo, ou políticos, e setores pobres da população. (CARVALHO, 1997, p.3)

Embora seja marca característica da República Velha, o clientelismo permanece como um padrão cultural de comportamento que persiste nos tempos do Brasil urbano e moderno de forma adaptada, ou seja, não é atributo exclusivo do espaço agrário e do atraso político no regime de domínio oligárquico. Representa uma forma de troca social. Figuras políticas, em troca de apoio, oferecem cargos, empregos públicos, financiamentos e uma diversidade de privilégios.

O clientelismo é uma prática, um vício, que inclusive dá sentido a quem busca o poder. O discurso da defesa dos integrantes dos interesses públicos é mera retórica. Do clientelismo vigente desde a República Velha, foram sendo incorporados os demais padrões de relação entre Estado e sociedade, constituindo um sistema sincrético, de acordo com a orientação de diferentes governos.

Dentro da particularidade histórica brasileira, a questão do clientelismo faz parte das discussões sobre a constituição do Estado e o funcionamento da política. Muitas das vezes, o interesse de poder sobressai às reais necessidades de atendimento da população. A utilização, por muitos políticos, da máquina pública para privilegiar alguns em detrimento de outros torna-se assistencialismo político, em que se passa a ajudar o cidadão com os seus próprios direitos.

As relações clientelistas extrapolam a simples a relação “patrão – cliente”, tornando-se possível a formação de uma rede em larga escala e multivinculada (NUNES, 1997, p. 29). Embora tenha crescido a consciência do povo brasileiro pelos seus direitos, a mediação para o acesso a eles ainda é permeada de práticas clientelistas. O clientelismo constitui-se como um habitus da cultura política do país. Não há negação do direito, mas o acesso é incomum e imparcial, pois “repõe o “favor” como forma de facilitar o acesso ao direito” (FIUZA & COSTA, 2015, p. 72).

Pase et al. (2012), seguindo esta análise de proposta, apresentam um quadro que evidencia a tipificação entre políticas clientelistas e políticas impessoais, de acordo com reivindicações da população junto aos vereadores (Figura 5). De acordo com os autores, a diferenciação foi elaborada de acordo com as reivindicações mais frequentes da população apresentadas aos legisladores através de questionários.

Políticas CLIENTELISTAS		Políticas IMPESSOAIS	
Favores individuais	Acesso diferenciado	Benefícios coletivos	Orientações Gerais
<ul style="list-style-type: none"> - indicação para emprego e estágios - auxílio financeiro (compra de cestas básicas, remédios, vale transportes) - transporte de enfermos (com veículo próprio) - empréstimo de veículo (para transporte de mudanças, transporte de produção agrícola) - transporte de agricultores para a cidade 	<ul style="list-style-type: none"> - agilizar* encaminhamento de exames médicos - agilizar fornecimento de medicamentos - agilizar encaminhamento de cestas básicas para população carente - concessão de serviços individuais diferenciados com máquinas públicas 	<ul style="list-style-type: none"> - melhorias na infraestrutura rural (estradas, pontes, energia elétrica) - melhorias na infraestrutura urbana (calçamento de ruas, construção de bueiros, iluminação pública, esgotos canalizados) - melhorias na saúde (médicos, qualidade de atendimento, acesso a remédios) - melhorias na educação (rendimentos para funcionários e professores, qualidade da merenda, transporte) 	<ul style="list-style-type: none"> - explicações quanto a ações judiciais e direitos trabalhistas - informações quanto ao encaminhamento de benefícios (aposentadoria, Bolsa Família, indenizações)

* "agilizar" no sentido do legislador valer-se do status concedido em decorrência de sua função pública, para influenciar o andamento do pedido do cidadão junto aos órgãos públicos; dar celeridade.

Quadro 1 – Distinção entre políticas clientelistas e políticas impessoais
 Fonte: (PASE et al., 2012, p. 192)

Em geral, o que se vê no interior goiano ainda é o domínio de chefes políticos locais e a velha tradição do favor por um voto. É comum que legisladores, principalmente dos pequenos municípios brasileiros, relacionem-se com os eleitores por meio da troca de favores individuais e, principalmente, do acesso diferenciado aos serviços públicos, como o de acesso à saúde.

É evidente a presença de práticas clientelistas na área de atenção à saúde, apesar da universalidade do direito à saúde ser garantia por lei. O contato com usuários das casas de apoio demonstrou a forte presença da relação entre a vaga e o atendimento na rede pública de saúde com grupos políticos do poder local. Observa-se que tais grupos políticos atuam no setor da saúde. A intermediação entre usuário e serviços públicos de saúde perpassa por práticas clientelistas, como destaca Ana Cristina Vieira (1998, p. 3), ao lembrar que “os vereadores,

algumas vezes apoiados por deputados, desenvolvem ações na área de saúde, com intensa exploração do clientelismo, diante de situações de doença que, geralmente, fragilizam as pessoas, emocional e fisicamente”. Isso pode ser exemplificado, também, em agendamentos de consultas e vagas em hospitais pela via da “ajuda” do político.

Exemplificando a tentativa de deixar a população mais informada sobre o assunto, o Ministério Público do Estado de São Paulo lançou uma cartilha educativa, em 2017, com objetivo de incentivar a mudança de posturas, valorizando a ética na política e o respeito às leis. A publicação alerta para os prejuízos que a prática do clientelismo acarreta para todas as pessoas; explica que o clientelismo é uma prática ilegal, pelo fato do acesso aos serviços públicos ser direito de todo cidadão, independente de ajuda política, como é didaticamente exteriorizado no material:



Figura 5– Práticas clientelistas na área da saúde pública.

Fonte: (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2017, p. 4)

Os grupos políticos cujas práticas clientelistas constituem suas ações utilizam de sua posição para nomear pessoas de sua confiança e interesse aos cargos disponíveis, inclusive aqueles relacionados ao SUS. Outrossim, adquirir votos e apoio eleitoral valendo-se da articulação do direito à saúde, ofertando serviços ambulatoriais e medicamentos, vagas para

consulta e a disponibilização de carros e ambulâncias pessoas com necessidades de atendimento hospitalar, para que esses possam realizar tratamentos em clínicas e hospitais em outro município com um devido atendimento.

O encaminhamento dos pacientes é de responsabilidade do município de origem, por meio do Sistema de Regulamento do SUS. Com o fortalecimento do SUS pelo Pacto pela Saúde, acertado pelos três entes federados, em 2006, o município mais equipado (como a capital) pode assinar um Termo de Compromisso de Gestão com os outros municípios do Estado objetivando dar conta das despesas de saúde da sua população. Esse acordo oferece facilidades para esses municípios regulamentarem seus pacientes, com acesso favorecido às vagas em tratamentos de média e alta complexidade. Alguns representantes políticos, desfrutam das brechas desse sistema de disponibilização de vagas e de suas posições no poder, para conseguirem acesso facilitado a vagas para pessoas de seus interesses.

Essas ações em oferta de serviços e apoio nas necessidades de saúde da população representam intermediação para a conquista de eleitorado. A partir da Programação Pactuada Integrada de Goiás, as demandas de muitos municípios do interior para alguns serviços de saúde devem ser encaminhadas para Goiânia. A verba federal é direcionada às prefeituras, e estas devem repassar para a capital quando as pessoas buscarem atendimento em Goiânia.

Como o movimento de encaminhamento de pacientes para outros municípios é volumoso e a demanda excede a oferta, tais dificuldades facilitam a intermediação clientelista, através da interferência na ordem dos encaminhamentos e na distribuição dos recursos do TFD:

O financiamento para tais encaminhamentos é feito através da rubrica Tratamento Fora do Domicílio (TFD), instituído pela Portaria SAS/MS nº 55/1999 (BRASIL, 1999), que regula a concessão de financiamento para passagens de ida e volta, ajuda de custo para alimentação e hospedagem, inclusive para o acompanhante, para tratamento ambulatorial ou hospitalar previamente agendado. Como há um grande movimento de encaminhamento de pacientes para outros municípios e a demanda excede a oferta, tais dificuldades facilitam a intermediação clientelista dos mesmos, através da interferência na ordem dos encaminhamentos e na distribuição dos recursos do TFD. (LACERDA et al., 2014, p. 749)

Considerando o que é disponibilizado por grupos políticos, principalmente os vereadores, às pessoas que os procuram, a oferta de transporte é a que ganha maior destaque. Durante os mandatos, ouvimos relatos de pessoas que afirmaram usufruir de automóveis para que as pessoas doentes de seus municípios de origem pudessem realizar suas consultas e cirurgias em outras cidades. Quase todos os municípios do interior dispõem de ambulâncias, carros, vans ou kombis compradas pela prefeitura ou por vereadores para esse serviço.

A oferta de consultas é uma das práticas principais dos políticos e com maior peso de responsabilidade social. Com base em denúncias feitas por alguns pacientes e noticiários online, aproveitando-se do acesso privilegiado ao sistema público, esses representantes políticos negociam consultas por apoio eleitoral, interferem no Sistema de Regulação da Secretaria de Saúde conseguindo atendimento prioritário a consultas, exames e cirurgias a pessoas por ele indicadas. Esse tipo de prática prejudica pacientes que estão na fila do SUS para realizar procedimentos cirúrgicos ou tratamentos de alta complexidade, enquanto os apadrinhados políticos chegam a conseguir consultas com menor tempo de espera.

Diante do cenário político atual envolvendo corrupção eleitoral e saúde, o Movimento de Combate à Corrupção Eleitoral (MCCE), em 2010, lançou a campanha “Voto não tem preço. Saúde é seu direito!”. A cartilha pretende alertar o cidadão em sua responsabilidade política ao escolher seu candidato, principalmente sobre a venda de voto em troca de acesso a serviços de saúde. Apresenta um pouco da história e da garantia de direito da Legislação SUS.

Se a saúde é um direito de todos, garantido por lei, o fato de ser usada como moeda de troca em práticas de corrupção eleitoral deve ser denunciado ao Ministério Público. Tal prática pode ser caracterizada como crime eleitoral de compra de votos. [...] A Lei 9.840, sancionada em 28 de setembro de 1999, diz em seu artigo 41-A que “constitui captação de sufrágio, vedada por esta lei, o candidato doar, oferecer, prometer ou entregar, ao eleitor, com o fim de obter-lhe o voto, bem ou vantagem pessoal de qualquer natureza, inclusive emprego ou função pública, desde o registro da candidatura até o dia da eleição, inclusive, sob pena de multa de 1.000 a 50.000 UFIRs, e cassação do registro ou do diploma. (MCCE, 2010, p. 10-11)

Durante o lançamento da cartilha, o ex-presidente do Conselho Nacional de Saúde Francisco Batista Junior (2010) elucidou que a saúde é um campo fértil para a corrupção, “A corrupção existe nas mais variadas facetas, desde profissionais que utilizam de sua função para se beneficiar até o atendimento de interesses particularizados” (JUNIOR *apud* FIUZA, 2010).

A fim de avaliar as relações governamentais no cenário da saúde do estado e da capital, fizemos uma análise sistemática dos documentos da Programa de Parcelamento Incentivado (PPI) do Estado de Goiás, do Plano Municipal de Gestão do SUS e do Relatório Anual de Gestão de Goiânia, além de buscar em sites judiciais a respeito de atuações clientelistas já autuadas. Foram entrevistadas autoridades e lideranças do sistema de saúde em Goiânia (GO), um responsável pela regulação da Rede de Atenção à Saúde na capital, e, especialmente, usuários do SUS que moram em outros municípios goianos.

Alguns agentes públicos, aproveitando-se dos benefícios abertos com os acordos entre municípios, exercem tráfico de influência dentro da Secretaria de Saúde, interferindo no sistema de regulação da saúde municipal para atendimento prioritário e irregular em consultas, exames

e cirurgias a pacientes do SUS indicados por eles. Esse tipo de fraude contra a saúde pública é recorrente no Brasil e envolve passar apadrinhados à frente na fila do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em Goiás, casos já foram denunciados ao Ministério Público do Estado de Goiás (MPGO) e apresentados em redes de comunicação, como o de Caldas Novas, em 2016, onde vereadores fraudavam fila de espera para consultas no SUS. Foram suspeitos de fraudar 2.442 encaminhamentos na rede pública de saúde entre 2013 e 2015. No esquema, participaram 14 dos 15 vereadores da cidade, além do ex-vice-prefeito e atual deputado estadual. Disse o promotor de Justiça Pedro Benatti (*apud* G1 GO, 2016), a respeito desse esquema de “fura fila” no SUS:

Eles constituíram uma central de regulação paralela em que um servidor público era destacado, atendia esses pacientes indicados pelos políticos e fazia o agendamento de consultas, cirurgias e exames eletivos para atender os fins políticos eleitoreiros. Os procedimentos que demorariam meses pela via convencional do SUS, com filas, senhas, via essa regulação paralela eram conseguidos em um ou mais dias. [...] Dentro dessas pastas tinham receituários, encaminhamentos médicos e também relatórios de controle dos pacientes indicados pelos políticos da cidade. (BENATTI *apud* G1 GO, 2016)

Depois de checar os dados de dois dos pacientes beneficiados pelo “esquema”, a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás confirmou que o exame foi pago pelo SUS, sem passar por qualquer regulação, ou seja, sem fazer parte da fila de espera por tratamento.

Como já visto no capítulo anterior, os serviços existentes nos municípios pequenos e médios não têm capacidade de atendê-los por completo. Vários pacientes buscam aqui diagnósticos e tratamentos especializados, geralmente não disponíveis nos seus lugares de origem. Reproduzindo essa realidade comum ao cenário brasileiro contemporâneo, a cidade de Goiânia (capital do estado do Goiás) centraliza diversas unidades, equipamentos e profissionais da área médica, assim como terapias de doenças crônicas e agudas.

Há pacientes que expressam uma visão negativa da fila de espera do SUS, reconhecendo as limitações apresentadas na saúde do seu município. Em municípios onde não há unidades hospitalares, principalmente para atendimentos complexos, é grande a queixa das pessoas, pois todo atendimento necessário nesse nível implica deslocamento do paciente. Alguns entrevistados demonstraram achar normalidade na prática de acesso privilegiado por intermédio de políticos e apontaram falas de total gratidão ao grupo político específico. Tal fator é explicável, levando em consideração o fato de que o acesso à saúde é necessário para quem já está em uma situação de extrema fragilidade.

As casas de apoio mantidas pelas prefeituras têm acesso facilitado ao Sistema de Regulação do SUS, além de garantir estadia, alimentação e transporte ao paciente. Não surpreende que os funcionários dessas casas de repouso detenham laços estreitos com lideranças político-partidárias das cidades de origem e regionais, pois são as prefeituras que lhes proporcionam o emprego de coordenação e o funcionamento desses ambientes.

Além do acolhimento para quem vem a Goiânia em busca de cura, a casa de apoio recebe pessoas que não têm necessidade. Outras funcionalidades foram observadas nesses lugares, como: fazer compras, visitas a parentes, busca de empregos, organização de documentação, etc. Como descreve uma das pessoas que têm percebido a falta de fiscalização do poder público municipal sobre quem realmente necessita ou não de apoio:

“Tem gente passando a semana toda na casa de apoio em Goiânia para procurar emprego na capital e fica comendo, bebendo e dormindo de graça. Tirando, às vezes, a oportunidade de quem realmente precisa. As pessoas que realmente precisam ficam sem colchão pra dormir. [...] A M., que é responsável pela casa hoje, ela procura abrigar todo mundo trazido pela nossa cidade, acaba não vendo quem realmente precisa. Aí chego aqui e a casa está lotada, não tem jeito de dormir”. (L.R., 22. mar. 2018).

Embora não seja declarada pelos responsáveis das casas de apoio ou pelos prefeitos, uma das premissas para o acesso eficaz aos seus serviços de regulamentação e de acesso a uma vaga na casa de apoio é ter uma “boa relação” com vereadores ou com o prefeito da cidade de origem. Então, posicionar-se adequadamente dentro da rede de relacionamentos profissionais e políticos, e, maiormente, ser coerente nas suas escolhas eleitorais indicam o acesso à contraprestação. Em contato com os pacientes, foi possível constatar discursos como:

“Eu não queria, mas fui obrigada a recorrer ao vereador P. J. para conseguir acelerar a vaga do meu pai. A situação da saúde dele estava difícil de suportar. Não gosto de pedir nada para políticos. [...]. Meu pai sempre foi muito amigo do prefeito e de alguns vereadores. Foi o jeito. Em menos de um mês, através da casa de apoio, conseguiram uma consulta em Goiânia”. (E.M., 30. fev. 2018)

“O prefeito da minha cidade é bom demais. Graças a ele eu estou conseguindo vir pra Goiânia tratar. Ele conseguiu uma vaga com um médico bom no Hospital Araújo Jorge e uma van que me busca em casa, me deixa no hospital e me leva para aguardar aqui [casa de apoio]”. (M. R., 26. mar. 2018)

“O primeiro exame que eu tinha que fazer era R\$ 520,00 e lá em casa ninguém tinha dinheiro. Meu tio trabalhava em um restaurante lá da cidade e conhecia muito a esposa do vereador, C.B., que ficou sabendo da minha situação e contou para seu marido. Um dia o vereador bateu lá na porta de casa de oferecendo ajuda com o tratamento. Até almoço na casa de apoio. De lá para cá não tive mais preocupações. Agora ele tem meu apoio. Graças a Deus”. (L.V., 18. mar. 2018)

Nota-se que os critérios para a definição da ordem de encaminhamento e acesso aos serviços de tratamento são de caráter clientelista. O benefício de tratamento fora de domicílio atende quem precisa, mas “fura” a fila e impõe o vínculo de dívida. Entretanto, para alguns atores entrevistado no local, esse proveito é distribuído seguindo critérios políticos. Não só a inserção no tratamento, mas até mesmo a ajuda para o transporte e a hospedagem são alvo de barganhas políticas intermediadas por integrantes tanto da casa de apoio quanto do poder local.

