

Trabalho de Graduação
Curso de Graduação em Geografia

A ESPACIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO NO ALTO VALE DO RIBEIRA
(RIBEIRA- SP E ADRIANÓPOLIS- PR) SOB A ÓTICA DA GEOGRAFIA DA SAÚDE

Felipe Queiroz Miano

Prof. Dr. Adler Guilherme Viadana

Rio Claro (SP)

2014

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Instituto de Geociências e Ciências Exatas

Câmpus de Rio Claro

FELIPE QUEIROZ MIANO

A ESPACIALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO NO ALTO
VALE DO RIBEIRA (RIBEIRA- SP E ADRIANÓPOLIS- PR) SOB A
ÓTICA DA GEOGRAFIA DA SAÚDE

Trabalho de Graduação apresentado ao
Instituto de Geociências e Ciências Exatas -
Câmpus de Rio Claro, da Universidade
Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, para
obtenção do grau de Bacharel em Geografia.

Rio Claro - SP

2014

910h.71 Miano, Felipe
M618e A espacialização do atendimento médico no Alto Ribeira
(Ribeira-SP e Adrianópolis- PR) sob a ótica da geografia da
saúde / Felipe Miano. - Rio Claro, 2013
64 f. : il., figs., gráfs., forms., fots., mapas

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Geografia)
- Universidade Estadual Paulista, Instituto de Geociências e
Ciências Exatas

Orientador: Adler Guilherme Viadana

1. Geografia médica. 2. Regionalismo. I. Título.

Dedico esse trabalho exclusivamente aos meus pais Maria de Lourdes e Magno e a minha irmã Marina.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer imensamente ao meu orientador e professor Dr. Adler Guilherme Viadana, que muito me ajudou e muito me ensinou. Muito obrigado pela confiança e auxílio nos momentos complicados na confecção desse trabalho.

Gostaria de agradecer imensa e especialmente minha namorada, Aline Porto, minha amiga de todas as horas, de todos os momentos, de tantas alegrias e de algumas tristezas, muito obrigado por todo apoio, por mandar toda energia positiva que sempre precisei nos momentos difíceis, obrigado por ser minha companheira e estar ao meu lado.

Tenho muito a agradecer a toda minha família que sempre esteve ao meu lado me apoiando, cobrando e me incentivando, agradeço especialmente a minha mãe, meu pai, minha irmã e meu avô.

Sinto-me imensamente feliz em ter vindo parar nessa casa de loucos, República Vuco-Vuco, muito obrigado por esses 4 anos de loucura, gargalhadas, festas, roles, aprendizados, cervejas e longas conversas ao som de Tim Maia, e principalmente das grandes amizades que irão durar a vida inteira, com toda certeza. Aos atuais moradores que me apoiaram nessa caminhada: Doug, Flor, George, Grilo, Maresia, Natiroots, Painço, Tcheca e Zóid. Aos que aqui passaram e continuam fazendo falta: Buda, Dilon, Tatu, Scar, Quinze, Mozila, Tesouro, Mogli, Gambé, Renatão, Glinhas e Aos agregados: Caconde, Menegatti e Pedrão. E a nossa querida Jô, que proporcionou muito momentos engraçados.

Gostaria de agradecer aos grandes amigos que fiz fora da república, Tia, Graveto, Moça, Jú, Gabi, Mentira, Técnico, Maibi, Maricota, Marcela, Baby, Tolima, Boca e a maravilhosa equipe Geoplan Júnior que me motivou a seguir em frente. Agradecer ainda às repúblicas: Magrelos, Galápagos, Sedex, Atoas e ao grande Marcão.

Aos amigos de longa data, Ana, Aline, Carlos, Thiago, Ane, Caio, João, Tamires, Nate e Serginho, principalmente, que muito me ajudou no trabalho de campo.

Agradecimentos especiais ao Diego Santos, grande fotógrafo, ao Daniel e ao Roberto, de Ribeira e Adrianópolis que muito facilitaram e contribuíram ao acesso as informações necessárias.

A vida passa muito rápido, aproveite todos os frutos que ela te der da maneira mais intensa e leve possível.

Resumo

O presente estudo compreende uma análise sócio-espacial dos serviços prestados em unidades de saúde públicas, da região do Alto Ribeira. De todos os municípios que compõem essa região, nos limitaremos à análise das cidades de Ribeira- SP e de Adrianópolis- PR. A região caracterizada está situada na divisa entre os Estados de São Paulo e Paraná, de modo que as cidades objeto da pesquisa são de formação siamesa (sob a ótica urbanística) e conseqüentemente são limítrofes, apresentando o limite entre as cidades de ordem natural, sendo responsável por isso, o Rio Ribeira.

Uma das variáveis para a escolha desses municípios como palco da pesquisa foram as características culturais, enraizadas à suas populações, que refletem uma tensão na relação entre os habitantes de ambos os lugares. Deste modo, questões que refletem a qualidade do atendimento em saúde e até mesmo a espacialidade da distribuição das unidades básicas hospitalares, podem ser analisadas a partir do regionalismo observado nessas populações.

A metodologia utilizada é traduzida em uma pesquisa quanti-qualitativa, respaldada pela corrente da Geografia da Saúde. Traçamos como objetivos principais discutir a questão da espacialidade frente à localização das unidades de saúde, bem como a condição de acessibilidade dos usuários até estes locais; investigar como os serviços prestados são avaliados por atendentes e usuários.

Palavras-Chave: Geografia da Saúde - Regionalismo - Espacialidade

Abstract

This study comprises a socio - spatial analysis of services in public health units, the Alto Ribeira region. Of all the municipalities that make up this region, we will confine ourselves to the analysis of the cities of Ribeira- SP and Adrianópolis- PR. The featured region is located on the border between the states of São Paulo and Paraná , so that cities are object of research training siamese (in the urban perspective) and therefore are borderline , showing the boundary between the towns of natural order and responsible for it, the Ribeira River .

One of the variables for the choice of these municipalities as a stage of the research were the cultural rooted to their populations, reflecting a tension in the relationship between the inhabitants of both places features. Thus, questions that reflect the quality of health care and even the spatiality of the distribution of basic hospital units can be analyzed from regionalism observed in these populations.

The methodology is translated into a quantitative-qualitative research, supported by the current of Geography Health We draw the following main objectives discuss the issue of spatiality opposite the location of health facilities, as well as the condition of accessibility of users to these sites; investigate as services are valued by users and attendants.

Key Words: Health Geography - Regionalism - Spatiality

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Histórico sobre a Geografia Médica.....	9
1.2 História da Geografia da Saúde.....	13
1.3 A diferenciação e as semelhanças.....	15
2. OBJETIVOS.....	18
3. METODOLOGIA.....	18
4. JUSTIFICATIVA.....	19
5. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA.....	22
5.1 Dificuldades na localidade.....	33
6. RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES.....	37
6.1 Condição das estradas.....	48
7. CONCLUSÃO.....	54
REFERÊNCIAS.....	56
ANEXOS.....	59

Introdução

Este trabalho tem por objetivo mostrar uma área da Geografia muito importante e interessante que até então possui reconhecimento restrito de aplicabilidade de seus conhecimentos para as políticas públicas governamentais e quiçá da sua existência, sendo denominada atualmente de Geografia da Saúde. A área de estudo está situada na região do Alto Ribeira¹, em especial as cidades de Ribeira no estado de São Paulo e Adrianópolis no estado do Paraná, onde será tratado a questão da espacialidade dos atendimentos médicos no aglomerado urbano e nas suas cidades referência.



Iniciaremos com uma introdução a Geografia Médica, que foi a primeira ciência a associar lugar geográfico a doenças, passando em seguida para a Geografia da Saúde, com suas vertentes, sendo esta o foco de interpretação do estudo e por fim traçando uma diferenciação entre ambas.

Histórico sobre a Geografia Médica

O nascimento da Geografia Médica surge a partir do momento em que se estabelece um vínculo entre a saúde e a influência que a natureza exerce sobre ela, ou seja, qual é a responsabilidade que os fatores externos implicam nos males que prejudicam a saúde humana.

¹ O Alto Ribeira é composto por 31 cidades, sendo 24 municípios localizados no Estado de São Paulo e 7 no Estado do Paraná.

[...] geografia médica é a disciplina que estuda a geografia das doenças, isto é, a patologia à luz dos conhecimentos geográficos. Conhecida também como Patologia geográfica, Geopatologia ou Medicina geográfica [...]

(LACAZ, BARUZZI e JÚNIOR, 1972, P.1)

A Escola Hipocrática tem destaque nesse assunto, tendo como seu pai e precursor, Hipócrates, com sua obra “*Dos ares, as águas e os lugares*”, sendo que até então não havia sido feito nenhum estudo para investigar as relações entre o meio ambiente e as enfermidades. Hipócrates aponta em seu tratado as teorias sobre a influência do meio ambiente nas doenças humanas e sobre algumas particularidades físicas e espirituais dos habitantes de diferentes regiões.

Com o passar do tempo, Hipócrates, utilizando-se de seus conhecimentos, começou a fazer indagações a respeito do que poderia gerar esses enfermos, quais fatores externos seriam responsáveis. Pensando desta maneira, se propôs a analisar a influência dos fatores geográficos e climáticos nas endemias e epidemias, acreditando que "era possível conhecer uma doença pelos sintomas e que se conhecesse uma doença podia-se conseguir a cura. Não havia lugar para o conceito de contágio na época." (SANTOS, 2010, p.44)

Hipócrates, em sua época, começou a elaborar a teoria de que existem fatores climáticos que condicionam o surgimento de determinada doença e isto é observado em sua fala: “Todas as doenças nascem em todas as estações, mas algumas, em certas estações nascem e se exasperam de preferência”.

Deste modo é chamada atenção para três pontos:

- Procurar saber a influência das cidades em relação ao sol e aos ventos, para manutenção da saúde e produção de doenças;
- Examinar as propriedades das águas boas ou más;
- Esforçar-se para determinar quais as doenças predominantes, segundo as estações e de acordo com as alternativas que elas sofrem.

Os dois primeiros itens propostos por Hipócrates são usados até hoje na realização do planejamento urbano e, por arquitetos, na construção habitacional, onde é levada em conta a insolação diária em determinados pontos cruciais das residências (quartos/sala

principalmente) e a presença de vento ou circulação de ar, interna, na residência, também se faz necessária para precaver determinadas doenças respiratórias entre outras. A água que pode significar cura e também transmitir doença é de fundamental importância desde a constituição da humanidade, hoje, o tratamento de água é empregado na seleção da qualidade da água, tornando-a apta para consumo humano e evitando o contágio ou contaminação do homem, tornando-a boa.

Após toda evolução que a ciência teve desde sua origem, chegou a Idade Média, período também conhecido pelo não avanço das ciências. Pouca coisa ou quase nada foi escrito de relevância para a área da Geografia Médica naquele período. Com a chegada das grandes navegações dos séculos XVI e XVII, novamente, emergem novos estudos na área, como exemplo, o surgimento de obras de medicina tropical e dessa forma, a Geografia Médica passa a ser encarada como “Geografia das Doenças”.

No século XVIII com o surgimento do pensamento Iluminista, há a ampliação dos conhecimentos a respeito desta ciência e junto a isso a ideia de que o "ar pode influir nas distintas doenças”. No final do século XIX e início do século XX a Geografia Médica começou a ser tratado por autores e pensadores franceses o que contribuiu com a forma de se pensar esta junção de fatores, assim dando continuidade a maneira em que são analisadas e observadas as relações que o ambiente e doença exercem um sobre o outro afetando seu principal vetor, o homem. Diversos estudiosos escreveram livros que se tratavam do tema, sendo algum deles BOUDIER em 1884 com *La Géographie Médicale*, BOUDIN em 1857 com *Traité de géographie et de statistique médicales et maladies endémiques*, ALMEIDA em 1924 com *Le métabolisme basal de l'homme tropical*.

A partir deste movimento literário e pensante que despertou interesse na França, outros autores pelo globo começaram também a escrever sobre a temática Geografia Médica. E se equivoca quem acredita que era somente os geógrafos que escreviam sobre o assunto, muitos médicos no início do século XX até a sua metade pensaram sobre como o clima influenciaria na dinâmica das doenças.

Para exemplificar melhor, foi retirado um trecho da obra de ANNE-DIAS intitulado “Climatologia Médica” In *Lições de Clínica Médica* de 1946. “A climatologia médica tem por objetivo o estudo dos climas no ponto de vista de sua influência sobre o organismo humano.” (205p.).

“A Climatologia, foi a princípio, geográfica, estudando os grandes climas da Terra, sob o critério da latitude; ele foi meteorológico, considerando a interferência e a associação dos elementos atmosféricos, como a temperatura, umidade, eletricidade; ela é hoje biológica, quando estuda a influência dos fatores físicos sobre a funcionalidade dos organismos vivos.” (206p.).

E dessa forma o conhecimento a respeito das interferências climatológicas na questão das doenças foi se expandindo e se disseminando entre os grupos de estudiosos das áreas médicas e outras mais áreas do saber.

Anos mais tarde, MAYER define a Geografia Médica:

(...) a Geografia Médica lida com a aplicação dos principais conceitos e teorias derivados da Geografia Humana e Física a questão de saúde e doença. Como tal, não é apenas um subcampo da geografia de rápido desenvolvimento, mas deveria ser considerado um campo dentro da saúde pública.

MAYER diz, ainda, que as tradições da Geografia Médica incluem quatro linhas principais:

1. A análise das relações entre cultura, comportamento, população, ambiente e doença (usualmente denominada “ecologia das doenças”);
2. A identificação de padrões sociais da doença e explicação desses padrões com base nos processos social, ambiental e cultural que geram tais padrões;
3. Análise das considerações geográficas no planejamento e na administração de sistemas de saúde;
4. A consideração de saúde e doença nos contextos mais amplos da sociedade, economia política, estrutura social e padrões de poder.

LACAZ, BARRUZI e JÚNIOR explicam em seu livro *Introdução à Geografia Médica do Brasil*, que a Geografia Médica se baseou bastante na Epidemiologia, tanto é que certos pensadores, pesquisadores e estudiosos a consideram como um ramo desta disciplina. Porém, o que prevalece, na Geografia Médica, é o olhar geográfico para o

(re)conhecimento da distribuição e evolução das doenças nas variadas regiões do globo, enquanto que os estudos em Epidemiologia são desenvolvidos mais com o espírito médico de indagação, de fins e de exposição. A principal diferença entre ambas as ciências é por apresentarem enfoque de observação dos objetos distinto (doença e seus vetores condicionantes), de acordo com sua finalidade e função.

História da Geografia da Saúde

A partir de todo trajeto desbravado pela Geografia Médica, desde Hipócrates até a década de 1970, eis que no embalo desses pensamentos borbulhantes a respeito desta ciência aparece a Geografia da Saúde. Foi no encontro da UGI (União Geográfica Internacional) em 1976, em Moscou, que houve a transferência de nome da Geografia Médica para Geografia da Saúde. Essa mudança não se deu apenas no âmbito do título da ciência, mas também no que implicava seus estudos, sua influência e interferência. Porém este novo termo não teve total aceitação de todos os pesquisadores da área, o que explica a existência de ambos ainda.

A Geografia da Saúde consideraria a relação dinâmica entre saúde e lugar e os impactos tanto dos serviços de saúde quanto da saúde dos grupos populacionais na vitalidade dos lugares (KEARNS, 1993: 145).

