



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS GEOGRÁFICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

JOSÉ ROBERTO HENRIQUE SOUZA SOARES

**O ACESSO DAS POPULAÇÕES RURAIS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO  
TERRITÓRIO DA II GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Recife  
2020

JOSÉ ROBERTO HENRIQUE SOUZA SOARES

**O ACESSO DAS POPULAÇÕES RURAIS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO  
TERRITÓRIO DA II GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Geografia.

**Área de Concentração:** Regionalização e Análise Regional

**Orientador:** Prof.<sup>o</sup>. Dr. Alcindo José de Sá

**Coorientador:** Prof.<sup>o</sup>. Dr. Anselmo César Vasconcelos Bezerra

Recife  
2020

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Valdicéa Alves Silva, CRB4-1260

S676a Soares, José Roberto Henrique Souza.

O acesso das populações rurais aos serviços de saúde no território da II Gerência Regional de Saúde de Pernambuco / José Roberto Henrique Souza Soares. – 2020.

147 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Alcindo José de Sá

Coorientador: Anselmo César Vasconcelos Bezerra

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.

Programa de Pós-graduação em Geografia, Recife, 2020.

Inclui referências e apêndices.

1. Geografia. 2. Desenvolvimento local. 3. Fluxo de busca - Atendimento. 4. Habitantes rurais. 5. Serviços públicos de saúde. 6. Valorização à saúde. 7. Epistemologias do Sul. I. Sá, Alcindo José de (Orientador). II. Bezerra, Anselmo César Vasconcelos. III Título.

910 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2020-052)

JOSÉ ROBERTO HENRIQUE SOUZA SOARES

**O ACESSO DAS POPULAÇÕES RURAIS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO  
TERRITÓRIO DA II GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em geografia.

Aprovada em: 27/08/2020.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Alcindo José de Sá (Orientador – Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Martha Priscila Bezerra Pereira (Examinadora Externa)  
Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jan Bitoun (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este texto a Maria Marisete dos Santos (*in memoriam*), senhora marcada pelas lutas e sofrimentos da vida rural no agreste pernambucano. Em meados de sua existência mudou-se para a área urbana e durante minha infância apresentou-me as dificuldades enfrentadas pelos habitantes das zonas rurais no acesso aos serviços públicos de saúde, acolhendo em sua casa os que precisavam pernoitar para chegar de madrugada no hospital da cidade. Em nome dela, dedico esta pesquisa a todos os habitantes dos espaços rurais dos municípios pernambucanos de Bom Jardim, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Orobó, Passira, Salgadinho, Surubim, Vertente do Lério, Buenos Aires, Carpina, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Machados, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém e Vicência.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela superação de todos os obstáculos que existiram durante o trajeto deste curso, por nunca me desamparar e cuidar de mim com Sua proteção.

Sou imensamente grato aos meus pais, Edinês Maria Soares e José Roberto de Souza pelo incentivo e dedicação, prestados à minha formação educacional. À minha companheira, Eloyze Lorena Gomes Batista, pelo apoio durante estes dois anos de curso e pela ajuda nos momentos mais difíceis.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento concedido durante a realização do curso de mestrado. Juntamente ao Programa de Pós-Graduação em Geografia (PPGEO) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), pela construção do conhecimento durante esses anos e por auxiliar no desenvolvimento da pesquisa.

Sou grato a todos os educadores que contribuíram em na minha formação. Mas de maneira especial, neste momento agradeço aos professores Anselmo César Vasconcelos Bezerra, Alcindo José de Sá e Jan Bitoun pelas orientações, indicações de referências e dados adequados ao desenvolvimento deste trabalho e principalmente pelo apoio prestado na formação acadêmica.

À Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, representada pela Segunda Gerência Regional de Saúde, que não mediu esforços para auxiliar no desenvolvimento deste estudo.

Às Prefeituras Municipais de Cumarú, Limoeiro e Nazaré da Mata, por meio das suas respectivas Secretarias Municipais de Saúde, que auxiliaram na construção deste trabalho, fornecendo as informações necessárias para a compreensão das políticas públicas voltadas para as populações rurais.

Aos moradores das áreas rurais de Pitombeiras, Vila Urucuba, Sítio Guia e Sítio Várzea em Limoeiro, bem como a população dos sítios Cabaças, Água Doce de Cima, Camarada, Poços e Gavião no município de Cumarú, pela participação voluntária e o afeto com que se dispuseram a contribuir com o conhecimento científico, e ainda pela acolhida durante as atividades de campo. Bem como ao colega, amigo e professor João Paulo Gomes Ferreira pela articulação e apresentação às comunidades rurais de Limoeiro.

Agradeço ao amigo Clênio Barbosa da Costa pela revisão textual da dissertação, a Fernando Ramalho Gameleira Soares pelo auxílio na confecção dos mapas temáticos e ao meu irmão Wallafy Arthur Soares de Souza, pelo apoio na realização das atividades de campo. Aos amigos Ronaldo Carlos da Silva, José Leandro de Andrade Santos, Antônia Pereira de Melo e José Donizeti Sampaio pelo incentivo a formação educacional e principalmente pelos momentos de descontração e descanso.

Sei também tratar de gado,  
entre urtigas pastorear;  
gado de comer do chão  
ou de comer ramas no ar.

Aqui não é Surubim  
nem Limoeiro, oxalá!  
mas diga-me, retirante,  
que mais fazia por lá?

Em qualquer das cinco tachas  
de um banguê sei cozinhar;  
sei cuidar de uma moenda,  
de uma casa de purgar.

Com a vinda das usinas  
há poucos engenhos já;  
nada mais o retirante  
aprendeu a fazer lá?

[...]

Sim, o melhor é apressar  
o fim desta ladainha,  
o fim do rosário de nomes  
que a linha do rio enfia;  
é chegar logo ao Recife,  
derradeira ave-maria  
do rosário, derradeira  
invocação da ladainha,  
Recife, onde o rio some  
e esta minha viagem se fina.  
(MELO NETO, 1955)

## RESUMO

A região é um conceito geográfico que define as estratégias de organização socioespacial utilizadas pelas políticas públicas numa tentativa de aproximação das diversas realidades socioeconômicas locais. Na saúde pública brasileira esse conceito foi apropriado como uma das diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), almejando garantir as condições básicas de acesso dos cidadãos aos serviços ofertados nas realidades locais de cada recanto do país. Na busca pela aproximação das realidades vividas ao planejamento das políticas públicas destacam-se as condições das populações ocupantes dos espaços rurais, que apresentam características específicas de habitação e locomoção. O objetivo deste trabalho foi analisar as condições de acesso das populações rurais aos serviços de saúde disponíveis nos municípios integrantes da Segunda Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (II GERES – PE). Para tanto, realizou-se um estudo exploratório, de natureza aplicada utilizando-se recursos metodológicos qualitativos, como a revisão de literatura, a pesquisa documental, a coleta e sistematização dos dados, a elaboração de elementos cartográficos e a realização de entrevistas semiestruturadas, que foram organizadas sob a perspectiva da análise temática de conteúdo. Identificou-se a concentração dos estabelecimentos de saúde especializados nas áreas urbanas, e a descentralização de equipamentos de assistência básica em poucas localidades rurais dos municípios estudados. Constatou-se os fluxos de busca e atendimento aos serviços de baixa, média e alta complexidade nos municípios integrantes da II GERES – PE, demonstrando que as redes formadas pelos fluxos populacionais não condizem com os limites das gerências regionais, e a concentração dos serviços de alta complexidade na capital do estado. Como problemas de acesso aos serviços públicos de saúde das populações rurais dos municípios de Cumaru e Limoeiro destacaram-se o distanciamento geográfico, as condições dos transportes, a falta de assistência das políticas públicas que não consideram as particularidades dessa parcela populacional e a ausência de serviços básicos. Portanto, faz-se necessária a revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Pernambuco, a implantação de algum grau de descentralização dos serviços especializados para as regionais localizadas no interior do estado e a valorização das condições socioeconômicas das populações rurais na organização territorial dos serviços públicos de saúde.

Palavras-Chaves: Regionalização. Acesso aos serviços de saúde. População rural. Serviços de saúde rural. Atenção à saúde.

## **ABSTRACT**

The region is a geographical concept that defines the socio-spatial organization strategies utilized by public politics in an attempt to approximation of the local socioeconomic realities. In Brazilian public health this concept was appropriated as one of the operational guidelines of the Unified Health System (SUS), aiming to guarantee the basic conditions of access of citizens to the services offered in the local realities for each corner of the country. In the search for the approximation of the realities experienced to the planning of public politics, the conditions of the rural habitants in the spaces stand out, which have specific characteristics of housing and locomotion. The objective of this work was to analyze the access conditions of rural populations to health services available in the cities that are part of the Second Regional Health Management of Pernambuco (II GERES - PE). To this, an exploratory study of applied nature was carried out using qualitative methodological resources, such as literature review, document analysis, data collection and systematization, the elaboration of cartographic elements and the realization of semi-structured interviews, which were organized from the perspective of the thematic content analysis. The concentration of specialized health services in urban areas and the decentralization of basic assistance equipment in a few rural locations in the cities studied were identified. It was found that the search and attendance flows for medium and high complexity services in the cities of the II GERES - PE, demonstrating that the networks formed by the population flows do not comply with the limits of the regionals administrations, and the concentration of the services of high complexity at Recife. As access problems to public health services of the rural populations of Cumaru and Limoeiro cities standouts geographic distance, transport conditions, lack of assistance from public politics that do not consider the particularities of this population and the services absence. Therefore, it is necessary to revise the Regionalization Master Plan (PDR) of Pernambuco, to implement some degree of decentralization of specialized services to regional ones located in the interior of the state and to enhance the socioeconomic conditions of rural populations in the territorial organization of public health services.

**Key Words:** Regionalization. Access to health services. Rural population. Rural health services. Health care.

## LISTA DE FIGURAS

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Figura 1 –  | Gerências Regionais de Saúde (GERES) de Pernambuco em 2002  | 47 |
| Figura 2 –  | GERES do estado de Pernambuco em 2006   | 48 |
| Figura 3 –  | Macrorregiões de Saúde do Estado de Pernambuco em 2011  | 50 |
| Figura 4 –  | Gerências Regionais de Saúde (GERES) do Estado de Pernambuco em 2011  | 52 |
| Figura 5 –  | Formação Territorial da XII GERES - PE  | 53 |
| Figura 6 –  | Tipos Regionalizados de Espaços Rurais do Brasil  | 60 |
| Figura 7 –  | Localização Geográfica da II GERES-PE   | 70 |
| Figura 8 –  | Microrregiões de Saúde que integram a II GERES-PE em 2011   | 71 |
| Figura 9 –  | Rodovias que recortam o território da II GERES – PE   | 72 |
| Figura 10 – | Distribuição Espacial e situação dos Setores Censitários dos municípios da II GERES – PE  | 75 |
| Figura 11 – | Classificação territorial da II GERES – PE de acordo com a Tipologia Rural-Urbano dos Municípios elaborada pelo IBGE em 2017              | 76 |
| Figura 12 – | Localização dos Estabelecimentos de Saúde da II GERES – PE, por níveis de Complexidade em 2019 e situação dos setores censitários de 2010 | 82 |
| Figura 13 – | Destinos dos deslocamentos para serviços de média e alta complexidade nos municípios da II GERES – PE em 2018                             | 84 |
| Figura 14 – | Regiões de Atração dos Serviços de Saúde nos Municípios da II GERES – PE de acordo com a REGIC-Saúde 2018                                 | 86 |
| Figura 15 – | Condições de estrada vicinal em Pitombeiras, zona rural de Limoeiro - PE em 2020  | 88 |
| Figura 16 – | Pessoas realizando atividades agrícolas no Sítio Gavião, Zona Rural de Cumaru-PE em 2020  | 91 |
| Figura 17 – | Evolução da população urbana e rural em relação à população total no município de Limoeiro  | 95 |
| Figura 18 – | Densidade populacional dos setores censitários de Limoeiro-PE em 2010   | 96 |
| Figura 19 – | Distribuição Espacial dos Serviços Públicos de Saúde no território de Limoeiro – PE em 2019, com destaque para a sede urbana              | 97 |

|             |   |     |
|-------------|---|-----|
| Figura 20 – | Imagem aérea do Sítio Pitombeira, Zona Rural de Limoeiro em 2020  | 99  |
| Figura 21 – | Prédio da Unidade de Saúde da Família do Sítio Pitombeiras em Limoeiro – PE no ano de 2020                      | 104 |
| Figura 22 – | Croqui da Unidade de Saúde da Família (USF) Virgílio Lapenda, localizada na Vila Urucuba, Limoeiro – PE em 2020 | 105 |
| Figura 23 – | Densidade Populacional de Cumarú-PE pelos setores censitários em 2010   | 112 |
| Figura 24 – | Domicílios rurais em situação isolada no Sítio Cabaças, em Cumarú-PE no ano de 2019                             | 113 |
| Figura 25 – | Distribuição espacial dos estabelecimentos públicos de saúde no território de Cumarú-PE em 2019                 | 115 |
| Figura 26 – | Imagem aérea do Sítio Cabaças, em Cumarú-PE no ano de 2020  | 118 |
| Figura 27 – | Prédio de um PSF sem utilização na zona rural de Cumarú-PE, em 2019   | 123 |

## LISTA DE QUADROS

|             |  |     |
|-------------|--|-----|
| Quadro 1 –  | Quantidade de voluntários participantes das entrevistas nos municípios selecionados  | 30  |
| Quadro 2 –  | Divisão das Responsabilidades dos Entes Federados no âmbito da Saúde   | 37  |
| Quadro 3 –  | Estratégias Políticas Adotadas no Âmbito do SUS no primeiro período, com foco na Descentralização  | 38  |
| Quadro 4 –  | Estratégias Políticas Adotadas no Âmbito do SUS no segundo período, com foco na Regionalização   | 39  |
| Quadro 5 –  | Diferentes Fases do Processo de Regionalização no Brasil, 2006 até 2018  | 43  |
| Quadro 6 –  | Distribuição das Macrorregiões de Saúde, suas regiões e Municípios-sede do estado de Pernambuco  | 50  |
| Quadro 7 –  | Dados Demográficos dos Municípios da II GERES – PE   | 73  |
| Quadro 8 –  | Distribuição da População Integrante da II GERES – PE por ano censitário, segundo situação do domicílio                                    | 74  |
| Quadro 9 –  | Tipologia Rural-Urbana dos Municípios da II GERES – PE e Situação dos Domicílios em 2017   | 78  |
| Quadro 10 – | Estabelecimentos Públicos de Saúde por Nível de Atenção na II GERES – PE   | 81  |
| Quadro 11 – | Fluxo da Assistência Integral às Urgências da II Região de Saúde de Pernambuco em 2013   | 83  |
| Quadro 12 – | Regiões de Influência dos Municípios Integrantes da II GERES – PE nos serviços de saúde em 2018  | 85  |
| Quadro 13 – | Análise Temática de Conteúdo da Entrevista com GRS   | 90  |
| Quadro 14 – | Análise Temática de Conteúdo dos Usuários dos Serviços Básicos de Saúde residentes em espaços Rurais do Município de Limoeiro – PE em 2020 | 101 |

|   |     |
|---|-----|
| Quadro 15 – Análise Temática de Conteúdo dos Profissionais de Saúde em espaço rural e da Gestão Municipal de Saúde de Limoeiro – PE | 107 |
| Quadro 16 – Quantidade de estabelecimentos ativos e desativados de Cumaru-PE em 2019  | 116 |
| Quadro 17 – Análise Temática de Conteúdo dos Usuários da Atenção Básica em Saúde residentes em espaços rurais de Cumaru – PE        | 119 |
| Quadro 18 – Análise Temática de Conteúdo dos Profissionais da Saúde em Espaços rurais e da Gestão em Saúde de Cumaru-PE em 2020     | 126 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|               |  |
|---------------|--|
| ABS –         | Atenção Básica em Saúde  |
| APS –         | Atenção Primária em Saúde                                      |
| ACS –         | Agente Comunitário de Saúde                                    |
| CEPAL –       | Comissão Econômica para a América Latina e Caribe              |
| CF-1988 –     | Constituição Federal de 1988                                   |
| CIB –         | Comissão Intergestores Bipartite                               |
| CIR –         | Comissão Intergestores Regionais                               |
| CIT –         | Comissão Intergestores Tripartites                             |
| CNES –        | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                 |
| CNT –         | Conselho Nacional dos Transportes                              |
| CTN –         | Código Tributário Nacional                                     |
| ESF –         | Estratégia de Saúde da Família                                 |
| et al. –      | e outro  |
| FAO –         | Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura |
| GERES –       | Gerência Regional de Saúde                                     |
| GMS –         | Gestor Municipal da Saúde                                      |
| GRE –         | Gerência Regional de Educação                                  |
| GRS –         | Gestor Regional da Saúde                                       |
| GTO –         | Grupo Tático-Operacional                                       |
| GTT –         | Grupos Temáticos de Trabalho                                   |
| IBGE –        | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                |
| IDH –         | Índice de Desenvolvimento Humano                               |
| II GERES-PE – | Segunda Gerência Regional de Saúde do estado de Pernambuco     |
| IV GERES-PE – | Quarta Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco      |
| Km –          | Quilômetro   |
| MS –          | Ministério da Saúde  |
| NASF –        | Núcleo de Apoio a Saúde da Família                             |
| NOAS –        | Norma Operacional da Assistência à Saúde                       |
| NOB –         | Normas Operacionais Básicas                                    |
| OCDE –        | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico      |
| PAB –         | Profissional da Atenção Básica                                 |

|               |  |
|---------------|--|
| PCFA –        | Populações dos Campos, das Florestas e das Águas                                 |
| PDR –         | Plano Diretor de Regionalização  |
| PES –         | Plano Estadual de Saúde  |
| PNAB –        | Política Nacional de Atenção Básica  |
| PNSIPCF –     | Política Nacional de Saúde Integral das Populações dos Campos e Florestas        |
| PNSIPCFA –    | Política Nacional de Saúde Integral das Populações dos Campos, Florestas e Águas |
| PPA –         | Plano Plurianual   |
| PSF –         | Posto de Saúde da Família  |
| QGIS –        | <i>Quantum Gis</i>   |
| RMR –         | Região Metropolitana do Recife   |
| SUS –         | Sistema Único de Saúde   |
| RAS –         | Redes de Atenção à Saúde   |
| REGIC –       | Regiões de Influência das Cidades  |
| REGIC/Saúde – | Regiões de Influência das Cidades, no âmbito da Saúde                            |
| RIMISP –      | Centro Latino-Americano para o Desenvolvimento Rural                             |
| SES –         | Secretaria Estadual de Saúde   |
| SMS –         | Secretaria Municipal de Saúde  |
| TCG –         | Termo de Compromisso de Gestão   |
| TFD –         | Tratamento Fora de Domicílio   |
| TRT-PE –      | Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco                                      |
| UAB –         | Usuário da Atenção Básica  |
| UBS –         | Unidade Básica de Saúde  |
| UE –          | União Europeia   |
| UP –          | Unidades Populacionais   |
| UPAE –        | Unidade de Pronto Atendimento Especializado                                      |
| USF –         | Unidade de Saúde da Família  |

## SUMÁRIO

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>19</b> |
| <b>2</b> | <b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>  | <b>24</b> |
| 2.1      | PERCURSO METODOLÓGICO: DA ELABORAÇÃO AOS RESULTADOS ALCANÇADOS.....  | 25        |
| 2.1.1    | Construção da base de dados .....  | 26        |
| 2.1.2    | A elaboração dos mapas temáticos .....   | 28        |
| 2.1.3    | Entrevistas com usuários, profissionais dos estabelecimentos de saúde rural e os gestores municipais e regionais dos serviços de saúde ..... | 29        |
| <b>3</b> | <b>REGIÕES DE SAÚDE: DO CONCEITO GEOGRÁFICO À PRÁXIS POLÍTICA NO ESTADO DE PERNAMBUCO .....</b>  | <b>33</b> |
| 3.1      | A CATEGORIA GEOGRÁFICA REGIÃO E SUA UTILIZAÇÃO NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE .....  | 33        |
| 3.2      | A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL .....  | 36        |
| 3.3      | A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO .....  | 46        |
| <b>4</b> | <b>ACESSIBILIDADE E DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM ESPAÇOS RURAIS .....</b>   | <b>56</b> |
| 4.1      | O RURAL E AS RURALIDADES NO BRASIL .....   | 56        |
| 4.2      | ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DA ESPACIALIDADE GEOGRÁFICA .....   | 61        |
| 4.3      | O ACESSO À SAÚDE EM ESPAÇOS RURAIS: DA LEGISLAÇÃO ÀS EXPERIÊNCIAS EMPÍRICAS .....  | 66        |
| <b>5</b> | <b>O TERRITÓRIO DA II GERES – PE: UMA CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA E SANITÁRIA .....</b>  | <b>70</b> |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 5.1      | CARACTERIZAÇÃO SOCIOESPACIAL DA II GERES – PE .....   | 71         |
| 5.2      | ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E A DEFINIÇÃO DOS TIPOS DE ESPAÇOS NA II GERES - PE .....                                 | 73         |
| 5.3      | OFERTA E DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA II GERES – PE: UMA OUTRA REGIONALIZAÇÃO? ..... | 80         |
| 5.4      | CONDIÇÕES DE ACESSO DA POPULAÇÃO RURAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE ..... | 88         |
| <b>6</b> | <b>LIMOEIRO–PE: UM MUNICÍPIO CENTRO DE ZONA E A SEDE REGIONAL DA II GERES – PE .....</b>                        | <b>94</b>  |
| 6.1      | CARACTERIZAÇÃO SOCIOESPACIAL DO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO – PE .....  | 94         |
| 6.2      | OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO - PE .....   | 97         |
| 6.3      | CONDIÇÕES DE ACESSO DA POPULAÇÃO RURAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO-PE .....                  | 99         |
| <b>7</b> | <b>CUMARU–PE: UM MUNICÍPIO RURAL ADJACENTE NÃO USUÁRIO DA REDE DE SERVIÇOS DA II GERES – PE .....</b>           | <b>111</b> |
| 7.1      | CARACTERIZAÇÃO SOCIOESPACIAL DE CUMARU – PE .....   | 111        |
| 7.2      | OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUMARU – PE .....   | 114        |
| 7.3      | CONDIÇÕES DE ACESSO DA POPULAÇÃO RURAL AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CUMARU – PE .....         | 117        |
| <b>8</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>131</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>134</b> |
| <b>APÊNDICE A – CLASSIFICAÇÃO DOS ESPAÇOS RURAIS E URBANOS UTILIZADA NO TRABALHO .....</b>  | <b>143</b> |
| <b>APÊNDICE B – CARACTERIZAÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS .....</b>  | <b>144</b> |
| <b>APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS(AS) DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM ESPAÇOS RURAIS DA II GERES-PE .....</b>        | <b>145</b> |
| <b>APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ACS, ENFERMEIROS(AS) E MÉDICOS(AS) QUE TRABALHEM EM ESPAÇOS RURAIS DA II GERES – PE .....</b> | <b>146</b> |
| <b>APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SECRETÁRIOS(AS) MUNICIPAIS DE SAÚDE E A GERENTE REGIONAL DE SAÚDE DA II GERES – PE .....</b>  | <b>147</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Os territórios rurais brasileiros são complexos espaciais concebidos, muitas vezes, como áreas ligadas ao atraso e à falta de desenvolvimento socioeconômico, devido ao intenso processo de urbanização. São territórios representados por diferentes modos de vida, desde o campesino ao novo rural, destacando-se nesse sentido, as necessidades socioeconômicas que divergem de acordo com o tipo de espaço ocupado pelos indivíduos. Rückert, Cunha e Modena (2018) descrevem a diversidade existente nos territórios rurais brasileiros como Populações dos Campos, das Florestas e das Águas (PCFA) distinguindo-as entre si a partir das formas de reprodução social relacionadas predominantemente com o uso e a apropriação da terra. Tal denominação visa enfatizar o contraste de realidades socioespaciais que constituem o Brasil rural.

A diversidade presente nestes territórios influencia nas condições de acesso aos serviços básicos essenciais a manutenção da vida como a educação, a segurança, a moradia e a saúde. Tratando especificamente dos aspectos sanitários,) as formas de acesso aos serviços públicos de saúde entre as populações rurais do Brasil apresentam dificuldades uniformes que se perpetuam pelas barreiras geográficas impostas pelas longas distâncias que necessitam ser percorridas. A dificuldade de acesso e locomoção, devido às más condições das estradas, a distância entre a sede do município e a localidade, a falta de assistência e acompanhamento devido pelas equipes de atenção à saúde e o baixo nível de formação escolar são características que dificultam o acesso da população rural aos serviços de saúde (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Os espaços rurais brasileiros são áreas organizados territorialmente dentro dos limites municipais e comportam a menor parcela do contingente populacional do país. Nesse sentido, é papel dos municípios enquanto entes federados autônomos, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988 (CF – 1988), garantir as condições básicas de sobrevivência da população nestes territórios, assegurando-lhes serviços de educação, saúde, segurança, moradia e alimentação. Do ponto de vista da saúde os municípios são responsáveis pela oferta dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2009). Assim, é compromisso dos municípios garantir o atendimento aos serviços de saúde para os munícipes residentes nos territórios rurais, observadas as características específicas deste contingente populacional.

No entanto, estes não são os únicos entes federados responsáveis pela prestação dos serviços de saúde a população. A rede de atendimento organiza-se em um sistema hierárquico,

no qual as localidades disponíveis com melhores condições de tratamento e cuidado recebem os casos mais graves, oriundos de municípios que não possuem as condições necessárias para o tratamento. Assim, forma-se uma teia de serviços de atenção à saúde, organizada a partir da disponibilidade dos serviços e das necessidades de saúde que a população apresenta. E neste sentido, a população rural que é menos provida de condições de acesso é a que mais sofre com os problemas do sistema de saúde.

Buscando aproximar as diversas realidades locais à prestação dos serviços de saúde que garantam as condições de acesso das populações, o Sistema Único de Saúde (SUS) utilizou como estratégia de organização territorial as regiões de saúde. A regionalização na saúde é um processo político, estabelecido pelas relações entre os diferentes atores sociais no espaço geográfico, almejando o desenvolvimento de estratégias e instrumentos para o planejamento, a integração, a gestão, a regulação e o financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde (LIMA et al, 2012). Tal processo é fundamentado na diretriz definida no artigo 198 da CF – 1988 que trata dos serviços de saúde no Brasil, destacando que estes devem se desenvolver objetivando a equidade, universalidade, descentralização e regionalização.

A estratégia de organização espacial da saúde no Brasil é um exemplo claro de como os conceitos e categorias geográficas apresentam funcionalidade para a vida em sociedade. A contribuição que a Geografia como conhecimento capaz de refletir sobre a realidade dos homens em sua relação com o espaço, dá-se ao auxiliar na organização e definição das regiões de saúde, centrando-se na produção do espaço (GUIMARÃES, 2008). Na perspectiva de Barcellos e Bastos (1996), a contribuição da Geografia não se limita à análise espacial. Por meio da compreensão interdisciplinar dos conhecimentos geográficos, é possível obter uma visão global da realidade, num esforço de síntese geográfica. Baseado em George (1993), esse estudo delimita-se no campo do saber geográfico denominado de Geografia da Saúde, que diferencia-se da Geografia Médica e constitui-se como uma metodologia aplicada às dimensões da saúde.

Enquanto política pública, a saúde no Brasil estabelece a territorialização como um dos princípios básicos para a descentralização do serviço prestado, por meio da organização em regiões e redes. De acordo Brevilheri, Narciso e Pastor (2014), essa organização socioespacial, visa a heterogeneidade dos espaços brasileiros, contribuindo com o avanço das estratégias de ação da política de saúde para além do atendimento das demandas setorializadas. “As ações no território devem considerá-lo como espaço concreto, em permanente construção, como um campo geossocial dinâmico, onde se criam formas de atendimento dos indivíduos e grupos

sociais.” (BREVILHERI; NARCISO; PASTOR. 2014, p. 58). A política de saúde necessita se adequar as diferentes realidades socioespaciais que compõe o país.

Os estabelecimentos de saúde distribuídos pelos municípios que compõem a gerência regional estudada concentram-se na maioria das vezes nas sedes urbanas. Os equipamentos localizados nos setores rurais limitam-se aos atendimentos da APS, estruturados a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se organizam nos territórios por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) juntamente com os Postos Satélites de atendimento descentralizado e os Postos de Saúde da Família (PSF). Os demais serviços de média complexidade estão limitados territorialmente aos espaços urbanos da II GERES – PE e os de alta complexidade a alguns poucos municípios da região e a capital estadual.

Ao analisar as condições de acesso das populações rurais aos serviços de saúde disponíveis nos municípios integrantes da Segunda Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (II GERES – PE), este estudo tem a intenção de demonstrar as dificuldades que os habitantes destes espaços enfrentam para utilizar os serviços públicos de saúde na regional selecionada. Para tanto, buscou-se identificar os espaços rurais circunscritos na regional, considerando a densidade demográfica e a distribuição geográfica das residências rurais; mapear a distribuição dos serviços de saúde entre os municípios da região no ano de 2019 e realizar um diagnóstico das dificuldades no acesso aos serviços de saúde enfrentadas pelas populações residentes em espaços rurais de dois municípios específicos, pertencentes politicamente a regional de saúde.

Neste contexto, foi necessário investigar as condições geográficas de acesso aos serviços de saúde das populações residentes em espaços rurais dos municípios integrantes da II GERES – PE. Considerando-se a localização geográfica da região, situada próxima as duas maiores cidades do estado de Pernambuco (Recife e Caruaru), bem como pela distribuição espacial dos serviços de saúde nos municípios integrantes da regional, que não considera as dificuldades e características particulares dos indivíduos residentes nos espaços rurais. Assim, fez-se necessária uma análise da distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde nos municípios, tendo em vista as dificuldades de locomoção, comunicação e ingresso no sistema enfrentadas pelas populações ocupantes das áreas rurais ao buscarem os serviços de saúde disponibilizados pelos municípios.

Este trabalho está estruturado em seis capítulos. No primeiro são traçados os procedimentos metodológicos que basearam essa pesquisa. Inicialmente são apresentados os fundamentos científicos-metodológicos que nortearam-na e em seguida descreve-se os principais caminhos trilhados para o desenvolvimento deste trabalho. Posteriormente destacam-se as diretrizes utilizadas na classificação das tipologias espaciais adotadas, descreve-se os

procedimentos utilizados na elaboração dos mapas temáticos e delimita-se o tipo de análise realizadas após a transcrição das entrevistas semiestruturadas concedidas pelos participantes.

O segundo capítulo divide-se em três partes que descreve como o conceito geográfico de região foi estruturado pela ciência, ilustra como as regiões foram utilizadas ao longo do tempo como estratégia de organização espacial e diretriz operacional do SUS. E por fim relata a construção histórica das regiões de saúde no estado de Pernambuco.

No terceiro capítulo discute-se a acessibilidade e disponibilidade dos serviços públicos de saúde nos espaços rurais. Destacam-se as condições e características dos espaços rurais brasileiros, discutindo as formas de classificação espacial e a legislação adotada. Discorre-se sobre as concepções de acesso e acessibilidade, destacando outras experiências de realidades vividas no acesso aos serviços de saúde pelas populações rurais. E por fim, apresentam-se as políticas públicas de saúde que tratam das condições de acesso dos habitantes de áreas rurais no Brasil.

Na quarta parte da dissertação realiza-se uma descrição dos aspectos socioespaciais da II GERES – PE, expondo as características principais do território delimitado. Posteriormente apresentam-se as condições demográficas e a classificação espacial dos territórios municipais, bem como indicam-se as condições de acesso da população rural aos serviços de saúde disponíveis, discutindo as redes utilizadas pela população. E por fim descreve-se a concepção da gerência regional de saúde acerca dos problemas enfrentados pelos usuários para acessarem os serviços de saúde.

O quinto e sexto capítulo dispõem sobre as condições dos serviços públicos de saúde ofertados nos municípios de Limoeiro e Cumaru. Inicialmente apresenta-se uma caracterização socioespacial de cada localidade e na segunda seção são apresentadas as condições de distribuição espacial e oferta dos serviços públicos para a população. Na terceira e última seção expõe-se as condições de acesso das populações rurais de cada município aos estabelecimentos e serviços públicos de saúde, bem como, indica as estratégias e ações desenvolvidas pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para amenizar os problemas enfrentados pela população rural.

Sem o intuito de concluir, mas na perspectiva de provocar o debate e a possibilidade de outras abordagens e perspectivas, as considerações finais demonstram como este estudo buscou estimular o debate sobre as características singulares que marcam a realidade da população rural brasileira. Focando nos territórios que compõem a II GERES – PE, destacam-se os desajustes políticos e organizacionais enfrentadas pelos usuários dos serviços públicos de saúde de dois

municípios, destacando como a criatividade e o uso de práticas alternativas são preponderantes no enfrentamento das dificuldades dos residentes em espaços rurais.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta parte do trabalho são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados na identificação, caracterização e descrição dos serviços de saúde disponíveis nos municípios integrantes da II GERES – PE. Considerando a especificidade de um estudo voltado para a população rural, que apresenta dificuldades referentes a disponibilidade de dados sobre este tipo espacial no Brasil, também serão descritos os procedimentos adotados na identificação das condições do acesso aos serviços de saúde por esta parcela significativa da população. E descreve-se como as informações prestadas pelos atores participantes do estudo de caso foi analisado.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa de natureza aplicada (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014), pois contribui com o debate sobre a regionalização da saúde no estado de Pernambuco, com o planejamento de políticas setoriais que consideram o acesso das populações rurais aos serviços de saúde e apresenta resultados que podem subsidiar novas discussões neste campo operacional. Em relação aos objetivos, constitui-se como uma pesquisa exploratória, que proporciona maior familiaridade com o problema investigado, em vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL, 1994). Do ponto de vista procedimental, realizou-se um estudo de caso, alicerçado na análise documental, na revisão de literatura, na organização sistêmica de dados e na realização de entrevistas semiestruturadas.

A concepção da matriz metodológica utilizada neste estudo foi pautada na busca pela construção de um modelo capaz de compreender as necessidades específicas da população residente em espaços rurais dos municípios integrantes da regional de saúde aqui estudada. Por tanto, inicialmente realizou-se a pesquisa documental e revisão de literatura nas bases de dados indexadas, posteriormente passou-se a organização dos conceitos e categorias capazes de analisar os fenômenos propostos. Os dados utilizados foram definidos a partir do nível de importância para a compreensão das condições de disponibilidade e uso dos serviços públicos de saúde pela população, e as entrevistas semiestruturadas foram realizadas com base nos conceitos definidos e aplicadas com grupos de usuários, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde localizados em espaços rurais de dois municípios integrantes da II GERES – PE.

Para o estudo de caso foram selecionados dois municípios que integram a II GERES – PE. Optou-se por Limoeiro por ser uma área localizada na mesorregião política do agreste pernambucano e apresentar maior número de serviços de média e alta complexidade, além de

ser um centro de zona, constituindo-se inclusive como a sede regional desta Gerência Regional de Saúde (GERES). E Cumaru, por apresentar características rurais adjacentes, localizar-se nos limites fronteiriços da região e não possuir integração na rede de saúde estabelecida para a GERES a qual integra de acordo com os percursos de busca por serviços de saúde realizados pela população deste município (IBGE 2017, 2020).

Outros dois municípios integrantes da II GERES – PE seriam investigados neste estudo de caso, que corresponderiam aos municípios localizados na parte leste da região e que integram a V microrregião de saúde de Pernambuco (Nazaré da Mata e Vicência). No entanto, devido a situação de distanciamento social provocado pela Pandemia da Covid-19 tornou-se inviável, limitando o estudo a apenas uma parte da região. Além desta dificuldade de ampliação do estudo para os municípios da zona da mata, a limitação de dados de saúde específicos da população rural e a falta de integração nos registros de encaminhamentos e marcações de especialidades intermunicipais destacaram-se como empecilhos que dificultaram o desenvolvimento da pesquisa.

## **2.1 Percurso metodológico: da elaboração aos resultados alcançados**

A elaboração desta pesquisa foi desenvolvida a partir do planejamento e execução de etapas metodológicas descritas a seguir:

- I. Pesquisa bibliográfica em portais de consulta científica, tais quais o *SCIELO*, o Periódicos CAPES e o *pubmed*. E análise documental em sites específicos dos órgãos municipais, estaduais e federais de saúde, que apresentaram legislação de interesse aos objetivos desta pesquisa.
- II. Coleta de dados em bases de armazenamento de informações com acesso aberto. Destacam-se na coleta de dados a classificação dos espaços em rurais ou urbanos adotadas pelo IBGE e organizadas por setores censitários de 2010, a classificação e caracterização em tipologias dos espaços rurais e urbanos do Brasil, divulgada em 2017 e a pesquisa Regiões de Influência das Cidades: informações de deslocamentos para serviços de saúde (REGIC/Saúde – 2018) divulgada no ano de 2020. Somam-se a estas informações os dados obtidos através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS.

- III. Organização e apresentação dos dados em mapas, através do software de geoprocessamento livre Quantum GIS (QGIS). A agregação das informações buscou ilustrar as condições da distribuição dos estabelecimentos de saúde pelos territórios municipais e regionais, objetivando a compreensão da dimensão geográfica de acesso aos serviços de saúde pela população rural.
- IV. Realização de entrevistas semiestruturadas em municípios distintos e com importância significativa para a compreensão das condições de acesso da população rural aos serviços públicos de saúde. As questões abordadas foram organizadas com base nas informações coletadas na primeira fase deste estudo e realizadas com usuários e profissionais dos estabelecimentos públicos de saúde localizados em espaço rural, bem como os membros da gestão dos serviços públicos de saúde na esfera municipal e regional.
- V. Transcrição das entrevistas e organização das informações a partir do modelo instrumental da análise de conteúdo focando na perspectiva temática (Minayo, 2014).

### **2.1.1 Construção da base de dados**

Tendo em vista a escala e o tipo de espaço adotado como objeto de estudo nesta pesquisa utilizaram-se dados do IBGE, por setores censitários, considerando as variáveis do Censo de 2010 que classifica os territórios pelo tipo de espaço em rural ou urbano. A diferenciação espacial adotada no censo demográfico utiliza a definição elaborada pelos municípios através dos planos diretores municipais (IBGE, 2010). No entanto, esta classificação espacial é passível de manipulação e conseqüentemente não condiz com a realidade das condições socioespaciais da maioria dos municípios brasileiros (GRISA; KATO; ZIMMERMANN, 2017).

Frente as limitações dos dados anteriormente destacados, este estudo buscou utilizar como complemento das informações oriundas do censo demográfico de 2010 o estudo do IBGE (2017), intitulado de Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Trata-se de uma proposta de categorização dos espaços rurais e urbanos brasileiros, utilizando os modelos de classificação por tipologia espacial adotada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e pelos países europeus.

A aglutinação de informações censitárias associadas ao levantamento realizado pelo IBGE (2017) auxilia a compreender as dinâmicas particulares dos diferentes tipos espaciais existentes na realidade brasileira. No tocante a esta investigação destacam-se os municípios que integram o território da II GERES-PE. As informações sobre os 20 (vinte) municípios foram organizados em forma de quadros contendo as principais informações oriundas do censo demográfico, as respectivas definições da hierarquia urbana e suas classificações (IBGE, 2017).

Outra fonte de dados utilizados nesta pesquisa foram as informações oriundas da REGIC/Saúde-2018 (IBGE, 2020), utilizadas para identificar a conformação das redes de serviços utilizados pelos municípios da II GERES – PE. Os dados foram classificados de acordo com a origem e o destino dos municípios integrantes da regional estudada, bem como identificaram-se os polos de atração das cidades que são procuradas para serviços de baixa, média e alta complexidade. Com essas informações foi possível identificar as congruências e limitações existentes no arranjo regionalizado dos serviços de saúde das organizações públicas.

Os estabelecimentos de saúde localizados nos territórios que compõem a regional foram identificados e georreferenciados a partir das informações disponíveis no CNES, que se constitui como um banco de dados online e de livre acesso do MS. A base de informações sobre os estabelecimentos públicos de saúde composta para esta pesquisa, foi organizada a partir de cada município, sendo destacados apenas os que contam com natureza jurídica de administração pública, independentemente do tipo de gestão (estadual ou municipal), divididos pelos tipos de estabelecimentos e o endereço locacional, dos quais classificaram-se como estabelecimento rural os que apresentaram os termos: Zona Rural, Sítio ou Povoado no campo de bairro, os demais cadastrados na plataforma durante o ano de 2019 foram considerados como urbanos. Seguiu-se, posteriormente, a classificação por nível de complexidade dos serviços oferecidos em cada estabelecimento, conforme as definições destacadas por Brasil (2009).

Para Comber, Brunson e Radburn (2011) as informações referentes a localização geográfica dos serviços de saúde é uma das principais variáveis nos estudos sobre acessibilidade em saúde. Estes dados constituem-se como fatores preponderantes num estudo que busca analisar as condições de acesso da população rural aos equipamentos de promoção e atenção à saúde. Portanto foram analisados neste estudo a disponibilidade dos serviços e as condições de acessar os estabelecimentos e serviços de saúde disponíveis nos territórios rurais dos municípios integrantes da II GERES – PE.

### 2.1.2 A elaboração dos mapas temáticos

Os dados coletados nas etapas anteriormente descritas foram analisados e aglutinados de modo a proporcionar a produção cartográfica de recursos que auxiliam na compreensão das estruturas públicas de atendimento à saúde da população rural residente no território designado para a II GERES – PE. Os recursos cartográficos destacam-se como ferramentas capazes de representar em figuras e imagens as condições espaciais mais diversas possíveis. Assim foram elaborados mapas temáticos que ilustram as condições espaciais relacionadas a temática trabalhada nesta pesquisa.