O contato com pessoas influentes no poder público do município pode render facilidades de acesso à instituição de apoio. Tais redes são construídas em função das origens e dos interesses comuns e têm resultantes negativas, pois “*quando te conhecem dentro do partido que está no poder, você é muito bem atendido. Caso contrário, tem que pegar o caminho mais longo e difícil. Demora demais! Mas sempre foi assim, no interior se sabe de tudo*” (C. M., 24. mar. 2018).

Alguns pacientes denunciaram, identicamente, que durante períodos eleitorais os funcionários das casas de apoio pedem votos para políticos específicos: “*Pedem votos e fazem milhões de promessas toda vez. Pedem até nosso título de eleitor. [...] Às vezes até vêm [os candidatos] nos visitar e almoçam com a gente. Tudo pensado, sabe?!*” (M. J., 24. mar. 2018).

Há relatos de que muitos candidatos à eleição, ainda que de forma disfarçada e subliminar, fazem propaganda de cunho eleitoral antes do período permitido, como colagem de adesivos e entrega de panfletos contendo metas de campanha, muitas vezes, dentro e próximos da casa de apoio. Em concordância, segue a fala de uma senhora, professora, que acompanha o filho: “*Eles vêm até a casa, passam um tempo sentados com a gente, conversando. Entregam papéis e adesivos. Toda eleição é assim! Aqui é um lugar onde eles podem conseguir muitos votos. As pessoas precisam de muita ajuda*” (S. K., 26. mar. 2018).

É proibido pedir votos em unidades de atendimento de saúde e social, segundo o Ministério Público. A prática pode resultar até em cassação do registro do candidato, conforme determina a legislação eleitoral proposta pelo Tribunal Superior Eleitoral²⁶. A propaganda de qualquer natureza dentro de instituições de acolhimento público, mesmo que por terceiros, em proveito do candidato é ilegal e imoral. O político que presta este tipo de “favor” pode ser processado pelo Ministério Público por ato de improbidade administrativa (Ministério Público do Estado de São Paulo, 2017).

²⁶ Código Eleitoral Anotado e Legislação Complementar. Disponível em: <<http://www.tse.jus.br/legislacao>> . Acesso em: 17 fev. 2018.

A triangulação “política – serviços de saúde – casa de apoio” pode representar um complexo sistema de trocas de favores. A dívida e a gratidão do paciente e de seu círculo familiar mantêm-se por anos, devido ao compromisso moral presente nas pessoas que moram no interior e na zona rural. O interesse público e o privado aparecem confusos na perspectiva da maioria das pessoas.

Há uma inversão de valores. O Poder Público, ao invés de se preocupar com investimento do Sistema de Saúde local, a estruturação das unidades de saúde dos municípios, com aquisição de equipamentos e instrumentação necessários, além de contratação de mão de obra qualificada para a realização de procedimentos mais qualificados e complexos, utiliza-se da realidade da saúde para manutenção da sua condição na cena política regional.

A descentralização da saúde, remetendo para a municipalização da prestação de serviços, não garante a superação das práticas clientelistas que marcam o vínculo governo-sociedade. Nos municípios goianos, é possível considerar que o clientelismo ainda tem ilustre força no âmbito na saúde.

CAPÍTULO III

AS CASAS DE APOIO E OS SUJEITOS

Esse capítulo tem o objetivo apresentar de modo mais verticalizado duas casas de apoio, exemplos empíricos dessa dissertação: a Casa de apoio de Barro Alto e a casa de apoio de Itaberaí. Procurei compreender a relação entre as normas de funcionamento, a estrutura e as condições de hospedagem das pessoas que se utilizam desse espaço. Antes, porém, fiz um levantamento tanto da estrutura quanto do funcionamento das duas casas de apoio escolhidas, cuja fonte para esta apresentação baseia-se em declarações dos profissionais que trabalham nessas casas bem como em dados de sites oficiais.

Ao longo da pesquisa os relatos obtidos pelas entrevistas feitas com usuários dessas casas de apoio em Goiânia forneceram o olhar do itinerante que vive a travessia entre morar no município e migrar pela doença, hospedando-se nas casas de apoio.

3.1 O SENTIDO DA CASA

O fenomenólogo Bachelard (1993) trata a ideia de intimidade como um lugar, um lugar na existência humana, um modo do ser humano ser e existir. O lugar tem peculiaridades e características muito especiais, e o modo poético de acompanhar a existência dos homens no mundo propicia uma percepção do que está implicado na sua intimidade e a sua relação com o espaço. Uma imagem que o autor usa com bastante vigor e debruça-se sobre ela, a respeito do lugar na intimidade, é a da casa.

A partir daí, busca-se entender que relação a casa, pensada por Bachelard, pode ter com a casa de apoio, objeto desta pesquisa?

Intenciono constituir outra narrativa para falar da casa, uma vez que não se trata de apartamentos ou albergues, nem de abrigos, mas de avaliar o porquê dessa denominação e refletir se as casas de apoio tentam imitar a casa das pessoas, que é o canto no mundo.

De acordo com a obra “A Poética do Espaço”, de Gaston Bachelard (1993), a casa é o elemento que conjuga, articula a intimidade com o mundo. O autor analisa os diferentes espaços, do maior para o menor, com o objetivo de “examinar imagens bem simples, as imagens do espaço feliz” (BACHELARD, 1993, p. 19). Por isso, ele escolhe espaços íntimos, como a casa e o quarto, que participam da vivência humana eclodindo sentimentos e lembranças no ser humano. Nas palavras do autor:

Para um estudo fenomenológico dos valores de intimidade do espaço interior, a casa é, evidentemente, um ser privilegiado; isso, é claro, desde que a consideremos ao mesmo tempo em sua unidade e em sua complexidade, tentando integrar todos os seus valores particulares num valor fundamental. A casa nos fornecerá simultaneamente imagens dispersas e um corpo de imagens (BACHELARD, 1993, p.23).

No primeiro capítulo da obra de Bachelard (1993), denominado “A casa. Do porão ao sótão. O sentido da cabana”, a casa é tratada como “o nosso primeiro universo” (BACHELARD, 1993, p. 24). É o abrigo primogênito do homem, que o acolhe e o faz sonhar: “a casa é uma das maiores forças de integração para os pensamentos, as lembranças e os sonhos do homem” (1993, p. 26). Por mais simples ou cheia de defeitos, a casa oferece ao homem a segurança da restauração, do repouso. Nesse espaço, o homem repousa e se refaz, antes de encarar a complexidade do mundo exterior. A casa é o eixo que articula em si mesmo o mundo e o homem.

Bachelard (1993) enxerga a casa por meio de dois registros simultâneos: como uma imagem que diz respeito ao lugar da intimidade, a qual está à vontade para ser como ela puder ser, e, ao mesmo tempo, é uma realidade vivida por todos nós. Para o autor, estamos à vontade no mundo, no nosso viver, quando estamos em casa. Verificamos, então, que a casa assume qualidades primitivas: proteção, segurança, intimidade, liberdade, confiança, dissimulação, mimetismo, tranquilidade, repouso, simplicidade e fragilidade. Bachelard toma para a imagem da casa de mãe acolhedora e protetora, que ampara seu filho contra a agressividade do resto do mundo. Sendo assim, o heroísmo da casa passa a habitar o homem.

O autor ainda ressalta que a casa pode possuir outras casas dentro de si. O quarto, uma cozinha, um porão, uma sala de visita, podem se configurar imagetivamente como uma casa particular e proporcionar, assim, uma experiência de intimidade caseira. Ademais, o afeto pelos objetos e pelos espaços dessa casa estabiliza, segundo Bachelard, o conjunto de referências com as quais o ser dialoga. Bachelard nota que:

Os objetos assim acariciados nascem realmente de uma luz íntima; chegam a um nível de realidade mais elevado que os objetos indiferentes, que os objetos definidos pela realidade geométrica. Propagam uma nova realidade do ser. Assumem não somente o seu lugar numa ordem, mas uma comunhão de ordem. Entre um objeto e outro, no aposento, os cuidados domésticos tecem vínculos que unem um passado muito antigo ao dia novo (BACHELARD, 1993, p.80).

Por sua vez, Heidegger dissertou sobre a linguagem, debruçou sobre o tema e trouxe contribuições significativas para a filosofia. Considerado um filósofo existencialista, demonstra em sua obra “Ser e o Tempo” a casa como contingência da condição humana, lugar essencial e de afirmação de identidade; traz questões sobre o “ser” no mundo, com natureza própria (ser antológico) e que não pode ser explicado. Esse filósofo parte exatamente da questão da linguagem para pensar o morar, ou seja, ele pensa o habitar desde a questão da linguagem, “A linguagem é a casa do ser. É nessa morada que habita o homem” (HEIDEGGER *apud* REALE; ANTISERI, 1991, p. 591). Heidegger disserta sobre a busca constante do lugar essencial. A

linguagem como o lugar do poético guarda a essência desse morar. A casa poética de que fala Bachelard, portanto, também se constitui uma linguagem.

Para Martin Heidegger, o ato de “morar” funda o ser, pois somos o que somos graças à morada, à moradia, e o que pensamos é fruto da casa, do lugar. A casa determina nosso pensar. Sendo assim, Heidegger apresenta a poética como revelação do habitar, enquanto em Bachelard a poética representa a constituição da intimidade do ser com o mundo. Há uma inevitável conjugação entre o modo poético de dizer e a revelação da verdade do “ser”.

A subjetividade é nosso mundo interno, lugar da imaginação e da memória. O meio social é decisivo na constituição da subjetividade humana. A forma como o ser interage com o espaço contribui para a formação da própria personalidade. Sendo assim, espaço e lugar são conceitos que nos ajudam a entender o processo de produção da subjetividade, do imaginário e simbólico do sujeito.

Embora a casa de apoio não seja escolha direta dos sujeitos, não é a casa deles. Discursos que serão apresentados no decorrer da pesquisa defendem que a casa tem o significado de extensão do lar para quem migra compulsoriamente pela doença. Relatos apontam que os sujeitos sentem-se em casa: *“como se fosse a casa da gente”*, *“eu me sinto em casa aqui”*, *“eu me sinto seguro e confortável na casa de apoio”*, *“muito parecido com a nossa vidinha lá do interior”*, *“me sinto em seguro aqui”* (Trechos de entrevistas).

São muitos os significados da palavra “casa”, dentre eles ressaltamos os mais pertinentes para a reflexão deste trabalho, principalmente os que estão conectados ao imaginário das pessoas. No Dicionário Michaelis online, os significados de casa são: “construção destinada a moradia; domicílio de um grupo de pessoas que vivem sob o mesmo teto; linhagem nobre; reunião de bens de uma família; conjunto de assuntos domésticos; reunião de objetos indispensáveis a um domicílio; local que se destina a reuniões temáticas; lugar destinado a moradia de religiosos” (MICHAELIS, 2018).

Em uma dimensão funcional, a casa tem a finalidade de abrigar um corpo que deveria ser preservado para o trabalho diário. É o lugar onde o homem descansa após dia exaustivo; necessidade humana primordial de abrigo para dormir, comer, banhar-se, entre outras coisas. Ou seja, ao lado da alimentação e do vestuário, a habitação é uma das mais significativas manifestações da cultura, visto que acompanhou a incessante busca por adaptação do homem nos diversos ambientes.

A casa é um espaço que engloba tanto o privado quanto o comunitário, como salientado por Barros e Couto (2012), no texto “Hábitos de Morar”:

A esfera pública e a privada já se manifestam na casa, pois há os espaços de maior publicidade (sala de estar, por exemplo) e aqueles de intimidade (banheiro, por exemplo). No espaço privado da casa, o indivíduo se enxerga como “um” e como parte de uma comunidade que é a sua família. Ao atravessar seus limites, chega-se à rua, aos espaços públicos, e o indivíduo passa então a se reconhecer como parte de uma sociedade, em que há as relações de produção, de consumo e de lazer. (BARROS e COUTO, 2012, p.99)

Nesse sentido, a casa constitui-se como espaço físico no qual são criadas as raízes do homem no universo, onde o mundo concreto do indivíduo se inicia, cujo valor primordial das imagens de intimidade primitivas se desenvolvem. Bachelard (1993, p. 36) defende que a casa “é um corpo de imagens que dá aos homens razões ou ilusões de estabilidade”. Um símbolo do feminino, um espaço fechado de proteção, como um útero, ou o colo materno para a criança pequena (BACHELARD, 1993).

A casa aparece como lugar da hospitalidade e da segurança. É uma continuidade tanto biológica quanto simbólica do sujeito. Gaston Bachelard (1990, p. 89) afirma ser “impossível escrever a história do inconsciente humano sem escrever uma história da casa”. Assim sendo, a casa, com seus cômodos, móveis e objetos, vai acumulando sonhos e evocando lembranças no indivíduo.

O espaço habitado transcende o espaço geométrico” (Bachelard, 1996, p. 62). Este abrigo incontestável – a casa – presente inclusive no campo das emoções, ultrapassa o simples ato de recordar e passamos a devanear:

Assim, uma casa onírica é uma imagem que, na lembrança e nos sonhos, se torna uma força de proteção. Não é um simples cenário onde a memória reencontra suas imagens. Ainda gostamos de viver na casa que já não existe, porque nela revivemos, muitas vezes sem nos dar conta, uma dinâmica de reconforto. Ela nos protegeu, logo, ela nos reconforta ainda. O ato de habitar reveste-se de valores inconscientes, valores inconscientes que o inconsciente não esquece (BACHELARD, 1990, p. 92).

O sentido do substantivo “casa” vai para além da ideia de espaço concreto, faz ligação direta à sensação de abrigo, refúgio ou tranquilidade. Ou seja, aquilo que chamamos de “casa” tem um significado muito mais afetivo. A casa passa a ser a extensão do sujeito, tanto biológica quanto simbolicamente. Ela reproduz a existência do indivíduo, onde se abriga e realiza diversas ações cotidianas, “A casa abriga o devaneio, a casa protege o sonhador, a casa nos permite sonhar em paz” (BACHELARD, 2005, p. 201).

Desde a pré-história, a primeira casa (caverna) é o lugar onde o ser humano descansava e refugiava dos predadores externos. Espaço seguro no qual poderiam se sentir mais confortáveis e se relacionarem. Com o passar do tempo, esse valor simbólico da casa como abrigo, perante as adversidades e perigos externos, manteve-se no cérebro humano. A real

sensação de conforto que sentimos ao regressar ao nosso lar. Lugar destinado à construção de relações, vínculos, como um reservatório de lembranças.

Observa-se que, a forma da casa depende da forma de vida e da cultura da diversidade de povos. Em razão das transformações complexas de organização social e suas dinâmicas, em especial pelo processo de urbanização, a casa, como habitação, foi deixando de ser apenas um abrigo e proteção para se tornar local privilegiado das relações familiares e de convivência, principalmente para transmissão de valores socioculturais. A casa apresenta-se, então, como um ambiente de sentimentalidade, onde o amor da família se materializa.

Psicologicamente falando, é no ambiente da casa onde as vivências físicas, afetivas e intelectuais de cada um se constituem como lugar favorável de expressão. Espaço privado e particular. Sendo assim, a forma como organizamos o espaço da nossa casa representa muito sobre nossos sentimentos, personalidades, pensamentos e atitudes gerais. Podemos assegurar que, a casa é como um espelho de nós mesmos no mundo em determinado espaço de tempo. São traços da nossa personalidade, valores e crenças.

Diferente de muitos outros espaços comunitários ou públicos, onde não há brechas para a informalidade e carregados de regras de convivência, o ambiente familiar da casa nos permite maior liberdade de expressão integral. Na casa, podemos ser nós mesmos, extravasar sentimentos e enfatizar nossas características pessoais e de comportamentos. A casa desempenha o papel de lugar protetor, aconchegante e de “afirmação da identidade”.

O universo do lar é um dos temas de discussão presentes na obra de Roberto DaMatta, na qual aparece como lugar físico privilegiado, que abriga as famílias. Em casa, os membros de uma família e de um grupo fechado são bem delimitados, visto que as pessoas possuem as mesmas tendências e afinidades:

Seu núcleo é constituído de pessoas que possuem a mesma substância — a mesma carne, o mesmo sangue e, conseqüentemente, as mesmas tendências. Tal substância física se projeta em propriedades e muitas outras coisas comuns. A ideia de um destino em conjunto e de objetos, relações, valores (as chamadas “tradições de família”) que todos do grupo sabem que importa resguardar e preservar. (DAMATTA, 1986, p. 16)

Na casa, as pessoas se sentem mais realizadas humanamente, nos planos físico, moral e social. É na casa onde se tem um sinal de pertencimento. “Disse que isso se chamava ‘tradição’, e é assim que normalmente falamos desses símbolos coletivos que distinguem uma residência, dando-lhe certo estilo e certa maneira de ser e estar” (DAMATTA, 1986, p. 16). Por ser um espaço inclusivo e, também, exclusivo, a casa é capaz de agregar e dar aconchego a diversas pessoas que não são parte da família sanguínea. Para o autor, tudo que nos remete a casa é bom, belo, decente e de bem.

O termo casa é carregado de afetividade, capaz de desencadear lembranças, sonhos, paixões: a casa da infância, a casa da família, a casa de férias, a casa dos sonhos, a casa de campo, a última casa (ROYER, 1989). A imagem que o sujeito tem de cada casa, alegre ou não, o acompanha ao longo de sua vida.

Cada cômodo da casa tem um significado psicológico, influenciando a forma como ela é organizada. O arquiteto Glaucus Cianciardi (2010), um dos representantes sobre estudos da psicologia para decoração, declara que parte da história da vida das pessoas está escrita na decoração do seu lar. Uma casa, por si só, não representa lar. É apenas um objeto arquitetônico voltado ao abrigo do ser humano; apenas após um processo costumeiro de domínio sobre esse espaço que se transforma em lar.

A palavra “lar” reúne o significado de casa e família. A forma como esse espaço é organizado, mobiliado e decorado faz parte da apropriação dele pelo indivíduo. O papel da decoração vai além do embelezamento, sua atribuição é fazer com que a atmosfera do ambiente se encaixe de forma física, social e psíquica no cotidiano das pessoas que a ocupam, comunicando com quem são.

