

KLEBER COSTA DA SILVA



**Dinâmicas Regionais de Cidades de Porte Médio:
Um Estudo de Caso Sobre a Concentração de
Serviços de Saúde em Caruaru-PE**



Recife, 2007

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – CFCH
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS GEOGRÁFICAS – DCG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA - PPGG**

**Dinâmicas Regionais de Cidades de Porte Médio: Um Estudo de Caso Sobre a
Concentração de Serviços de Saúde em Caruaru-PE**

Dissertação apresentada por Kleber Costa da Silva, sob orientação da Prof^a Dr^a Edvânia Torres Aguiar Gomes, ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Geografia.

Recife, 2007

Silva, Kleber Costa

Dinâmicas regionais de cidades de porte médio: um estudo de caso sobre a concentração de serviços de saúde em Caruaru - PE. – Recife: O Autor, 2007.

149 folhas : il., graf., fig., tab., fotos, quadros.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Geografia. Recife, 2007.

Inclui: bibliografia

1. Geografia regional. 2. Serviços de saúde – Sistema Único de Saúde (SUS) – Análise. 3. Cidades de porte médio. 4. Pernambuco – Agreste - Caruaru. I Título.

**913
912.1**

**CDU (2. ed.)
CDD (22. ed.)**

**UFPE
BCFCH2007/94**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – CFCH
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS GEOGRÁFICAS –DCG
CURSO DE MESTRADO EM GEOGRAFIA –CMG

KLEBER COSTA DA SILVA

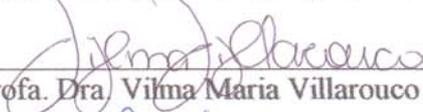
Título: “DINÂMICAS REGIONAIS DE CIDADES DE PORTE MÉDIO: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM CARUARU-PE”

BANCA EXAMINADORA

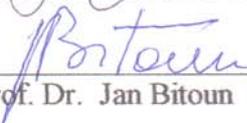
TITULARES:

Orientador: 

Profa. Dra. Edvânia Torres Aguiar Gomes (UFPE)

1º. Examinador: 

Profa. Dra. Vilma Maria Villarouco (UFPE)

2º. Examinador: 

Prof. Dr. Jan Bitoun (UFPE)

APROVADA em 28 de setembro de 2007.

RCMS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à memória do Prof. Dr. Manuel Correia de Andrade, um grande geógrafo de Pernambuco.

AGRADECIMENTOS

Quero registrar aqui os meus agradecimentos não somente aos que colaboraram efetivamente para a construção deste trabalho, mas também àqueles que fizeram parte da minha formação durante a graduação em Geografia ajudando a construir o processo de especialização e de escolha do objeto de estudo, ao longo de debates em sala de aula, indicação de leituras e das oportunidades de troca de experiências. Ficaram na memória boas e verdadeiras lembranças.

Assim, agradeço:

Em primeiríssimo lugar, a Deus, pois somente a Sua luz dá sentido a tudo isso!

À Universidade Federal de Pernambuco – UFPE –, pela oportunidade de crescimento pessoal, cultural, intelectual e profissional durante os anos que aqui passei e pelo legado recebido dos tantos amigos e mestres que colecionei.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ – que permitiu a ajuda financeira à realização deste trabalho.

À Pós-Graduação em Geografia; o seu Corpo Docente e Funcionários(as) pela atenção prestada à realização normal dos meus estudos.

À Prof^a Dr^a Edvânia Torres Aguiar Gomes, minha orientadora, amiga e “mãe-tutora” dentro desta Universidade; quem me deu a valiosa chance de descobrir e estudar inicialmente “as cidades médias” e a crescer dentro da Academia.

Ao Prof. Dr^o Antônio Jorge Siqueira que, junto à direção do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFPE e à Fundação Joaquim Nabuco, muito me ajudou a entender melhor os caminhos e carreiras na Universidade e nas Ciências Humanas e Sociais.

Ao Prof. Dr. Günter Mertins pelas boas vindas no Instituto de Geografia da Universidade de Marburg, Alemanha, e pelas orientações a respeito dos estudos acerca de cidades latino-americanas e pelas dicas conceituais em Geografia Urbana e em língua alemã.

Aos Professores e Funcionários do Departamento de Ciências Geográficas da Universidade Federal de Pernambuco, principalmente a Jan Bitoun, Cláudio Castilho, Thaís Correia de Andrade, Jorge Fernando de Santana, Lucivânio Jabotá, Tânia Bacelar, Antônio Carlos, Ana Fernandes, Nilson Crócia e em especial ao Prof. Manuel Correia de Andrade (em memória), que fizeram parte de minha formação.

Ao Programa de Educação Tutorial (PET) – antigo Programa Especial de Treinamento –, pela rica oportunidade de trabalhos em grupo com outros estudantes, integrando ensino, pesquisa e extensão.

À Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco (Condepe-FIDEM) pelo fornecimento de dados importantes a esse trabalho.

À Prefeitura de Caruaru, em especial a à Secretaria de Saúde e à Secretaria de Desenvolvimento Econômico.

Quero registrar também meus agradecimentos:

Ao Serviço Alemão de Cooperação Acadêmica (DAAD – Deutscher Akademischer Austauschdienst) pela oportunidade da bolsa de estudos para o curso de inverno em 2002 na Universidade de Freiburg, Alemanha – Aprimoramento do Idioma Alemão, Arte e Cultura da Alemanha, e, Geografia Política e Conhecimentos Gerais.

À Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco – FACEPE –, pelas oportunidades de bolsas de graduação: “Programa Professores do Terceiro Milênio” e estágio no Instituto de Geografia da Universidade de Marburg, Alemanha. Quanto a isso, especialmente, ao Prof^o Ivon Fittipaldi e ao meu amigo Frederico Toscano.

Aos amigos de trabalhos extracurriculares e com os quais vivenciei bons momentos junto à Fundação Gilberto Freyre, à Agenda 21 de Olinda-PE, à Fundação Joaquim Nabuco, ao Observatório de Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, ao “Programa Professores do Terceiro Milênio” e ao Curso de Graduação em Geografia.

Ao meu mestre e grande amigo, o Prof^o Antônio Alfredo Teles de Carvalho, com quem, nas conversas regadas a muita alegria, me abriu a mente pra conhecer ainda mais as cores da Teoria Geográfica.

À estudante de Geografia Amila Souza, a quem devo elevadas doses de carinho e atenção e que, nos meus momentos de cansaço intelectual, sempre era o melhor dos ouvidos e dos sorrisos. Além disso, muito me ajudou na coleta e organização de dados para este trabalho.

Ao amigo e vizinho de carreira, de graduação e de visão de mundo, Paulo Muniz Filho, ainda e sempre professor e poeta, pela atenção, pelos momentos de diversão e de poesia.

Ao amigo Flávio Lindolfo Sobral, o “filósofo-pai-de-Álvaro”, com quem dividi ótimas conversas sobre filosofia, tradição ocidental e cultura brasileira; ótimas aulas sobre humanidades.

E também quero agradecer, especialmente:

A Sônia e Almir Silva, meus pais, a quem dedico todo o meu esforço e trabalho, e, por fim, a Giovanna Beatriz e Kaiki Carvalho, meus sobrinhos, que, com simples sorrisos e brincadeiras de criança colaboraram me dando a energia humana necessária para a realização deste trabalho.

Muito Obrigado!

RESUMO

A necessidade de conhecimento da situação do setor de saúde tem exigido estudos que contemplem toda a estrutura de oferta de serviços inerentes. Este trabalho busca fazer uma análise da rede de serviços de saúde ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da cidade de Caruaru e do Agreste de Pernambuco. Pressupõe-se, à análise, a definição deste estudo como sendo trabalho de Geografia Regional ao qual o espaço, em si mesmo social, constitui conceito teórico-metodológico central que, *pari passu* ao de redes geográficas, possibilita a visualização da trama de relações que conformam a hierarquia de centros urbanos, a diversidade de atividades sócio-econômicas e a organização sócio-espacial regional. Para isso, buscou-se averiguar como evoluiu a cidade de Caruaru ao longo da história até tornar-se uma Cidade de Porte Médio de relativa importância econômica e social dentro do contexto da rede urbana. Diante das características e funções que tornam Caruaru principal centro da vida econômica e social regional, exercendo influência sobre alguns municípios do Agreste, do Sertão e da Zona da Mata do estado, procurou-se analisar como então se firma a concentração de serviços de saúde especificamente no Agreste de Pernambuco a partir da constatação dos estabelecimentos especializados e da diversidade de especialidades e, em seguida, como os serviços de saúde se situam no espaço interno relativo à cidade de Caruaru. Foram organizadas informações e elaboradas figuras e quadros com o intento de retratar e confirmar tal processo sócio-espacial. Após a identificação e confirmação da concentração das atividades de saúde, percebeu-se que a liderança de Caruaru vai além dos aspectos relacionados ao tamanho populacional e importância sócio-econômica. Por ser uma cidade que concentra grande quantidade de atividades em diversas áreas da saúde, Caruaru se consolida, pois, como um pólo estratégico nesse setor, na medida em que centraliza serviços especializados e de referência, e permite o atendimento a toda uma demanda regional que vai além dos seus limites municipais.

Palavras chaves: Serviços de Saúde; Cidades de Porte Médio; Caruaru.

ABSTRACT

The necessity of being aware about the situation in health sector has demanded studies contemplating all offers' structure of inherent services. This thesis aims to analyze the health services' network connected to "Sistema Único de Saúde" (SUS), in the City of Caruaru in Pernambuco's Wasteland. Pre-assumptions show this work as a Regional Geography study in which, space, social in itself, constitute the theoretic-methodological core concept which, *pari passu* with the geographical network, enables the visualization of the tram relation which conform the hierarchy of urban centers, the diversity of social-economic activities and the regional social-spatial organization. Therefore, it has been inquired how the City of Caruaru has evolved throughout History until become a Medium-Sized City with relative economic and social importance in the urban network concept. With the characteristics and functions that turned Caruaru into the core of the economical and social regional life, influencing some cities from the Wasteland, Hinterland and "Zona da Mata" (narrow coastal plain between the Atlantic Ocean and dry regions) of the state, it has been analyzed how the concentration of health services are settled, specifically in the Wasteland of Pernambuco, evidenced by specialized establishments and by the diversity of establishments and, therefore, how health services are placed in the intern space of the City of Caruaru. It has been organized data and elaborated figures and tables in order to portray and confirm such social-spatial process. After identification and confirmation of health activities concentration, it was realized that Caruaru's Leadership goes beyond aspects such as population number and social-economic importance. As city that concentrates a large amount of activities in diverse health areas, Caruaru consolidates itself as a strategic pole in this sector, as it centers specialized services of reference, and allows attendance to a whole regional demand which goes beyond its city limits.

Key Words: Health Services; Medium-Sized Cities; Caruaru.

ZUSAMMENFASSUNG

Da man es als Notwendigkeit betrachtet über die Situation des Gesundheitssektors informiert zu sein, wurden Studien über die gesamte Struktur des inherenten Dienstleistungsangebot veranlasst. Dieses Vorhaben verlangt eine Analyse des Netzwerks innerhalb des Gesundheitswesens, das mit dem Gesundheitssystem „Sistema Único de Saúde“ (SUS) in Verbindung steht und sich im Umfeld von Caruaru und dem Agreste (halbtrockenes Gebiet im Nordosten Brasiliens) des Staats Pernambucano befindet. Die Analyse setzt voraus dass es sich hier um eine regional-geografische Studie handelt, dessen Umgebung ein zentrales theoretisch-methodologisches Konzept beinhaltet, das in Verbindung mit einem sozialen Netzwerk steht. Somit wird eine Visualisierung des Beziehungsgeflechts ermöglicht, welches die Hierarchie städtischer Zentren, die Vielfalt der sozio-ökonomischen Tätigkeiten und die Organisation regionaler, sozial-räumlicher Einrichtungen bildet. Hierfür hat man untersucht, auf welche Art und Weise sich die Stadt Caruaru im Verlauf der Geschichte zu einer mittelgroßen Stadt von relativer wirtschaftlicher und sozialer Bedeutung, im Kontext eines urbanen Netzwerks, entwickelte. Angesichts der Merkmale und Funktionen die Caruaru zu einem der Hauptzentren des wirtschaftlichen und sozio-regionalen Leben machen, wodurch die Stadt ebenso Einfluss auf einige Gemeinden des *Agreste-Gebiet*, des *Sertão* und der *Zona da Mata* dieses Bundesstaats, ausübt, war es erforderlich herauszufinden, wie sich nun genau die Konzentration der Gesundheitseinrichtungen, speziell im *Agreste* von Pernambuco etabliert. Dabei bezog man sich auf die verzeichneten spezialisierten Einrichtungen, auf die verschiedenen Spezialgebiete und außerdem darauf, welchen Platz die Gesundheitsdienste im Binnengebiet Caruarus einnehmen. Um diesen sozial-räumlichen Prozess nachzuzeichnen und zu bestätigen, wurden Informationen eingeholt, Schaubilder und Tabellen erstellt. Nach der Ermittlung und Besätigung der Konzentration der Tätigkeiten im Gesundheitswesen, konnte man feststellen, dass die Führungsposition Caruarus über die Gesichtspunkte der Bevölkerungsdichte und sozio-ökonomischen Bedeutung hinausgeht. Da es sich um eine Stadt mit großem Tätigkeitangebot in verschiedenen Bereichen im Gesundheitswesen handelt, beweist sich Caruaru als ein Strategiepunkt in diesem Sektor. Somit zentralisiert die Stadt Dienstleistungen in Spezialgebieten von gutem Ruf und ist in der Lage den gesamten örtlichen Bedarf, auch über die Gemeindegrenzen hinaus, zu decken.