Inicialmente foi realizado o levantamento histórico-documental da configuração regional da saúde no estado de Pernambuco. Para George (1993) a compreensão histórica dos fenômenos e elementos que compõem a realidade é uma condição indispensável para o entendimento das especificidades locais e um fator condicionante para subsidiar as transformações futuras que ocorrerão no espaço geográfico. Portanto o resgate histórico da organização dos serviços de saúde no estado de Pernambuco é utilizado como um suporte para a compreensão do atual arranjo regionalizado, e serve como exemplo para a indicação de alterações e reorganização do arranjo regional dos equipamentos de saúde no estado.

Assim, por meio da análise documental dos PDR e PES de Pernambuco durante o período de 2006 até 2017 foi possível identificar os arranjos regionais preexistentes no estado e como a regionalização da saúde avançou proporcionado atualmente a existência de 12 GERES. Os Mapas da Saúde<sup>1</sup> das regionais foram documentos importantes na compreensão da realidade organizacional dos serviços prestados por cada GERES. Com destaque para o Mapa da Saúde da II GERES – PE, que foi divulgado no ano de 2013 e informa sobre a estrutura organizacional dos serviços oferecidos e regulados por esta regional.

Os dados oriundos da caracterização dos estabelecimentos de saúde oferecidos pelos municípios integrantes da II GERES – PE foram obtidos por meio do CNES e georreferenciados através do software online *My Maps*, um dos serviços disponibilizados pelo Google, através da sinalização de pontos que correspondem aos endereços de cada estabelecimento de saúde cadastrado no CNES. Posteriormente, estes dados georreferenciados foram plotados nos setores censitários do IBGE (2010), classificando os espaços em rurais ou urbanos, através do QGIS.

---

<sup>1</sup> Nome utilizado para intitular o documento que descreve os serviços de saúde disponibilizados por cada GERES do estado de Pernambuco.

Devido a limitação encontrada no georreferenciamento de alguns estabelecimentos de saúde, que não apresentavam as informações corretas no CNES, alguns endereços rurais foram demarcados nas sedes urbanas, porém posteriormente foi realizada a correção da localização destes pontos a partir de informações obtidas junto as SMS e no Google Earth.

Os demais mapas foram elaborados a partir de dados oficiais do IBGE (2010, 2017, 2020) e Pernambuco (2006, 2011, 2013a). Destacando-se as representações cartográficas baseadas nas informações disponibilizadas pelo IBGE (2020), com os dados obtidos através da pesquisa REGIC/Saúde – 2018. Os dados obtidos nesta pesquisa, foram classificados a partir dos municípios integrantes da II GERES – PE organizados em redes e polos de atração dos serviços, objetivando ilustrar fluxos de busca e acesso aos serviços de saúde utilizadas pela população.

Para a elaboração das figuras que representam as redes de acesso aos serviços de baixa, média e alta complexidade da população residente nos municípios da regional aqui analisada, foram selecionados todas as redes que tinham como ponto de partida ou chegada os municípios da II GERES – PE. Posteriormente foram classificadas as redes pertencentes aos limites territoriais da região e as que ultrapassam os limites regionais, através do software QGIS. Ainda com base nos dados oriundos da REGIC/Saúde – 2018, foram organizadas também no QGIS, as informações sobre a estruturação regional dos serviços de baixa e média complexidade, bem como, os de alta complexidade. Proporcionando, assim uma avaliação das interrelações existentes entre os municípios integrantes da regional de saúde e a busca de serviços pela população destes territórios.

### **2.1.3 Entrevistas com usuários, profissionais dos estabelecimentos de saúde rural e os gestores municipais e regionais dos serviços de saúde**

Baseando-se nas informações, temas e conceitos desenvolvidos nas etapas metodológicas anteriores, seguiu-se a elaboração e planejamento das entrevistas semiestruturadas. Por tratar-se de um estudo que busca analisar as condições de acesso da população rural aos serviços de saúde, definiu-se como público alvo desta etapa da pesquisa os usuários e os profissionais dos estabelecimentos da APS localizados em território rural, os gestores da saúde de dois municípios integrantes da regional estudada e a gerência da II GERES – PE. Participaram como voluntários deste estudo, os usuários dos equipamentos públicos que

possuem residência nas áreas rurais, desde que possuam idade entre 18 (dezoito) e 60 (sessenta) anos, os profissionais de saúde atuantes nos espaços rurais e os membros da gestão municipal e regional dos serviços de saúde.

Assim, foram selecionados o município de Limoeiro-PE, tendo em vista o papel que a sede regional desenvolve na concentração e oferta dos serviços mais complexos (DUBEUX, 2012), além de apresentar uma quantidade mínima de estabelecimentos distribuídos pelo espaço rural, identificados pelo levantamento realizado no CNES em 2019. E o município de Cumaru – PE, por tratar-se de uma localidade que não integra a rede de serviços da II GERES – PE, apresenta 50% (cinquenta por cento) dos domicílios localizados em espaços rurais, 2407 estabelecimentos agrícolas destacando-se como um dos municípios com maior número de estabelecimentos nestas condições na região e possui distribuição significativa dos estabelecimentos de saúde por estes espaços (IBGE, 2017, 2020).

Buscando compreender a realidade vivida pela população rural da II GERES – PE no que tange o acesso aos serviços de saúde foram realizadas entrevistas semiestruturadas com alguns atores selecionados, que foram capazes de contribuir com informações sobre a conjuntura do acesso aos serviços de saúde pela população rural (Quadro 1). O uso de elementos e informações empíricas obtidas através das narrativas e experiências dos entrevistados foram valorizados como elementos constitutivos dos resultados alcançados nesta pesquisa, tendo em vista que as aproximações teórico-metodológicas do senso comum à ciência podem resultar na compreensão mais aproximada da realidade vivida pelas populações (ALVES, 2015).

**Quadro 1 – Quantidade de voluntários participantes das entrevistas nos municípios selecionados**

| <b>Municípios</b><br><b>Entrevistados</b> | <b>Limoeiro</b> | <b>Cumaru</b> | <b>Total por</b><br><b>Entrevistados</b> |
|---|-----------------|---------------|--|
| Usuários                                  | 6               | 7             | 13                                       |
| Profissionais                             | 4               | 1             | 5  |
| Gestores                                  | 2               | 2             | 4  |
| <b>Total por município</b>                | 12              | 10            | 22                                       |
|   |                 |               | <b>Total Geral</b>                       |

Fonte: Autor, 2020.

Foram ouvidas 22 (vinte e duas) pessoas que através de suas experiências como usuários, trabalhadores e organizadores dos serviços públicos de saúde puderam contribuir com a identificação das necessidades apresentadas pelas comunidades rurais no acesso aos serviços

de saúde nos municípios de Cumaru e Limoeiro. No entanto, encontraram-se algumas limitações na realização desta etapa da pesquisa, como o receio e não consentimento de participação nas entrevistas de duas profissionais de saúde do município de Cumaru-PE, restringindo os dados a um número mínimo de profissionais atuantes que prontificaram-se a participar. Somaram-se a estes empecilhos a situação de distanciamento social que o mundo vivenciou desde março de 2020 provocando a reorganização das entrevistas com três profissionais e gestores, que seriam realizadas via e-mail. Essa conjuntura resultou na ausência de participação de dois voluntários que haviam consentido participar, mas não enviaram as respostas, limitando o número de informações coletadas.

Os usuários dos serviços de atenção primária em saúde foram identificados como UAB, os profissionais atuantes nos estabelecimentos da atenção básica das áreas rurais dos municípios foram identificados como PAB e os gestores municipais da saúde, que são os secretários municipais e coordenadores da atenção básica, estão destacados como GMS, já a II GERES – PE foi identificada como GRS. Todos os participantes diferenciam-se entre si pela numeração acrescida a abreviatura que especifica os entrevistados, por exemplo, o usuário X foi identificado como UAB X, o gestor municipal de saúde Y, foi representado como GMS Y.

A realização destas entrevistas ocorreu por meio de contato prévio entre o pesquisador e os entrevistados. Através de um diálogo inicial foram apresentadas as informações sobre a pesquisa, o objetivo e os principais assuntos que seriam tratados. Posteriormente, apresentou-se aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi devidamente assinado pelos participantes. Realizaram-se no local de trabalho, na residência dos voluntários, nos estabelecimentos de saúde selecionados para a coleta dos dados e via e-mail, devido a situação de distanciamento social provocada pela Covid-19. As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante consentimento dos participantes, através de recurso tecnológico específico (gravador de voz), bem como por meio do envio das respostas escritas pelos participantes através de e-mail, e posteriormente transcritas sem a identificação dos entrevistados.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os padrões éticos exigidos pela resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob parecer nº 3.222.439, expedido em 26 de março de 2019.

Após a transcrição desses instrumentos metodológicos, passou-se a fase de análise e discussão das informações prestadas pelos participantes. Na perspectiva de Minayo (2014), utilizou-se como modelo instrumental a análise de conteúdo, baseada na modalidade temática para a organização e estruturação das comunicações realizadas pelos voluntários. Esta análise busca sistematizar os procedimentos adotados na verificação das comunicações, objetivando a inferência de conhecimentos acerca das informações prestadas. Com base em Ferreira et al (2020) foi realizada a análise do material, organizando as informações em quadros, divididos pelos tipos de participantes.

Ao seguir as etapas metodológicas destacadas por Minayo (2014) e Ferreira et al (2020) esta pesquisa desenvolve-se sob o aporte metodológico qualitativo que busca analisar e descrever as condições de acesso da população aos serviços de saúde ofertados nos territórios rurais. Nessa lógica, a análise temática de conteúdos destacou-se como procedimento metodológico adotado na pesquisa por apresentar as condições essenciais de triangulação das informações prestadas pelos participantes das entrevistas, com os dados analisados, as categorias e informações desenvolvidas na revisão de literatura, levando a obtenção de resultados capazes de ilustrar as condições dos serviços básicos de saúde ofertados a população rural dos municípios integrantes da II GERES – PE.

### **3. REGIÕES DE SAÚDE: DO CONCEITO GEOGRÁFICO À PRÁXIS POLÍTICA NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Os estudos regionais tornaram-se marcantes desde a consolidação da Geografia como ciência. Para Castro, Gomes e Corrêa (2000) os conceitos geográficos são resultados da interação do homem com os próprios homens e com o meio em que habitam num determinado período da história. Assim, as regiões se constituem como a área de ação de um grupo específico com interesses similares. Haesbaert (2010) destaca que a região, como categoria de análise surge da necessidade do ser humano em um período no qual a universalização não mais explica os fenômenos que ocorrem nas diferentes escalas.

#### **3.1 A Categoria Geográfica Região e sua utilização na Política Pública de Saúde**

O conceito de Região passou por várias concepções ao longo do tempo e já fora usado mesmo antes da estruturação da ciência geográfica pelos filósofos gregos, mas sempre com o objetivo de compreender as diferenciações espaciais que constituem-se como fragmentos da totalidade presentes na superfície terrestre. Na Grécia antiga já existiam estudos que buscavam compreender as diferenciações e contrastes desta superfície, sendo denominados de estudos corográficos. De acordo com Lencione (2003) foram os gregos que realizaram a primeira regionalização da Terra, através de um método que valorizava as características naturais. Estrabão nos anos 60 a.C. desenvolveu estudos que buscavam identificar as diferenciações espaciais que compõem o espaço terrestre.

A sistematização de uma Geografia Regional começou a se desenvolver no século XX, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos. Duarte (1980) destaca três principais autores que produziram as primeiras conceituações científicas mais aprofundadas sobre o fenômeno regional, que foram Alfred Hettner, na Alemanha, Vidal de la Blache, na França, e A. J. Herbertson, na Grã-Bretanha. Para Contel (2015) o pensamento Neokantiano que passou a se desenvolver na Europa, foi impulsionado pelos escritos de La Blache, que elaborou o método utilizado nas monografias regionais que se desenvolveram na França, constituído pela valorização dos gêneros de vida e das paisagens. A partir desta perspectiva, a Geografia passou a ser compreendida como uma ciência com objetos de investigação nomotéticas e ao mesmo tempo idiográficas (LENCIONE, 2003).

Na contemporaneidade, Santos (2008) define a região como a área de ação de um grupo específico com interesses similares. Para esse autor os arranjos regionais não têm mais a estabilidade “histórica” que possuíam na velha tradição francesa clássica, em que as regiões eram consideradas como resultado do duradouro processo de formação dos “gêneros de vida” e das “paisagens” deles decorrentes, como foi estruturado por La Blache. A compreensão de uma região perpassa o entendimento de como funciona a economia em nível global, confrontando-a com o território dos países que sofrem intermediação do Estado.

O comando atual das mediações regionais é dado pela lógica das grandes empresas, partindo delas os principais nexos da organização regional do mundo atual. No entanto, esta organização mundial não pode ser utilizada como pressuposto para considerarmos o fim da regionalização na atualidade, ao contrário “quanto mais os lugares se mundializam, mais se tornam singulares e específicos, isto é, unos” (SANTOS, 2008. p. 53), a globalização neste sentido, é responsável por instigar as realidades locais frente a uniformização mundial impulsionada pela lógica capitalista (HAESBAERT, 2010).

Corroborando com essa perspectiva, Lencione (2003) discute o processo de globalização como uma forma de fragmentação espacial, exprimindo além da própria globalização, movimentos de regionalização e individualização. As transformações que o mundo contemporâneo enfrenta acabam por invalidar os conceitos e definições herdados de momentos históricos anteriores, obrigando a renovação dos conceitos de análise geográficas, dos quais a Região é um dos mais polêmicos e discutidos. Para Castro, Gomes e Correia (2000) esse conceito é definido como os limites territoriais das similaridades, além de caracterizar os espaços de poder ou influência dos governos e das grandes empresas do capital, servindo como instrumento de organização territorial e das políticas públicas.

No sentido de organização política, pode-se compreender a utilização das regiões por meio dos processos de regionalização. De acordo com Haesbaert (2010), a desarticulação dos espaços, e as dinâmicas de alterações do mesmo, tem sido algumas das principais estratégias utilizadas nos últimos anos para a implantação de sistemas regionais, dando margem a uma regionalização contrária aos interesses locais. Todo esse processo é pautado por meio da busca de funcionalização, controle, precarização e exclusão territorial, visando apenas o interesse de grupos minoritários que se mantêm no poder e dominam a política. Dessa maneira é comum a existência de diversos níveis de complexidade determinando cada região, com seus tipos e formatos muito específicos.

Para Lencione (2003) na matriz epistemológica da Geografia, a região adquire relevância singular por se tratar de uma categoria que visa conceber análises e propostas integradoras. De tal forma, essa categoria se constitui além da diferenciação física entre os espaços, em um fato evidente e encerrado em si mesma. As regiões possuem características que as tornam um fato e ao mesmo tempo uma realidade artificial em que as relações de poder se manifestam. Nesse sentido, compreende-se a região “não simplesmente como um ‘fato’ (concreto), um ‘artifício’ (teórico) ou um instrumento de ação, mas [...] como um ‘artefato’, tomada na imbricação entre fato e artifício, [...] enquanto ferramenta política” (HAESBAERT, 2010. p. 109). Neste sentido, tal conceito se constitui como uma forma de estratégia para a organização dos espaços e implicação das relações de poder sobre o território.

Na concepção de Vesentini (2012) existem três categorias analíticas e metodológicas distintas que auxilia na compreensão dos fenômenos regionais, as quais o autor preferiu enunciar como Registros. Nessa perspectiva, a Região pode ser compreendida inicialmente como tradicional, por meio da definição desenvolvida durante muito tempo na Geografia e que teve como principal precursor o francês Vidal de La Blache. Este primeiro registro compreende a Região como algo natural, definido por determinadas ocupações humanas em partes específicas do espaço geográfico. O segundo registro é definido pelo autor como moderno, que se constitui pela divisão inter-regional do trabalho, dando ênfase a economia e sua capacidade de dinamização dos espaços, com forte tendência marxista. De outra forma, o terceiro registro de percepção das Regiões parte do pressuposto que as mesmas são construídas em função de interesses materiais e ideológicos de alguns poucos grupos dominantes. Esta última concepção é definida como pós-moderna e tem sua base fundamentada nas perspectivas foucaultianas.

A complexidade que existe nas diferentes abordagens sobre a Região se dá pela amplitude de uso do termo, sendo comum o uso sistemático nas diversas áreas do conhecimento como na biologia, na antropologia, na psicologia, na sociologia, na administração pública, na história e na economia, cada ciência propondo definições próprias e significados “adequados” a suas bases epistemológicas. Por esta lógica, as símeles concepções e definições se contrapõem, como a divergência que existe entre os conceitos adotados pela História e a Geografia acerca da Região (CONTEL, 2015). No entanto, torna-se imprescindível compreender as diferentes concepções filosóficas que fundamentam cada forma de analisar a realidade sobre as Regiões.

Nesse sentido, Contel (2015) destaca três possíveis caminhos para entender a interface entre região/regionalização e a saúde. O primeiro se dá pelo resgate crítico de conceitos ligados à tradição da relação entre o homem e o meio na atual fase da transição epidemiológica. O

segundo caminho decorre da releitura da geografia das redes urbanas como elemento para se pensar as atuais Redes de Atenção à Saúde (RAS) e para o uso do complexo industrial da saúde como mecanismo de desenvolvimento regional. E por fim, o terceiro caminho se dá pela utilização dos conceitos de região e regionalização para enfatizar os aspectos materiais e imateriais que estão na base da formação de regiões no atual período da globalização. Estes caminhos apontados se constituem como estratégia de organização político-territorial, que visam garantir a eficácia dos serviços disponibilizados pelo SUS.

Compreender como os conceitos pensados pelos geógrafos são aplicados na prática, não é uma tarefa simples. Cada categoria geográfica pode apresentar variedades de interpretações e aplicabilidades dependendo da escola e temporalidade em que se originou. De tal modo acontece com a Região que é um conceito utilizado com várias interpretações por muitas ciências. Guimarães (2008) destaca que as regiões na saúde se concretizam na realidade através do uso e apropriação dos espaços destinados aos serviços de saúde pela população, que se materializa numa estrutura hierárquica da governança pública em saúde.

A estratégia de organização espacial da saúde no Brasil é um exemplo claro de como os conceitos e categorias geográficas se aplicam na operacionalização das políticas públicas deste setor. A regionalização da saúde tem sido utilizada como uma forma de organização e planejamento das ações dos gestores públicos de saúde, no sentido de organizar a estrutura das RAS e da distribuição dos serviços para as populações locais. Posteriormente, com a implantação de outras Leis e emendas constitucionais, tal estratégia foi sendo valorizada e ampliada, passando a organizar a política pública de Saúde em forma de regiões e redes.

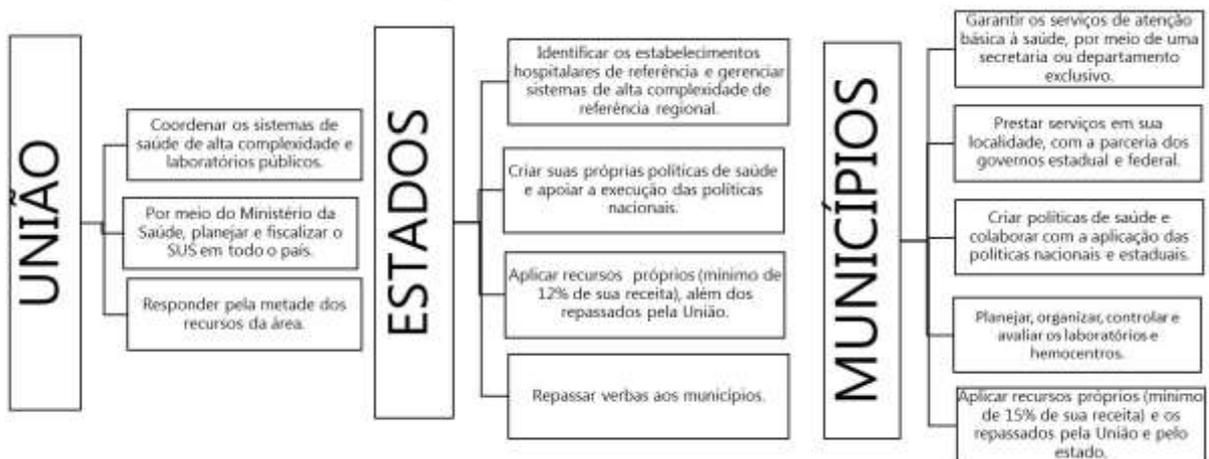
### **3.2 A Regionalização da Saúde no Brasil**

Com a CF – 1988 o Brasil passou a experimentar um período de descentralização (AMARAL FILHO, 2008), garantindo autonomia aos municípios no mesmo nível dos estados e da União. Para Dourado e Elias (2010) este preceito também foi responsável por fundamentar o que os autores enunciaram como o federalismo sanitário brasileiro. Neste sentido, a organização institucional do SUS estrutura-se obedecendo a tríplice aliança governamental, pela qual cada ente federado (União, Estados e Municípios) apresenta autonomia na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios.

No decurso do federalismo brasileiro, anteriormente a promulgação da CF – 1988, o país vivenciou ciclos descentralizadores e centralizadores bem definidos. Dourado e Elias

(2011), consideram o modelo federativo adotado na carta constituinte em vigor como um modelo cooperativo, uma vez que delimitou à trina federativa as competências e responsabilidades em mesmo nível, sendo operacionalizado pela Lei Federal 8.080 de 1990, que determina as responsabilidades de cada ente federado (Quadro 2). Nessa perspectiva valorizou-se as características locais na tomada de decisões, além de impulsionar a transferência de encargos e recursos para os governos municipais, responsabilizando-os pelo provimento de bens e serviços aos cidadãos.

**Quadro 2 - Divisão das Responsabilidades dos Entes Federados no âmbito da Saúde**



Fonte: Lei Federal 8.080/1990. Elaborado por Medeiros et. al. (2020)

Na perspectiva da gestão em saúde, o SUS organiza-se hierarquicamente, por meio dos níveis de complexidade exercida por cada esfera governamental. Para Medeiros et al (2020) a União é responsável pela coordenação, formulação de diretrizes, a normatização e a fiscalização a partir dos critérios de controle. Já os estados devem garantir apoio técnico e financeiro aos municípios na execução e implantação dos serviços de saúde. Por sua vez, os municípios, são responsabilizados pela implementação das ações de saúde, a partir de estratégias regionalizadas de planejamento e gestão.

Nesse contexto, o SUS foi elaborado e pensado conforme as orientações dispostas na CF – 1988. De acordo com Brasil (2016), este documento em seu artigo 198 define que as ações e serviços de saúde devem ser organizados por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizada através de diretrizes, das quais se destacam a descentralização, a integralidade e a participação comunitária. Dessa forma, a organização política dos SUS, desde sua criação na Constituição Federal, organiza-se espacialmente por meio de redes e regiões.

Guimarães (2008) afirma existir uma disputa pela concepção da regionalização da política de saúde no Brasil, para solucionar esse contexto foram elaborados vários instrumentos legislativos, contribuindo para que o sistema de saúde adotado atualmente no Brasil fosse constituído. Viana et al. (2018) observam que desde a década de 1980 até os dias atuais, são identificados dois traços distintos, em períodos bem delimitados, que confluíram para a organização político espacial do SUS, conforme representado nos Quadros 3 e 4. Para Reis et al (2017), os dois momentos distinguem-se entre si devido as tendências voltadas a descentralização no início e posteriormente ligadas a regionalização, presentes nas leis e diretrizes que regulamentaram o SUS ao longo de sua formação.

**Quadro 3 - Estratégias Políticas Adotadas no Âmbito do SUS no primeiro período, com foco na Descentralização**

| <b>Estratégia Política</b>                                       | <b>Período/Ano de Promulgação</b> | <b>Descrição</b>  |
|--|-----------------------------------|---|
| Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS) | Meados de 1980 a 1990             | Estratégia em que os estados e municípios recebiam recursos financeiros pela prestação de serviços de assistência à saúde por meio de convênios.  |
| Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)              | 1987 a 1988                       | Resultou do avanço do INAMPS e contribuiu diretamente para a constituição SUS. Transferiu para os estados serviços e servidores federais, além da execução de convênios com os municípios financiados pela União.   |
| Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91)                          | 1991                              | Definiu que municípios e estados deviam atuar como meros prestadores de serviços da União. Os recursos ainda eram repassados de acordo com a tabela do INAMPS. E não propôs nenhum arranjo regional para o sistema.   |
| Normas Operacionais Básicas (NOB 01/93)                          | 1993                              | Esta norma objetivou disciplinar a descentralização da Gestão do sistema de saúde nacional. Institucionalizou as comissões Intergestores (CIT) e Bipartite (CIB), dando centralidade na escala federal aos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS) e ao de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Neste novo modelo a regionalização passou a ser entendida como um processo de |

|   |      |  |
|---|------|--|
|   |      | articulação e mobilização municipal em torno dos aspectos econômicos locais.   |
| Normas Operacionais Básicas (NOB 01/96) | 1996 | Apresentou forte componente municipalista, consolidando o pleno exercício e a centralidade dos municípios na Gestão do Sistema de Saúde. Nesta norma os poderes estadual e federal assumiam a responsabilidade de corresponsáveis, atuando apenas na ausência das funções cabíveis a esfera municipal. |

Fonte: REIS et al (2017). Adaptado pelo autor.

Viana et al. (2018) ao discutirem a divisão temporal do processo de constituição do SUS no Brasil, consideram que no primeiro período (Quadro 3) prevaleceu a descentralização para os entes subnacionais de governo, com protagonismo da esfera municipal. Já no segundo ciclo (Quadro 4) deu-se início ao processo de construção das RAS. As redes que começaram a ser formuladas, foram definidas a partir da concepção da regionalização da administração e oferta dos serviços públicos prestados.

**Quadro 4 - Estratégias Políticas Adotadas no Âmbito do SUS no segundo período, com foco na Regionalização**

| <b>Estratégia Política</b>                                 | <b>Período/Ano de Promulgação</b> | <b>Descrição</b>   |
|--|-----------------------------------|--|
| Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 2001) | 2001                              | Apresentou como título do documento “A Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização em equidade no acesso”. Esta nova norma deu ênfase ao planejamento regional integrado, instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como responsabilidade dos estados e uma estratégia de planejamento. Além de delimitar os conceitos chaves que fundamentaram o processo de regionalização. |
| Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 2002) | 2002                              | Este novo documento foi lançado com o objetivo de complementar a NOAS/SUS 2001. Orientando a reorganização do SUS por meio da regionalização, fortaleceu o papel coordenador e negociador dos Estados e garantiu a integralidade da assistência em saúde.  |

|  |      |   |
|--|------|---|
| Pacto pela Saúde (Pacto de Gestão)   | 2006 | Esta Portaria do Ministério da Saúde (MS) ressaltou a regionalização como estratégia essencial para a consolidação do SUS, através do aprofundamento da descentralização que deve ocorrer por meio de novos formatos espaciais e outros instrumentos de planejamento. Definindo ainda esta estratégia como responsabilidade compartilhada entre as três esferas do governo. |
| Redes de Atenção à Saúde (RAS)   | 2010 | O estabelecimento das RAS procurou recuperar o fundamento constitucional de organização do SUS, estabelecendo o redesenho e o fortalecimento da Governança a partir da articulação intermunicipal, interestadual e entre todos os entes federados.  |
| Decreto Federal 7.508 de 2011 que instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) | 2011 | Este decreto conferiu empoderamento legal ao processo de articulação interfederativa e instituiu legalmente as Regiões de Saúde. O COAP, por sua vez, explicitou os consensos e compromissos pactuados pelos gestores em cada Região e estabeleceu a alocação de recursos permitida pelas três esferas de governo, estabelecendo as formas de controle e fiscalização.      |

Fonte: REIS et al (2017). Adaptado pelo autor.

Entre as décadas de 1980 e 2000 as estratégias de regulamentação da saúde no Brasil indicavam o caminho da descentralização. Conforme esclarecem Reis et al (2017), essa estratégia buscava a ampliação dos cuidados, a integração dos serviços de saúde, a multiplicação das áreas de decisão, de ação e a diminuição do controle da esfera central sobre as demais. No entanto, as Normas Operacionais Básicas (NOB) que delimitaram as ações de saúde durante a década de 1990, valorizaram unicamente a municipalização dos serviços negligenciando a importância da organização regional. Tal condição foi superada, a partir da década de 2000, quando a regionalização do SUS passou a ser concebida como fator preponderante e indispensável para que as ações descentralizadoras surtiram efeitos (DOURADO; ELIAS, 2011).

Para Guimarães (2005) os preceitos constitucionais que regem a política de saúde pública visam garantir a integração das atividades e ações em um sistema único, capaz de

integrar as três esferas do poder federativo em sua organização econômica, política e espacial, através da autonomia executiva e participação organizacional. Essa mudança constitucional é considerada um avanço importante no caminho para a universalização da saúde no Brasil.

As regiões impõem aos entes federados uma relação de solidariedade e partilha impulsionando a conformação de verdadeiros territórios sanitários. Esses territórios diferenciam-se dos territórios político-administrativos, que ainda permanecem vigentes em muitas regiões do Brasil, por meio da abrangência das ações e serviços, bem como pela responsabilidade dos gestores que atuam no setor da saúde de cada ente federado (MENDES, 2011).

De acordo com Guimarães (2015) essa diretriz operacional só foi implantada efetivamente no Brasil através da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/2001 (Portaria MS/GM n. 95. Diário Oficial da União 2001; 29 jan) e reafirmada pela NOAS-SUS 01/2002 (Portaria MS/GM n. 373. Diário Oficial da União 2002; 27 fev). Essas normas foram responsáveis por estabelecer os níveis e prioridades dos estados subdivididos em regiões e microrregiões definidas no PDR, buscando assim, aumentar a equidade e funcionalidade dos sistemas de saúde públicos do Brasil.

Por intermédio dessas NOAS em 2006 foram estabelecidas diretrizes para a Gestão do SUS, através do Pacto de Gestão, oficializado pela portaria GM/MS n.399/2006, que ficou conhecido como Pacto pela Saúde, constituindo-se como uma estratégia de reestruturação institucional do SUS. Para Viana et. al. (2017) foi a partir deste avanço que sugeriu-se o estabelecimento de fóruns intergovernamentais, visando a negociação e integração entre gestores e a definição do papel das redes assistenciais, gerando assim uma maior formalização da política.

Brasil (2011) define que através do Pacto pela Saúde os espaços devem ser organizados em forma de regiões que contemplem, de acordo com a escala, o acesso, a equidade e a qualidade dos serviços organizados em redes de atenção, possibilitando a integração do sistema. São objetivos do pacto a garantia do acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde que ultrapassem a escala municipal de complexidade estabelecida pelo SUS. Se implantadas adequadamente as regiões podem proporcionar a diminuição das desigualdades sociais e territoriais, promovendo assim a garantia e equidade do direito à saúde, além de fomentar a integralidade na atenção à saúde, por meio das RAS. São ainda funções da regionalização, potencializar o processo de descentralização e racionalizar os gastos, com vistas a otimizar os recursos empenhando-os em ações de escala regional.

Com essas finalidades, as regiões de saúde se firmaram a partir do Decreto Federal 7.508 de 28 de junho 2011 que determina as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços. Em seu artigo 2º, este decreto considera a Região de Saúde como o

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011. p. 01)

As regiões surgem como uma necessidade presente na operacionalização do SUS enquanto política pública em nível nacional. A obrigatoriedade se torna ainda mais intensa, “em razão da necessidade de se integrar o que a descentralização por si supostamente fracionou sob o ponto de vista técnico, operativo e organizacional” (SANTOS, 2014. p. 2). As regiões surgem no SUS para organizar melhor o acesso aos serviços a partir dos contextos regionais, operacionalizando a descentralização. Fernandes (2017) afirma que os processos de regionalização atendem ao objetivo de estabelecer um sistema ordenado e organizado estrategicamente, possibilitando a eficiência e efetividade de ações administrativas.

Nessa perspectiva, Viana et al. (2018) corroboram com a perspectiva anteriormente defendida de observar a política de regionalização em saúde a partir de dois momentos distintos. A segunda fase, se intensificou ainda mais no ano de 2006, com a instalação do Pacto pela Saúde, os investimentos, retrocessos e as estratégias políticas para o desenvolvimento da política de saúde a partir deste ano, podem ser analisados no Quadro 5.

**Quadro 5 - Diferentes Fases do Processo de Regionalização no Brasil, 2006 até 2018**

| <b>Características do Período Nacional</b>         | <b>Desenvolvimento Regional e Superávit Fiscal</b>  | <b>Desenvolvimento Regional e Superávit Fiscal</b>  | <b>Crise Fiscal e Mudança na Política Econômica (2015 a 2016)</b>   | <b>Ruptura institucional Crise Fiscal e Crise econômica (2016 até 2018)</b>  |
|--|---|---|---|--|
| Marcos da Política de Regionalização               | Pacto Pela Saúde (2006 a 2010)<br><br>Portaria 4279/2010 que cria as Redes de Atenção do SUS<br><br>Regionalização e redes com emergência do planejamento regional Instância de cooperação e pactuação intergovernamental (CGR) | Decreto 7508/2011<br><br>Lei 141/2012<br><br>Regionalização e redes com emergência do planejamento regional Instância de cooperação e pactuação intergovernamental (CGR)<br><br>Instrumento Formal de Pactuação COAP<br><br>Institucionalização no âmbito do SUS das redes de atenção (RUE, cegonha, RAPS, RCPD e crônicos) | Mesma Diretriz sem inovação<br><br>EC 86/2015 (vinculação de Dispensa à RCL) alterou o modelo proposto pela EC 29/2000 (vinculação da despesa ao PIB), forma impositiva as emendas parlamentares incluindo como despesa em saúde<br><br>Lei 13.097/2015 que trata da participação das empresas estrangeiras<br><br>Mudança no Modelo de Investimento das redes de atenção – emendas parlamentares (Cartilha para elaboração de propostas ao MS) | Mesma Diretriz sem inovação<br><br>Projeto SUS Legal aprovado na CIT em 27 de janeiro de 2017, que prevê mudança no modelo de transferência de recursos fundo a fundo; dos blocos de atenção para as modalidades de custeio e investimento |
| Ministros da Saúde do período                      | Humberto Costa (2003 a 2005), José Saraiva Felipe (2005 a 2006), José Agenor Álvares da Silva (2006 a 2007) e José Gomes Temporão (2007 a 2010)   | Alexandre Padilha (2011 a 2014)   | Arthur Chioro (2014 a 2015) e Marcelo Castro (2015 a 2016)  | Ricardo Barros (2016 até 2018)   |
| Fóruns e Características do processo de negociação | Negociação CIT, CONASS e CONASEMS, com conflitos mais abertos e discutidos  | Negociação CIT, CONASS e CONASEMS, com conflitos mais abertos e discutidos  | Pouco uso dos espaços de negociação e pactuação   | Uso dos espaços de negociação para alteração da modalidade de repasse (Projeto SUS Legal) <sup>2</sup>   |

<sup>2</sup> Projeto SUS legal – proposta aprovada na reunião de CIT realizada em 27 de janeiro, o qual prevê mudanças na modalidade de transferência. O objetivo do governo federal é assegurar o comprimento da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS), mas ainda não há prazo determinado para as alterações começarem a valer e foi criado um grupo de trabalho para apresentar uma proposta de implantação para a Comissão Intergestores Tripartite (Composta pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (Conasems) e para o Conselho Nacional de Saúde, que irão avaliar e definir os próximos passos.

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Financiamento das esferas de governo <sup>3</sup>   | Aumento das transferências da União para estados e municípios, redução relativa da participação da União e aumento da participação do estado e municípios. | Aumento das transferências da união para estados e municípios, redução relativa da participação da União e aumento da participação de estados e municípios; aumento do investimento na APS (construção, reforma e ampliação da UBS) e dos gastos com MAC | Contingenciamento do orçamento da União, aumento da despesa com MAC; redução dos gastos de Estados, com cumprimento das exigências mínimas legais (12% da receita corrente bruta) e aumento dos gastos municipais. | Contingenciamento dos gastos com saúde por parte das três esferas de governo. E instituição da EC 95/2016 com limitação das despesas primárias por 20 anos no nível federal, incluindo saúde |
| Gasto por nível de assistência                      | Aumento do gasto com atenção básica, média e alta complexidade   | Aumento do gasto com atenção básica, média e alta complexidade   | Aumento do gasto com média e alta complexidade   | Aumento do gasto com média e alta complexidade   |
| Investimento  | Investimento em novos equipamentos pelo nível federal e por alguns estados   | Investimento de novos equipamentos pelo nível federal e por alguns estados   | Desaceleração dos investimentos federais   | Desaceleração dos investimentos federais e estaduais   |
| Características do processo de contratação indireta | Contratação indireta e empresariamento restrito do ponto de vista nacional   | Contratação indireta e empresariamento médio do ponto de vista nacional  | Incremento da contratação indireta e do empresariamento  | Incremento da contratação indireta e do empresariamento forte nos estados e municípios   |
| Atores  | CONASS e CONASEMS  | CONASS, CONASEMS, prestadores de serviços de saúde e empresários ligados ao Complexo Médico da Saúde   | Prestadores de serviços de saúde e empresários ligados ao Complexo Médico da Saúde   | Prestadores de serviços de saúde e empresários ligados ao Complexo Médico da Saúde CONASS e CONASEMS (intensa discussão na mudança para as novas modalidades de repasses)                    |
| Resultados  | Não avanço no pacto das redes regionais  | Não avanço ao COAP   | Incipiência na implantação das redes de atenção  | Estagnação dos processos de regionalização e de implantação das redes de atenção   |

Fonte: VIANA, et al. 2017. p. 17-18. Adaptado.

<sup>3</sup> Financiamento: De acordo com os textos, PLOA de 2016 houve redução do orçamento para Atenção Básica e aumento do destinado à Média e Alta Complexidade (MAC) (SANTOS, DELDUQUE e ALVES, 2016); de 1995 a 2014 o gasto do Ministério da Saúde manteve-se em torno de 1,7% do PIB (MENDES, 2015); participação relativa da União vem crescendo, saindo de 72% em 1993 para 42% em 2013 (CONASS, 2015).

No período de 2000 a 2012 a participação relativa da União apresentou queda de 23,3%; em 2012 estados e municípios juntos financiamento majoritário; 2000: União 58,20%. Estados 20,20% e Municípios 21,20%; 2010: União 44,97%, Estados 27,77% e Municípios 28,26%; 2012: União 45,80%, Estados 25,31% e Municípios 28,89% (SOARES e SANTOS, 2014).

Em 2014, 45,7% do investimento do MS foi destinado a construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas; as transferências aumentaram para estados e municípios de 2009 a 2014, mas a participação nos gastos caiu de 53% em 2009 para 48% em 2014. Os gastos relativos à MAC aumentaram 59% entre 2009 e 2014 (TCU, 2014).

A partir de 2006 a estratégia de regionalização na saúde foi implementada com maior articulação no cenário nacional. Com o Pacto pela Saúde, ocorreram muitos avanços e posteriores retrocessos nas políticas de saúde do país, oriundos de uma conjuntura política golpeada e fragilizada que o Brasil tem enfrentado na última década (GALLEGO, 2018). A paralisia de inovações na política de regionalização, o crescimento da contratação indireta por municípios e estados, bem como o avanço da participação dos atores ligados aos segmentos prestadores e industriais da saúde na discussão e definição dos rumos da política de saúde, são alguns dos entraves mais marcantes que a política de regionalização tem enfrentado.

Para Viana et. al. (2015) o resultado da fragmentação das ofertas e serviços que é proporcionada pela instalação das Regiões de Saúde e das RAS ocorre pela capacidade de oferta, da decisão e do planejamento das ações e serviços de saúde. O sistema torna-se fragmentado segundo diferentes lógicas organizadas em pequenos espaços decisórios muito marcados pelos interesses locais, em detrimento de uma ação pautada pelos princípios da universalidade e equidade. Estes princípios unem e distanciam ao mesmo tempo as práticas de saúde dos diversos locais do país.

Fernandes (2017) observa que a integralidade com a atenção à saúde sob a perspectiva dos municípios conforma-se como uma condição inatingível se percebida de maneira isolada, fora das RAS. Assim, o discurso da racionalidade e a “necessidade de compartilhamento, otimização e maximização de recursos de ordem física, financeira e humana para que os problemas de saúde sejam sanados e prevenidos” (FERNANDES, 2017. p.1312) se configuram como estratégias indispensáveis para que exista uma rede integrada. Tal conexão necessita existir entre todos entes federados, para que eles atuem possibilitando o acesso aos serviços de saúde pública de forma universal e igualitária.

Faz-se necessário superar os desafios que o processo de regionalização da saúde ainda enfrenta, esses empecilhos se constituem como a adaptação do sistema à heterogeneidade da realidade brasileira, em um país de dimensão continental, o fortalecimento do poder e liderança local e principalmente o fortalecimento dos municípios (GUIMARÃES, 2012). Pestana e Mendes (2004) destacam que o fortalecimento destes entes federados não deve ocorrer na perspectiva de transformá-los em autarquias municipais, mas que se constituam como porta de entrada do sistema, capaz de atender as demandas da atenção básica de maneira eficiente.

A equidade dos serviços de saúde prestados à população deve ser uma condição essencial no SUS. Guimarães (2005) afirma que o maior desafio a ser enfrentado nesta busca de regiões de saúde igualitárias são as disparidades e a falta de comunicação entre os integrantes da rede nacional. Tal realidade impõe que os atores se articulem formando redes isoladas entre

si, constituindo na realidade “uma trama multifacetada, com diversos níveis de matizes e modalidades de circulação, distribuição e consumo, inexplicáveis num único nível escalar” (GUIMARÃES, 2005 p. 1024). Assim é necessária uma estratégia para a regionalização da saúde que considere de maneira integral as necessidades básicas de cada realidade territorial do país.