Para Eric Dardel (2011), o precursor da geografia fenomenológica, o conhecimento geográfico deve ter como objeto decifrar os signos ocultos da Terra. Através de uma leitura em Bachelard, o lar se revela carregado de sentimentos e valores humanos:

[...] uma geografia em ato, uma vontade intrépida de correr o mundo, de frequentar os mares, de explorar os continentes. Conhecer o desconhecido, atingir o inacessível, a inquietude geográfica precede e sustenta a ciência objetiva. Amor ao solo natal ou busca por novos ambientes, uma relação concreta liga o homem à Terra, uma geograficidade (géographicit ) do homem como modo de sua existência e de seu destino. (DARDEL, 1952/2011, p. 1-2)

Yi-Fu Tuan (2012), seguindo os pensamentos de Bachelard e Dardel, propõe defini es para discutir os significados e as subjetividades correspondentes ao lugar. Para ele, a Geografia estuda os lugares sob dois olhares: o do lugar como localiza o e o do lugar como artefato  nico. O lugar   fruto das experiências humanas, representaria o centro de valores indispensáveis para a forma o da nossa identidade. Em contrapartida, o autor também aponta que   possível uma pessoa apaixonar-se a primeiro momento por um lugar, como, da mesma forma, pode ter vivido durante toda a sua vida em determinado local e a sua rela o com ele ser completamente irreal, sem nenhum enraizamento.

Na corrente humanista, o lugar  , em especial, um produto da experiência humana. Esse espaço significa muito mais que o sentido de localiza o geográfica, mas sim de experiência e envolvimento do indivíduo com o mundo, a necessidade de raízes e de segurança; transmite

sensação de lar. O lar é o principal referencial de existência da espécie humana, é o pivô de uma rotina diária.

Leite (1998) afirma que o lugar “só adquire identidade e significado através da intenção humana e da relação existente entre aquelas intenções e os atributos objetivos do lugar, ou seja, o cenário físico e as atividades ali desenvolvidas” (RELPH *apud* LEITE, 1998, p. 10). Isso define a relação que as pessoas têm com esse lugar, o interesse de uso e a afetividade existente. O lugar, então, é o recorte afetivo e experienciado do indivíduo num determinado espaço.

A casa, como lar, expressa a relação do ser com seu lugar. Essa conexão entre a percepção de lar, o objeto casa e como esta aparece na consciência do indivíduo (valores, bem-estar, significados) é o que se chama de princípio de intencionalidade ou a intencionalidade da consciência. Representa um lugar onde, na realidade, criam-se referências afetivas que desenvolvemos ao longo de nossas vidas a partir da convivência diária. Ambiente carregado de sensações emotivas, transmitindo-nos boas lembranças, além dos sentimentos de segurança e de proteção.

Há, de fato, um significado afetivo naquilo que chamamos de “casa”. O antropólogo Roberto DaMatta (2000), em seu livro “A Casa & a Rua”, afirma que casa e rua compõem como duas “categorias sociológicas” que se reproduzem mutuamente. Para ele, há espaços na rua com sentido de casa para algumas pessoas, onde reproduzem-se o lar, vivem como se estivessem em sua própria casa. São ambientes que representam uma extensão do lar. E, é importante o esclarecimento que o autor faz a respeito da expressão:

Quando digo então que “casa” e “rua” são categorias sociológicas para os brasileiros, estou afirmando que, entre nós, estas palavras não designam simplesmente espaços geográficos ou coisas físicas comensuráveis, mas acima de tudo entidades morais, esferas de ação social, províncias éticas dotadas de possibilidade, domínios culturais institucionalizados e, por causa disso, capazes de despertar emoções, reações, leis, orações, músicas e imagens esteticamente emolduradas e inspiradas. (DAMATTA, 2000, p. 15)

É extremamente importante para a construção do pensamento geográfico a consciência histórica e cultural do espaço, fazer tentativas de explicar sua natureza abstrata e simbólica, observar como o homem experimenta esse espaço. É presente na Geografia o diálogo referente ao lugar e o espaço vivido. A casa surge como um ambiente carregado de familiaridade pelos componentes, ligados por laços relacionais que permitem maiores composições de afeto.

A casa representa o reservatório de lembranças do indivíduo. Assim, considera-se o sujeito figura essencial quando tratamos da questão de identidade, já que é ele quem questiona ou faz inquirir acerca do fato de ser/estar no mundo.

Diante disso, apresentamos uma investigação da “casa” como estratégia de compreensão dos lugares, dos espaços vividos, tomando as referidas casas de apoio de outros municípios em Goiânia como exemplo. Com isso, muitas ligações podem ser feitas se confrontarmos a classificação espacial de cada pessoa com a casa de apoio. Entretanto, uma pergunta é bastante emblemática para sintetizá-las: o que faz o paciente e/ou acompanhante que vai à casa de apoio sentir-se em casa?

Existe, nas casas de apoio, uma atmosfera propícia à conversão de genuínos espaços comunitários em espaços de sociabilidade, conforto e segurança. Recriam-se, assim, um ambiente muito equivalente ao da *casa*. Há uma tentativa de reprodução de bem-estar doméstico para que o indivíduo faça da instituição de apoio à saúde uma projeção de sua casa, uma busca de fuga do caos instalado pela cidade estranha à sua vivência, por ser “cidade grande”. Trata-se de uma projeção da casa doméstica para uma casa projetada com objetivo de ser um local que traduz o seu íntimo, que dê sentimento de tranquilidade e de paz.

O serviço operacionalizado pelas casas de apoio, sejam elas de natureza pública ou privada, é especializado em acolher doentes em tratamentos de saúde e seus familiares. Quando é destacado *casa* para designar essas unidades residenciais de acolhimento, faz-se referência tanto à estrutura física e institucional quanto à noção de referência simbólica que evidenciam o espaço da casa. A casa de apoio representa, para os interioranos, uma casa longe de casa. A “casa” na “rua”.

A partir da percepção da casa de apoio enquanto *casa da vida*, conjugamos as características pertinentes à condição de lar, onde se destacam a afetividade, a intimidade, a segurança, o conforto, o descanso, a familiaridade, dentre outras características da subjetividade. Utilizam-se aspectos emocionais associados aos espaços físicos. Além do mais, vinculamos a temática com utilização da categoria geográfica lugar, numa abordagem filosófica da fenomenologia, partindo da ideia de significação do espaço – de afeto e percepção. O nome “casa de apoio” faz um forte apelo emocional, principalmente frente àqueles que se encontram distante do seu círculo de convivência.

A rotina do interior, com aspectos de uma pequena cidade, é realidade da maior parcela das pessoas atendidas nas casas-abrigo. O hábito de morar, suas rotinas ao longo do dia e o ritmo são mais desacelerados e menos estressantes. A alma sertaneja, a tradicional religiosidade, o hábito de acordar cedo, a rotina de refeições, o cuidado com as plantas, o café quente e diário, o fluxo de trânsito tranquilo, etc., são algumas dessas características.

Nas casas de apoio do interior, é tudo muito rural: o comer, a fartura, a rotina. Estar longe de sua cidade sem passar dificuldade é algo primordial. Para essas pessoas, ainda é

subsistência, ainda é casa e comida. Nos valores camponeses, a pior vergonha é “*ir tratar na cidade grande e passar necessidade*”. As políticas públicas voltadas para as casas de apoio do interior têm a preocupação de que essas pessoas sejam auxiliadas ao se deslocarem até a capital e se alojem próximo aos hospitais, para que haja menor transtorno com trajeto intraurbano. As casas de apoio são espaços que traduzem alívio aos doentes e familiares durante os dias em que precisam se ausentar de suas moradias para o tratamento na capital. Se desligar da turbulência e sofrimento do dia a dia e entrar em ambientes “a parte”, mais tranquilos e agradáveis, que faça alusão ao conforto do seu lar.

A psicologia impressa no nome e no ambiente da *casa de apoio* é reflexo desse olhar, que transfere o clima de tranquilidade do lar para dentro da instituição-abrigo. É muito comum que as pessoas tenham uma relação com a casa na dimensão pessoal.

Elementos presentes nas casas de apoio, como sofá, cadeiras de plástico sob a sombra de árvores, uma área de cozinha grande, camas individuais, mesa grande para refeições, poderão ter inúmeros significados afetivos, além da própria condição materializada de sociabilidade. O ato de manter algum sentimento de afeto e bem-estar pela casa, de torná-la lugar, advém das experiências desenvolvidas ao longo do tempo. O ambiente da casa de apoio é capaz de remeter lembranças positivas do próprio lar, na cidade onde mora, trazer mais alívio psicológico a essas pessoas que estão em vulnerabilidade fora de sua casa de origem.

Experiências boas tendem a transformar um simples objeto espacial em um lugar que marca o sujeito. Da mesma maneira, o acolhimento dessa clientela que se encontra em fase sensível e difícil de tratamento de doenças necessita ser, preferencialmente, em um ambiente que lhe agrade, com conforto e paz semelhante aos detectados em seu lar. Foi possível perceber que as casas de apoio oportunizam um ambiente mais familiar, tentando fugir da realidade hospitalar e aproximando os usuários de um aspecto mais doméstico. É uma tentativa de torná-la lar, onde as pessoas e acompanhantes possam sentir-se “como se realmente estivessem em casa”.

Essas instituições tornam-se muito importantes para os usuários, os quais são tomados por um turbilhão de sentimentos e preocupações diversas que assolam suas vidas. A instituição de acolhimento torna-se, para essas pessoas, “casa” (familiaridade e pessoalidade expressas através de sua forma de organização). O conceito de casa de apoio tenta representar uma projeção da *casa na rua*, reorganizando um espaço comunitário através dos significados de um ambiente caseiro. Ou seja, muito do que as instituições apresentam como atributo funcionam dentro da lógica de uma *casa*.

A unidade é dividida em cômodos comuns, como: quartos para descanso, cozinha, banheiros, quintal, sala de TV, jardim, despensa para guardar mantimentos, área de lavar roupa, garagem, etc. Todos os espaços são organizados de forma simples e convidativa a fim de aconchegar bem os acolhidos. A rotina dos integrantes da casa-abrigo é muito parecida com o cotidiano dos moradores de cidades interioranas ou de lares rurais. O horário do almoço (11h), a oração anterior às refeições, o “cafezinho” posterior às refeições, as pessoas sentadas nas varandas, o horário do jantar (18h), o cuidado de jardins e hortas, dentre outras atividades. Assim, os ambientes, objetos e móveis da casa de apoio apresentam significado de conforto, um ambiente de privacidade, de intimidade e da vida familiar na consciência da maioria das pessoas presentes.

Pode-se concluir, por meio das observações de campo, que a casa de apoio oferece inúmeros caminhos para a formação do conceito de casa, lar. Todavia, nem todos os usuários do serviço oferecido pela instituição podem considerar a casa de apoio como um lar. Mesmo reconhecendo que o papel inicial da casa de apoio é abrigar contra os males físicos, o significado de habitar, a ligação do sujeito com o ambiente, é particular a cada residente, mediante lembranças, sonhos e pensamentos. Então, proporcionar uma estrutura acolhedora e confortável, diferentes dos hospitais frios e insalubres, oportuniza melhor proteção mental e física, sendo capaz de colaborar para uma recuperação menos traumática da saúde.

A própria existência da casa de apoio e o fluxo de pessoas que nela circulam proporcionam sociabilidades diversas, destacando que o contato entre pessoas da mesma cidade e até mesmo de diferentes cidades é capaz de provocar um choque de culturas, como :na forma de produzir seu alimento, de rotina de descanso, de estilos musicais, de criação dos filhos, etc.

Com isso, o objetivo deste capítulo é desvelar, mesmo de forma rápida, como o acolhimento em casas de apoio na vida dos pacientes e acompanhantes, durante um tratamento médico, torna-se fundamental para compreender essa rede assistencial à saúde. Ou seja, tem finalidade de abordar brevemente os sentimentos dos usuários que são obrigados a realizarem tratamento longe de sua cidade.

O estudo mais verticalizado foi desenvolvido em duas casas de apoio de municípios, localizadas em Goiânia, que atendem pacientes de qualquer idade e de ambos os sexos para tratamentos de média e de alta complexidade. Uma das casas, a do município de Barro Alto, é classificada como uma casa de apoio totalmente governamental; a outra, do município de Itaberaí, é um exemplo de casa de apoio municipal terceirizada. A escolha das duas casas não foi fácil, pois houve um interesse por minha parte de vivenciar os outros espaços. Os participantes da pesquisa são funcionários das instituições, pacientes e acompanhantes que se

encontravam nos locais de apoio durante as visitas de campo. A partir de então, o estudo conta com 14 indivíduos.

A experiência em campo, na busca de dados documentais sobre as instituições, sua organização e história, não apresentou exatamente o que fora proposto durante o planejamento do trabalho. Porém, as narrativas dos funcionários e de usuários da casa de apoio, que a princípio julguei não terem muita importância, trouxeram riquezas de informações para além da formalidade; constituem-se como novos olhares sobre o objeto de estudo.

As entrevistas aconteceram no período entre fevereiro e abril de 2018, nas próprias instituições. O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista sociodemográfico, a fim de estabelecer uma relação entre o formal e o informal. As entrevistas foram registradas com auxílio de um gravador e, posteriormente, transcritas para a construção do trabalho. Por conseguinte, foram realizadas leituras atentas de cada depoimento, a fim de organizar o discurso da fala das pessoas, separando os trechos ou unidades de sentido fundamentais. Ressalta-se que, para preservar o anonimato das pessoas entrevistadas, foram adotados pseudônimos para garantir a confidencialidade.

3.2 ESTUDO VERTICALIZADO DAS CASAS DE APOIO EM GOIÂNIA

3.2.1 CASA DE APOIO DE BARRO ALTO DE GOIÁS

A primeira casa de apoio em análise para esta pesquisa acolhe doentes vindos do município de Barro Alto, situado na região do Vale do São Patrício, há aproximadamente 225 km de distância de Goiânia, no norte do Estado de Goiás. Município de pequeno porte, de característica rural, no último censo (2010), Barro Alto contava com uma população de 8.716 pessoas. Estima-se que em 2017 a população tenha chegado a 10.435 pessoas (IBGE CIDADE, 2010).

Avaliando dados do site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, em Barro Alto estão cadastrados 07 estabelecimentos de saúde, sendo 04 unidades de administração pública e 03 entidades empresariais (apenas 01 conveniada com o SUS). O Hospital Municipal de Barro Alto é o único hospital geral do município que recebe demanda espontânea, funcionando 24 horas/dia incluindo sábados, domingos e feriados, para os seguintes tipos de atendimentos: Urgência, Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT,

Internação e Ambulatorial. Ainda assim, o nível de atenção prestada por este hospital é apenas de atenção básica e média complexidade.

Sendo assim, o único hospital de referência e com atendimento SUS da cidade apresenta instalações físicas e os serviços de apoio à saúde limitadores, como observados na Tabela 6.

Tabela 7 - Instalações físicas para assistência do Hospital Municipal de Barro Alto – 2018.

INSTALAÇÃO	QTD/CONSULTÓRIO	LEITOS/EQUIPAMENTOS
AMBULATORIAL		
Sala de pequena cirurgia	1	0
Sala de enfermagem (serviços)	1	0
Clínicas Indiferenciado	2	0
HOSPITALAR		
Sala de parto normal	1	0
Sala de cirurgia	1	0
Leitos de alojamento conjunto	0	3
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Sala de atendimento a paciente crítico	1	0
Sala de atendimento indiferenciado	1	0

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – 2018. Organizado pelo autor/2018

A ausência de infraestrutura adequada a todos os níveis de complexidade de atendimento – e até mesmo os mais básicos, muitas vezes – torna-se um entrave para a população que necessita de atendimento médico no município. Como discutido no capítulo anterior, todo esse cenário impulsiona o deslocamento de pacientes para outros municípios, principalmente para Goiânia. A Casa de Apoio de Barro Alto, então, é um lugar importante onde o paciente pode permanecer durante o tratamento.

A Casa de Apoio de Barro Alto está situada no núcleo urbano de Goiânia, próxima aos centros de comércio e lazer, além da privilegiada localização dentro da *mancha médica* da capital. O endereço da casa de apoio amplia a possibilidade de os usuários terem acesso facilitado a serviços hospitalares e laboratoriais, abrindo, também, novas possibilidades de consumo e lazer, como em: shoppings, hipermercados, feiras livres, universidades, museus, praças, etc. Conta com o apoio de 5 funcionários: o motorista, a coordenadora, a auxiliar administrativo, a auxiliar de serviços gerais e a cozinheira. Duas servidoras são concursadas e os outros mantêm contratos assinados diretamente pela prefeitura de Barro Alto.

Segundo informações da Secretaria de Saúde do Município de Barro Alto, a atual localização da casa de apoio foi inaugurada em abril de 2013 (anteriormente era localizada no Setor Norte Ferroviário). O custo estimado mensal com a estrutura é em torno de R\$ 12 mil.