Gesprochene Schlüssel: Gesundheitsdienste; Mittelgrosser Städte; Caruaru.

SUMÁRIO

Dedicatória	III
Agradecimentos	IV
Resumo	VII
Abstract	VIII
Zusammenfassung	IX
Lista de Figuras	XII
Lista de Fotos	XIII
Lista de Quadros	XIV
Lista de Tabelas	XIV
Lista de Gráfico	V
INTRODUÇÃO	1
1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	8
1.1 Do Conceito de Espaço	9
1.2 À Rede Urbana	21
1.3 O Papel das Cidades de Porte Médio	34
2 A REVOLUÇÃO DO TERCIÁRIO E O ESPAÇO DOS SERVIÇOS	43
2.1 O Retrato de Uma Nova Dinâmica Econômica	44
2.2 O Setor de Serviços	50
2.3 E os Serviços de Saúde	59
3 A FORMAÇÃO DE UMA CIDADE DE PORTE MÉDIO: CARUARU-PE	69
3.1 Uma Cidade Chamada Caruaru	70
3.2 A Cidade e a Feira	92
4 SERVIÇOS DE SAÚDE EM CARUARU-PE	101
4.1 Dos Serviços de Saúde na Região de Caruaru	102
4.3 Aos Serviços de Saúde na Cidade de Caruaru	124

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142

LISTAS

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1 -	Formas simples de uma rede.	22
Figura 2 -	Curvas de demanda.	60
Figura 3 -	Localização geográfica do município de Caruaru.	71
Figura 4 -	Imaginação da Fazenda Caruaru segundo Petrônio Santos – final do séc. XVIII ao início do séc. XIX.	74
Figura 5 -	Povoado de Caruru e Estrada das Boiadas – fim do séc. XVIII ao início do séc. XIX.	74
Figura 6 -	Caminho das Boiadas, do Recife a Cabrobó (no Sertão), passando por Caruaru – 1802.	74
Figura 7 -	Evolução Urbana de Caruaru – Fim do séc. XVIII a 2000	78
Figura 8 -	População residente nos bairros da cidade de Caruaru - 2000.	82
Figura 9 -	Tamanho populacional relativo aos municípios sob influência de Caruaru em Pernambuco - 2000.	83
Figura 10 -	Rede de Lugares Centrais e Área de Atuação de Caruaru-PE segundo o Projeto Regic-IBGE/1993.	89
Figura 11 -	Povoado de Caruru, Sesmaria de Ararobá – Fim do séc. XVIII a 1820.	94
Figura 12 -	Feira no centro de Caruaru até 1966 e primeira transferência da feira, de 1966 a 1969.	95
Figura 13 -	Feira de Caruaru novamente no centro da cidade – 1969 a 1992.	95
Figura 14 -	Transferência da Feira ao Parque 18 de Maio – 1992.	96
Figura 15 -	Parque 18 de Maio após a transferência da feira em 1992.	97
Figura 16 -	Parque 18 de Maio e ruas do entorno ocupadas pela Feira de Caruaru – 2004.	98
Figura 17 -	Entorno da Feira, Parque 18 de maio e centro da cidade de Caruaru.	100
Figura 18 -	Macro-Regionalização da Saúde do Estado de Pernambuco/2007.	103
Figura 19 -	Hospitais Públicos no estado de Pernambuco. Fonte: Pernambuco (2007).	106
Figura 20 -	Presença de serviços de referência em saúde no estado de Pernambuco –	

	2007	114
Figura 21 -	Principais centros urbanos sob influência de Caruaru e o tamanho relativo à diversidade de especialidades no setor de saúde.	117
Figura 22 -	Bairros da Cidade de Caruaru.	125
Figura 23 -	Bairros de Caruaru e tamanho relativo à quantidade de especialidades em saúde.	134

LISTA DE FOTOS:

Foto 1 -	Multidão aguardando trem – Estação de Caruaru - 1895	76
Foto 2 -	Estação de Caruaru reformada pelos ingleses - 1925	78
Foto 3 -	Área central de Caruaru - 1922	79
Foto 4 -	Área central de Caruaru - 1922	79
Foto 5 -	Vista do bairro Maurício de Nassau – década de 50	79
Foto 6 -	Área central de Caruaru, Av. Rio Branco – década de 50	79
Foto 7 -	Automóveis na Praça do Rosário em Caruaru – Década de 60	80
Foto 8 -	Praça do Lactário – Década de 60	80
Foto 9 -	Igreja N. S. da Conceição e Feira de Caruaru – década de 60.	94
Foto 10 -	Feira no entorno da Igreja N. S. da Conceição – 1992.	96
Foto 11 -	Vista aérea da Feira de Caruaru – 2002.	97
Foto 12 -	Feira de Grãos.	99
Foto 13 -	Mercado de Carnes.	99
Foto 14 -	Veículos tradicionais das feiras do Agreste de Pernambuco.	99
Foto 15 -	Hospital Regional do Agreste em Caruaru.	105
Foto 16 -	Centros de Orientação e Acompanhamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (COAS) em Palmares-PE.	109
Foto 17 -	Doação de Sangue ao Hemope.	110
Foto 18 -	Uma das farmácias do LAFEPE	111
Foto 19 -	Av. Rio Branco, Centro de Caruaru.	124
Foto 20 -	Farmácias na Av. Agamenon Magalhães, Bairro Maurício de Nassau.	125
Foto 21 -	Hospital Municipal de Caruaru – Casa de Saúde Bom Jesus.	128
Foto 23 -	Hospital Municipal Manoel Afonso.	129

LISTA DE QUADROS:

Quadro 1 - Principais Paradigmas Geográficos	13
Quadro 2 - Dimensões de Análise das Redes Geográficas	23
Quadro 3- Tipologias de redes de cidades e suas categorias	27
Quadro 4 - Exemplo Hipotético de Hierarquia Urbana e Funções Centrais	38
Quadro 5 - Características e atributos dos serviços	52
Quadro 6 - Classificação dos Serviços – PAS/IBGE	54
Quadro 7 - Rede Estadual de Saúde	104
Quadro 8 - Municípios por Regionais de Saúde em Pernambuco – 2007	107
Quadro 9 - Municípios ligados à Sede Micro-Regional de Caruaru	113
Quadro 10 - Quantidade de especialidades por área de saúde e cidades	115
Quadro 11 - Número de Estabelecimentos em especialidades de “Consultas Médicas”	118
Quadro 12 - Número de Estabelecimentos em especialidades de “Exames Diagnósticos”	119
Quadro 13 - Número de Estabelecimentos em especialidades de “Odontologia”	120
Quadro 14 - Número de Estabelecimentos em especialidades de “Serviços Hospitalares”	121
Quadro 15 - Número de Estabelecimentos em especialidades de “Urgência Emergência”	122
Quadro 16 - Policlínicas em Caruaru	130
Quadro 17 - Quantidade de estabelecimentos por área de saúde e bairros	132

LISTA DE TABELAS:

Tabela 1 - População, participação relativa na população nacional e número de municípios brasileiros, segundo sua classe de tamanho – 1970/2000	40
Tabela 2 - Crescimento absoluto e participação dos municípios brasileiros no crescimento populacional urbano nacional, segundo classes de tamanho dos municípios – 1970/2000	41
Tabela 3 - Participação Percentual do PIB Segundos os Setores Econômicos na	

	Segunda Metade do Séc. XX - Brasil	48
Tabela 4 -	Tamanho populacional de municípios sob influência de Caruaru-PE segundo REGIC/1993 e conforme os Censos de 1970, 1980, 1991 e 2000.	84
Tabela 5 -	PIB Municipal – Caruaru – 2004	86

GRÁFICO:

Gráfico 1 -	Evolução da população total dos principais municípios sob influência de Caruaru segundo o REGIC/1993 e com base nos dados do Censo do IBGE de 1970 a 2000.	85
-------------	--	----

INTRODUÇÃO



A necessidade de conhecimento da situação do setor de saúde, em especial por parte da Geografia, tem exigido estudos que contemplem toda a estrutura da oferta de serviços inerentes. Nesse sentido, constitui este trabalho uma Dissertação de Mestrado que visa analisar a organização espacial da oferta de serviços de saúde ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Agreste Pernambucano e particularmente como estes se concentram junto à cidade de Caruaru.

A proposta do tema, *concentração de serviços de saúde* em uma cidade de porte médio, nasceu de um estudo acerca das características sócio-econômicas de cidades deste mesmo porte no estado de Pernambuco realizada pelo autor e outros estudantes de graduação em Geografia, entre os anos de 2001 e 2003, junto ao PET (Programa de Educação Tutorial, antigo Programa Especial de Treinamento), sob orientação da Profa. Dra. Edvânia Torres Aguiar Gomes e da Profa. Dra. Heleniza Ávila Campos. Inicialmente como parte dessa pesquisa, os serviços de saúde eram estudados como os demais serviços e atividades econômicas existentes em centros urbanos. No entanto, para fins de especialização, foi proposta a análise específica do setor de saúde em Caruaru-PE, proposta esta desenvolvida ao longo de um processo de focalização progressiva do objeto de estudo.

Este trabalho assume, portanto, a seguinte forma:

Primeiramente, localiza-se este trabalho na intersecção dos campos da *Geografia Econômica* e da *População*, pois evidencia o setor de serviços em geral, da *Geografia da Saúde*, porque trata dos serviços especificamente voltados a este setor, e da *Geografia Urbana* por ser tentativa de averiguação de tais aspectos no âmbito da rede urbana regional.

Por tratar da rede urbana regional, este trabalho é também uma análise regional. E esta análise se faz a partir da consideração de Caruaru como um centro de região, cujas funções urbanas a tornam “nó” principal da rede de relações construída pela vida econômica e social regional.

Tal “Região de Caruaru” se define pela combinação da escala de análise das Mesorregiões definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), onde Caruaru

se localiza na Mesorregião do Agreste Pernambucano, com os centros urbanos definidos como integrantes da Região de Influência de Cidades (REGIC/IBGE/1993). Sendo então centro de região, Caruaru se insere numa hierarquia de cidades e regiões conformando um sistema de cidades dentro de um sistema de cidades maior (Berry; 1974; p.25), interconectados.

Pressupõe-se, como hipótese geral, que os centros urbanos – além de concentrarem população, poder político e de decisão, bem como atividades econômicas em geral, – concentram serviços de assistência à saúde no que concerne à região em que estão situados e ao espaço intraurbano inerente. Tais serviços, situados dentro do conjunto de atividades do setor terciário da economia e também como serviços oferecidos pelo Estado, localizam-se juntos aos centros urbanos e influenciam também em sua centralidade.

Diante disso, entende-se *concentração de serviços* como o agrupamento localizado desse tipo de atividade em alguns pontos do território decorrente da evolução histórica por que tem passado a sociedade – principalmente no seu formato definido segundo a lógica do sistema econômico capitalista vigente. Na forma da rede urbana, o processo de concentração se torna visível quando focalizado o desenho da hierarquia de centros urbanos e da rede de cidades. E na forma do espaço intraurbano se torna visível através da diferenciação de áreas.

A questão central ao trabalho é, por isso, averiguar se Caruaru constitui uma cidade de porte médio de relativa importância dentro do contexto regional a partir da função de oferta de serviços de saúde.

Assim, torna-se o objetivo geral a identificação e análise, para fins de análise das dinâmicas regionais de uma cidade de porte médio como Caruaru, da concentração de serviços de saúde ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

E, como objetivos específicos integrantes e por isso mesmo também etapas da análise geral:

- a) A análise de bibliografia importante à leitura do espaço geográfico, da rede de cidades e do setor de serviços;
- b) A construção da evolução histórica de Caruaru, com o propósito de contextualizar a leitura da organização dos serviços de saúde existentes atualmente na cidade e nos espaços circunvizinhos;

- c) A identificação da área de influência de Caruaru e a hierarquia das cidades adjuntas;
- d) A identificação dos principais serviços de saúde na região de influência de Caruaru, bem como dentro do espaço interno relativo à cidade; e,
- e) A confirmação do processo de concentração de serviços de saúde em Caruaru.

Como base teórico-metodológica referencial para o estudo geográfico de parte do fenômeno urbano que intenta ser, este trabalho se baseia a princípio nos conceitos de *espaço* e de *redes* como elementos teóricos que ajudam a explicar a constituição da hierarquia de nós e relações que formam a totalidade social.

Para isso, busca-se uma leitura do espaço que é aqui entendido não apenas como produto da sociedade, mas também como condição e meio de realização de toda dinâmica social, ou seja, o conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações, à guisa de Santos (2002; p.63), que configura a trama de interações sociais ocorrentes e possibilitadas pela sociedade historicamente organizada.

O espaço, aqui especificamente “urbano”, é produzido constantemente pela dinâmica do capital a partir da contradição entre sua produção socializada e apropriação individual. Ele, o espaço, contém formas-conteúdos que evidenciam a dinâmica da sociedade na sua relação com o próprio espaço; em outras palavras, a paisagem urbana revela as condições de vida da gente, da época e da própria dinâmica sócio-espacial inerente por ser expressão do espaço social produzido pelo homem com suas representações culturais, políticas, econômicas e ambientais.