Entre os desafios mais urgentes do SUS estão à ampliação do acesso e a adequação dos serviços ofertados. Segundo Brasil (2011) a organização de regiões e redes de atenção à saúde tem sido a estratégia de regionalização privilegiada nos últimos anos para superar esses desafios. No entanto, nem sempre as dificuldades que as comunidades mais necessitadas enfrentam com relação à saúde são passíveis de similar solução, uma vez que o país apresenta heterogeneidade marcante. Garnelo, Sousa e Silva (2017) destacam que os principais empecilhos para o alcance da universalidade no SUS se apresentam pelo nível de desigualdades socioeconômicas vigentes no país. Essas disparidades são agravadas pela limitada governança das autoridades sanitárias nos municípios e regiões menos favorecidas, principalmente no Norte e Nordeste do país.

As regiões de saúde precisam ser concebidas de maneira integradora, sendo capazes de atender as necessidades básicas de atenção à saúde da população. Para Santos e Campos (2015), a regionalização dos serviços de saúde não consegue alcançar seu objetivo por se manter fixa em estruturas que não condizem com as realidades diversas que apresentam. A descentralização dos serviços, a independência operativa e financeira e a centralização federal, constituem-se como entraves de difícil gestão, tornando esta abordagem insuficiente administrativamente.

### **3.3 A Regionalização da Saúde no estado de Pernambuco**

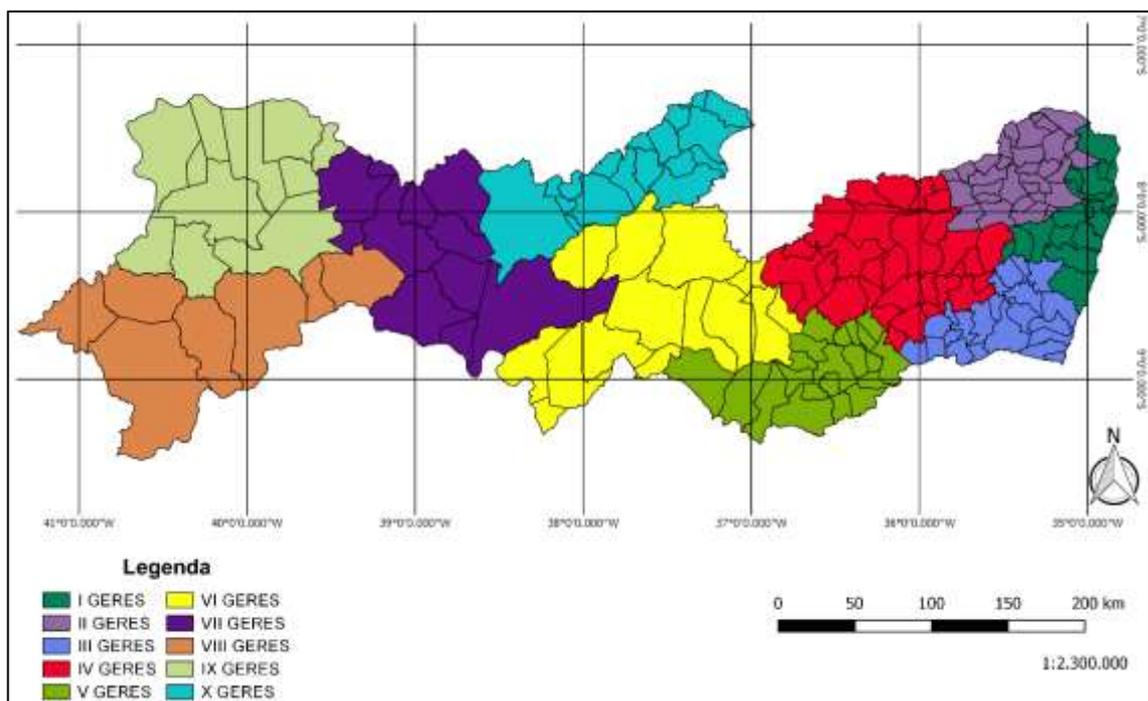
Os preceitos constitucionais explícitos no art. 198 da CF – 1988, levaram alguns anos para serem efetivados na prática pelos entes federados. Em Pernambuco, as estratégias de descentralização e conseqüentemente regionalização da saúde, foram analisadas a partir de 2006, quando foi lançado o Plano Estadual de Saúde (PES) divulgado no mesmo ano, e apresenta como objetivo organizar as ações de saúde do estado entre os anos de 2005 a 2007, mesmo tendo sido divulgado no ano posterior ao período de início do planejamento.

No PES (2006) observa-se que o aspecto da regionalização aparece de maneira explícita no objetivo geral, considerando-a como um dos princípios a serem alcançados para o aprimoramento do SUS no estado de Pernambuco. Destaca ainda que durante os anos de 2001 e 2002 realizaram-se oficinas em todas as regionais de saúde do estado almejando a elaboração

de propostas para a organização regionalizada da assistência em saúde, consolidada no PDR vigente da época (PERNAMBUCO, 2006).

O PDR de que trata Pernambuco (2006) foi promulgado por meio da Resolução da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) nº. 720, em 12 de agosto de 2002, buscando atender as demandas da NOAS-SUS 01/2002. Nesse contexto, a estrutura organizacional de saúde no Estado estava estruturada por meio de 56 módulos assistenciais de referência para a média complexidade, 10 microrregiões de Saúde, que possuíam polos nas sedes das Regionais de Saúde, que na época também se dividiam em 10 GERES (Figura 1). Estruturavam-se por meio de 3 macrorregiões com sedes nos municípios de Recife, Caruaru e Petrolina, garantindo os serviços de alta complexidade.

**Figura 1 - Gerências Regionais de Saúde (GERES) de Pernambuco em 2002**



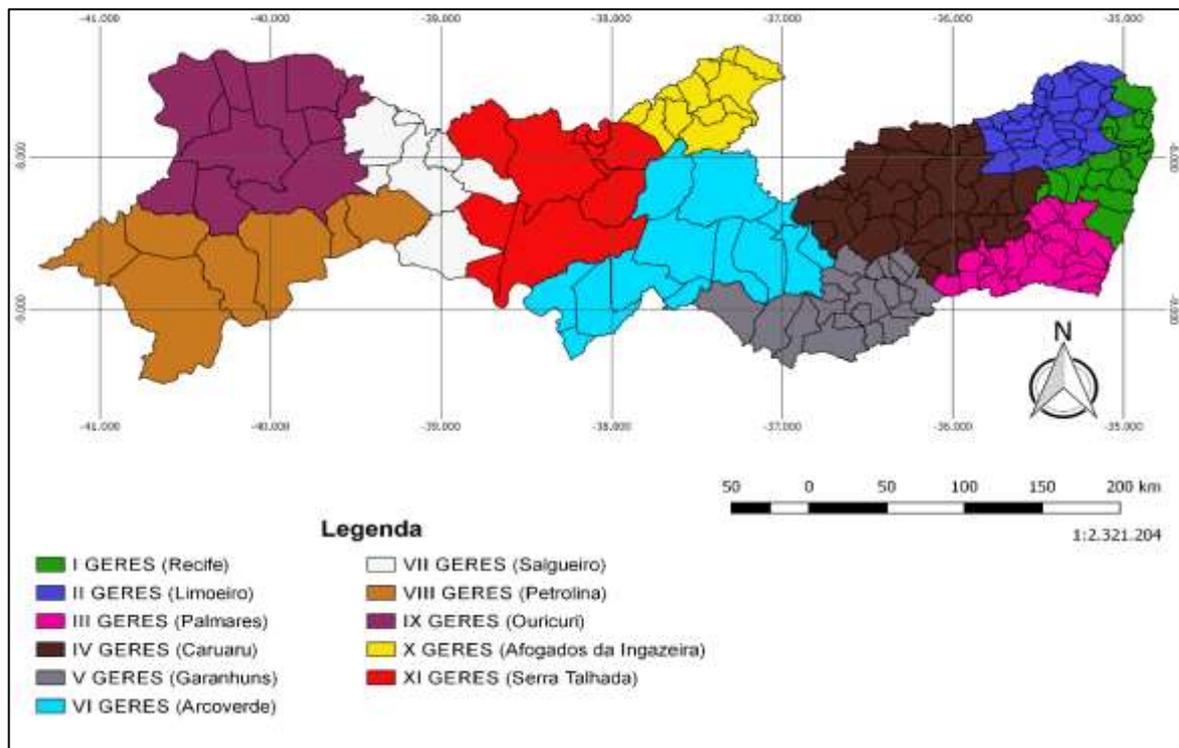
Fonte: PERNAMBUCO, 2006. Adaptado

Pernambuco (2006) considera a organização regional da gestão em saúde como representada na Figura 1, e destaca que um dos eixos prioritários para alcançar a descentralização dos serviços e sistemas de saúde era o fortalecimento das dez GERES, adequando-as a estrutura organizacional proposta pelo Pacto de Gestão promulgado no mesmo ano e em conformidade com a NOAS-SUS 01/2002. Determina ainda que o fortalecimento destas gerências busca ordenar a assistência em territórios delimitados, bem como organizar a

estratégia de consórcios intermunicipais de saúde, que fundamentam a organização territorial das GERES.

No entanto, a organização territorial proposta e definida em 2002 precisou ser revista e reformulada em 2006, devido a extensão territorial e os fluxos sociais, culturais e políticos que já não condiziam mais com a antiga organização regional da saúde de algumas áreas (GUIMARÃES, 2012). Assim o mapa da regionalização no estado necessitou ser alterado, criando-se no ano de 2006 a XI GERES (Figura 2).

**Figura 2 - GERES do estado de Pernambuco em 2006**



Fonte: PERNAMBUCO, 2009. Adaptado

As VI, VII e X GERES foram divididas originando a XI GERES, que possui sede no município de Serra Talhada e passou a integrar a macrorregião de Caruaru. O estabelecimento desta nova sede regional no município de Serra Talhada auxiliou a polarizar muitos serviços na região do Sertão Central e Sertão do Pajeú, diminuindo o percurso até a sede da macrorregião, ofertando agora serviços de alta complexidade (PERNAMBUCO, 2006). Devido a extensão territorial das gerências desmembradas e a proximidade de alguns municípios que estavam a margem destas regiões foi necessário a instalação e a construção de uma nova rede de atenção à saúde, considerando as ramificações que existiam neste período.

Assim, a partir do PES de 2009, que tratava das ações estratégicas para os anos entre 2008 e 2011, o estado de Pernambuco iniciou um processo de adequação da estrutura territorial

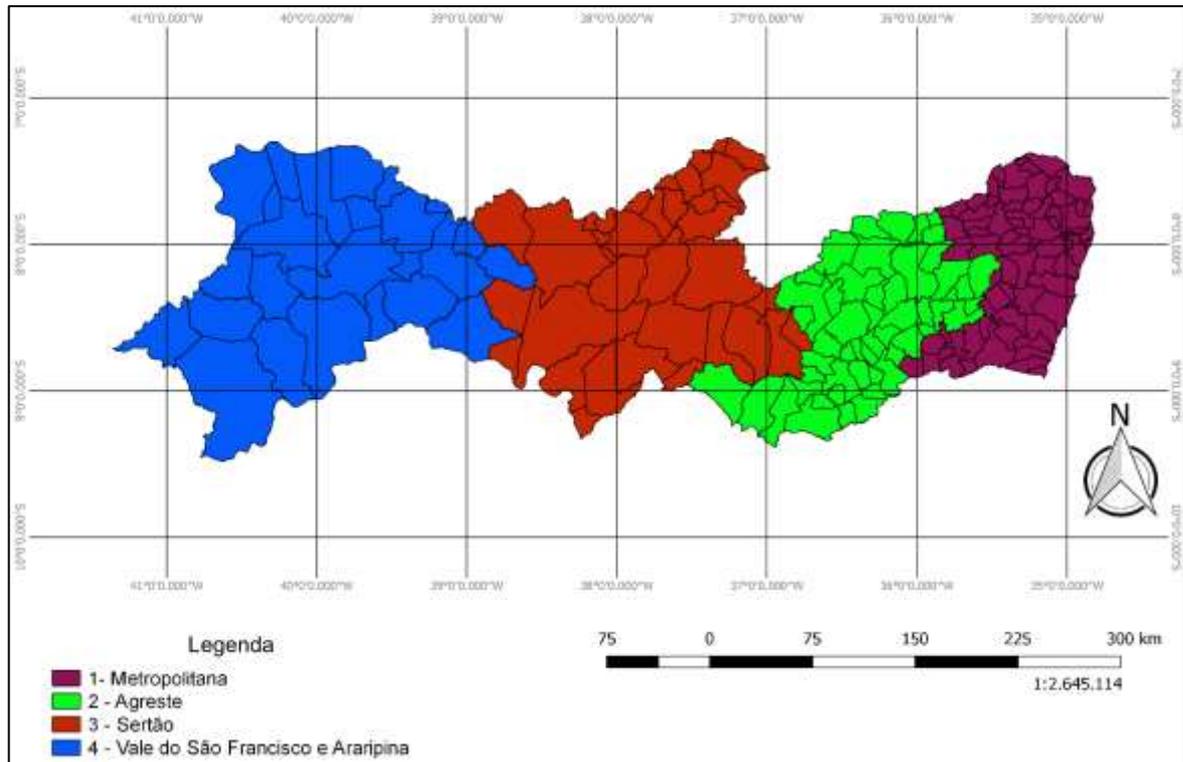
da saúde às normas e diretrizes estabelecidas no Pacto pela Saúde. De acordo com Guimarães (2012), a promulgação deste plano iniciou na SES um esforço para a elaboração do novo PDR, como um instrumento ordenador e facilitador do modelo de gestão a ser adotado. Brasil (2011) afirma que este novo sistema de organização territorial, estabelecido no âmbito do Ministério da Saúde (MS), buscava a indivisibilidade territorial entre os municípios e os estados, propondo um movimento dinâmico e flexível por meio da gestão compartilhada entre os gestores municipais e estaduais.

Guimarães (2012), considera que a descentralização do processo de regulação, do controle e avaliação dos serviços de saúde para as GERES e municípios é uma diretriz prioritária. Nesse sentido foram estabelecidos pela Portaria nº 817, de 25 de setembro de 2009 da SES de Pernambuco, grupos de trabalho responsáveis por implantar a regionalização no estado, a cargo de um Grupo Tático-Operacional (GTO) e alguns Grupos Temáticos de Trabalho (GTT), responsáveis por operacionalizar a agenda.

Esses grupos tinham como prioridade prática elaborar um novo PDR para o estado. Pernambuco (2011) destaca que o novo plano deveria servir como parâmetro para o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, facilitando a resolutividade dos problemas e atendendo as necessidades populacionais, em todos níveis de atenção, pactuando a oferta e estabelecendo a participação de cada ente federado. Para Brasil (2011) a gestão compartilhada neste contexto faz-se fundamental, e se expressa através da Comissão Intergestores Regionais (CIR), constituindo-se como um espaço de gestão cooperativa entre os gestores estaduais e municipais.

Sob esta lógica organizacional o Estado de Pernambuco definiu que os serviços de atendimento em saúde são organizados espacialmente pelo PDR de Pernambuco elaborado no ano de 2011. De acordo com Pernambuco (2011), o estado se divide atualmente em quatro Macrorregiões de Saúde, responsáveis por oferecer aos usuários, os serviços de média e alta complexidade. Os demais serviços e a assistência em saúde são conduzidos pelos princípios da integralidade e equidade, operacionalizada através das GERES, que se articulam entre os municípios e o estado. Na Figura 3 observa-se a divisão territorial das macrorregiões da SES no estado de Pernambuco.

**Figura 3 - Macrorregiões de Saúde do Estado de Pernambuco em 2011**



Fonte: Pernambuco, 2011. Adaptado.

Guimarães (2012) afirma que a SES de Pernambuco delimitou estrategicamente quatro macrorregiões que do ponto de vista teórico buscam conformar as áreas estrategicamente sob a perspectiva dos territórios sanitários, nos quais os serviços de média e alta complexidade devem ser garantidos. Pernambuco (2011) define que em cada macrorregião de saúde do estado deve possuir capacidade para a realização de procedimentos que necessitam de maiores e melhores recursos tecnológicos e que apresentam oferta escassa nos demais limites de conformação da RAS. Tal arranjo regional obedece a lógica dos critérios de acessibilidade entre as regiões, que unidas entre si formam as macrorregiões, conforme pode ser observado no Quadro 6.

**Quadro 6 - Distribuição das Macrorregiões de Saúde, suas regiões e Municípios-sede do estado de Pernambuco**

| <b>MACRORREGIÕES DE SAÚDE</b> | <b>REGIÃO DE SAÚDE</b> | <b>MUNICÍPIOS-SEDE</b> |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>1. Metropolitana</b>       | I GERES                | Recife                 |
|                               | II GERES               | Limoeiro               |
|                               | III GERES              | Palmares               |

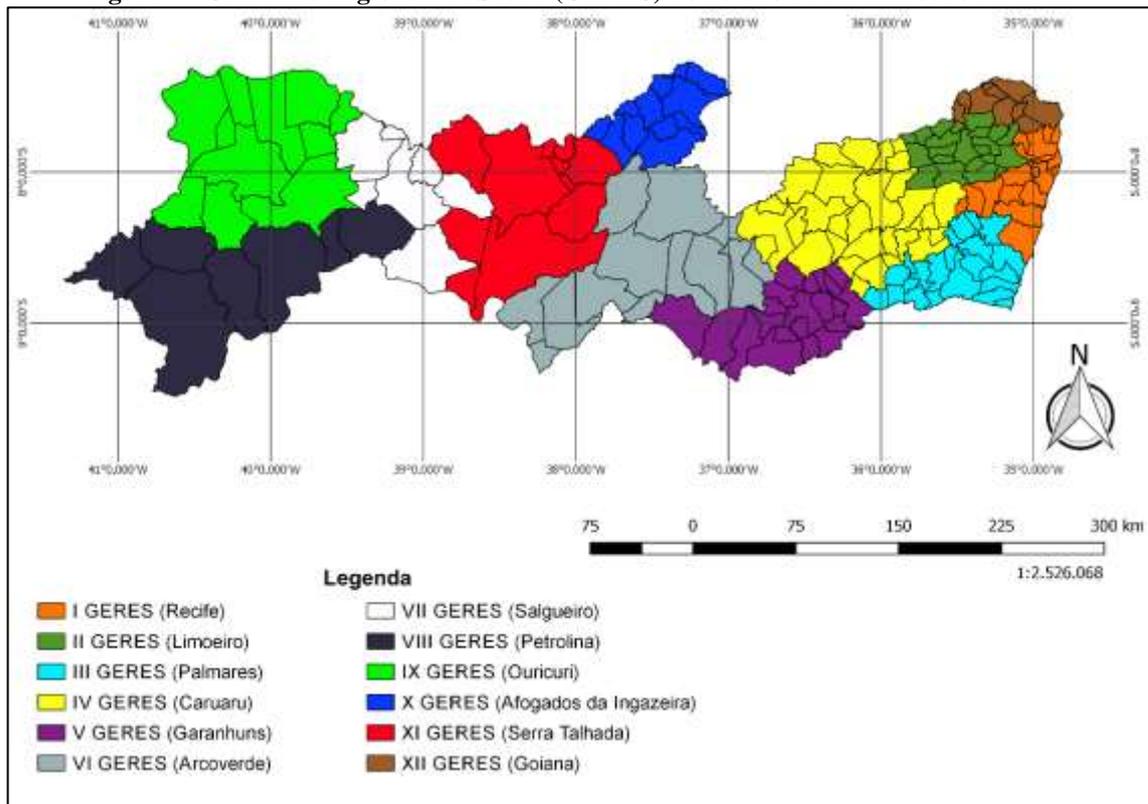
|   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
|   | XII GERES  | Goiana                |
| <b>2. Agreste</b>                         | IV GERES   | Caruaru               |
|   | V GERES    | Garanhuns             |
| <b>3. Sertão</b>                          | VI GERES   | Arcoverde             |
|   | X GERES    | Afogados da Ingazeira |
|   | XI GERES   | Serra Talhada         |
| <b>4. Vale do São Francisco e Araripe</b> | VII GERES  | Salgueiro             |
|   | VIII GERES | Petrolina             |
|   | IX GERES   | Ouricuri              |

Fonte: Pernambuco, 2011. p.12. Adaptado

Pernambuco (2011) destaca que as macrorregiões se constituem como uma organização territorial em que se agregam duas ou mais regiões de saúde, almejando garantir os serviços de maior complexidade à população. Por sua vez, Brasil (2011), corrobora com a temática, afirmando que a elaboração das macrorregiões deve ser organizada por meio das RAS tendo em vista a conformação de um sistema integrado de saúde.

As Regiões de saúde se estruturam como espaços que apresentam circunstanciais ligações entre si, objetivando garantir o acesso e a disponibilidade dos serviços de saúde a toda população. As GERES são instrumentos fundamentais na estruturação territorial do SUS por organizarem estrategicamente as ações de saúde em escala local, por meio das ações de atenção básica e vigilância em Saúde (PERNAMBUCO, 2011). No estado de Pernambuco atualmente a SES se divide por meio de doze gerências, esse novo formato da regionalização do estado de Pernambuco foi formulado e definido pelo PDR lançado no ano de 2011 (Figura 4).

**Figura 4 - Gerências Regionais de Saúde (GERES) do Estado de Pernambuco em 2011**

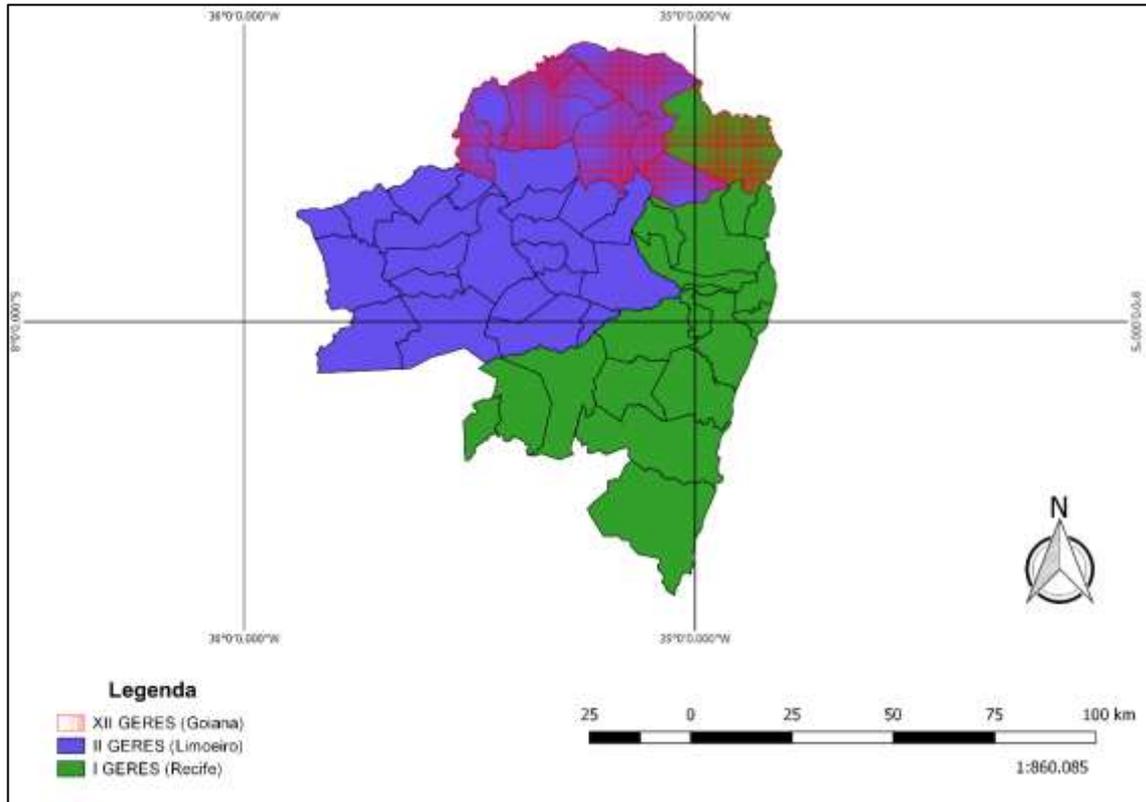


Fonte: PERNAMBUCO, 2011. Adaptado

. Estas regiões foram delimitadas por meio da análise dos fluxos assistenciais associados a capacidade instalada em cada município para avaliar o potencial de ampliação de oferta em nível regional. Neste sentido foram adotados como critérios para a nova divisão as prospecções do Plano Plurianual (PPA) do Governo Estadual de Pernambuco, que visa identificar possíveis investimentos em regiões potenciais, as identidade culturais e sociais, as atividades econômicas de cada município e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios (PERNAMBUCO, 2011)

Sob essa perspectiva, com a promulgação do PDR 2011 foi criada a XII GERES da SES de Pernambuco, através do Decreto No 37.772, de 17 de janeiro de 2012. Para Pernambuco (2013a), esta região foi implantada com o objetivo de descentralizar e melhorar o serviço de saúde oferecido à população da Mata Norte e do Agreste Setentrional. A nova região de saúde foi estabelecida no território que anteriormente integravam as I e II GERES – PE, conforme pode ser observado na Figura 5.

**Figura 5 - Formação Territorial da XII GERES - PE**



Fonte: PERNAMBUCO (2011). Adaptado.

Sendo composta pelos municípios de Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiro, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, Timbaúba e São Vicente Ferrer, que anteriormente faziam parte da II GERES – PE e o município de Goiana que pertencia a I GERES – PE. A XII GERES – PE auxiliou a diminuir territorialmente a II GERES e possibilitou os municípios mais próximos a metrópole estadual integrarem uma nova região, com melhor organização dos serviços de saúde tendo em vista o crescente dinamismo econômico e industrial que o entorno próximo ao município de Goiana passou a apresentar na última década.

Para Araújo e Luna (2017) a formação do polo industrial de desenvolvimento norte do estado de Pernambuco ocorreu devido o surgimento de grandes empreendimentos industriais que têm como base os setores automotivo, vidreiro e fármaco-químico nas imediações do município de Goiana. A implantação deste polo industrial acarretou o processo de crescimento populacional da região, gerando o crescimento da demanda por serviços públicos essenciais.

No entanto, os serviços de maior complexidade se configuram ainda no Recife, devido à proximidade com a sede em Goiana e seu potencial de estrutura em saúde (PERNAMBUCO, 2013a). Mas qual o objetivo de criar uma nova GERES no estado se os serviços ainda se concentram no centro da gerência anterior? Guimarães (2008) afirma que as regionalizações,

muitas vezes, tendem a se tornarem obsoletas com o tempo e que são passíveis de sofrerem modificações devido a fins específicos, meramente administrativos ou de interesse público.

Para Pernambuco (2016) o PDR lançado em 2011 provocou a reestruturação das GERES do estado buscando a adequação dos serviços as diretrizes do SUS. Dentre as ações que visavam reorganizar as gerências de saúde pode-se destacar a necessidade de concurso público para o cargo de gerente regional, a criação das coordenações de Atenção à Saúde, de planejamento e regulação e vigilância em saúde, bem como a contratação de sanitaristas para cada gerência regional, com a função de auxiliar no planejamento das regiões de saúde.

Em tese as GERES deveriam ter um nível de autonomia na execução dos serviços, porém persiste a dependência operativa em relação a RMR, devido a concentração histórica de serviços nesta área no que tange o acesso a serviços de média e alta complexidade, tornando a política de regionalização limitada em relação ao seu maior objetivo (PERNAMBUCO, 2016). Assim, as regiões de saúde que foram concebidas pelo viés da descentralização ainda apresentam inúmeros entraves que dificulta o sucesso da política de regionalização em saúde no estado.

Para Dubeux (2012) o estado possui uma das maiores redes públicas de saúde do Brasil, com uma distribuição de serviços de saúde organizada de modo concentrado na área metropolitana. Esta lógica de concentração dos serviços em um único espaço do estado acaba gerando dificuldades no acesso da população que reside nas cidades interioranas.

O PES lançado em 2016 estabelece o uso da regionalização solidária<sup>4</sup> como um caminho possível para a superação das dificuldades de acesso aos serviços de média e alta complexidade. Destaca ainda que existe um longo caminho a ser percorrido com relação ao cumprimento do papel mais nobre que a regionalização deveria desempenhar, que seria a orientação normativa e organizativa às secretarias municipais de saúde, o que ainda é pouco exercitado. E por fim, indica a revisão e atualização do PDR de 2011, transferindo o município de Cabrobó para a VII GERES – PE.

Os serviços de saúde oferecidos pelos municípios integrantes das regiões de saúde de Pernambuco são organizados de acordo com a disponibilidade dos estabelecimentos de saúde e das condições de atenção a saúde em cada nível de complexidade. Para Pernambuco (2011) as regiões de saúde estruturam-se por meio da concentração de serviços especializados em um

---

<sup>4</sup> A Regionalização solidária foi divulgada como uma estratégia para implementação no SUS, pensada dentro do contexto do Pacto pela Saúde em 2006. Esta orientação operacional do processo de regionalização da saúde se constitui através da complexidade presente neste processo e pelo compartilhamento de experiências. O estabelecimento de ações de apoio e a busca solidária de soluções para os diferentes problemas enfrentados em cada região caracterizam a cooperação necessária a um processo de regionalização solidária (BRASIL, 2006).

município, considerado a sede da região, atendendo a população das áreas próximas. A comunicação entre a federação, estados e municípios é imprescindível para a manutenção dos serviços de saúde e um preceito fundamental para a efetivação das diretrizes estabelecidas na Lei Federal 8.080 de 1990 que institui o SUS e organiza-o regionalizado. (DOURADO; ELIAS, 2011).

Brasil (2009) estabelece o pacto de gestão do SUS como uma diretriz que é assinada e concordada entre todos os entes federados através do Termo de Compromisso de Gestão (TCG)<sup>5</sup>, este documento deve ser a base das relações intergovernamentais existentes em cada município que compõe as regiões de saúde. Pernambuco (2013b) confirma a integração entre os vinte (20) municípios integrantes da II GERES – PE através da assinatura do TCG, assegurando a cada ente federado a responsabilidade sobre a administração dos serviços em seu território. Cada município deve definir seu teto físico mensal por procedimento ambulatorial de média e baixa complexidade, buscando garantir de maneira integrada os serviços de saúde oferecidos, e os demais serviços não ofertados no território municipal que são integrados através da RAS e das pactuações regionais (PERNAMBUCO, 2006).

---

<sup>5</sup> Os estados e municípios devem deflagrar processos de discussão e avaliação, antecedendo à assinatura de seus respectivos termos de Compromisso de Gestão, nos quais deverão estar explicitadas as responsabilidades já assumidas e/ou em condições de serem assumidas, bem como indicado o cronograma para o cumprimento das responsabilidades cujos cumprimentos ainda não tenham sido contemplados. Este termo extingue as antigas formas de habilitação estabelecidas pela NOB US 96 e a NOAS SUS 01/02. (BRASIL, 2009)

## 4 ACESSIBILIDADE E DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM ESPAÇOS RURAIS

Os espaços rurais brasileiros são áreas socialmente vulneráveis, que caracterizam-se pela baixa densidade demográfica, no entanto, constituem-se como as maiores áreas territoriais do país. A difusão da ideia de que o Brasil é um país urbanizado, sustentada pelos censos demográficos é uma estratégia política utilizada para camuflar a falta de políticas e estratégias específicas voltadas para as populações que (r)existem nos imensos territórios com características rurais do país. A concepção de que a ruralidade é um estágio a ser superado pela urbanização também se constitui como uma falácia que tende a minimizar a importância das atividades socioeconômicas e territoriais desenvolvidas pelas populações rurais (ROSSINI, 2017).

A oposição entre os espaços rurais e urbanos, é uma discussão epistemológica e política que corrobora diretamente nas condições de sobrevivência das populações no campo, na floresta e nas águas brasileiras. Estes espaços apresentam especificidades próprias que os distinguem a partir das necessidades que a população enfrenta para acessar a rede de serviços básicos de saúde, educação, segurança e alimentação. Os serviços públicos necessitam ser organizados a partir das características específicas das condições de habitação das populações, respeitando as condições que materializam-se em cada tipo de espaço.

### 4.1 O Rural e as Ruralidades no Brasil

Na perspectiva de Veiga (2006) o espaço rural pode ser compreendido a partir de três hipóteses. A primeira, difundida a partir dos estudos de Lefbvre e que ganhou grande repercussão na geografia urbana brasileira compreende a completa urbanização dos espaços (FAVARETO, 2005). Tal concepção, ilusória, acredita que o desenvolvimento urbano (industrial) provocaria a uniformização das áreas, diluindo definitivamente os territórios rurais. Em contrapartida, a segunda hipótese indica o renascimento do rural, através do ressurgimento de concepções e atividades econômicas diversificadas capazes de dinamizar os espaços rurais garantindo sua permanência.

A terceira hipótese indica que “o mais completo triunfo da urbanidade engendra a valorização da ruralidade que não está renascendo, mas sim nascendo, *com novas formas*”

(VEIGA, 2006. p. 334. Grifos nossos). Através de novas concepções, especialmente os serviços que atraem rendas geradas pela produtividade de outros lugares, a concepção de ruralidade se alterou ao longo dos anos. Para Menezes Neto (2017), essa transformação ocorreu devido ao aumento da preocupação com a conservação do patrimônio natural, bem como pela intensificação de outras atividades econômicas e outros interesses sociais no meio rural, além da prática agrícola e da produção de alimentos. Essa nova realidade se dá através do uso de tecnologias avançadas na produção agrícola, de atividades ligadas ao setor terciário da economia, bem como pela valorização da especulação imobiliária, através do fenômeno do rururbano (SANTOS, 2008).

É fato que durante o século passado, a maioria dos estudos geográficos tendiam a dissociar as concepções rurais e urbanas de maneira extremamente oposta, devido a repercussão que os estudos de Lefbvre ganharam no Brasil. “No âmbito da geografia, desde os anos 1960 do século passado, ocorreu uma ruptura metodológica entre estudos urbanos e rurais, dificultando a apreensão conjunta do rural e do urbano *brasileiro*” (BITOUN, 2016 p. 154. Grifos nossos). A dissociação entre estas duas configurações do espaço ocasionou o abandono por parte de muitos geógrafos dos estudos de base rural, em detrimento das investigações que compreendem o território urbano como sinônimo do espaço idealizado, lucrativo e superior a ser construído em todo território.

O rural, neste estudo, é compreendido como um espaço além do agricultável, com fontes de renda e comércio ligadas as atividades do setor primário, sendo apreendidos como lugares dinâmicos e pluriativos, com características espaciais e demográficas específicas (ARAUJO; BEZERRA, 2017). No debate científico internacional há muito tempo foi superado o equívoco de se identificar a agropecuária com o rural. Diante dos fenômenos de pluriatividade e da intensificação de atividades não ligadas ao setor primário da economia, surgiu uma nova forma de compreensão dos espaços rurais, denominada de nova economia rural (VEIGA, 2004).

Com base em Wanderley e Favaretto (2013), ao discutirem sobre uma perspectiva sociocultural, consideram que esse espaço não pode ser visto como uma categoria a-histórica, uma vez que detêm direta correspondência com a trajetória da formação social brasileira. O rural brasileiro conserva heterogeneidade marcante, a qual se manifesta desde as diferentes escalas dos subespaços nacionais até as formas predominantes de propriedade de terra e de organização econômica e social. Diante do esvaziamento institucional que predomina nessas áreas, os autores, destacam a importância da elaboração e aplicação de uma referência para estes espaços, assim, como existe o estatuto das cidades, para os espaços urbanos.

Para Veiga (2001) o Brasil representado pelos dados censitários do IBGE nos últimos anos aponta para o mito da avassaladora urbanização brasileira. Essa afirmação pode ser comprovada ao perceber que o percentual de urbanização brasileira alcançou o patamar de 84,4% em 2010. Do ponto de vista regional, as macrorregiões brasileiras mais urbanizadas são, respectivamente, Sudeste (92,9%), Centro Oeste (88,8%), Sul (84,9%), Norte (73,1%) e Nordeste (73,1%), conforme o censo demográfico de 2010, realizado pelo IBGE (GRISA, KATO E ZIMMERMANN, 2017).

A veracidade destes altos níveis de urbanização é questionada por vários autores considerando o método utilizado para a classificação dos espaços no censo demográfico do IBGE. Dissertando sobre o assunto, Bezerra e Bacelar (2013) observam que este método resulta de uma postura e compreensão da política brasileira do início da década de 1940. Desde esse período, as áreas rurais do Brasil são definidas por oposição e exclusão às áreas consideradas urbanas. Nesse sentido, Veiga (2001) considera que o rural brasileiro se apresenta como algo residual, destinado a não ser relevante, como uma categoria a-histórica, sinônimo de atraso e contrário ao desenvolvimento.

A superestimação urbana está relacionada à metodologia usada pelo IBGE para identificar o urbano e o rural. Essa metodologia vincula-se ao Decreto-lei nº. 311 de 1938 que dispõe sobre a divisão territorial do país. Segundo esta legislação, as sedes municipais e distritais compõem o perímetro urbano, sendo seus limites geográficos atribuições de prefeituras e câmaras municipais a partir de decisões políticas. O rural, por sua vez, fica definido por exclusão, sendo a área que sobra, uma vez definida a área urbana. (GRISA; KATO; ZIMMERMANN; 2017. p. 338)

Como responsabilidade dos municípios, a estratégia de arrecadação de impostos contribui ainda mais para o agravamento da definição do que é considerado rural e urbano no país. Segundo o Código Tributário Nacional (CTN) (Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966), que regulamenta a prática até os dias atuais, os impostos municipais são arrecadados nas áreas urbanas e os das áreas rurais de responsabilidade da União, estimulando os municípios a aumentar artificialmente suas áreas urbanas (WANDERLEY; FAVARETO, 2013).

Diversas organizações e países utilizam classificações próprias e opostas às utilizadas no Brasil atualmente. Delgado et al (2013) desenvolveram uma análise comparativa entre as concepções de ruralidades e tipologias que caracterizam os espaços rurais na América Latina e Europa. Neste estudo, os autores destacaram as concepções desenvolvidas pela OCDE, pela União Europeia (UE), pela Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), no

Centro Latino-Americano para o Desenvolvimento Rural (RIMISP), no Banco Mundial e pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO). Estas organizações internacionais desenvolveram metodologias que influenciaram na construção de tipologias e ajudaram na definição do que é rural, bem como, na sua aplicação com relação a formulação de políticas públicas de desenvolvimento rural.

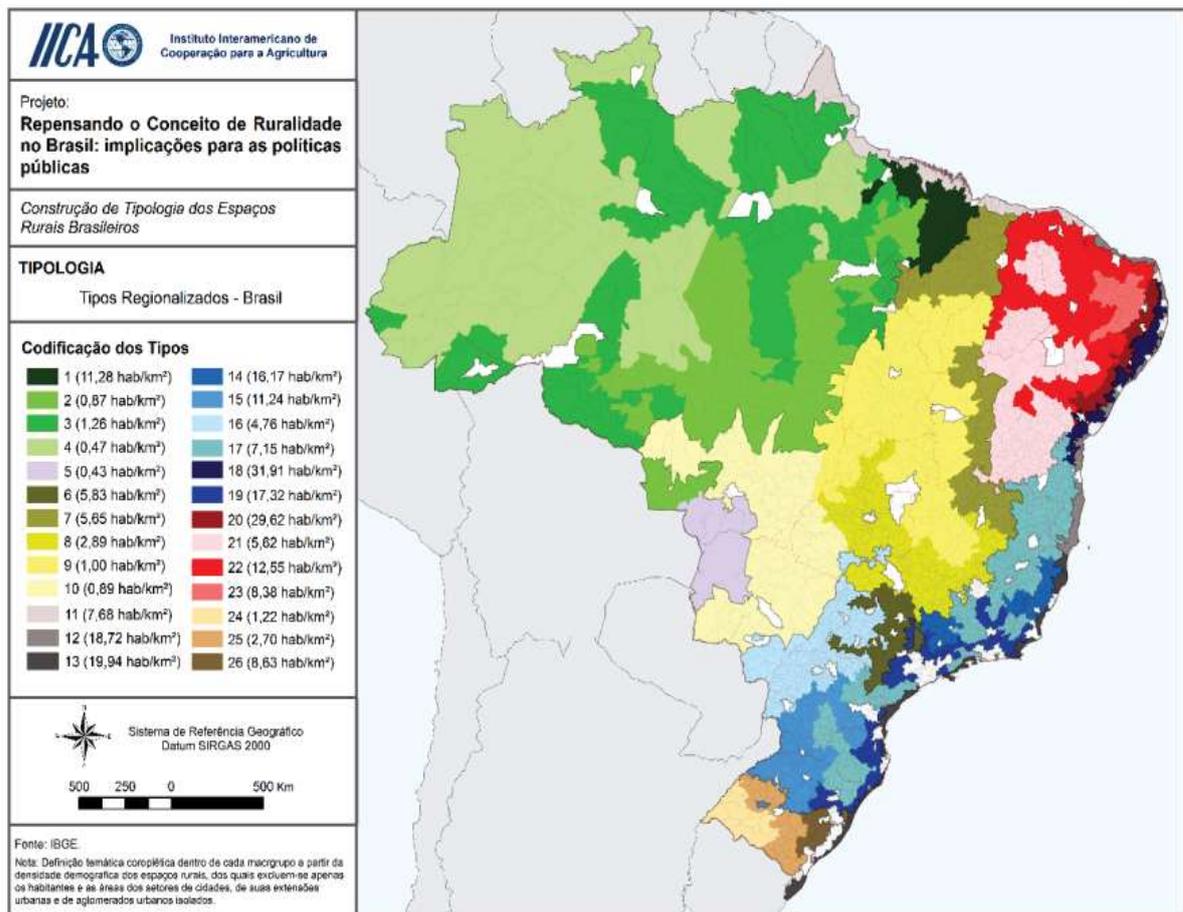
Pessoa, Almeida e Carneiro (2018) observaram que no Canadá e nos Estados Unidos embora considerem-se o rural como um subproduto ou resíduo do urbano, como no Brasil, a tendência apresentada nas últimas décadas é pela busca de alternativas não dicotômicas e reducionistas através de metodologias de classificações mais refinadas. Essas tipologias garantem a perspectiva do surgimento de uma nova ruralidade, totalmente diferente das práticas já observadas anteriormente (VEIGA, 2001).