Elucida SALEM na definição de Geografia da Saúde:

(...) a Geografia da Saúde é o estudo descritivo e explicativo das disparidades espaciais de saúde. Ela identifica e hierarquiza para cada tipo de unidade espacial, os fatores de risco para a saúde (ambientais, sociais, culturais. etc.). Ela traz, então, um interesse particular à geografia das doenças e do sistema de cuidados (oferta, atividade, recursos) confrontado aos dados geográficos gerais. Os indicadores sanitários contribuem assim à geografia geral dos lugares. (...) Entre as ciências sociais que abordam estes problemas, a abordagem geográfica se distingue pelo interesse dado às dimensões espaciais e notadamente territoriais da saúde. Esta abordagem é dialética: ela visa, de um lado, a estabelecer o elo entre os modos de ocupação do espaço, enquadramento territorial e saúde; de outro, a avaliar a origem

dos fatores de saúde na dinâmica espacial dos lugares considerados. (LÉVY & LUSSAULT, 2003: 811)

Na década de 1980, a Geografia da Saúde vem com abordagens críticas e de cunho social, e incorporando novas ferramentas como o SIG. A área de saúde tem feito várias iniciativas para a implantação do SIG, seja através de parcerias entre órgãos do sistema único de saúde, seja com prefeituras e universidades: intercâmbio de bases cartográficas, técnicas, metodologias e capacitação de pessoal. (PEREHOUSKEI, N. A & BENADUCE, G. M. C., 2007).

A partir de 1980, a Geografia da Saúde começa a se diversificar. Esse pluralismo pode ser agrupado em cinco abordagens dominantes, embora não excludentes, de acordo com Curtis & Taket, 1996. (apud BARROZO, 2011):

- a) *Análise espacial da mortalidade, morbidade e dos indicadores de saúde*, e a pesquisa das causas ambientais e sociais que podem ser associadas a estes eventos. Em geral, tais estudos são do tipo ecológico, descritivos, cujo objetivo é gerar hipóteses etiológicas a partir dos padrões espaciais. Incluem tanto doenças infecciosas quanto crônico-degenerativas, que são estudadas com métodos quantitativos cada vez mais sofisticados;
- b) *Análise espacial dos recursos sanitários*, incluindo a organização estrutural e geográfica dos recursos médico-hospitalares, as desigualdades entre a oferta e a demanda de serviços e de cuidados e o papel dos fatores comportamentais que influenciam ou não os recursos aos cuidados;
- c) *Abordagem da corrente humanista*, incluindo os desenvolvimentos recentes em geografia humana. Tal abordagem se apoia fortemente em outras disciplinas como Antropologia, Sociologia e Psicologia. Em geral, a investigação é qualitativa, por meio de entrevistas, cujo objetivo é elaborar uma construção social da saúde e da doença. Incluem ainda, estudos sobre a avaliação da satisfação dos pacientes;
- d) *Abordagem da corrente estruturalista/materialista*, que se apoia em diferentes tipos de teorias sociais. Destacam-se os trabalhos sobre o “bem-estar” e a qualidade de vida dos seres humanos. Tal abordagem vai além da análise

descritiva para explorar o papel dos processos socioeconômicos e políticos na produção das desigualdades de saúde e de distribuição de recursos;

e) *Abordagem da corrente cultural*, que insiste na importância do espaço e dos lugares para os indivíduos e sua saúde. A noção de paisagem terapêutica engloba vários conceitos da geografia cultural: senso de lugar, paisagem simbólica, territorialidade, marginalização.

Este trabalho vai de encontro principalmente com os itens que dizem respeito à Análise espacial da natalidade e morbidade e dos outros indicativos da saúde, Análise espacial dos recursos sanitários, Abordagem da corrente humanística e Abordagem da corrente estruturalista/materialista, em especial, no momento em que é descrito: Essa abordagem vai além da análise descritiva para explorar o papel dos processos socioeconômicos e políticos na produção das desigualdades de saúde e de distribuição de recursos.

A exclusão do item (e), proposto por Curtis & Taket, se deve ao fato de que embora haja o cenário natural exuberante na localidade do estudo, a proposta de paisagem terapêutica não é o enfoque e não se aplica no presente estudo.

A diferenciação e as semelhanças

A grande diferenciação de Geografia Médica e Geografia da Saúde estão no modo como a ciência observa a associação de doença e lugar geográfico. No caso da Geografia Médica, como já foi mencionado anteriormente, ela é o "resultado da ligação da medicina com os estudos geográficos, estudo do ambiente, do habitat da população no surgimento das doenças" (SANTOS, 2010, p.43), ou seja, a Geografia Médica associa o ambiente a doença de modo inseparável, procurando fazer uma leitura da doença no território de estudo, porém algumas características não são levadas em conta, como: os serviços de saúde prestados e recebidos num dado local, os equipamentos de saúde público ou privados. Atualmente a Geografia da Saúde se preocupa com todas essas relações, não se prendendo apenas a relação doença-território, e sim a relação doença-território-homem e suas demais ligações, além da inserção do uso de ferramentas como os Sistemas de Informação Geográficos (SIG).

Reafirmando o que foi descrito acima, MEADE et al, em 1998, nos diz que, a Geografia Médica envolve a perspectiva ecológica e espacial da doença e dos serviços de saúde. E KEARNS em 1993 afirma que a Geografia da Saúde consideraria a relação dinâmica entre saúde e lugar e os impactos tanto dos serviços de saúde quanto da saúde dos grupos populacionais na vitalidade dos lugares.

A riqueza dessa área do conhecimento reside no ecletismo das abordagens e métodos (MAYER, 1982: 227) e na expansão sem precedentes da pesquisa sobre a saúde da população, pessoas e lugares (ROSENBERG, 1998: 221 *apud* In BARROZO). A chamada geografia Médica, para uns, ou da Saúde para outros, ainda tem seus limites de campo de estudos e terminologia mal definidos (PICHERAL, 1998: 229). O que torna um grande desafio estudar essas ciências.

Em seu texto, a professora Barrozo (2011) explicita e elucida: “Entendendo-se teoria como uma forma de compreender o mundo, os trabalhos em Geografia Médica ou da Saúde são criticados por apresentarem uma natureza aparentemente *a*-teórica por se esquivarem da questão de que todos os dados sobre fenômenos sociais são dependentes de conceitos, cometendo o erro do empiricismo (LITVA & EYLES, 1995: 5). De acordo com Eyles (1993) “esta visão científica ‘normal’ da teoria evoluiu da forte ligação que a Geografia Médica tem com as ‘ciências’ positivistas tais como epidemiologia, economia e ciências do comportamento”. Litva & Eyles (1995: 5) apontam a geração de teoria como o desafio central para o desenvolvimento da Geografia da Saúde”. Complementa a professora: “Os estudos aparentemente *a*-teóricos em Geografia da Saúde, na verdade seguem três grandes grupos de teorias (explícita ou implicitamente), segundo Litva & Eyles (1995: 7): o funcionalismo estrutural, o marxismo e o interacionismo simbólico”.

As localidades apresentam, historicamente, essa defasagem no sistema de saúde, onde os centros de médicos que lá estão instalados, não possuem a complexidade suficiente para atender a população quando esta apresenta enfermidades mais elaboradas. Como consequência, surge o problema de deslocamento populacional constante, que consiste na busca pelo atendimento médico para a população local, tanto os cidadãos de Adrianópolis quanto de Ribeira.

Dessa forma, assim como já explicitado anteriormente, a partir de todas essas características, diferenças e semelhanças das duas ciências, foi delimitado que o estudo

partirá das propostas e perspectivas apresentada pela Geografia da Saúde. Principalmente pelo objeto de estudo deste, presente, projeto. Onde o que é objetivado demonstrar o fluxo populacional para demais cidades para o atendimento médico, caracterizando a espacialização, cujo qual é o título deste estudo.

Objetivos

Como objetivo geral desta pesquisa, foi pretendido analisar de que forma está instituído o serviço de saúde pública prestado no recorte espacial de Ribeira e Adrianópolis. Delimitaram-se alguns objetivos específicos, discutir a questão da espacialidade frente à localização das unidades de saúde, bem como a condição de acessibilidade (infraestrutura de transportes) dos usuários até estes locais; investigar como os serviços prestados são avaliados por atendentes e usuários. Por fim, pretendemos com este ensaio, subsidiar outras pesquisas-ações, que introduzam a temática da geografia da saúde como uma necessidade de discussão no âmbito da saúde pública, levando em consideração aspectos como a espacialidade, através de um viés crítico e social.

Justificativa

A escolha do tema surgiu na realização de um projeto a respeito da espacialização do vetor dengue na cidade de Rio Claro, e através de diversas leituras a respeito da temática. A curiosidade aumentou ao ler "O Suicídio na Cidade de São Paulo" de Brando e Barrozo, que mostram diversos fatores que causam o suicídio e em que área do município de São Paulo ocorre com maior frequência. O fato de misturar o vetor saúde e espacialização é algo muito interessante e baseado nisso, foi proposto o estudo na região do Alto Ribeira sob a perspectiva da Geografia da Saúde.

O local foi escolhido por se encontrar duas cidades limítrofes com a mesma formação e origem urbanística, pertencentes a dois estados diferentes. O intuito deste ensaio é de analisar como cada estado lida com essa região excluída no âmbito da saúde pública. Esse aglomerado urbano conta com aproximadamente 10.000 hab. e em toda sua extensão não possui nenhuma unidade de emergência médica, fazendo com que em casos de emergência os pacientes sejam encaminhados as cidades referência de sua região, e tornando cada vez mais precária a situação local com relação a casos de maior complexidade médica.

A Geografia da Saúde se faz necessária nesse estudo por conseguir contextualizar todo o meio, suas relações sociais e ainda associar ao vetor saúde. Como diz Paraguassu-Chaves, (2001):

"O precário sistema de atenção médica e de saúde, a ampla desigualdade social, a instabilidade econômica, a insegurança alimentar, o limitado acesso à educação e o desemprego são alguns dos principais fatores que incidem no acelerado incremento de milhões de pessoas que vivem em precárias situações de pobreza e incerteza a nível mundial".

Infelizmente, podemos encontrar essas características citadas por Paraguassu-Chaves na região do Alto Ribeira.

A esse respeito enfatiza Barata (1985, p.19 apud SANTOS, 2010, p.47) quando diz que "O ambiente, origem de todas as coisas, de doença, deixa de ser natural para revesti-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas".

Metodologia

O primeiro passo feito para que este estudo surgisse foi o levantamento bibliográfico pertinente ao assunto abordado, deste modo, foram selecionadas algumas leituras que seriam, por hora, o essencial para se encontrar dentro da temática. Sendo assim, diversos textos, livros e artigos foram trabalhados com o intuito de fazer a primeira parte do projeto, sendo este, o histórico da Geografia Médica e da Geografia da Saúde, a partir desse embasamento pode-se compará-las, para assim conseguir chegar a sua diferenciação e suas semelhanças.

Depois de realizada esta primeira fase de levantamento bibliográfico, foi realizado o primeiro trabalho de campo à região do Alto Ribeira, saindo de Rio Claro e caminhando para Ribeira. Neste trabalho de campo o objetivo era de fazer uma entrevista ao corpo técnico da saúde, tanto de Ribeira como de Adrianópolis, fazer o reconhecimento da região e colher alguns dados referentes à temática. Em outro trabalho de campo as cidades, foram elaborados questionários para aplicação a população, tendo este o objetivo de entender, de fato, o que os cidadãos sentem com relação ao setor da saúde. Além da aplicação dos questionários, o trabalho de campo serviu para nova coleta de fotos das Unidades de Saúde, coleta de mais dados da gestão

pública com relação ao deslocamento de pacientes para as cidades referência, frequência por período e quantidade de pacientes e novas entrevistas com os Secretários da Saúde.

O questionário aplicado é fechado e simples, com respostas de sim ou não e apenas uma questão de avaliativa, sendo esta relacionada à satisfação do público com o serviço médico local. Foi abordado 1% da população de cada município, totalizando 98 questionários aplicados.

Foram entrevistados tanto homens quanto mulheres de idades variadas. O gênero das pessoas entrevistadas seguiu proporcionalmente ao total absoluto da população de cada município. Desta maneira em Ribeira foram abordadas 34 pessoas, sendo 18 homens e 16 mulheres, e em Adrianópolis foram abordadas 64 pessoas, sendo 34 homens e 30 mulheres.

Na primeira questão foi buscado, realmente, saber o que a população sente e avalia a respeito das atuais condições do serviço de saúde de seu município.

A segunda questão objetivou identificar se há facilidade ao acesso a rede de saúde quando se faz necessário.

Por se saber de antemão que os municípios não são munidos de centros de maior complexidade de atendimento médico, as questões 3 e 4 foram no sentido de se saber quantas pessoas já precisaram ser atendidas fora de seu município e dessa maneira poder-se espacializar o deslocamento dos que necessitam deste serviço.

Assim como nas duas questões anteriores, de antemão, já sabíamos que os municípios adotam em sua estratégia levar a saúde em todo seu território, sendo assim, a questão 5 nos trás do ponto de vista dos que utilizam dessa estratégia, se a maneira em que está distribuído as unidades de saúde pelo corpo do município atende a toda população ou se é necessário um longo deslocamento para o atendimento.

Um dos objetivos deste estudo é o de verificar se há necessidade dos cidadãos serem atendidos nas cidades opostas, e é com esse intuito que a questão 6 foi feita, além de buscar saber como o cidadão compreende a diferenças do sistema de saúde, se existir.

Questionário para aplicação a população:

1- Como você avalia o serviço de saúde em Ribeira/Adrianópolis? (a cidade vai variar de acordo com a pessoa abordada).

Ótima Boa Regular Insatisfatória

2- É fácil ter acesso aos médicos ou ao serviço de saúde?

Sim Não

3- Você já precisou ser encaminhado para outra cidade enquanto doente? Se sim, qual cidade?

Sim Não Qual?

4- Você conhece alguém que já precisou ser atendido fora da cidade? Se sim, qual cidade?

Sim Não Qual?

5- Você acha que os postos de saúde estão bem distribuídos pela cidade?

Sim Não

6- Você já precisou ser atendido em Ribeira (para quem é de Adrianópolis) ou Adrianópolis (para quem é de Ribeira)?

Sim Não

Julho, 2013

Caracterização da Área

O Vale do Ribeira fica localizado no sul do estado de São Paulo e a leste do estado do Paraná, sendo composta por 31 municípios (vide figura 1), sendo grande parte deles situados no lado paulista. No mapa abaixo está representado o Vale do Ribeira em sua totalidade, abrangendo os municípios das duas Unidades Federativas que o compõe.