Quanto à noção de redes, estas são entendidas como sendo o conjunto de localizações interconectadas (Corrêa, 2001b; p.107), ou seja, formado por “nós” e “fluxos” cuja metáfora pode ser vista como maneira de descrever as unidades urbanas e as relações que as unem (Domenèch, 2003; p.81). Assim, o sistema de cidades é possível à interpretação se visualizado como rede urbana que é, sendo centros urbanos os “nós” e as interconexões sociais – simbolizadas pelo fluxo de informação, pessoas e capital – os “fluxos”.

Utiliza-se, ainda, um método descritivo, onde se visualiza o objeto de estudo, no caso, o espaço referente à cidade de Caruaru e à sua região de influência, espacialmente hierarquizados e

diferenciados, bem como integrantes de um sistema de relações re-produzidas pelas ações sociais cotidianas.

Dentre os procedimentos metodológicos de pesquisa e estudos efetivos, estes ocorreram em três fases:

Na primeira fase, o trabalho de gabinete prévio; escolheu-se a análise de bibliografia existente sobre o estudo do fenômeno urbano, de redes de cidades e de geografia dos serviços e do setor terciário. Buscou-se também a feitura de pesquisas no que se refere a dados estatísticos junto às instituições tais como Ministério da Saúde, através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Governo de Pernambuco; CONDEPE/FIDEM; Prefeitura de Caruaru, através das Secretarias de Desenvolvimento Econômico e de Saúde; Federação das Indústrias do Estado de Pernambuco; Hospital Regional do Agreste Waldomiro Ferreira; Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes – DNIT/Caruaru; etc. Além disso, realizou-se a coleta de material iconográfico que demonstrasse aspectos da evolução histórica de Caruaru e material cartográfico para mapeamento da cidade. Quanto aos aspectos históricos de evolução da cidade de Caruaru, especificamente, estes não são, em si mesmos, objetivo deste trabalho, mas apenas suportes à contextualização histórica para a análise do fenômeno urbano atual.

Na segunda fase, a averiguação *in loco*, fez-se a análise empírica da forma organizacional do comércio e das indústrias em Caruaru, bem como visitas às duas grandes feiras em Caruaru (a “Feira da Sulanca” que ocorre semanalmente às terças feiras e a “Feira de Caruaru” que ocorre normalmente aos sábados), às construções que são monumentos símbolos da cultura local; a realização de entrevista sobre a cultura e a história da região; e, o registro fotográfico.

E numa terceira fase, finalmente, escolheu-se a releitura e organização do material coletado; a reunião e comparação dos dados e informações; a construção dos textos; e a montagem, revisão e defesa da dissertação.

É necessário e importante assinalar ainda que, baseado no fato da escolha do objeto de estudo e a construção mesma do trabalho ter sido feita ao longo de um processo de focalização progressiva, muitos dos elementos contidos nestas três fases citadas se interpenetraram, pois em mais duas oportunidades extras foram feitas viagens a Caruaru para coleta de informações

complementares e de registro fotográfico, bem como em mais de duas vezes foram feitas releituras e confirmações dos dados coletados.

Escolheu-se, então, a estruturação deste trabalho em duas partes, além desta introdução. A primeira parte é subdividida em dois capítulos, 1 e 2, e se refere a apreciações teóricas que norteiam este trabalho. E a segunda parte é subdividida em mais dois capítulos, 3 e 4, que tratam especialmente de Caruaru e da sua região de influência.

O primeiro capítulo trata do conceito de espaço e a sua ligação com o conceito de redes até aproximar-se de apreciações específicas acerca do conceito de redes urbanas. Além disso, aborda-se o que são e qual a importância das Cidades de Porte Médio.

O segundo capítulo diz respeito à “revolução” por que tem passado a nova economia urbana nas últimas décadas movendo a atenção para a insurgência e crescimento do setor terciário. Também será apresentado o que constitui e qual a importância do setor de serviços em geral e do setor de serviços de saúde em específico.

O terceiro capítulo busca brevemente retratar a evolução histórica de Caruaru bem como a importância da feira na influência sócio-espacial que a cidade exerce no contexto do Agreste Pernambucano.

E, por fim, o quarto capítulo trata de como se organiza o setor de saúde na Região de Influência de Caruaru bem como no espaço interno da cidade, centrando-se nos estabelecimentos que oferecem os serviços do setor.

No final da dissertação são apresentadas ainda considerações finais que explicitam as conclusões deste trabalho.

Como exercício científico de Dissertação de Mestrado que é este trabalho, consideramos aqui, para finalizar esta introdução, que ele passa a ser também um degrau de saber científico. Certa vez, como já expusera um filósofo brasileiro chamado Mário Santos; *não há outra saída ao homem senão o saber*¹. Sem o saber, não conheceria o homem a liberdade, pois então não saberia escolher entre o que deve o que não deve ser feito. Este trabalho representa um modesto

¹ No Prólogo do livro “Convite à Ciência” de Júlio Minhan.

desafio livre de buscar o saber, um exercício de dissertação que se insere na tradição da pesquisa, da ciência e da verdade.

1

1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

1.1 Do Conceito de Espaço

1.2 À Rede Urbana

1.3 O Papel das Cidades de Porte Médio



1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

1.1 Do Conceito de Espaço

Segundo Milton Santos (1978; p.118), ao definir-se um objeto de estudo, deve-se construir também um sistema próprio de identificação de categorias analíticas bem ajustadas às categorias do real, que reproduzem, no âmbito da idéia, a totalidade dos processos, tal como eles se produzem na realidade. A teorização será permitida, dentro da disciplina, através de um esforço de abstração, ao qual só é possível chegar-se por intermédio das categorias que definem uma dada realidade (Santos, 1978; p.119). Tais categorias, verdadeiramente, não devem limitar a leitura, mas possibilitar a insurgência de nomeações essenciais que porventura possam advir da relação entre sujeito e objeto epistemológicos.

A Geografia, enquanto disciplina científica autônoma, coleciona conceitos-chave; ângulos de análise que conferem à mesma a sua identidade e a sua autonomia relativa no âmbito das ciências sociais (Corrêa, 2001; p.16), autonomia esta conseguida através de uma coerência que se reflete na unidade do objeto de estudo e na definição de categorias analíticas fundamentais (Santos, 1978; p.116). Nesses termos, a Ciência Geográfica, aqui considerada, se identifica e toma para si como importante categoria analítica o *Espaço*, que permite ampla gama de visualizações de realidade, quando não se confundindo com ela própria, e possibilita a apreensão da totalidade-mundo enquanto microcosmo das ações humanas e do evoluir histórico.

Não obstante a multiplicidade de noções de espaço que sempre existiu² – espaço do indivíduo, espaço da cidade, espaço da nação, espaço da casa, espaço da geometria, etc – há que, no entanto, segundo Santos (1978; p.120), definir-se qual o espaço que pode vir a interessar à Geografia. Tal definição deve fundamentalmente enquadrar-se na indissociável relação que se estabelece entre Espaço e a Sociedade, pois é o espaço expressão da sociedade (Castells, 2001;

² Segundo Lúcia Veras, coube à filosofia o pioneirismo de pensar o espaço, a partir da cidade, por se apresentar esta como apoteótica criação social, distante, portanto, do primitivismo dos ambientes intocados pelo homem (Veras, 1999; p.53). Diz esta autora: “*O pioneirismo da filosofia – pensar a cidade, decodificando-a e conceituando-a – sobre outras áreas do conhecimento, com base na civilização ocidental, parte da observação sobre a origem e a evolução do processo de formação dos primeiros núcleos urbanos, desde os arcaicos gregos e romanos. Para os filósofos, principalmente os clássicos, este resultado, gerado da reunião de aldeias e tribos em determinados territórios, separando-os do campo, foi capaz de provocar inquietações que simbolizavam a busca da sistematização de um projeto de totalidade, sendo a cidade, portanto, a própria base e instrumento do pensar filosófico.*” (Veras, 1999; p.53)

p.435), formando um conjunto único de leitura geográfica que, por conseguinte, oferecerá os caminhos pelos quais poderão percorrer os geógrafos. Baseado nisso, torna-se conceito central ao presente trabalho o que vamos chamar de *Espaço Social*.

A noção de espaço social³, o espaço do homem em sociedade, é sim de enorme dificuldade de apreensão e definição, pois, ao conter o homem, ele – o *espaço* – muda de significado, como muda também a própria sociedade do qual faz parte o homem em constante processo de transformação. Teorizar a respeito do espaço será teorizar também acerca da sociedade.

Para melhor entender, portanto, a relação entre sociedade e espaço, dentro da geografia, pode-se tomar como ponto de partida o seguinte:

“O papel do espaço em relação à sociedade tem sido frequentemente minimizado pela Geografia. Esta disciplina considerava o espaço mais como teatro das ações humanas (...) Pode-se dizer que a Geografia se interessou mais pela forma do que pela sua formação. Seu domínio não era o das dinâmicas sociais que criam e transformam as formas, mas o das coisas já cristalizadas, imagem invertida que impede de apreender a realidade se não se faz intervir a História. Se a Geografia deseja interpretar o espaço humano como o fato histórico que ele é, somente a história da sociedade mundial, aliada à da sociedade local, pode servir como fundamento à compreensão da realidade espacial e permitir a sua transformação a serviço do homem. Pois a História não se escreve fora do espaço e não há sociedade a-espacial. O espaço, ele mesmo, é social.” (Santos, 1979a; p.9-10)⁴

³ Anne Buttimer (1986; p.68), ao tratar da questão do conceito de espaço social, disse-nos que este foi articulado e aplicado pela primeira vez na década de 1890 por Émile Durkheim em estudos de diferenciação social, diferenciação esta puramente “sociológica”; o papel básico do geógrafo seria mapear a distribuição dos diversos grupos sociais (ou seja, a “morfologia social” de Durkheim).

⁴ É importante atentar para a época em que Milton Santos publicou esta sua obra – 1979, em um momento que o espaço era entendido de uma maneira renovada dentro do debate teórico interno à ciência geográfica no Brasil, constituindo então conceito fundamental ao paradigma da *Geografia Crítica* que continha forte conteúdo político-ideológico e de transformação social pautado sobretudo no materialismo histórico e dialético.

Milton Santos afirmou, dessa maneira, que o papel do espaço em relação à sociedade tem sido freqüentemente minimizado pela Geografia, mas, em crítica, pode-se avaliar, referia-se também ao distanciamento original de ambas as categorias. No limiar do pensamento geográfico moderno (Vide quadro 1), quando a Geografia intentava firmar-se como disciplina autônoma nas universidades européias no séc. XIX⁵, as leituras se baseavam numa concepção que buscava inicialmente compreender a relação entre a sociedade e a natureza. Em tal abordagem “...as diferentes formas de organização do espaço, suas desigualdades, eram pensadas de modo a-histórico, como resultado de condições ambientais, climáticas, sobretudo” (Gonçalves, 1982; p.100). A natureza protagonizava o centro de análise geográfica e a ação humana apenas se juntava a ela enquanto condição para compreendê-la, na medida em que também as ciências naturais serviam como referenciais de objetividade às ciências da sociedade, motivadas que eram também pela influência positivista⁶.

Como antítese ao *determinismo geográfico*, a ação humana ganhou maior valor através da moldagem de mundo possibilista, permitindo a insurgência da noção de gêneros de vida e a possibilidade do paradigma historicista⁷ como alternativa de leitura de mundo. O estudo da

⁵ Durante o séc. XIX, eclodiu-se na Europa uma turbulência de paixão e pensamento em relação à cultura e ao saber em geral, mais especialmente ligado à insurgência do romantismo e do idealismo alemão, onde se fizeram nascer estruturas ideológicas sólidas amparadas por uma nova moralidade centrada no rigor acadêmico e projetada a um novo plano de ordem e método (Pickenhayn, 1994; p.46). Depois de Kant, o sensismo reapareceu sob a forma de positivismo (Franca, 1990; p.191) e este ofereceu as ferramentas certas ao processo de autonomia dos diversos campos do saber moderno. A partir do positivismo, não se admitiu a separação entre o mundo físico e o mundo do espírito, entre as ciências naturais e as ciências do homem (Ferreira, 1986; p.68). O objetivo de Augusto Comte, maior expoente do positivismo, era chegar a ser para a sociologia – e pode-se até dizer para as ciências sociais em geral – o que Newton havia sido para a mecânica e Lavoisier para a química (Moulines, 1979; Apud Pickenhayn, 1994; p.61). Já dissera Milton Santos que para se encontrar então os fundamentos filosóficos da ciência geográfica no momento de sua construção inicial, entre fim do século XIX e início do século XX, devem-se buscá-los em Descartes, Kant, Comte e os positivistas, bem como em Hegel e Marx (Santos, 1978; p.29).