No âmbito do projeto Repensando o conceito de ruralidade no Brasil: implicações para as políticas públicas<sup>6</sup> e com base nas diversas experiências das organizações internacionais citadas anteriormente desenvolveu-se uma Tipologia Regionalizada dos Espaços Rurais Brasileiros (Figura 6). Este estudo acerca da classificação dos espaços rurais brasileiros foi elaborado almejando ser uma ferramenta para subsidiar o aprimoramento de políticas territoriais de desenvolvimento, levando em conta a diversidade do território nacional e partindo das bases naturais que estruturam e interferem na concepção dos espaços rurais, por meio da divisão regional dos biomas brasileiros (BITOUN et al, 2017).

---

<sup>6</sup> O Projeto Repensando o conceito de ruralidade no Brasil: implicações para as políticas públicas foi patrocinado por diversas instituições federais, sob liderança do Ministério do Desenvolvimento Agrário, e realizado sob a firme coordenação do Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA). Com o objetivo de contribuir para a ampliação do debate sobre o lugar e a importância dos espaços rurais, no mundo e, particularmente, no Brasil atual.

**Figura 6 -Tipos Regionalizados de Espaços Rurais do Brasil**



Fonte: Bitoun et al (2017). p. 90

Bitoun et al. (2017) elaboraram a tipologia regionalizada dos espaços rurais brasileiros destacando em cores os biomas (verde: Amazônia e parte noroeste do Pantanal; amarelo/ocre: Cerrado; vermelho/rosa: Caatinga; marrom: Pampa; Azul: Mata Atlântica; cinza: Linha de Costa; cinza claro: Pantanal) e as tonalidades mais ou menos intensas em cada bioma, representam as densidades populacionais nas áreas rurais. Esta tipologia serve como um suporte para que possa-se contrastar os dados divulgados como oficiais acerca dos espaços rurais que existem no Brasil atualmente. O método adotado não considera unicamente o espaço rural como resíduo das áreas urbanas, mas valoriza aspectos próprios da realidade rural: a densidade demográfica e as condições físico-naturais do espaço, que são também utilizados como forma de classificação dos espaços pelas organizações internacionais.

Na concepção de Menezes Neto (2017), existe uma diversidade de ruralidades brasileiras, como bem demonstrado pelo estudo anteriormente citado. Não existe apenas um meio agrícola, mas distintas realidades do ponto de vista fundiário, econômico e social. Pode-

se sugerir, então, que existem diversos “Brasis” rurais, em que devido a diversidade sociocultural e econômica deste país, cada região desenvolveu condições de manutenção da vida com características específicas da história e natureza de cada território. Assim, é insuficiente determinar que as áreas rurais se constituem apenas como um espaço residual ao urbano, estes concretizam-se também como territórios de disputas, conflitos, resistências e sobretudo de permanência da população que se identificam sócio culturalmente com as condições de vida destes espaços.

O território rural brasileiro transformou-se em vistas da adaptação ao novo modelo neoextrativista voltado para o agronegócio. A reorganização econômica do país na última década ainda priorizou alguns empreendimentos que modificaram os territórios rurais, como a construção de barragens e hidrelétricas em regiões de floresta ou áreas ocupadas por comunidades tradicionais. Essas transformações espaciais ocorrem permeadas por conflitos pela terra e água entre o Estado, o capital e as populações rurais, acarretando mortes, violência, contaminação ambiental e riscos à saúde humana. Desta forma, alteraram-se o modo de produção rural, provocando mudanças significativas na demografia, nas condições de trabalho, de moradia e insuficiência no acesso às políticas públicas (RIGOTTO et al, 2012). Em razão disso, faz-se necessário, uma articulação maior entre os diferentes tipos de territórios, bem como, a elaboração de políticas e legislação própria que garantam a permanência e os direitos das populações rurais brasileiras.

#### **4.2 Acesso e Acessibilidade aos serviços de saúde a partir da espacialidade geográfica**

O termo acesso é objeto de diversas discussões conceituais por parte dos cientistas, principalmente os que se dedicam a estudar os sistemas públicos de saúde. Não sendo uma categoria exclusiva da saúde pública, muitos cientistas políticos e pensadores de diversas áreas do conhecimento se dedicam a definição desta categoria de análise. Para alguns autores o conceito acesso é definido como sinônimo de acessibilidade, outros consideram o termo acessibilidade como uma das dimensões características do acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Neste trabalho busca-se discutir, à luz dos mais diversos pensadores, como o acesso aos serviços de saúde sofre impactos referentes à orientação geográfica utilizada na distribuição dos estabelecimentos de saúde pública.

Sanchez e Ciconelli (2012) apresentam um importante levantamento das principais ideias e dos pensadores que contribuíram com a formulação do pensamento científico sobre o acesso aos serviços de saúde. Aday e Andersen (1974) desenvolveram a definição de acesso por meio das características populacionais e a disponibilidade dos sistemas. Ronald e Newman (1973) por sua vez, incluíram na definição os determinantes individuais e das instituições de saúde. Contribuindo com a definição desse conceito, Penschansky e Thomas (1981) analisaram o grau de interação entre os usuários e o sistema. Donabedian (1973), ao substituir o termo acesso por acessibilidade, utilizou os aspectos sócio-organizacionais e geográficos para defini-lo. Já McIntyre e Mooney (2007) introduziram na discussão a noção de liberdade na utilização dos serviços de saúde.

Para Travassos e Martins (2004) o acesso firma-se a partir da necessidade e do uso dos serviços de saúde por parte da população. O uso depende do contato direto (consultas médicas, hospitalizações, tratamentos e acompanhamentos) e do contato indireto (exames preventivos e diagnósticos, sistemas de prevenção e de controle de doenças) entre os pacientes e os profissionais da saúde. Nesse sentido, a acessibilidade corresponde a uma característica própria dos serviços que assumem significado quando analisados à luz dos impactos que exercem através das necessidades da população.

Um fator a ser considerado nesta abordagem é a capacidade de utilização dos serviços por parte da população, que se constitui através do comportamento do indivíduo e do profissional que o orienta no sistema de saúde. Destacam-se como determinantes da utilização dos serviços a necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência); os usuários com suas características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais e psicológicas; os prestadores de serviços (profissionais da saúde); a organização (profissionais responsáveis pelas estratégias de execução do sistema de saúde) e a política (o modelo de sistema de saúde adotado). A utilização dos serviços representa a principal forma de caracterizar o funcionamento dos sistemas de saúde, sendo resultado das experiências vividas pelos usuários (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Donabedian (1980) destaca que na dimensão teórica da acessibilidade é possível identificar duas concepções específicas do termo. Uma ligada às questões sócio organizacionais, das quais derivam as políticas de seleção dos pacientes através das condições sociais e o diagnóstico do nível de complexidade da doença. A segunda dimensão se refere ao enfoque geográfico, capaz de medir e analisar os impactos da distância e do tempo de

locomoção, os custos necessários para o atendimento e grau de influência que estes empecilhos podem provocar no acesso aos serviços de saúde por meio dos usuários.

A acessibilidade não se restringe unicamente ao uso ou não dos serviços de saúde ofertados. Desde a entrada nos serviços até o recebimento de cuidados subsequentes referentes ao tipo de doença constituem-se como questões referentes ao acesso dos usuários aos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995). Nesta perspectiva, inclui-se na condição de acesso à adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados para as necessidades de saúde dos pacientes. Travassos e Martins (2004), julgam o modo de acesso quanto a forma em que propicia a melhora nas condições de saúde ou ainda, a satisfação dos usuários considerado como Acesso Efetivo. O grau de mudança ou de satisfação da saúde em relação ao volume de serviços de saúde consumidos é denominado pelos autores como Acesso Eficiente.

Penchansky e Thomas (1981), centralizam suas observações no grau de ajuste entre os clientes e o sistema de saúde determinando como dimensões do acesso: a disponibilidade dos serviços, a acessibilidade aos mesmos, o acolhimento, a capacidade de compra e a aceitabilidade dos usuários. Já Sanches e Ciconelli (2012), compreendem o acesso por meio dos processos e resultados que determinam a equidade ou desigualdade, incluindo nas dimensões elaboradas por Penchansky e Thomas (1981) a informação com relação aos serviços, como uma característica determinante para o efetivo uso dos equipamentos de saúde pela população, através do conhecimento das fontes de informações e da educação. Neste contexto, a informação destaca-se com fator considerável para que um potencial acesso torne-se um uso efetivo dos serviços.

Swartz (2004) considera que os sistemas de saúde deveriam garantir a distribuição igualitária dos recursos socioeconômicos essenciais à população, numa perspectiva de justiça social. Sanchez e Ciconelli (2012), corroboram com esta perspectiva definindo a equidade vertical como a melhor opção para que os sistemas de saúde se apropriem do conceito de justiça social e os desenvolva, garantindo o tratamento desigual, porém equilibrado, entre os indivíduos desiguais, dependendo da necessidade de cada usuário. Nessa perspectiva o acesso passa a se desenvolver sob uma concepção mais política do que operacional.

O acesso aos serviços de saúde depende além de uma organização equânime e justa socialmente, de fatores individuais que correspondem a capacidade de uso dos serviços pela população. A localização da unidade de saúde, a disponibilidade de atendimento, bem como a disponibilidade de atendimentos não agendados (Urgência e/ou Emergência) e a percepção que

a população tem com relação a utilização são fatores indispensáveis para mensurar a qualidade do acesso na APS do Brasil (ASSIS; JESUS, 2012).

Unglert (1990) compreende a equidade como sinônimo de igualdade no acesso à saúde. Corroborando com essa perspectiva, Assis e Jesus (2012) ampliam as possibilidades de análise dos aspectos relacionados ao acesso, definindo-os como: políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos. E ainda acrescentam como dimensões da categoria acesso, elementos específicos dos indivíduos como a participação e o controle social, a equidade, a coerência dos serviços com as necessidades da população, as estratégias e táticas de intervenção, a alocação de recursos e ainda a autonomia dos serviços. Para eles o acesso se constitui através do grau de ajuste entre os serviços de saúde e a comunidade.

A participação da comunidade na definição e delimitação dos espaços a serem utilizados como unidades de saúde é essencial. “A localização e dimensão das unidades, bem como a especificação de seus serviços, deve sempre ser definida através de um processo que garanta a participação permanente da comunidade” (UNGLERT, 1990. p.450). A dimensão dos serviços de saúde e sua localização são melhor compreendidos se forem considerados os aspectos de natureza geográfica, demográfica e social da população local, bem como as características sanitárias e epidemiológicas dos espaços.

Nessa perspectiva, a dimensão geográfica do acesso aos serviços de saúde representa uma condição essencial para que a população possa utilizar os equipamentos e estruturas disponíveis. Assim o acesso pode ser analisado sob uma concepção multidimensional das políticas, na qual a localização destaca-se como um dos fatores que primeiro necessitam ser analisados no planejamento das estratégias de saúde. O acesso a saúde se constitui como resultado da interação entre os fatores geográficos e socioeconômicos, capazes de garantir a efetiva participação e utilização da população aos serviços de saúde. (COMBER; BRUNSDON; RADBURN, 2011)

A dimensão locacional é considerada como uma ferramenta capaz de avaliar a distribuição espacial das instalações de saúde, propiciando resultados que auxiliem os órgãos públicos a compreender como aplicar os recursos disponíveis de maneira justa e igualitária. “A equidade ao acesso e a localização das unidades de saúde devem ser consideradas como itens primordiais [...], pois seu cerne é garantir atendimento à saúde para toda a população, sem diferenciações injustificadas.” (CIRINO et al, 2016. p. 2). A distribuição espacial planejada dos serviços é uma forma eficiente de garantir que a população esteja assegurada no ponto de vista

epidemiológico e preventivo, bem como percebam com mais facilidade a entrada e a garantia dos cuidados de saúde.

Um exemplo de como o serviço de saúde possui uma dimensão espacial e planejada é a ESF, que por meio da equipe multiprofissional e principalmente com o trabalho desenvolvido pelo ACS desempenham um papel importante, facilitando a entrada dos usuários ao sistema de saúde pública no Brasil. Bezerra e Bitoun (2017), destacam a importância deste enfoque territorial que existe no planejamento e na execução das operações de controle e prevenção da saúde. No entanto, essa estratégia ainda não encontrou espaço suficiente, restringindo-se apenas a divisão do trabalho da atenção e vigilância em saúde que dificilmente é implantada na sua totalidade, devido a permanência de concepções que não valorizam abordagens intersetoriais e interdisciplinares na operacionalização das políticas públicas de saúde (BEZERRA, 2015).

Neste contexto, a condição geográfica muitas vezes é negligenciada na elaboração e implementação das políticas públicas de saúde no Brasil. Unglert (1990), ao analisar o acesso da população aos serviços de saúde em uma região da cidade de São Paulo, destaca que o planejamento da localização de serviços deve respeitar as características específicas de cada área, e afirma que qualquer modelo teórico que não leve em conta fatores socioespaciais possivelmente estará fadado ao insucesso. O fator geográfico é imprescindível na compreensão das iniquidades em saúde, com destaque para as áreas rurais e as regiões periféricas das grandes cidades, como espaços em que o fator locacional é preponderantemente desconsiderado no planejamento e organização dos equipamentos de saúde (UNGLERT; ROSEMBURG; JUNQUEIRA, 1987).

Outros serviços públicos além dos relacionados a saúde também devem ser considerados em abordagens que visam analisar as condições geográficas de acesso à saúde. A acessibilidade aos serviços de saúde está ligada tanto a presença da unidade de saúde, como ao alcance geográfico e econômico. Nesse sentido as condições de transporte também devem ser consideradas, sejam por meio da disponibilidade de transporte público, dos tipos de veículos utilizados no trajeto ou pela distância que necessita ser percorrida para ter acesso aos equipamentos públicos de saúde (GENE; BERROCAL, 2017).

Assim, Arcury et al (2005) destacam que para se medir o acesso geográfico e as condições espaciais é necessário considerar a distância, os efeitos da diminuição da distância e ainda, as condições de transporte e a forma como a locomoção é realizada, destacando neste ponto a mobilidade como um fator preponderante para calcular as condições de acesso físico

aos equipamentos de saúde. Gene Javier e Berrocal (2017) apresentam como indicadores da acessibilidade física (geográfica) aos serviços de saúde a separação geográfica, as distâncias métricas e o espaço e tempo, representados pelos meios de transporte e o tempo de trajeto como fatores indispensáveis para o planejamento espacial dos serviços de saúde.

A universalidade dos sistemas de saúde ainda não representa a equidade de utilização e acesso aos serviços de saúde no Brasil. A equidade deve ser compreendida como a eliminação das desvantagens atribuíveis a fatores além do controle dos indivíduos, perpassando os profissionais e os sistemas definidos para garantir o acesso universal da população aos serviços. As iniquidades geográficas do cuidado à saúde não são eliminadas por meio de políticas isoladas, fazendo-se necessárias políticas intersetoriais e preventivas capazes de garantir a cobertura universal dos serviços públicos de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

#### **4.3 O Acesso à Saúde em Espaços Rurais: da legislação às experiências empíricas**

A população residente nos espaços rurais brasileiros enfrenta uma diversidade significativa de situações capazes de determinar as condições de saúde-doença. Estas situações caracterizam-se através da consolidação das condições socioespaciais e o desenvolvimento das práticas de vida presentes nas diversas realidades do campo. Destacando-se assim, a necessidade de adequação das práticas profissionais dos trabalhadores em saúde à realidade dos territórios rurais (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Nesse sentido, foi implantada em 2011 a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), por meio da Portaria MS/GM nº 2.866, objetivando atender as necessidades específicas de cada grupo populacional rural (BRASIL, 2011). Em 2014 através da Portaria MS/GM nº 2.311 esta política foi alterada incluindo o termo ‘das Águas’, para caracterizar apropriadamente esse grupo populacional presente nos territórios rurais brasileiros. Esse instrumento organizativo, portanto, passou a ser denominado de Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

Brasil (2013) destaca que essa política de atenção integral à saúde foi estabelecida pela CIT, que é responsável pela orientação e implantação do Plano Operativo no território nacional. Esta constitui-se como uma política transversal, que prevê ações compartilhadas entre as três esferas de governo, articulando-se entre as demais políticas do MS. Tal documento, configura-

se como um instrumento legítimo de reconhecimento das necessidades de saúde, das condições e dos determinantes sociais do campo, da floresta e das águas no processo de saúde-doença dessas populações.

A PNSIPCFA define a População do Campo, Florestas e Águas (PCFA), como sendo os grupos populacionais que conformam seus modos de vida, produção e reprodução social relacionadas predominantemente com a Terra. Esse grupo populacional é composto por camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo, trabalhadores rurais assentados e acampados, comunidades de quilombos, populações que habitam ou usam reservas extrativistas, populações ribeirinhas, populações atingidas por barragens, entre outras comunidades tradicionais (BRASIL, 2011).

Dentre esses grupos que compõem a PCFA, neste estudo, se destacam os que pertencem a população do Campo. Por se tratar de uma região concentrada entre o agreste e a zona da mata pernambucana as populações rurais habitantes no território dos municípios da II GERES – PE constituem-se em sua grande maioria por camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assalariados e temporários residentes no campo e trabalhadores rurais assentados e acampados (PERNAMBUCO, 2013b).

O termo PCFA é utilizado para dar maior clareza aos grupos populacionais envolvidos, tendo em vista que estes são invisibilizados, ao utilizar-se a definição homogeneizadora de Rural. Pessoa, Almeida e Carneiro (2018) compreendem essa exposição da pluralidade rural brasileira como um ponto alto da PNSIPCFA, valorizando inclusive a singularidade, a diversidade e a heterogeneidade da população rural brasileira. No contexto rural brasileiro existem populações em condições de isolamento geográfico no semiárido e na Amazônia, expostas a riscos e agravos de saúde radicalmente diferentes.

Pessoa, Rigotto e Carneiro (2013) identificam diferentes modos de produção, que vão desde a pesca artesanal até a agricultura, o extrativismo, a mineração, expondo essas populações a um conjunto de agravos específicos, que precisam ser conhecidos e cuidados pela APS. Krefta (2017) corrobora com esta perspectiva denunciando que esses grupos estão sendo atingidos pelos avanços do agronegócio através da agricultura agroquímica por meio das sementes híbridas, fertilizantes e agrotóxicos que foram sendo dispersados de forma assustadora sobre o campesinato brasileiro. Essas transformações resultam em doenças específicas das populações rurais, que requerem atenção privilegiada dos SUS.

As PCFA sofrem sobremaneira com as gastroenterites infecciosas e suas complicações. Estas doenças são as principais causas de internações, como reflexo das baixas condições higienistas dessa população. O acesso à água potável é um dos principais empecilhos enfrentados pela população rural brasileira (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017). Em torno de 72,2% da população rural brasileira utiliza água extraída diretamente de poços, cacimbas, açudes e barreiros, potencializando o uso da água sem o tratamento adequado e favorecendo o surgimento de enfermidades oriundas da falta do saneamento ambiental adequado (IBGE, 2015).

Tratando-se das informações prestadas pelos gestores da saúde participantes deste estudo de caso, constatou-se a falta de conhecimento e aplicação da PNSIPCFA nos municípios que compõem a II GERES – PE. De acordo com Brasil (2011) essa política foi estabelecida pela CIT, sendo acordada e organizada pelos gestores das três dimensões federalistas do Brasil. No entanto, na II GERES-PE ainda não foi implantada adequadamente nenhuma das condições acordadas na política, provocando a ausência de estratégias específicas para a população rural acessar os serviços públicos de saúde.

Soares et al. (2017) consideram que o SUS enquanto estratégia de saúde pública ainda não tem atendido às necessidades das PCFA. “O acesso à saúde rural passa por um grande desafio que é a superação das distâncias para garantir atenção à saúde, que coloca em cena outro componente que é a atenção domiciliar.” (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018. p. 308). O acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em espaços rurais ultrapassa a existência de UBS nos territórios. Para se alcançar o acesso a saúde das populações rurais é necessário fortalecer as ESF, por meio de visitas periódicas das equipes de saúde às residências, reduzindo assim as barreiras de acesso geográfico.

Arcury et al (2005) analisaram o uso dos serviços de saúde em doze colônias rurais dos montes Appalaches no estado da Carolina do Norte, Estados Unidos da América (EUA), identificando a importância do comportamento geográfico e dos fatores espaciais na utilização dos serviços de saúde pelas populações rurais. Nesse estudo ficou perceptível a necessidade de uma estratégia pública de transporte para atender a demanda de passageiros que necessitam se deslocar para os centros urbanos em busca de serviços de saúde. Indicando uma desigualdade contínua na utilização de serviços de saúde que deve ser abordada na forma de política pública.

Em estudo realizado na província (estado) de British Columbia no Canadá, percebeu-se que a localização geográfica das comunidades rurais interfere na tomada de decisão dos

usuários da Atenção Básica em Saúde (ABS). Neste estudo foram analisados três desafios associados a localização geográfica e descobriu-se que a população residente em áreas rurais, especialmente as pessoas que precisam de serviços de saúde adicionais para gerenciar seus problemas de saúde, fizeram concessões de segurança. Tais concessões ocorreram quando os usuários necessitaram viajar por estradas em más condições para conseguir ser atendidas, uma vez que não existem estabelecimentos de saúde suficientes próximos às residências rurais (REGAN; WONG, 2008).

McGrail e Humphreys (2009) elaboraram um índice de acesso aos serviços de atenção primária em áreas que foram projetadas especificamente para superar as fraquezas de acesso geográfico aos serviços de saúde da Austrália. Esse índice busca capturar as informações de acesso à atenção primária em áreas rurais, através da incorporação de dados reais dos serviços de saúde, de melhorias nas medidas de acesso existentes, permitindo que as distâncias dentro das bacias hidrográficas sejam captadas em diferentes proporções; e melhorar a sensibilidade de compreensão e atendimento de pequenas áreas. Este novo índice pretende auxiliar na distribuição de recursos para os serviços de saúde, ao fornecer dados quantitativos suficientes para calcular as diferentes dificuldades que necessitam ser superadas pela população rural australiana no acesso aos serviços de saúde.

Em outra perspectiva Azevedo, Gurgel e Tavares (2014) analisaram as dificuldades enfrentadas pela população indígena Xukuru do Ororubá, em Pesqueira no estado de Pernambuco, Brasil. A situação geográfica das aldeias indígenas, a dispersão territorial e baixa densidade populacional, são empecilhos que dificultam o acesso desta população específica aos serviços de saúde. Faz-se necessário, portanto, a elaboração de estratégias que visem amenizar os obstáculos enfrentados por grupos tradicionais ocupantes de territórios com características rurais.

Tendo em vista a necessidade de uma cobertura universal e equânime da APS no Brasil a população rural brasileira necessita ser considerada como um grupo prioritário nas ações de promoção a saúde. O reconhecimento deste grupo como prioritário nas ações de controle, prevenção e promoção da saúde necessita ser pautado pelo reconhecimento do espaço rural como um território com dinâmica própria, organizado por meio de elementos culturais e econômicos capazes de interferir nas condições de saúde dos habitantes (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

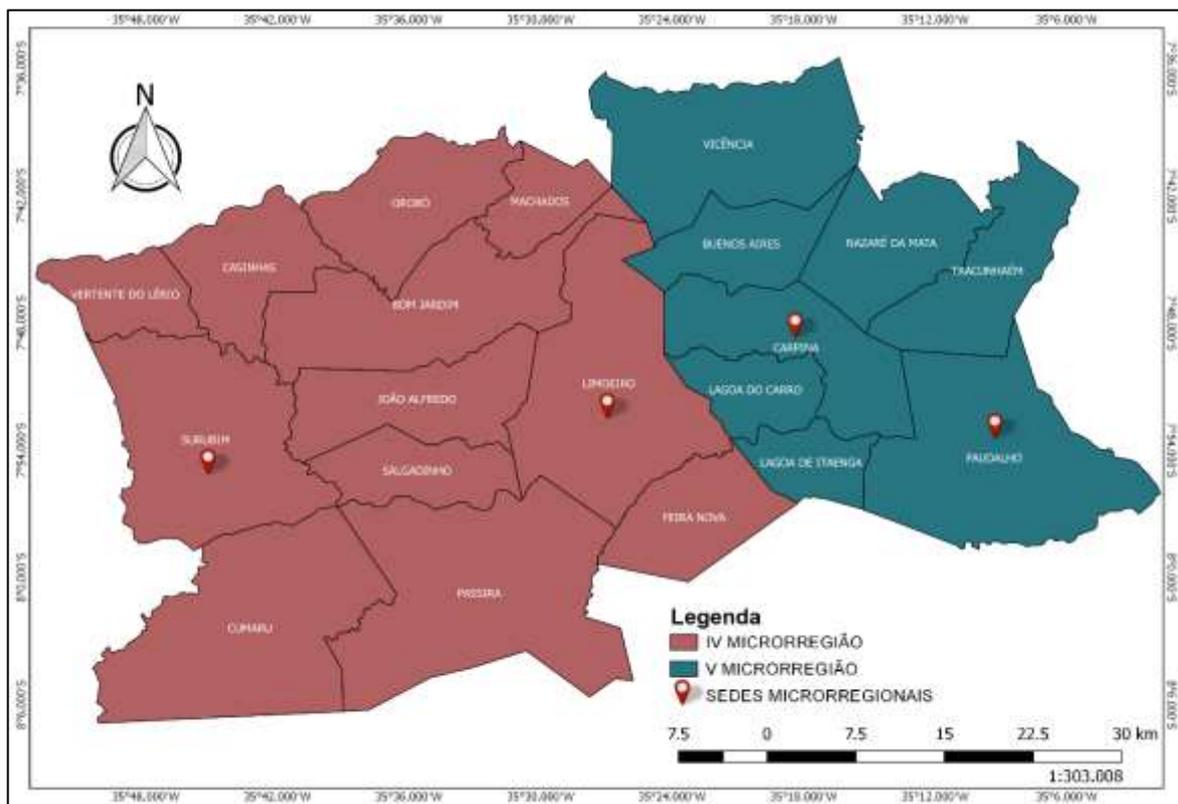


modos de vida nos dois domínios. As principais bacias hidrográficas da região são as dos Rios Capibaribe, Goiana, Tracunhaém, Capibaribe Mirim e Sirigi, que também contribuem para conformação de perspectivas particulares dos habitantes desta região.

### 5.1 Caracterização socioespacial da II GERES – PE

A II GERES – PE é composta por 20 municípios e é responsável por articular as estratégias de integração e comunicação em saúde entre as unidades federativas de Bom Jardim, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Orobó, Passira, Salgadinho, Surubim, Vertente do Lério, Buenos Aires, Carpina, Lagoa do Itaenga, Lagoa do Carro, Machados, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém e Vicência. Esses municípios dividem-se em microrregiões de saúde, classificadas como a base para o planejamento da atenção primária, pela qual devem ser asseguradas as ofertas de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade (PERNAMBUCO, 2011). Nesse sentido, a II GERES – PE divide-se em duas microrregiões, como pode ser observado na Figura 8.

**Figura 8 - Microrregiões de Saúde que integram a II GERES-PE em 2011**

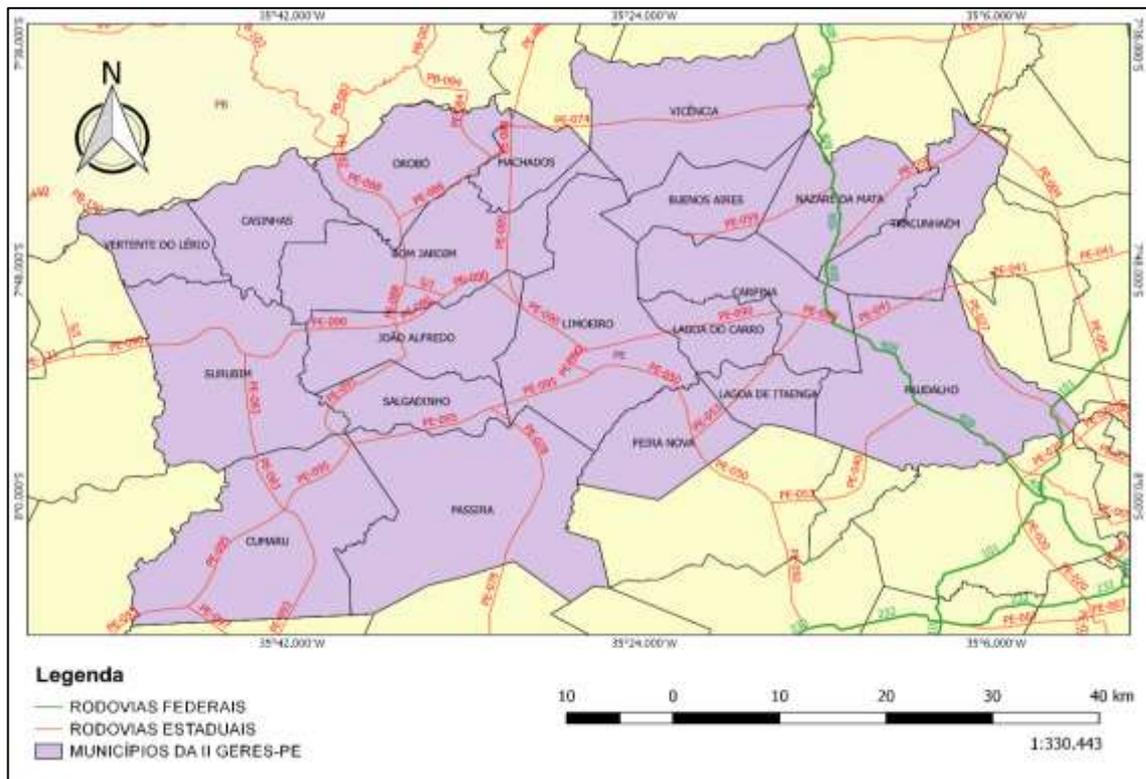


Fonte: PERNAMBUCO, 2013b. Adaptado.

As duas microrregiões que compõem a II GERES são as IV e V Microrregiões de Saúde do Estado de Pernambuco. A IV Microrregião possui sede nos municípios de Surubim e Limoeiro e é formada pelo total de 12 (doze) municípios, comportando 316.330 habitantes. Já a V Microrregião de Saúde, possui sede nos municípios de Carpina e Paudalho e é composta por 8 (oito) municípios, abrangendo um total de 250.001 habitantes (PERNAMBUCO, 2011). Lopes, Albuquerque e Felisberto (2019) destacam que, em tese, essas pequenas regiões apresentam em suas sedes microrregionais os serviços de média e alta complexidade, auxiliando a diminuir o fluxo para a sede regional.

Limoeiro, a sede da região, fica distante cerca de 76,1 Km da capital estadual Recife. O município mais distante da sede é Vertente do Lério (52,6 Km) e o mais próximo é Feira Nova (9,8 Km). Com relação à distância da Capital do Estado (Recife), o município mais próximo é Paudalho (42,5 Km) e o mais distante é Casinhas (131 km) (PERNAMBUCO, 2013b). Apesar da pequena distância entre os municípios e a sede dos módulos de assistência à saúde, seja Limoeiro ou Recife, a condição das estradas apresenta problemas em alguns trechos, o que acarreta dificuldade de acesso e risco de acidentes (CNT, 2018) (Figura 9).

**Figura 9 - Rodovias que recortam o território da II GERES – PE**



Fonte: DNIT (2019); IBGE (2010). Organizados pelo autor.

Conforme observado na figura 10, o território da II GERES – PE é integrado por meio de 01 (uma) rodovia federal, que é a BR 408, interligando os municípios de Paudalho, Carpina, Tracunhaém, Nazaré da Mata e Vicência, além de outras 06 (seis) rodovias estaduais e algumas locais. A BR 408 possui bom estado de conservação com alguns trechos duplicados. As demais rodovias encontram-se em condições variadas, algumas apresentam péssimas condições dificultando a integração entre os municípios da gerência e outros, devido a melhoramentos recentes, apresentam ótimas condições de tráfego proporcionando a ligação dos municípios com a sede regional (PERNAMBUCO, 2013b).

## 5.2 Aspectos Demográficos e a definição dos tipos de espaços na II GERES - PE

Pernambuco (2013b) afirma que o perfil demográfico desta região apresenta uma população absoluta de 600.850 habitantes com densidade demográfica de 186,38 hab/Km<sup>2</sup>, este total representa 7% da população do estado de Pernambuco (IBGE, 2019). No entanto, alguns municípios da região abordada apresentaram decréscimo populacional, como o município de Cumaru que sofre pela falta de atrativos socioeconômicos suficientes para garantir a permanência da população mais jovem, o que tem provocado a redução populacional (MATA, 2017). Os dados demográficos dos municípios que compõem a II GERES – PE podem ser observados no Quadro 7.

**Quadro 7 - Dados Demográficos dos Municípios da II GERES – PE**

| <b>Município</b>  | <b>População Absoluta Estimada (2019)</b> | <b>Área dos Municípios (Km<sup>2</sup>)</b> | <b>Densidade populacional (Hab/Km<sup>2</sup>)</b> | <b>Taxa de crescimento populacional (2000 – 2010)</b> |
|-------------------|---|---|--|---|
| Casinhas          | 14.341                                    | 115,868                                     | 123,77   | 0,35  |
| Cumaru            | 10.906                                    | 292,232                                     | 37,31  | -5,09   |
| Bom Jardim        | 39.184                                    | 218,433                                     | 179,39   | 0,24  |
| Vertente do Lério | 7.618                                     | 73,631                                      | 103,46   | -0,89   |
| Orobó             | 23.884                                    | 138,662                                     | 172,25   | 0,2   |
| Salgadinho        | 10.919                                    | 87,217                                      | 125,19   | 3   |
| João Alfredo      | 33.822                                    | 139,870                                     | 241,81   | 1,44  |
| Passira           | 28.933                                    | 326,757                                     | 88,55  | -0,19   |
| Buenos Aires      | 13.155                                    | 93,187                                      | 141,17   | 0,48  |
| Machados          | 16.088                                    | 60,036                                      | 267,97   | 3,67  |

|                  |        |         |        |       |
|------------------|--------|---------|--------|-------|
| Vicência         | 32.643 | 228,017 | 143,16 | 0,72  |
| Feira Nova       | 22.131 | 107,726 | 205,43 | 0,97  |
| Lagoa do Carro   | 18.071 | 69,666  | 259,39 | 2,24  |
| Surubim          | 65.089 | 252,855 | 257,42 | 1,69  |
| Tracunhaém       | 13.769 | 135,496 | 101,62 | 0,58  |
| Limoeiro         | 56.250 | 273,739 | 205,45 | -0,18 |
| Lagoa de Itaenga | 21.429 | 57,282  | 374,10 | 0,27  |
| Paudalho         | 56.506 | 274,776 | 205,64 | 1,44  |
| Nazaré da Mata   | 32.471 | 130,572 | 248,68 | 0,57  |
| Carpina          | 83.641 | 147,665 | 566,42 | 1,79  |

Fonte: IBGE (2010; 2019)

Observa-se que a maioria dos municípios da II GERES – PE apresentaram crescimento populacional. No entanto alguns poucos municípios sofreram uma considerável diminuição em sua população absoluta. As áreas integrantes desta região caracterizaram-se por elevadas densidades demográficas, com proporções menores apenas nos municípios de Cumaru e Passira, que localizam-se na parte mais oeste da região.

De acordo com Pernambuco (2013b), ao longo dos anos ocorreu um aumento na população urbana da região (Quadro 8). O fato pode ser explicado pelo incremento de investimentos econômicos e industriais em alguns municípios específicos como Surubim, Carpina, Paudalho e Limoeiro, destacando-se as áreas próximas a RMR e Caruaru (ARAGÃO, 2017).

**Quadro 8 - Distribuição da População Integrante da II GERES – PE por ano censitário, segundo situação do domicílio**

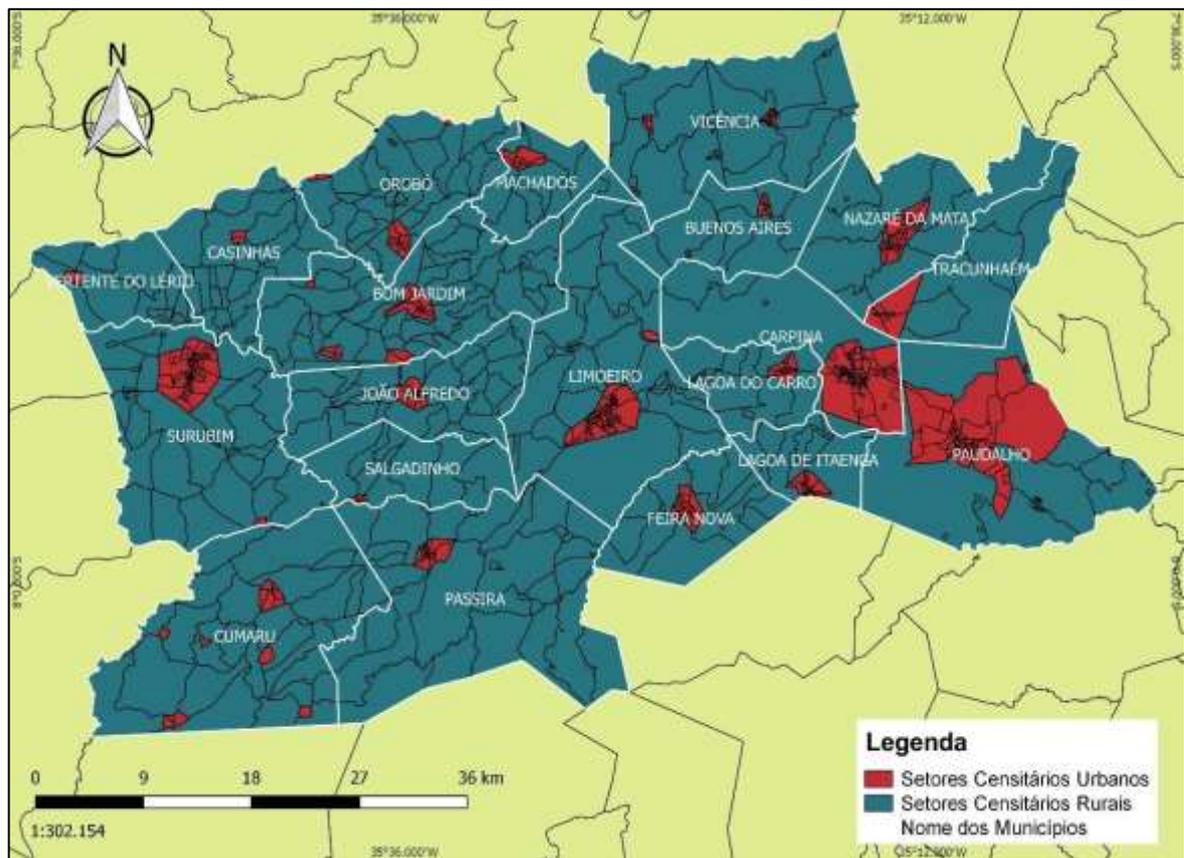
| ANO         | URBANA  |       | RURAL   |       | TOTAL   |
|-------------|---------|-------|---------|-------|---------|
|             | Nº      | %     | Nº      | %     |         |
| <b>1991</b> | 265.751 | 54,31 | 223.531 | 46,68 | 489.282 |
| <b>2000</b> | 316.337 | 59,44 | 215.857 | 40,56 | 532.194 |
| <b>2010</b> | 377.385 | 66,64 | 188.946 | 33,36 | 566,331 |

Fonte: PERNAMBUCO, 2013b. Adaptado

A população urbana da II GERES-PE representa mais de 60% do total de habitantes dos municípios desta região, o dobro do percentual populacional registrado nas áreas rurais, segundo os dados do último censo demográfico. A definição dos espaços rurais e urbanos nos municípios que compõem a gerência regional de saúde estudada não apresenta um padrão homogêneo. Alguns territórios são marcados pela presença de descontinuidades urbanas,

devido à liberdade de elaboração no planejamento de cada município para determinar suas áreas de expansão urbana ou determinação do tipo espacial (WANDERLEY; FAVARETO, 2013). No Brasil, utilizam-se os critérios e a organização territorial elaborada por cada município, sendo estes responsáveis por planejar e organizar seus territórios através dos Planos Diretores Municipais. Na Figura 11 é possível visualizar a organização censitária dos setores da região. Neste sentido, destaca-se a existência de municípios que apresentam área urbana apenas nas sedes municipais e outros que classificaram alguns aglomerados habitacionais definidos em leis específicas como urbanos.