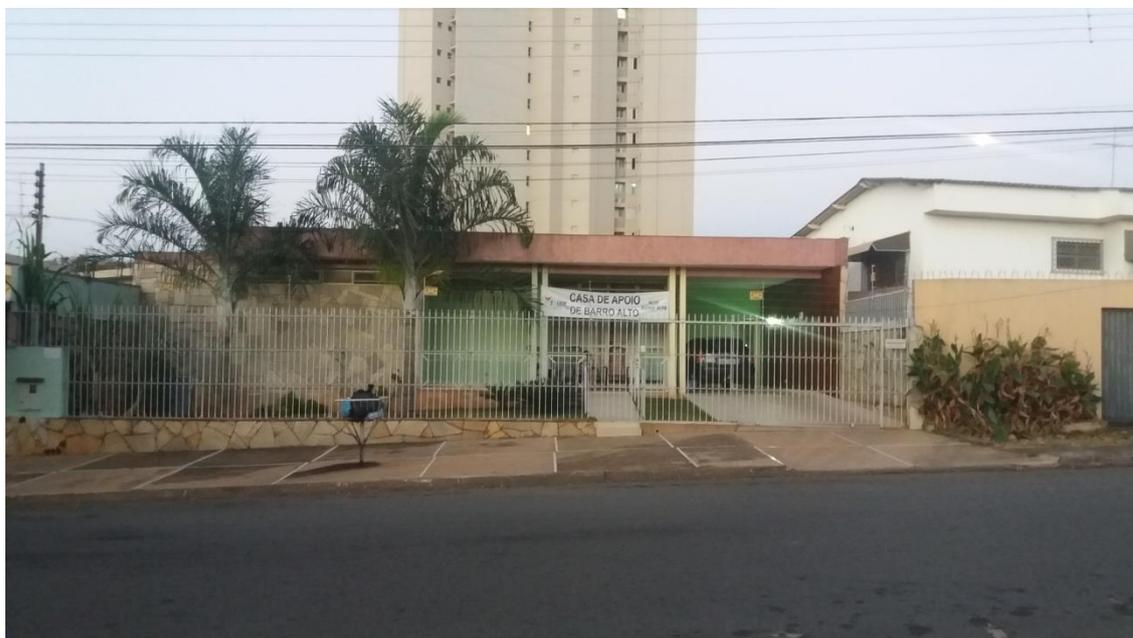


Figura 6 . Fachada da Casa de Apoio de Barro Alto em Goiânia
Fonte: Evellie Michelle/2018

O imóvel, situado na Rua 261, no Setor Leste Universitário, é alugado, com uma estrutura ampla e bem arejada composta por cerca de 10 cômodos, quintal, garagem grande, área de serviço, área de convivência e jardim. Os quartos são divididos em alas femininas e masculinas, mais um quarto externo e mais isolado para aqueles pacientes e acompanhantes que precisam ficar mais dias na capital para tratamento e, conseqüentemente, necessitam de maior privacidade. Um total de 40 leitos estão disponíveis aos munícipes, além do quarto que acomoda as duas funcionárias que moram na casa.

O quarto feminino possui banheiro próprio e, durante as visitas de campo, encontrava-se sempre bem cheio. Os outros 02 banheiros encontram-se distribuídos dentro e fora da casa. A sala de TV possui um sofá grande e algumas cadeiras, mas é pouco utilizada. A área de serviço é composta de serviço de lavanderia. Cada usuário fica responsável pelos cuidados de limpeza de suas roupas íntimas.

A cozinha interna é bem aconchegante e equipada. Porém, o que chama mais atenção é a adaptação de uma nova cozinha na parte externa, em um espaço amplo e aberto, que aumenta mais o contato de todos durante as refeições.



Figura 7. Um dos quartos da Casa de Apoio de Barro Alto.
Fonte: Evelline Michelle/2018.



Figura 8. Área de lazer e convivência externa da Casa de Apoio de Barro Alto.
Fonte: Evelline Michelle/2018.



Figura 9. Cozinha interna da Casa de Apoio de Barro Alto.
Fonte: Evelline Michelle/2018.



Figura 10. Cozinha externa da Casa de Apoio de Barro Alto.
Fonte: Evelline Michelle/2018.

A funcionária, mantida pela prefeitura do município, que cuida das refeições, disse que preferiram mudar a cozinha para fora da casa para que todos estivessem juntos no momento das refeições. Os hóspedes conversam bastante durante o almoço e muitos usuários acabam ajudando no preparo da comida. Eis como ela descreve a transferência da cozinha:

Trocamos de lugar, porque a cozinha ficava muito cheia e distante da mesona. Além do mais, aqui de fora podemos usar o fogão industrial e é muito mais fresco. Todo mundo fica junto e tem muita gente que gosta de me ajudar na cozinha. Muito melhor e agradável! (M.A., 45 anos, 15. mar. 2018)

A atual coordenadora, servidora efetiva da Prefeitura de Barro Alto, que, por ter contraído um matrimônio, passou a morar em Goiânia, me apresentou toda estrutura da unidade e, quando indagada a respeito de documentação interna, disse que nunca teve acesso a nenhum documento de implantação e controle da instituição. Apontou que com a última troca de gestão da prefeitura, todos os documentos internos foram retirados pelos antigos funcionários. Sendo assim, ela não dispunha de informações acerca da instituição: *“Os pessoais da gestão passada levaram documentos. Chegamos no zero mesmo! É muita jogada política. A gente sabe nem o histórico da casa”*. A cada troca de gestão municipal precisavam lidar com uma gama de transtornos de adequações.

De acordo com um documento de orientações da Secretaria Municipal de Administração para a coordenação da Casa de Apoio de Barro Alto, para melhor organização do atendimento aos usuários que necessitam dos serviços assistenciais oferecidos, alguns procedimentos foram adotados, conforme descrição abaixo:

- Os usuários/pacientes precisam agendar as viagens com antecedência na Central de Regulação do Hospital Municipal de Barro Alto, entrando em contato com a funcionária Antônia Rodrigues, também conhecida como Tunica;
- O horário designado para sair de Barro Alto sempre é às 03:30 horas, com retorno às 17:00 horas, saindo da Casa de Apoio em Goiânia;
- O paciente que marcar algum procedimento/consulta após as 14:30 horas deverá programar a possibilidade de se hospedar na Casa de Apoio, devido ao horário de retorno do veículo para o município de origem;
- Caso o paciente/acompanhante necessite levar criança de colo, deverá fornecer a cadeirinha “bebê conforto” para melhor segurança e comodidade da criança;
- Todo retorno e agendamento de exames deverão ser marcados para os seguintes dias: segunda, quarta e sexta, devendo informar a Central de Agendamento para garantir a vaga no veículo;
- Todos os agendamentos de consultas e exames que não forem marcados pela Central de Regulação deverão ser passados com antecedência, para confirmação do agendamento;
- Caso os agendamentos não sejam confirmados pela Central de Regulação, não será permitida a utilização do veículo;
- Será autorizado e é obrigatório acompanhante somente nos seguintes casos:
- Idosos, com idade igual ou superior a 60 anos;
- Menores de 18 anos;

- Pacientes com deficiência;
- Pacientes que realizarão exames/cirurgias que o procedimento necessite de acompanhante.

Esta casa de apoio não faz parceria de atendimento com outro município e recebe apenas os moradores de Barro Alto. É totalmente governamental, ou seja, todos os gastos e prestações de serviço são controlados pela prefeitura de origem. Até mesmo os alimentos, temperos, produtos de limpeza, materiais de escritório, etc., são encaminhados de Barro Alto. Apenas algumas frutas e verduras advêm de uma parceria firmada entre a prefeitura da cidade com a CEASA de Goiânia, no período de 02 (duas) vezes na semana.

O transporte que auxilia o deslocamento dos pacientes para tratamento sai do município de Barro Alto para Goiânia apenas nas segundas, quartas e sextas-feiras, mas a unidade permanece aberta durante todos os dias para receber pacientes que vão por conta própria ou alguma exceção encaminhada de ambulância pela prefeitura, além de dar suporte aos que pernoitam e/ou permanecem na unidade por mais dias. Sendo assim, a equipe da Secretaria de Saúde realiza agendamentos para os moradores do município apenas nesses dias.

O controle de entrada e saída na unidade é calculado através da listagem que a prefeitura entrega diariamente para o motorista responsável contendo o nome dos encaminhados para tratamento. A coordenadora tira cópia e arquiva pelo tempo de um mês e depois descarta os documentos. Não há um balanço mensal ou anual preciso dos atendimentos prestados. Porém, examinando as listas existentes até então, a quantidade de atendimentos diários é, em média, 20 a 30 pessoas.

Alguns pacientes permanecem na unidade por alguns dias, até mesmo semanas, para tratamentos mais longos. Como o funcionamento administrativo e de prestação de serviços da casa é de até 17h, a janta fica por conta dos acolhidos. A cozinheira só faz café da manhã, almoço e lanche. Fica à disposição deles todos os bens alimentícios e a cozinha para preparo da refeição noturna.

Em uma tentativa de fazer o controle desses pacientes e acompanhantes, a coordenadora providenciou um caderno ata para que os próprios usuários da casa escrevessem seus nomes e marcassem se passariam apenas o período diurno ou se dormiriam por lá. É uma forma de acompanhamento diário da movimentação de pessoas na instituição. O problema, segundo a coordenadora, é que nem todos acolhidos lembram de assinar ou não assinam pela falta de alfabetização, dificultando a garantia dos registros.

nº	nome do parente / acompanhante	vagas	dentro
	Sônia Maria da Silva		
	Cleusa Barros D. M.		
	Fátima Conceição Oliveira		
	Francisco Vinícius Escamea da Costa		
	Francisco Escamea da Costa		
	Lúcia Almeida Xavier		
	Alcides de Jesus		
	Estelita Nunes		
	J. Leo Alves		
	Adilson da Silva		
	Apresentado Maria dos Santos	X	X
	Apresentado Gabriela Leão Dias	X	
	Adilson B. Castro		X
	Apresentado de Castro B. B.		X
	Quilone Claudine da Silva		
	Apresentado da R. P. 12.		
	Apresentado Machado Sales		
	Zilda Machado Sales		
	Apresentado Rodrigues da Silva		
	Apresentado de Souza		
	Apresentado de Souza		
	Abelina Lima da Silva		

Figura 11. Caderno de controle de acolhidos da Casa de Apoio de Barro Alto.
Fonte: Evelline Michelle/2018.

Se o contexto citadino permite diferentes vivências e experiências, a permanência na Casa de Apoio de Barro Alto enseja o modo de vida interiorano, rural. As cadeiras externas, nas áreas comunitárias, podem traduzir uma sociabilidade entre os munícipes, transformando a experiência urbana. Na casa de apoio, é possível encontrar rodas de conversa em vários espaços abertos, como práticas do espaço público, associado ao modo de vida interiorano e familiar, só que ocorridas em espaços internos, nos seus cômodos, sobretudo no refeitório. Os hóspedes preferem ficar conversando próximos à mesa do café, sentados em cadeiras na área de lazer.

A relação de amizade entre todas as pessoas da instituição é de muita intimidade, tanto por parte dos funcionários quanto dos acolhidos, principalmente por advirem de um município pequeno, onde a maioria das pessoas se conhece. O motorista, a exemplo, fez muitas piadinhas com a coordenadora durante os dias de coleta de informações: comentou sobre a calça rasgada, o casamento recente, a nova fase de casada longe do pai, perguntou sobre a família.

Sempre que chega alguém perguntando por outra pessoa, a maioria dá alguma notícia, automaticamente, desde horários de tratamentos e endereços de outros abrigados até questões particulares. Muitos se tratam por nomes ou apelidos. Até mesmo na lista de normas para acesso à vaga na casa de apoio existem vestígios de impessoalidade: “Todos os agendamentos de consultas e exames que não forem marcados pela Central de Regulação deverão ser passados com antecedência para a senhora Antônia Rodrigues (Tunica), para confirmação do agendamento”.

Nas ocasiões dos trabalhos de campo, encontrei pessoas sempre muito alegres, comunicativas e solícitas. Alguns destaques foram: mães mais experientes dando dicas de cuidados aos filhos das outras (alimentação, cuidados pós-cirúrgicos, chás, terapias, etc.); usuários sempre preocupados em servir lanche e café fresco para o pesquisador; acolhidos auxiliando na limpeza na casa; acompanhantes ajudando a cuidar de outros pacientes.

Não é raro, conforme os sujeitos interlocutores da pesquisa, pacientes perderem o horário da vinda ao tratamento e o motoristas voltarem para buscá-los em sua casa:

Já teve duas vezes de me buscarem lá em casa. Eu dormi e perdi o horário da van. O motorista, que sabe onde é minha casa, percebeu que eu não estava lá na porta do hospital e decidiu ir ver o que aconteceu. Muita gente perde o horário. É muito cedo. Esse Rogério às vezes passa na nossa casa pra ver quem é que vai com ele, né? Conhece a casa de quase todo mundo. (A. M., 8. mai. 2018)

Uma vez eu fiquei preocupada com o horário e dormi tarde, perdi o horário de estar no ponto de saída. Ainda bem que o motorista ficou preocupado com o tratamento do meu pai e veio em casa nos buscar. (B.B., 11. mai. 2018)

Esta relação de intimidade se estende ao universo dos favores pessoais, quando algumas pessoas procuravam o motorista da van para entregar encomendas pessoais a serem encaminhadas a conhecidos do município de Barro Alto. Ou seja, além da migração pela doença há um consumo da cidade em outros aspectos.

Durante o horário de almoço, 1h, todos se organizam e sentam em uma mesa cumprida. Em dois dias, realizaram uma oração de agradecimento ao alimento, tal como uma família reunida em dia de domingo. Após a refeição caseira, comem alguma fruta ou sobremesa. Em um dos dias de visita, por exemplo, cortaram 02 melancias e compartilharam. Muitas mulheres presentes na casa ajudam na organização da mesa e da cozinha. Enquanto algumas juntam o almoço que sobrou para que os que ainda não chegaram da consulta tenham a oportunidade de comer, outras vão lavando as vasilhas. Em todos os momentos, aproveitam para conversar, trocar experiências e angústias. Posterior ao almoço, o costumeiro cafezinho.

É notória a importância dada ao momento das refeições e de confraternização entre as pessoas. Há uma dimensão afetiva na alimentação, que engloba a relação com o outro, momentos de encontro, de conversação e troca de informações. Além da dinâmica presenciada no trabalho de campo, em fotos cedidas pela coordenadora é possível verificar a importância dada ao alimento e às comemorações feitas na casa de apoio (Figura 12). Segundo a coordenadora, sempre que possível, realizam festas de aniversários para servidores e acolhidos; festas juninas, ceias de natal, etc.

A fartura está presente em todo momento na Casa de Apoio de Barro Alto a abundância dos alimentos e variedades, as panelas de ferro grandes e cheias expostas, sempre associadas à produção doméstica, não à compra e industrialização das refeições, trazem memórias das existências interioranas desses sujeitos.



Figura 12. Preparação de refeições na Casa de Apoio de Barro Alto.
Fonte: Evelline Michelle/2018.



Figura 13. Exemplos de almoço da Casa de Apoio de Barro Alto.
Fonte: Evelline Michelle/2018.



Figura 14. Exemplos de almoços da Casa de Apoio de Barro Alto.
Fonte: Evelline Michelle/2018.



Figura 15. Comemoração Junina na Casa de Apoio de Barro Alto.
Fonte: arquivo da Casa de Apoio de Barro Alto/2017.

A cozinha e o refeitório da Casa de Apoio de Barro Alto são cenários marcados pelas experiências decorridas ao longo dos dias, seus sujeitos e as relações desenvolvidas naquele espaço. Esses espaços parecem ser os cantos da casa preferidos por muitas pessoas. São lugares acolhedores. Uma decoração rústica, com jeito de interior, deixa o espaço de alimentação ainda mais aconchegante para bons momentos entre as pessoas, possibilita a criação e manutenção de formas de sociabilidade ricas e prazerosas.

Os primeiros pontos reconhecidos durante esses encontros é a diferença nos hábitos de consumo e a visão de status do grupo de pessoas que frequenta a casa. Pessoas de uma cidade menor, onde não existem muitas das opções de produtos, lazer e entretenimento que são facilmente encontrados na capital, que evitam a sofisticação e preferem um estilo de vida mais simples, por meio de experiências que ofereçam mais contato com a natureza e com as pessoas.

A estrutura física da Casa de Apoio de Barro Alto é muito similar à de um lar interiorano, desde a organização dos cômodos à escolha e disposições dos móveis. Todas as partes da casa são de acesso livre a todos usuários, sem nenhum tipo de restrição. As tarefas diárias (limpeza, manutenção, refeições) são de construção coletiva, pois os hóspedes fazem questão de auxiliar os funcionários. As pessoas presentes na casa são apegadas, solidárias e simpáticas, talvez pela facilidade de todos se conhecerem ou de alguma forma terem um conhecido em comum. Isso deixa-as mais solícitas umas com as outras.

A casa de apoio é um espaço dinâmico que se organiza e se reproduz pelo encontro de momentos que ora são de quietude, com ritmo lento e pacato, de conversas brandas na área de lazer, almoço tranquilo, hora do repouso da tarde, saídas de curtos trajetos, compras simples, e ora são momentos mais agitados, que promovem outra organização da casa, como comemorações de aniversários, papos mais acalorados, muitas risadas e música para animar. Esses momentos de festividades e comemorações deixam o aspecto da instituição diferente dos dias comuns.

3.2.2 CASA DE APOIO DE ITABERAÍ

Itaberaí é um município com distância de 92 km da capital, localizado na região central do Estado de Goiás. Tem uma população de 35. 371, segundo o censo de 2010, com estimativa para 40.872 habitantes em 2017 (IBGE, 2010). Segundo dados do IBGE (2009), o município conta com 13 estabelecimentos de saúde SUS, distribuídos em: 11 ambulatoriais, 01 de emergência e 02 de internação.

Como visto anteriormente, é reconhecida a licitude de terceirização dos serviços de apoio aos pacientes em tratamento na capital. Muitos municípios preferem terceirizar a manutenção das casas de apoio em Goiânia. Sendo assim, estas participam do processo licitatório do município e fecham contrato de prestação de serviços por determinado tempo, podendo ser renovado ou não.

A Casa de Apoio de Itaberaí é uma instituição capaz de representar essa nova modalidade de atendimento ao paciente. A prefeitura de Itaberaí conta com o serviço da Casa de Apoio Agnus em Goiânia. Empresa de Razão Social: Agnus - Serviços e Empreendimentos Ltda., localizada na Rua 1-A, número 100, Quadra 36ª, Lote 21, no Setor Aeroporto.



Figura 16. Fachada da Casa de Apoio de Itaberaí em Goiânia.
Fonte: Evelline Michelle/2017.

De acordo com o site de transparência da prefeitura de Itaberaí, o processo licitatório para a Casa de Apoio, de modalidade Pregão, tem como objeto a “contratação de prestação de serviço e apoio logístico em Goiânia destinada à fundação legionária do bem-estar social no agendamento de internações, consultas, exames laboratoriais e, ainda, de forma exclusiva ao município, para fornecer hospedagem com almoço, jantar e pernoite a pessoas encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde” (Prefeitura de Itaberaí, 2018). O valor pago por cada paciente ou acompanhante é de R\$ 39,83 e é apresentada uma média de 8.000 pessoas por relatório de licitação.