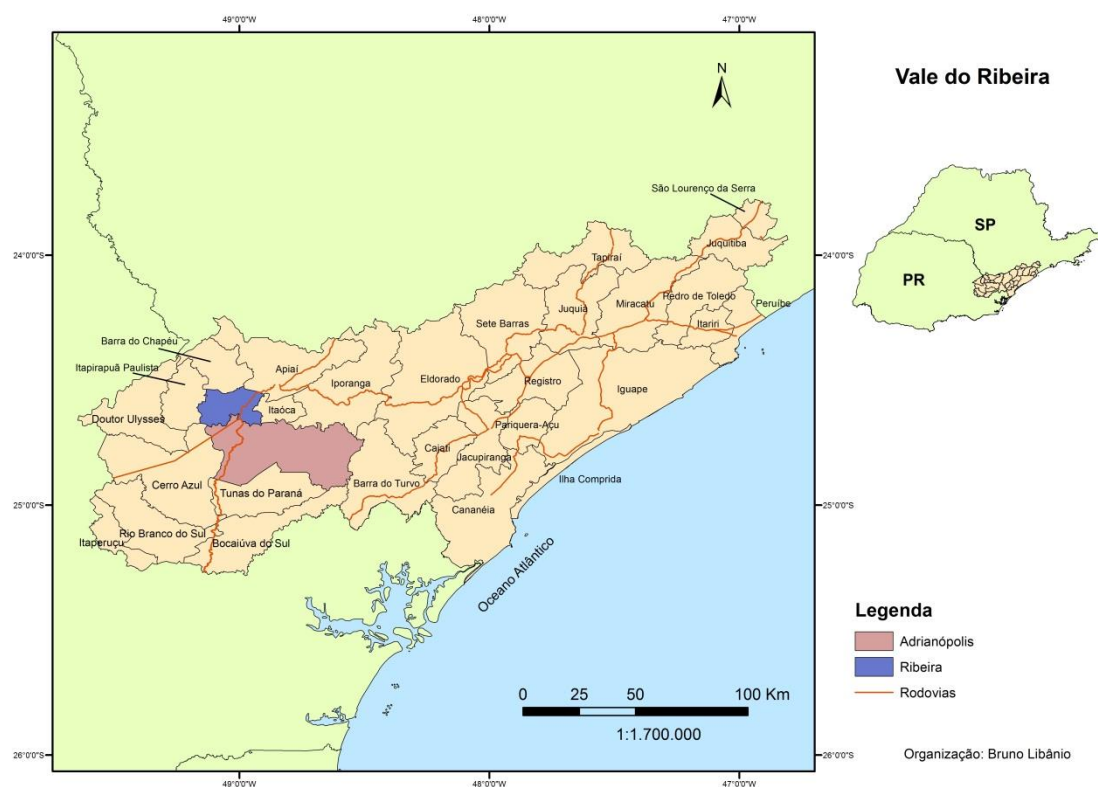


Figura 1

Observando e estudando melhor o Plano de Desenvolvimento do Vale do Ribeira e Litoral Sul: Preliminares e Indicações de Obras Prioritárias. Redigido no Estado de São Paulo pela Secretaria dos Serviços e Obras Públicas em 1965.

Foram extraídos do PDVRLS alguns trechos que tem o poder de representar de maneira real o que é visto e sentido pela população dessa região opaca:

“No Alto Ribeira, as administrações públicas não tem podido acompanhar o progresso verificado no Estado de São Paulo”.

“As administrações municipais não tem conseguido elevar os padrões locais de urbanismo, educação, saúde, etc.”.

“O poder estadual tem conseguido com que seus serviços, naquela sub-região, funcionem a contento, apesar de tentar a melhoria dos mesmos. Contudo as próprias condições da região não conseguem atrair para lá, principalmente técnicos necessários a efetivar a assistência governamental”.

A administração pública de Ribeira também não tem podido dispor de meios financeiros e matérias, suficientes para poder atender às necessidades da localidade. (...) tem como principal meta do seu governo, a construção, reconstituição e conservação de estradas municipais, tendo, além disso, que complementar os serviços de água e promover a construção da rede de esgotos.

Dessa maneira, usando as concepções de Milton Santos: A cidade é uma totalidade, feita de coisas e pessoas, de objetos e relações, de formas e ações, num movimento desigual e combinado, numa dinâmica de cooperação e conflitos. Portanto, não é apenas a soma de parcelas, nem apenas um sistema de objetos, mas o conjunto da base material e da vida que o anima. (SANTOS, 2006)

Sendo a cidade um objeto de processos incessantes de transformações que atingem aquelas áreas necessárias à realização das atividades modernas de produção e de circulação e consumo.

A cidade, assim como qualquer coisa que habita algum lugar no universo pertence a algum espaço, sendo esse ou aquele espaço o resultado do casamento indissolúvel entre sistemas de objetos e sistemas de ações. (SANTOS, 2006) Porém dentro desse espaço, os sistemas de ações, e dos objetos e do próprio tempo não são homogêneos em sua totalidade. Apresentando variações dentro de vários instantes (sendo, essa, outra classe do tempo), assim, o objeto de ações na cidade apresenta rugosidades, áreas de opacidade e de luminosidade, locais de concentração de agentes hegemônicos e locais que podem ser classificados como deprimidos se comparados aos demais. Saindo da escala ação e partindo para a outra porção indissociável do espaço, o tempo, que se une ao espaço através da técnica, o temos, dentro das cidades variando de lugar para lugar, de pessoa para pessoa e porque não, de ação para ação, tornando o tempo rápido para os conectados e sintonizados ao mundo globalizado e o tempo lento a parcela da população excluída e que “margeia” esse sistema. “Dessa maneira, a análise do tempo e do espaço através da técnica nos permite aprender as relações entre o novo e

o velho, o Estado e o mercado, o global e o local em suas relações dialéticas”. (SANTOS, 1985)

Com as transformações históricas das cidades ao passar do tempo, a cidade começa a deixar de lado, não por vontade própria, mas por ‘força’, ou melhor, dizendo, pelo poder hegemônico que o capital exerce sobre o espaço, sua função primária de abrigar pessoas, influenciada em sua maneira de agir e redefinida suas ações de acordo com as necessidades e vontades dos agentes mais fortes e com grande capital, em outras palavras, a cidade é moldada de acordo com a vontade do capital.

O processo de urbanização ocorre em praticamente todas as cidades que tem influencia do modelo capitalista, assim, essas cidades acabam por si só adquirindo setores de funcionalidades dentro do espaço urbano – a cidade começa a produzir lugares de rigidez e espaços de fluidez. Lógico, que quando se diz que ela começa a adquirir esses espaços, vale ressaltar, que não é com naturalidade dentro do seu próprio tempo, mas novamente por ação do capital – exceto o caso da cidade de Brasília, que já foi planejada e pensada para realizar essas funções desde o seu primórdio.

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 (SANTOS, 1987) e nas infraestruturas, ao sabor das exigências sempre renovadas da ciência e da tecnologia. Ao se ler esse trecho retirado da obra de Milton Santos, não se pode deixar de enxergar de maneira alguma que é o capital agindo no território e remodelando-o a sua vontade.

Nos espaços que sofrem essa interferência e mudança de função da cidade, consegue-se ver com mais exatidão dentro de si, as contradições do capital, aplicando isso um pouco mais na prática, começam a se formar bolsões na mancha urbana que estão mais ligados a internacionalização e a lógica externa global mercadológica, fazendo assim a sua porção adquirir essa funcionalidade.

O território nacional é hoje um subsistema do planeta e internamente se define como um subsistema da sociedade. Trata-se de um elemento fundamental das mudanças internacionais e internas. (...) o território é hoje marcado pelo fato de que não há mais espaços vazios, sendo todo

ele ocupado por dados atuais – do mundo já concreto ou do mundo das intenções. (SANTOS, M. p.21, 2002)

São as áreas que as grandes empresas multinacionais se localizam, são as áreas que estão localizadas as bolsas de ações, onde todas as políticas aplicadas nesse setor não são voltadas para benefício do espaço circundante, mas sim para benefício do capital. A região se torna mais fluida e mais rígida, pois adquire funcionalidades em todos os seus desmembramentos. Dessa forma, o circuito superior vai se tornando hegemônico, por concentrar maior fluxo financeiro e “dinamizar” a cidade. Em contrapartida, surge o circuito inferior ou circuito superior marginal, que vão exatamente à contramão desse processo, logo de início, nota-se que esses circuitos se dão em locais que não estão completamente conectados com o sistema ou se estão, isso se dá de menor intensidade, ou seja, se dão em áreas de opacidade, onde o tempo passa mais devagar que nos demais locais conectados, são locais mais humanizados, onde as relações sociais entre pessoas e com o espaço se expressam de outra maneira – a modo antiga. O espaço é mais plástico, logo, menos fluido, porém mais moldável e de maior adaptabilidade às necessidades cotidianas.

Nesses circuitos inferiores, as trocas de serviços, de mercadorias não alcançam o outro lado do mundo, não recebe todo o capital externo e também não recebe apoio do governo como acontece no circuito superior. Desse modo, conseguimos aplicar a frase de Milton Santos - O Estado e o capital estão em toda parte, embora de forma diferenciada. E esse é um exemplo de como se dá esse dinamismo.

Por conta desse fator de diferença de tempos rápido e lento que se dão nesses locais de diferentes circuitos espaciais, podem-se explicar algumas migrações do ponto de vista geográfico, fugindo um pouco do que já se está acostumado a ouvir, que é sob uma ótica sociológica e histórica.

Com isso, Milton Santos em seu livro *O País Distorcido*, diz:

As grandes migrações são, alias uma resposta e representam, na maior parte dos casos, uma queda no valor individual: o abandono não desejado da rede tradicional de relações longamente tecidas através de gerações; a entrada já como perdedor em uma outra arena de

competições cujas regras ainda tem de aprender; a ruptura cultural com todas as suas sequelas e todos os seus reflexos. A maior parte das pessoas não é, hoje, diretamente responsável por estar aqui e não ali, vítima de migrações que podem ser qualificadas como forçadas. Os lugares todos se descaracterizam, os antigos cimentos e fidelidades se desfazem, e as novas elaborações são forjadas sem autonomia e autenticidade. Como renovar fidelidades e cimentos, como recriar sociabilidades, que colaboram até mesmo para a eficácia das administrações? Os fados da vida municipal, sobretudo nas regiões metropolitanas, se alteram gravemente, incluindo variações desnorteadoras no capítulo da receita e da despesa públicas, multiplicando a tipologia das crises fiscais e das crises urbanas e regionais, cuja medicina não pode mais ser a clássica. (SANTOS, M. p.22, 2002)

Com o fato de migrações descontroladas para qualquer que seja a cidade, elas estando bem estruturadas ou não, acarreta no “boom” demográfico e a partir desse momento, quando a cidade já não tem mais como suportar os novos cidadãos que não param de chegar, dá-se início aos processos de intensa periferação.

Nosso esforço deve ser o de buscar entender os mecanismos dessa nova sociedade, fundada nos tempos lentos da metrópole e que desafia a perversidade difundida pelos tempos rápidos da competitividade.

Para entender-se de fato o que tem acontecido nas cidades, precisamos fugir um pouco do que a grande mídia e os agentes hegemônicos nos transmitem, pois são todas informações cheias de “veneno”, no que diz respeito a induzir o cidadão a entender a situação da maneira que querem que seja entendido. Desse modo, necessita-se entender todos os viés que envolve determinado assunto, para que se possa ter uma visão diferenciada da realidade exposta por esses agentes.

Emendando no pensamento de TORRES RIBEIRO e que segue o mesmo sentido do que se tentou ser passado neste trecho acima, “a militarização do cotidiano contribui para o enxugamento dos vínculos sociais, forçando a lealdade absoluta a um lado da “guerra” e facilitando o descaso pelos que recusam ou não podem realizar esta

escolha”. Sendo assim, não podemos nos tornar “cegos” aos fatos e se apegar a apenas uma “verdade” que é passada por um dos lados que figuram o espaço construído.

Como diz Ana Clara Torres Ribeiro em *Territórios da sociedade: por uma cartografia da ação*:

É necessário construir outra cartografia, que desobedeça à dominante, que conta com a aliança do Estado com a mídia hegemônica. São indispensáveis outros usos da técnica e outras linguagens, que rompam a seleção espacial e social produzida pelas interpretações mais veiculadas da vida coletiva.

É notável que há vida fora do sistema hegemônico e também se pode ver que a força dos “excluídos” é grande e que eles conseguem interagir com seu redor, principalmente usando do espaço, que é plástico, a seu favor. Por certos momentos, e, do ponto de vista do capitalista, esses lugares opacos podem não ser bom para o grande capital por não ser um local de grande fluxo e de maior funcionalidade de ações e objetos – leiam-se locais de maior rigidez e luminosidade, porém, esses espaços não homogêneos são fundamentais para que se tenha vida no próprio sistema. Pois é da contradição dos fatores que se continua a existir o atual sistema.

A região do Vale do Ribeira, apesar de se apresentar essas características de opacidade e rugosidade frente principalmente aos Estados mais desenvolvidos da federação, caracterizado pela geografia humana, ainda se destaca pelas belezas naturais pertencentes à área. Sendo uma região de constante proteção ambiental e apresentando a maior área contínua de Mata Atlântica preservada do Brasil.

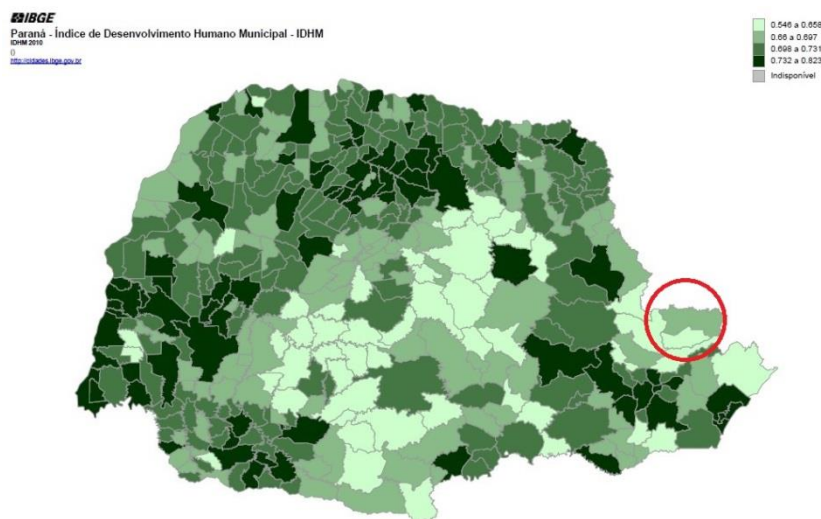
Bioma considerado um dos mais ricos conjuntos de ecossistemas em termos de diversidade biológica do Planeta, a Mata Atlântica hoje está reduzida a 7% de sua área original, ou a aproximadamente 100 mil quilômetros quadrados. Desse total, 23% se situam no Vale do Ribeira com seus 2,1 milhão de hectares de florestas, 150 mil de restingas, 17 mil de manguezais e 200 km de uma costa recortada por um conjunto de praias, estuários e ilhas. Todas essas áreas estão extremamente bem preservadas, incluindo o mais conservado banco genético das regiões Nordeste, Sudeste e Sul e a mais importante reserva de água doce dos dois estados. É fonte de subsistência para

populações tradicionais - comunidades indígenas, de caiçaras, de quilombolas e de agricultores familiares entre outros. Essas comunidades compõem um mosaico de diversidade cultural raramente encontrada em locais tão próximos de grandes centros urbanos. (Cílios do Ribeira, 2011).

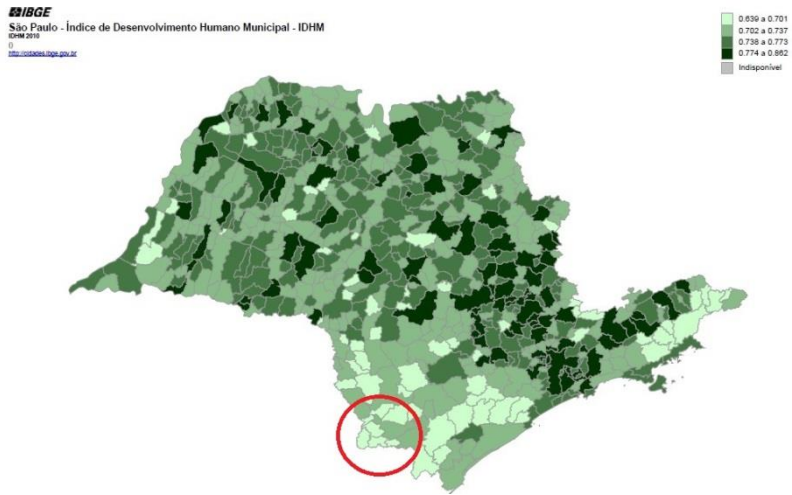
É nesse caldeirão de diversidade, complexidade e contradições que a área de estudo está situada.