**Figura 10 - Distribuição Espacial e situação dos Setores Censitários dos municípios da II GERES – PE**

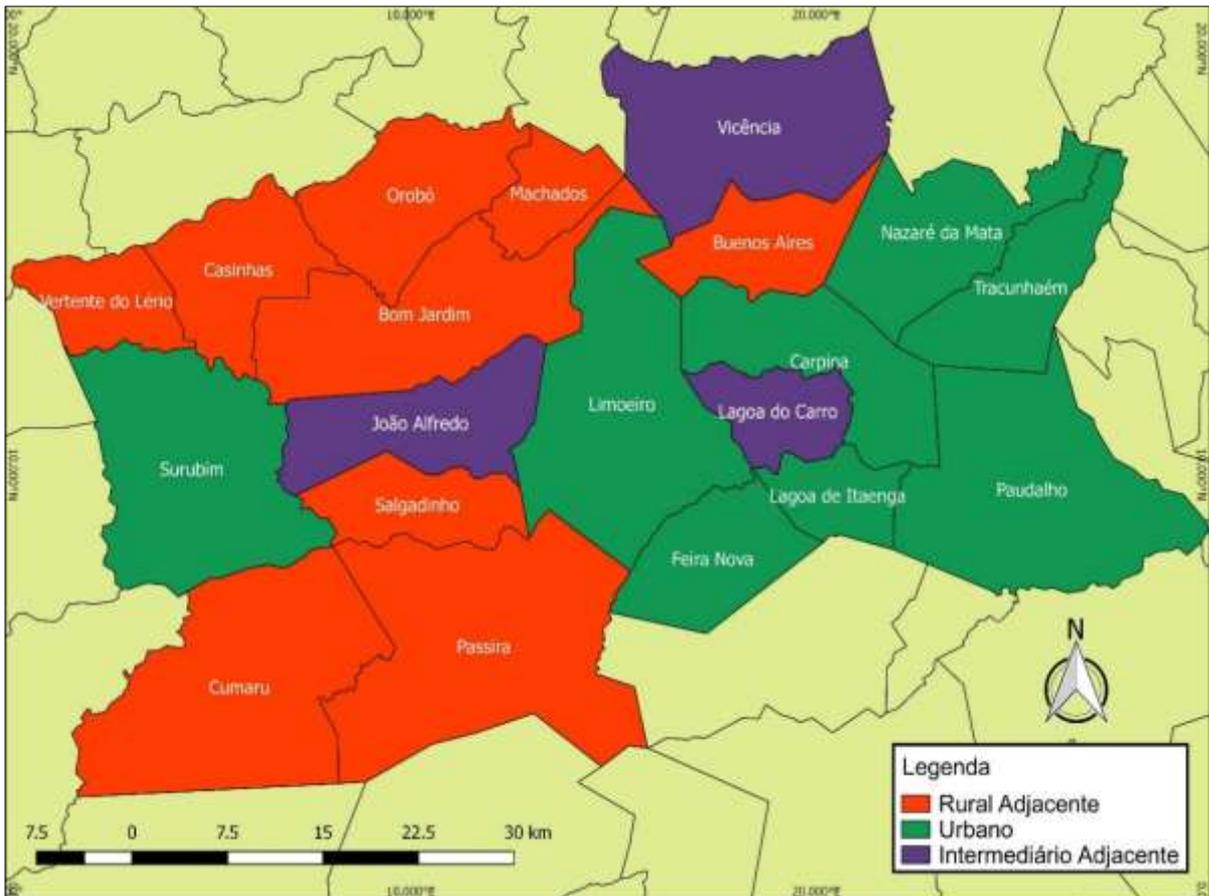


Fonte: IBGE, 2010. Adaptado.

Segundo Pernambuco (2013b), a região possui populações quilombolas no território pertencente ao município de Vicência, ribeirinhas em Surubim, Lagoa de Itaenga e Carpina, além dos vários assentamentos rurais nos municípios de Bom Jardim, Buenos Aires, Casinhas, Cumaru, João Alfredo, Limoeiro, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Salgadinho, Surubim, Paudalho, Tracunhaém e Vicência. Entre esses assentamentos existem conflitos por terras nos municípios de Nazaré da Mata, Limoeiro, Passira, Feira Nova e Lagoa do Carro (MONTEIRO NETO; VERGOLINO, 2014).

De acordo com a tipologia rural-urbano do IBGE (2017), na II GERES – PE predominam municípios com características rurais adjacentes, intermediários adjacentes e urbanos (Figura 11).

**Figura 11 - Classificação territorial da II GERES – PE de acordo com a Tipologia Rural-Urbano dos Municípios elaborada pelo IBGE em 2017**



Fonte: IBGE, 2017. Adaptado pelo autor.

Essa tipologia elaborada pelo IBGE demonstra os diferentes níveis de ruralidade e urbanização dos municípios integrantes da regional de saúde, relacionando a densidade demográfica, a distância dos municípios às metrópoles ou polos regionais e os conglomerados populacionais (IBGE, 2017). Nesta perspectiva, observa-se que os municípios obedecem a um padrão de tipologia específico para cada microrregião de saúde presente nesta gerência regional. Os municípios localizados na parte agreste (Oeste) possuem maiores características rurais, enquanto os situados na zona da mata (Leste) apresentam maiores proporções urbanas, com exceções de Surubim e Buenos Aires, respectivamente. Tal padrão também obedece a lógica

dos domínios morfoclimáticos do Brasil, nos quais os aspectos naturais influenciam as características culturais, econômicas e sociais de cada população (AB' SABER, 2002).

Na parte oeste da região concentra-se a maioria dos municípios rurais adjacentes, estes são territórios que possuem 50% (cinquenta por cento) ou mais de sua população fora de ocupações densas com mais de 3 000 (três mil) habitantes (IBGE, 2017). Em concordância com Andrade (1998) nesta área a população apresenta características e costumes ligados ao modo de convivência com a caatinga, os espaços rurais caracterizam-se pelas longas distâncias entre os domicílios e alguns municípios sobressaem-se em quantidade populacional na zona rural em relação a urbana.

Já os municípios localizados mais ao leste foram classificados em sua maioria como tipologia urbana, pois apresentaram mais de 50% de sua população em ocupações com mais de 3 000 habitantes (IBGE, 2017). Estes territórios receberam grande influência econômica da RMR, devido à proximidade locacional e apresentam padrões de sobrevivência ligados ao modo de vida herdado do período colonial, em que predominavam os engenhos de cana de açúcar, num território marcado pelos conflitos por terra, e no qual a produção agrícola é mais segura (ANDRADE, 1998).

Assim, essa tipologia aproxima-se com a realidade específica de cada município de uma maneira singular, apresentando os padrões de ocupação do território e suas ligações com os espaços circundantes. Tal organização territorial e demográfica pode ser visualizada no Quadro 9, que apresenta a classificação dos municípios que integram a II GERES – PE de acordo com esta tipologia e os dados que a fundamentam.

Quadro 9 - Tipologia Rural-Urbana dos Municípios da II GERES – PE e Situação dos Domicílios em 2017

| <b>Município</b>  | <b>Região Imediata</b> | <b>Tipologia</b>        | <b>Hierarquia Urbana</b> | <b>Total domicílios</b> | <b>Domicílios Zona Urbana</b> | <b>Domicílios Zona Rural</b> | <b>Porcentagem de domicílios Zona Urbana</b> | <b>Porcentagem de domicílios Zona Rural</b> | <b>Estabelecimentos Agrícolas (2017)</b> |
|-------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|---|--|
| Casinhas          | Surubim                | Rural Adjacente         | Centro Local             | 3642                    | 479                           | 3163                         | 13 %   | 87 %  | 1903                                     |
| Cumarú            | Caruaru                | Rural Adjacente         | Centro Local             | 5097                    | 2557                          | 2540                         | 50 %   | 50 %  | 2407                                     |
| Bom Jardim        | Limoeiro               | Rural Adjacente         | Centro Local             | 10933                   | 4615                          | 6318                         | 42 %   | 58 %  | 3833                                     |
| Vertente do Lério | Surubim                | Rural Adjacente         | Centro Local             | 2310                    | 559                           | 1751                         | 24 %   | 76 %  | 610                                      |
| Orobó             | Limoeiro               | Rural Adjacente         | Centro Local             | 6354                    | 2476                          | 3878                         | 39 %   | 61 %  | 2229                                     |
| Salgadinho        | Limoeiro               | Rural Adjacente         | Centro Local             | 2294                    | 804                           | 1490                         | 35 %   | 65 %  | 770                                      |
| João Alfredo      | Limoeiro               | Intermediário Adjacente | Centro Local             | 9282                    | 4798                          | 4484                         | 52 %   | 48 %  | 2749                                     |
| Passira           | Limoeiro               | Rural Adjacente         | Centro Local             | 8641                    | 4308                          | 4333                         | 50 %   | 50 %  | 2274                                     |
| Buenos Aires      | Carpina                | Rural Adjacente         | Centro Local             | 3573                    | 2296                          | 1277                         | 64 %   | 36 %  | 419                                      |
| Machados          | Limoeiro               | Rural Adjacente         | Centro Local             | 3597                    | 2394                          | 1203                         | 67 %   | 33 %  | 575                                      |

|                     |                      |                            |                            |       |       |      |      |      |      |
|---------------------|----------------------|----------------------------|----------------------------|-------|-------|------|------|------|------|
| Vicência            | Goiana –<br>Timbaúba | Intermediário<br>Adjacente | Centro Local               | 8096  | 3827  | 4269 | 47 % | 53 % | 768  |
| Feira Nova          | Limoeiro             | Urbano                     | Centro Local               | 6240  | 5080  | 1160 | 81 % | 19 % | 771  |
| Lagoa do<br>Carro   | Carpina              | Intermediário<br>Adjacente | Centro Local               | 4639  | 3405  | 1234 | 73 % | 27 % | 660  |
| Surubim             | Surubim              | Urbano                     | Centro de<br>Zona A        | 17564 | 13348 | 4216 | 76 % | 24 % | 2442 |
| Tracunhaém          | Carpina              | Urbano                     | Centro Local               | 3649  | 3096  | 553  | 85 % | 15 % | 242  |
| Limoeiro            | Limoeiro             | Urbano                     | Centro de<br>Zona A        | 17647 | 14497 | 3150 | 82 % | 18 % | 1721 |
| Lagoa de<br>Itaenga | Carpina              | Urbano                     | Centro Local               | 5834  | 4946  | 888  | 85 % | 15 % | 711  |
| Paudalho            | Recife               | Urbano                     | Integrante de<br>Metrópole | 14233 | 10156 | 4077 | 71 % | 29 % | 898  |
| Nazaré da<br>Mata   | Carpina              | Urbano                     | Centro Local               | 8763  | 7807  | 956  | 89 % | 11 % | 389  |
| Carpina             | Carpina              | Urbano                     | Centro de<br>Zona A        | 21540 | 20800 | 740  | 97 % | 3 %  | 398  |

Fonte: IBGE (2017), adaptado pelo autor.

Dentre os vinte municípios que compõem a II GERES – PE, nove apresentam características espaciais rurais adjacentes, outros oito municípios são classificados como urbanos, e apenas três destacam-se como intermediários adjacentes. Nenhum município que integra a segunda regional de saúde foi classificado como remoto, devido ao nível de integração existente entre esses municípios e o seu entorno, bem como pela existência de ligações econômicas, territoriais e demográficas que aproximam os municípios pernambucanos. Apesar da maioria destas unidades federativas representarem centros locais na hierarquia urbana, todos estão relacionados em redes que integram os serviços públicos essenciais, trabalho e lazer para a população. As redes de transportes e os movimentos pendulares da população entre esses municípios resultam em demandas de oferta e procura dos serviços sanitários, uma vez que existe tendência de concentração dos estabelecimentos de média e alta complexidade em municípios com influência na região local (CONTEL, 2015).

Considerando-se os níveis de urbanização e ruralidade presentes no território estudado observam-se padrões específicos entre os municípios que possuem região imediata em Limoeiro e Carpina. Os que integram a região de Limoeiro em sua maioria apresentam porcentagens maiores de domicílios em zonas rurais, já os municípios que pertencem a região imediata de Carpina possuem a maior parte dos domicílios em zona urbana. Neste caso, os municípios que fazem parte da Mesorregião da Zona da Mata apresentam menores padrões de ruralidade, em detrimento dos que se localizam no Agreste e concentram a maioria dos domicílios rurais.

### **5.3 Oferta e disponibilidade dos serviços de saúde nos municípios da II GERES – PE: uma outra regionalização?**

Os estabelecimentos de saúde que compõem a II GERES – PE distribuem-se de acordo com Pernambuco (2013b) a partir do município sede, Limoeiro, como referência para a média complexidade e para as cirurgias, sendo ainda estabelecido no PDR que os municípios podem encaminhar os serviços de média e alta complexidade para a microrregião de Carpina e a microrregião do Recife. Esta regional dispõe de todos os níveis de serviços estabelecidos nas diretrizes do pacto de gestão da saúde, no entanto, não significa dizer que toda a população possui acesso a estes serviços exclusivamente no território abrangente da regional. No Quadro

10 é possível observar os níveis e tipos de serviços públicos disponíveis entre os municípios da II GERES – PE.

**Quadro 10 - Estabelecimentos Públicos de Saúde por Nível de Atenção na II GERES – PE**

| <b>Nível de Atenção</b> | <b>Tipo de Estabelecimento</b>                     | <b>Quantidade</b> |
|-------------------------|--|-------------------|
| Atenção Básica          | Posto de saúde                                     | 37                |
|                         | Unidade básica                                     | 220               |
|                         | Farmácia   | 18                |
|                         | Central de gestão em saúde                         | 21                |
|                         | Centro de atenção psicossocial                     | 9                 |
|                         | Centro de apoio a saúde da família                 | 32                |
|                         | Academia da saúde                                  | 26                |
|                         | Central de regulação do acesso                     | 9                 |
|                         | Unidade de vigilância em saúde                     | 3                 |
|                         | Unidade Móvel De Nível Pré-hospitalar              | 16                |
| Média Complexidade      | Policlínica  | 9                 |
|                         | Centro de Especialidades                           | 1                 |
|                         | Laboratório de saúde pública                       | 3                 |
|                         | Centro de parto normal                             | 1                 |
|                         | Pronto atendimento                                 | 2                 |
|                         | Unidade de apoio diagnose e terapia                | 47                |
|                         | Unidade Mista                                      | 9                 |
| Alta Complexidade       | Centro de atenção em hemoterapia e/ou hematológica | 1                 |
|                         | Hospital Geral                                     | 3                 |

Fonte: CNES (2019); BRASIL (2009). Adaptado.

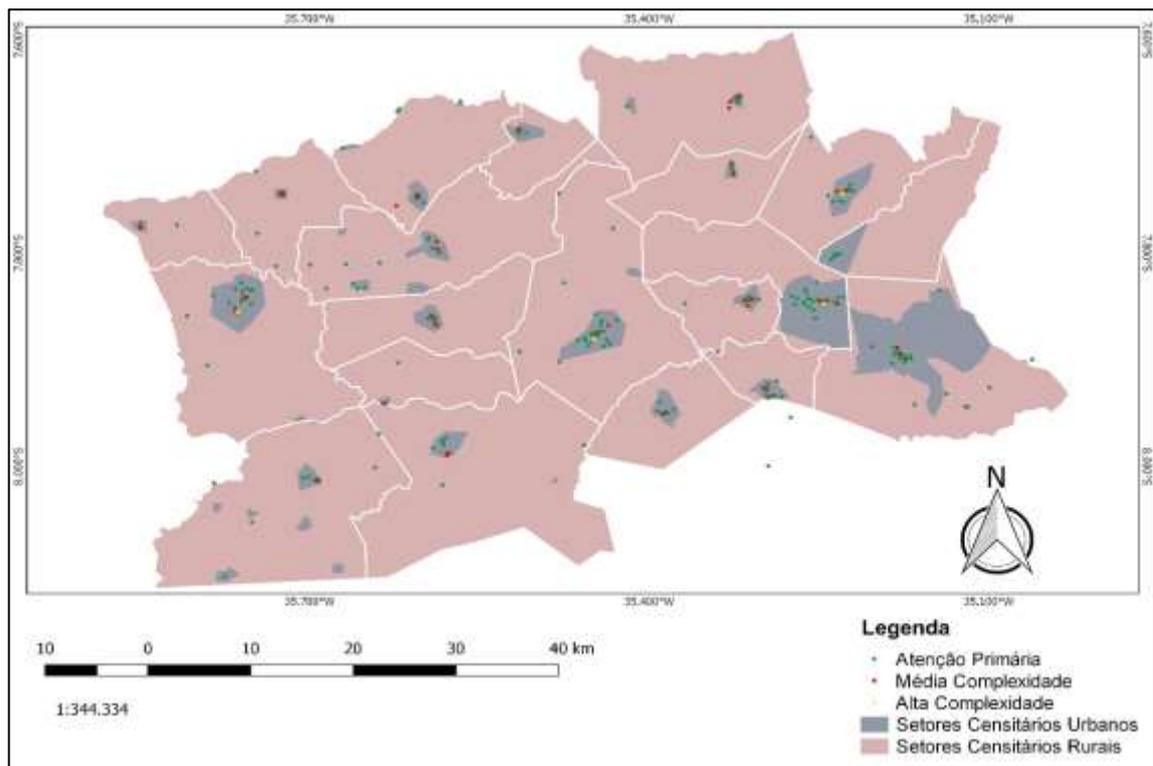
A II GERES – PE apresenta números elevados de estabelecimentos primários de atenção à saúde, fator preponderante uma vez que é a porta de entrada da população aos serviços do SUS, garantindo as estratégias de prevenção e promoção da saúde. A organização regional dos serviços de saúde necessita garantir o acesso da população desde os serviços ofertados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) até os serviços de alta complexidade, favorecendo assim a descentralização e a eficácia de muitos tratamentos (VARGAS et al, 2015).

Como identificado na descrição dos estabelecimentos de saúde da II GERES – PE, observa-se a diminuição no número de serviços de alta complexidade, que é suprida pelos serviços disponíveis na RMR uma vez que essa GERES compõem a I macrorregião de saúde do estado. Lopes, Albuquerque e Felisberto (2019), ao analisarem a regionalização da vigilância em saúde no estado de Pernambuco, perceberam que este processo se encontra ainda incompleto, boa parte das macrorregiões do estado ainda não possuem autonomia significativa

para garantir o acesso eficaz da população aos serviços prioritários em todos os níveis de complexidade.

A distribuição espacial dos estabelecimentos, equipamentos de promoção e prática em saúde são distribuídos pelo território dos municípios integrantes da II GERES – PE objetivando proporcionar o acesso da população à atenção básica (Figura 12).

**Figura 12 - Localização dos Estabelecimentos de Saúde da II GERES – PE, por níveis de Complexidade em 2019 e situação dos setores censitários de 2010**



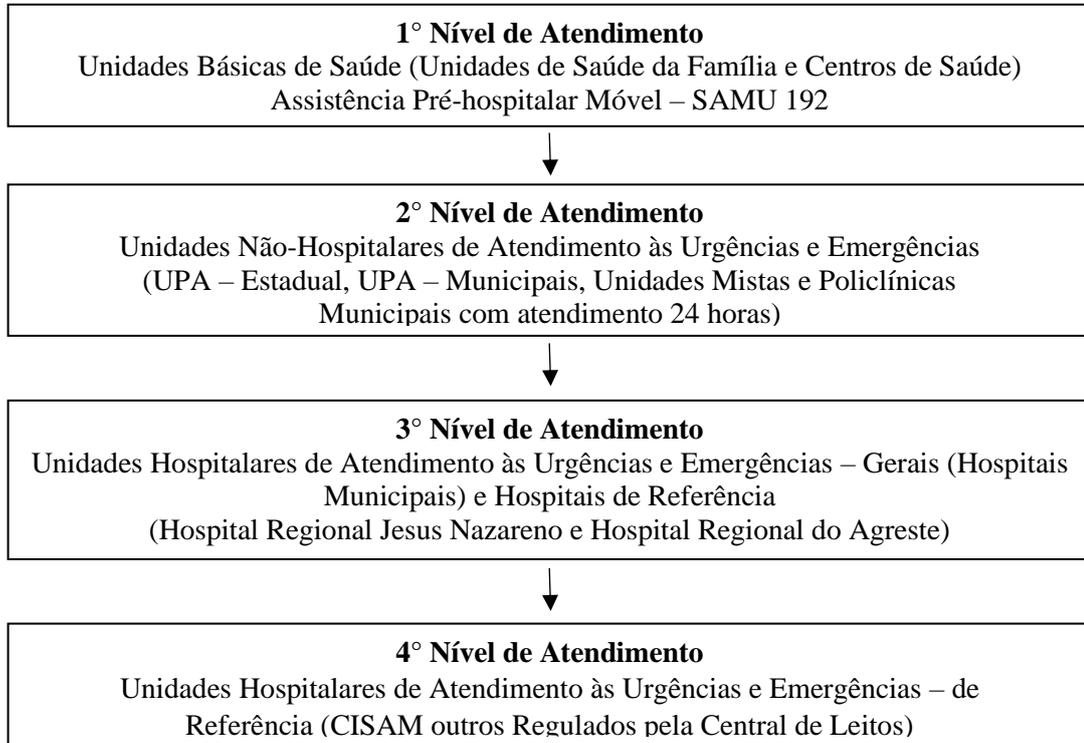
Fonte: IBGE (2010); CNES (2019). Adaptado.

Os serviços de atenção à saúde concentram-se em sua grande maioria nos espaços urbanos de cada município, extrapolando alguns serviços específicos da APS para os espaços com características rurais. Os setores censitários rurais se sobressaem em quantidade no território da II GERES – PE em comparação com os setores urbanos e o espaço rural concentra mais de 30% (trinta por cento) da população residente nos municípios desta regional. Os estabelecimentos de saúde de complexidade mais elevada concentram-se nos espaços urbanos devido à lógica de integração em forma de redes específicas dos espaços que apresentam tal tipologia, pois proporciona melhores condições de locomoção dos usuários até o centro de atendimento (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014).

Para Pernambuco (2013b) os serviços prestados nos casos de Urgências e Emergências de Saúde entre os municípios da II GERES – PE devem seguir um fluxo de assistência padrão

para toda a região (Quadro 11). Estes fluxos foram definidos observando as demandas e os serviços disponíveis nos municípios integrantes desta gerência e nas demais regiões do entorno.

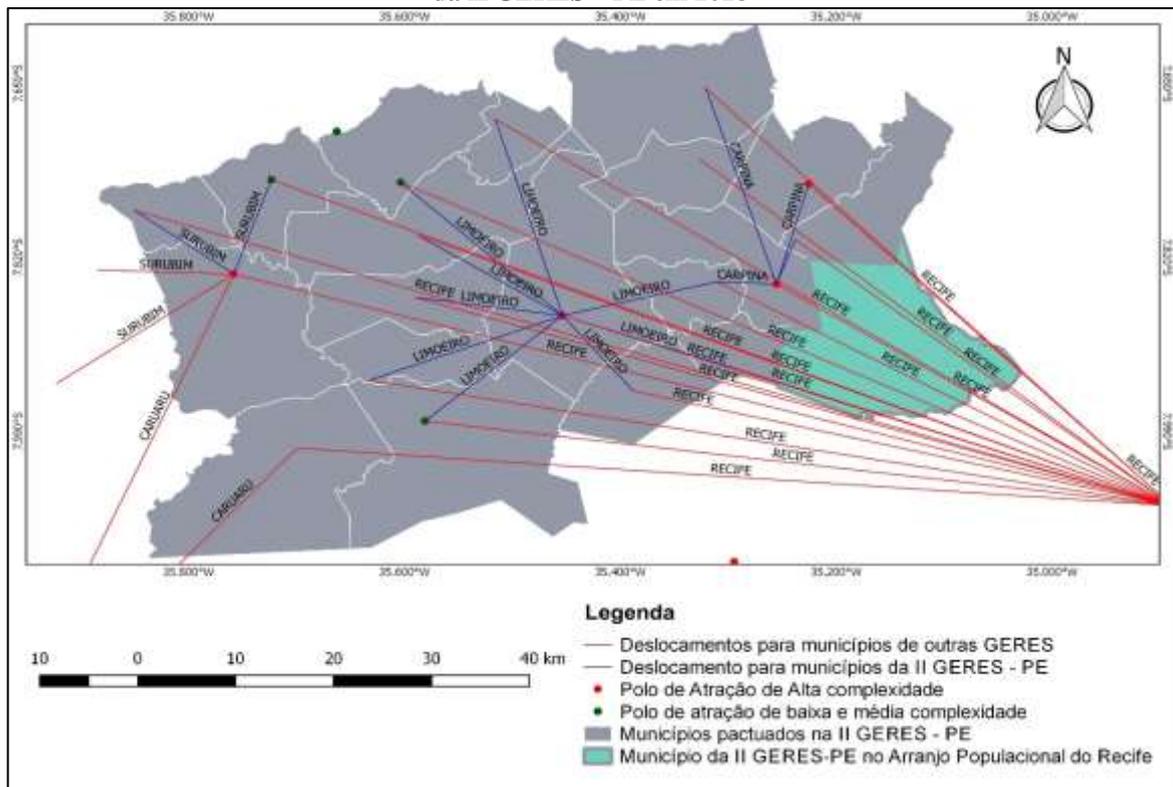
**Quadro 11 - Fluxo da Assistência Integral às Urgências da II Região de Saúde de Pernambuco em 2013**



Fonte: PERNAMBUCO (2013b)

No 1º (primeiro) e 2º (segundo) nível do fluxo de assistência, os estabelecimentos indicados estão presentes nos municípios que integram esta regional. No entanto, a partir do 3º (terceiro) nível percebe-se a indicação para serviços de referência que não são ofertados em nenhum município da II GERES – PE, como o Hospital Regional do Agreste e o Hospital Regional Jesus Nazareno que pertencem a IV Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco (IV GERES – PE) e ficam localizados no município de Caruaru, bem como os estabelecimentos do 4º nível que localizam-se na RMR e integram a I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (I GERES – PE) (PERNAMBUCO, 2016). Tal fato evidencia a dependência da II GERES – PE com relação a I e IV GERES, que materializa-se pelo fluxo de atendimento às urgência e pelos deslocamentos que são realizados pela população em busca dos serviços de média e alta complexidade (Figura 13).

**Figura 13 - Destinos dos deslocamentos para serviços de média e alta complexidade nos municípios da II GERES – PE em 2018**



Fonte: IBGE (2020) – REGIC/Saúde 2018. Adaptado.

As redes que formam-se na busca pelos serviços de saúde nesta região apresentam grande dependência dos estabelecimentos localizados na RMR. Alguns municípios ligam-se a sede regional, Limoeiro, e as demais localidades que oferecem serviços especializados como Surubim e Carpina. No entanto, os territórios localizados na porção oeste da II GERES-PE não possuem fluxo dentro dos limites regionais, como o caso de Cumaru e Surubim que possuem fluxos apenas para Caruaru, sede da IV GERES – PE e Recife. Já o município de Paudalho, localizada a sudoeste desta região, integra o arranjo populacional do Recife, por apresentar deslocamento frequente da população à capital do estado, e assim buscam os atendimentos de saúde diretamente na RMR (IBGE, 2020).

Na regional estudada encontram-se três municípios considerados na hierarquia urbana como centros de zona e um município integrante da Metrópole Recife, nestes espaços concentram-se os serviços de média e alta complexidade, interligando-se entre os demais entes federados da II GERES em forma de Redes. Estas interligações são realizadas através da busca que os indivíduos realizam para acessarem os serviços de saúde que não são oferecidos nos municípios de residência, podendo resultar em novas configurações regionais (Quadro 12). Esse

fato corrobora com os deslocamentos para os serviços de saúde obedecendo à concepção das redes urbanas estabelecidas através de uma hierarquia, que concentra em alguns territórios a maior parte dos investimentos econômicos, industriais e conseqüentemente de atendimento à saúde (CONTEL, 2015).

**Quadro 12 - Regiões de Influência dos Municípios Integrantes da II GERES – PE nos serviços de saúde em 2018**

| <b>Município</b>  | <b>Região de Média Complexidade em Saúde</b> | <b>Região de Alta Complexidade em Saúde</b> |
|-------------------|--|---|
| Cumaru            | Caruaru                                      | Recife                                      |
| Casinhas          | Surubim                                      |   |
| Vertente do Lério |  |   |
| Surubim           |  |   |
| Feira Nova        | Limoeiro                                     |   |
| Lagoa de Itaenga  |  |   |
| Bom Jardim        |  |   |
| Machados          |  |   |
| João Alfredo      |  |   |
| Limoeiro          |  |   |
| Passira           |  |   |
| Salgadinho        |  |   |
| Lagoa do Carro    | Carpina                                      |   |
| Vicência          |  |   |
| Carpina           |  |   |
| Tracunhaém        |  |   |
| Nazaré da Mata    |  |   |
| Buenos Aires      | Recife                                       |   |
| Paudalho          |  |   |
| Orobó             |  |   |

Fonte: IBGE (2020). Adaptado.

Alguns municípios não compõem mais a lógica dos serviços oferecidos na II GERES – PE, a regionalização vivida por estas populações alterou-se ao longo do tempo, seja pelo surgimento de estabelecimentos de alta complexidade ou por mudanças das condições de tráfego, tornando agora favoráveis a locomoção para áreas mais próximas ou porque a ligação rodoviária favorece tais destinos. As estruturas regionais devem ser organizadas considerando-se as dinâmicas e relações socioeconômicas dos espaços e do tempo. A organização regional necessita adequar-se periodicamente as variações de proximidade, integração e as transformações socioespaciais que surgem com o tempo (SANTOS; CAMPOS, 2015).

O IBGE (2020) apresentou uma aproximação das regiões de influência dos municípios com base nos deslocamentos para os serviços de saúde de média complexidade e um outro produto para os serviços de alta complexidade. Utilizando uma metodologia de formação de “regiões-zonas” essa regionalização não apresenta continuidades, podendo ter interferência de outros territórios dentro de uma área regional. Na figura 14, observa-se as regiões de influência dos serviços de saúde de cada município integrante da II GERES – PE, divididas por níveis de complexidade.

**Figura 14 - Regiões de Atração dos Serviços de Saúde nos Municípios da II GERES – PE de acordo com a REGIC-Saúde 2018**



Fonte: IBGE (2020). Adaptado.

Em relação aos serviços de média complexidade, a maior parte dos municípios integrantes da II GERES – PE se organiza no território das regiões (REGIC/Saúde 2018) de Carpina, Limoeiro e Surubim. No entanto, existem municípios que não utilizam os serviços de saúde destas regiões, como o caso de Cumaru, Paudalho e Buenos Aires. Sugerindo então, que pode ser necessária uma nova revisão do PDR de Pernambuco, considerando os novos arranjos populacionais e a dinâmica de circulação da população para acessar os serviços de saúde mais complexos. Para Mendes (2011), os fluxos de atendimento em média e alta complexidade são estabelecidos pelas condições particulares dos indivíduos de locomoverem-se até o estabelecimento de saúde.

A busca pelos serviços especializados de saúde que não são ofertados no município de residência dos indivíduos, depende de uma série de fatores que estão relacionados com as RAS estabelecidas pela organização pública dos serviços de saúde. Neste sentido, a questão geográfica torna-se uma condição preponderante na tomada de decisão dos usuários em acessar os serviços de saúde. No entanto, as redes determinadas pelas organizações públicas de saúde também contribuem para a formação de novos fluxos de locomoção, devido ao estabelecimento das RAS, que na maioria das vezes ultrapassam os limites regionais, devido à falta de assistência especializada na maioria dos municípios.

A concentração dos serviços de alta complexidade na RMR é um fator característico do estado de Pernambuco, com exceção de poucos serviços concentrados no entorno de Caruaru e Petrolina. Dubeux (2012) observou que a origem desta concentração está ligada aos padrões econômicos do estado, tendo em vista que a área mais desenvolvida economicamente é a RMR, e concentra a maioria dos estabelecimentos de complexidade elevada no estado. O processo de descentralização e fortalecimentos das macrorregiões de saúde de Pernambuco não realizou-se concretamente, uma vez que a maior parte dos municípios dependem exclusivamente da Macrorregião de Recife para os atendimentos especializados (LOPES; ALBUQUERQUE; FELISBERTO, 2019).

Portanto, não se tem no horizonte quando ocorrerá a descentralização concreta das especialidades para os municípios e as regiões de saúde do interior do estado de Pernambuco. Guimarães (2012) observou que o processo de regionalização da saúde em Pernambuco, mesmo depois de sua reformulação e adaptação do PDR em 2011, apresentou entraves que dificultam a gestão, principalmente pela incipiência das RAS, já que permanece a concentração dos

serviços complexos na RMR. A política de regulação, os planos de informatização, e a dificuldade de fixação dos recursos humanos em áreas longínquas permanecem como as principais dificuldades enfrentadas pelos gestores da saúde no estado. Estas situações agravam sobremaneira as condições de acesso da população interiorana, tendo em vista as dificuldades de locomoção e os fatores socioeconômicos característicos destas áreas.

Destaque maior deve ser dado a população residente nos espaços rurais dos municípios interioranos do estado, que além de enfrentar as dificuldades de locomoção de suas residências até a sede dos municípios, muitas vezes são obrigados a percorrer centenas de quilômetros para chegarem a RMR e assim serem assistidos nas especialidades em saúde. A revisão do PDR de Pernambuco e a descentralização dos estabelecimentos de alta complexidade para os municípios localizados na parte oeste do estado é uma necessidade constante, que precisa ser efetivada para propiciar o acesso das populações aos serviços públicos de saúde.

#### **5.4 Condições de Acesso da População Rural aos serviços de saúde na Perspectiva da Gerência Regional de Saúde**

A população residente nos espaços rurais dos municípios da II GERES – PE enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde representadas pela falta de estratégias públicas que visem diminuir os impactos das condições socioeconômicas e geográficas de locomoção em áreas rurais. O tráfego limitado, devido as longas distâncias e más condições das estradas são os principais empecilhos enfrentados por esta população para acessar os serviços essenciais, inclusive os de saúde (Figura 15).

**Figura 15 - Condições de estrada vicinal em Pitombeiras, zona rural de Limoeiro - PE em janeiro de 2020**



Fonte: Autor, 2020

Além das condições limitadas de locomoção, a falta de recursos econômicos necessários para arcar com os custos de transportes disponíveis impulsionam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Essa perspectiva corrobora com Bezerra e Bacelar (2013) ao destacar que as populações rurais apresentam menores rendas financeiras e menor cobertura dos serviços públicos essenciais.

**Relato da UAB 2 sobre as dificuldades de locomoção na área rural de Limoeiro - PE**

Temos a dificuldade de transporte para chegar até o posto de atendimento em Urucuba ou em Limoeiro, no nosso caso o transporte que temos é uma Toyota que a gente paga no valor de quatro reais pra ir até o Cedro, e pra voltar fica oito reais. Ou para Limoeiro que pagamos seis reais, para poder ter um atendimento em qualquer área, de médico, de farmácia, de supermercado tudo precisamos pagar.

Fonte: UAB 2, 2020.

Os residentes nos espaços rurais dos municípios da II GERES – PE dependem dos transportes alternativos, realizados por meio de lotações<sup>7</sup> e mototáxis que se configuram como os meio mais acessíveis e utilizados. A ausência de serviços básicos de saúde aliados a ausência de condições mínimas de transporte e a falta de assistência econômica no enfrentamento destas características específicas do território vivido pela população rural implica na dependência dos serviços essenciais localizados nos espaços urbanos municipais (FERREIRA, 2014).

Diante das dificuldades enfrentadas pelos ocupantes dos espaços rurais no acesso aos serviços de saúde e a necessidade de estratégias organizacionais voltadas para essa população, a organização regional destaca-se como uma possibilidade na superação destas dificuldades a partir da organização intermunicipal dos serviços. Guimarães (2012) afirma que o estabelecimento das regiões de saúde depende do nível de integração e comunicação entre os gestores dos serviços públicos por meio dos colegiados e das pactuações de gestão. No Quadro 13 apresenta-se a concepção da II GERES-PE sobre os problemas de acesso à saúde enfrentados pelas populações rurais dos municípios.

<sup>7</sup> Denominação adotada pela população rural da II GERES – PE para definir o transporte utilizado na locomoção do espaço rural ao urbano dos municípios, realizado por uma pessoa que geralmente reside na área rural, possui o transporte e realiza o trajeto diariamente mediante pagamento dos usuários.

Quadro 13 - Análise Temática de Conteúdo da Entrevista com GRS

|                    | TEMAS   |   |   |  |  |   |   |  |  | SÍNTESE GERAL   |
|--------------------|---|---|---|--|--|---|---|--|--|---|
|                    | Serviços igualitários de saúde                            | Ações da II GERES – PE para a população rural   |   | Dificuldades de acesso da população rural  |  | O papel da II GERES – PE no contexto dos municípios   |   |  |  |   |
| NÚCLEOS DE SENTIDO | Saúde para toda população                                 | Apoio técnico a população rural   | Condições de sobrevivência diferentes                                       | Cultura de não abandonar o local em que reside   | Condições Sociais da Saúde   | Orientação aos municípios   | Oferta de serviços                                  | A situação locacional de Paudalho à Recife   | Dificuldades de locomoção da população para os serviços                          |   |
| ENTREVISTA         | A saúde necessita ser unânime, para a população em geral. | Existe o problema da água, da falta de saneamento, assim focam-se as ações nessas questões específicas. | A população rural tem necessidades maiores que outras, por conta do acesso. | Resistência aos serviços de promoção à saúde, provocando o agravamento de doenças que poderiam ser prevenidas. | A falta de recursos financeiros pela população para o arcar com o transporte até os locais de atendimento à saúde. | O papel da regional é levar insumos e orientar as SMS para trabalharem com suas zonas rurais. | A regional dispõe do serviço de média complexidade. | A população de Paudalho, por ser próximo de Recife, apresenta resistência em utilizar os serviços de Limoeiro. | As prefeituras que deveriam oferecer os serviços de transporte para os usuários. | A II GERES-PE não dispõe de ações voltadas para as populações rurais, mas orienta os municípios a considerar as necessidades desta população. |
| GRS                |   |   |   |  |  |   |   |  |  |   |

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2020.

Para a GRS as populações residentes em espaços rurais apresentam condições específicas que resultam em dificuldades maiores para alcançar o sistema público de saúde. Ao afirmar que a saúde necessita ser unânime, a II GERES – PE reafirma o princípio da universalidade do SUS, porém evidência a ausência de estratégias políticas específicas para as populações rurais. Os serviços ofertados a população rural necessitam ser pautados pela busca de justiça social, oferecendo condições diferenciadas para os indivíduos que apresentam necessidades diferentes, proporcionando assim a equidade (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Dentre tantas dificuldades existentes a GRS destaca a dimensão cultural, caracterizada pelas baixas taxas de alfabetização e dificuldades de informações que resultam no distanciamento dos modelos de promoção da saúde e a resistência em deixarem as atividades do campo para procurarem os serviços de saúde para tratamentos básicos provocando o agravamento das enfermidades (Figura 16). Para que o acesso à saúde seja efetivado pelos usuários é essencial que as informações acerca dos serviços cheguem e sejam compreendidas pela população (ASSIS; JESUS, 2012).

**Figura 16 - Pessoas realizando atividades agrícolas no Sítio Gavião, Zona Rural de Cumarú-PE em setembro de 2019**



Fonte: Autor, 2019

Devido ao modo de vida campesino, ligado ao contato direto com a terra e o padrão de ocupação diária que a população residente nas áreas rurais do agreste e zona da mata pernambucana apresentam, percebe-se o distanciamento entre os cuidados e ações de promoção a saúde, ligados principalmente a ausência de tempo para dedicar-se a própria saúde. O UAB 8 afirma não frequentar a UBS da área rural em que reside, por não ter tempo para deixar as atividades da roça e o cuidado necessário nas práticas pecuárias, fazendo uso de automedicação para sanar os problemas de saúde menos graves.

Outro problema destacado pela II GERES – PE refere-se ao fator socioeconômico dessa parcela da população, também ligado as questões locacionais, a necessidade de arcar com os custos de transporte para chegar aos estabelecimentos de saúde são condições que impedem a população de utilizarem os serviços básicos de saúde. Tal situação, na visão da GRS, deve ser amenizada por parte dos municípios proporcionando a oferta de transportes públicos para a população. Essa visão corrobora com Breilh (2013) quando destaca os determinantes sociais da saúde como pressupostos críticos importantes para o planejamento e execução dos serviços públicos de saúde.

A GRS explica que a GERES desempenha atividades de orientação, planejamento e articulação das práticas em saúde, ficando a sob responsabilidade dos municípios as ações práticas, de implantação e execução dos serviços públicos de saúde. Os GMS 1, 2 e 3 concordam que o papel desempenhado pela GERES ao aproximar as ações da esfera estadual com as atividades desenvolvidas em cada município proporciona a efetividade das especialidades através das RAS. Pernambuco (2016) consolida esta afirmação, ao identificar as gerências regionais de saúde como órgãos estaduais responsáveis pela organização das RAS e por subsidiar as relações estratégicas entre os municípios e o estado.

Com relação a atuação do estado de Pernambuco nas ações de promoção e vigilância em saúde voltadas para as populações rurais, destacaram-se algumas afirmações realizadas pelos profissionais de saúde que atuam nos espaços rurais dos municípios. Devido as dificuldades de locomoção enfrentadas também pelos trabalhadores da saúde nas áreas rurais, muitas vezes os insumos e tratamentos de responsabilidade estadual chegam atrasados nos estabelecimentos de saúde.

**Relato da PAB 2 sobre os problemas entre o estado e o município**

As vezes falta a vacinação, hoje mesmo tá faltando. E sabemos que é um problema relacionado ao governo do estado que não envia a tempo. As vezes aplica a campanha e não chega a vacina no tempo determinado pelo próprio estado. Sem falar nas vacinas de rotina, que às vezes falta e a gente precisa colocar em dia.

Fonte: PAB 2, 2020.

A falta do medicamento em tempo hábil para que realizam-se as atividades de promoção e prevenção é um problema que torna-se ainda mais intenso e recorrente nos estabelecimentos de saúde localizados em espaços rurais. Na II GERES – PE observa-se uma contradição entre o que foi afirmado pela GRS e o que é vivido pelos profissionais e usuários dos serviços públicos rurais. A falta de medicamentos, equipamentos e vacinas impulsiona as dificuldades já enfrentadas pela população rural no acesso aos serviços de saúde.