Os serviços oferecidos pela casa de apoio da prestadora de serviço Agnus são:

- a) Hospedagem: diária integral, caso necessário, com quartos masculinos e femininos separados, banheiros compatíveis com o quantitativo de pacientes;
- b) Retirada de medicamentos de Farmácia de Alto Custo e retirada de passagens no TFD (Tratamento Fora do Domicílio), quando solicitada;
- c) Prestação de atendimento ao paciente proveniente do município de Itaberaí, hospedado nessa casa de apoio, quando necessário (internação, urgência e emergência);
- d) Fornecimento de refeições: café da manhã (básico), almoço, lanche e jantar;
- e) Transporte: deslocamento para consultas, laboratórios e tratamento médico, inclusive para buscar e levar até a rodoviária ou aeroporto, bem como ao alojamento, quando necessário e independente do horário.

Atualmente, a presente casa de apoio oferece serviço para Itaberaí e mais 07 municípios: Água Fria, Corumbaíba, Marzagão, Mutunópolis, Nova Crixás, Orizona e Vila Propício.

Porém, a maior parte da prestação de serviço e de fluxo de recebimento de pacientes é do Município de Itaberaí. Sua forma de organização é por Regimento Interno, que estava indisponível de acesso no momento, de acordo com o senhor Joaquim Cordeiro, um dos sócios-proprietários da referida casa de apoio. Esta conta com cerca de 10 funcionários contratados, dentre manipuladores de alimentos, auxiliares de limpeza, recepcionistas, motoristas e coordenadores.

A empresa Agnus, prestadora de serviço para a prefeitura de Itaberaí, tem posse de 3 veículos particulares (01 micro-ônibus, 01 kombi e 01 carro de passeio) e a condição de utilização do imóvel é alugado. Com aproximadamente 10 cômodos, a casa de dois andares possui quartos femininos e masculinos, lavanderia, banheiros privativos e separados por gêneros, cozinha ampla, área externa de lazer (bem arborizada e com horta), escritório, refeitório, recepção, etc.

A principal fonte de recursos para manutenção da casa advém de verbas municipais, com uma média mensal de gastos de aproximadamente R\$ 25.000,00. A casa atende cerca de 150 pessoas por dia (divididas entre os 08 municípios), em vários tipos de permanência: integral, pernoite, diurna e de passagem. Há controle sistemático de entrada e saída desses usuários por meio de relatório mensal técnico, que contempla o movimento mensal de entrada e saída de usuários. Esse controle é importante para a prestação de contas aos órgãos competentes da prefeitura que contrata o serviço.

O atendimento aos usuários da Casa de Apoio de Itaberaí acontece a partir do momento que o paciente/acompanhante chega à instituição. O acompanhamento dos pacientes dentro da capital é de responsabilidade da empresa contratada. Por outro lado, a solicitação da vaga para tratamento e para acolhimento até o retorno ao território de origem, após liberação médica, é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Itaberaí.

Seguindo a lógica de tornar a instituição um ambiente que retome os aspectos de casa, de vivência do interior, a Casa de Apoio de Itaberaí tem uma organização física e de decoração que segue as características de um lar. Nota-se uma preocupação com a disposição das cadeiras de plástico ao ar livre em um espaço arborizado e fresco, lugar onde grande parte dos abrigados permanecem durante o dia, onde trocam inúmeras experiências. As cadeiras na entrada podem ser a expressão de sociabilidade. As rodas de conversas, como práticas do espaço público, são uma extensão cultural do mundo rural/interiorano na cidade

Uma horta simples, mas bem organizada, demonstra a presença das práticas interioranas e rurais nessa instituição. Também são dispostos elementos decorativos que relembram casas do interior, como a presença de um quadro com imagens de gado e fazenda, logo na escada da

recepção. São detalhes visuais sutis, capazes de fazer o indivíduo sentir-se pertencente àquele lugar.

O ritmo das atividades da instituição também segue a rotina interiorana, com refeições pontuais e em horários mais cedo, bem como o momento de recolhimento aos quartos para a pernoite.



Figura 17. Parte do refeitório da Casa de Apoio de Itaberai em Goiânia.
Fonte: arquivo da Casa de Apoio de Itaberai/2018.



Figura 18. Escada de acesso aos dormitórios e um dos dormitórios da Casa de Apoio de Itaberai em Goiânia.
Fonte: Evelline Michelle e arquivo da Casa de Apoio de Itaberai/2018.



Figura 19. Área externa de convivência e horta da Casa de Apoio de Itaberáí.
Fonte: Evelline Michelle e arquivo da Casa de Apoio de Itaberáí/2018.

O cotidiano da casa-abrigo é marcado por dilemas da vida de todos os conviventes nela, pois é um espaço comum entre pacientes e acompanhantes, tanto do mesmo município, quanto de municípios diferentes, além da equipe de trabalho. Diferentes momentos da vivência dos usuários da Casa de Apoio são compartilhados entre si, o que possibilita uma aproximação da realidade vivenciada por eles durante a estadia.

Diferente da Casa de Apoio de Barro Alto, a de Itaberáí é mais formalizada, as relações entre os sujeitos são mais distanciadas e sutis, além do acesso restrito a alguns espaços da casa, como a cozinha. Nesta casa, apenas os funcionários contratados para o serviço realizam a parte de preparação e separação dos alimentos. O almoço, por exemplo, é separado em marmitas que são distribuídas aos presentes e o refeitório é segregado em várias mesas pequenas.

Essa perda de acesso a cozinha é uma diferença considerável para o sentido da vida interiorana. A cozinha representa lócus de sociabilidade da casa. Não ter acesso a ela faz muita diferença na relação entre a instituição e o indivíduo. Outros pontos tornam esta casa de apoio mais distante da vivência e da experiência cotidiana do tipo de população atendida, como a menor relação de afinidade entre os funcionários, as rodas de conversa inexistentes na mesa do refeitório, o não tratamento comum por apelidos, entre outras particularidades.

A afinidade entre os hóspedes é menor pelo grande fluxo de pessoas e pela diversidade de municípios que utilizam a instituição. Não há uma relação de vínculo preexistente entre grande parte

dos usuários. Contudo, na área de entrada da casa, muitos hóspedes ficam sentados e trocam vivências. Através desta oportunidade de diálogo, muitos se conhecem e fortalecem vínculos, se reencontrando por várias oportunidades, dependendo do tempo de tratamento.

Diferentemente da outra instituição estudada, a localização da Casa de Apoio de Itaberaí é em um setor mais movimentado da capital, próximo aos centros de comércio e lazer importantes e dinâmicos. É um setor considerado mais privilegiado pelos usuários, o que possibilita práticas de passeio pela cidade, como observado em relatos de usuários da casa:

Tem paciente que vem para a casa de apoio encaminhado para a consulta, volta e sai por aí, passeando pelo centro de Goiânia: vai para a 44, para shoppings ... Tem acompanhante que larga o parente aqui e sai pelo mundo sozinho. (R.H., 8. mai. 2018)

A gente vê de tudo por aqui. Tem gente que vem mais pra ficar passeando em Goiânia. Aproveita pra fazer muitas compras, visitar alguns parentes e até mesmo fazer outros tipos de tratamentos estéticos. (C.E., 14. mai. 2018)

Ultrapassando sua função inicial de auxílio à saúde, esta casa de apoio constitui-se como ponto de acesso da população de Itaberaí a outros tipos de bens e serviços não relacionados ao tratamento médico. Usuários aproveitam as viagens para realizar outros tipos de atividades na capital goiana.

A instituição torna-se também local de encontros e depósito de encomendas. Foi possível presenciar, em três dias de trabalho de campo, pacientes recebendo a visita de parentes e amigos moradores de Goiânia. Um paciente saiu de carro com seus familiares dizendo retornar no dia seguinte.

A Casa de Apoio de Itaberaí ocupa parte da trajetória de vida dos sujeitos sociais. É um espaço de subsistência, repouso, vivências e convivências durante o período de tratamento médico e muitas vezes passa a ser o espaço de vida, sendo que muitos pacientes, devido ao tratamento prolongado de saúde, retornam com frequência ou permanecem por um longo tempo na instituição.

Dessa forma, muitos desses sujeitos veem a instituição de apoio como a sua segunda casa, considerando até mesmo como membros da família os demais que compartilham da mesma experiência, que possuem a mesma necessidade.

3.3 UM OLHAR PARA O SUJEITO NAS CASAS DE APOIO

As histórias de vida de João Batista, 82 anos, e Domingas, 57 anos, se cruzam em muitos pontos, apesar de morarem em municípios diferentes. Pacientes que descobriram o câncer há mais de 6 anos e moradores de cidades pequenos do interior de Goiás, que não possuem atendimento oncológico pelo Sistema Único de Saúde (SUS), puderam encontrar abrigo em casa de acolhimento em Goiânia. Município para o qual foram encaminhadas a fim de fazerem o tratamento de maior complexidade. *“A luta do tratamento longe de casa não é fácil, tudo longe e a gente fica muito cansado. O certo era estar pertinho de casa e da minha família, mas é o que temps. As funcionárias da casa são muito educadas e atenciosas. Aqui oferecem conforto e higiene.”*, admite o senhor João aposentado que mora em uma fazenda em Barro Alto de Goiás, a cerca de 230 quilômetros de Goiânia e se trata de um câncer de esôfago no Hospital Araújo Jorge. *“A casa de apoio é importante, porque encontramos mais paz e apoio que na rua. Por conta própria é mais complicado. Desde que descobri a doença a vida mudou muito. Uma correria louca, mas pelo menos tô vivendo.”*, refuga dona Domingas empregada doméstica em tratamento contra câncer de mama no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia e que vem de Itaberaí, distante mais de duas horas da capital.

Tanto o senhor João Batista quanto dona Domingas precisam passar por recorrentes sessões de radioterapia nesses centros de referência em tratamento oncológico do estado de Goiás. Devido à doença oncológica ser percebida como letal e causadora de muito sofrimento, o diagnóstico é impactante ao indivíduo e familiares:

“ Nunca estamos preparados para receber uma doença assim, numa hora pra outra. É um choque pra gente, pra todo mundo que tá do nosso lado. Bate um desespero e vontade de desistir. Eu sou homem da roça, tenho muitos filhos e netos. Preciso estar forte.” (João Batista, 2018)

“ A gente não sabe o que fazer quando recebe a notícia. De como lidar com uma doença tão forte, morando em um lugar pouco equipado. Eu entrei em desespero. Minha vida virou de perna pra cima, meus planos mudaram.” (Domingas, 2018)

Olhar de tristeza e dor, mas um sorriso que traz a vontade de vencer a luta contra o câncer são marcas desses pacientes. A esperança de continuar vivendo por mais tempo ainda é forte em seus corações. Diante das falar é perceptível um processo de sensibilização por parte dos entrevistados. Começam a tentar dar novos sentidos a vida, a dar maior valor a coisas antes

não perceptíveis: “*Dou muito mais valor a minha casa e a minha família. Minha terra é muito preciosa. Cada dia de existência é uma benção de Deus*” (Domingas)

Então, o apoio de deslocamento e a casa de apoio oferecidos pela prefeitura de seu município de origem acabam sendo as melhores opções para esses migrantes pela saúde. Em muitas das vezes, para não precisarem ir e voltar todos os dias de seus municípios ficam hospedados nessas instituições mantidas por Barro Alto e Itaberáí.

Muitas experiências semelhantes a essas também recheiam histórias dentro das casas de apoio. Casos de sofrimento e fé que se cruzam nos relatos dessas pessoas do interior com doenças graves. Pacientes e parentes que dependem desse pouco que o governo dispõe para conseguirem superar essa fase complicada da vida. Como a história de Dona Maria Aparecida que acompanha sua filha após uma cirurgia craniana no Hospital da Criança e Dona Lourdes que traz o pai para tratamento de catarata no Hospital de Olhos.

Ao iniciar este importante momento do trabalho, não é possível deixar de registrar as histórias de vida que utilizaremos como referência. É imprescindível que as histórias e pontos de vista dos sujeitos que estão no dia a dia dessas casas sejam levadas em consideração. Servem de grande referência ao trabalho, pois as casas de apoio estão presentes nas trajetórias de vida desses sujeitos sociais.

De Certeau (1996), refletindo sobre a cidade e a vida cotidiana, afirmou que os níveis de pertencimento dos sujeitos estabelecem-se por apropriação do espaço, vinculados à rede de itinerários, funções definidas e trajetórias percorridas e selecionadas. Para o autor, os relatos atravessam e organizam lugares, selecionam e reúnem os espaços num só conjunto, deles fazendo itinerários. Sendo assim, pode-se afirmar que haverá uma noção da casa de apoio sob ponto de vista do usuário, tanto paciente quanto acompanhante.

Assim, além de casa de apoio, esse é também um “lugar praticado” (DE CERTEAU, 1996), de grande força simbólica para os munícipes que nela se hospedam. De Certeau se apoia na tradição fenomenológica, quando distingue um espaço antropológico de um espaço geométrico. Quando ocupado, o lugar é imediatamente ativado e transformado, passando à condição de lugar praticado.

Além das observações e registros fotográficos, foram aplicados 10 questionários-testes com objetivo de conhecer os interlocutores e a rotina destes na casa para atividades básicas, além de dados simples do cotidiano dos pacientes e acompanhantes acolhidos. Toda essa aproximação se deu com a finalidade de perceber a importância de pensar o aproximar na pesquisa, deslocando o sujeito e o objeto de maneira a buscar sua fusão, muito embora se considere pleno de sentido a impossibilidade de sermos um só.

O trabalho constitui-se de uma coleta de entrevistas mais aprofundadas, com usuários que se encontravam devidamente cadastrados e hospedados nas casas de apoio de Barro Alto e de Itaberaí, no momento das entrevistas. Os entrevistados constituíram-se em 7 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, com idades que variam de 26 a 78 anos e renda mensal que varia de 2 a 5 salários mínimos. Frequentam a casa de apoio por um tempo entre 1 e 10 anos. Tais pessoas realizam em Goiânia as mais variadas modalidades de tratamento de saúde pelo SUS. Alguns estão na casa de apoio há pouco tempo, todavia outros utilizam os serviços há mais de 10 anos.

As entrevistas ocorreram no período de março a abril de 2018, nas próprias instituições. O instrumento utilizado baseia-se em um questionário contendo questões objetivas a respeito do tratamento de saúde e da casa de apoio na capital. E, por final, a questão norteadora consistia em: “O que a casa de apoio representa para você?”

No exercício de refletir-fazer, entretanto, em virtude da urgência por aplicar questionários e coletar dados no trabalho de campo, houve dificuldades nos processos de escuta e de observação, por exigirem paciência e imersão no tempo do lugar. Porém, mais importante que cumprir o roteiro de trabalho de campo e executar os procedimentos metodológicos preestabelecidos foi perceber, no desenrolar de conversas espontâneas com os interlocutores, como eles se apresentam e quais são os conteúdos mais relevantes, significativos e simbólicos da vida cotidiana. Portinelli (1997, p. 28) ressalta que “as entrevistas sempre revelam eventos desconhecidos ou aspectos desconhecidos de eventos conhecidos: elas sempre lançam novas luzes sobre áreas inexploradas da vida diária das classes, não hegemônicas”. Assim, por meio da fusão de técnicas, consegue-se chegar aos fatos que ditaram os rumos do trabalho de campo.

O espaço das experiências imediatas da vida, o espaço do cotidiano, carrega o nome casa de apoio. A partir do modo como se descreve o lugar se constrói, na mesma medida, um conjunto de campos de significação de quem e para quem vive esse lugar. Por isso, os relatos expressados por quem vivencia este lugar têm total significação para análise da pesquisa. Todo esse estado de coisas, a construção linguística, é também um transporte de sentidos.

Os relatos foram registrados de forma manuscrita, em algumas vezes com o auxílio de um gravador digital, e, posteriormente, as entrevistas gravadas foram transcritas. Os entrevistados eram, em grande parte, pessoas fragilizadas física e emocionalmente, sentiam-se desconfortáveis com gravações e, até mesmo, preocupados com a repercussão de suas informações. Percebe-se uma relação muito forte entre esses sujeitos e as figuras administrativas, tanto da casa de apoio, quanto das prefeituras da cidade de origem. Com isso,

para manter o anonimato dos participantes, foram adotadas siglas, referentes aos nomes dos pacientes/acompanhantes.

Já nas primeiras visitas foi observado que, para além das perguntas objetivas, se fazia necessário focar nos diálogos entre os próprios moradores para compreender como estes percebiam a instituição e sua condição de itinerante. O gravador foi utilizado nos momentos mais formais de perguntas e respostas. As demais falas, nas cozinhas, portas das casas, refeitórios ou salas de televisão, não foram registradas pelo aparelho, mas compõem parte interessante dos relatos. A espontaneidade das falas tornou-se o mais rico elemento de análise.

No primeiro momento da observação de campo nas duas casas de apoio escolhidas, haviam poucos usuários e funcionários presentes. A maioria dos pacientes e acompanhantes estavam em hospitais e clínicas realizando procedimentos de saúde, outros encontravam-se descansando nos dormitórios. Aparentemente abatidos pela dor e pelo cansaço da viagem, não demonstraram abertura para a conversa.

Nas casas de apoio, no início do dia, poucos pacientes encontravam-se vivenciando o espaço, além de se manterem desconfiados com minha presença e questionários. Com o passar do tempo, mais usuários iam chegando das consultas e dos procedimentos médicos, aumentando os momentos de espontaneidade e da atenção ao proposto nos questionamentos. Aos poucos, o mundo das pessoas acudadas revelava-se, aparecendo os primeiros interlocutores cujas explanações apresentavam o universo vivido por elas.