Os municípios que são os alvos do estudo possuem o índice de desenvolvimento humano (IDH) considerados baixos, 0,698 de Ribeira e 0,667 em Adrianópolis, segundo último censo do IBGE de 2010. Foi-se tentado buscar por dados de morbidade hospitalar, porém, não se encontram dados disponíveis no site do IBGE, sendo o DATASUS o responsável por alimentar esse banco de dados.

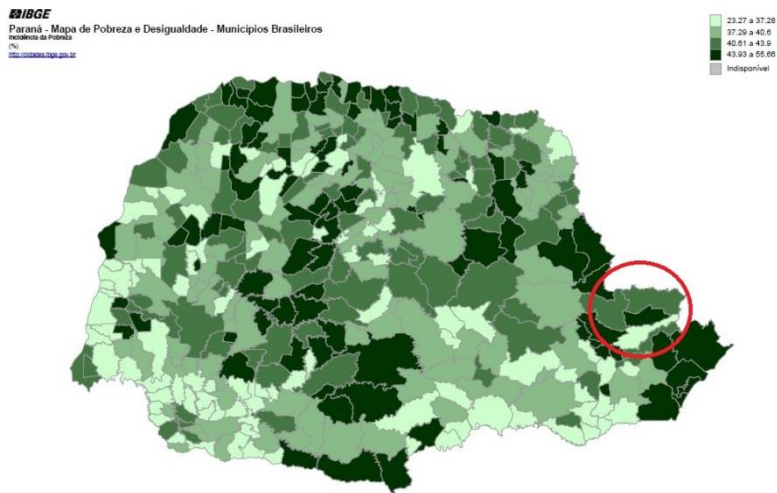
Abaixo estão 6 mapas retirados da plataforma cidades do site do IBGE, nelas pode-se traçar um comparativo visual com relação aos demais municípios do estado, sendo apresentados os temas: IDH, incidência da pobreza e Serviço de Saúde, todos em escala estadual.



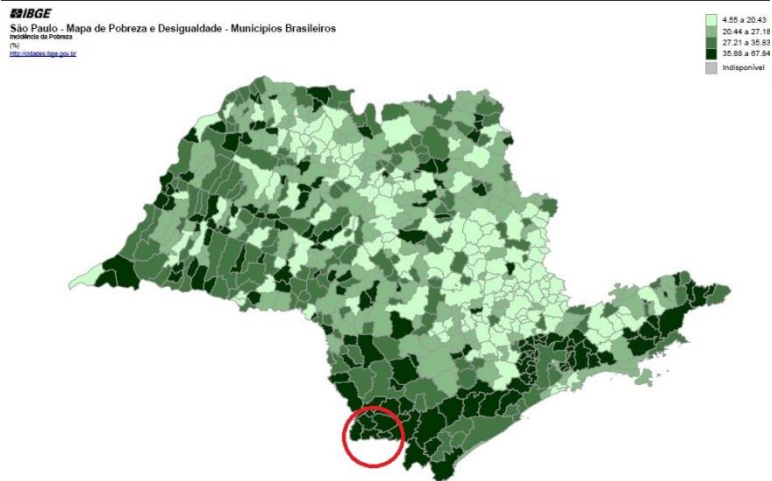
Mapa de IDH do estado do Paraná, fonte: IBGE cidades.



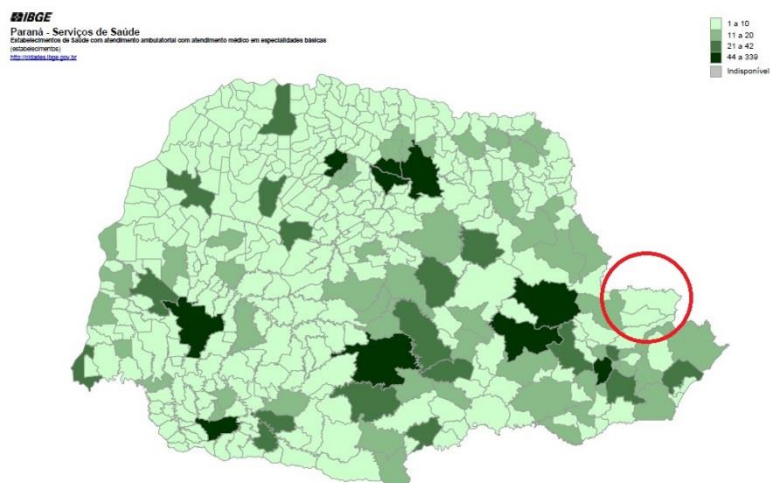
Mapa de IDH do estado de São Paulo, fonte: IBGE cidades.



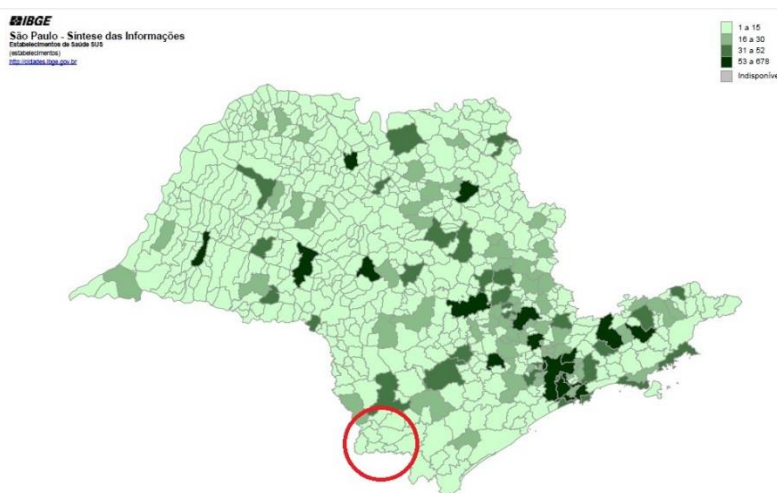
Mapa de Incidência da pobreza do estado do Paraná, fonte: IBGE cidades.



Mapa de Incidência da pobreza do estado de São Paulo fonte: IBGE cidades.



Mapa da Rede de Saúde do estado do Paraná, fonte: IBGE cidades.



Mapa da Rede de Saúde do estado de São Paulo, fonte: IBGE cidades.

As áreas que apresentam o círculo vermelho são as cidades foco, porém, pode-se observar que o entorno das cidades até certa extensão territorial apresentam as mesmas condições de desenvolvimento, prestação de serviços médicos e características de incidência da pobreza.

Os mapas foram selecionados a fim de ilustrar alguns dos pontos citados nas passagens acima de Milton Santo, Ana Clara Torres Ribeiro e Ruy Moreira, quando tocam no assunto de localidades que estão inseridas em porções opacas do território, apresentando características de rugosidade, podendo ser consideradas áreas de “exclusão”. Sendo que esta exclusão não se dá única e exclusivamente do capital, mas também de bens e serviços prestados e ofertados as populações de uma localidade.

Retomando na questão do Vale do Ribeira, como foi comentado no início deste capítulo, essa área abrange porções de duas unidades federativas, sendo a região estado de São Paulo composta pela maior parte dos municípios que formam essa porção territorial. São 24 municípios aglomerados na região Sul do estado responsáveis por impulsionar o Vale do Ribeira Paulista, sendo eles: Apiaí, Barra do Chapéu, Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Itariri, Ilha Comprida, Iporanga, Itaóca, Itapirapuã Paulista, Jacupiranga, Juquiá, Jujutiba, Miracatu, Pariquera-Açú, Peruíbe, Pedro de Toledo, Registro, Ribeira, Ribeirão Grande, São Lourenço da Serra, Sete Barras e Tapiraí. (Vide figura 2)

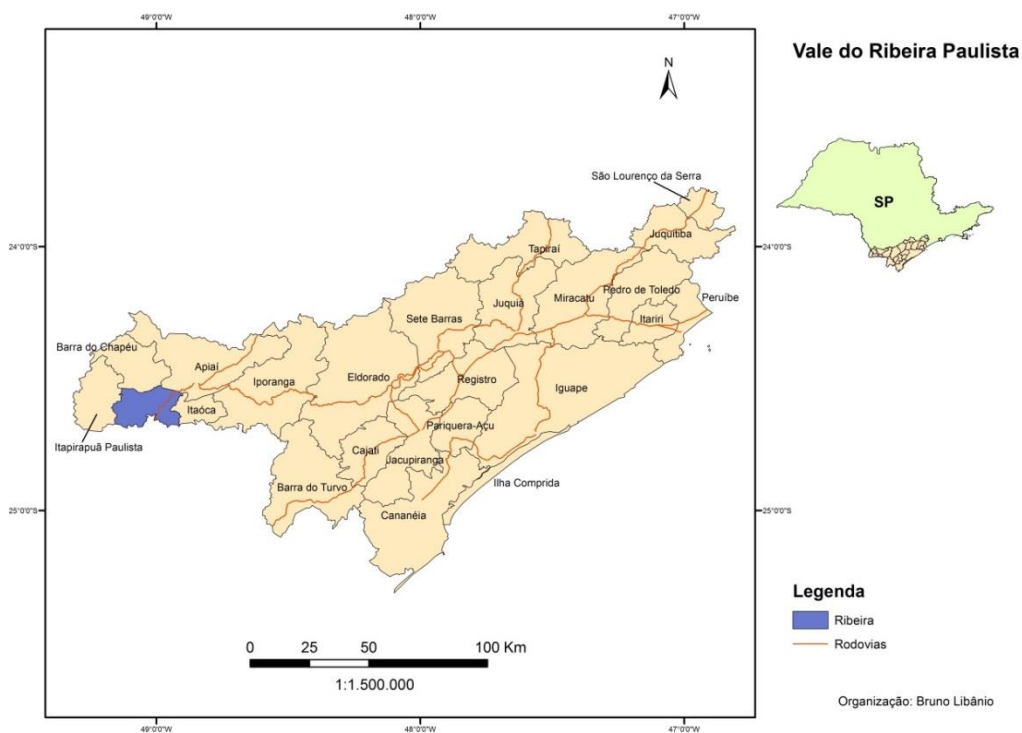


Figura 2

O Vale do Ribeira Paranaense é composto por 7 municípios, são eles: Adrianópolis, Bocaiúva do Sul, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Itaberuçu, Rio Branco do Sul e Tunas do Paraná. (Vide figura 3)

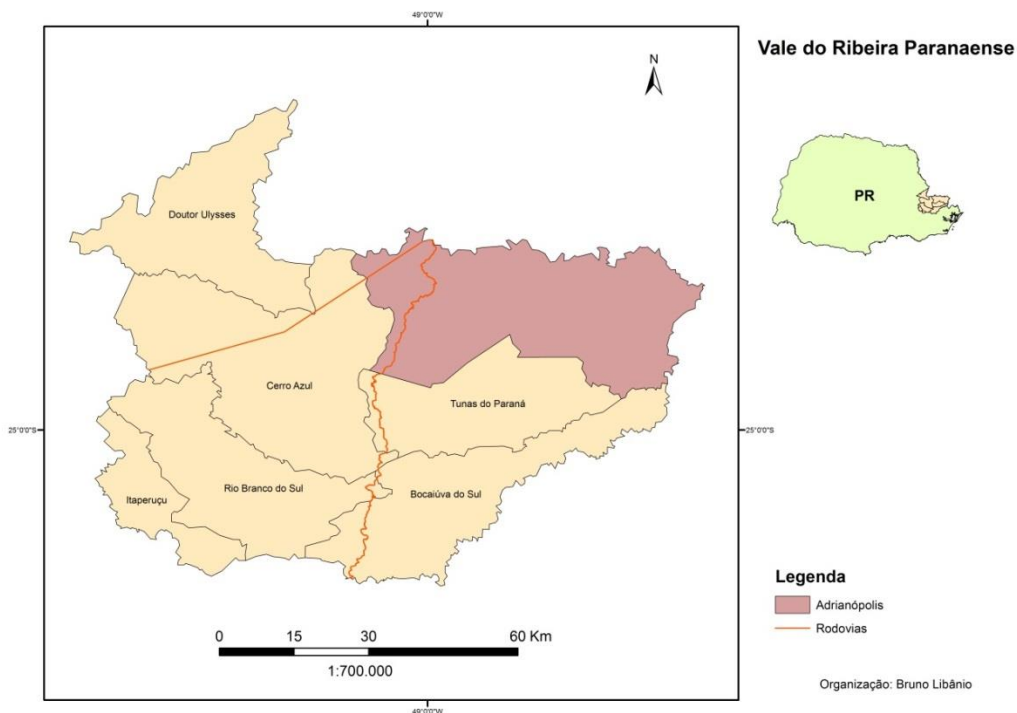


Figura 3

Vale salientar que houve dificuldade em encontrar consenso entre a quantidade de municípios envolvidos no Vale Ribeira, por isso, foram adotados valores retirados de fontes governamentais, no caso do lado paulista, foi-se pesquisado no site do Governo do Estado de São Paulo. E do lado paranaense, o valor foi retirado da página da Universidade Federal do Paraná (UFPR), com endereços eletrônicos indicados na bibliografia eletrônica.

A imagem abaixo foi retirada do google maps, opção satélite, com ele conseguimos acompanhar o limite de ordem natural que separam as cidades, o Vale do Ribeira Paulista do Paranaense e conseqüentemente os estados de São Paulo e Paraná.

Dificuldades na localidade



Fonte: Google Maps – Imagem aérea de Ribeira e Adrianópolis. Acesso: Agosto de 2013.

A proposta de se adicionar essa imagem ao estudo é a de explicar a situação delicada que as cidades passam em período de chuvas intensas, como consequência, a quais situações os seus cidadãos são expostos. Será observado por um viés da Geografia da Saúde no que tange aos equipamentos urbanos relacionados à saúde.

A fim de melhor ilustrar a proposta que será brevemente abordada neste trecho, foi-se retirado do site IPMET plataforma banco de dados – desastres naturais, algumas datas que tiveram como consequência o transbordamento do Rio Ribeira ocasionando em enchentes nas Unidades de Saúde, além da exposição da população a doenças. Uma vez que a cidade de Ribeira não possui saneamento básico, tendo seu esgoto despejado diretamente no rio.

Fonte: Defesa Civil
Data do evento: 01/08/2011
Hora: 05h00
Localização: Ribeira - SP
Fenômeno(s): Chuvas fortes
Dano(s): 200 Desabrigado(s), Transbordamento de Rios e Córregos e 65 Desabamentos/Rachadura/Danos em Imóveis
Total de Danos: 265

<p>Total de Vítimas: 200</p> <p>Fonte: G1</p> <p>Data do evento: 04/06/2012</p> <p>Hora: sem informação</p> <p>Localização: Ribeira - SP</p> <p>Fenômeno(s): Chuvas fortes</p> <p>Dano(s): 40 Desabrigado(s), Transbordamento de Rios e Córregos, Danos em Pontes e Inundações Graduais</p> <p>Total de Danos: 40</p> <p>Total de Vítimas: 40</p>
<p>Fonte: Defesa Civil</p> <p>Data do evento: 25/06/2013</p> <p>Hora: 02:15h</p> <p>Duração: longa duração</p> <p>Localização: Ribeira - SP</p> <p>Fenômeno(s): Chuvas moderadas</p> <p>Dano(s): 1 Ferido(s) , 2 Vítima(s) fatal(is), Deslizamento de terra e Desabamentos/Rachadura/Danos em Imóveis</p> <p>Total de Danos: 3</p> <p>Total de Vítimas: 3</p>

Fonte: IPMET, 2013.