⁶ O positivismo, tendo como expoente principal Auguste Comte (1798-1857), representou uma “escola de pensamento” pautada no *sensismo* com a preocupação de assinalar os limites do conhecimento objetivo. Só o sensível, no sentido positivista, é objeto de conhecimento, é o real. Interessa apenas a investigação do empírico, o sensível, portanto o positivo. Dessa forma seria impossível a metafísica. A título de localização histórica, houve três fases do positivismo (Moulines, apud Pickenhayn, 1994; p.60): a) o proto-positivismo, início do positivismo, anterior a Auguste Comte, na França desde meados do século XVIII, b) o positivismo clássico de Comte e seus discípulos, e c) o positivismo crítico alemão do final do século XIX, representado principalmente por Ernst Mach que viria a influenciar intelectuais como Karl Pearson, William James e Max Planck. A influência positivista posterior estará presente até a filosofia de Karl Popper e no neopositivismo do século XX. Segundo Horacio Capel: “O positivismo pode definir-se como um método científico e como uma concepção filosófica do mundo, aspectos ambos que estão intimamente ligados entre si. Como método científico o positivismo é um empirismo indutivo racionalista e decididamente antimetafísico. A ele está unida uma posição naturalista e um reducionismo científico em que as ciências da natureza se convertem no modelo de toda cientificidade, o qual, por sua vez, deriva logicamente da concepção monista do mundo, que é essencial a este movimento” (Capel, 1983, Apud Pickenhayn, 1994. p.62).

⁷ O historicismo, inspirado em correntes filosóficas neo-idealistas e neokantianas (Ferreira, 1986; p.72) entendia que todo fenômeno cultural, social ou político é histórico e não pode ser compreendido senão através de e dentro de sua historicidade; existem diferenças entre fatos naturais e fatos históricos e, conseqüentemente, entre as ciências que os estudam; e, tanto o objeto de estudo quanto o sujeito, ou seja, o próprio pesquisador, estão inseridos no evoluir da história (Löwy, 1996). Ao historicismo, em suas diversas faces e correntes, importa dizer que a história é que faz o homem e não o contrário; o universo é entendido como história e não como sistema, numa idéia geral que defendia uma visão antropocêntrica em vez de cosmológica.

região, posteriormente, como unidade geográfica de integração definitiva de fenômenos físicos e humanos, tornou ainda mais clara a importância da sociedade e da cultura na configuração do espaço habitado que não é somente físico ou natural.

O quantitativismo na renovação da Geografia da segunda metade do séc. XX, por sua vez, e a independência relativa da disciplina, assessorada porém por outras ciências sociais, análises estatística e econômicas, deram imagem de relativa cientificidade e objetividade à Geografia.

E, finalmente, o materialismo histórico-dialético forneceu, a partir principalmente dos anos 60 e 70 do séc. XX, as ferramentas de investigação apropriadas para a leitura crítica do espaço como objeto ontologicamente bem definido na relação de complementaridade com a sociedade, senão sendo ela própria⁸.

Para se pensar numa teoria do espaço, portanto, será necessário considerar que ela seja parte integrante de uma teoria social geral, mesmo implícita (Castells, 2000; p.182); o espaço, ele mesmo, é social (Santos, 1979a; p.10), é expressão da sociedade (Castells, 2001; p.435), ou, senão, a própria sociedade espacializada. Isso então coloca o homem como elemento central na organização do espaço, fruto e agente integrante da sociedade, que colabora na formação da própria espacialidade e do evoluir histórico inerente.

Diz-nos Ana Fani A. Carlos que,

“...o homem coloca-se como criador do mundo e produto da sociedade; sua vida individual é a vida genérica, que se produz na práxis humana compreendida como processo de transformação de si próprio. No cerne desse processo está a relação com o mundo e consigo mesmo, a partir do trabalho, como processo consciente, na medida em que é ele que transforma a realidade objetiva (entendida como natural e social), na construção da própria realidade humana” (Carlos, 1994; p.21)

⁸ É mister assinalar que não existiu somente a vertente de pensamento marxista nessa época, porém foi a que mais fortemente influenciou o conjunto do pensamento geográfico.

Quadro 1

Principais Paradigmas Geográficos

Paradigmas		Características
Geografia Tradicional De 1870 aos anos 50 do séc. XX	Determinismo Geográfico	Contexto histórico ligado à passagem do capitalismo concorrencial para uma fase monopolista e imperialista do final do séc. XIX. Seus defensores afirmavam que as condições naturais, principalmente o clima, poderiam vir a determinar o comportamento do homem e da sociedade, influenciando no progresso cultural. A Geografia foi primeiramente considerada como disciplina acadêmica autônoma na Europa. Houve forte influência positivista e uma postura profundamente empirista e naturalista. Deu-se atenção especial aos conceitos de território e paisagem e o conceito de <i>espaço</i> , em especial, pode ser entendido, como na visão de Friedrich Ratzel (1844-1904), enquanto espaço de dominação, num território de um povo; num supremo lugar, razão de ser do Estado.
	Possibilismo Geográfico	Em reação ao determinismo, o possibilismo surgiu na França do final do séc. XIX, Alemanha no início do séc. XX e Estados Unidos na década de 20, defendendo que na relação entre o homem e o meio, este não determina aquele, mas a complexidade dessa relação permite que a natureza forneça possibilidades para que o homem possa modificá-la. Valorizou-se o conceito de <i>gênero de vida</i> como conjunto de caracteres “culturais” que davam face à <i>região</i> , sendo esta então objeto e conceito capital à disciplina possibilista.
	Método Regional	O método regional representa um terceiro paradigma na história da ciência geográfica. “ <i>O método regional focaliza assim o estudo de áreas, erigindo não uma relação causal ou paisagem regional, mas a sua diferenciação de per si como objeto da geografia</i> ” (Corrêa, 1991; p.14). Porém, somente a partir dos anos 40 do séc. XX, nos Estados Unidos, é que este paradigma ganhou fôlego, sobretudo na figura de Hartshorne. A diferenciação de áreas fornecera o fundamento à interpretação exclusiva de regiões – sendo esta parcela do espaço formada pela integração de fenômenos heterogêneos diversos –, então método e objeto à Geografia. Porém, ainda, para Hartshorne, o espaço era entendido como um espaço absoluto, um conceito abstrato, um receptáculo que contém as coisas, um conjunto de pontos que têm existência em si mas independente de qualquer outra coisa (Corrêa, 1991; p.18). Pode-se considerar a noção de espaço em Hartshorne, como uma herança da visão de espaço mais antiga de Kant ⁹ .

⁹ A partir do filósofo Immanuel Kant, no século XVIII, bem como com a sucessão de descobertas científicas e mudanças históricas do século seguinte, a moderna teoria do conhecimento legou fundamentos importantes para a construção de uma noção moderna de espaço. Para entender a influência deste filósofo alemão, faz-se necessário adentrar-se brevemente na sua aventura pela teoria do conhecimento. Segundo Franca, apresentando uma visão geral da filosofia de Kant, o filósofo de Königsberg pretendeu com a sua filosofia responder, entre outras coisas, uma questão fundamental: Que podemos saber? Ao filósofo a crítica negativista de Hume representara a vitória do ceticismo sobre o dogmatismo reinante, e, o edifício da ciência abalado desde os seus fundamentos ameaçava total ruína. Kant, insatisfeito com as respostas do racionalismo de Leibniz e com as do empirismo de Locke, tomava pra si o desafio de reconstruir os fundamentos da ciência. A solução por ele apresentada foi o *Criticismo Transcendental*. “*Criticismo*”, por ser o exame, a crise das faculdades cognoscitivas, e “*Transcendental*”, por ter como objetivo a determinação dos elementos *a priori* do conhecimento, ou seja, opondo-se ao empírico (Franca, 1990; p.178). Para Kant, haveria três tipos de juízos: a) *juízos analíticos*, em que o predicado evidencia uma noção já contida no sujeito, b) *juízos sintéticos a posteriori*, em que o predicado não está na idéia do sujeito, porém lhe é atribuído em virtude de uma experiência, e, c) *juízos sintéticos a priori*. Nestes últimos, não estando o predicado na idéia do sujeito e se fazendo mediante uma verdadeira síntese mental; a priori – são os juízos sintéticos a priori universais e necessários e sendo assim não podem provir da experiência singular e contingente. Todas as proposições científicas, em Kant, deveriam pertencer a esta última categoria de juízos (Franca, 1990; p.179). Compete às ciências, pois, conhecer a forma, o elemento *a priori*, dependente da natureza do sujeito, subjetivo, e distingui-la da realidade objetiva. E nesse sentido, nasce a noção de espaço kantiana, *ou seja*, uma representação necessária *a priori*, que serve de fundamento a todas as percepções exteriores; um espaço irreal, abstrato, um espaço da/na idéia.

Geografia "Renovada" Pós-Segunda Guerra aos dias atuais	Nova Geografia ou Teorético- quantitativa	Esse paradigma surgiu como uma maneira de justificar a expansão capitalista do pós-guerra bem como à demanda de uma leitura geográfica de mundo precisamente voltada para uma maior quantificação e matematização do espaço. Recebeu forte influência do positivismo lógico, adotando-se uma visão da unidade epistemológica da ciência, principalmente a partir das ciências naturais. Consagrou-se o raciocínio hipotético-dedutivo como caminho às investigações geográficas. De acordo com Corrêa (1991; p.20), ao analisar Ullman e Watson, o <i>espaço</i> surgira pela primeira vez na geografia como conceito central, sendo então entendido ora como planície isotrópica e outrora como sua representação matricial. Paisagem, território e lugar foram deixados de lado e figuraram apenas como conceitos adjuntos ao de espaço.
	Geografia Crítica	Surge nos anos 50 e 60 do séc. XX nos países mais desenvolvidos e chega ao Brasil em meados da década de 70. Representou uma crítica à <i>geografia tradicional</i> e ao paradigma <i>teorético-quantitativo</i> ; a geografia crítica apresentou-se num momento de crise do capitalismo e um dos seus vetores mais significativos foi o influenciado pelo materialismo histórico e dialético. A geografia passava a assumir também um forte engajamento político-ideológico e de transformação social. Os conceitos de <i>espaço</i> e de <i>sociedade</i> interpenetraram-se como única e indissociável formação sócio-espacial, portanto objeto de estudo da geografia. O espaço tornou-se então central, sendo lócus de reprodução das relações sociais de produção. Essa corrente de pensamento influencia ainda hoje boa parte da produção teórica em geografia.

Baseado em MORAES (1999) et Corrêa (1991)/(2001).

E continua a autora dizendo que o homem produz a vida material no processo de produção dos seus meios de subsistência (Carlos, 1994; p.21). A busca humana pela sobrevivência incessante no conjunto da sociedade, através do trabalho, possibilita, em si mesma, a produção do espaço:

“...os homens, ao produzirem seus bens materiais e se reproduzindo como espécie, produzem o espaço geográfico. Entretanto, dependendo do momento histórico o fazem de modo específico, diferenciado de acordo com o estágio de desenvolvimento das forças produtivas. O espaço passa a ser produzido em função do processo produtivo geral da sociedade”
(Carlos, 1994; p.22)

Baseado nisso é impossível entender hoje a organização do espaço sem entender a organização da sociedade e a forma como ela se mantém e evolui. O esforço de compreensão da situação espacial está, portanto, atrelado ao de compreensão da sociedade como fato histórico que não é estático e encontra-se sempre em constante transformação, diferenciada em face das desigualdades humanas elementares e da lógica diferenciadora promovida pela dinâmica do sistema capitalista, contraditória diante do jogo de interesses movidos pela própria desigualdade espaço-temporal, e, integrante de uma totalidade histórica universalmente abrangente.

Milton Santos, na década de 70, entendia a categoria *Formação Econômica e Social* (FES) como a mais adequada para auxiliar a formação de uma teoria válida ao espaço. Importante dentro da perspectiva teórica marxista, a FES expressa o conjunto de toda sociedade nas suas diversas esferas – econômica, social, política, cultural – porém, levando-se em conta uma sociedade determinada, com a “roupa de seu tempo” (Santos, 1979a; p.12). Disse ele que o interesse nos estudos sobre as formações econômicas e sociais está na possibilidade que estes oferecem ao conhecimento de uma sociedade na sua totalidade e nas suas frações, mas sempre um conhecimento específico, apreendido num dado momento de sua evolução. Godelier, citado por Santos (1979a; p.13), apontou que a noção de FES é indissociável do concreto representado por uma sociedade historicamente determinada. Defini-la é produzir uma definição sintética da natureza exata da diversidade e da natureza específica das relações econômicas e sociais que caracterizam uma sociedade numa época determinada. Dessa forma, acrescentou Santos que modo de produção, formação social e espaço seriam categorias interdependentes; e, a formação social bem como os modos de produção não podem ser concebidos sem referência à noção de espaço (Santos, 1979a; p.14).

Assim, é necessário recorrer ao espaço pra conceber uma determinada formação sócio-econômica, pois “...os modos de produção tornam-se concretos numa base territorial historicamente determinada. Deste ponto de vista, as formas espaciais seriam uma linguagem dos modos de produção” (Santos, 1979a; p.14) e a “...realização prática de um dos momentos da produção supõe um local próprio, diferente para cada processo ou fração do processo” (Santos, 1979a; p.16). Disso decorre a grande contribuição de Milton Santos no estabelecimento do conceito de *Formação Sócio-Espacial*, que passa a englobar, além dos modos de produção e das diversas esferas da sociedade, ele mesmo, o espaço. Segundo Corrêa (2001a; p.26), o mérito do conceito de formação sócio-espacial, residiu no fato de mostrar que uma sociedade torna-se concreta através do espaço que ela produz e este só é inteligível através daquela. A formação sócio-espacial pode ser considerada como “...um meta-conceito, um paradigma, que contém e está contida nos conceitos-chave, de natureza operativa, de paisagem, região, espaço (organização espacial), lugar e território” (Corrêa, 2001a; p.27).