Alguns usuários não compreendiam o que estava acontecendo, de início, e permaneciam calados. Porém, com o desenrolar do roteiro de perguntas, revelaram histórias profundas de suas vidas e trocaram experiências cotidianas uns com os outros, além de ultrapassarem os assuntos induzidos. Conversaram sobre receitas caseiras de remédios que poderiam auxiliar nos tratamentos, mostraram fotos de parentes e amigos pelos celulares, contaram suas trajetórias de vidas, trocaram receitas de comidas, apontaram sobre as experiências durante os tratamentos médicos, conversaram sobre política, sobre casos de pessoas conhecidas da cidade, entre outros assuntos.

Importante relembrar que na Casa de Apoio de Barro Alto as relações de afinidade entre os sujeitos eram muito maiores, devido a relação “instituição – acolhidos”, que facilita a aproximação e liberdade entre eles. A maioria tem algum tipo de relação preexistente: laços políticos, médicos, de amizade ou de vizinhança. Porém, isso não é fator decisivo para julgar as relações existentes na Casa de Apoio de Itaberaí, que, embora não tenha tanta ligação como a anterior, os hóspedes acabam tornando-se amigos e trocam inúmeras experiências com o

tempo, transcendendo essa possível relação de amizade para momentos posteriores. São criados vínculos afetivos dentro da instituição.

A casa de apoio em Goiânia viabiliza a aproximação entre os usuários e funcionários, pois nela é constituída uma associação imediata de interações sociais. Uma rede de relações e identidades se cria (AGIER, 2011). A casa-abrigo entremeia sujeitos, serviços e equipamentos ligados à assistência médica, simbolizada pelos trânsitos entre o rural e o urbano, o público e o privado, a saúde e a doença, a impessoalidade e a pessoalidade.

O drama pessoal de quem se desloca para a capital em busca de cura é perceptível nas declarações dos sujeitos: saem muito cedo do município de origem, a tensão da viagem é muito grande e estar em uma cidade muito diferente da sua traz incomodidade. Estar acolhido atualmente em casa de apoio não deleta da memória desses sujeitos as lembranças das vicissitudes enfrentadas durante a peregrinação em busca de cura:

Procurei um endócrino na região, mas não tinha. Só em Ceres, mas não tinha o endócrino infantil. Procurei tratamento em Goianésia e também não consegui. Só em Goiânia que encontrei. Pesquisei alguns médicos pela internet e comecei a ligar. Alguns não deu certo, até que encontrei esse que ele tá tratando. Fui atrás da prefeitura de Barro Alto, marquei no Hospital das Clínicas e vim. (C.R., 11. mai. 2018)

Primeiro fomos pra Brasília, depois pra cá. Porque o tratamento dela era lá. Mas lá não tinha apoio. Já aconteceu dela ficar 22 dias internada lá e eu fiquei morando lá no hospital. Peguei a mala e fiquei lá. Foi bem difícil. Tinha pouco conhecimento da cidade. Apesar de eu ter amigos na cidade. Já teve vezes de amigo meu ter que ficar lá com ela enquanto eu ia na casa dele lavar uma roupa e voltar. Fico pensando quem não tinha apoio nenhum... Ficava lá abandonado... (B.B., 11. mai. 2018)

Teve uma vez que essa casa de apoio ficou um tempo sem funcionar, não sei porquê, e várias vezes eu vim pra Goiânia. Tivemos que ficar fazendo hora na porta do hospital. O dia todinho esperando. Tinha gente que fazia quimioterapia e cirurgia, me dava dó. Ficava com mal-estar, enjoado, tendo que esperar no calor. A gente sentava na calçada. Tinha gente que deitava no banco da praça. Ficávamos muito assustados com a quantidade de moradores de rua que ficava em cima da gente pedindo as coisas. (H.D., 14. mai. 2018)

Uma vez eu cheguei aqui sem conhecer ninguém. Do jeito que meu irmão veio na SAMU pra pegar ele aqui, entrou direto na UTI. Só que eu fiquei lá fora do hospital num banquinho sentado, sem dinheiro, nem roupa, nada. Nem sabia o que fazer. Algumas pessoas no hospital que deram dinheiro, outros dias eu passei fome. (M.A., 14. mai. 2018)

Eu passei a mesma situação que eles, sendo um familiar no saguão do hospital. Eu estive no hospital de trauma com minha avó. Passamos 25 dias ali, entre muitas angústias. Isso tem mais de 20 anos. Então me juntei a outras famílias que tavam lá e nos ajudamos. Dormia no corredor do hospital mesmo, às vezes de fora. Vi a necessidade da prefeitura em iniciar essa obra. É muito triste não ter onde ficar numa cidade desse tamanho, sem dinheiro, comida e lugar pra deitar. (C.E., 14. mai. 2018)

Conforme evidenciado nas narrativas, procurar o tratamento de saúde adequado, além da própria doença em si, já é uma mudança de vida, porém deslocar territorialmente e reorganizar a vida em função desse tratamento é uma situação bem dramática. A vida cotidiana dessas pessoas sofre transformações. Foram sinalizadas questões como: cansaço por deslocamentos contínuos, abandono de emprego, dificuldade financeira, afastamento de familiares, tratamentos emocionais, viagens desgastantes, entre outras.

A maioria dos pacientes que utilizam da casa de apoio possuem condições financeiras mais precárias, limitando-os de estarem hospedados em hotéis ou pousadas mais provativas e confortáveis. Com isso, referem-se à importância desta casa, o que proporciona esse espaço para que fiquem durante o tempo de tratamento, sem que necessitem ter custos financeiros.

Ter que se hospedar em uma casa de apoio, inicialmente, provoca sentimentos de temor e receio, pois estão expostos a vivenciarem momentos complicados e, muitas vezes, desconhecidos. Porém, o sentimento posterior, apresentado no discurso desses usuários, é de que a casa se torna um lugar de auxílio emocional e de cuidado ao próximo. Durante a leitura dos depoimentos, é possível perceber que além do maior conforto, comparado aos que vêm de forma particular, sem auxílio do governo, a casa de apoio torna-se espaço de consolo e descanso para essas pessoas. Um abrigo fora de sua casa:

Aqui em termos de tratamento é tudo de bom. Temos café da manhã, tem almoço e Aqui, em termos de tratamento, é tudo de bom. Temos café da manhã, tem almoço e lanche. Fora isso, tem o apoio deles né?! Eles recebem a gente com carinho. Porque a gente tá passando por uma situação difícil e aqui a gente se sente mais confortável dentro de uma cidade tão grande. [...] Tem pessoas que têm pouco conhecimento dentro de uma cidade dessa. Conhece nada. Se não tiver uma ajuda, a pessoa fica totalmente perdida. Eles levam a gente pra onde precisar ir fazer tratamento. O carro traz nós pra cá e aqui já fica o motorista aguardando nós pra ir pra onde a gente vai fazer exame. (A. M., 8. mai. 2018)

É muito triste não ter onde ficar numa cidade desse tamanho, sem dinheiro, comida e lugar pra deitar. Essa casa de apoio representa muita coisa boa nesse momento da nossa vida. Se não tivesse ela, a gente poderia já ter morrido com a doença. (E.M., 8. mai. 2018)

Mas essa casa de apoio é importante demais. Teve uma vez que essa casa de apoio ficou um tempo sem funcionar, não sei porquê, e várias vezes eu vim pra Goiânia. Tivemos que ficar fazendo hora na porta do hospital. O dia todinho esperando. Tinha gente que fazia quimioterapia e cirurgia, me dava dó. Ficava com mal-estar, enjoado, tendo que esperar no calor. A gente sentava na calçada. Tinha gente que deitava no banco da praça. Ficávamos muito assustados com a quantidade de moradores de rua que ficava em cima da gente pedindo as coisas. (L.E., 8. mai. 2018)

Sem essa casa de apoio eu nem sei o que fazer. A gente passa muita dificuldade. Eu fico pensando é nas pessoas que não têm dinheiro pra pagar comida aqui em Goiânia. Passa fome. Tudo é tão caro e difícil. Tem gente que passa muita necessidade. Fica despreparada. Já aconteceu comigo parecido. Vim achando que ia voltar no mesmo dia e precisei ficar mais 15. Não tinha roupa, dinheiro, escova de dente, nada! Sorte

a minha que a casa de apoio me dava o suporte. Imagina quem não tem essa oportunidade? (C.R., 11. mai. 2018)

A casa de apoio é bem bacana. A gente se sente tão bem! Nem sei o que seria de mim se não fosse a ajuda dada por eles. Ficaria bem perdida em Goiânia. Ainda mais com uma filha novinha. Deus abençoa que o tratamento dela já tá quase terminando. Tem mais nada na ressonância. Ela é fortuna! Depois vai ter que vim só pra acompanhamento. (B.B., 11. mai. 2018)

Isso aqui é uma benção! Eu acho que a melhor coisa que o governo e os prefeito tá fazendo é isso aí. Pra ajudar a gente. As pessoas idosas e doente. Antigamente, quando precisava fazer o tratamento, tinha que se virar. Se não fosse isso eu não tinha dinheiro pra vim mais alguém me acompanhando. Sai caro! (M.G., 14. mai. 2018)

Eu fico tranquilo aqui na casa de apoio. Eles me levam e buscam. Fazem comida boa. A gente é bem tratado. Tem espaço pra todo mundo ficar descansando e conversando. [...] Aqui mesmo, em Goiânia, eu conheço ninguém. Ainda bem que tem essa casa de apoio pra me ajudar. Nem teria como eu vim de ônibus, pois o ônibus sai de lá... sai de lá 6 horas da manhã e só chega aqui 11 horas da manhã. E ele volta 13h em ponto. Imagina eu marcar uma consulta?! Só tem essa viagem. Até que chega. Tem nenhum hospital desse perto da rodoviária. Tem que se deslocar de lá correndo até o hospital e voltar. Se não tiver como vim pela prefeitura, não consegue se tratar em Goiânia. (H.D., 14. mai. 2018)

Barro Alto, há muitos anos atrás, não contava com apoio de saúde e hospital. Antes da implantação da casa de apoio, eu ficava lá no ônibus, na rua, assim né, esperando a hora de ir embora. Esse apoio de saúde em Goiânia pela casa foi muito positivo. Como que a gente ia fazer? Deus me livre! Não saberia ficar aqui nessa cidade tão grande. Tem muitos anos que acompanho a casa... A casa tá excelente. Não tenho o que reclamar. (P.F., 14. mai. 2018)

Se todo mundo tivesse a sorte que eu tive de achar as pessoa pra cuidar, dar apoio, ajudar, acho que pra mim foi a maior riqueza que eu tive. No início, meus filhos não podia cuidar de mim, tinha ninguém para me ajudar. Melhorou bastante e só temos que agradecer a Deus e o prefeito por ter dado esse suporte pra gente. (M.A., 14. mai. 2018)

A gente não é rico né?! A gente vai levando a vida... A gente ia ficar jogado por aí... Condições de ir pra casa todos os dias a gente não tinha, porque a gente mora longe. Aí, graças à casa de apoio tem como a gente ficar abrigado. Não tínhamos condições de ficar em Goiânia esse tempo todo. Foi na casa de apoio que eu consegui. (C.E., 14. mai. 2018)

Têm-se a impressão que essa de rede de apoio procura manter a rotina de cada sujeito, fazendo com que se sintam aconchegados, mesmo distantes de suas casas. A localização da casa, sua rotina, a empatia entre as pessoas, a solidariedade em torno de cada história, etc. A casa de apoio, além do papel de acolher o sujeito dentro de sua demanda, busca amenizar a saudade que os pacientes referem sentir de suas casas.

O acolhimento parece algo cativante para os entrevistados que se encontram fragilizados, um simples apoio representa muito. Este amparo, mesmo não sendo o ideal, possui valor imensurável para esses sujeitos que o recebem.

O sujeito do campo, da roça ou do interior, percorre quase tudo a pé. Porém, a travessia de uma cidade para outra é o que mais angustia. Dentro da cidade, o fato de ser perto ou longe mostrou ter significado de dominação do espaço. O fator locacional das casas de apoio mostrou-se importante para os entrevistados. Quatro relatos iniciais atentaram a essa reflexão:

A gente anda pouco da casa para o hospital. Já não basta a viagem longa que fazemos, alivia muito. Rapidinho voltamos pra cá pra descansar um pouco. (L.E., 8. mai. 2018)

Eu estou seguro nesse espaço, porque esse setor já conheço. Consigo percorrer ele. Não tenho que atravessar longas distâncias. (B.B., 11. mai. 2018)

Esse setor é tranquilo. Tem supermercado aqui perto. Nunca fui pra outros lugares de Goiânia. Só andei por aqui mesmo. (M.A., 14. mai. 2018)

A Casa de Itaberaí fica num setor movimentado, mas a nossa rua é calma. Quando acompanho meu pai por muitos dias, acabo saindo às vezes. Faço umas compras no centro e volto. Aqui é bem localizado. (C.E., 14. mai. 2018)

Notório como a instituição de apoio se caracteriza como espaço de vivência e convivência durante todo o período de tratamento médico, até mesmo como espaço frequente da vida, visto que muitos pacientes e familiares retornam a Goiânia várias vezes ou permanecem por tempos longos. Transforma-se em porta de entrada para um novo momento da vida desses sujeitos, transcendendo os limites da hospedagem e tornando-se um lugar social para o desenvolvimento de relações.

Durante os momentos de conversa da entrevista, os participantes deixaram claro o quanto a casa era importante e essencial naquela fase de vulnerabilidade. A casa é espaço de circulação constante de pessoas diferentes, de culturas, costumes e crenças, mantendo-se como espaço de trocas. Contudo, essa convivência não é tão simples e natural. É difícil não haver algum desconforto em um local coletivo, diferentemente do lar familiar. Partilhar de um espaço com outras pessoas, muitas vezes desconhecidas, ainda mais em tratamento de saúde, não é tarefa simples.

Além da estrutura e da rotina institucional, é inevitável a observação dos vínculos de amizade constituídos na casa e nas cidades de origem dessas pessoas, pois tanto usuários quanto alguns funcionários da instituição fazem parte de um mesmo universo simbólico e social, garantindo-lhes certa “intimidade cultural” (NEIBURG, 2006). Há uma maior informalidade regendo os relacionamentos da casa, sendo que muitas histórias de vida se comunicam por

razões e caminhos próximos, tais como parentescos, vizinhanças, amizades de trabalho, conhecidos da igreja, etc.

Sendo assim, muitas pessoas enxergam a casa de apoio como a segunda casa, onde todos partilham de uma mesma circunstância: tratamento médico. Os acolhidos acabam se considerando familiares e compartilham da mesma vivência. A rotina e a organização do ambiente da casa estão muito próximas às de suas vidas interioranas. Muitos discursos são capazes de subsidiar essa afirmação sobre a vida relacional na casa de apoio, como alguns narrados pelos participantes da pesquisa:

Se todo mundo tivesse a sorte que eu tive de achar as pessoa pra cuidar, dar apoio, ajudar, acho que pra mim foi a maior riqueza que eu tive. No início, meus filhos não podia cuidar de mim, tinha ninguém para me ajudar. A casa é tipo uma família que eu tive aqui. Aqui eu conheci muita gente boa, que me deu a mão e que me apoiou. É um lar sagrado pra gente, onde a gente tem o conforto, tem os amigos da gente pra conversar nesses dias difíceis. Muitas coisas que você não consegue sozinho, através da casa a gente consegue. (E.M., 8. mai. 2018)

A casa de apoio é muito bonita e arrumada, parece nossa casa. A gente faz muitos amigos, reencontra vizinhos da cidade, conhece novas histórias e se consola com tudo. Um ajuda o outro. Fico muito feliz com a relação entre as pessoas aqui dentro. Todos muito amigos sempre. Tento sempre me colocar no lugar do outro e ajudar no que posso. Tirando que tem gente aqui que eu conheço tem muito tempo, lá de Barro Alto mesmo. (L.E., 8. mai. 2018)

A gente cria amigos aqui dentro. Tem gente que vira parte da nossa família. Já teve duas vezes de me buscarem lá em casa. Eu dormi e perdi o horário da van. Uma amiga da casa e o motorista, que sabe onde é minha casa, perceberam que eu não estava lá na porta do hospital e decidiu ir ver o que aconteceu. Muita gente perde o horário. É muito cedo. Esse Rogério às vezes passa na nossa casa pra ver quem é que vai com ele né? Conhece a casa de quase todo mundo. (C.R., 11. mai. 2018)

Lembra muito a nossa casa lá em Barro Alto, só é mais cheio e com alguns desconhecidos. Aqui podemos tomar café, assistir tv, conversar com pessoas que conhecemos. Ficamos mais seguros e tranquilos. Aqui é muito bom!. No começo eu ficava um pouco com vergonha, mas hoje me sinto super à vontade. Tem vez que vou pra cozinha fazer uns bolos gostosos pra todo mundo. A gente se ajuda muito. (M.G., 14. mai. 2018)

O transporte, o atendimento que os meninos têm com a gente, é muito bom, muito prestativo. A comida é muito boa. Além dos conhecidos da cidade, conhecemos muitas pessoas novas que acabam se preocupando com nossa vida. Fiz muitos amigos aqui que vão lá em casa me visitar em Itaberaí. É uma casa que acolhe mesmo com carinho, com amor e somos muito bem tratados, porque era muito difícil antigamente. (H.D., 14. mai. 2018)

Eu tenho irmã aqui em Goiânia, mas ela trabalha, tem vida. Não gosto de atrapalhar. Prefiro ficar aqui na casa de apoio, que me espera, me ajuda, tem horário certinho pra tudo. Podemos conversar com as pessoas, tomar um cafezinho no intervalo da tarde, conhecer novas histórias e aprender muita coisa com essas conversas. Eu acho muito bom poder conversar com meus conterrâneos, até descobri novos parentes aqui. (P.F., 14. mai. 2018)

Olha, a gente tem aqui bem dizer que é como se fosse na casa de gente, porque tem a refeição, tem o banho, tem a ida para o hospital, tem a busca. Então eles busca, eles leva. Então, é melhor que tá na casa da gente. Me considero assim. Toda vez que venho mais minha filha somos bem recebidas. Tem gente que trata ela como se fosse sobrinha, ajuda cuidar também. Bom demais. (M.A., 14. mai. 2018)

Eu não costumo deitar aqui na casa. Não tenho muito costume de dormir na rua, porque na rua tem muito barulho. Quando começo a dormir alguma coisa me acorda. Prefiro ficar aqui sentado e conversando com meus amigos da casa. Tomo um cafezinho e desperto. Meus filhos sempre me acompanham aqui em Goiânia e se sentem muito à vontade na casa. Ficamos sempre em grupo contando causos e nos apoiando nesses dias difíceis. São pessoas muito parecidas com nós, com nosso tipo de vida. (C.E., 14. mai. 2018)

Usuários da casa ressaltaram com frequência toda essa relação de afetividade coletiva, bem como os desafios postos na realidade da vida cotidiana referentes a questões familiares. Os abrigados criam vínculos uns com os outros, uma rede de amizade. Muitas dessas pessoas tiveram que deixar emprego e momentos de sociabilidade com a família para realizar os procedimentos médicos, e a casa de apoio passa a ser suporte de sociabilidade, uma continuidade do próprio lar.