Imagem 1 – fonte: site O vale do Ribeira



Imagem 2 – fonte: O vale do Ribeira



Imagem 3 – fonte: Diego Willian Santos

As imagens 1 e 2 nos mostram o que ocorre nas cidades quando se tem o transbordamento do rio Ribeira, por as cidades de Ribeira e Adrianópolis se encontrarem localizadas em uma área sensível, bem no meio do Vale, a partir do momento que o rio extravasa, logo, tem-se as cidades inundadas.

A imagem 3 ilustra as paredes do Posto de Saúde sede da cidade de Ribeira, e atualmente o único em funcionamento na cidade, onde se pode observar o nível máximo que as águas atingiram dentro da edificação em um dos momentos de grande extravio das margens do rio Ribeira.

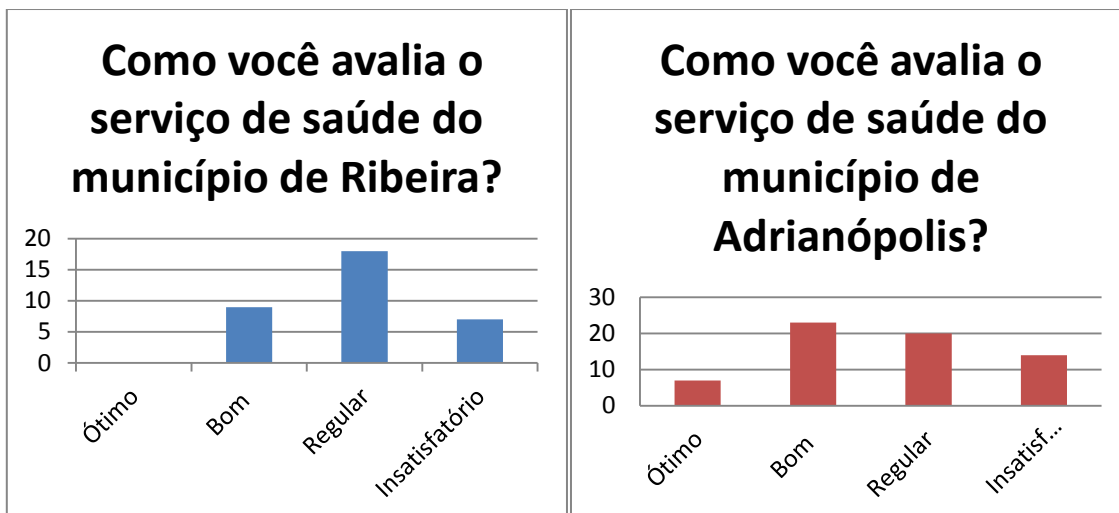
Se formos analisar friamente a localidade, essa porção do território está fadada a processos de inundações constantes, uma vez que é o processo natural do curso hídrico em detrimento de uma grande precipitação em sua cabeceira ter como resposta a essa grande vazão d'água, as planícies de inundações sendo invadidas pela água, assim cumprindo sua função.

O que se deve entender é que existe a necessidade real de um programa de saneamento na cidade de Ribeira, uma vez que em momentos de tragédia como essas acontecidas nos últimos 2 anos, são frequentes, tem-se devolvido à cidade, sem tratamento, todo o esgoto gerado e descartado de maneira ineficiente e expondo a população a esse risco de enfermidade.

Se formos fazer um recorte temporal, Hipócrates a muito tempo já havia levantado a questão da qualidade da água, assim como foi citado na introdução e explanação da Geografia Médica presentes nesse trabalho.

Cuidar da água, das condições de habitação, dos equipamentos de saúde é cuidar bem da cidade e dos seus habitantes.

Resultados e Considerações

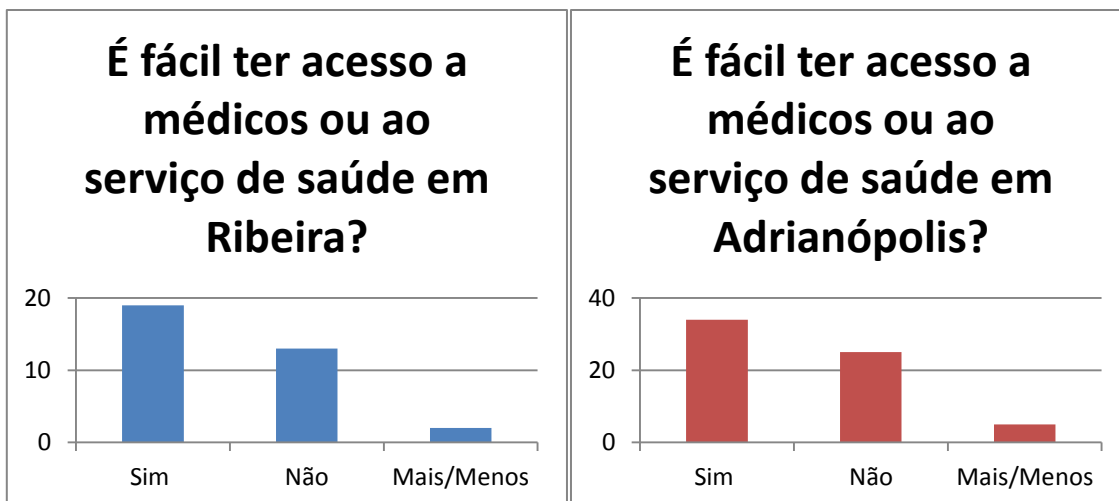


Gráficos 1 e 2

Neste primeiro comparativo, é notável a maneira que os cidadãos interpretam e sentem o modo que o serviço de saúde os afeta. O resultado entre as duas cidades são bem discrepantes, sendo Adrianópolis melhor avaliada pelos seus próprios usuários.

Ao passo que Ribeira apresentou 0% dos entrevistados considerando um serviço de saúde de excelência, Adrianópolis nos mostrou 11% da população avaliada (7) satisfeitos com seu serviço de saúde. Seguindo para as respostas seguintes, 26,5% dos entrevistados (9) de Ribeira consideraram a situação do serviço de saúde boa no município, enquanto que 35,9% avaliaram (23) como bom o serviço de saúde de Adrianópolis. A resposta que aponta a avaliação como regular foi a que mais teve votos em Ribeira, correspondendo a 52,9% da amostra (18) e também recebendo bastante votos em Adrianópolis com 31,2% (20). Insatisfatório ficou com 20,6% (7) da avaliação de Ribeira e 21,9% (14) de Adrianópolis.

Embora Adrianópolis tenha obtido um desempenho superior ao de Ribeira, não se pode esconder que prevalece o descontentamento dos cidadãos neste quesito, sendo que do total de 98 pessoas entrevistadas, totalizando 100% do tamanho da amostra, 59 pessoas ou 55,1% dos entrevistados ficaram nas faixas correspondentes a Regular e Insatisfatório. Sendo desde total: 25 pessoas de Ribeira (73,5%) e 34 pessoas de Adrianópolis (53,1%).

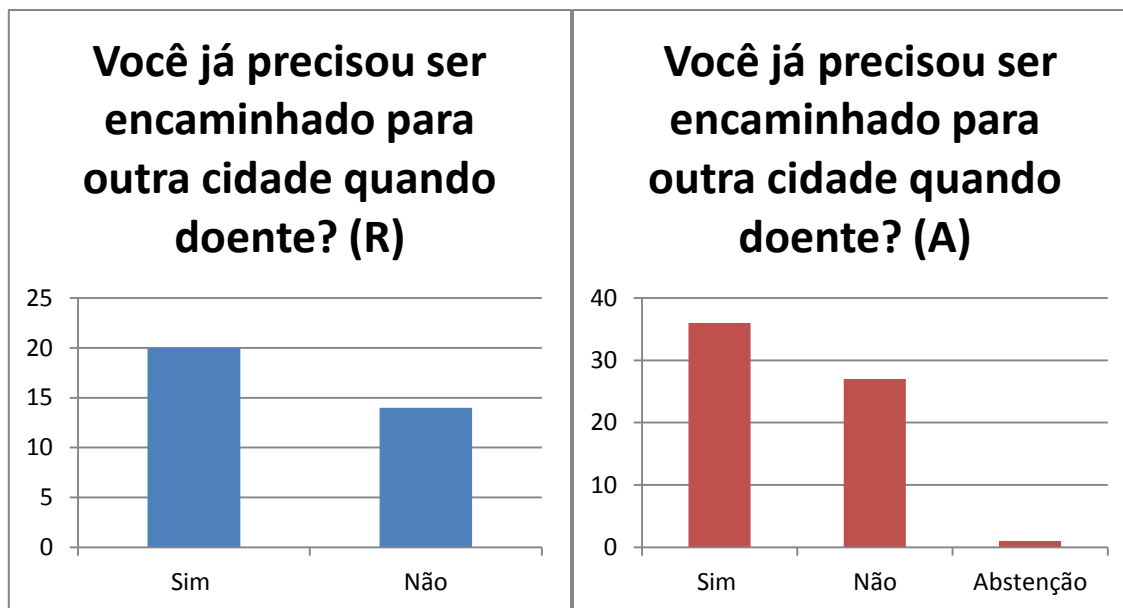


Gráficos 3 e 4

De maneira geral, o resultado explicitado neste comparativo nos mostra um ponto positivo no que diz respeito à acessibilidade do cidadão aos mecanismos de saúde, sendo os postos de saúde, tanto os PSF quanto o PSA, e também aos médicos disponíveis.

Quando questionada a população a responder esta questão, quase que de maneira unânime foi-se abordado o momento singular o qual o Brasil está passando e que será comentado sucintamente mais a frente, tentando relacionar a área estudada, sendo este momento o da falta de médicos disponíveis a atendimento em locais isolados, principalmente.

Tanto Ribeira com 55,9%, totalizando 19 pessoas, quanto Adrianópolis 53,1%, num total 34 pessoas, consideram que não é difícil ter acesso aos serviços de saúde quando necessário, que encontram médicos nas unidades de saúde se precisarem. Na cidade paulista, 38,2% ou 13 pessoas encontram dificuldades em contatar um médico ou o próprio serviço de saúde quando necessário, no lado paranaense 39,1% ou 25 pessoas consideram que não é fácil ter acesso a esses serviços. 5,9% ou 2 pessoas de Ribeira consideram que não é muito complicado e também não é tão facilitado o acesso a saúde quando necessário, em Adrianópolis a porcentagem é de 7,8% ou 5 pessoas que compartilham desta opinião.

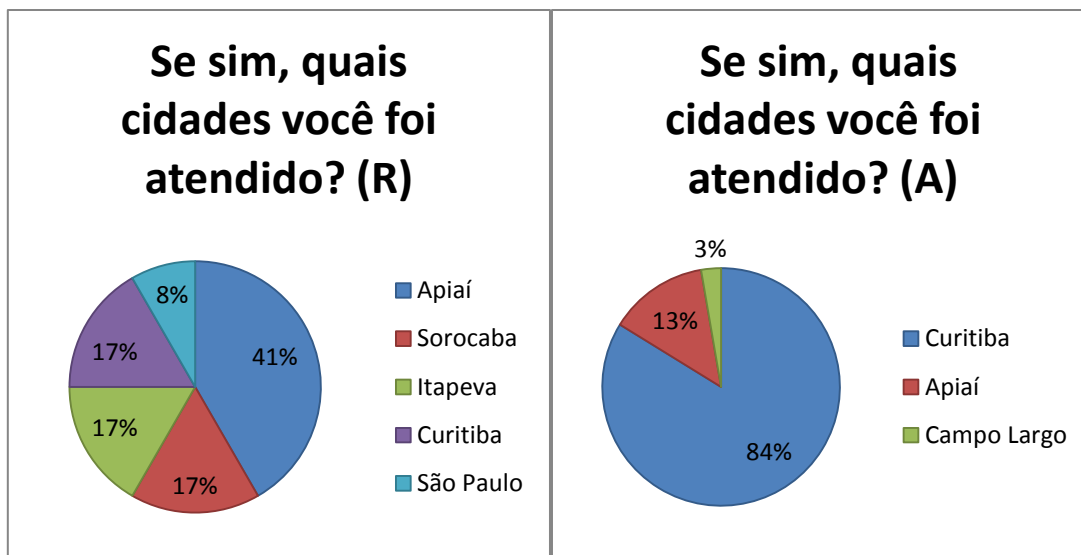


Gráficos 5 e 6

Assim como já foi mencionado anteriormente, nem Ribeira quanto Adrianópolis possuem centro de saúde que atenda casos de maior complexidade. O gráfico em azul representa o município de Ribeira e o gráfico em vermelho representa a cidade de Adrianópolis.

Devido à situação da região com relação à saúde, já se poderia esperar certo predomínio do item que representa – *Sim*. Em Ribeira, do total de entrevistados, 58,8% ou 20 pessoas responderam que ao menos em algum momento da vida foi-se necessário ser transportado para outra cidade por motivos de enfermo. Em contra partida, 41,2% ou 14 pessoas disseram que nunca precisaram ser levadas a outros municípios por motivo de doença.

O mesmo ocorre em Adrianópolis, 56,2% ou 36 pessoas disseram que em algum momento da vida já precisou ser realocada para outro centro de saúde localizado fora de seu município para ter seu enfermo sanado. Os gráficos apresentam características semelhantes, deste modo, 42,2% ou 27 pessoas disseram que não precisaram sair de Adrianópolis enquanto doentes. Houve uma abstinência representando 1,6% dos entrevistados.



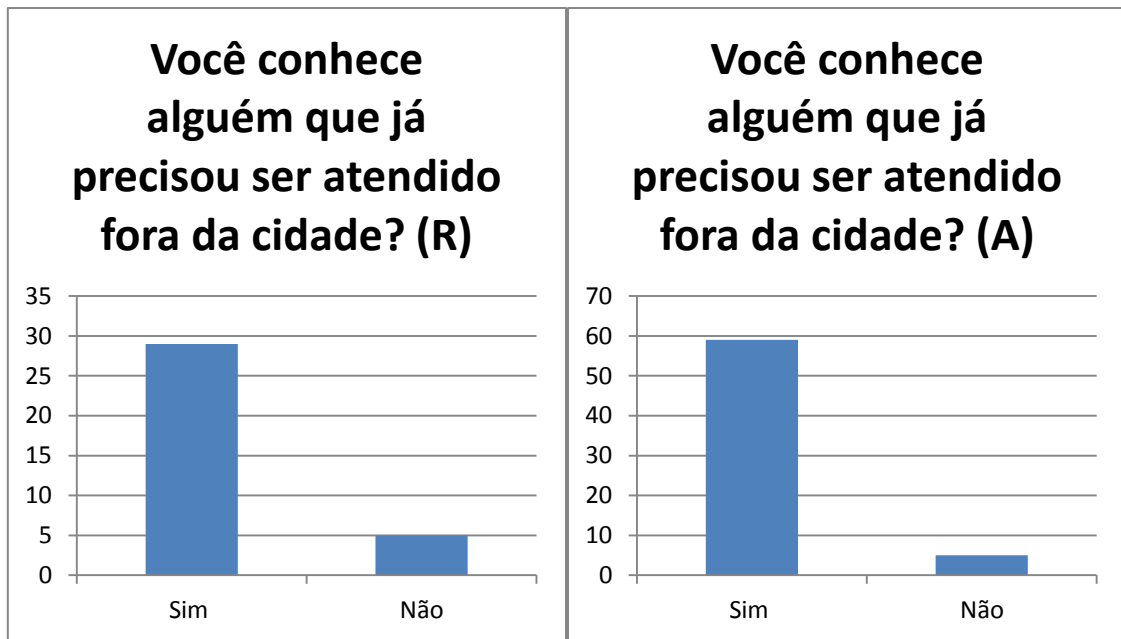
Gráficos 7 e 8

O gráfico a esquerda representa Ribeira e o gráfico a direita Adrianópolis. A partir das respostas obtidas na questão anterior, pode-se traçar uma breve espacialização do atendimento médico dos pacientes das cidades foco do estudo. Assim, notamos que existe a prevalência de envios de doentes as cidade referencia, porém isso não limita o seu circuito e tão menos impede que o cidadão seja levado para fora da fronteira de seu Estado.