Por causa dessa ligação indissociável, entre espaço e sociedade, Milton Santos então ofereceu, no decurso do seu legado intelectual, elementos explicativos sobre a natureza e significado do espaço, que ora tomamos como importantes para ajudar na definição da noção de espaço que será assumida neste trabalho.

Em seu livro “O espaço dividido” (1979b), Santos tocou na questão da organização espacial dos países subdesenvolvidos, expondo a coexistência de dois circuitos da economia, ou seja, o *circuito superior* e o *circuito inferior* que refletem o processo de modernização diferenciadora que resultaria em conseqüente diferenciação sócio-espacial.

As diferenças entre tais circuitos podem ser notadas a partir de algumas características principais.

O *circuito superior* abrange as atividades ditas *puras* (a indústria urbana moderna, o comércio e os serviços); as *impuras* (indústria, comércio de exportação, bancos); e as mistas (atacadistas e transportadoras) – estas últimas, pois, mantém ligação tanto com o circuito superior quanto com o circuito inferior. E é, ainda, um subsistema ou circuito econômico dotado de maior utilização de tecnologia importada e de alto nível, de “capital intensivo”; as atividades do circuito superior dispõem do crédito bancário; manipulam grande quantidade de mercadorias; demanda de clientela específica; capitais comumente volumosos, em relação com a tecnologia; mão-de-obra especializada; preços geralmente fixos; investimento em publicidade; usufruem direta ou indiretamente da ajuda governamental e de intervenção econômica do Estado; o funcionamento do circuito baseia-se nas necessidades de produção “capital intensivo” local ou externa; integra-se com outras regiões do país e do exterior; e, tem maior facilidade pra controlar os rumos da economia como um todo.

O *circuito inferior* constitui-se essencialmente de formas de fabricação não-“capital intensivo”, de serviços não-modernos fornecidos a varejo e por comércio de pequena dimensão; a tecnologia é “trabalho intensivo” e freqüentemente local ou localmente adaptada ou recriada; baseada simultaneamente no crédito e no dinheiro líquido; pequenas quantidades de mercadorias; utilização de capitais reduzidos; pouca dependência de mão-de-obra especializada atrelada à tecnologia; os preços são baseadas no lucro a curto prazo; publicidade pouco utilizada por causa do contato direto com o cliente; pouca ou quase inexistente ajuda governamental; não controla a economia como um todo, mas é dependente e subordinada a esta; e, é integrada localmente. (Santos, 1979b; p.31 a 37)

Ele tinha alertado ainda que:

“o espaço dos países subdesenvolvidos é marcado pelas enormes diferenças de renda na sociedade, que exprimem, ao nível regional, por uma tendência à hierarquização das atividades e, na escala do lugar, pela coexistência de atividades de mesma natureza, mas de níveis diferentes. Essas disparidades de renda são menos importantes nos países desenvolvidos e influenciam muito pouco o acesso a um grande número de bens e serviços. Ao contrário, nos países subdesenvolvidos, a possibilidade de consumo dos indivíduos varia muito. O nível de renda também é função da localização do indivíduo, o qual determina, por sua vez, a situação de cada um como produtor e como consumidor” (Santos, 1979b; p.15)

Portanto, as disparidades de situação geográfica influenciariam no “comportamento” do espaço e a seletividade econômica, bem como social, seriam, segundo o autor, chave à elaboração de uma teoria espacial.

No livro “Por uma Geografia Nova”, Santos aborda mais explicitamente a questão da natureza e significado do espaço. Nesse momento, entendia ele o espaço como devendo ser considerado:

“...um conjunto de relações realizadas através de funções e formas que se apresentam como testemunho de uma história escrita por processos do passado e do presente. Isto é, o espaço se define como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que estão acontecendo diante de nossos olhos e que se manifestam através de processos e funções. O espaço é, então, um verdadeiro campo de forças cuja aceleração é desigual. Daí porque a evolução espacial não se faz de forma idêntica em todos os lugares.”(Santos, 1978; p.122)

O espaço é “natureza socializada” na medida em que a natureza deve ser considerada como realidade social; fator social e não apenas reflexo da sociedade; e, fato histórico na medida em que reconhecido como “...*simultaneamente produtor e produto; determinado; um revelador que permite ser decifrado por aqueles mesmos a quem revela; e, ao mesmo tempo, em que adquire uma significação autêntica, atribui um sentido a outras coisas...*”, ou seja, “...*um fato social, um fator social e uma instância social*” (Santos, 1978; p.130). O espaço, ele mesmo, é fato social, produto histórico, que se impõe aos indivíduos como realidade objetiva e externa, mas nunca terminado, fixado ou congelado. É também fator social, pois serve ativamente à reprodução social, ou, em outras palavras, o sujeito mesmo. E, ainda, instância social como outras, integrante de todo o processo de mudança social e das relações sociais; ou seja:

“O espaço organizado pelo homem é como as demais estruturas sociais, uma estrutura subordinada-subordinante. E como as outras instâncias, o espaço embora submetido à lei da totalidade, dispõe de uma certa autonomia que se manifesta por meio de leis próprias, específicas de sua própria evolução” (Santos, 1978; p.145)

Santos, em seu livro “A Natureza do Espaço” (2002), acrescentou alguns elementos que ajudam a compreender melhor o espaço. Inicialmente, indicou que considerava no passado o espaço como sendo constituído por um conjunto de *fixos* e *fluxos*; ou seja, fixos entendidos como os elementos que, fixados em qualquer lugar, permitiriam ações que modificariam o próprio lugar, e, fluxos, seriam resultado direto ou indireto das ações e que atravessam ou se instalam nos fixos, modificando a sua significação e o seu valor. Ele ofereceu, ainda, posteriormente, a possibilidade de leitura através de duas categorias semelhantes, como a “configuração territorial” de um lado, e, “as relações sociais” de outro – a configuração territorial espelharia uma existência material própria, a constituir o espaço em si mesmo, mas sua existência social, ou seja, sua existência real, viva, somente ser-lhe-ia dada por meio das relações sociais (Santos, 2002; p.62). Estas dariam dinamismo àquelas. Disso, anos depois, Santos chegara a uma definição de espaço que engloba “...*um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá*” (Santos, 2002; p.63). O sistema de objetos, produto de uma elaboração social, difere-se das coisas, estas sendo uma elaboração natural – as coisas, usadas pelos homens

a partir do conjunto de intenções sociais, tornam-se objetos que são o resultado da “desnaturalização da natureza” (Santos, 2002; p.65). Toda criação de objetos responde a condições sociais e técnicas num dado momento histórico e sua reprodução está atrelada a condições sociais (Santos, 2002; p.68). Os objetos seriam:

“...tudo o que existe na superfície da Terra, toda a herança da história natural e todo resultado da ação humana que se objetivou. Os objetos são esse extenso, essa objetividade, isso que se cria fora do homem e se torna instrumento material de sua vida, em ambos os casos uma exterioridade” (Santos, 2002; p.73)

O sistema de ações, por sua vez, corresponderia ao conjunto dos atos dos homens em sociedade. A ação seria o próprio homem, disse Santos (Santos, 2002; p.82); “...só o homem tem ação, porque ela é cega, não tem futuro” (Santos, 2002; p.82). Em outras palavras:

“As ações resultam de necessidades, naturais ou criadas. Essas necessidades: materiais, imateriais, econômicas, sociais, culturais, morais, afetivas, é que conduzem os homens a agir e levam a funções. Essas funções, de uma forma ou de outra, vão desembocar nos objetos. Realizada através de formas sociais, elas próprias conduzem à criação e ao uso de objetos, formas geográficas” (Santos, 2002; p.83)

Na interdependência relativa entre ambos os sistemas estaria a possibilidade do espaço geográfico. O importante é que, segundo o autor, ao considerar-se o espaço como conjunto indissociável de sistema de objetos e de sistema de ações, permitir-se-ia trabalhar o resultado conjunto dessa interação, como processo e como resultado (Santos, 2002; p.64). Esses sistemas, em conjunto, dão a oportunidade de interpretação do espaço geográfico como espaço social que é. Além disso, complementou:

“Todo e qualquer período histórico se afirma com um elenco correspondente de técnicas que o caracterizam e com uma família correspondente de objetos. Ao longo do tempo, um novo sistema de objetos responde ao surgimento de cada novo sistema de técnicas. Em cada período, há, também, um novo arranjo de objetos. Em realidade, não há apenas novos objetos, novos padrões, mas igualmente, novas formas de ação. Como um lugar se define como um ponto onde se reúnem feixes de relações, o novo padrão espacial pode dar-se sem que as coisas sejam outras ou mudem de lugar. É que cada padrão espacial não é apenas morfológico, junto aos novos objetos, criados para atender a novas funções, velhos objetos permanecem e mudam de função” (Santos, 2002; p.96)

Diante dos aspectos citados, podemos entender o espaço – geográfico – como dotado de sistemas de objetos e de sistemas de ações; onde a história se escreve e se manifesta por si e é possibilidade mesma de existência da sociedade; onde as ações humanas se concretizam nos objetos e estes permitem a reprodução daquelas, pois dialeticamente interdependentes, figuram-se como conjuntos de sistemas indissociáveis.

O espaço, assim considerado, é “referencial” à leitura aqui pretendida. Como “meta-conceito”, no sentido de “conceito-paradigma” norteador deste trabalho, será central na averiguação do processo de concentração dos serviços de saúde em Caruaru-PE. E, a constituição das redes geográficas, bem como da rede de cidades, como espelho da formação sócio-espacial inerente, será um caminho que agora escolhemos percorrer.

1.2 À Rede Urbana

Como o espaço, as redes geográficas oferecem grande dificuldade de definição. Mas, como disse Santos, em geral se referem ora a uma matriz que considera sua materialidade e outrora a uma matriz que as entendem como sendo um dado social (Santos, 2002; p.262). No sentido da materialidade; a infra-estrutura material mesma que permite os intercâmbios sociais: estradas, caminhos, cidades, portos, etc. Como dado social; seriam as redes geográficas um dado social e político, pelas pessoas, mensagens, valores, que a frequentam (Santos, 2002; p.262).

Domenèch apontou que a idéia de rede é antiga e que o termo latino *rete-retis* era usado para definir aquelas estruturas formadas por tramas paralelas e perpendiculares, como por exemplo no caso da rede de pescadores (Domenèch, 2003; p.81). A rede é um conceito fundamental que o pensamento humano utiliza intuitivamente para resolver problemas complexos que implicam relações entre várias coisas. A forma das redes é sustentada por *nós* e *fluxos* e a sua metáfora foi vista pela economia urbana e pela geografia econômica como maneira de descrever o conjunto de unidades urbanas e as relações que as unem (Domenèch, 2003; p.81).

De forma geral, a teoria geral dos sistemas¹⁰ define uma rede como conjunto de objetos somados a um conjunto de conexões e isto não é nada mais que um sistema (Casti, Apud Domenèch, 2003; p.81). Assim, tanto um sistema de relações hierárquicas como um sistema formado por relações não-hierárquicas forma uma rede, e o que os diferencia é a direção dos fluxos, que são verticais e de dominância no primeiro caso e horizontais ou de igualdade no segundo.

Westlund, citado por Domenèch (2003; p.81), seguindo os preceitos da teoria geral dos sistemas, definiu rede, em sua forma mais simples, como sendo um número de *nós* com a mesma

¹⁰ A palavra *sistema* apresenta várias conotações, mas, em geral, diz respeito a um conjunto de elementos interdependentes, interagentes, combinados, que formam um todo organizado e do qual fornece um resultado (output) maior do que o comparado com o resultado de cada elemento individualmente. Dinamicamente relacionados, os elementos do sistema formam uma atividade determinada para certo fim, operando sobre dados, energia ou matéria e resultando também em dados, energia ou matéria que podem ser previamente acertados. A teoria geral dos sistemas surgiu com os trabalhos do biólogo alemão Ludwig von Bertalanffy entre 1950 e 1968 (Chiavenato; p.512), que considerava sistema basicamente como sendo um conjunto de unidades reciprocamente relacionadas, conceito este que contém a idéia de *propósito* (ou objetivo do sistema); a idéia de *totalidade* do sistema (ou globalismo); *entropia* que diz respeito ao aumento de aleatoriedade e do desgaste do sistema; e, *homeostasia*, a representar o equilíbrio dinâmico mesmo do sistema. Para existir o sistema será necessário ainda um conjunto de parâmetros que lhe dão forma, ou seja: a entrada ou insumo (input); o processamento (throughput), a saída do resultado ou produto (output); a retroação (feedback) e o ambiente (environment). Dentro dessa lógica, o sistema pode vir a se apresentar de várias formas, sendo mais ou menos abertos ou fechados de acordo com a sua relação com o parâmetro do ambiente.

função, conectados por *vínculos* com a mesma função. Face à existência necessária de nós, conexões e fluxos pra a confirmação de uma rede, esta, no entanto, será possível quando da presença mínima dos mesmos e de ligação entre todos diretamente ou, senão, pelo menos, indiretamente. No exemplo A da Figura 1 nota-se uma forma simples de rede onde os nós se interconectam de modo direto, enquanto que no exemplo B da mesma figura, os nós se interconectam de modo indireto através de um único dos elos.