A GRS identifica a existência de municípios nos quais a população apresenta resistência em utilizar os serviços disponíveis na sede regional ou nos polos de média e alta complexidade. Um exemplo é Paudalho, que localiza-se a 35 km de Limoeiro, 10 km de Carpina e a 45km do Recife, essa população na maioria das vezes busca os serviços de média e alta complexidade em Recife, devido a maior proporção de serviços especializados e das condições de transporte para a capital estadual, atraindo a população do entorno. Guimarães (2015) destaca que os fluxos de serviços e atividades econômicas impulsionam o surgimento dos fluxos de busca aos serviços de saúde obedecendo a hierarquia urbana.

## **6 LIMOEIRO–PE: UM MUNICÍPIO CENTRO DE ZONA E A SEDE REGIONAL DA II GERES – PE**

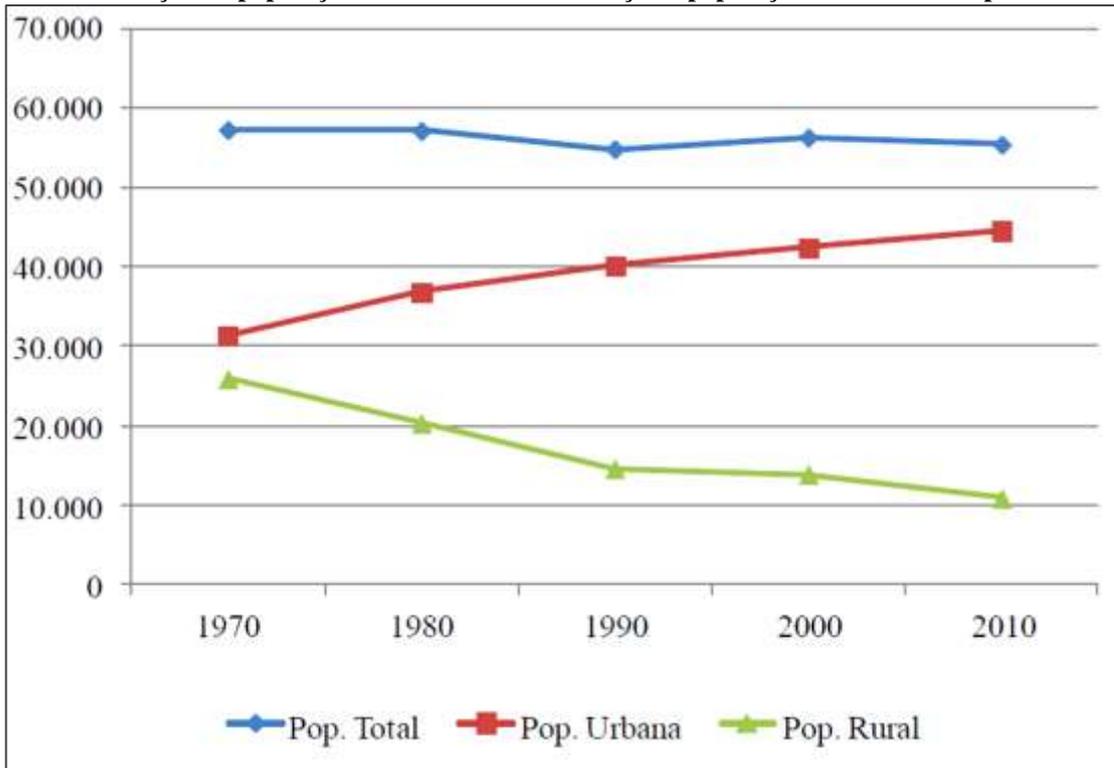
Conforme destacado anteriormente, a sede organizacional da II GERES – PE localiza-se no município de Limoeiro. Para Aragão (2017) esse município integra a Região de Desenvolvimento do Agreste Setentrional do estado de Pernambuco apresentando influência marcante entre as áreas do entorno. Limoeiro destaca-se como um centro de zona capaz de articular as dinâmicas de circulação econômica da microrregião na qual se insere, possibilitando a integração entre a RMR e os municípios da parte norte do agreste pernambucano. A importância deste município dá-se pela oferta de serviços ligados ao setor terciário da economia, fazendo com que ocorra uma concentração considerável de serviços públicos que atendem os municípios localizados no entorno mais próximo (ANDRADE; NOBREGA; FÉRRER, 2019).

### **6.1 Caracterização Socioespacial do município de Limoeiro – PE**

Segundo Aragão (2017), o município de Limoeiro passou por um processo de transformação em suas formas de apropriação e reprodução capitalista passando de um importante centro agropecuarista para núcleo intermunicipal de comércio e serviços com forte concorrência dos municípios de Carpina e Surubim. Tal mudança é impulsionada pela instalação das sedes regionais dos serviços públicos estaduais e federais, como a II GERES-PE, a Gerência Regional de Educação Vale do Capibaribe (GRE – Vale do Capibaribe), uma agência do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), a Unidade do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região (TRT-PE), e outras unidades gerenciais, além do êxodo rural-urbano que têm se intensificado no município.

Como resultado das transformações no modo de produção econômica, a maior parte da população de Limoeiro passou a residir durante as duas últimas décadas nas áreas urbanas. “O declínio de atividades rurais como o cultivo do algodão e a pecuária leiteira, somadas à ascensão do comércio e dos serviços no centro da cidade, evidenciam, antes de tudo uma nova organização do trabalho” (ARAGÃO, 2017. p. 144). Observa-se então um crescimento contínuo da população urbana a partir da década de 1990, e conseqüentemente o decréscimo da população rural no mesmo período (Figura 17).

**Figura 17 - Evolução da população urbana e rural em relação à população total no município de Limoeiro**



**Fonte:** IBGE – Sidra, 2016. Adaptado por ARAGÃO (2017)

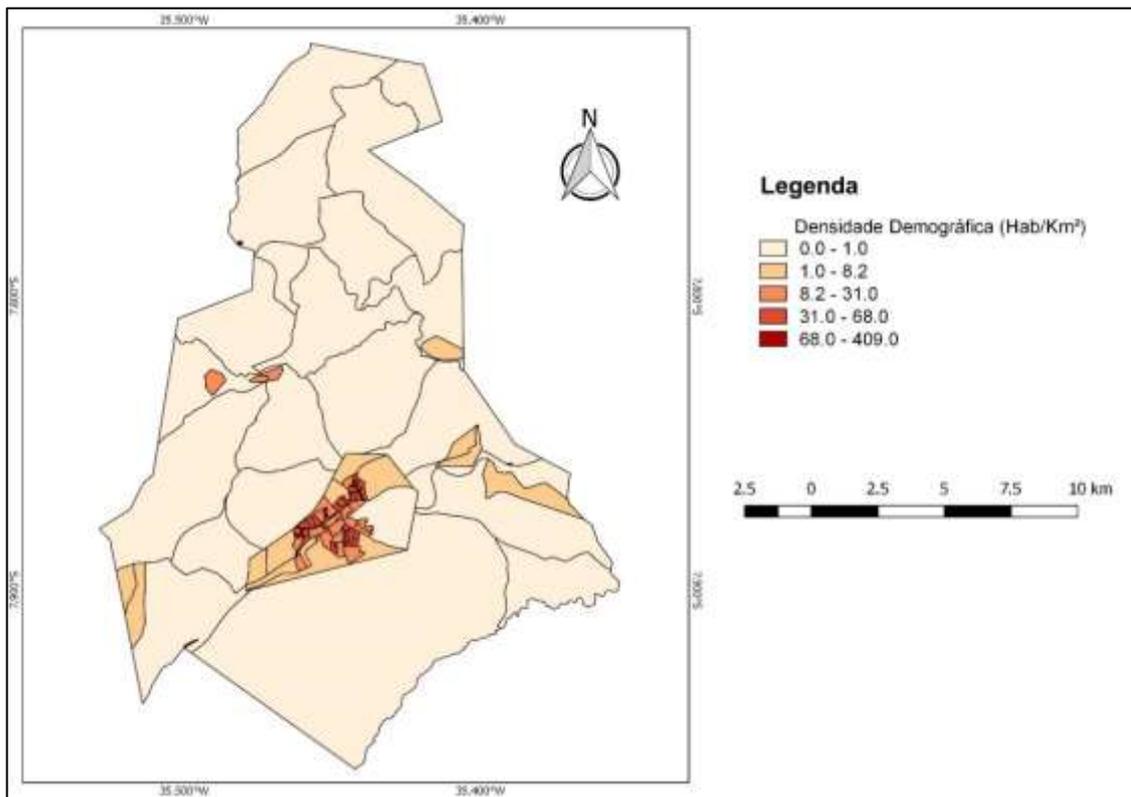
Outro fator a ser considerado é a redução no contingente total de população, que tem diminuído consideravelmente e apresentou um crescimento negativo de -0,18 entre os censos de 2000 e 2010. A diminuição no número absoluto de população pode ser atribuída às novas áreas de crescente dinamismo econômico que formaram-se próximas a Limoeiro, como o Polo Têxtil de Santa Cruz do Capibaribe, Toritama e Caruaru além do desenvolvimento urbano e econômico de Carpina e Surubim (ARAGÃO, 2017). Com o surgimento de novas áreas de dinamismo econômico e forte investimento público em infraestrutura a população passou a migrar para outros municípios em busca de melhores condições de sobrevivência.

Na organização territorial das políticas e ações de saúde no estado o papel integrador de Limoeiro foi considerado como a sede regional dos serviços de saúde da II GERES-PE. Uma vez que o município detém as estruturas básicas para oferta dos serviços de média e alta complexidade, bem como apresenta proximidade e capacidade de agrupamento com as áreas adjacentes (PERNAMBUCO, 2013b).

Este município apresenta dimensão territorial de 273,739 km<sup>2</sup>, dividido entre áreas rurais e urbanas com predominância de setores rurais. No entanto, a maior parte dos domicílios concentram-se na zona urbana, com 14.497 residências, enquanto na zona rural existem 1.721

domicílios, divididos por espaços que apresentam baixa densidade demográfica (IBGE, 2017, 2019). Na Figura 18 visualiza-se a dispersão populacional pelo território de Limoeiro, apresentando as densidades demográficas intramunicipais organizadas pelos setores censitários.

**Figura 18 - Densidade populacional dos setores censitários de Limoeiro-PE em 2010**



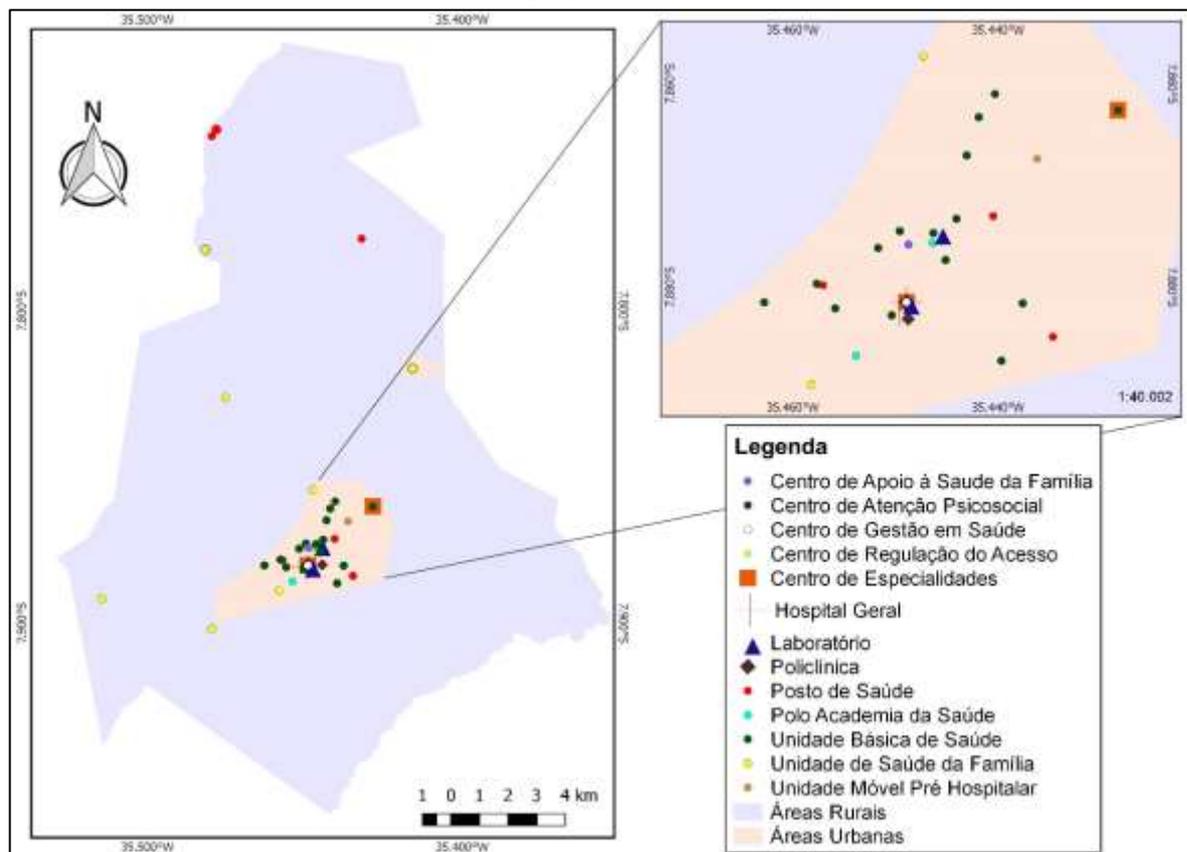
Fonte: IBGE (2010). Adaptado.

A densidade populacional total do município é de 205,45 hab/km<sup>2</sup>, sendo comum a existência de áreas que apresentam densidade entre 0 a 1 hab/km<sup>2</sup>. Na sede urbana de Limoeiro concentram-se os setores com maior densidade populacional, variando entre setores que possuem 1 a 8 hab/km<sup>2</sup> até áreas muito povoadas que apresentam densidade entre 68 e 409 hab/km<sup>2</sup>. A dispersão populacional nos setores menos habitados e com maior dimensão territorial pode dificultar as ações de promoção a saúde, tendo em vista que as distâncias percorridas por esta população e pelos profissionais de saúde são maiores, necessitando de tempo e condições de locomoção adequadas para a assistência dessas populações (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

## 6.2 Os serviços públicos de saúde no município de Limoeiro – PE

Os estabelecimentos de saúde no município sede da II GERES – PE organizam-se numa conjuntura compartilhada pela presença da administração estadual e municipal. Comportando assim, desde serviços da APS até os atendimentos especializados e de maior complexidade através do Hospital Regional de Limoeiro José Fernandes Salsa e da Unidade de Pronto Atendimento Especializado (UPAE), entre outros. Esses serviços estão distribuídos por todo o município abrangendo as áreas rurais e urbanas, bem como os de média e alta complexidade que oferecem serviços para os demais entes pertencentes a regional de saúde (Figura 19).

**Figura 19 - Distribuição Espacial dos Serviços Públicos de Saúde no território de Limoeiro – PE em 2019, com destaque para a sede urbana**



Fonte: IBGE (2010); CNES (2019). Adaptado.

Destaca-se na distribuição espacial dos locais de atendimento à saúde do município de Limoeiro uma concentração na área urbana. Dentre os serviços oferecidos sobressaem-se as UBS que representam a maior parte dos estabelecimentos existentes no território. A central de regulação regional dos serviços públicos estaduais da II GERES-PE localiza-se neste município através de uma das centrais de gestão em saúde (PERNAMBUCO, 2017). Por se tratar da sede

regional, o município dispõe de serviços especializados mais próximos, o que em tese, proporcionaria melhores condições de acesso aos cuidados de saúde da população local, incluindo-se os residentes em espaços rurais do município (ARCURY et al, 2005). No entanto, verificou-se ao longo da pesquisa que existem muitas barreiras geográficas para o acesso dessas populações aos serviços de saúde.

No espaço rural existem alguns poucos estabelecimentos, se comparado com a quantidade localizada na área urbana, e estes limitam-se a prestação de serviços da APS por meio dos postos de saúde e das Unidades de Saúde da Família (USF). A existência de serviços básicos nos espaços rurais diminui a barreira de acesso provocada pelo distanciamento entre as residências e os estabelecimentos de saúde, mas mantém a necessidade de deslocamentos às áreas urbanas para utilização dos atendimentos de média e alta complexidade. Devido a metodologia adotada na coleta dos dados referentes a localização dos estabelecimentos de saúde, alguns foram georreferenciados na área urbana do município apesar de serem unidade rurais, pois não apresentaram a informação correta no CNES.

Percebe-se no município de Limoeiro a predominância de USF nas áreas rurais localizadas mais próximas a sede urbana, com destaque para a Vila de Urucuba que é classificada como território urbano pela legislação específica do município. Esses estabelecimentos de saúde devem garantir assistência em atenção contínua das especialidades básicas e com equipe multidisciplinar, que no município conta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para desenvolver as atividades que atendam às diretrizes da ESF. Em contrapartida, destaca-se na porção norte do território municipal a existência de postos de saúde rurais. A principal diferença entre estes estabelecimentos da APS está relacionada ao tipo de serviço que é ofertado, nos postos de saúde devem existir atendimentos de assistência a uma população específica da área onde localiza-se o serviço, contando apenas com um profissional de nível médio e periodicamente um médico (BRASIL, 2009).

A existência de apenas postos de saúde nas regiões mais distantes da sede municipal, como o caso do sítio Bizarras, localizado no noroeste do território municipal demonstra a ausência de gestão estratégica da SMS de Limoeiro sobre o território rural. Nas áreas rurais mais distantes da sede urbana deveriam ser instaladas unidades de atenção básica que suprissem as necessidades da população de maneira contínua, visando a promoção da saúde nos territórios em que a população apresenta maiores dificuldades de locomoção devido à distância para acessar os serviços mais complexos. Gene, Javier e Berrocal (2017) ao considerarem os aspectos geográficos do acesso orientam para a necessidade da gestão dos serviços públicos voltados as necessidades específicas de cada população.

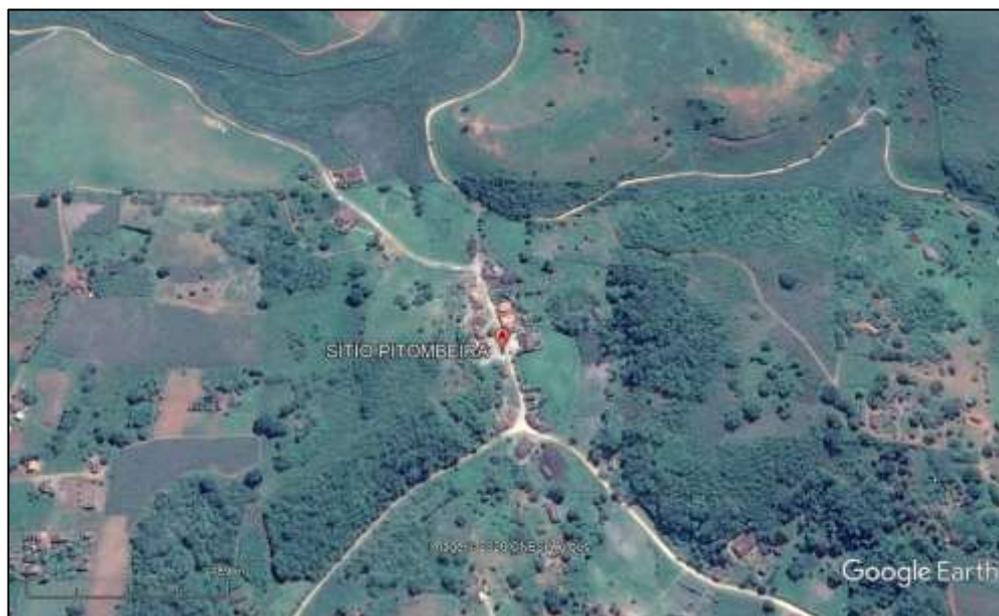
### 6.3 Condições de acesso da população rural aos serviços de saúde no município de Limoeiro-PE

Mesmo apresentando uma gama significativa de estabelecimentos e serviços em todos os níveis de atenção à saúde distribuídos pelo território municipal, a população de Limoeiro ainda enfrenta dificuldades e empecilhos que afetam o acesso aos serviços disponíveis. Os principais desafios estão nas condições de locomoção e as intensas distâncias que necessitam ser percorridas para alcançar os serviços de saúde (PESSOA, ALMEIDA, CARNEIRO. 2018).

Neste sentido contribuíram com a identificação das condições de acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais do município de Limoeiro, alguns habitantes dos sítios Pitombeira, Guia, Várzea, Pinto e Vila Urucuba. Essas localidades rurais do município situam-se na região próxima à Vila Urucuba e pertencem ao território adscrito para a USF desta vila. São áreas que apresentam distribuição espacial das residências de maneira dispersa e estradas com condições de tráfego limitadas pela estrutura e tamanho, algumas delas impossibilitando a passagem de dois veículos de pequeno porte ao mesmo tempo.

A área em que realizou-se o estudo de caso em Limoeiro apresenta características rurais remotas, com presença de pequenos arruados apenas na Vila Urucuba e em Pitombeira (Figura 20), no qual existe duas escolas de ensino fundamental, e um posto de saúde na área central do território.

**Figura 20 - Imagem aérea do Sítio Pitombeira, Zona Rural de Limoeiro em maio de 2020**



Fonte: Google Earth, 2020. Adaptado.

Na área de Pitombeira, na zona rural de Limoeiro apresentam-se além dos domicílios localizados no arruado central, residências em localidades distantes do vilarejo, que são ligadas por estradas vicinais, garantido as condições de locomoção. Por outro lado, na Vila Urucuba apresentasse uma vila de porte maior, com ruas e estradas calçadas por paralelepípedos e a presença de serviços públicos mais abrangentes como a USF, escolas de ensino fundamental, um posto dos correios, cemitério além de templos religiosos de diversas denominações.

Os participantes desta pesquisa no município de Limoeiro expressaram informações que refletem as características deste tipo de espaço rural predominante no município. São áreas que variam de pequenos aglomerados populacionais à domicílios dispersos pelo território, ligados por estradas vicinais algumas vezes construídas exclusivamente para as residências. No Quadro 14 pode-se observar as principais dificuldades e as estratégias desenvolvidas pelos habitantes dessas áreas no município de Limoeiro-PE para acessarem os serviços de saúde.

**Quadro 14 - Análise Temática de Conteúdo dos Usuários dos Serviços Básicos de Saúde residentes em espaços Rurais do Município de Limoeiro – PE em 2020**

| NÚCLEO DE SENTIDO | TEMAS                 |  |  |   |  |  |  |  | SÍNTESES HORIZONTAIS  |
|-------------------|-----------------------|--|--|---|--|--|--|--|---|
|                   | Existência de Doenças | Serviços de Saúde em Espaço Rural            |  |   | Condições de acesso aos serviços de saúde em espaço rural  |  | Conjuntura dos serviços públicos de saúde  |  |   |
|                   | Doença Crônica        | Uso dos Serviços de Saúde                    | Acompanhamento pelo/a ACS  | Serviços de Saúde no espaço Rural   | Dificuldades de Acesso   | Alternativas para superar as dificuldades de acesso de saúde   | Ações dos Governos nos serviços de Saúde   | Avaliação dos Serviços de Saúde  |   |
| UAB 1             | Não possui            | Uso frequente dos Serviços públicos de Saúde | Regularmente acompanhada pelo ACS  | Uma ambulância na comunidade para emergências e o atendimento diário na UBS mais próxima. | Custos com transportes nos dias que não possui atendimento na área rural em que reside.                                | Uso da Medicina Popular.   | Falta de investimento em transportes e a necessidade de remédios para a população da zona rural. | Avaliação regular dos serviços de saúde.   | Os problemas de locomoção e falta de medicamentos como dificuldades da população rural.           |
| UAB 2             | Não possui            | Utilização frequente dos serviços de saúde.  | O ACS realiza as visitas domiciliares apenas para o preenchimento dos formulários. | Existência de uma ambulância na comunidade rural para as emergências.                     | Dificuldade de acesso a transportes para qualquer serviço básico, necessitando pagamento para chegar a estes serviços. | Ajuda de um ACS de outra área para conseguir os medicamentos e informações sobre os serviços de saúde. | Existência de medicamentos na secretária municipal que não são distribuídos para a população.    | Os serviços de saúde públicos podem melhorar.                                    | A Falta de assistência do ACS provoca dificuldades para acessar os serviços de saúde disponíveis. |
| UAB 3             | Não possui            | Utilização regular dos serviços de saúde.    | Todas as famílias são acompanhadas mensalmente por um ACS.                         | Posto de Saúde que atende uma vez por semana.   | A locomoção e a superlotação dos serviços.   | Uso de transportes (lotações), que a população consegue pagar.   | Disponibilidade de transporte para pessoas que possuem consultas agendadas.                      | Avaliação positiva.  | Os Serviços de saúde ofertados são suficientes, apesar dos problemas apresentados.                |
| UAB 4             | Não possui            | Uso frequente para controle de doenças.      | Acompanhamento mensal do ACS em casa.  | Algumas vezes nem procura os serviços públicos devido à demora para realização.           | Não existem dificuldades enfrentadas pela população rural desta comunidade para acessar os                             | Utiliza o transporte de lotações, precisando pagar as passagens.                                       | —  | Os serviços da UBS são bons, mas para os demais serviços procura a rede privada. | Mesmo sendo acompanhada regularmente por uma ACS e utilizar os serviços da UBS, busca os serviços |

|                           |                                       |  |  |   |  |   |  |  |   |
|---------------------------|---------------------------------------|--|--|---|--|---|--|--|---|
|                           |                                       |  |  |   | serviços de saúde.   |   |  |  | mais complexos na rede privada.   |
| UAB 5                     | Hipertensão                           | Uso semanal na USF e periódico de especialidades na RMR. | É acompanhada pela ACS.  | Em casos de emergência a prefeitura sempre disponibiliza uma ambulância | Dificuldades para a população idosa dos locais rurais mais remotos do entorno para chegarem até a UBS. | Pagamento de transportes para realizar a marcação da viagem para Recife, um gasto mínimo.                     | Disponibilidade de transportes para o socorro sempre que é necessário.   | Avaliação positiva.                                  | Por apresentar doença crônica, a usuária faz uso regular dos serviços de saúde no espaço rural e já utilizou os serviços do Hospital Regional.    |
| UAB 6                     | Não Possui                            | Uso regular dos serviços de saúde.                       | A família é acompanhada mensalmente pela ACS.                                  | As marcações são organizadas pela Secretaria municipal.                 | Dificuldade de locomoção, devido as residências localizarem-se em áreas remotas.                       | Pagam transportes ou procuram os vizinhos que tem carro disponível em casos de emergência                     | Falta de planejamento das ações para minimizar os impactos da distância.   | Pouco esforço do governo para amenizar os problemas. | Apresenta como dificuldade a locomoção em meio a áreas remotas.   |
| <b>SÍNTESES VERTICAIS</b> | Boa parte não possui doenças crônicas | Todas as voluntárias utilizam os serviços de saúde.      | Acompanhamento em domicílio pelo ACS em quase todas as famílias entrevistadas. | Estratégias variadas que buscam garantir os serviços públicos de saúde. | Problemas de distância aos serviços e transportes.   | Utilizam os transportes que podem ser pagos e fazem uso de automedicação e práticas alternativas de medicina. | São destacadas algumas ações positivas e poucas ausências com relação a prestação de serviços da prefeitura municipal. | Avaliação regular.                                   | Os serviços ofertados à população rural apresentam problemas que buscam ser superados pelos usuários e pela própria gestão em saúde do município. |
|                           |                                       |  |  |   |  |   |  |  | <b>SÍNTESE GERAL</b>  |

Fonte: Autor, 2020

As dificuldades de locomoção e a necessidade de recursos financeiros para acessarem os transportes e assim chegarem aos estabelecimentos de saúde destacam-se unanimemente entre os usuários participantes desta pesquisa. A UAB 6 destaca que em algumas áreas rurais do município de Limoeiro as dificuldades intensificam-se pelas condições das estradas, tornando-as áreas remotas. Já a UAB 5 considera o agravamento das dificuldades para a população idosa dos territórios rurais, tendo em vista as limitações de locomoção provocadas por algumas doenças e a falta de assistência dos transportes da prefeitura municipal durante o horário de atendimentos na UBS da comunidade rural. Gene, Javier e Berrocal (2017) observaram que entre as dimensões do acesso, a localização geográfica dos estabelecimentos de saúde é uma das principais condições, interferindo na tomada de decisão da população para buscar os serviços de saúde. Para a UAB 2 a experiência com o ACS, não é exitosa. Entretanto, o papel dos ACS nas áreas rurais do município é primordial, uma vez que muitas famílias dependem unicamente desse serviço para acessarem os cuidados básicos de saúde. A usuária afirmou que busca superar essa ausência pedindo apoio a outro ACS que não é responsável pelo território da sua residência, mas auxilia nas informações sobre os atendimentos e no fornecimento das medicações. Os demais usuários confirmam a existência deste serviço em suas residências.

Na superação dos problemas identificados pela população rural do município de Limoeiro evidenciou-se pagamento pelos transportes em forma de lotações, que muitas vezes proporcionam riscos aos próprios usuários devido as condições de tráfego nas estradas e a superlotação dos veículos. Esta condição não é uma realidade apenas da população rural da II GERES – PE ou do Brasil, no Canadá os habitantes de espaços rurais também fazem concessões de segurança para chegarem aos serviços de saúde (REGAN; WONG, 2008). Somando-se a esta situação, a maioria dos participantes afirmaram realizar uso de automedicação e das alternativas fitoterápicas, essas práticas são justificadas pelas dificuldades enfrentadas na busca pelos serviços públicos.

Com relação a conjuntura dos serviços públicos de saúde ofertados a população rural do município de Limoeiro verificou-se a existência de ambulâncias localizadas nas áreas rurais para os casos de urgências, a organização das marcações pela equipe da SMS para os serviços de média e alta complexidade, reduzindo o número de viagens dos usuários até a área urbana e a disponibilidade de um transporte para os tratamentos no Recife. No entanto, ainda persistem as dificuldades organizacionais das ações e estratégias adotadas pela SMS, como a falta de distribuição de medicamentos nas USF e pelos ACS além da ausência de uma estratégia que

busque amenizar os impactos provocados pelas distâncias que necessitam ser percorridas pela população rural nas localidades mais remotas.

**Relato da UAB 1 sobre o atendimento na USF de Pitombeiras, Limoeiro – PE**

Esse posto daqui não abre todos os dias, hoje mesmo ele não vai abrir. Tem médico e enfermeira na segunda e na terça e durante o resto da semana eles estão na filial que é em Urucuba, no Cedro.

Fonte: UAB 1, 2020.

O Posto destacado pela usuária é a USF João Heráclio Duarte, localizado no sítio Pitombeira (Figura 21). Este modelo de prestação dos serviços básicos de saúde está organizado de acordo com a PNAB. A usuária demonstra que existe atendimento em outras áreas rurais do município através das equipes da ESF. A filial de que trata a UAB 1 refere-se na verdade, a USF Virgílio Lapenda, localizada na Vila Urucuba que se organiza através de outros Núcleos de Apoio à Saúde da Família descentralizados, buscando amenizar as dificuldades de locomoção da população para acessar os equipamentos de saúde.

**Figura 21 - Prédio da Unidade de Saúde da Família do Sítio Pitombeiras em Limoeiro – PE em Janeiro de 2020**



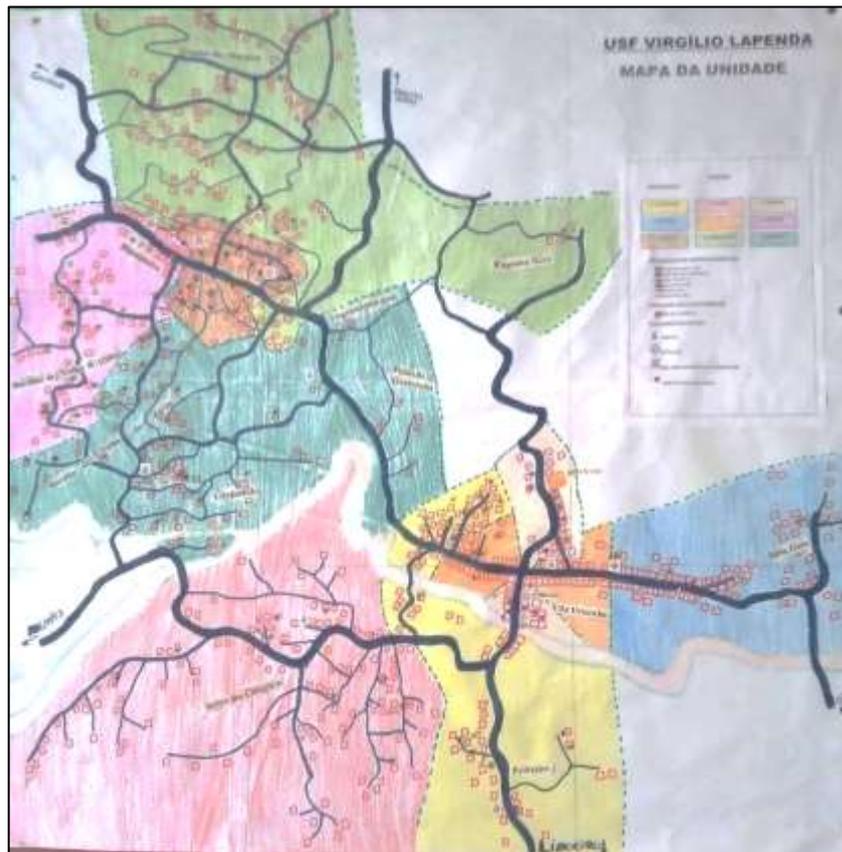
Fonte: Autor (2020).

Os serviços de Saúde disponíveis na zona rural do município sede da II GERES – PE organizam-se através da ESF que dispõem de atendimento pelas equipes da APS e do NASF,

organizadas a partir das demandas de cada comunidade rural, contando com Postos de Apoio, como o localizado na Comunidade de Pitombeiras. Trata-se de um estabelecimento com menor dimensão estrutural e capacidade de oferta dos serviços, uma vez que serve como uma Unidade de Apoio da USF, atendendo a população apenas duas vezes por semana.

Na estrutura organizacional da USF localizada na Vila Urucuba os profissionais desenvolvem o trabalho através das diretrizes da APS, buscando atender aos usuários circunscritos a área de abrangência da unidade e garantindo as condições básicas de manutenção da saúde. Na Figura 22 está ilustrado o croqui da área de abrangência da unidade, que foi elaborado pelos profissionais desta USF, e é utilizado para estruturar as demandas e ofertas para a população da área.

**Figura 22 - Croqui da Unidade de Saúde da Família (USF) Virgílio Lapenda, localizada na Vila Urucuba, Limoeiro – PE em Janeiro de 2020**



Fonte: Autor, 2020

Na figura 22 estão ilustradas as microáreas de atuação dos ACS divididas pelas cores, os símbolos indicam as áreas de agravos e as condições socioeconômicas da população. Os produtos cartográficos são recursos essenciais na organização dos serviços de saúde, o

desenvolvimento destes elementos é uma das tarefas estabelecidas para os profissionais da APS (BRASIL, 2012). Os croquis devem ser produzidos coletivamente, tendo em vista que podem auxiliar na identificação das áreas de agravos a saúde e das zonas de risco endêmico, a partir das condições socioambientais (BEZERRA; BITOUN, 2017).

Nos espaços rurais de Limoeiro os profissionais de saúde atuam buscando garantir as condições de acesso da população aos serviços e desenvolvendo estratégias criativas para amenizar as dificuldades enfrentadas pelos usuários. Travassos e Martins (2004) confirmam o papel essencial dos profissionais que trabalham na ABS para a garantia dos serviços de saúde à população. Estes são responsáveis pelo acolhimento no sistema e o tratamento das doenças, a partir das condições disponibilizadas pela equipe de gestão dos serviços.

Os usuários dos serviços públicos de saúde localizados em espaços rurais do município de Limoeiro dispõem de profissionais atuantes no desenvolvimento das atividades ligadas a prevenção e promoção da saúde. Conforme destacado pela maioria dos profissionais e da gestora em saúde do município a população rural conta com serviços disponíveis através das equipes da ESF e do NASF. Na USF localizada na Vila Urucuba são realizados atendimentos domiciliares pelos ACS, médicos e enfermeiros que além do acompanhamento domiciliar atendem na USF e nas unidades de apoio descentralizadas, juntamente com a equipe do NASF que busca levar alguns serviços especializados para as áreas rurais como demonstrado no Quadro 15.

**Quadro 15 - Análise Temática de Conteúdo dos Profissionais de Saúde em espaço rural e da Gestão Municipal de Saúde de Limoeiro – PE**

| NÚCLEOS DE SENTIDO | TEMAS                                      |   |   |  |   |  |   |  |   | SÍNTESE HORIZONTAL   |
|--------------------|--|---|---|--|---|--|---|--|---|--|
|                    | Locais de Trabalho                         |   | Serviços de Saúde em Espaço Rural   |  | Dificuldades de Acesso da População Rural   |  |   | Regionalização da saúde  |   |  |
|                    | Residência no Local que trabalha           | Área de Atendimento   | Atendimento e Serviços de Saúde   | Marcações e encaminhamentos do Espaço Rural  | Dificuldades da população para acessar os serviços de saúde                                 | Esforços dos Profissionais para amenizar as dificuldades                                   | Ações dos Governos para amenizar as dificuldades                                | Sugestões de Melhorias dos serviços de Saúde                     | A Regionalização como garantia dos serviços à população rural |  |
| PAB 1              | Reside num sítio próximo                   | A população da área da UBS de Urucuba e fora da área também.                            | Imunização; Consulta com profissionais variados, inclusive especialistas.                                   | Ambulância na área rural para acamados e transporte para consultas em Recife.      | Falta de serviços mais complexos no espaço rural  | Atua indicando os serviços para a população.   | Organização das marcações sem necessidade de locomoção da população para a SMS. | —  | —   | Os serviços prestados à população buscam garantir as condições de acesso da população.   |
| PAB 2              | Reside na Comunidade rural em que trabalha | A população da área da UBS de Vila Urucuba e quando é convidada ajuda nas outras áreas. | Visitas Domiciliares; Vacinação; Acompanhamento de grupos de risco; atendimento da equipe da ABS e do NASF. | Da UBS vão para a Policlínica Inacinha e a UPAE, em Limoeiro. ou para Recife.      | A falta de serviços suficientes e o transporte entre as longas distâncias das áreas rurais. | Os ACS buscam os ônibus das escolas para trazerem as pessoas de acesso mais difícil a UBS. | Existência de uma ambulância a disposição da população rural                    | Necessidade de mais profissionais                                | —   | As distâncias e a falta de profissionais permanecem como um empecilho.   |
| PAB 3              | Não reside na comunidade e rural.          | Além da UBS de Urucuba, atende na área urbana e em outras localidades rurais.           | Atendimento dos profissionais da ABS e os do NASF, uma vez por mês ou a cada quinzena. E existem os PSF.    | Os encaminhamentos de média e alta complexidade vão para o Inacinha ou para a UPA. | Dificuldade e de transportes, necessitam do pagar para chegarem até os                      | Visitas domiciliares, e a divulgação dos serviços pelos ACS.                               | Ausência de ações relacionadas aos problemas de transportes.                    | Garantir as condições adequadas de locomoção da população rural. | —   | A população dispõe das Equipes da ABS e do NASF mas ainda apresentam dificuldade de locomoção para chegar até o estabelecimento. |

|                         |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |
|-------------------------|--|--|---|---|---|---|---|--|--|--|
|                         |  |  |   |   | serviços de saúde.  |   |   |  |  | que são amenizadas com visitas.  |
| PAB 4                   | Reside na área urbana.                                 | Atende a população de toda região rural em que se localiza a UBS.        | Os profissionais da ABS; Vacinações; curativos; medição de pressão; a prevenção e acompanhamento. E os profissionais do NASF. | As marcações são realizadas pela SMS.   | Dificuldades de locomoção   | Ampliação do número de tratamentos diários por pacientes, diminuindo a necessidade de locomoção | Oferta de um ônibus para os pacientes que precisam ir até o Recife.     | Criação de mais PSF.   | —  | Apesar da dificuldade de locomoção da população rural o município oferece transporte para os serviços de alta complexidade |
| GMS1                    | —  | —  | A ESF como estratégia específica voltada para a população rural.  | Marcação dos serviços não ofertados em outro município e o deslocamento através do TFD <sup>8</sup> | —   | —   | As UBS atendem um dia a mais na semana, no sábado.                      | Necessidade de uma estratégia específica para a população rural.         | A regionalização garante os serviços de saúde à população rural                  | A ESF e a regionalização garantem os serviços à população rural. Porém é necessária uma estratégia específica.             |
| <b>Síntese Vertical</b> | A maioria não reside no espaço rural em que trabalham. | A área atendida é maior do que a estipulada territorialmente para a UBS. | A comunidade rural dispõe dos serviços da ABS e do NASF.  | As marcações e encaminhamentos são para a sede do município em Limoeiro ou para Recife.             | A dificuldade de locomoção destaca-se entre as demais limitações. | Utilizam recursos variados e criativos para superar os desafios.                                | A SMS busca amenizar as dificuldades da população na maioria das vezes. | Mais ações e políticas específicas para os residentes em espaços rurais. | A regionalização dos serviços é capaz de garantir os serviços à população rural. | As condições dos transportes e das estradas são empecilhos no acesso a saúde pela população rural.                         |
| <b>SÍNTESE GERAL</b>    |  |  |   |   |   |   |   |  |  |  |

Fonte: Autor, 2020.