As respostas dadas vão de encontro com o que os Secretários da Saúde das respectivas cidades elencaram nas entrevistas. Desta forma, Ribeira apresentou 83% de todo deslocamento dos pacientes, que responderam os questionários, destinados ao estado de São Paulo e as cidades referência. É entendido que Curitiba apareça no circuito dos pacientes por sua importância e seu poder polarizador.

Os entrevistados em Adrianópolis responderam a que municípios são deslocados e as respostas foram de encontro com as dadas por Roberto (Secretário da Saúde).

Estes gráficos estarão especializados nas figuras 4 e 5.



Gráficos 9 e 10

Assim como a questão anterior, a intencionalidade por trás dessa questão é a de se certificar da necessidade da implantação ou não de algum centro de maior complexidade na área foco de estudo. À direita representa Ribeira e o gráfico a esquerda representa Adrianópolis.

Usando as respostas da porcentagem da população atendida (1%), notasse a necessidade, sim, da implantação de um centro de saúde que comporte a demanda mais comum das cidades.

Tanto Ribeira quanto Adrianópolis apresenta maioria esmagadora de resposta indicando *sim* a pessoas da cidade que precisaram ser atendidos em outras localidades.

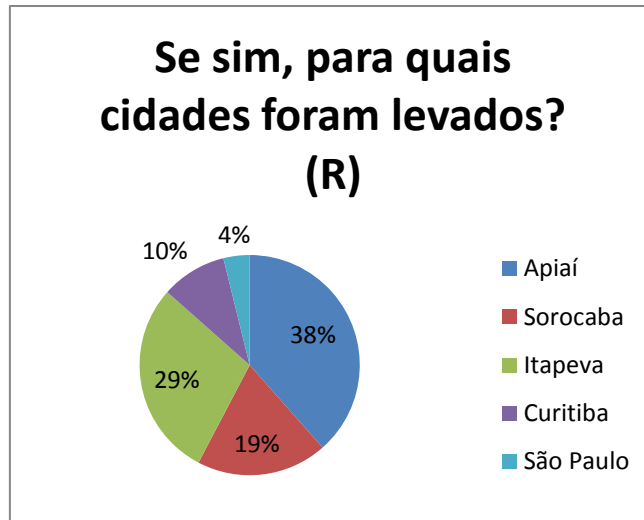


Gráfico 11

Assim como descrito no Capítulo referente a Metodologia, esse gráfico serve de complemento ao gráfico anterior, onde nele se expressa a espacialização das localidades de deslocamento de pacientes. Nesse caso, não era o próprio entrevistado a pessoa que foi transportado.

O resultado, assim como o gráfico “Quais cidades você foi atendido”, gerou um grande leque de redes para quais Ribeira encaminha casos que não comporta. As cidades referência apresentaram a maioria das indicações, porém não se restringiu apenas a elas.

A espacialização deste gráfico se expressa na figura 4.

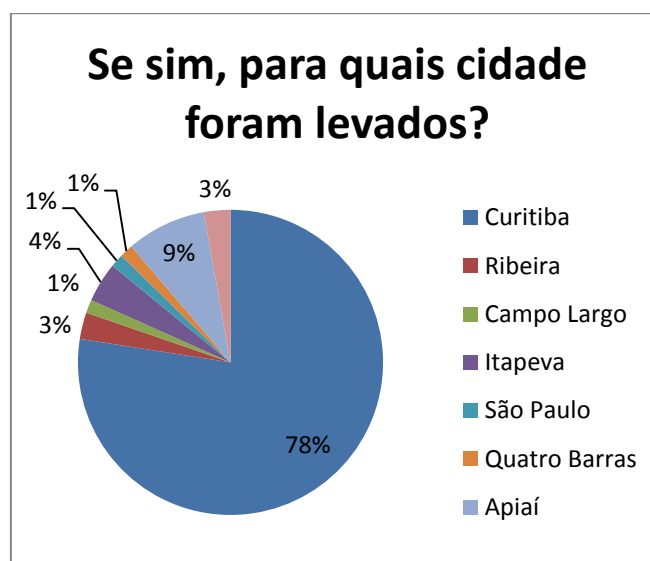


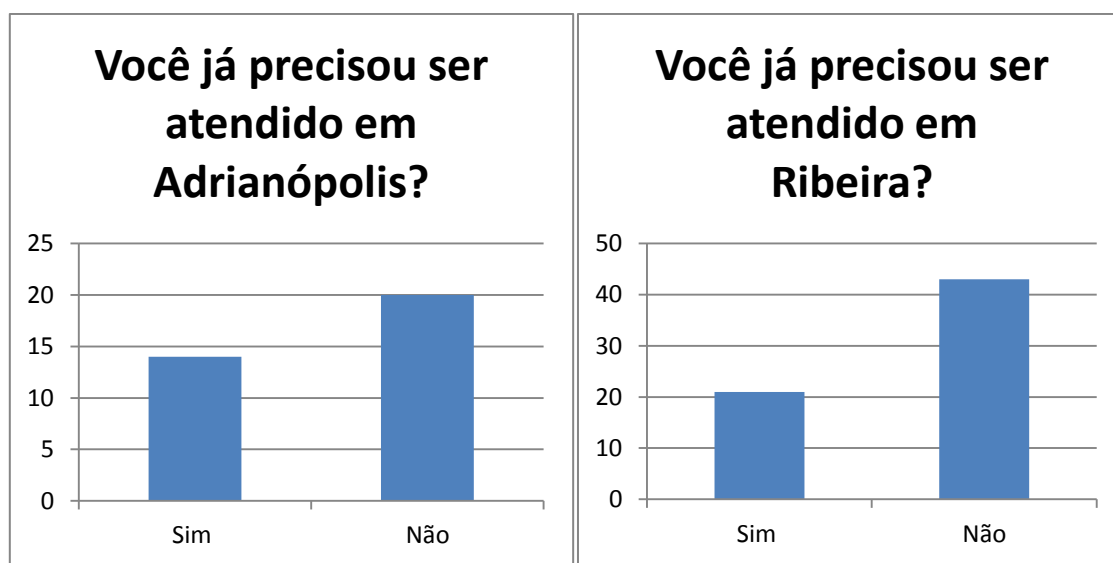
Gráfico 12

Assim como explicado no gráfico 11, este gráfico é um complemento do gráfico 10. Nesse caso se tratava como origem a cidade de Adrianópolis.

O resultado apresentado foi mais abrangente, possuindo além das cidades pertencentes ao estado do Paraná outras cidades situadas no estado de São Paulo.

A grande maioria dos deslocados são encaminhados a Curitiba.

O gráfico está espacializado na figura 5.



Gráficos 13 e 14

A intencionalidade por trás dessa questão foi a de verificar até que ponto o bairrismo interfere na vida da população local, além disso, a ideia foi a de constatar o que havia sido comentado por um dos entrevistados: Não passamos os limites do Estado para buscar atendimento médico, cada cidade é responsabilidade de seu Estado.

Não somente esse gráfico foi contra este argumento, como o gráfico gerado “Para quais cidades foram levados”. Dessa forma, o resultado encontrado após manuseio dos dados brutos foram que pequena parcela da população já foi atendida na cidade oposta, havendo uma larga vantagem da resposta não. Onde 60% dos entrevistados em Adrianópolis disseram não ter precisado ser atendido em Ribeira.

Novamente o gráfico à direita representa Ribeira e o à esquerda diz respeito a Adrianópolis.

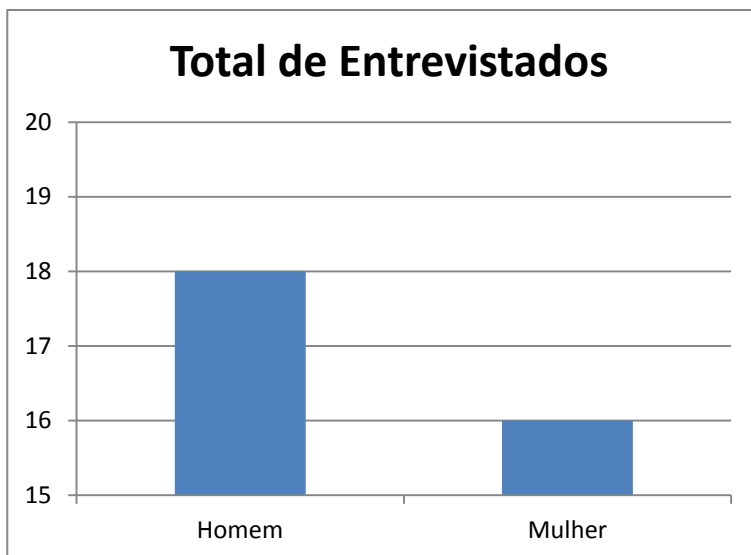


Gráfico 15

Este gráfico nos mostra o número absoluto de homens e mulheres entrevistadas em campo na cidade de Ribeira, o gráfico abaixo tem como objetivo acrescentar a este gráfico acima, no sentido de trazer mais informações que dizem respeito às pessoas envolvidas. Desta forma, podem-se ter maiores características quanto aos resultados apresentados.

Os números no eixo horizontal representam o número de indivíduos que responderam o questionário, por faixas etárias, em seus respectivos eixos superiores correspondentes.



Gráfico 16

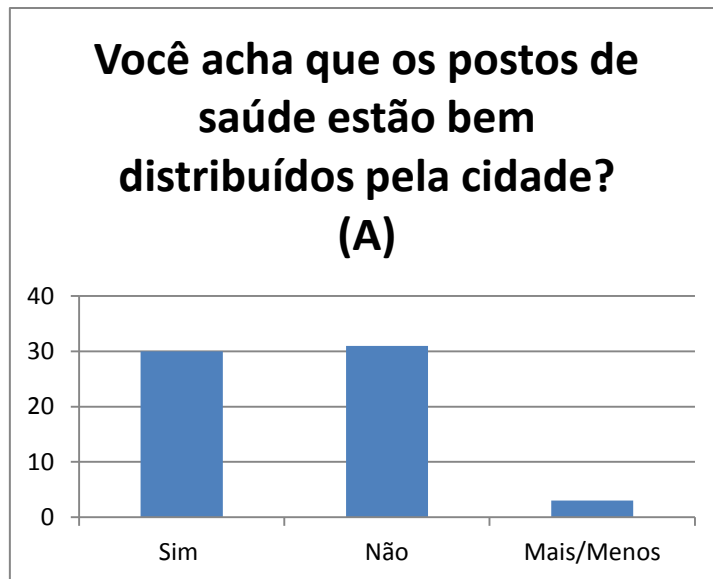


Gráfico 17

A princípio esta questão havia sido elaborada para as duas cidades, porém ao se verificar que Ribeira estava munida apenas de um posto de saúde em funcionamento, ela foi descartada para este município. Por Adrianópolis, possuir mais de uma unidade de saúde em sua extensão territorial, teve-se a questão mantida.

Embora os resultados tenham sido bem acirrados, há um descontentamento da população com relação a distribuição espacial das Unidades de Saúde, sendo uma das principais críticas a ausência de médicos trabalhando nos demais Postos de Saúde espalhados na cidade, havendo uma concentração desses profissionais na Unidade sede, o que acaba gerando um fluxo em direção a região central da cidade, o que abandona a característica primordial de se planejar Unidades de Saúde espalhadas pelo município com o intuito de diminuir o deslocamento de adoentados.

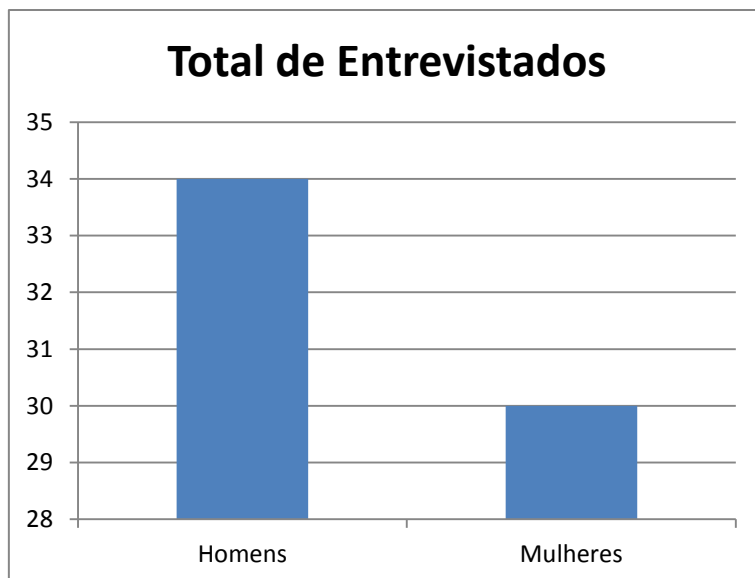


Gráfico 18

Este gráfico nos mostra o número absoluto de homens e mulheres entrevistadas em campo na cidade de Adrianópolis o gráfico abaixo tem como objetivo acrescentar a este gráfico acima, no sentido de trazer mais informações que dizem respeito às pessoas envolvidas. Desta forma, podem-se ter maiores características quanto aos resultados apresentados.

Os números no eixo horizontal representam o número de indivíduos que responderam o questionário, por faixas etárias, em seus respectivos eixos superiores correspondentes.

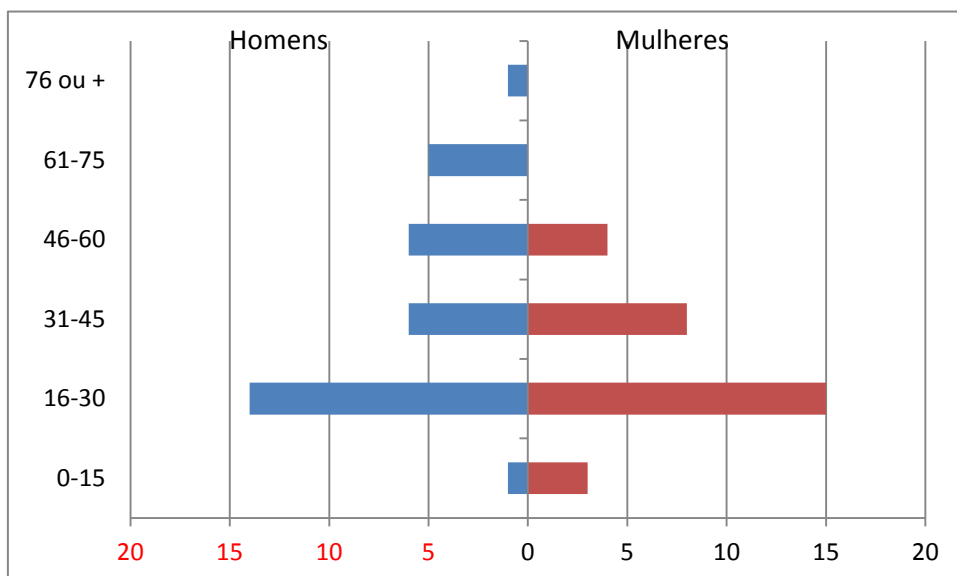


Gráfico 19

Mostrou-se necessário e extremamente importante a segunda visita técnica a área de estudo, pois só dessa maneira, foi-se possível constatar a mudança que ocorreu nas cidades nesse período de tempo e conseqüentemente e coincidentemente com a troca de gestão. Antigas respostas retiradas na primeira visita foram atualizadas na segunda entrevista, da mesma forma que muitos dados ditos em 2012 foram reafirmadas em julho de 2013.