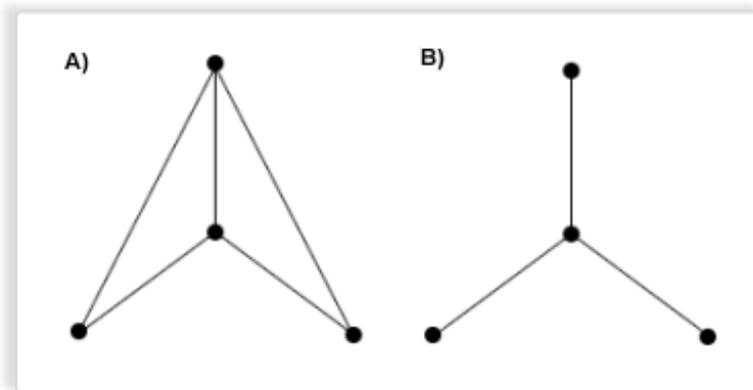


Figura 1: Formas simples de uma rede. Fonte: Domenèch (2003; p.82).

Dos elementos que compõem a rede, os nós ou conexões podem ser entendidos basicamente como o conjunto de posições fisicamente articuladas que permitem o encontro objetivo e passagem de fluxos bem como a sua reprodução. Os fluxos são as seqüências intencionais, que podem se apresentar repetitivos e serem programados, entre os elementos fixos do/no espaço, mantidos por agentes e atores sociais nas mais diversas instâncias da sociedade.

Santos disse que as redes, em suas relações com o território, podem ser vistas segundo um enfoque genético e segundo um enfoque atual. No primeiro caso, como um processo, os elementos da rede são instalados em diversos momentos, diferentemente datados. E, no segundo caso, como realidade atual – ou seja, a relações que os elementos da rede mantém com a presente vida social (Santos, 2002; p.263). Apontou ainda, *grosso modo*, três momentos na produção e na vida das redes; a saber: a) um *período pré-mecânico*; redes tidas como componente espontâneo e o “engenho humano” fortemente subordinado aos desígnios do “império” dos dados naturais; b) um *período mecânico intermediário*; as redes assumem o seu nome, dada a insurgência das nomeações da modernidade e do desenvolvimento das técnicas; e c) um *período ou fase atual*; que, à luz do período técnico-científico-informacional torna-se conceito central e reafirma a

força da dominação do homem sobre os dados naturais, da inteligência na criação dos objetos técnicos e de certa ante-visão das funções que poderão exercer.

Corrêa, por sua vez, nomeou as “redes geográficas” como conjunto de localizações interconectadas (2001b; p.107). Elas assumem diversas formas de manifestação, conforme a organização e expansão do capitalismo, e, como qualquer materialidade social, são produtos e condições sociais (2001b; p.109). O autor indicou, ainda, dimensões de análise das redes geográficas com o intuito de contribuir para um conhecimento mais sistemático do tema, abordando as diversas formas como se apresentam (Vide Quadro 2). Tais dimensões, a saber, são; as dimensões *organizacional*, *temporal* e *espacial*. A primeira se refere à configuração interna da entidade estruturada em rede, englobando os agentes sociais, a origem da rede, a natureza dos fluxos, a função e a finalidade da rede, sua existência e construção, bem como sua formalização e organicidade. A dimensão temporal se refere à duração da rede, à velocidade dos fluxos e a frequência com que a rede se estabelece. E, a dimensão espacial se refere à escala, à forma espacial e à conexão (Corrêa, 2001b; p.109-110). Essas dimensões, postas como visualizações sistemáticas do conjunto de redes geográficas que se situam na superfície, permitem uma leitura rica do espaço, apontando certamente, ao mesmo tempo, às duas matrizes colocadas anteriormente por Santos; ou seja, as redes como dado estruturalmente material e como dado social.

Quadro 2
Dimensões de Análise das Redes Geográficas

Redes Analisadas Segundo:		Especificação	Exemplo
Dimensão Organizacional	Agentes Sociais	Estado	Ministério da Saúde, Delegacia Regional, Posto de Saúde
		Empresas	Sede, Fábricas, Filiais de Vendas, Depósitos
		Instituições	Sé, Dioceses, Paróquias Católicas
		Grupos Sociais	Sede, Núcleo Regional, Equipe Local de ONG's
	Origem	Planejada	Diversas Redes do estado e das Corporações
		Espontânea	Mercados Periódicos
	Natureza dos Fluxos	Mercadorias	Matérias-primas, Produtos Industrializados
		Pessoas	Migrantes
		Informações	Decisões, Ordens
	Função	Realização	Rede Bancária
		Suporte	Rede de Transmissão de Energia
	Finalidade	Dominação	Rede de Unidades de Segurança dos Estados Totalitários
		Acumulação	Rede das Grandes Corporações
		Solidariedade	Rede de ONG Ligada ao Movimento Popular
	Existência	Real	Cidades Articuladas de Fato Via Telefonia
		Virtual	Cidades Potencialmente Articuláveis Via Telefonia
	Construção	Material	Rede Ferroviária
		Imaterial	Ligações entre Cidades via TRANSDATA
	Formalização	Formal	Rede das Grandes Corporações
		Informal	Rede de Contrabando e Vendedores de Rua
Organicidade	Hierárquica	Rede de Lugares Centrais	

		Complementaridade	Rede de Centros Especializados
Dimensão Temporal	Duração	Longa	Rede Urbana Européia
		Curta	Liga Hanseática
	Velocidade dos Fluxos	Lenta	Navegação Marítima e Fluvial
		Instantânea	Rede TRANSDATA
	Frequência	Permanente	Rede Bancária
		Periódica	Mercados Periódicos
Ocasional		Rede Associada a um Festival	
Dimensão espacial	Escala	Local	Sindicato Municipal de Varejistas e Lojas
		Regional	Sede, Fábrica, Postos de Coleta e Fazendas Associadas em Cooperativa
		Nacional	Rede Globo de Televisão
		Global	McDonald's, Genral Motors, Nestlé
	Forma Espacial	Solar	Cidades-Estado e Aldeias Tributárias
		Dendrítica	Rede Urbana da Amazônia em 1900
		Circuito	Rede de Tráfego Aéreo
		Barreira	Rede de Unidades Político-Administrativas
	Conexão	Interna	Rede Muito Integrada Internamente
		Externa	Rede Pouco Integrada Externamente

Fonte: Corrêa (2001b, p.111)

Diante disso, podemos considerar as redes geográficas numa escala especial, o das cidades vistas como integrantes de um sistema regional, ou, no já nomeado por Berry, de um sistema dentro de sistema de cidades (Berry, 1974; p.41), conformando *rede urbana* complexa e em interação com as diversas outras escalas de relações sociais. Concordamos com Corrêa (2003; p.136) no sentido de que a escala da rede urbana se alia à da referente ao espaço interno à cidade bem como às escalas nacional e global, todas elas como construções intelectuais que permitem leituras próprias cada uma ao seu modo, mas sem abandonar a unidade de análise do fenômeno urbano como um todo que é parte da totalidade social mesma. A rede urbana, assim, constitui-se “...no conjunto de centros urbanos funcionalmente articulados entre si...” (Corrêa, 2001b; p.93) e, nela, encontram-se vértices ou nós que representam os “...diferentes núcleos de povoamento dotados de funções urbanas, e os caminhos ou ligações os diversos fluxos entre esses centros” (Corrêa, 2001b; p.93).

Segundo Domenèch, na economia urbana e na geografia econômica tradicionais, a estrutura do sistema de cidades responde a um padrão de ‘lugar central’, no qual o sistema se organiza de forma hierárquica e existe uma cidade central que domina o resto das cidades do seu entorno (Domenèch 2003; p.1). Ele ainda fez uma análise de vários autores a respeito da definição de rede de cidades. A saber; Pred (1977, apud Domenèch 2003; p.10) usou o termo *city-systems* para referir-se à rede de cidades como aquelas unidades urbanas individuais economicamente interdependentes com outras unidades urbanas individuais na mesma região ou país. O indicador usado para medir a interdependência é a circulação de informação econômica

especializada, e esta se encontra em maior disponibilidade nas maiores cidades em comparação com as de menor porte dentro de uma região.

Dematteis (1990, apud Domenèch 2003; p.11) propôs uma definição de rede de cidades como sendo um conjunto de centros unidos por relações. No entanto, ainda contendo estruturas hierárquicas do tipo christalleriano¹¹, inclui-se a possibilidade de coexistência de vários tipos de estruturas, ao mesmo nível ou em diferentes níveis do urbano. Segundo Domenèch, Dematteis recorreu à concepção de rede como sistema e a adaptara à nomenclatura do seu objeto de estudo, além do que viera acompanhada de uma tipologia das relações de rede e que permitia a convivência de relações verticais e horizontais: redes hierárquicas, redes poli ou multi-cêntricas e redes equipotenciais (Domenèch 2003; p.84).

Outros autores, Camagni et Salone (1993), citado por Domenèch (2003; p.12), definiu as redes de cidades como um conjunto de relações, horizontais e não hierárquicas, entre centros especializados, proporcionando externalidades de integração complementar/vertical ou de sinergia/cooperação entre centros. Ao analisar Camagni et Salone, disse Domenèch que estes autores recorreram a elementos já vistos em outros autores, tais como *nós* e *relações*, que formam um sistema, e a geração de economias de escala. Mas, os elementos diferenciadores dessa definição são a exigência de que as relações sejam horizontais, a especialização dos centros, e o tipo de economia de escala que se gera (Domenèch 2003; p.84).

Batten (1995), segundo Domenèch, por sua vez, definiu rede de cidades como duas ou mais cidades previamente independentes, e potencialmente complementares em funções, que se esforçam por cooperar e alcançar economias de escala significativas, ajudadas por corredores de transporte e infra-estruturas de comunicação confiáveis. Para Domenèch, dessa vez, esse autor considerou três conceitos-chave: cooperação, corredores de transporte e infra-estrutura de telecomunicação (Domenèch 2003; p.13).

Para Vartiainen (1997, Apud Domenèch 2003; p.14), a rede urbana (*urban networking*) se refere à cooperação interurbana de cidades e outros atores baseados na cidade, de forma a utilizar e desenvolver efeitos sinérgicos. Baseou-se tal definição em dois princípios: a) o *urban networking*, um princípio econômico e organizacional, que no contexto espacial diz respeito à cooperação entre organizações públicas e privadas; e b) o significado funcional concebe o *urban*

¹¹ Walter Christaller formula em 1933 a sua *Teoria das Localidades Centrais* em referência à distribuição dos centros urbanos do Sul da Alemanha de acordo a presença de atividades econômicas. A esse respeito, será feita posteriormente uma apreciação mais detida.

networking como configurações urbanas policêntricas interconectadas por infra-estruturas lineares entre as quais fluem bens, pessoas, informação e capital (Vartianen, 1997, p.5 Apud Domenèch 2003; p.86).

E, por fim, Domenèch (2003; p. 15) analisou Taylor (2001) que proporciona uma definição de rede de cidades como sendo uma forma de organização onde os *nós* são os atores e os *vínculos* as relações sociais. Tais relações sociais são relações econômicas que operam para estruturar geograficamente a economia mundial (Apud Domenèch 2003; p.15).

Ao definir então rede de cidades, disse-nos Domenèch que esta é uma estrutura na qual os nós são as cidades conectadas por vínculos de natureza sócio-econômica (*links*), através dos quais se intercambiam fluxos de distinta natureza, sustentados sobre infra-estruturas de transportes e comunicações. As principais características das redes de cidades são a possibilidade de coexistência de estruturas hierárquicas e não-hierárquicas, a cooperação entre cidades e a geração de vantagens associadas à organização da estrutura urbana e a interação entre seus *nós* (Domenèch 2003; p.17).

Além disso, complementou Domenèch com um quadro-resumo (Vide Quadro 3) onde assinala, através da leitura dos autores já por ele analisados, tipologias de redes de cidades. Segundo este autor (2003; p.20), quanto ao *atendimento ao tipo de articulação de estrutura urbana*, as redes podem ser: a) hierárquicas: baseadas nos *modelos de lugar central*, de relações assimétricas entre os nós, o sistema comportando contigüidade espacial entre as partes e predeterminação de relações espaciais possíveis entre os nós, e, economicamente, trata-se de um sistema territorial em “equilíbrio”; b) policêntricas ou de especialização local estável: relações de complementaridade ou sinergia entre os nós, podendo ser assimétricas, inclusive de dominação-dependência; e c) equipotenciais: relações simétricas ou quase simétricas entre os nós, e não obedecem a um padrão predefinido de localização, ou seja, qualquer atividade pode situar-se em qualquer nó ou ponto da rede, baseando-se nas relações de complementaridade e sem depender de um centro definido. Quanto ao *atendimento à natureza da externalidade de rede*, esta pode ser: d) de complementaridade: centros especializados se complementam, interconectados, através de relações de interdependência; e) de sinergia: centros que se interconectam movidos por uma orientação produtiva similar; e f) de inovação: como um tipo de sinergia específico, a cooperação é programada a atingir um fim vinculado a inovações. Quanto ao *atendimento à geração e transmissão de conhecimento*, a rede pode ser: g) de conhecimento alto, ou h) de conhecimento baixo –, que varia de acordo com a capacidade de geração, transmissão de conhecimento e

comunicação inerente. Para outros tipos de redes, o autor apontou ainda às concernentes ao *atendimento ao âmbito da rede*, ou seja: i) redes de âmbito local: âmbito de interação espacialmente reduzido, mormente entre cidades muito próximas; j) redes de âmbito regional ou nacional: âmbito mais amplo que o anterior; k) redes de âmbito mundial: geralmente entre cidades grandes com interconexão global. Quanto ao *atendimento ao princípio de formação e intercâmbio*, podem ser: l) redes de cooperação explícita: nós que atuam explicitamente em objetivos determinados e comuns; m) redes de intercâmbios de fluxos: fluxo de bens, pessoas, informação ou capital e se caracterizam pelo fato das interações serem baseadas em estruturas físicas como meios de transporte e de telecomunicações. E, por fim, *quanto ao atendimento à duração da rede*: n) redes estáveis: parte dos nós ou da estrutura de relações permanece no tempo, embora diante da dinâmica deste; e o) redes conjunturais: cuja característica principal é a volatilidade. Com essas tipologias, pode-se construir uma ferramenta de leitura que permite englobar os diversos aspectos relacionados às redes em geral e especialmente à rede de cidades.