A configuração do espaço e as falas das pessoas que utilizam os serviços prestados pelas casas de apoio revelam um limiar entre o urbano e o rural, as lógicas da casa e da rua se confundem. Não apenas considerando o espaço interno dessas instituições, as relações da vida social criadas nele se interpenetram, combinando elementos individuais, espaço e sociedade, engendrando configurações situacionais e relacionais entre os sujeitos (AGIER, 2011). Algumas pessoas tocaram neste assunto:

A parte que eu mais gosto da casa é a área. Conversa vai e vem o dia todo. A cozinha é o lugar mais animado. Nois fica relembando receitas de família e ensinamos uns aos outros. Ruim é que não temos a mesma liberdade e sossego que nosso lar. (L.E., 8. mai. 2018)

Eu sento aqui na garagem de entrada e observo o movimento da rua. Como é diferente do lá da nossa cidade. Converso com outros pais, enquanto meu filho descansa um pouco. Eu não dou conta de dormir fora de casa. Deixo ele dormir porque fica exausto da viagem. Criança é assim mesmo. (C.R., 11. mai. 2018)

Gosto muito do jardim e da horta. Fico entretido por lá! Como se fosse na minha casinha. O tempo passa muito mais rápido. Às vezes trago mudas ou levo também. Tirando que é o lugar mais fresquinho da casa. Tem hora que a gente se estressa com algumas coisas aqui. Uns pais que não cuidam dos seus filhos, uns barulhentos, outros sem educação pra comer e com sujeira no quarto. Mas é igual família, sempre tem briga. (M.A., 14. mai. 2018)

Apesar de ser quarto coletivo, as pessoas se respeitam muito. Tem vez que é complicado, criança chora, mãe fica brigando, gente conversando muito alto...Mas a maioria das vezes tem pouca gente repousando. O mais complicado é pra tomar banho, sempre muito cheio. (C.E., 14. mai. 2018)

Esse lugar, portanto, tem significados importantes nas histórias de vida de pacientes e acompanhantes. É um espaço cotidiano de vida. Mesmo com todas as dificuldades de estar fora do seu município de origem e tendo que compartilhar o mesmo espaço com outras pessoas, além dos desafios do tratamento, os usuários apontam a casa de apoio como local importante na vida, essencial para o processo de tratamento.

Alguns usuários, estreitam relações com a “casa” levando objetos particulares que os fazem sentir mais confortáveis: “Eu gosto de trazer meu lençol, travesseiro e produtos de limpeza pessoal”. Há uma preocupação em “deslocar com a sua casa”, deslocar com o sentido que essa casa tem. Os objetos trazidos fazem a conexão com outro espaço.

A casa de apoio é um local inicialmente estranho, que desperta sentimentos de temor ante o diferente e desconhecido, mas, ao vivenciar uma acolhida autêntica e experiências de coletividade fraternal, desperta nos sujeitos sentimentos de gratidão e empatia. Isso demonstra que eles a considera um sustentáculo importante para a vida durante o tratamento.

Avaliando as falas dos entrevistados, são poucas as que demonstraram consciência das tramas políticas circunscritas na idealização da casa de apoio: “*Bom seria se tivéssemos hospitais lá na nossa região. Pra não precisar ficar deslocando tanto pra Goiânia. Tem vezes que adoecemos mais*” (C.R., 11. mai. 2018). Muitos usuários tomam por si os discursos oficiais, não identificando as relações de poder, cujos sujeitos políticos mediam as relações de manutenção e acesso à casa.

A aproximação entre os líderes locais e os possíveis eleitores (usuários dos serviços da casa) é muito complexa e obscura, principalmente para os usuários. Ao invés de serem vistos por essas pessoas como chefes políticos, passam a serem tratados como “amigos” ou “padrinhos”. Conversas paralelas fizeram surgir discursos como: “*Eu sou amiga do prefeito*”, “*Graças ao vereador X, essa vaga saiu rapidinha*”, “*Se não fosse esse prefeito, a gente não teria mais casa de apoio*”, “*Sem esse apoio da prefeitura, a gente ficaria jogado na rua*”. Os políticos utilizam-se desse tipo de assistência ao paciente como instrumento de controle social e compra de votos.

Pertencer às redes que perpassam a casa de apoio não significa somente buscar uma melhor condição de saúde, mas também amplia as possibilidades de acesso a bens e serviços médico-hospitalares, laboratoriais e ambulatoriais; ela abre novas possibilidades de consumo e de lazer, de relações políticas e sociais mais próximas, mais “chegadas”, ou seja, compartilhamento de valores, modos de pensar, de agir e de ser.

Embora os resultados das entrevistas não possam ser generalizadores e apresentem caráter romantizado, nota-se que casa é um arquétipo benevolente, cuja constituição e

organização são capazes de consolar o outro em momentos difíceis, levando em consideração as vivências das pessoas ali hospedadas. São histórias de vidas que se entrelaçam pela luta e pela dor. Todos os participantes da entrevista colocaram a casa como extensão do seu lar.

Em suma, nós enxergamos os problemas das casas de apoio, mas, para o sujeito, é o essencial. Utilizam discurso de otimismo: “Graças a Deus que a gente tem essa casa”. O formato da educação desses sujeitos mantém-se numa lógica ainda camponesa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aproximação dos temas urbano e saúde não é recente, não consiste em novidade. Apesar dos inúmeros trabalhos desenvolvidos em ambas as áreas de conhecimento, alguns aspectos ainda permanecem escuros. Muitas perguntas ainda sem respostas podem ser feitas acerca das instituições de apoio ao paciente não residente na cidade central.

Porém, os avanços alcançados nos estudos relacionados a saúde coletiva com base nos conhecimentos geográficos é real e insentivou a produção da presente pesquisa. Os estudos sobre saúde, atualmente, está ganhando maior leque. A Geografia da Saúde passa a trabalhar com a aplicação das informações geográficas, perspectivas e métodos para o estudo da saúde, das pessoas e da assistência médica.

Raul Guimarães (2015, p. 84) faz uma reflexão a respeito dessas questões que estão ganhando relevância, da importância da Geografia para a pesquisa em saúde:

Essa poderia ser, a meu ver, uma nova concepção de saúde, intimamente relacionada com uma geografia mais compromissada com as pessoas e do ponto de vista das pessoas. Maria Laura Silveira (2006) diria que se trata de uma geografia existencial, preocupada não com a geometria das distâncias, mas com o conjunto de situações onde a vida se desenvolve, o que, aliás, tem sido a busca do movimento pós-geografia médica no contexto internacional (GUIMARÃES, 2015, p. 84)

Sendo assim, discutir as desigualdades em saúde no estado de Goiás tomando como referência o conhecimento geográfico torna-se relevante e essencial. É preciso levar em consideração toda a combinação entre as mudanças econômicas, demográficas, sociais, políticas dos diferentes lugares junto ao processo saúde-doença (os modos de obter saúde).

Conforme o estudo da distribuição de equipamentos de apoio diagnóstico de alta complexidade pelo território goiano, pode-se concluir que a saúde estadual funciona em concentração em Goiânia. Os sistemas de fixos e fluxos gerados por essa centralidade e atendimento à saúde reforça a estruturação desigual do espaço de Goiás, comprometendo os princípios constitucionais de universalidade, de integridade e de equidade da saúde.

No setor da saúde pública, principalmente de especialidades que compreendem como média e alta complexidade, as cidades pequenas e médias contam com atendimento mais reduzido ou não existente, e essa precariedade manifesta-se no deslocamento dos moradores para a capital. Essa mobilidade recorrente de pacientes que saem de seus municípios para serem tratados em outros maiores e mais equipados, além das dificuldades de hospedagem e alimentação que enfrentam fora da sua cidade de origem, nos chamou bastante atenção.

A função terciária é primaz em Goiânia, influência que extrapola os limites metropolitanos. Goiânia assume papel de centro de referência e oferta de serviços especializados. É muito comum a presença de pessoas de outras cidades goianas e até mesmo de outros estados em hospitais e clínicas da capital a procura de um tratamento especializado, não encontrado em suas localidades de origem.

O estudo dos fluxos em busca de assistência hospitalar e ambulatorial em Goiânia, principalmente relacionados à participação das casas de apoio é uma pista para compreender a maneira como se organiza a rede de saúde em Goiás, onde a casa flutua entre o acolhimento e o assistencialismo. É por meio dessa mobilidade a possibilidade de observarmos a rede urbana integrada e fragmentada, onde uma população socioespacialmente marginalizada em equipamentos de saúde se desloca para grandes centros urbanos e muitas das vezes, por dificuldades financeiras, dependem das instituições de acolhimento governamentais para cumprirem seu tratamento. A organização desses espaços, as condições econômicas, sociais, políticas, os modos de vida, o contexto simbólico e muitas outras questões necessitam de maiores investigações.

Todo esse conjunto de questões nos mostrou a importância de fazer uma discussão das diferentes centralidades urbanas na cidade de Goiânia, levando em consideração as especificidades da área da saúde, que ultrapassam o processo apenas territorial através da concentração e fluxos de pessoas. A compreensão dessa estruturação urbana pela saúde leva a fixação dessas Casas de Apoio – objeto de estudo - de outros municípios na capital goiana.

O processo de formulação das políticas municipais de saúde foi descrito a partir da experiência do município de Goiânia, dada a sua magnitude geográfica e populacional e o fato de que nele aparecer um grande número de instituições de apoio ao paciente de outro município.

Em relação à Secretaria de Saúde Estadual e Municipal, as parcerias com as casas de apoio não obedecem a nenhuma diretriz política ou técnica formal, mas são estabelecidas e incorporadas a partir da necessidade de buscar respostas mais efetivas no auxílio aos pacientes do interior. Com isso, foram realizadas ações e parcerias entre a Secretaria de Assistência Social e a de Saúde.

As Casas de Apoio, então, apresentam-se como alternativa de assistência e acolhimento para pessoas acometidas com doenças e seus acompanhantes carentes, que não conseguem arcar com os custos de hospedagem, alimentação e, muitas vezes, transporte na capital. Uma prática vinculada ao TFD (Tratamento Fora de Domicílio) que consiste em um instrumento legal a fim garantir, através do SUS, tratamento médico de média e alta complexidade a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas.

Quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência, o paciente é avaliado por médicos e direcionado ao atendimento fora domicílio

As casas do interior, como são conhecidas, são instituições financiadas por prefeituras ou políticos do interior e têm seu surgimento ligados à implantação do SUS sendo parte importante na estrutura de apoio aos pacientes não residentes. Essas instituições são reflexos da prática clientelista e da maneira como o Estado tem organizado o atendimento em saúde optando por encaminhá-los para tratamentos especializados e muitas vezes prolongados, já que nem todos municípios possuem condições de oferecer serviços de saúde complexos.

A prestação de serviços das casas de apoio, além da hospedagem para os pacientes e seus acompanhantes, é de oferta o café da manhã, almoço, lanche e janta, além de transporte até o local de atendimento médico. O seu funcionamento básico apresenta uma estrutura com: quartos, cozinha, banheiros, refeitório, lavanderia e sala de estar.

Sendo assim, vê-se importante refletir sobre as diferenças e os papéis das Casas de Apoio presentes no município de Goiânia, em especial as de outros municípios goianos implantados na capital, formando uma rede de atendimento. Discutir a relação formada pelo atendimento de saúde e de assistência social urbana, a partir do vínculo entre essas casas de apoio com os serviços de saúde ofertados na capital, e compreender especialmente o fluxo dessa rede de mobilidade que se manifesta na promoção da saúde dos moradores do interior.

Da análise quantitativa da pesquisa realizada sobre as casas de apoio em Goiânia emergiu respostas que colocam essas instituições como importantes elementos estratégicos da política de municípios interioranos e instrumento essencial para pacientes em tratamento médico. A política eleitoral dentro dessas instituições é feita de impessoalidade e trocas de favores. Sujeitos políticos medeiam a relação entre pacientes (clientes), o serviço médico e a vaga na casa de apoio. Conseguem interferir até mesmo no acesso a um sistema universal de saúde.

A partir de um trabalho de campo mais aprofundado em 02 dessas instituições, constatou-se as suas estruturas físicas que possibilitam aos hóspedes alojamento, alimentação e transporte para o tratamento de saúde. Observou-se que uma delas (Casa de Apoio de Barro Alto) é totalmente vinculada à prefeitura do município de origem, mantendo uma relação muito mais estreita entre os sujeitos; enquanto a outra casa, empresa privada conveniada com a prefeitura, apresenta maior formalidade e relações de convivências menos incorporadas.

Esperamos ter evidenciado a intercomunicação do “rural” e do “urbano”. A casa de apoio tem em seu nome uma tentativa de rebuscar característica do lar interiorano dessas pessoas, remete ao aspecto simbólico do acolhimento no sentido que é uma casa que muitas

vezes é vista como uma extensão do lar. Por ser um espaço de movimento e comunicação, dentro da casa a vida social é mantida por interconexões.

As prefeituras interioranas ao invés de priorizarem alocação de recursos em saúde para sua população implantam ou contratam o serviço da casa de apoio na capital. Essa prática revela notória inversão de valores, já que o tipo de prestação de serviços oferecido pela casa de apoio está muito mais baseado em assistência social. Os dados revelam que existe a necessidade de mudança alicerçada na saúde prestada aos moradores de cidades do interior. Seria adequado equipá-las para atenderem a população em todos níveis de complexidade.

A consideração do território na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas mostra-se significativo para pensar a promoção dos da cidadania, dos direitos sociais, em especial do direito à saúde. Necessário pensar em avançar no sentido da igualdade territorial em saúde para promover a igualdade em geral, pois “seus efeitos tendem a se propagar em outras esferas da vida social, e a geografia tem muito a contribuir para essas questões” (MARTINUCI, 2018, p. 92).

Na medida que a presente dissertação foi ganhando contornos e significados, que a princípio estavam apenas nos planos da pesquisadora e da orientadora, o trabalho vai se concretizando e todo o processo vai passando a fazer parte da trajetória de vida. Sobre fazer pesquisa Martinelli (2005, p. 123) sinaliza:

[...] é descobrir caminhos, é configurar e decifrar uma paisagem desconhecida na perspectiva do que se está pesquisando. Na verdade, partimos do que já conhecemos com vistas a um conhecimento mais pleno da realidade de análise. (MARTINELLI, 2005, p. 92)

Interepretemos que o trabalho não se conclui desvendando a trama envolvendo as casas de apoio, as políticas públicas e, principalmente, os sujeitos. Abre-se uma agenda de pesquisa no horizonte. Era de grande interesse fazer um mergulho na intensa experiência vivida pelas pessoas que frequentam esses espaços, pois percebemos que estávamos diante das histórias de vida e de significativas experiências sobre as vivências e convivências na casa de apoio. Esse caminho merece muita observação e análise.

Ao adentrarmos também no mundo das pessoas doentes, que precisam realizar o tratamento longe do aconchego de seus lares, seu cantinho no mundo, tentamos valorar seu modo de estar nessa casa. Um ser de possibilidades que transborda alegrias e tristezas, que compartilha histórias e vivências.

Diante dos depoimentos tivemos um grande desafio de eleger fragmentos que pudessem compor na dissertação os sentidos desse ficar na casa. A narrativas dos hóspedes foram muito

significantes para o trabalho. A experiência de campo deixa o ‘gostinho’ de mergulhar, em projetos futuros, de forma profunda nessas histórias de vidas dos sujeitos, que saem de seu lar e necessitam desse tipo de acolhimento.

Estar em em um local estranho a primeiro momento, analisando os depoimentos, desperta medo e angústia na maioria desses pacientes. Permanecer em uma casa com tantas pessoas, muitas vezes desconhecidas, não é tarefa fácil em momentos de dor e cansaço. Porém, vivenciar a acolhida que a casa de apoio proporciona na vida dessas pessoas, em um momento de vulnerabilidade social, desperta sentimentos de gratidão e empatia. Os acolhidos vêm na casa sustentáculo essencial para a efetivação do tratamento e, possivelmente, da cura.

Nessa perspectiva faremos considerações que possam expressar a aproximação realizada ao cotidiano dos participantes da pesquisa dentro da casa de apoio.

Embora inicialmente tenha intencionado pensar na questão da centralidade das casas de apoio e o papel delas na questão do atendimento aos usuários, às pessoas que migram por motivo de saúde, a centralidade do trabalho acabou apresentando outros elementos que eram necessários para chegar nessa discussão e que tiveram o volume maior ao longo do texto.

Toda problematização realizada durante os capítulos da dissertação, buscam apontar a falta de políticas públicas mais concretas para o tratamento de saúde de pessoas que não moram em municípios bem equipados. Apontar que as casas de apoio são instrumentos que atuam no sentido de amenizar a falta de recursos municipais para atender a população com qualidade. No entanto o atendimento tem o tom de troca de favor onde se contabiliza o momento mais crucial da vida: o tratamento no contexto de adoecimento. Esta condição acentua a desigualdade da relação entre o sujeito que precisa e aos agentes públicos que “cedem” transporte, hospedagem e alimentação no contexto dessa mobilidade. Grosso modo a precarização do sistema de saúde tem proporcionado muitos desafios no sentido de contemplar a defesa dos direitos fundamentais da população, principalmente relacionado a questão de atenção à saúde. No modo estrito, a doença flutua no limite entre a vida e a morte e o apoio neste período transforma e confunde direito, favor, dádiva e dívida.