Algumas incongruências foram encontradas entre as diferentes entrevistas, uma delas foi a quantidade de postos de saúde presentes na cidade de Ribeira, *tiradas as devidas providencias* a partir do uso do site do IBGE cidades e a última entrevista do Daniel, conseguiu-se encontrar a quantidade real de postos de saúde que Ribeira dispõe, que são 2. A sede, sendo o posto central (ver imagem 4) e o posto no bairro de Saltinho que se encontra em reforma.

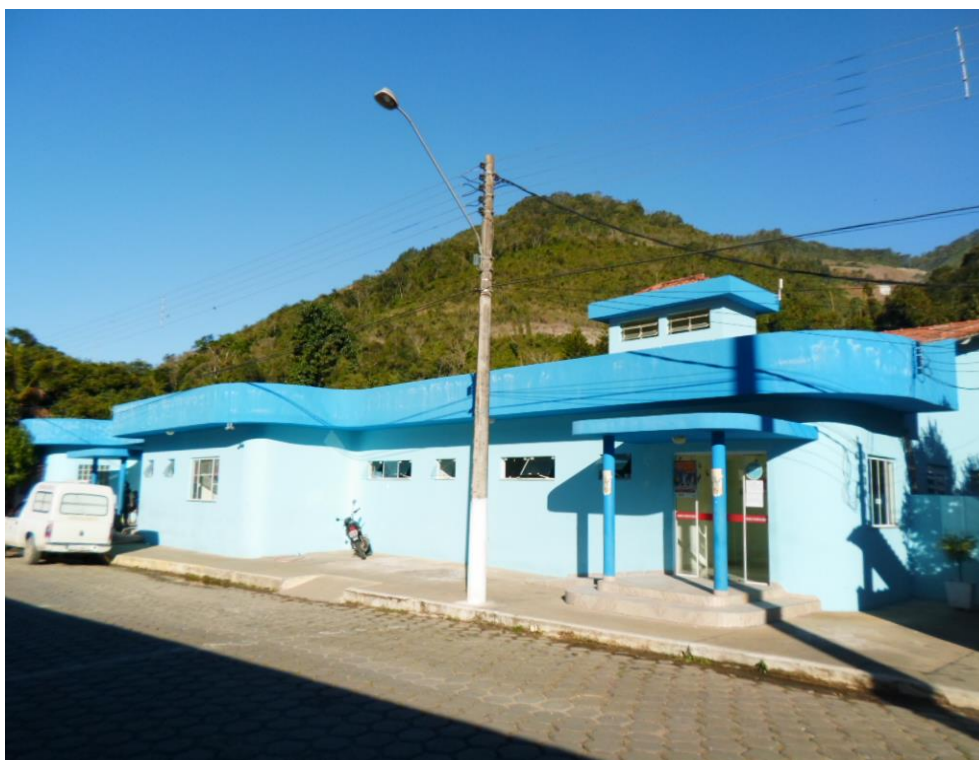


Imagem 4 – fonte: Felipe Queiroz Miano



Imagem 5 – fonte: Felipe Queiroz Miano

As entrevistas colhidas em 2012 e as informações obtidas em 2013 não foram tão conflitantes, servindo, a segunda entrevista, como complementação e confirmação de todas as informações levantadas em primeira instância.

A imagem 5 acima se refere a faixa da principal Unidade de Saúde do município de Adrianópolis, sede, localizada no centro da cidade e sendo a única a possuir médicos todos os dias da semana em plantão.

Condição das estradas

As imagens, a seguir, refletem os transtornos e possíveis riscos que as populações que dependem do deslocamento como fonte de atendimento médico passam todas as vezes que necessitam ser encaminhadas principalmente às cidades referência e também as demais cidades que são atendidas.

As imagens 6, 7, 8 e 9 dizem respeito aos trechos da rodovia SP 249, que ligam Itapeva, Ribeirão Branco e Apiaí à Ribeira. As fotos foram tiradas como forma de expor as condições de tráfego nas estradas que recortam o Vale do Ribeira, de modo mais

genérico, todas apresentam características similares as das fotos a seguir e quiçá, muitas vezes, estão ainda em piores condições.

Mais um dos problemas enfrentados e comentados pela população com relação às vias de acesso se diz respeito ao elevado número de acidentes e tombamentos de carretas na Serra (local onde a estrada é situada), dessa forma, a cada evento desse porte, tem-se a estrada no trecho interditada, ou seja, o acesso pela via fica interrompido. O que gera grande dificuldade ao deslocamento de pacientes, em especial, os que precisam ser transportados em caráter de urgência e/ ou emergência.

As distancias enfrentadas pelos pacientes não são pequenas, principalmente se for levar em consideração que muitos podem estar em situação de saúde precária (emergência) ou em algum caso que demande extrema velocidade de tratamento (urgência).



Imagem 6 Ausência de Recapeamento de asfalto na rodovia – fonte: Sérgio Queiroz Gonçalves Neto



Imagem 7 Ponte que trafega um veículo por vez situada entre duas grandes curvas: ausência de visibilidade – fonte: Felipe Queiroz Miano



Imagem 8 Trecho sem porção do asfalto e presença de grandes buracos – fonte: Sérgio Queiroz Gonçalves Neto



Imagem 9 Trecho sem cobertura de asfalto, presença de pedras, terra e poeira– fonte: **Felipe Queiroz**
Miano

É observado desde a visitação a área até a finalização com a comprovação dos dados, que se trata de uma área de grande carência de investimento e que há necessidade de uma maior atenção dos governos estaduais em todos os aspectos, passando por investimentos em infraestrutura urbana, infraestrutura em vias de acesso, a investimentos em melhorias nas condições de equipamentos médicos. Esses investimentos não deveriam ser única e exclusivamente a área foco, mas se estender a todo território do Vale do Ribeira para a melhoria da condição de vida dos cidadãos.

Devemos considerar as diferenças internas e suas potencialidades, que se manifestam com intensidades distintas no território.

Entre as cidades, a formação de redes de comunicação para o deslocamento de pessoas e de mercadorias, como autopistas, infovias e estradas para circulação rápida, permite lembrar que o espaço, embora continue sendo o mesmo, tem suas dimensões modificadas para as diferentes classes sociais, porque o tempo se modifica de acordo com a velocidade nos deslocamentos. (SPOSITO, 2008)

O paradigma das áreas, identificadas, sobretudo pelas regiões, está sendo substituído pelo paradigma das redes que, que por sua vez, estruturam eixos seletivos para a localização de unidades produtivas, unidades de serviços, residências e equipamentos de consumo coletivo diferenciado, porque assim o território está se reestruturando. (SPOSITO, 2008)

Complementando a abordagem da Geografia da Saúde, foi inserido o uso dos SIG's – Sistema de Informação Geográfico – que no caso é uma de suas novas características e principal diferença para a Geografia Médica. No caso foi-se optado pelo uso do ArcGis com o intuito de ajudar na visualização e na espacialização do fluxo dos pacientes.

Os mapas foram gerados a partir dos resultados obtidos com os questionários aplicados a 1% da população residente nas localidades. E com base neles, as cidades mais citadas pelos usuários do serviço público de saúde distam de Ribeira: Itapeva: 142 km, Apiaí: 30 km, Sorocaba: 254 km, São Paulo: 375 km e Curitiba: 135 km.

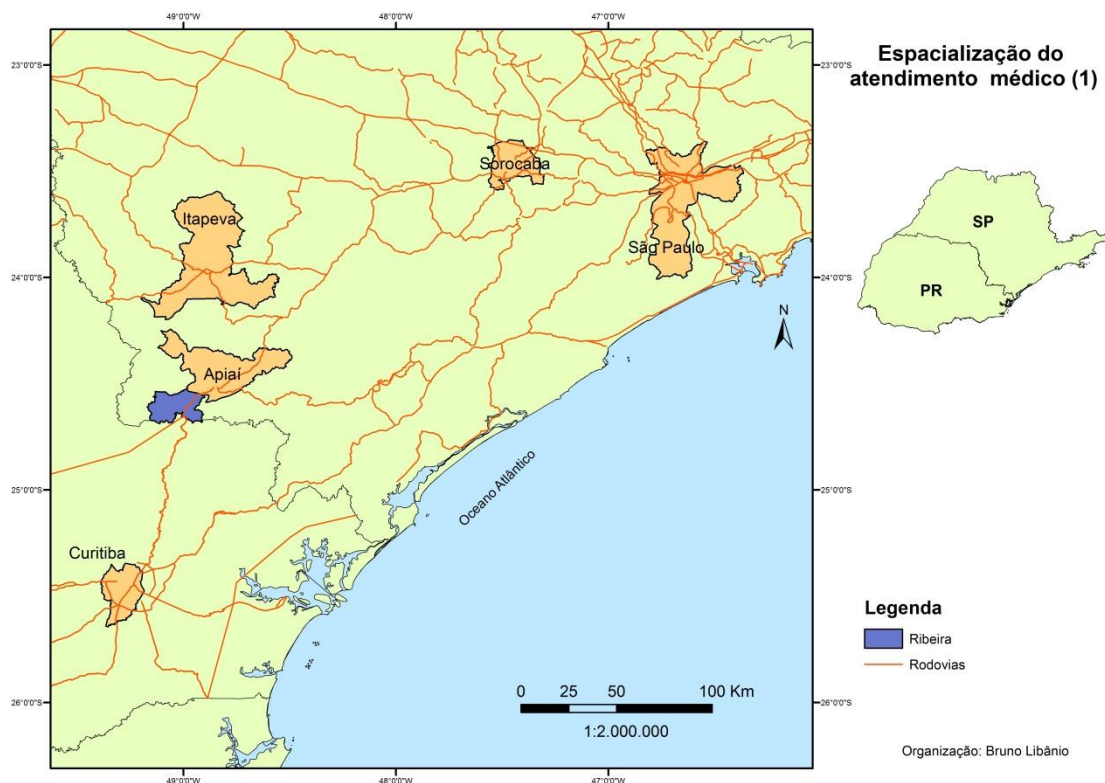


Figura 4

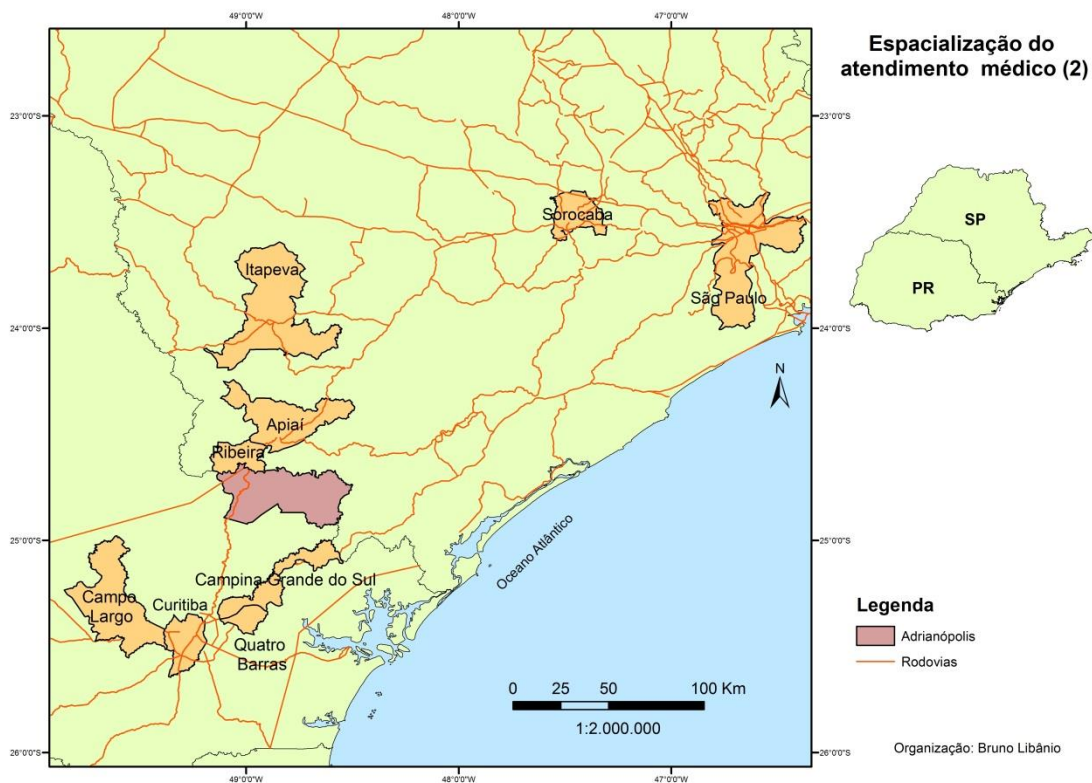


Figura 5

As cidades repassadas pelos usuários do serviço público de saúde para onde são deslocados distam de Adrianópolis: Curitiba: 130 km, Campina Grande do Sul: 119 km, Campo Largo: 161 km, Ribeira: 5 km, Apiaí: 35 km, Itapeva: 147 km, Sorocaba: 260 km e São Paulo: 379 km.

Por mais que Ribeira sendo uma cidade próxima, e que muito dos entrevistados disseram conhecer pessoas que foram atendidas e que os mesmos foram atendidos, apresentam as mesmas condições de complexidade na área da saúde que a cidade de Adrianópolis, dessa forma, esse dado não será de grande relevância dentro dos grandes gastos gerados pelo deslocamento de pacientes.

Se formos pensar em termos de algumas distâncias, os deslocamentos podem não parecer tão longos e demorados, porém, tem que se levar em conta as condições das estradas que ligam Ribeira e Adrianópolis às demais cidades.

Conclusão

A região do Vale do Ribeira a tempos já é conhecida como uma área que possui grandes defasagens em diversos setores, muito embora esse trabalho não compreenda a região, mas sim duas cidades que estão inseridas neste contexto, não se pode deixar passar despercebido tamanho descaso.

Com esse trabalho, conseguiu-se comprovar em dados palpáveis a necessidade que as cidades de Ribeira e Adrianópolis possuem, e principalmente notar a carência em que elas se encontram. Muito embora haja grande investimento e mobilização por parte do poder municipal em suas respectivas cidades, a ausência de maiores investimentos externos e a negligência frente a instalação de um centro de maior complexidade nas dependências das cidades acabam causando um rombo e minando todo orçamento que as cidades tem para investir no setor da saúde.

Uma vez que, como já se foi elucidado anteriormente, mais da metade da verba arrecadada para investimentos no setor hospitalar ficam retidos a gastos referentes a deslocamento de pacientes para cidades referencias.

É preciso repensar a maneira de se ver a região do Vale do Ribeira e injetar investimentos maciços que sejam benéficos à região e principalmente a população.