Quadro 3
Tipologias de redes de cidades e suas categorias

Tipologia	Categorias
Articulação da estrutura urbana (Dematteis, 1990, 1991)	<ul style="list-style-type: none"> - Redes hierárquicas - Redes policêntricas - Redes equipotenciais
Natureza da externalidade de rede (Camagni e Salone, 1993)	<ul style="list-style-type: none"> - Redes de Complementaridade - Redes de Sinergia - Redes de Inovação
Geração e transmissão de conhecimento (Trullén e Boix, 2001b, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Redes de conhecimento alto - Redes de conhecimento baixo
Outros tipos de redes: <ul style="list-style-type: none"> - Âmbito da rede - Princípio de formação e intercâmbio - Duração 	<ul style="list-style-type: none"> - Redes locais - Redes regionais - Redes mundiais - Redes de cooperação explícita - Redes de intercâmbio de fluxos - Redes estáveis - Redes conjunturais

Fonte: baseado em Rafael Domenèch (2003; p.20).

Em rica análise sobre estudos da rede urbana, esta posta como o conjunto dos centros urbanos funcionalmente articulados entre si, Corrêa ofereceu uma boa imagem do que foi a

produção geográfica a respeito do tema. Diante das diversas vias por que tem sido tratada as redes urbanas pelos geógrafos, o autor expôs que as mais importantes estão relacionadas à diferenciação das cidades no que tange às funções, dimensões básicas de variação, relações entre tamanho demográfico e desenvolvimento, hierarquia urbana, e, relações entre cidade e região (Corrêa, 1988; p.108). Os *estudos de diferenciação de cidades em termos de funções*, já clássicos, centravam-se no papel sócio-econômico desempenhado pela cidade, ou seja, centro turístico, administrativo, de defesa, de distribuição, de produção, etc. Os *estudos relativos às dimensões básicas de variações* buscaram notar variações nos sistemas urbanos; destacou-se o modelo centro-periferia de John Friedmann¹² como importante referencial teórico. Os *estudos sobre relações entre tamanho demográfico e desenvolvimento* trataram da rede urbana como um todo e não apenas de uma cidade em específico; discutia-se questões como primazia e ordem-tamanho, prontas sobretudo ao planejamento. Os *estudos ligados à hierarquia urbana* que, segundo Corrêa (1988; p.110) são os mais tradicionais acerca do tema da rede urbana; tinham como referencial mais importante a Teoria dos Lugares Centrais formulada por Walter Christaller em 1933. A partir desta teoria, permitiu-se a visualização de regularidades empíricas – como a existência de hierarquia urbana em qualquer organização sócio-espacial estruturada por mecanismos de mercado – e de características diferenciadoras das redes urbanas, tais como as suas diversas formas espaciais (dendríticas, como no caso dos países subdesenvolvidos). E, por fim, os *estudos sobre relações cidade-região*, de grande abrangência e envolvendo uma grande gama de questões, centram-se principalmente na leitura da cidade como parte de uma região e das relações que mantém com ela.

No que concerne às abordagens supracitadas, Corrêa ainda assim as considerou como incapazes de revelar a natureza e o significado da rede urbana (Corrêa, 1988; p.108). O autor ofereceu então alguns pontos que na sua visão poderiam ajudar a preencher as lacunas deixadas pelo legado daquelas abordagens. Primeiramente, tratou Corrêa da rede urbana como sendo reflexo *da* e condição para a divisão do trabalho, historicamente a forma mais avançada da

¹² As idéias referentes à relação centro-periferia foram inicialmente tratadas por Raul Prebisch em 1949 que realizou estudo econômico sobre a América Latina no qual buscou valorizar as relações do continente com as economias industrializadas, sendo estas consideradas como centro do sistema econômico e a América Latina como periferia. Ele buscou uma leitura alternativa à teoria econômica ortodoxa que revelasse o conjunto de relações de dependência entre o centro e a periferia, no caso os países desenvolvidos (centro) como produtores de manufaturas e historicamente responsáveis pelo desenvolvimento tecnológico enquanto que os subdesenvolvidos (periferia) responsáveis pelo fornecimento de matéria-prima devido à sua riqueza em recursos naturais. O trabalho dele pode ser visto em Prebisch (1949) e Prebisch (1950). John Friedmann, por sua vez, a partir da publicação do seu trabalho “*A general theory of polarized development*” de (1972), baseado no esquema de centro-periferia, explica a interdependência existente entre atividades diversamente localizadas, na forma de arranjos hierárquicos-funcionais, polarizados por centros, através dos quais se disseminam as informações importantes bem como inovações que caracterizam estímulos ao crescimento econômico.

divisão social do trabalho. “É via rede urbana que o mundo pode tornar-se, simultaneamente, desigual e integrado” (Corrêa, 1988; p.112). Nesse mesmo caminho, disse ele:

“A rede urbana é um reflexo, na realidade, dos efeitos acumulados da prática de diferentes agentes sociais (...) que, efetivamente, introduzem, tanto na cidade como no campo, atividades que geram diferenciações entre os centros urbanos. Diferenciações que, por sua vez, condicionam novas ações”. (Corrêa, 1988; p.112).

No que toca aos países subdesenvolvidos, a rede urbana inerente “...constitui-se, em grande parte (...) de uma ampla rede urbana com sede nos denominados países centrais...” e, “...a própria rede urbana é, através da função de intermediação, parte da divisão internacional do trabalho” (Corrêa, 1988; p.112).

Em segundo lugar, apontou Corrêa os ciclos de exploração como central à leitura da rede urbana, na medida em que o valor excedente, do trabalho, em razão das necessidades vinculadas ao jogo do mercado capitalista, traduz-se na forma da rede urbana:

“Em razão de necessidades vinculadas à produção, circulação e consumo no âmbito do capitalismo (...) torna-se necessária existência de vários pontos interferindo no processo de circulação. Estes pontos são os centros urbanos. Parcela do valor excedente, ao circular, é apropriada nestes pontos e reinvestida, circulando de novo e gerando, assim, o aparecimento de novos fluxos. O conjunto de centros urbanos que participa da criação, apropriação e circulação do valor excedente é a rede urbana” (Corrêa, 1988; p.113).

Em terceiro lugar, tratou Corrêa da rede urbana e de sua forma espacial, que é, “...expressão fenomênica particular de processos sociais que se realizam em um amplo território, envolvendo mediações diversas que se verificam nas cidades” (Corrêa, 1988; p.116).

E, por último, tratou o autor ainda da questão relativa à temporalidade concernente à totalidade social, esta construída pela combinação das instâncias econômica, jurídico-política e ideológica. O entrecruzamento e complementaridade dessas instâncias faz-se de vários modos e um deles adquire expressão fenomênica, a organização espacial (Corrêa, 1988; p.117). E a organização espacial se constitui em dimensão da totalidade social. Então, a organização espacial pode ser periodizada, no caso específico, também na forma da rede urbana.

Um aspecto a ser considerado é a contribuição de Milton Santos no referente aos dois circuitos da economia. Como já dito, o sistema capitalista se realiza através de dois sistemas econômicos, o superior e o inferior, que retratam o acesso diferenciado a bens e serviços. Em suas palavras, especialmente em relação aos países subdesenvolvidos:

“...a cidade (...) não funciona como aparelho maciço ou, dito de outro modo, como um bloco. Ao contrário, no interior do sistema urbano, em si mesmo dependente de outros sistemas de nível superior, pode-se reconhecer a existência de dois subsistemas, dois circuitos econômicos” (Santos, 1979b; p.30).

Segundo Santos, os dois circuitos da economia interferem na rede de localidades centrais estruturando-a de modo a que cada centro atue ao mesmo tempo nos dois circuitos, dispondo de duas áreas de influência. Corrêa, explicando Santos, e ao tratar da questão da rede localidades centrais, diz que essa interferência se faz:

“...através dos mecanismos básicos de estruturação da hierarquia urbana, o alcance espacial mínimo e máximo. Para se compreender isso, é necessário considerarmos, três níveis hierárquicos de centros: a metrópole, a cidade intermediária e a cidade local”. (Correa, 2001b; p.75).

E conclui:

“A rede de localidades centrais dos países subdesenvolvidos é uma das dimensões espaciais (talvez a mais importante) dos dois circuitos da economia urbana. Reflete a pobreza de parcela considerável da população, isto é, o resultado das diversas formas de exploração social. Nesse sentido, e por essa via, o estudo das redes de localidades centrais no Terceiro Mundo ganha uma dimensão política” (Correa, 2001b; p.77).

Por fim, noutro aspecto importante, as redes de cidades atualmente estão inseridas num processo de transformação por que passa a sociedade capitalista como um todo. O processo de globalização da economia, favorecido pela flexibilização econômica geral, tem ordenado reajustes nas relações entre os centros urbanos e suas regiões inerentes bem como em relação a outros centros.

Para Castells:

“uma revolução tecnológica concentrada nas tecnologias da informação está remodelando a base material da sociedade em ritmo acelerado. Economias por todo o mundo passaram a manter interdependência global, apresentando uma nova forma de relação entre a economia, o Estado e a sociedade...” (Castells, 2001; p.21)

Este mesmo autor chama atenção para o que ele chama de “espaço de fluxos”, entendendo-o como sendo a *“organização material das práticas sociais de tempo compartilhado que funcionam por meio de fluxos”* (Castells, 2001; p.436). E os fluxos, como sendo *“...as seqüências intencionais, repetitivas e programáveis de intercâmbio e interação entre posições fisicamente desarticuladas, mantidas por atores sociais nas estruturas econômica, política e simbólica da sociedade”* (Castells, 2001; p.436). O espaço de fluxos, segundo ele, pode ser descrito através da combinação de três camadas de suportes materiais, ou seja; a) circuito de impulsos eletrônicos: a infra-estrutura tecnológica passa a expressar a rede de fluxos, tornando estes centrais; b) nós e centros de comunicação: com certa hierarquia organizacional dentro da

rede; e c) a organização espacial das elites gerenciais dominantes, que se manifesta de duas formas; de um lado as elites formando sua sociedade ou comunidades simbolicamente segregadas como subculturas em rede interpessoal ligada ao espaço, e, por outro lado, construindo formas espaciais de acordo com o estilo de vida da elite e conseqüentemente substituindo a especificidade histórica de cada local.

Do mesmo modo, Santos chamou a atenção para os progressos técnicos e as formas atuais de realização da vida econômica que têm levado cada vez mais a redes a se tornarem ‘globais’ (Santos, 2002; p.269). É indispensável não ver as redes apenas nas manifestações locais ou regionais, mas também como desenhos da multiplexidade¹³ em escalas diversas, apresentando-se atualmente aliadas aos movimentos globais da economia capitalista. Segundo Santos, através das redes, pode-se reconhecer três tipos ou níveis de solidariedade, cujo reverso são outros tantos níveis de contradições. A saber; nível mundial, nível do território dos Estados e nível local (Santos, 2002; p.269). Ao mesmo tempo:

“O fato de que a rede é global e local, una e múltipla, estável e dinâmica, faz com que a sua realidade, vista num movimento de conjunto, revele a superposição de vários sistemas lógicos, a mistura de várias racionalidades cujo ajustamento, aliás, é presidido pelo mercado e pelo poder público, mas sobretudo pela própria estrutura socioespacial” (Santos, 2002; p.279)

E é nesse sentido que o conceito de redes, situado à escala da rede de cidades, dentro do conjunto de relações que estas estabelecem com outras redes adjuntas, é aqui central. Primeiro, porque possibilita a identificação da cidade como um elemento moderno que integra e é resultado da dinâmica do sistema capitalista que tem como “lógica” fundamental o intercâmbio e a interdependência econômica e, no formato da rede urbana, se define como possibilidade mesma à efetivação e reprodução deste mesmo sistema. Segundo, o conceito dá oportunidade de identificação das diferenciações no espaço, na medida em que as redes são, ao mesmo tempo, concentradoras e dispersoras, condutoras de forças centrípetas e de forças centrífugas (Santos,

¹³ De acordo com Domenèch (2003; p.25), a *multiplexidade* é uma propriedade em que a relação entre as cidades da rede se dá de acordo com a multiplicidade de relações simultâneas, por exemplo, fluxos simultâneos de bens, pessoas e informação.

2002; p.278). Assim, o processo de concentração espacial pode ser visualizado *pari passu* ao processo de construção da própria idéia de *região*.

A complexidade de relações sociais dinâmicas entre lugares de diferentes níveis e funções, com destaque para a escala da rede urbana, tendo no comando as cidades, permite a organização de determinada parcela do espaço. Os padrões formais da organização espacial decorrem dessas relações, refletindo o funcionamento dos diversos sistemas inerentes (político, econômico e social), bem como atua também sobre esses sistemas como um dos seus componentes importantes.