Contudo, a partir das entrevistas, percebemos que os participantes traziam para a discussão as dificuldades e angústias enfrentadas durante o tratamento médico, sobretudo sobre os deslocamentos. E mesmo com toda essa problemática do desgaste físico e psicológico, enxergavam a casa de apoio como uma parte importante nesse processo de cura. Mantinham a gratidão como maior parte do discurso. Na presente pesquisa a casa de apoio aparece como um pretexto epistemológico para compreensão de uma rede complexa e contraditória na que se organiza o atendimento de saúde entre Goiânia e os pequenos municípios do Estado de Goiás.

Nesse sentido, o estudo das casas de apoio propõe elementos que contribuem para desvendar o cotidiano desses sujeitos e fortalecer a importância de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde de qualidade em todos os níveis de atenção. Assegurar o acesso a esses serviços a toda população, independente da questão territorial. Ou seja, proporcionar saúde pública em sua completude complexa.

A presente pesquisa buscou a construção do significado do conceito do espaço, confundida a uma leitura política espacializada da saúde de Goiás, expondo as conexões entre as diferentes escalas e categorias analíticas centrais da Geografia, na perspectiva das casas de acolhimento de apoio à saúde. Levando em consideração a articulação dessas instituições coerentes a produção social da saúde em variados níveis escalares.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, Tadeu Pereira Alencar. **Goiás: novas regiões, ou novas formas de olhar velhas regiões** In: ALMEIDA, M. G. (Org.). *Abordagens geográficas de Goiás: o natural e o social na contemporaneidade*. Goiânia: UFG, 2002.

_____. **Acionando territórios: a mobilidade na região metropolitana de Goiânia e em aparecida de Goiânia**. Boletim Goiano de Geografia, Goiânia, v. 26, n. 1, p 91 – 114, 2006.

_____. **Análise das fases de urbanização do território goiano: uma resposta à atual configuração urbana de Goiás**. Revista OKARA: Geografia em debate. V.10. n.1, p.93-109, 2016.

_____. **A produção do território goiano: economia, urbanização, metropolização**. Goiânia: Editora UFG, 2016.

BACHELARD, Gaston. **A Poética do devaneio**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____. **Fragmentos de uma poética do fogo**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

_____. **O Ar e os Sonhos: ensaio sobre a imaginação do movimento**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. **A Terra e os devaneios do repouso: ensaio sobre as imagens da intimidade**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. **A Poética do espaço**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

BODEGA, Laura de Almeida. **Distribuição espacial das internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2002: deslocamentos populacionais e tipos de procedimentos**. 2005. 165 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Disponível em :<www.bibliotecadigital.ufmg.br>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BORDIEU, Pierre. **Esboço de uma teoria da prática**. In: ORTIZ, Renato (Org.). --- Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática. p. 46-81. 1994.

_____. Entrevista a Yvette Delsault: sobre o espírito da pesquisa. *Tempo Social*, v. 17, n. 1, p. 175-210, jul. 2005.

_____. **Método científico e hierarquia social dos objetos**. In: NOGUEIRA, Maria Alice & CATANI, Afrânio Mendes. (orgs.) Pierre Bourdieu. *Escritos de Educação*. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1998, p.35. [Tradução de Denice Bárbara Catani e Afrânio Mendes Catani. *Méthode scientifique et hiérarchie sociale des objets. Actes de la recherche en sciences sociales*, nº 1, Paris, jan/1975.]

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

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

_____. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações de Saúde**. (Consultas via Tabnet). Brasília, 2010. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 2016 - 2017.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Guia de recomendações**: casa de apoio em HIV/Aids. Brasília, 1998.

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

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

_____. **A Era da Informação: economia, sociedade e cultura**, vol. 1. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

CAVALCANTI, L. S. (org.). **Geografia da cidade**. Goiânia: Alternativa, 2001, p. 133-176. Comitê Nacional do Movimento de Combate à Corrupção Eleitoral. **Voto não tem preço. Saúde é seu direito!** Campanha contra a corrupção eleitoral na saúde. 1ª edição – Brasília, fevereiro de 2010.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. Comitê Nacional do Movimento de Combate à Corrupção Eleitoral. **Voto não tem preço. Saúde é seu direito!** Campanha contra a corrupção eleitoral na saúde. 1ª edição – Brasília, fevereiro de 2010.

CHAUL, Nasr Fayad. **Goiânia: a capital do sertão**. Ano XI n.6. Revista UFG, Goiânia, 2009.

_____. **A construção de Goiânia e a transferência da capital**. 2 ed., Goiânia: Ed. da UFG, 1999.

CIANCIARD, Glaucus. **Psicologia da Decoração**. Janeiro de 2010. Disponível em: <https://psiqueobjetiva.wordpress.com/category/psicologia-da-arquitetura/>. Acesso em: 07 fev. 2018.

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE (Brasil) (Org.). O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final.

CORRÊA, Roberto Lobato. O espaço urbano. São Paulo: Ática, 1995.

. Os centros de gestão do território: uma nota. Revista Território, n. 1, v. 1, 1996.

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

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

DAMATTA, Roberto. O que faz o Brasil, Brasil?. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1986.

FIUZA, Elza. Cartilha é lançada para evitar troca de votos por serviços de saúde, 2010. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2010/07/cartilha-e-lancada-para-evitar-troca-de-votos-por-servicos-de-saude-2963300.html>>. Acesso em: 03 de abr. 2014

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

GOIÁS, Secretaria de Goiás. Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças. Manual de Elaboração do Plano Estadual para elaboração do PES do Estado de Goiás para o período 2016 a 2019, SES, Goiás, 2015.

GONÇALVES, C.F. As casas de apoio no contexto das políticas públicas de saúde para as DST/HIV/Aids no Estado de São Paulo, no período de 1996 a 2003. 2006. Dissertação (Mestrado) - Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

GUIMARÃES, RB. Geografia da saúde: categorias, conceitos e escalas. In: Saúde: fundamentos de Geografia humana [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2015, pp. 79-97.

JOSGRILBERG, Fabio B. Cotidiano e invenção: os espaços de Michel de Certeau. São Paulo: Escrituras Editora, 2005.

IANNI, Octavio. Globalização: Novo paradigma das ciências sociais. Estud. Av. vol.8 n 21. São Paulo, 1994.

IBGE. Censo Demográfico 1950/2010. Até 1991, dados extraídos de [Estatísticas do Século XX, Rio de Janeiro: IBGE, 2007](#) no [Anuário Estatístico do Brasil, 1993, vol 53, 1993](#).

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

. Regiões de influência das cidades, 1993. Rio de Janeiro: IBGE, 2000b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

. Regiões de influência das cidades, 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

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

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

MACHADO, José Roberto. As centralidades urbanas: o caso da área de saúde na cidade de Maringá-PR. Revista GEOMAE - Revista de Geografia, Meio Ambiente e Ensino, v. 2, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.fecilcam.br/revista/index.php/geomae/>> index. Acesso em: 10 fev. 2017.

MARTINS, Doles, Dalísia Elisabeth. A Santa Casa e os hospitais pioneiros de Goiânia. In. Freitas, Lena Castello Branco Ferreira de. Saúde e doenças em Goiás: a medicina possível: uma contribuição para a história da medicina em Goiás. Goiânia, UFG, 1999. p.291-325, tab.

MARTINUCI, O. S.; GUIMARÃES, R. B. O meio técnico- científico-informacional, os equipamentos de imagem-diagnóstico e a desigualdade em saúde no Brasil. Geosp – Espaço e Tempo (Online), v. 22, n. 1, p. 076-095.

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

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

NUNES, Édson. A gramática política do Brasil. Clientelismo e insulamento burocrático. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

REZENDE AM, Schall VT, MODENA CM. O "adolescer" e adoecer: vivência de uma adolescente com câncer. Aletheia (Canoas). 2009 jul/dez;(30):88-100.

SANTOS, Milton. A cidade nos países subdesenvolvidos. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 1965.

_____. Sociedade e Espaço: Formação Espacial como Teoria e como Método. Boletim Paulista de Geografia, n. 54 – Associação dos Geógrafos Brasileiros, São Paulo, 1977.

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

_____. O papel ativo da Geografia: Um manifesto. Revista Território, Rio de Janeiro, ano V, n 9, pp.103-109, jul/dez, 2000.

_____. O espaço do cidadão. São Paulo: EDUSP, 2007.

_____. Técnica Espaço Tempo: globalização e meio técnico-científico informacional. 2º ed. São Paulo: Huctec, 1994.

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

SILVA, Cristiano Martins. Centralidade e mobilidade: uma análise do padrão de deslocamento dos pacientes atendidos pelo SUS em Goiás, 2010. 2014. 172 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. O Centro e as formas de expressão da centralidade urbana. Revista de Geografia. UNESP. S. Paulo. p.1-18. 1991

_____. Textos e contextos para a leitura geográfica de uma cidade média. Presidente Prudente: Pós-graduação em Geografia da FCT/UNESP, p. 235-254. 2001^a.

SOARES, M.V.B.; FORSTER, A.C.; SANTOS, M.A. Caracterização das Casas de Apoio a portadores de HIV/Aids em Ribeirão Preto (São Paulo, Brasil) e suas práticas de administração. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.24, p.169-80, jan. / mar. 2008.

SOUZA, M. J. L. ABC do desenvolvimento urbano. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

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

YAZBEK, Maria Carmelita. Classes subalternas e assistência social. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SITES CONSULTADOS:

<http://www.ibge.gov.br> Acesso em: mar.2017.

<http://www.datasus.gov.br> Acesso em: mar.2017.

<http://www.cnes.datasus.gob.br> Acesso em: nov.2017.

<http://www.saude.gov.br> Acesso em: nov.2017.

<http://www.ipea.gov.br> Acesso em: nov.2017.

<http://www.abcdasaude.com.br> Acesso em: jan.2018.

<http://www.imb.go.gov.br> Acesso em: jan.2018.

APÊNDICES

Médico(a)			
Enfermeiro(a)			
Psicólogo(a)			
Psiquiatra			
Assistente Social			
Odontólogo(a)			
Auxiliar / Técnico(a) de Enfermagem			
Cozinheiro(a)			
Auxiliar de Cozinha			
Faxineiro(a)			
Lavadeira			
Motorista			
Recepcionista			
Auxiliar Administrativo			

6- Posse de veículo:

(1) Sim → Número: _____ Tipo: _____

(2) Não → Solução para necessidades de transporte no dia-a-dia (compras, transporte de usuários, etc.)

() Taxi () Veículo de pessoa que trabalha na instituição

() Ônibus () Ajuda de vizinhos

() Outros: _____

7- Condição de utilização do imóvel:

(1) Próprio

(2) Alugado

(3) Público

(4) Privado cedido

(5) Outra: _____

8- Área Construída: _____

9- Quantidade de cômodos: _____

10- Fonte (s) de recursos:

(1) Governo Estadual

(2) Governo Municipal

(3) Produção comercial ou usuários/moradores (aposentadorias, auxílios-doença, familiares, outros)

(4) Doações/convênios com pessoas jurídicas

(5) Doações de pessoas físicas

(6) Eventos para arrecadação de fundos, inclusive bazares e brechós

(7) Outros: _____

11- Principal fonte de recursos: _____

12- Média mensal de gastos (últimos 6 meses) em R\$ _____

13- Receita média mensal (último 6 meses) em R\$ _____

POPULAÇÃO ATENDIDA

14- Média mensal de pessoas atendidas nos últimos 6 meses: _____

15- Número de pessoas atendidas segundo tipo de permanência e período médio de permanência:

Tipo de Permanência	Total de Pessoas	Permanência Média				
		Menos de 1 semana	De 7 a 14 dias	De 15 a 20 dias	De 21 a 30/31 dias	Mais de 1 mês
(1) Integral						
(2) Pernoite						
(3) Diurna						
(4) Passagem						

16- População atendida por gênero:

(1) Masculino

(2) Feminino

(3) Ambos

17- População atendida por idade:

(1) Adultos: de _____ anos até _____ anos.

(2) Crianças e adolescentes: de _____ anos até _____ anos.

(3) Qualquer idade

18- Formas de encaminhamento dos usuários:

(1) Justiça

(2) Polícia

(3) Hospitais

(4) Espontâneo

(5) Prefeitura do município de origem

(6) Outros:

—

19- Atende usuários de outros municípios:

(1) Sim

(2) Não

Especifique:

20- Critérios para desligamento dos usuários:

21- Apoio às necessidades do dia-a-dia utiliza da Casa de Apoio?

- (1) Abrigo diurno
- (2) Abrigo noturno → Número de leitos: _____
- (3) Todas as refeições
- (4) Algumas refeições
- (5) Administração de medicamentos
- (6) Encaminhamento (transporte) para exames laboratoriais e consultas
- (7) Transporte para o município de origem
- (8) Instalações e materiais relacionados à higiene pessoal
- (9) Outros: _____

22- Atividades dirigidas para a promoção de qualidade de vida dos usuários:

- (1) Informação, educação, capacitação
 - (2) Inserção social e familiar
 - (3) Profissionalização
 - (4) Assessoria jurídica
 - (5) Atividades de artesanato e afins
 - (6) Atividades físicas
 - (7) Lazer
 - (8) Outras:
-

23- Permissão para visitas:

- (1) Não → (2) Sim Critérios:
-

24- Permissão para saídas:

- (1) Não → (2) Sim Critérios:
-

25- Principais dificuldades identificadas:

- (1) Adesão ao tratamento

- (2) Relação *com* os usuários
- (3) Relação *entre* os usuários
- (4) Número insuficiente de profissionais especializados
- (5) Equipe necessita maior capacitação
- (6) Insuficiência de recursos humanos
- (7) Falta de equipamentos
- (8) Falta de materiais de consumo (medicamentos, material para curativos, material de limpeza, higiene, alimentos, etc.)
- (9) Falta de transporte próprio para realizar atividades de rotina
- (10) Outras:

26- Existe algum tipo de avaliação externa (supervisão) por órgão financiador ou outro:

- (1) Não
- (2) Sim. Especificar:

Responsável pelo preenchimento do questionário:

Função:

Data: ____/____/____.



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

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pesquisadora: Evelline Michelle Vieira Costa

Orientadora: Profa. Dra. Rusvênia Luiza

Data da entrevista ____/____/201_

Estabelecimento: _____

Entrevistado nº _____

Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
Qual a sua idade?	<input type="checkbox"/> 18 a 24 anos	<input type="checkbox"/> 25 a 30 anos	<input type="checkbox"/> 31 a 45 anos
	<input type="checkbox"/> 46 a 60 anos	<input type="checkbox"/> 61 anos ou mais	
Qual a sua origem?	<input type="checkbox"/> De Goiânia	<input type="checkbox"/> Do interior de Goiânia	
	<input type="checkbox"/> De outro estado		
Qual a sua renda mensal?	<input type="checkbox"/> Sem rendimento	<input type="checkbox"/> De 1 a 2 salários mínimo	
	<input type="checkbox"/> De 2 a 3 salários mínimo	<input type="checkbox"/> De 3 a 5 salários mínimo	
	<input type="checkbox"/> Acima de 5 salários mínimo		
* Valor atual do salário mínimo: R\$ 937,00			
Qual a sua profissão?	_____		
Você mora em qual meio?	<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Urbano	
Houve busca de tratamento em outras cidades da região antes de chegar em Goiânia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Especifique:	_____		
Qual o tratamento de saúde busca na capital? Em qual instituição de saúde faz tratamento?	_____		

De que maneira é custeado seu transporte para Goiânia?

- Recursos próprios
- Ajuda de familiares
- Auxílio de Serviços Sociais
- Ambulância ou outro veículo da prefeitura
- Outra: _____

Como você chega a tomar decisão de vir para Goiânia?

- Primeira decisão
- Encaminhamento do município de origem
- Encaminhamento de outro município
- Outra: _____

Quais os desafios encontrados em Goiânia?

- Custo com alimentação
- Deslocamento
- Atendimento dos profissionais
- Outra: _____
- Custo com transporte
- Tempo de espera
- Não conhecer a cidade

Com qual frequência você vem à capital para tratamento médico?

- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Bimestralmente
- Mais de 1 vez por semana
- Mensalmente
- Outra: _____

Especifique: _____

Quem o indicou a Casa de Apoio?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Parente | <input type="checkbox"/> Prefeitura de origem |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Vizinho |
| <input type="checkbox"/> Parente | <input type="checkbox"/> Assistente Social |
| <input type="checkbox"/> Parente | <input type="checkbox"/> Rede Social |
| <input type="checkbox"/> Funcionário do Hospital de tratamento | |
| <input type="checkbox"/> Parente | |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |

Há quanto tempo utiliza dos serviços oferecidos pela Casas de Apoio?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 mês | <input type="checkbox"/> 1 a 6 meses |
| <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 ano | <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos |
| <input type="checkbox"/> 2 a 3 anos | <input type="checkbox"/> 3 a 4 anos |
| <input type="checkbox"/> 4 a 5 anos | <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos |

Especifique: _____

Quais apoios às necessidades do dia-a-dia utiliza da Casa de Apoio?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Abrigo diurno |
| <input type="checkbox"/> Abrigo noturno |
| <input type="checkbox"/> Todas as refeições |
| <input type="checkbox"/> Algumas refeições |
| <input type="checkbox"/> Administração de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Encaminhamento (transporte) para exames laboratoriais e consultas |
| <input type="checkbox"/> Transporte para o município de origem |
| <input type="checkbox"/> Instalações e materiais relacionados à higiene pessoal |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

A Casa de Apoio possui infraestrutura adequada?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Sim |
| <input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____ |

Observações ou relatos sobre a Casa de Apoio (visão sobre a instituição, história de vida, momentos vivenciados, fazer tratamento em uma metropole, os deslocamentos para tratamento, etc):