Cronograma

O cronograma de execução de atividades foi elaborado com intuito de demonstrar que os objetivos propostos neste projeto de pesquisa serão alcançados no decorrer de 12 meses, começando no final do ano letivo de 2012 e chegando ao fim do ano letivo de 2013, estando estruturado, conforme apresentado na Tabela 1.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO												
ATIVIDADES	MESES / ANO											
	2012 / 2013											
	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Revisão de literatura												
Orientação												
Levantamento de dados e caracterização da área												
Elaboração de questionário para campo												
Aplicação de questionários e montagem do acervo fotográfico												
Sistematização e análise de dados e informações												
Entrevista com Secretários da Saúde												
Leitura de bibliografia complementar												
Redação												
Redação Final												

Tabela 1. Modelo do Cronograma elaborado por Aline Porto da Silva e adaptado por Felipe Queiroz Miano.

Referências

- ALMEIDA, A. O. **Le métabolisme basal de l'homme tropical**. *J. Physiol. Path. Gên.*, 22: 12—18, 1924.
- ANNE-DIAS, H. Climatologia Médica In: **Lições de Clínica Médica**. Nova série. Rio de Janeiro, Guanabara, 1946.
- BANDO, D. H. & BARROZO, L. V, **O Suicídio na Cidade de São Paulo: Uma análise sob a perspectiva da Geografia da Saúde** - São Paulo: Humanitas, 2010.
- BARROZO, L. V. Técnicas de Geografia da Saúde In: **Geografia – Prática de Campo, Laboratório e Sala de Aula**. – São Paulo: Editora Sarandi, 2011.
- BORDIER, A. **La Géographie Médicale**, Paris, C. Reinwald, 1884.
- CHAVES, L. S. **Evolução e Sazonalidade Climática das Doenças Carviovaskulares e Respiratórias em Passa Quatro-MG** - Trabalho de Conclusão de Curso, Ecologia, Rio Claro, 2011.
- DANTAS, A. **Saúde na perspectiva da Geografia Nova** - Mercator - Revista de Geografia, UFC, ano 08, número 16, 2009.
- KEARNS, R. A. Place and Health: towards a reformed medical geography. In: **Place and Health**, v. 45, n. 2, 1993.
- LACAZ, C. S.; BARUZZI, R. G.; JÚNIOR, W. S. - **Introdução à Geografia Médica do Brasil** - São Paulo: Edgar Blucher Ltda. Edusp, 1972.
- MACHADO, J. R. **As Centralidades Urbanas: O Caso da área da saúde na cidade de Maringá-PR** - Rev. GEOMAE, v.2n.e.1, Campo Mourão, PR, 2011.
- MAYER, J. D. Medical Geography: its methods and objectives. In: **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences**. Elsevier, 2001.
- MAYER, J. D. Relations between two traditions of Medical Geography. In: **Progress in Human Geography**, 1982.
- PARAGUASSU-CHAVES, C. A. **Geografia Médica ou da Saúde – espaço e doença na Amazônia Ocidental** - Porto Velho: EDUFRO, 2001.

- PÊSSOA, S. B. **Considerações sobre a importância da Geografia Médica na Medicina tropical e no povoamento das zonas de influência de Brasília** – *Brasil-méd.*, 74: 14-26, 1960.
- PICHERAL, H. LA Geographie de la Santé. In: **Les concepts de la Géographie Humaine**. Editora Paris, 1998.
- PEREHOUSKEI, N. A & BENADUCE, G. M. C. **Geografia da Saúde e as concepções sobre o território**. *Revista Gestão & Regionalidade* - Vol. 23 - Nº 68 - set-dez/2007.
- SALEM, G. Géographie de la santé, santé de la géographie. In: **Espace, populations, sociétés**, 1995.
- SANTOS, A. R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento** - 5ª edição - Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- SANTOS, F. O. **Geografia médica ou Geografia da saúde? Uma reflexão** - tese de Mestrado, Caderno Prudentino de Geografia, n. 32, vol.1, p.41-51, UFG, 2010.
- SANTOS, M. **O País distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania** – São Paulo: Publifolha 2002.
- SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção** - 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.
- SANTOS, M. **Espaço e Método** – São Paulo: Nobel, 1985.
- SANTOS, M. **O espaço do cidadão** – São Paulo: Nobel, 1987.
- SECRETARIA DOS SERVIÇOS E OBRAS PÚBLICAS. **Plano de Desenvolvimento do Vale do Ribeira e Litoral Sul: Preliminares e Indicações de Obras Prioritárias**. Estado de São Paulo, 1965.
- SORRE, M. Les Fondements Biologiques: Essai d'une Ecologie de l'Homme. In: **Les fondements de la Géographie Humaine**, v. I, Paris: Librairie Armand Colin, 1943.
- SPOSITO, E, S. **Redes e cidades**. São Paulo: Editora UNESP, 2008.
- TORRES RIBEIRO, A. C. **Territórios da sociedade: por uma cartografia da ação**.

Referências eletrônicas

http://www.ipmet.unesp.br/index2.php?abre=ipmet_html/defesa_civil/

<http://www.ribeira.sp.gov.br>

<http://www.adrianopolis.pr.gov.br>

<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2011/08/02/chuvas-inundam-cidades-e-isolam-moradores-do-vale-do-ribeira-sp.htm>

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> (acesso 23/09/13)

http://www.fesppr.br/~centropesq/Calculo_do_tamanho_da_amostra/Tamanho%20da%20Amostra%20-%201.pdf (acesso 12/07/13)

ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil_Municipios/2011/munic2011.pdf

http://www.egal2013.pe/wp-content/uploads/2013/07/Tra_Catia-Antonia-da-Silva.pdf

http://www.saopaulo.sp.gov.br/conhecasp/turismo_turismo-ecologico_vale-do-ribeira

<http://www.valedoribeira.ufpr.br/vale.htm>

<http://www.ciliosdoribeira.org.br/vale-ribeira/patrimonio>

<http://www.ovaledoribeira.com.br/>

ANEXO I

ENTREVISTA 1

No dia 26 de junho de 2012 ocorreu a primeira visita técnica à área de estudo, sendo realizadas neste dia as entrevistas com os secretários da Saúde de Ribeira e Adrianópolis.

Nesta primeira visita técnica, não conseguimos contatar o secretário da saúde de Ribeira, por tanto, a entrevista foi realizado com o secretário das Finanças, senhor Orides:

Entrevista com o secretário das Finanças de Ribeira

A Unidade de Saúde de Ribeira atende toda a população da cidade, 3.546 habitantes. (censo IBGE 2010) A cidade possui três postos de atendimento espalhados por sua extensão, sendo cada um localizado estrategicamente para atender mais facilmente a população, sendo assim, um se encontra na zona rural (Catas Altas) que dista 30 km do centro do município, o segundo posto fica em no bairro de Saltinho e, por fim, o terceiro posto se localiza no centro da cidade, sendo este o posto principal/sede. A cidade não possui consultórios médicos e nem laboratórios.

Apesar de possuir três unidades, sendo duas PSF (Programa de Saúde Familiar) e um PA (Pronto Atendimento) a cidade não tem capacidade de receber pacientes com lesões ou doenças mais graves, deste modo, são feitas apenas internações em carácter de observação. Em casos mais graves ou de exames clínicos específicos o paciente é encaminhado a Itapeva ou Sorocaba. Em casos de menor gravidade, por exemplo, um pé quebrado ou de urgência e emergência, ou ainda de exames mais simples, como por exemplo: o exame de sangue, o paciente é encaminhado para Apiaí. Em casos de doenças onde o paciente necessite de acompanhamento na cidade referência, à prefeitura cede um veículo com motorista ao(s) paciente(s) pagando o trajeto ida-volta e uma refeição. Além disso, a cidade tem como frota de veículos da saúde três ambulâncias em funcionamento e uma quarta ambulância parada, em reparos e sem previsão de funcionamento.

O funcionamento das Unidades de Atendimento a Saúde se iniciam às 8h e se encerram às 17h, funcionando de segunda-feira à sexta-feira, com ambulatório 24h

todos os dias e sem restrição de atendimento, deste modo, atende a população de Ribeira e de Adrianópolis. Os casos de maior ocorrência nos postos são por dores de cabeça ou no corpo, resfriados e gripes e febres. Os pacientes utilizam bastante a Unidade de Saúde para recolher o remédio de diabetes, gratuito, oferecido pelo Programa de Estratégia da Família do Governo.

O corpo técnico médico é constituído por duas enfermeiras, ajudantes de enfermagem, secretárias e médicos rotativos com permanência máxima de dois anos, sendo que estes vão para cidade recém-formado e permanecem apenas para ganhar experiência (a dificuldade em ter médicos residentes no município é motivado pela distância de uma cidade de maior porte, sendo que a cidade de Ribeira não consegue oferecer lazer ou qualquer outro divertimento que seria encontrado em outra cidade, além deste motivo, têm o fator distância de suas famílias), em Junho o município tinha dois médicos a trabalho da população.

O município investe mais do que a média nacional em saúde, o investimento de Ribeira é de aproximadamente 27% do valor arrecadado pela cidade, totalizando uma quantia de 2.100.000,00 de reais no ano de 2011, porém o secretário de finanças afirma que se o programa do SUS não estivesse implantado na cidade, a verba seria insuficiente. Salienta-o (Orides, secretário das finanças) que os governantes da cidade sempre investiram muito na saúde local.

Entrevista com o secretário da saúde de Adrianópolis

O município de Adrianópolis possui três Unidades de Saúde que atendem sua população de aproximadamente 6.376 habitantes (censo IBGE 2010), sendo as três unidades PSF (Programa de Saúde Familiar), a especialização dos postos foi feita assim como em Ribeira, foram construídas estrategicamente pelo espaço urbano com o intuito de facilitar, receber e atender a todos que necessite, o posto sede fica localizado no centro da cidade, o segundo posto de saúde a 12 km e o terceiro posto de saúde a 30 km do marco central.

A cidade também não possui um hospital ou algum centro de urgência e emergência, recebendo apenas pacientes para observação, logo, quando casos que necessitem tratamentos mais específicos, prolongados ou que sejam mais complicados,

o paciente é encaminhado para o hospital Angelina Carão que pertence ao município de Campina Grande do Sul-PR, cidade referência, localizado na região metropolitana de Curitiba. De segunda-feira à sexta-feira, a prefeitura despacha micro-ônibus com pacientes em direção ao hospital referência.

O corpo técnico da saúde no município de Adrianópolis é formado por três enfermeiras, e por três médicos, sendo estes também rotativos, jovens, e ainda sem muita experiência, igual Ribeira. Deste modo a cada dois anos o quadro médico municipal sofre desfalque. Os PSF tem durante a semana a presença de outros funcionários da saúde, sendo eles: um ginecologista, com visitação de uma vez por semana em um posto e quinzenal noutro PSF, conta também com um pediatra que atende duas vezes por semana. Além disso, o sistema de saúde local esta servido de três ambulâncias, sendo dois veículos do município e o outro cedido pelo Estado. Adrianópolis tem uma UTI móvel, porém sem operação devido à falta de cobertura de sinal de telefonia, que atinge grande parte da cidade.

Diferentemente de Ribeira, a cidade não atende a população que vem de outro estado. O exemplo citado pelo Roberto, secretário da saúde, se alguém de Ribeira atravessar o limite de seu território e adentrar no Paraná e sofrer alguma torção ou queda, ele, o paciente, deve ser encaminhado ao pronto atendimento (PA) de sua cidade, e não ser atendido aqui.

Os dados financeiros de quanto o município e o estado do Paraná investem na cidade não foi divulgado pelo secretário de finanças, Fábio.

ENTREVISTA 2

Em julho de 2013, houve a segunda visitação à área de estudo e novamente foi entrado em contato com os secretários de saúde de Ribeira e Adrianópolis. Desta vez, nenhum dos secretários estava presente. Sendo assim, em Ribeira, Daniel que é o responsável pela parte administrativa do posto de saúde municipal se ofereceu para entrevista. Não foi conseguido contato pessoal com ninguém em Adrianópolis, desta forma, foi-se tentado contato via internet, onde se teve acesso aos dados.

Dessa vez, a entrevista objetivava colher dados mais específicos a respeito do deslocamento de pacientes, são: quantidade de pacientes, principais motivos (doença ou

exame laboratorial), frequência (diária, semanal ou mensal) e gastos relacionados ao transporte.

Entrevista com o responsável pela parte Administrativa da Saúde

O corpo técnico municipal da Saúde é composto por: 2 clínicos gerais, que atendem diariamente e possuem experiência, 2 plantonistas que tem sua jornada de trabalho no período noturno e nos finais de semana, 2 enfermeiros padrão, 10 auxiliares de enfermagem, 1 fisioterapeuta, 1 farmacêutico, 1 profissional responsável pela vigilância sanitária e controle epidemiológico, 1 secretário da Saúde e o responsável pela administração.

O Posto de Saúde Familiar, localizado no centro da cidade e sendo o principal pelo atendimento a população é dotado de 1 aparelho de Raio-X, 1 desfibrilador, 1 máquina de ultrassom sendo operada uma vez ao mês, quando o médico responsável está presente, e 1 equipamento de eletrocardiograma.

Ao ser mencionado a respeito das Unidades de Saúde do município, Daniel foi bem firme ao afirmar que existe somente dois Postos de Saúde no município, o localizado na zona central e o posto de Saltinho, que ainda se encontra em reforma.

Após essa breve contextualização, foi-se tocado nos pontos principais da nova visita.

São transportados em média 197 pacientes, estes são deslocados por diversos fatores: consulta médica, cirurgia, acompanhamento de doença e acompanhamento pós-operatório, e exames clínicos. No período correspondente aos meses de Janeiro a Abril, haviam sido realizados 998 deslocamentos para as mais diversas cidades e não somente às cidades referência. São usados no transporte as 3 ambulâncias que pertencem ao município e mais veículos.

A verba municipal destinada para área da Saúde é de aproximadamente R\$ 2.920.043,52, porém, desse valor bruto, até o mês de Abril, mais de R\$ 1.000.090,00 haviam sido utilizados para subsidiar os fluxos dos pacientes e demais contas. Os maiores gastos da verba destinada a saúde são debitados no setor de transporte de pessoas as demais cidades, os valores se concentram principalmente no abastecimento dos veículos e na alimentação dos pacientes e do motorista, diz Daniel.

Entrevista com o Secretário da Saúde de Adrianópolis

Como explicado anteriormente, não foi possível agendar a entrevista com o secretário da Saúde do município, dessa forma, foi-se buscado contato através de outros meios, sendo o e-mail o método mais eficaz, o responsável por trazer os dados demandados.

Os dados solicitados foram os mesmo demandados por Ribeira.

O secretário da Saúde, Roberto, explana que a quantidade de pacientes deslocados para as unidades de referência são em média 15 (quinze) pacientes diários, ora mais, ora menos, dependendo da demanda.

Esses deslocamentos apresentam frequência diária (de segunda a sexta). Aos fins de semana e feriados, somente para casos de emergência, que seguem para o Hospital Angelina Caron em Campina Grande do Sul.

Os principais motivos são as doenças e consultas médicas, não tendo nenhuma específica, sendo as mais variadas, (cardiologia, urologia, oftalmologia, oncologia, etc.).

Os valores gastos são muito variados. Fixo só os salários para os dois motoristas em torno de R\$ 3.000,00 e o combustível dos veículos variam de valor, outro gasto são dos motoristas que fazem o transporte de emergência.

Existe, ainda, uma Kombi que faz o trajeto bairro Porto Novo e outros que ficam pelo caminho até o posto de saúde na Sede do Município (ida e volta 30 km) e estes então embarcam no micro-ônibus que os levam até aquele hospital (ida e volta 260 km), para as consultas de especialidades.