<sup>8</sup> Serviço de transporte oferecido pelas SMS e subsidiado pela portaria 55 de 1999 da Secretária de Atenção a Saúde (SAS) do MS que proporciona o Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Esse serviço é realizado por ônibus alugados ou adquiridos pelas prefeituras municipais para transportar os usuários do SUS e demais estabelecimentos conveniados de saúde da RMR.

Os profissionais e a gestão dos serviços públicos de saúde no município de Limoeiro apresentaram conhecimento acerca das dificuldades específicas enfrentadas pelas populações rurais. Muitos profissionais da USF Virgílio Lapenda, destacaram o uso de alternativas criativas para auxiliar a população na diminuição dos impactos causados pelo distanciamento locacional entre os estabelecimentos e as residências, bem como a ausência de serviços em alguns territórios. O NASF é utilizado na prestação continuada dos serviços de saúde no município, sendo responsável por suprir a falta de algumas especialidades básicas na USF.

**Relato da PAB 3 sobre os Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Limoeiro que atendem em espaços rurais**

Somos do NASF, que é o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, uma vez por mês ou de quinze em quinze dias dependendo da demanda da população, os profissionais como farmacêutico, assistente social, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e o educador físico vem para unidade.

Fonte: PAB 3, 2020.

A PAB 3 identifica que os diversos profissionais buscam implementar as práticas desenvolvidas na USF e auxiliar os usuários com atendimentos nas residências e nas unidades de saúde amenizando os impactos do distanciamento locacional comum nos territórios rurais, proporcionando atendimentos mais próximos e com especialistas que buscam diminuir os agravos de saúde na população. No entanto, a PAB 1 identifica como problema a falta de serviços mais complexos na unidade rural, obrigando a população a deslocar-se para as áreas urbanas em busca desses serviços. Brasil (2009) destaca que o NASF busca ampliar a abrangência das ações da APS amparado pela ESF.

Para amenizar as dificuldades de locomoção a SMS de Limoeiro elaborou uma estratégia para o envio das solicitações de marcações em serviços especializados que é realizado em um setor próprio na sede da secretaria na área urbana de Limoeiro. A PAB 1 destaca o esforço por parte do governo municipal em diminuir os deslocamentos da população rural através do envio de um profissional diariamente para recolher os pedidos de marcações e levar até a SMS, diminuindo a necessidade de tráfego das pessoas para realizarem as marcações. De outra maneira, a GMS 1 e a PAB 4 destacaram a existência de um transporte diário para os usuários que necessitam de serviços especializados que não são oferecidos no município, conduzindo-os até a RMR, denominado de Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

As PAB 2 e PAB 4 identificam a necessidade de recursos financeiros para arcar com os custos de transporte como uma dificuldade marcante para que os indivíduos cheguem aos serviços de saúde. A PAB 2 destaca que muitas vezes os ACS da zona rural buscam apoio dos

motoristas de ônibus, que transportam estudantes para as escolas, para que os usuários com maiores dificuldades financeiras e de locomoção possam acessar os serviços oferecidos nos estabelecimentos rurais. Percebe-se assim, uma tática de adaptação a ausência de transportes públicos desenvolvida pelos trabalhadores da APS na vila Urucuba.

Os profissionais de Saúde que possuem formação em maior grau não residem em espaços rurais, conforme observado na identificação profissional dos PAB participantes desta pesquisa no município de Limoeiro. Os profissionais residentes no espaço rural trabalham como atendente da UBS e ACS, já os que atuam como dentista e nutricionista residem na área urbana do município, deslocando-se diariamente para realizarem o atendimento. As questões de deslocamento dos profissionais de saúde pelo território também é um fator importante na concepção do acesso. A disponibilidade de transportes para as equipes da ESF realizarem o trabalho nos territórios rurais torna-se também uma dificuldade que interfere na qualidade do acesso da população, para a PAB 2 existem problemas de atraso ou até mesmo a falta de veículos para que os profissionais possam chegar até a população.

A GMS 1 afirma que a regionalização dos serviços de saúde é capaz de garantir o acesso da população rural, no entanto destaca a necessidade de uma estratégia de saúde específica voltada para essa população. Mesmo dispondo da ESF e do NASF no município de Limoeiro, as condições específicas dos habitantes das zonas rurais necessitam ser enfrentadas com medidas que busquem amenizar os impactos do distanciamento geográfico e da falta de recursos econômicos suficientes. Para Brasil (2011) as PCFA sofrem demasiadamente devido à falta de políticas e estratégias locais elaboradas pelas gestões municipais e estaduais para que garantam os serviços da ABS às populações rurais respeitando suas condições socioeconômicas e culturais.

## **7 CUMARU-PE: UM MUNICÍPIO RURAL ADJACENTE NÃO USUÁRIO DA REDE DE SERVIÇOS DA II GERES – PE**

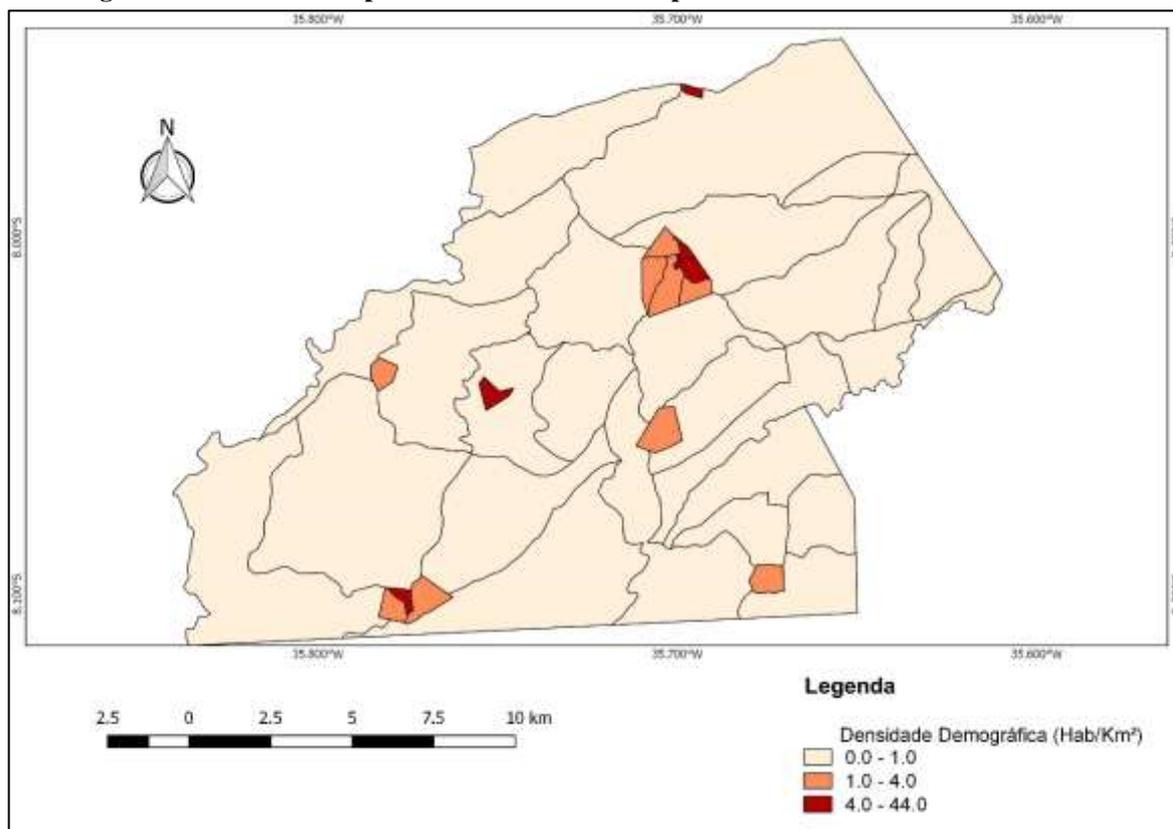
O município de Cumaru localiza-se na margem sudoeste do território adscrito da II GERES – PE, também é um dos integrantes da Região de Desenvolvimento do Agreste Setentrional do estado de Pernambuco e é classificado na hierarquia urbana como um centro local. Na tipologia rural-urbana do IBGE (2017) é definido como um município rural adjacente, pois apresenta dependência dos serviços localizados nos centros de zona do entorno e possui distribuição dispersa da população pelo território. Assim, esta unidade federativa destaca-se neste estudo por apresentar tipologia rural e por integrar uma região de influência de acesso aos serviços de saúde que não pertence aos municípios da II GERES – PE (IBGE, 2020).

### **7.1 Caracterização socioespacial de Cumaru – PE**

O município de Cumaru integra a zona de influência socioeconômica de Limoeiro, principalmente por compor as organizações regionais dos serviços estaduais e federais que possuem sede neste centro de zona (ARAGÃO, 2017). No entanto, com o crescimento econômico e industrial do entorno de Caruaru, a população de Cumaru passou a integrar a área de influência do município de Caruaru. Para o IBGE (2020) a rede de serviços de média complexidade em saúde utilizada pela população cumaruense localiza-se em Caruaru, demonstrando uma inconsistência na organização regional da saúde adotada por Pernambuco.

O município limita-se a norte e leste com outras localidades integrantes da II GERES – PE e na porção sul e oeste com municípios pertencentes a IV GERES – PE. Cumaru possui extensão territorial de 292,231 km<sup>2</sup>, e a tipologia espacial predominante no território municipal é a rural. Com 5.097 domicílios, 50% das residências localizam-se em espaços rurais e os demais, 50% dos domicílios, estão concentrados na área urbana que somadas abrigam 10.906 habitantes (IBGE, 2017, 2019). Na Figura 23 é apresentada a distribuição espacial da população pelo território do município de Cumaru a partir dos setores censitários, ilustrando as variações de ocupação da população pelo espaço.

**Figura 23 - Densidade Populacional de Cumaru-PE pelos setores censitários em 2010**



Fonte: IBGE, 2010. Adaptado.

A densidade populacional total do município é de 58,8 hab/km<sup>2</sup>. No entanto, ao analisar a densidade organizada pelos setores censitários percebe-se a predominância das áreas com baixa densidade demográfica, sobressaindo-se os setores que apresentam no máximo 1 hab/km<sup>2</sup>. As áreas com maior densidade populacional possuem variação entre 4 a 44 hab/km<sup>2</sup>, e localizam-se em algumas partes da sede urbana, na Vila Ameixas, na Vila Malhadinha e na Vila Pedra Branca. Alguns outros setores do município apresentam densidade entre 1 a 4 habitantes, localizados também em vilas definidas em legislação própria como espaços urbanos, que é o caso da Vila Serra do Umari, da Vila Poços e da Vila Água Doce de Cima. A dispersão da população pelo território proporciona a existência de residências em situação isolada pelos setores rurais do município (Figura 24). A existência de domicílios rurais em situação isolada é uma característica das zonas rurais do agreste pernambucano (ANDRADE, 1998).

**Figura 24 - Domicílios rurais em situação isolada no Sítio Cabaças, em Cumaru-PE em novembro de 2019**



Fonte: Autor, 2019.

Cumaru apresentou durante os censos realizados em 2000 e 2010 uma redução de - 5,09% da população, que pode ser justificado pelas migrações, provocadas pela falta de elementos que proporcionem aos habitantes realização profissional e econômica (IBGE, 2010). Para Damiani (2009) o impulso migratório é resultado da união de fatores individuais e coletivos que impulsionam os habitantes dos espaços a procurarem melhores condições de sobrevivência. Na localidade tratada, observa-se a saída da população mais jovem em busca de trabalho ou formação profissional nos centros urbanos do país.

O fenômeno demográfico de redução populacional impacta diretamente na organização dos serviços públicos do município. O GMS 2 afirma que os repasses financeiros do MS são inferiores ao número real da população, justificado pela inconsistência entre os dados demográficos elaborados pelo IBGE, que estimou uma população de 10.906 habitantes no ano de 2019 e o e-SUS, que possui no cadastro realizado pela SMS de Cumaru, mais de 15 000 usuários. Tal situação apresenta consequências diretas para a manutenção dos investimentos públicos que se baseiam nos dados populacionais para distribuir os recursos econômicos.

**Relato do GMS 2 sobre o decréscimo populacional de Cumaru-PE e os impactos nos serviços de saúde**

É um grande problema que nós temos em relação ao IBGE, porque hoje com essas seis unidades básicas de saúde, nós temos pelo Ministério da Saúde cem por cento da população assistida ou coberta. Mas, na verdade, não temos a população que o IBGE fala, que é em torno de doze mil e quinhentos habitantes. Isso nós percebemos pelos nossos cadastros do e-SUS, que já estão atingindo quase dezesseis mil pacientes cadastrados. Então a gente vê que essa população é aquém do que o IBGE trabalha e aí temos a dificuldade em relação a isso, pois precisamos dar mais assistência a população, mas sempre somos impedidos por já estar no nosso teto de abertura de Unidades Básicas de Saúde.

Fonte: GMS 2, 2020.

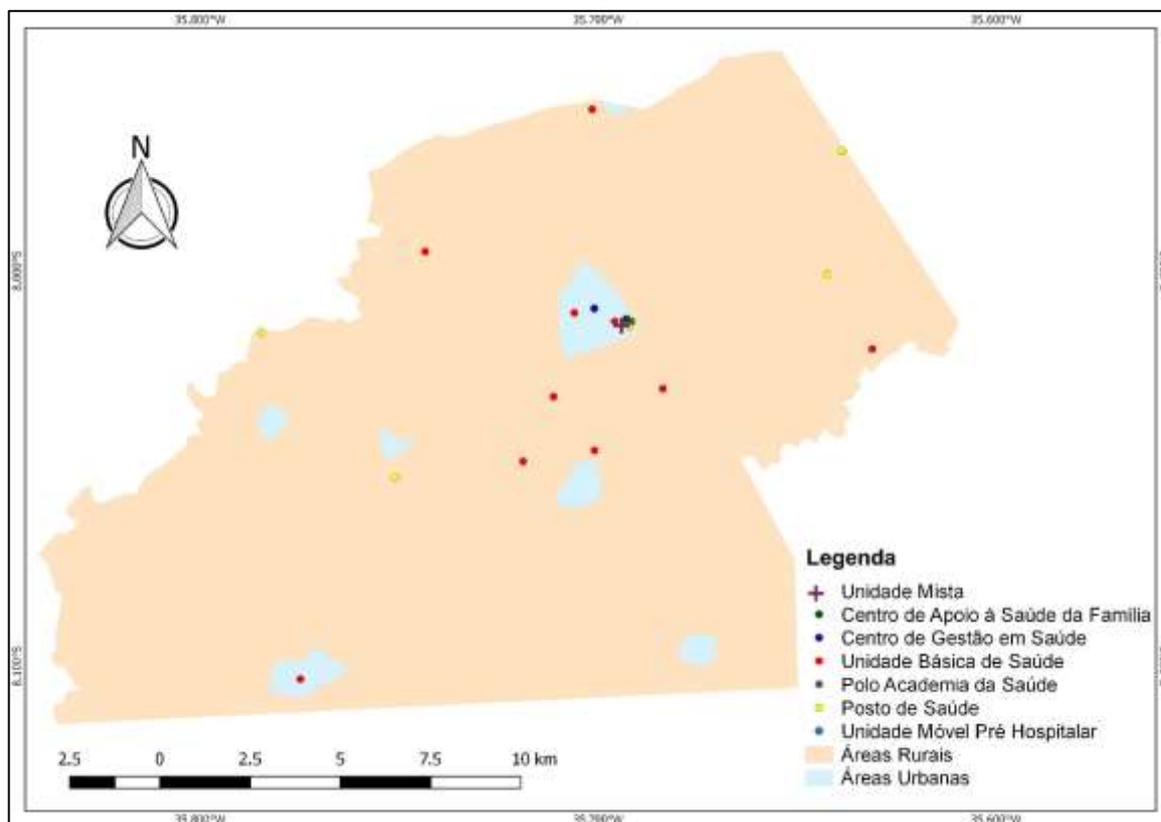
No que tange os cadastros de usuários aos serviços de saúde pública percebe-se uma inconsistência entre os números estimados pelo IBGE (2017) e o número de usuários cadastrados, implicando na diminuição dos investimentos de recursos financeiros por parte dos governos federais e estaduais. Conforme as informações do GMS 2 e através dos estudos realizados por Mata (2017), é notável o impasse entre os resultados obtidos no Censo Demográfico de 2010 e as prospecções realizadas posteriormente pelas autoridades públicas do município de Cumaru.

Apesar da limitação oriunda dos investimentos financeiros públicos destacados pelo gestor, a SMS de Cumaru busca desenvolver as atividades de promoção e cuidados em saúde através das equipes das USF e dos estabelecimentos existentes. Sendo comum o uso de práticas alternativas e a readequação dos serviços a realidade local do município.

**7.2 Os serviços públicos de saúde do município de Cumaru-PE**

Apesar das inconsistências demográficas apresentadas e seus impactos no fazer público, o município possui uma organização dos serviços de saúde baseada na ESF, oferecendo a população os cuidados da APS. Tratando-se de uma área com 50% de sua população residente em espaços rurais, os estabelecimentos de saúde devem estar descentralizados buscando garantir melhores condições de acesso aos serviços prestados. Na figura 25 é possível observar a distribuição dos estabelecimentos públicos de saúde pelo território de Cumaru-PE.

**Figura 25 - Distribuição espacial dos estabelecimentos públicos de saúde no território de Cumaru-PE em 2019**



Fonte: IBGE (2010); CNES (2019). Adaptado.

Os estabelecimentos de saúde do município encontram-se organizados de forma descentralizada da área urbana, sendo possível considerar que as dificuldades enfrentadas pelos ocupantes dos espaços rurais para acessarem os serviços de saúde sejam reduzidas. Observa-se a predominância de UBS na área rural, que constituem-se como estabelecimentos da APS, onde a assistência à saúde deve ser garantida de maneira integral e de forma programada ou não. Nestas unidades devem existir tratamentos de especialidades básicas como médicos generalistas ou especialistas e tratamento odontológicos (BRASIL, 2009). Em menor quantidade pelos territórios rurais existem postos de saúde, que objetivam atender as demandas das populações locais oferecendo serviços pontuais.

Ressalta-se ainda, que alguns estabelecimentos localizados nos espaços rurais deste município podem não estar representados na figura, devido a informação colocada de maneira inadequada no CNES.

A existência do prédio não significa a efetivação dos serviços no território, que devido a conformação espacial das residências distanciadas entre si já representam situações de dificuldade, podendo serem agravadas pela falta de tratamentos em áreas mais próximas. De acordo com as informações prestadas pelos usuários e gestores dos serviços públicos de saúde

no município, muitos desses estabelecimentos encontram-se sem funcionamento (Quadro 16). Proporcionando então, a manutenção das dificuldades observadas por Arcury et al (2005) com relação as necessidades de locomoção e acesso da população aos serviços de saúde.

**Quadro 16 - Quantidade de estabelecimentos ativos e desativados de Cumaru-PE em 2019**

| <b>Localização do Estabelecimento</b> | <b>Tipo de Estabelecimento</b>                            | <b>Quantidade Ativa</b> | <b>Quantidade Desativada</b> | <b>Quantidade Total</b> |
|---------------------------------------|---|-------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Zona Rural                            | Posto de Saúde  | 1                       | 3                            | 4                       |
|                                       | UBS   | 3                       | 4                            | 7                       |
| Zona Urbana                           | Unidade Mista   | 1                       | 0                            | 1                       |
|                                       | UBS   | 3                       | 0                            | 3                       |
|                                       | Posto de Saúde  | 1                       | 0                            | 1                       |
|                                       | Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência | 1                       | 0                            | 1                       |
|                                       | Central de gestão em saúde                                | 1                       | 0                            | 1                       |
|                                       | Centro de apoio a saúde da família                        | 1                       | 0                            | 1                       |
|                                       | Polo academia da saúde                                    | 1                       | 0                            | 1                       |
|                                       | Unidade Móvel Odontomédica                                | 0                       | 1                            | 1                       |
| <b>Total de Estabelecimentos</b>      |   | 13                      | 8                            | 21                      |

Fonte: CNES (2019). Adaptado.

A maioria dos postos de saúde rurais de Cumaru encontravam-se desativados durante o período da coleta de dados no CNES. Das 7 UBS existentes na zona rural apenas 3 encontravam-se ativas e dos 4 Postos de Saúde disponíveis apenas 1 contava com cadastro ativo na plataforma do MS. Essa situação de inexistência dos serviços de saúde em partes dos territórios rurais impulsiona as dificuldades enfrentadas pela população residente nesses espaços, obrigando-os a deslocarem-se por longos percursos até acessarem os equipamentos ativos de saúde. Soares et al. (2017) consideram as populações rurais como grupos prioritários no desenvolvimento das estratégias de saúde devido a intensidade de limitações. É preciso que os estabelecimentos rurais já existentes no município sejam reativados e os serviços organizados de maneira a proporcionar o uso eficiente pelos indivíduos.

Na zona urbana do município, onde localiza-se a sede, destaca-se a existência de uma Unidade Mista, algumas UBS, Postos de Saúde, uma Unidade de Atendimento Pré-Hospitalar, um centro de Gestão em Saúde e um Centro de Apoio a Saúde da Família, que organiza as ações do NASF no município. Para o GMS 3, o NASF é uma das estratégias utilizadas para enfrentar os problemas específicos da população rural, proporcionando atividades descentralizadas nas áreas que não possuem assistência integral.

Em Cumaru percebe-se a concentração dos serviços de saúde mais complexos na sede urbana do município, devido a disponibilização dos serviços ofertados na Unidade Mista Santa Terezinha e nas centrais de gestão. A Unidade de Atendimento Pré-Hospitalar, que ficou popularmente conhecida como SAMU, também localiza-se no espaço urbano, conforme informado pela UAB 9, ao destacar que a população rural evita contatar o serviço devido à demora de socorro, recorrendo ao aluguel de carros ou a solicitação de favores com terceiros na área rural em que residem. Guimarães (2015) identifica a concentração dos serviços mais complexos de saúde nos espaços urbanos do Brasil devido o número mais elevado de população presente nesses espaços.

### **7.3 Condições de acesso da população rural aos serviços públicos de saúde no município de Cumaru – PE**

Apesar de contar com uma organização descentralizada dos estabelecimentos da APS pelo território municipal, a população rural residente em Cumaru – PE apresenta dificuldade no acesso aos serviços de média e alta complexidade. Com a distribuição dos serviços pelas áreas rurais o município, em tese, deveria assegurar as condições de promoção à saúde para a população residente em áreas afastadas da sede urbana, no entanto existem situações que impactam o acesso da população rural.

Para compreender as dificuldades enfrentadas por essa população específica do município contribuíram com informações alguns moradores dos Sítios Cabaças, Vila Água Doce de Cima, Camarada, Gavião e da Vila Poços. Os dois primeiros são vizinhos e compõem a mesma USF, os demais apresentam localização dispersa pelo território do município, como o Gavião que localiza-se no limite territorial noroeste, fazendo fronteira com o município de Riacho das Almas, município integrante da IV GERES – PE. Na Figura 26 é possível visualizar o espaço rural do Sítio Cabaças.

**Figura 26 - Imagem aérea do Sítio Cabaças, em Cumaru-PE em maio de 2020**



Fonte: Google Earth (2020). Adaptado.

A principal característica da zona rural do município de Cumaru é a baixa concentração demográfica pelo território. No sítio Cabaças observa-se a existência de domicílios situados distantes uns dos outros e estradas sem pavimentação, estas são características espaciais comuns entre as demais áreas em que os usuários contribuíram com as informações, com exceção das Vilas de Poços e Água Doce de Cima, pois apresentam setores com densidade demográfica um pouco maiores. Essas condições de distribuição das residências pelo espaço rural e as condições de tráfego nas estradas rurais do município constituem-se como alguns dos entraves que provocam dificuldades de acesso da população aos serviços essenciais, com destaque para os estabelecimentos e serviços de saúde. No Quadro 17 destacam-se as principais informações prestadas por alguns moradores dessas áreas rurais em Cumaru.

Quadro 17 - Análise Temática de Conteúdo dos Usuários da Atenção Básica em Saúde residentes em espaços rurais de Cumaru – PE

| NÚCLEOS DE SENTIDO | TEMAS          |   |                                       |  |   |   |  |                                | SÍNTESES HORIZONTAIS  |
|--------------------|----------------|---|---------------------------------------|--|---|---|--|--------------------------------|---|
|                    | Doenças        | Utilização dos Serviços de Saúde nos Espaços Rurais |                                       |  | Problemas de Acesso à saúde em espaço Rural                                     |   | Padrões de Governança da Saúde para população rural              |                                |   |
|                    | Doença Crônica | Utilização dos serviços                             | Acompanhamento por um ACS             | Condições dos Serviços   | Dificuldades de Acesso  | Superação das Dificuldades de Acesso  | Indicações de Melhorias dos Serviços                             | Avaliação dos Serviços         |   |
| UAB 7              | Não possui     | Em casos de emergência                              | O ACS não trabalha mais na comunidade | —  | Locomoção e a falta do ACS para informar a população e fornecer os suprimentos. | Pagamento ou aluguel de transportes, uso de água de poços da prefeitura e automedicação.  | A retomada dos ACS na comunidade a distribuição de medicamentos. | Média                          | Utiliza pouco os serviços de saúde, mas reconhece a necessidade do ACS na comunidade rural            |
| UAB 8              | Câncer de Pele | Utilização regular, no Recife.                      | O ACS não trabalha mais na comunidade | Existência de médicos na UBS e no Hospital.  | Ultimamente é mais fácil.   | Automedicação e em emergências vai de moto até a cidade.  | —  | Média                          | Apesar da ausência do ACS os serviços na UBS estão melhores.  |
| UAB 9              | Hipertensão    | Quando o médico vai na comunidade rural.            | O ACS não trabalha mais na comunidade | Há uma ambulância da cidade para emergências.                                      | Dificuldades de locomoção e a falta do ACS.                                     | Pagamento de transportes para o PSF ou o Hospital e recebimento de remédios controlados do hospital e entregue na residência por terceiros. | Mudança de Governos.   | Ruim                           | Os serviços são disponibilizados eventualmente na comunidade, apresentando características precárias. |
| UAB 10             | Não Possui     | Uso esporádico na cidade.                           | Não é acompanhada                     | Não existe médicos todos os dias, nem realizam marcações e encaminhamentos no PSF. | Locomoção; a falta de medicamentos no Hospital, e dificuldades para marcações.  | Pagamento de Transportes e o uso de recursos da medicina popular.   | Disponibilidade de mais médicos e medicações.                    | Não existe esforço do Governo. | As ausências de serviços no PSF rural obrigam a população a buscarem os serviços na cidade.           |

|                   |                                      |  |  |  |   |  |  |   |  |
|-------------------|--------------------------------------|--|--|--|---|--|--|---|--|
| UAB 11            | Não Apresenta                        | Uso anual                                | O ACS não reside na comunidade nem realiza o trabalho adequadamente. | Existe um prédio pronto, que já foi um PSF, mas não estava com atendimento.  | Dificuldades de Locomoção   | Busca em municípios vizinhos e procura de favores com vereadores para conseguir transportes.           | Um ACS que resida na comunidade e realize seu trabalho e a disponibilidade de transportes. | Péssimo   | A falta do ACS e de atendimento na área obriga a população a procurar serviços em municípios mais próximos.                  |
| UAB 12            | Não possui                           | Uso regular                              | Acompanhamento regular   | Existência do prédio de uma UBS que se encontrava fechado.   | Falta de Transportes e ausência de serviços básicos no município.                               | Marcações dos serviços na SMS para outras cidades como Limoeiro ou Recife.                             | —  | Médio   | A ausência de serviços e a falta de atendimento da zona rural dificultam o acesso.   |
| UAB 13            | Hipertensão                          | Utilização regular, para realizar exames | Acompanhamento mensal  | Na comunidade existe um PSF com atendimento médico duas vezes por semana, uma enfermeira e um carro para emergências que fica no hospital em Cumaru. | Problemas de locomoção devido as distâncias e a alta demanda da população vizinha a comunidade. | Uso de transportes particulares, ou pagamento em lotações além da medicina popular e da automedicação. | —  | Pouco esforço para melhorar os serviços.                | Apesar de utilizar regularmente, os serviços apresentam falhas de organização e execução.                                    |
| SÍNTESES VÉTICAIS | Uma parte apresenta doenças crônicas | Utilização regular dos serviços de saúde | Algumas áreas rurais não são acompanhadas pelos ACS.                 | A falta de serviços em estabelecimentos e médicos é um problema constante.   | Os principais problemas referem-se a locomoção e a falta de serviços.                           | O pagamento de transportes, a medicina popular e a presença de terceiros na articulação dos serviços.  | O trabalho correto e eficaz dos ACS e melhor organização dos serviços prestados.           | O Governo apresenta quase nenhum esforço para melhorar. | Apesar da existência de alguns serviços básicos, as dificuldades sobressaem-se impossibilitando o acesso da população rural. |

SÍNTESE GERAL

Os residentes em espaços rurais do município estudado utilizam regularmente os serviços de saúde. No entanto, percebe-se uma variedade de formas de uso e dos equipamentos disponíveis a partir das necessidades individuais de cada usuário. Os pacientes que possuem doenças crônicas tendem a utilizar com maior frequência os serviços de saúde, uma vez que necessitam de acompanhamento médico na UBS da comunidade em que residem, ou de exames e consultas com especialistas realizados em outras localidades, como o UAB 8 que realiza consultas regulares no Recife.

De outra forma, os usuários que não possuem enfermidades tendem a procurar com menor frequência os estabelecimentos de saúde, geralmente estes usuários são pessoas jovens como o caso do UAB 7, que destaca o uso dos serviços de saúde apenas em casos de emergência. McIntyre e Mooney (2007) ao discutirem as condições da acessibilidade, afirmam que deve existir liberdade para que os usuários possam optar pela busca dos estabelecimentos de saúde ou não, dependendo das condições de saúde em que se encontrem. No entanto, faz-se importante que os serviços de saúde cheguem aos usuários sem que eles procurem, buscando garantir as condições de promoção e prevenção a saúde.

O UAB 7 destaca a importância do ACS na comunidade para a manutenção dos padrões de prevenção das doenças. Para o usuário dos equipamentos de saúde do município de Cumaru a falta de acompanhamento domiciliar por parte do ACS provoca o consumo humano de água sem tratamento adequado e provoca deslocamentos desnecessários até a UBS da área para recebimento de suplementos médicos que eram distribuídos pelos agentes anteriormente.

#### **Relato do UAB 7 sobre a Inexistência do ACS na comunidade rural em 2019**

Aqui não temos mais nenhum Agente de Saúde e isso é um problema porque antes entregavam aqueles cloros pra colocar na água, sabemos que a água que a gente consome muitas vezes não é tratada, hoje, eu acho que só indo até o posto para conseguir o cloro, eles já não passam mais nas casas entregando. Isso é um problema porque muitas vezes as pessoas também nem ligam de ir pegar no Posto de Água Doce de cima, que é o PSF mais próximo daqui.

Fonte: UAB 7, 2020. Adaptado.

A maioria dos usuários do município de Cumaru participantes desta pesquisa afirmaram não existir acompanhamento de um ACS em suas residências e indicaram como uma possibilidade de melhoria e adequação dos serviços à realidade vivida a retomada dos acompanhamentos residenciais realizados pelos agentes nas áreas rurais do município. Os ACS desenvolvem o trabalho de base essencial para a manutenção das condições saudáveis da população, em especial os residentes em espaços rurais, haja vista as dificuldades enfrentadas

para se locomoverem até os estabelecimentos de saúde. Bezerra (2015) corrobora com esta perspectiva afirmando o papel singular da vigilância em saúde para garantir as condições sanitárias de sobrevivência dos indivíduos.

O GMS 3 destaca a ausência de serviços básicos nos espaços rurais como os relacionados ao saneamento ambiental, que é agravado pelo uso de água sem tratamento correto. O UAB 7 apresenta informações referentes a uma estratégia de superação desta dificuldade no município, representada pela distribuição de suplementos químicos que buscam amenizar os impactos do uso da água sem o tratamento adequado. No entanto, como existem áreas sem acompanhamento do ACS, a população fica vulnerável as enfermidades pela falta de assistência domiciliar. Soares et al (2015) apresentam as condições sócio sanitárias da população residente em espaços rurais do Brasil, e apontam a falta de saneamento ambiental como uma realidade constante à maioria destes territórios, sendo o principal responsável pelos adoecimentos.

No que tange a disponibilidade dos serviços públicos oferecidos a população rural, destacam-se entre as informações prestadas pelos entrevistados a existência de UBS e PSF que dispõem de atendimento médico semanalmente, enfermeiras e os demais profissionais da APS. A UAB 8 destaca o serviço de transportes para emergências, mediante ligação telefônica para a Unidade Mista na sede urbana do município, que se desloca até a comunidade rural. A UAB 9 corrobora com esta informação destacando que existe um carro modelo esportivo da SMS que deveria ficar na área rural para os atendimentos de emergência, porém este transporte nunca ficou na USF, e sempre que se faz necessário a população aguarda o socorro chegar da cidade de Cumaru para deslocar-se até a sede do município e assim iniciar os tratamentos médicos.

De outra forma, foi relatado pelas UAB 11 e UAB 12 a existência de prédios, em zonas rurais distintas, antes utilizados como estabelecimento de saúde e que até a data da coleta de dados desta pesquisa encontravam-se fechados (Figura 27). O GMS 3 confirmou a existência de postos de saúde que encontravam-se em reforma, alguns inclusive com obras já concluídas, aguardando apenas a inauguração. No entanto, constatou-se a existência de 7 (sete) estabelecimentos de saúde localizados na zona rural do município desativados (CNES, 2019).

**Figura 27 - Prédio de um PSF sem utilização na zona rural de Cumaru-PE, em setembro de 2019**



Fonte: Autor (2019).

A existência de construções utilizadas em períodos anteriores como estabelecimentos de saúde que foram fechadas durante a mudança de governos é uma realidade no município de Cumaru. Como observado na Figura 22, os estabelecimentos encontram-se em condições estruturais de oferecer os serviços, porém não contam com equipes que desenvolvam o funcionamento. Essa situação constitui-se como um empecilho para que a população rural seja atendida pelas estratégias de promoção em saúde. Dentre os problemas destacados pelos usuários entrevistados, além da falta de funcionamento dos estabelecimentos, persistem as dificuldades de locomoção devido as condições de tráfego e as longas distâncias geográficas das residências. Gene, Javier e Berrocal (2017) consideram o distanciamento entre as residências e os locais de oferta dos serviços como uma condição preponderante na tomada de decisão dos indivíduos sobre o uso dos equipamentos de saúde.

Os usuários dos serviços de saúde participantes desta pesquisa no município de Cumaru, apresentaram como alternativas para superar os desafios o uso de automedicação e recursos fitoterápicos para o tratamento das doenças menos graves. Pessoa, Almeida e Carneiro (2018) destacam a utilização de mecanismos alternativos pelas PCFA para superarem as dificuldades encontradas no acesso aos estabelecimentos e serviços de saúde, tais quais a automedicação e

o uso dos conhecimentos populares sobre ervas e plantas curativas para o tratamento das doenças, através dos saberes empíricos, como informado pelos usuários entrevistados.

De outra forma, o problema de distanciamento geográfico é superado pelo uso de transportes coletivos ou aluguel de veículos que em ambos os casos requerem gastos financeiros por parte dos usuários. Também foi descrito por uma das usuárias práticas de apadrinhamento político para conseguir acessar os serviços públicos de saúde.

**Relato da UAB 11 sobre o apadrinhamento político para uso de transportes e serviços públicos destinados a saúde da População de Cumaru, 2019**

Não acontece comigo, mas outras pessoas daqui da comunidade procuram vereadores que vem com carro próprio pegar essas pessoas e levam ao serviço de saúde. Quando precisamos ser encaminhados do município pra outro lugar geralmente tem transporte da prefeitura, mas mediado por algum vereador, eles mandam o transporte até aqui e depois tem outro que leva até o Recife ou Caruaru, mas sempre tem um vereador de frente.

Fonte: UAB 11, 2020.

A UAB 11 destaca a existência de veículos da prefeitura municipal para realizar o transporte dos pacientes para outros municípios, no entanto, a marcação dos tratamentos e a disponibilidade desses serviços são alcançados pela população através de autoridades legislativas públicas que deveriam planejar, organizar e fiscalizar os serviços públicos e não usufruir de sua autoridade para conseguir vantagens para alguns em detrimento de outros, aumentando as dificuldades de acesso enfrentadas pela população. O uso de barganhas políticas para conseguir vantagens de acesso aos serviços públicos de saúde é uma estratégia que inviabiliza a distribuição dos equipamentos e tratamentos de saúde de maneira universal e igualitária para toda a população, estas diretrizes estruturantes do SUS são negligenciadas quando práticas como as relatadas aqui interferem no funcionamento adequado do fazer público em saúde (BRASIL, 1990).

Como os serviços de saúde no município não ocorrem de maneira adequada em todo o território, a população rural das áreas limítrofes busca acessar os serviços públicos de outras localidades vizinhas a Cumaru. Na porção oeste localiza-se a comunidade rural do Gavião, que faz fronteira com o território de Riacho das Almas – PE, uma unidade federativa que integra a IV GERES – PE, a UAB 11 destaca que a população residente nesta área rural do município procura os serviços de saúde em Riacho das Almas, devido à proximidade geográfica e a disponibilidade maior de equipamentos de saúde.

**Relato da UAB 11 sobre a procura da população rural aos serviços de saúde em outros Municípios próximos a Cumaru, em 2019**

As pessoas preferem ir para Riacho das Almas, em vez de ser atendido nos serviços de saúde de Cumaru, mas quando chegam são barrados, pois são de outro município. Muitas vezes precisam mentir, dizendo que moram no município de Riacho, dizem que votam lá, conseguem algum documento, alguma declaração de Residência pra poder ser atendido.

Fonte: UAB 11, 2020. Adaptado.

A busca por atendimentos de saúde em estabelecimentos que não pertencem aos municípios, mas localizam-se próximos as residências é uma prática comum em muitos municípios da GERES estudada. Conforme destacado pela GRS, as migrações em busca de serviços de saúde em municípios vizinhos e a falta de concordância entre a gestão municipal e as populações residentes nos espaços rurais limítrofes causam superlotação dos estabelecimentos e algumas vezes o abandono de atenção devido à falta de compromisso entre os municípios próximos. No caso da zona rural de Cumaru, ao buscar os serviços no território de Riacho das Almas a população usa da criatividade para burlar os mecanismos de controle de atendimento estabelecidos pelo serviço público de saúde.

Diante destes aspectos apresentados pela população rural do município percebe-se a manutenção de dificuldades e empecilhos comuns a população rural da II GERES – PE para acessarem os serviços de saúde. No entanto, diferenciando-se das informações coletadas no município de Limoeiro-PE, os usuários de Cumaru não percebem praticamente esforço nenhum da gestão pública municipal para melhorar as condições de acesso da população rural aos serviços de saúde. Porém, a gestão afirma existirem estratégias que buscam amenizar as dificuldades e proporcionar as condições básicas de acesso aos serviços de saúde pela população rural (Quadro 18).

Quadro 18 - Análise Temática de Conteúdo dos Profissionais da Saúde em Espaços rurais e da Gestão em Saúde de Cumaru-PE em 2020

| TEMAS              |                                   |  |  |   |   |  |   |  |   |
|--------------------|-----------------------------------|--|--|---|---|--|---|--|---|
| NÚCLEOS DE SENTIDO | Localização dos Serviços de Saúde |  | Serviços públicos de Saúde para a população rural  |   |   | Dificuldade de Acesso aos serviços de saúde  |   | A Regionalização na Saúde  | SÍNTESES HORIZONTAIS  |
|                    | Local de Residência               | Área de Atendimento  | Oferta dos serviços de saúde   | Organização dos encaminhamentos e Transferências  | Avaliação dos Serviços  | Dificuldades da população rural  | Superação das dificuldades e problemas  | O papel da Regionalização nos serviços à população rural.  |   |
| <b>ENTREVISTAS</b> | Reside na área urbana             | Atende as áreas próximas da UBS.   | Visitas domiciliares, atendimento médico, psiquiátrico e distribuição de remédios.       | Os pacientes graves são enviados a UBS, depois vão para a Unidade Mista em Cumaru e de lá para Recife ou Caruaru. | Avaliação positiva.   | pagamento de transportes para a UBS ou Unidade Mista.  | Orientação aos pacientes sobre os serviços da UBS   | —  | A UBS atende áreas rurais além da que está localizada, e a população necessita pagar transportes.   |
| <b>PAB 5</b>       |                                   |  |  |   |   |  |   |  |   |
| <b>GMS 2</b>       | —                                 | Existência de 6 UBS que atendem a população urbana e rural do município. | Equipes da ABS, do PACS e do NASF, além dos atendimentos domiciliares e dos transportes. | Quando os serviços não são oferecidos na regional, são encaminhados para Recife.                                  | Esta população ainda não é muito preconizada nas estratégias de organização dos serviços de saúde | O problema de resistência ao modelo preventivo de saúde, ocasionado pela falta de educação e informação. | Disponibilidade de transportes nas áreas rurais, e para Recife ou Caruaru, além da abertura de novos PSF. | Persiste a dependência da RMR, necessitando de uma descentralização dos serviços especializados para o interior do estado. | Apesar dos problemas de locomoção enfrentados pela população, são desenvolvidas estratégias que buscam proporcionar os atendimentos de saúde. |
| <b>GMS 3</b>       | —                                 | Existiam no município 4 UBS e 3 PSF, além                                | As equipes da ABS e nas áreas descobertas  | —   | Há necessidade de mais UBS e PSF  | As distâncias que são percorridas  | A estratégia de promoção da saúde, através de orientações pelos   | Aproxima os municípios dos estados e proporciona a   | A dimensão territorial do município é grande  |

|                           |  |  |  |   |  |   |  |   |  |
|---------------------------|--|--|--|---|--|---|--|---|--|
|                           |  | de mais 3 para serem reabertos.  | atuam o PACS, e o projeto Saúde Itinerante, com as equipes da ABS e do NASF mensalmente      |   | distribuídos para atender a população rural.   | para chegar as UBS e/ou PSF e a falta de saneamento ambiental.  | ACS e a distribuição de suplementos para tratamento de água e dos serviços da ABS. | oferta dos serviços especializados, mas necessita ser melhorada para suprir as populações rurais.   | provocando dificuldade de locomoção da população, que é suprimida pelas visitas domiciliares dos profissionais da ABS.   |
| <b>SÍNTESES VERTICAIS</b> | Os profissionais de saúde residem em espaços urbanos | As UBS e os PSF são os principais serviços de saúde ofertados à população rural. | As equipes da ABS, do NASF e do PACS proporcionam os serviços de saúde às populações rurais. | As transferências e encaminhamentos são regulados pela II GERES, contando com o suporte dos estabelecimentos de Recife e Caruaru. | Avaliação média dos serviços, considerando as necessidades específicas da população rural. | Os problemas de locomoção e a cultura da procura dos serviços de saúde apenas para cura são empecilhos. | O acompanhamento da ABS e a oferta de transportes buscam amenizar as dificuldades. | Ao passo que garante a oferta dos serviços especializados, permanece a concentração destes serviços na RMR, dificultando o acesso da população rural. | Os serviços ofertados a população rural baseiam-se nas estratégias da ABS. Sem considerar as especificidades dessa população, buscam amenizar as dificuldades. |
|                           |  |  |  |   |  |   |  |   | <b>SÍNTESE GERAL</b>   |

Fonte: Autor, 2020

Os profissionais de saúde do município de Cumaru que atuam nos espaços rurais realizam suas atividades dentro dos limites territoriais estabelecidos pelas microrregiões que formam as USF, sediadas por uma UBS e os Postos de Saúde. A PAB 5 afirma trabalhar em comunidades rurais próximas da UBS, mas reside na área urbana do município. Dentre as atividades destacadas pela profissional são realizadas as visitas domiciliares pelos ACS e a equipe de médicos e enfermeiros que realizam visitas periódicas aos pacientes com doenças crônicas, além do atendimento na UBS da comunidade Água Doce de Cima, onde localiza-se a sede de uma das USF. Neste estabelecimento são realizadas consultas semanais e o desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção da saúde.

Corroborando com as informações prestadas pelos usuários participantes deste estudo no município, a PAB 5 destaca como principal empecilho para a população rural chegar aos serviços de saúde a necessidade de pagamentos para utilização de transportes que levam a população para a UBS ou a Unidade Mista na sede urbana da localidade. Breilh (2013) aponta as condições socioeconômicas dos indivíduos como um dos fatores preponderantes na definição dos determinantes sociais da saúde. Ao utilizar a determinação social como modelo de compreensão crítica dos sistemas de saúde percebe-se que o acesso da população depende de fatores referentes aos indivíduos e à sociedade organizada através do Estado, que deve garantir as condições essenciais de acesso e cuidado à saúde.

Para o GMS 2 e o GMS 3, o aspecto cultural também interfere nas condições de acesso dos residentes em espaços rurais provocando o distanciamento das práticas de promoção e prevenção em saúde. Persiste o modelo de busca dos serviços de saúde para os tratamentos curativos e não para a prevenção e promoção.

**Relato do GMS 2 sobre as dificuldades da População Rural para acessarem os serviços públicos de Saúde de Cumaru, em 2020**

Além das dificuldades de locomoção, destacam-se as resistências que persistem na população, baseada no modelo curativo de saúde, então a implantação das estratégias de prevenção e promoção sofrem empecilhos. Estas práticas são consequências da falta de informação e educação com relação aos serviços prestados no município.

Fonte: GMS 2, 2020.

A resistência desta parcela da população em buscar os serviços de saúde para os tratamentos menos complexos resulta na necessidade da oferta de serviços de média e alta complexidade que não são ofertados no município, provocando assim deslocamentos maiores para localidades que oferecem os serviços necessários. Rigotto et al (2012) ao analisarem as

transformações ocorridas nos espaços rurais brasileiros provocadas pela inclusão dos modelo capitalista de produção, perceberam um estilo de vida predador na população rural, impulsionando práticas que negligenciam os cuidados essenciais à vida dos indivíduos, como o uso de agrotóxicos ou os modelos de trabalho por arrendamento de terras e assalariamento, nos quais a população utiliza o espaço de terceiros mediante pagamento pelo uso das terras, impedindo que as pessoas busquem os serviços em situações menos graves por priorizarem o trabalho no campo.

A ausência de acompanhamento domiciliar realizado pelos ACS nas áreas rurais do município intensifica as dificuldades enfrentadas pelos usuários na busca pelos serviços públicos de saúde. Tal situação representa uma contradição entre os usuários e a gestão municipal de saúde que afirma possuir 100% (cem por cento) de cobertura do território municipal por meio das ações da ABS, PACS e do NASF. As condições de educação da população rural interferem no acesso destes aos serviços de saúde, para Assis e Jesus (2012) o baixo nível de alfabetização dos indivíduos ocupantes dos espaços rurais é considerado um obstáculo no acesso aos serviços de saúde disponíveis. Na busca de superação dessa problemática o trabalho dos ACS torna-se essencial devido a possibilidade de divulgação das informações de saúde e articulação entre os usuários e os serviços.

O GMS 3 destaca uma estratégia desenvolvida para superar a falta de assistência da APS em algumas áreas rurais do município, que foi denominada de Saúde Itinerante. Esta ação é desenvolvida em áreas descobertas, proporcionando mensalmente a visita de toda a equipe do PACS e do NASF. O gestor ainda afirma que a equipe do PACS é responsável por atender as áreas descobertas, porém como são espaços dispersos o trabalho do ACS torna-se inviável. É perceptível o esforço da SMS de Cumaru na realização de atividades que busquem amenizar os impactos do distanciamento locacional dos residentes em espaços rurais através de ações pontuais, que não solucionam definitivamente os problemas, mas proporcionam atenção periódica.

Tratando-se da avaliação dos serviços de saúde ofertados aos residentes em espaços rurais o GMS 2 e o GMS 3 identificam a necessidade do desenvolvimento de estratégias políticas e governamentais que busquem considerar as dificuldades e limitações das populações específicas do território não urbanizado.

A regionalização da administração dos serviços e a organização da oferta em forma de redes foram destacadas pelo GMS 2 como formas de estruturação dos equipamentos de saúde que precisam ser melhor planejados para adequar-se à realidade dos municípios interioranos do estado de Pernambuco. Dubeux (2012) aponta a centralização dos serviços de saúde de maior

complexidade na RMR provocando o agravamento das dificuldades de acesso enfrentadas pela população. Nessa perspectiva os gestores municipais de saúde de Cumaru destacaram a necessidade da ampliação dos serviços de alta complexidade para outras áreas do estado, visando garantir a redução das barreiras geográficas e a ampliação da oferta de tratamentos.

Mesmo sendo considerada como uma estratégia que facilita a aproximação dos estabelecimentos de administração pública estadual com os serviços ofertados na esfera municipal o GMS 3 observa a necessidade de maior engajamento entre os entes pactuados na regionalização da saúde de Pernambuco e corrobora com a afirmação realizada pelo GMS 2 sobre a necessidade de interiorização da alta complexidade para os municípios interioranos do estado. A solução apresentada pelos gestores para superarem as dificuldades oriundas da concentração dos serviços na RMR foi a disponibilidade de transportes da prefeitura para locomover a população até Recife ou Caruaru e os pacientes que residem em espaços rurais também contam com um serviço de transporte para se locomoverem nas datas agendadas de suas residências até o hospital de Cumaru por meio de transportes ofertados pela prefeitura.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tríade federativa que impulsionou o caminho de descentralização das políticas públicas do país, através da CF - 1988, delimitou o federalismo sanitário brasileiro, organizando-o como uma proposta de adequação das estratégias desenvolvidas por cada ente federado, baseados nas perspectivas locais dos territórios. No entanto, esse arranjo descentralizado só é possível através da união entre os municípios e os estados formando as regiões de saúde. A formação das regiões de saúde dinamiza as oportunidades de acesso aos serviços do SUS nos diversos níveis de complexidade, propiciando a universalização e a integralidade dos serviços públicos de saúde no território brasileiro.

A territorialização na saúde pode ser considerada como uma estratégia de organização destes serviços, destacando os recortes geográficos a fim de definir as áreas de atuação das equipes, considerando o número de famílias a serem atendidas pela APS, bem como os limites de acesso e disponibilidade aos estabelecimentos de média e alta complexidade, por meio das regiões de saúde. Os usuários e profissionais que vivem e conhecem o território devem ser ouvidos e incluídos no processo de organização espacial dos serviços de atenção à saúde, uma vez que esses indivíduos são capazes de identificar e relatar com propriedade os impasses e problemas que devem ser enfrentados para que o SUS atinja as diretrizes estabelecidas para seu funcionamento.

A organização das regiões e das RAS tem sido a estratégia privilegiada nos últimos anos para superar os desafios oriundos da falta de equidade e integração dos serviços prestados. Entre os desafios mais urgentes do SUS estão a ampliação do acesso e a adequação dos serviços ofertados a realidade local de cada espaço geográfico. Nem sempre as dificuldades que as áreas mais precárias enfrentam com relação a saúde são passíveis de similar solução, uma vez que o país apresenta heterogeneidade marcante, fazendo-se necessários mecanismos distintos de integração dinâmica em cada realidade socioespacial.

As políticas de saúde no Brasil passaram por transformações e adaptações que auxiliaram a melhorar as condições de acesso e distribuição dos serviços pelo território nacional. No entanto, a falta de atenção da governança local pode provocar a ausência dos serviços impulsionando o agravamento das enfermidades na população, como nos espaços rurais brasileiros, que depende quase que exclusivamente do SUS para acessarem os serviços

de saúde. Porém a política de atenção desenvolvida pelos municípios e estados não consideram as especificidades dos habitantes desta extensa área territorial do país.

Na II GERES – PE a gerência regional e os gestores municipais identificam a existência de dificuldades e problemas enfrentados pela população rural ao acessarem os serviços de saúde. Porém não existem estratégias desenvolvidas nos municípios que solucionem esses impasses. As SMS atuam apenas em ações pontuais que visam amenizar as dificuldades, não tendo sido constatada a existência de legislação específica ou estratégias da APS que proporcionem a equidade dos serviços para os habitantes dos espaços rurais dos municípios integrantes da região.

As determinações e diretrizes definidas na PNSIPCFA não são consideradas nos municípios estudados desta região. Os gestores dos serviços de saúde não conhecem a política e conseqüentemente não desenvolvem as ações de oferta dos serviços atendendo as demandas particulares das populações rurais. Portanto, faz-se necessária a divulgação e fiscalização por parte da União, conforme as condições estabelecidas na PNSIPCFA, bem como o interesse por parte dos administradores públicos em aplicar a política em seus territórios, proporcionando a equidade dos serviços para toda população. Numa perspectiva de justiça social, o princípio da equidade no SUS deve ser implantado a partir do enfrentamento das dificuldades e demandas variadas em consequência da heterogeneidade de realidades que a população enfrenta.

Os habitantes dos espaços rurais da gerência analisada apresentam dificuldades de acesso representadas pela disposição geográfica dos estabelecimentos de saúde no território municipal, pela falta de atendimento, pela necessidade de recursos financeiros para custeio dos transportes, pela falta de medicações e ainda por percorrerem longas distâncias para acessar os serviços de média e alta complexidade, concentrados em estabelecimentos fora do município domiciliar. Esses empecilhos devem ser considerados na elaboração das políticas municipais e estaduais de saúde, buscando garantir as condições básicas de entrada e atendimento dos usuários nos serviços públicos de saúde.

A busca pela integração entre os diversos atores responsáveis pelo SUS nos municípios, estados e na federação necessitam atuar de maneira conjunta e participativa visando garantir os princípios fundamentais da CF – 1988. Dessa maneira a política de saúde pública no Brasil poderá alcançar a universalidade e equidade necessárias para que o acesso aos serviços básicos seja garantido de maneira eficiente e resolutiva, atendendo as diretrizes estabelecidas no PDR de cada estado. De maneira mais específica, as populações rurais necessitam ser compreendidas

nas políticas públicas de saúde por meio das singularidades determinadas pelo tipo de espaço em que residem, visando assegurar as condições de saúde estabelecidas na PNSIPCFA.

Diante do exposto, podem-se considerar os recursos metodológicos expostos nesta pesquisa como instrumentos capazes de serem utilizados pela gestão dos serviços públicos de saúde para compreender a realidade vivida pelos usuários residentes em territórios rurais. Ou ainda, servir como base para que outros estudos de caráter mais específicos sejam desenvolvidos nas mais diversas escalas e realidades que compõem as ruralidades do país. Desde que sejam consideradas as variações temporais e a atualização dos dados, por tratarem-se de bancos de informações que são alimentados periodicamente proporcionando alterações nos dados coletados.

A discussão sobre as condições de acesso das populações residentes em espaços rurais da II GERES – PE não se encerra nesta pesquisa. Necessitando ainda serem analisadas as condições de acesso da população rural residente na parte leste da região, que compreende a V microrregião de saúde de Pernambuco. Por se tratar de uma parcela de municípios localizados próximos a capital estadual e por apresentar padrões de ruralidade distintas em relação aos municípios detalhados neste estudo, requerem maior concentração de esforços e uma metodologia específica para que se compreenda a realidade vivida nestes espaços. No tocante a estrutura regional da saúde no estado de Pernambuco, destaca-se a necessidade de avaliação dos fluxos percorridos pela população para acessarem os serviços de saúde, podendo confirmar os arranjos regionais ou indicar o reordenamento regional, conforme demonstrado neste estudo.

## REFERÊNCIAS

- AB' SABER, A. **Os Domínios de Natureza no Brasil**: potencialidades paisagísticas. 2 ed. São Paulo: Ateliê editorial, 2003.
- ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A. framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res.** 1974; 9(3):208–20.
- ALVES, R. **Filosofia da ciência**: introdução ao jogo e a suas regras. 19 ed. São Paulo: edições Loyola, 2015.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. **A invenção do Nordeste e outras artes**. 5 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.
- AMARAL FILHO, Federalismo e Recentralização fiscal-financeira no Brasil. In **Anais do 41ª Jornadas Internacionales de Finanzas Públicas**, Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Nacional de Córdoba, República Argentina. setembro de 2008. pp. 1-25.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of health and social behavior**, p. 1-10, 1995.
- ANDRADE, M. C. O. **A terra e o homem no Nordeste**: contribuição ao estudo da questão agrária no Nordeste. 6 ed. Recife: Editora Universitária – UFPE. 1998.
- ANDRADE, G. S.; NÓBREGA, P. R. C.; FÉRRER, A. T. B. Apontamentos Iniciais sobre a Organização do Setor de Serviços do Município de Limoeiro, PE. **Anais do XIII ENANPEGE**. São Paulo, 2019. pp. 1-13.
- ARAGÃO, J. P. G. V. **Uso e ocupação das margens do rio Capibaribe**: vulnerabilidades socioambientais em áreas urbanas. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) - Recife: UFPE, 2017. 294p.
- ARAUJO, C. P.; LUNA, A. O. Goiana: cidade das oportunidades? A produção do espaço urbano resultante da implantação do polo industrial de desenvolvimento norte. **Oculum Ensaios**, v. 14, n. 3, 2017. p. 577-594. DOI: <https://doi.org/10.24220/2318-0919v14n3a3711>
- ARAUJO, T. B.; BEZERRA, M. L. Introdução. In: MIRANDA, C.(org.) **Tipologia Regionalizada dos Espaços Rurais Brasileiros**: implicações no marco jurídico e nas políticas públicas. Brasília: IICA, 2017 (Série Desenvolvimento Rural Sustentável; v. 22). pp. 29-36.
- ARCURY, T. A., GESLER, W. M., PREISSER, J. S., SHERMAN, J., SPENCER, J., & PERIN, J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. **Health services research**, v. 40, n. 1, p. 135-156, 2005.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2865-2875, 2012.
- AZEVEDO, A.L.M.; GURGEL, I.G.D.; TAVARES, M.A. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE). **Cadernos de Saúde Coletiva**. V. 22, n. 3. 2014. pp. 275-280. DOI: 10.1590/1414-462X201400030009

BARCELLOS C.; BASTOS F. I. Geoprocessamento, ambiente e saúde, uma união possível? In **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, n.3. Rio de Janeiro, 1996. pp. 389-397.

BEZERRA, M. L.; BACELAR, T. Introdução: as concepções contemporâneas de ruralidade e suas singularidades no Brasil. In: MIRANDA, C.; SILVA, H. (org.) **Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras**. Brasília: IICA, 2013. (Série Desenvolvimento Rural Sustentável; v.21). pp. 35-76

BEZERRA, A. C. V. Discutindo o território e a territorialização na saúde: uma contribuição às ações de vigilância em saúde ambiental. **Revista de Geografia (UFPE)**, v. 32, n. 3, 2015. pp. 222-244

BEZERRA, A. C. V.; BITOUN, J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3259-3268, 2017.

BITOUN, J., MIRANDA, L. I. B. D., SOARES, F. R. G., LYRA, M. R. S. D. B., & CAVALCANTI, J. S. (2014). In: MIRANDA, C.(org.) **Tipologia Regionalizada dos Espaços Rurais Brasileiros: implicações no marco jurídico e nas políticas públicas**. Brasília: IICA, 2017 (Série Desenvolvimento Rural Sustentável; v. 22). pp. 37-236.

BITOUN, J. Ruralidades brasileiras e diversidades socioterritoriais: diálogos com a Geografia. In: CONSERVA, M. S (org). **Multiterritorialidades e os desafios da proteção social no Brasil e na Europa**. João Pessoa: Editora do CCTA, 2016. pp. 144-161.

BRASIL, Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da união**, v. 20, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Regionalização Solidária e Cooperativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**. v. 31 (supl. 1), 2013. pp. 13 – 27.

BREVILHERI, E.C.L.; NARCISO, A.M.S.; PASTOR, M. A lógica territorial na política de saúde brasileira. **Serviço Social em Revista**, v.16, n.2, 2014. pp.36-61. <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2014v16n2p36>

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (2018). Saúde rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 1. 2018. p. 1-2. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000supl1ap>

COMBER, A. J.; BRUNSDON, C.; RADBURN, R. A spatial analysis of variations in health access: linking geography, socio-economic status and access perceptions. **International journal of health geographics**, v. 10, n. 1, p. 44, 2011.

CIRINO, S.; GONÇALVES, L. A.; GONÇALVES, M. B.; CURSI, E. S. D.; COELHO, A. S. Avaliação de acessibilidade geográfica em sistemas de saúde hierarquizados usando o modelo de p-medianas: aplicação em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 32, p. e00172614, 2016.

CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. **Geografia: conceitos e temas**. 2 ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil. 2000.

CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. In **Saúde Sociedade**, São Paulo. v.24, n.2. 2015. pp. 447-460.

CONSELHO NACIONAL DE TRANSPORTES. **Pesquisa CNT de rodovias 2018: relatório gerencial**. Brasília: CNT : SEST SENAT, 2018.

DAMIANI, A. L. **População e geografia**. 9. ed. São Paulo: Contexto, 2009.

DELGADO, N. et al. Concepções de Ruralidade e Políticas Públicas na América Latina e na Europa: análise comparativa de países selecionados. In: MIRANDA, C.; SILVA, H. (org.) **Concepções de ruralidades contemporâneas: as singularidades brasileiras**. Brasília: IICA, p. 149-210, 2013.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University; 1973.

\_\_\_\_\_. **Explorations in quality assessment and monitoring**. [S.I.] 1980.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. In **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1. 2011. pp. 204-211.

DUARTE, A. C. Regionalização: considerações metodológicas. In **Boletim de Geografia Teorética**, Rio Claro, v. 10, n. 20, p. 5-32, 1980.

DUBEUX, L. S. **A regionalização da assistência às urgências e emergências em hospitais de referência regional de Pernambuco**: uma avaliação sobre a Vertente do Acesso aos Serviços de Saúde. Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

FAVARETO, A. SERIA A GEOGRAFIA MAIS URBANA DO QUE SE CALCULA? **GEOUSP: Espaço e Tempo (Online)**, n. 18, p. 189-194, 2005.

FERREIRA, P. P. L. **A atenção Básica em Saúde na zona rural do município de Dona Eusébia-MG**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família. Juiz de Fora-MG. UFMG. 2014.

FERREIRA, A. M. D., OLIVEIRA, J. L. C., SOUZA, V. S., CAMILLO, N. R. S., MEDEIROS, M., MARCON, S. S., MATSUDA, L. M. Roteiro adaptado de análise de conteúdo - modalidade temática: relato de experiência. **Journal of Nursing and Health**. V. 10, n.1. 2020. pp. 1-10.

FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **In Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 22, nº.4, 2017. pp. 1311-1320. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26412016

GALLEGO, E. S. (Org.). **O ódio como política**: a reinvenção das direitas no Brasil. São Paulo: Boitempo. 2018.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **In Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 22, n. 4. [S.I]. 2017. pp.1225-1234.

GENE, H.; JAVIER, F.; BERROCAL, R. C. Accesibilidad física de la población a servicios de salud pública en San Pelayo y Cereté, Córdoba, Colombia, año 2015. **Perspectiva Geográfica**, v. 22, n. 2, 2017. pp. 67-84

GEORGE, P. **O Homem na Terra**: A Geografia em Ação. Lisboa: Edições 70, 1993.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo. Atlas. 1994.

GRISA, C.; KATO, K. Y. M.; ZIMMERMANN, S. A. O rural nas políticas públicas do Brasil contemporâneo. **Tipologia regionalizada dos espaços rurais brasileiros**: implicações no marco jurídico e nas políticas públicas [recurso eletrônico]. Brasília: IICA, 2017. p. 337-481, 2017.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **In Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4. jul-ago, 2005. pp. 1017-1025.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: fundamentos de Geografia humana. São Paulo: Editora UNESP, 2015.

\_\_\_\_\_. **Regionalização da saúde no Brasil**: da escala do corpo à escala da nação. Tese (livre-docência) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo: [s.n] 2008. 176 p.

GUIMARÃES, R. B.; PICKENHAYN, J. A.; LIMA, S. C. **Geografia e Saúde**: sem fronteiras. Umberlândia-MG. Assis editora. 2014.

GUIMARÃES, V. L. B. **O processo da regionalização da saúde em Pernambuco, na perspectiva da Gestão Estadual**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

HAESBAERT, R. **Regional-global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea**. Rio De Janeiro: Bertrand Brazil, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico. **Censo demográfico, 2010**. Características da População e dos Domicílios. IBGE: Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013** [internet]. 2015. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. [acesso em 2019 jul 25]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>.

\_\_\_\_\_. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. – Rio de Janeiro: IBGE/Coordenação de Geografia, 2017.

\_\_\_\_\_. **Estimativas populacionais dos municípios em 2019**: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579>

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Regiões de Influência das Cidades: informações de deslocamentos para serviços de saúde**. Notas técnicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KREFTA, N.M. A Construção da PNSIPCFA e do Obteia. In.: CARNEIRO, F.F.; PESSOA, V.M.; TEIXEIRA, A.C.A. (Org.) **Campo, Florestas e Águas: Práticas e saberes em saúde**. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 2017. pp. 56-58.

LENCIONI, S. **Região e Geografia**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

LOPES, N. B., ALBUQUERQUE, A. C., FELISBERTO, E. Vigilância em Saúde regionalizada em Pernambuco: um estudo de caso. **Saúde em Debate**, v. 43, 2019. pp. 712-726. DOI: 10.1590/0103-1104201912205

LIMA, L. D. D.; QUEIROZ, L. F. N.; MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. d'A. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7. 2012. pp. 1903-1914. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>

MATA, J. M. **Análise das Tendências Populacionais Recentes e seus Impactos: um Estudo da População de Cumaru-PE**. Trabalho de Conclusão de curso (TCC), Curso de Licenciatura em Geografia. Universidade de Pernambuco. Nazaré da Mata – PE. 2017.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. (org) **The economics of health equity**. New York: Cambridge University; 2007.

MCGRAIL, M.R.; HUMPHREYS, J.S. A new index of access to primary care services in rural areas. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**. V. 33 n. 5, 2009. pp. 418-423.

MEDEIROS, S. R. F. Q.; SILVEIRA, R. M. C.; ALMEIDA, L. S. B.; CAMARA, R. L. M.; SILVA, G. R.; MELO, K. S.; SILVA, B. C. N. Regionalização do SUS no enfrentamento da COVID-19: urgências e desafios. **Observatório das Metrôpoles** (Online). 2020.

Disponível em: <<https://www.observatoriodasmetrolopes.net.br/regionalizacao-do-sus-no-enfrentamento-da-covid-19-urgencias-e-desafios/>>

MELO NETO, J. C. **Morte e vida severina**: auto de natal pernambucano. Luzes-Gráfica, 1955.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENEZES NETO, J. B. Reflexões sobre os espaços rurais: caminhos para o desenvolvimento rural brasileiro. **Revista Rural & Urbano**, Recife. v. 02, n. 02, p. 02-25, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec Editora: São Paulo, 2014.

MONTEIRO NETO, A.; VERGOLINO, J. D. O. **Pernambuco 2000-2013**: sociedade, economia e governo. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014.

PESSOA V.M., RIGOTTO R.M., CARNEIRO F. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 18, n. 8, 2013. pp. 2253-2262.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, W. J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**. 1981; 19(2):127-40.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão**: da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde em Minas Gerais, 2004.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Planejamento. **Plano estadual de saúde 2005-2007**: desenvolvimento com inclusão social. Recife: SES, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. [S.I.]. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Mapa Analítico de Saúde da XII Região de Saúde**: Pernambuco. Goiana, 2013a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Mapa Analítico de Saúde da II Região de Saúde**: Pernambuco. Limoeiro, 2013b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano estadual de saúde**: 2016-2019. Recife: A Secretaria, 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Relatório do biênio 2015/2016 da Secretaria Executiva de Regulação em Saúde – SERS**. Secretaria de Saúde de Pernambuco: Recife, 2017

PESSOA, V. M., ALMEIDA, M. M., & CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, v. 42. 2018. pp. 302-314.

REGAN, S.; WONG, S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. **Rural and Remote Health**. V. 9. 2009. pp. 1-12.

REIS, A. A.C.; SÓTER, A. P. M.; FURTADO, L. A. C.; PEREIRA, S. S. S. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. In **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4. [S.I.] 2017. pp. 1045-1054.

RIBEIRO, D. R. B. S.; QUININO, L. R. M.; PAES, I. M. B. S.; DUBEUX, L. S. Análise de implantação do núcleo de apoio à saúde da família em três municípios da Zona da Mata Norte de Pernambuco. *Revista de APS*. V. 20, n.4. 2017. pp. 501-518. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.16080>

RIGOTTO R.M., CARNEIRO F.F., MARINHO A.M.C.P.; ROCHA, M.M.; FERREIRA, M.J.M.; PESSOA, V.M.; TEIXEIRA, A.C.A.; SILVA, M.L.V.; BRAGA, L.Q.V.; TEIXEIRA, M.M. O verde da economia no campo: desafios à pesquisa e às políticas públicas para a promoção da saúde no avanço da modernização agrícola. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 17, n. 6, 2012. pp. 1533-1542.

RONALD, A.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q Health Soc**. 1973;51(1): 95–124.

ROSINNI, R. E. O Rural e o Urbano/A Cidade e o Campo: Suas Relações com a Força de Trabalho e com a Terra no Estado de São Paulo e no Brasil de Ontem e de Hoje. **Revista Rural & Urbano**, Recife. v. 02, n. 01, 2017. p.134 – 150.

RÜCKERT, B.; CUNHA, D. M.; MODENA, C. M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. [S.I.] Botucatu-SP. 2018. pp. 1-12 DOI: 10.1590/1807-57622017.0449.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, p. 260-268, 2012.

SANTOS, L. SUS: a região de saúde é o caminho. In **Boletim de Direito Municipal**. [S.I]. Editora NDJ. 2014.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. In **Saúde e Sociedade**, São Paulo. v.24, n.2. São Paulo. 2015. pp.438-446.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia. 6º ed. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo. 2008.

SOARES, R. A. S.; MORAES, R. M.; VIANNA, R. P. T.; PESSOA, V. M.; CARNEIRO, F. F. Determinantes Socioambientais e Saúde: o Brasil Rural versus o Brasil Urbano. **Tempus, actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 9, n.2. 2015. pp. 221-235.

SOARES, R.A.S.; MORAES, R.M.; PESSOA, V.M.P.; CARNEIRO, F.F.; VIANNA, R.P.T. A invisibilidade da população do campo, da floresta e das águas no Brasil: desafio para os sistemas de informações em saúde. In: CARNEIRO, F.F.; PESSOA, V.M.; TEIXEIRA, A.C.A. (Org.) **Campo, Florestas e Águas: Práticas e saberes em saúde**. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 2017. pp. 56-58.

SWARTZ, O. On social justice and political struggle. **Hum Nat Rev.** 2004;4:152–63.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, p. 445-452, 1990.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C.B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, p. 439-446, 1987.

VARGAS, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., UNGER, J. P., SILVA, M. R. F., PAEPE, P., VÁZQUEZ, M. L. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health policy and planning**, v. 30, n. 6. 2015. pp. 705-717. doi:10.1093/heapol/czu048

VEIGA, J. E. A Relação Rural/Urbano no Desenvolvimento Regional. In **Cadernos do CEAM**. Vol. 17. [S.I]. Fevereiro 2005, pp. 9-22.

VESENTINI, J. W. O conceito de região em três registros. Exemplificando com o Nordeste brasileiro. In **Confins**. Revue franco-brésilienne de géographie/Revista franco-brasileira de Geografia, n. 14, 2012. pp. 1-11. DOI: 10.4000/confins.7377

VIANA, A. L. A.; BOUSQUAT, A.; PEREIRA, A. P. C. M.; UCHIMURA, L. Y. T.; ALBUQUERQUE, M. V.; MOTA, P. H. S.; DEMARZO, M. M. P.; FERREIRA, M. P. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. In **Saúde e Sociedade**, São Paulo. vol. 24, n. 2. 2015. p. 413-422.

VIANA, A. L. A.; FERREIRA, M. P.; CUTRIM, M. A. B.; FUSARO, E. R.; SOUZA, M. R.; MOURÃO, L.; CHANCHARULO, A. P.; MOTA, P. H. S. Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. **Novos Caminhos**, n.15. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2017. Disponível: em [www.regiaoeredes.com.br](http://www.regiaoeredes.com.br). Acesso em 10 de janeiro de 2019.

VIANA, A. L. A.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M. G.; Regionalização e Redes de Saúde. In **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.I.] V. 23, n. 6. 2018. pp. 1791-1798.

VEIGA, J. E. Brasil Rural precisa de uma Estratégia de Desenvolvimento. In: **Série textos para discussão**. Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2001

\_\_\_\_\_. A dimensão rural do Brasil. **Estudos Sociedade e Agricultura**, v. 12, n. 1, p. 71-94, 2004.

\_\_\_\_\_. Nascimento de outra ruralidade. **Estudos avançados**, v. 20, n. 57, p. 333-353, 2006.

WANDERLEY, M. N. B.; FAVARETO, A. A singularidade do rural brasileiro: implicações para as tipologias territoriais e a elaboração de políticas públicas. In: MIRANDA, C.(org.) **Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras**. Brasília: IICA, p. 413-473, 2013.

WANDERLEY, M. N. B. A ruralidade no Brasil moderno: por um pacto social pelo desenvolvimento rural. **Una nueva ruralidad en América Latina**, p. 31-44, 2001.

## APÊNDICE A – CLASSIFICAÇÃO DOS ESPAÇOS RURAIS E URBANOS UTILIZADO NO TRABALHO

Na tentativa de superar as contradições presentes na forma de classificação dos espaços brasileiros, o IBGE (2017) elaborou um estudo que busca superar a visão dicotômica, entre rural e urbano, inserindo o isolamento relativo de territórios como uma dimensão essencial para definir as condições de implementação das políticas públicas. Trata-se de uma primeira aproximação, mas essa classificação segundo notícias recentes foi incorporada na concepção do Programa Médicos pelo Brasil do Ministério da Saúde. De fato, é uma base importante para diferenciar espaços com base na densidade territorial.

Neste estudo as áreas de ocupação densa foram definidas como células de 1 km<sup>2</sup> que apresentam mais de 300 habitantes e cuja soma com as oito células contíguas apresenta um valor maior ou igual a 3 000 habitantes. Para realizar a soma, o IBGE (2017) considera oito quadrículas como vizinhas, as superiores, inferiores e diagonais. Em seguida estabelece-se uma combinação entre totais de população, correlacionando com as áreas de ocupação densa e proporções da população em áreas em situação rural para classificar os municípios como: Rurais, Intermediários e Predominantemente Urbanos.

Os Municípios em Unidades Populacionais (UP) isolados ou Arranjos Populacionais com população em áreas de ocupação densa menor que 3 000 habitantes, são classificados como Predominantemente Rurais. Nas UP que possuíam mais de 50 000 habitantes em áreas de ocupação densa ou que faziam parte de concentrações urbanas (unidades populacionais com 100 mil habitantes e mais) os municípios foram classificados como Predominantemente Urbanos.

Já os Municípios em UP que possuem entre 3 000 e 10 000 habitantes em área de ocupação densa com grau de urbanização inferior a 75% foram classificados como Predominantemente Rurais. Quando o grau de urbanização for superior a 75% os espaços foram classificados como Intermediários. Por outro lado, os municípios que possuem entre 10 000 e 25 000 habitantes em área de ocupação densa com grau de urbanização inferior a 50%, foram classificados como Predominantemente Rurais. E os municípios em que o grau de urbanização for entre 50% e 75% foram classificados como Intermediários e, se for acima de 75% foram denominados de Predominantemente Urbanos.

Os Municípios em UP que possuem entre 25 000 e 50 000 habitantes em área de ocupação densa com grau de urbanização inferior a 25% foram classificados como Predominantemente Rurais. Os que apresentam grau de urbanização entre 25% e 50% foram classificados intermediários e, se forem acima de 50% foram chamados de Predominantemente Urbanos. Já os municípios Rurais e Intermediários que estão a uma distância relativa acima da média nacional, simultaneamente, em relação a maiores hierarquias das Regiões de Influência das Cidades (REGIC) mais próximas (metrópole, capital regional, centro sub-regional) foram classificados como Rurais Remotos.

**APÊNDICE B – CARACTERIZAÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS**

| <b>Identificação</b> | <b>Município</b> | <b>Localidade de Residência</b> | <b>Função</b>                           | <b>Idade</b> | <b>Formação</b>       |
|----------------------|------------------|---------------------------------|---|--------------|-----------------------|
| UAB 1                | Limoeiro-PE      | Pitombeiras                     | Usuária                                 | 48 anos      | *                     |
| UAB 2                | Limoeiro-PE      | Pitombeiras                     | Usuária                                 | 51 anos      | *                     |
| UAB 3                | Limoeiro-PE      | Pitombeiras                     | Usuária                                 | 36 anos      | *                     |
| UAB 4                | Limoeiro-PE      | Vila Urucuba                    | Usuária                                 | 63 anos      | *                     |
| UAB 5                | Limoeiro-PE      | Sítio Pinto                     | Usuária                                 | 71 anos      | *                     |
| UAB 6                | Limoeiro-PE      | Sítio Guia                      | Usuária                                 | 19 anos      | *                     |
| UAB 7                | Cumaru-PE        | Cabaças                         | Usuário                                 | 25 anos      | *                     |
| UAB 8                | Cumaru-PE        | Cabaças                         | Usuário                                 | 71 anos      | *                     |
| UAB 9                | Cumaru-PE        | Cabaças                         | Usuária                                 | 64 anos      | *                     |
| UAB 10               | Cumaru-PE        | Poços                           | Usuária                                 | 41 anos      | *                     |
| UAB 11               | Cumaru-PE        | Gavião                          | Usuária                                 | 36 anos      | *                     |
| UAB 12               | Cumaru-PE        | Camarada                        | Usuária                                 | 25 anos      | *                     |
| UAB 13               | Cumaru-PE        | Água Doce de Cima               | Usuária                                 | 29 anos      | *                     |
| PAB 1                | Limoeiro-PE      | Sítio Várzea                    | Atendente                               | *            | Técnica em Enfermagem |
| PAB 2                | Limoeiro-PE      | Vila Urucuba                    | ACS                                     | *            | Superior em andamento |
| PAB 3                | Limoeiro-PE      | Sede Urbana do Município        | Nutricionista (NASF)                    | *            | Nutricionista         |
| PAB 4                | Limoeiro-PE      | Sede Urbana do Município        | Dentista                                | *            | Dentista              |
| PAB 5                | Cumaru-PE        | Sede Urbana do Município        | ACS                                     | *            | Ensino Médio          |
| GMS 1                | Limoeiro-PE      | *                               | Secretária Municipal de Saúde           | *            | Enfermeira            |
| GMS 2                | Cumaru-PE        | *                               | Secretário Municipal de Saúde           | *            | Cirurgião Dentista    |
| GMS 3                | Cumaru-PE        | *                               | Coordenador Municipal de Atenção Básica | *            | Biomédico             |
| GRS                  | Limoeiro-PE      | *                               | Gerente da II GERES – PE                | *            | Enfermeira            |

\*Informação não consultada, pois a estrutura das entrevistas alterou-se de acordo com a função dos participantes.

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS(AS) DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM ESPAÇOS RURAIS DA II GERES-PE**

**Identificação do Entrevistado**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Doença crônica:** ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

*(Asma, bronquite crônica, enfisema pulmonar, hipertensão, insuficiência cardíaca, AVC, doença vascular periférica, diabetes, câncer e doenças renais)*

1. Quando foi a última vez que você foi a um serviço público de saúde (Posto de Saúde, UBS, PSF, UPA, clínica, laboratório ou hospital)?
2. Sua família é acompanhada por algum Agente Comunitário de Saúde (ACS), na sua própria casa?
3. Quando você precisa de atendimento de saúde que não é oferecido na região rural em que mora, qual o meio de transporte você utiliza para chegar a estes serviços (médicos, urgências, laboratórios, farmácias, hospitais)?
4. Existe alguma dificuldade que a população desta área enfrenta para conseguir ter acesso aos serviços públicos de saúde? Qual/Quais?
  - 4.1 (Se a resposta da pergunta 3 for positiva) Como você e os demais moradores desta comunidade buscam superar essas dificuldades?
  - 4.2 (Se a resposta da pergunta 3 for positiva) Você percebe algum esforço por parte do governo para superar estes problemas? Quais ações?
  - 4.3 Quais alternativas (soluções mais rápidas, práticas e fáceis) são utilizadas pela população desta localidade no tratamento das doenças?
5. Como você avalia os serviços públicos de saúde ofertados a população rural deste município / região? Em quais aspectos poderiam ser melhorados?
6. O que você gostaria de falar sobre a saúde desse lugar e que não foi perguntado?

**APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ACS, ENFERMEIROS(AS) E MÉDICOS(AS) QUE TRABALHEM EM ESPAÇOS RURAIS DA II GERES – PE**

**Identificação da Unidade:**

**Município sede** \_\_\_\_\_

**Nome da unidade de saúde/Comunidade Rural** \_\_\_\_\_

**Identificação do Entrevistado:**

**Nome** \_\_\_\_\_

**Função** \_\_\_\_\_ **Formação** \_\_\_\_\_

1. Você reside na comunidade rural que trabalha? Se não, reside onde?
2. Você atende apenas a população que mora nesta área rural?
3. Quais serviços de saúde são oferecidos no território sob sua responsabilidade?
4. Para qual unidade de saúde são encaminhados os pacientes que necessitam de atendimentos de média e alta complexidade?
5. Você identifica alguma dificuldade que a população desta área enfrenta para conseguir ter acesso aos serviços públicos de saúde? Qual/Quais?
  - 5.1 (Se a resposta da pergunta 5 for positiva) Como você auxilia os moradores desta localidade a superar estes problemas?
  - 5.2 (Se a resposta da pergunta 5 for positiva) Como você avalia as ações dos governos para superar estes desafios?
6. Como você avalia os serviços de saúde ofertados para a comunidade rural que você trabalha?
7. Existe algo sobre a situação de saúde desta área que você poderia acrescentar nessa conversa?

**APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SECRETÁRIOS(AS) MUNICIPAIS DE SAÚDE E A GERENTE REGIONAL DE SAÚDE DA II GERES – PE**

**Identificação da Unidade:**

**Município sede** \_\_\_\_\_

**Identificação do Entrevistado:**

**Nome** \_\_\_\_\_

**Função** \_\_\_\_\_ **Formação** \_\_\_\_\_

1. Existe alguma estratégia específica voltada para o atendimento aos serviços de saúde na zona rural do município/GERES que você administra? Qual/Quais?
2. Quais as dificuldades que você identifica para que a população rural tenha acesso aos serviços públicos de saúde neste município/GERES?
3. Como você compreende a estratégia de organização regional dos serviços de saúde, no estado de Pernambuco. Tal organização garante os serviços necessários a população rural?
4. Pela sua experiência como gestor, como você avalia a estratégia de regionalização? É eficaz para o atendimento à saúde da população rural?
5. Quais os principais problemas enfrentados pela população rural para acessar a rede de serviços de saúde no município/II GERES – PE?
  - 5.5 (Se a resposta da pergunta 5 for positiva) Que ações vocês desenvolvem para superar essas dificuldades?
6. Como a Portaria que institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) é desenvolvida neste/a município/GERES?