Nesse formato, a cidade pode ser vista como uma localidade que é centro de *região*, funcionalmente integrada e que é “delimitada” pelo conjunto das suas relações. E, portanto, a análise regional aqui pretendida, configura-se como a análise da cidade como centro regional que é bloco espacial com especificidades espaciais dentro de uma totalidade espaço-regional ou formação social.

1.3 O Papel das Cidades de Porte Médio

Até então temos considerado os conceitos de espaço e de redes como pressupostos teóricos a este trabalho. Apontaremos, doravante, o que são e qual a importância das *Cidades de Porte Médio*.

Para isso, pressupõe-se a existência de uma hierarquia de centros urbanos, dos quais as diferenças de tamanho e de funções são algumas das principais características. E dentro dessa hierarquia de centros, tem-se os de maior ou menor tamanho populacional, influência regional e importância econômica, política e cultural. Tais centros podem ser, sem a pretensão de uma rígida classificação, Cidades Grandes, Cidades de Porte Médio ou Cidades Pequenas.

Tratar especialmente das cidades de porte médio exige ainda o pressuposto de que exercem funções de intermediação, fazendo a articulação das grandes cidades com as de menor porte bem como as áreas rurais. As cidades de porte médio configuram, pois, o desenho de um sistema de cidades que forma uma região e que faz parte ainda de um sistema de cidades maior através dos quais a reprodução do sistema econômico vigente se realiza.

Em face do elevado crescimento das cidades de porte médio nos últimos anos, como será mostrado, bem como da sinalização de estudos em relação aos problemas sociais e ecológicos a elas inerentes, novas pesquisas e estudos são necessários. E para isso, torna-se importante definir e o que caracteriza uma cidade de porte médio.

Pode-se definir uma Cidade de Porte Médio a partir de vários critérios. Um dos principais é o relativo ao tamanho populacional, ou seja, quanto maior a concentração de população no espaço relativo à cidade, maior será conseqüentemente o seu tamanho e importância na rede urbana. É o que se pensava nas décadas de 60 e 70 do séc. XX. O número da população de um centro urbano como aspecto que determina sua posição na hierarquia do sistema de cidades pode ser, pelo menos, uma primeira aproximação do retrato da rede urbana, mas há outros aspectos ainda a serem considerados.

Baseado em um critério de natureza essencialmente quantitativa – o tamanho populacional – o conceito de cidade de porte médio estava ligado à concentração da população em determinadas parcelas do espaço. Na França, início dos anos 60, a DATAR (Délégation à

l'aménagement du territoire e à l'action regional) considerava as cidades de porte médio como sendo as que tinham entre 20.000 e 100.000 habitantes. As que apresentavam população entre 250.000 e um milhão de habitantes eram classificadas como as “metrópoles de equilíbrio” que visavam sobretudo acolher atividades que, por efeito de arrastamento e intervenção do poder público, contribuíssem ao desenvolvimento regional, à desconcentração de indústrias, serviços e equipamentos que contrabalançassem a excessiva liderança da região de Paris¹⁴. Dessa classe de metrópoles de equilíbrio, foram definidas 8 cidades em 1963, às quais mais quatro foram adicionadas em 1970. Noutros países europeus, como Reino Unido e Alemanha, as cidades médias eram frequentemente entendidas como contendo população que se aproximava do meio milhão de habitantes (Lobo, 1997; p.68).

No Brasil, por sua vez, costumava-se definir Cidades de Porte Médio, como no caso do estudo pioneiro sobre o tema de Andrade et Lodder, em 1979, como os centros com população entre 50.000 e 250.000 habitantes. Santos (1994; apud Amorim Filho et Serra, 2001), definiu o limite inferior para as cidades médias como sendo o tamanho populacional de 100.000 habitantes, justificando-o em termos do nível de complexidade da divisão do trabalho, ou seja, pela diversificação de bens e serviços ofertados.

Tais especificações dos estudos voltados às Cidades de Porte Médio, é importante destacar, principalmente na segunda metade do séc. XX, na Europa e no Brasil, nasceram do intuito capital de intervenção do Estado na promoção do equilíbrio em relação ao tamanho dos centros dentro dos sistemas de cidades dos países. No caso francês, por exemplo, as metrópoles de equilíbrio representavam o intento de desconcentrar a influência primaz de Paris, ou seja, uma nova forma de gerenciamento do território através do qual o Estado pudesse propiciar uma distribuição mais equilibrada das atividades, riquezas e dos homens sobre o espaço nacional (Amorim Filho et Serra, 2001; p.5). A maneira como isso se estendeu ao Brasil pode ser visualizada a partir do “Programa Cidades Médias”, patrocinado pelo CNDU (Conselho Nacional de Desenvolvimento Urbano), instituído pelo Estado brasileiro na década de 70 com o mesmo intuito de interiorizar o desenvolvimento econômico. As cidades menores no Brasil daquela década não possuíam economias de aglomeração que possibilitassem as mudanças na distribuição espacial do desenvolvimento nacional; então a emergência de valorização de centros de nível intermediário. Conforme Andrade e Lodder, em 1979, a estrutura urbana nacional na década de 70 era formada por alguns centros primazes, representados por duas metrópoles de alcance nacional (São Paulo e Rio de Janeiro), poucas metrópoles de alcance regional, um

¹⁴ “Lês Villes et l'aménagement du territoire” La lettre de la DATAR, n°19, 1988. Apud LOBO, 1997; p.68.

limitado número de centros intermediários e a maior parte de uma vasta rede de pequenas cidades. Além disso, concentrava-se a maioria dos centros no litoral do território nacional.

A partir de 1974, segundo Rochefort (1998; p.95), surge a idéia de promover ações que visariam antes frear o crescimento das grandes cidades do que corrigir as conseqüências sobre o seu espaço, num esforço geral para repensar a reorganização do território brasileiro e para considerar um certo número de condições que permitiriam a interiorização do desenvolvimento. Assim nasceu o “programa de cidades médias”. No Brasil, portanto, as cidades médias passaram a ter também tratamento privilegiado, estando no palco das preocupações do poder público sobre a questão urbana em geral e principalmente no fato de que cidades desse porte passavam a ser pólos alternativos à atração de população e de capital e a apresentar certa independência quanto ao desenvolvimento de suas potencialidades econômicas e de atendimento às necessidades de seu entorno rural e de cidades menores circunvizinhas.

Amorim Filho et Serra (2001; p.21) afirmam que na década de 80, no que se refere às Cidades de Porte Médio, viu-se um arrefecimento generalizado da política estatal de caráter regional, sobretudo macrorregional, reflexo da priorização governamental de políticas macroeconômicas voltadas para a estabilidade monetária. As Cidades Médias então não estavam como prioridade nas agendas das políticas públicas. Os anos 90 significam profundas transformações no país no que diz respeito à chamada “reestruturação produtiva” em um ambiente de maior abertura comercial e um cenário político com profundas alterações no papel do Estado. Nos anos 90, o processo de globalização reascende os interesses governamentais, econômicos e também da mídia e da Academia pelo tema Cidades Médias.

Além do aspecto relativo ao tamanho populacional na definição de uma Cidade de Porte Médio, há que se considerar também um outro aspecto: o conjunto das funções urbanas e a sua ligação com a região, pois:

“...é impossível compreender a economia de uma cidade sem situá-la no contexto da rede urbana, à qual ela pertence, e sem determinar as funções especializadas que ela exerce. É o número e a importância de tais funções que determina o tamanho da cidade, o vigor de sua economia e suas perspectivas de desenvolvimento”.
(Singer, 1981; p144)

Quanto a isso, uma cidade, enquanto nó central de uma rede, exerce sua hegemonia a partir das funções e serviços que brinda, as que definem uma estrutura diferenciada de influências. Como nos diz Hurtado (2000), este nó central constitui um centro de atração (população, bens) e de emissão (informação, bens, decisão), que anima e diversificam a atividade econômica do entorno. A partir do nó principal se estabelece uma hierarquia de cidades definida pelo acesso a serviços de distinto nível, onde o bom indicador é o número de habitantes que aglutina. Em tal hierarquia, alguns centros cumprem um papel privilegiado, seja por sua localização ou por permitirem o acesso a outros centros ou então por um imperativo da administração política. O dinamismo vai depender da sinergia que desenvolvem com outros nós.

Tradicionalmente, a *Teoria das Localidades Centrais* de Walter Christaller, formulada em 1933, assume uma importância especial na medida que intenta uma análise pioneira de centros urbanos da Alemanha da década de 30, fornecendo uma rica ferramenta teórica ao estudo da hierarquia urbana. Segundo ele, havia elementos reguladores sobre o número, tamanho e distribuição das cidades; todo núcleo de povoamento contém funções centrais de distribuição de bens e serviços para a população externa à localidade, residente em sua região de influência ou área de mercado, e a centralidade desse núcleo seria revelada através da importância dos bens e serviços oferecidos – ou seja, as funções centrais. Nesse sentido, quanto maior o número de funções, maior a centralidade, a área de influência e o número de pessoas por ela atendida (IBGE, 1993; p.17). Christaller propõe o *alcance espacial máximo* (maximum range) – que se refere a uma área ditada por um raio, a partir da localidade central, dentro da qual a população se dirige à localidade na busca de consumo de bens e serviços –, e o *alcance espacial mínimo* (minimum range threshold) que diz respeito à área de entorno de uma localidade com número mínimo necessário de consumidores que possibilitassem, economicamente, a instalação da oferta de bens e serviços e uma hierarquia concernente às funções centrais.

Em face da diferenciação de centros em relação à oferta de bens e serviços, como na visão christaleriana, pode-se construir uma hierarquia entre as localidades centrais. Fundamentado nessa visão, Corrêa oferece-nos um exemplo hipotético de hierarquia urbana e funções centrais (Vide Quadro 4):

Quadro 4
Exemplo Hipotético de Hierarquia Urbana e Funções Centrais

Centros	Funções Centrais
Metrópole Regional	abcd efgh ijkl mnopqrst
Capital Regional	efgh ijkl mnopqrst
Centro Sub-regional	ijkl mnopqrst
Centro de Zona	mnopqrst
Centro local	qrst

Fonte: Corrêa, R. A rede urbana. São Paulo: Ática, 1989.

Os centros de maior porte, de acordo com o apontado no quadro por Corrêa, são os que naturalmente apresentam a maior quantidade e variedade de funções e as do tipo *a*, *b*, *c* e *d* estão apenas neles contidos, pois são funções mais raras e de menor frequência de consumo. Portanto, exigem maior distância do consumidor para o seu consumo e, por isso, maior alcance espacial máximo. À medida que vai descendo o patamar dos centros, o último, o Centro Local, de menor porte, possui menores alcances espaciais máximo e mínimo, pois o consumo de bens e serviços é feito com maior frequência. Baseado nisso, o centro maior apresenta maior área de influência e o centro menor a menor área de influência. As cidades de porte médio, em conclusão, inserem-se dentro da área de influência de uma ou mais cidades maiores e ao mesmo tempo exerce influência sobre áreas do entorno que estejam sob influência das cidades menores.

As denominações utilizadas por Corrêa – MetrÓpole Regional, Centro Local, etc – respeitando-se a mesma “lógica” da visão de Christaller quando entende a hierarquia dos centros urbanos a partir da oferta de bens e serviços e então da sua área de influência, podem ser lidas a partir de denominações tais como Cidade Grande para a MetrÓpole Regional, Cidade Média-Grande para a Capital Regional, Cidade Média-Média para Centro Sub-regional, Cidade Média-Pequena para Centro de Zona, e, Cidade Pequena para Centro Local. A hierarquia dos centros permanece a mesma, mudando-se apenas as denominações.

Mais uma diferenciação importante, especificamente relacionada às Cidades Médias é a que identifica, além do aspecto da hierarquia urbana, a situação das cidades em relação à ligação com as metrópoles. Ou seja, existem dois tipos de cidades médias: a) as *cidades médias metropolitanas* que estão vinculadas ao espaço da grande metrópole fazendo parte geralmente da grande região metropolitana e com economias e funções vinculadas a esta; e b) as *cidades médias não-metropolitanas* que se tornam centros “mais independentes” e mais ou menos

distantes da região metropolitana acumulando identidade e poder de influência sobre outras cidades e microrregiões. Estas geralmente se tornam entrepostos na relação da grande cidade com a pequena cidade, bem como com a zona rural, e, quanto maior a sua distância da grande cidade, maior será também a área de influência desta.

Quanto à importância das cidades, segundo as Nações Unidas (UNCHS, 2001), no ano 2000 a população mundial era de 6,05 bilhões, dos quais 47% viviam no meio urbano (76% nos países ocidentais industrializados contra 39% nos demais países em desenvolvimento). Destes, grande parte se localizava no espaço relativo às grandes metrópoles, porém 57% em todo o mundo vivendo nos centros com população inferior a 500.000 habitantes (Bolay et Rabinovich, 2007). Tal tamanho populacional permite dizer que as cidades pequenas e médias ainda se apresentam importantes quanto à localização da população mundial.

Em relação ao Brasil, principalmente a partir da segunda metade do século XX se viu um processo de migração populacional aos grandes centros urbanos do país, produzindo o “inchaço” desses centros. Ao analisar o período de 1940 a 1991, disse-nos Santos:

“Tomadas em conjunto, as aglomerações com mais de 100.000 habitantes, raras em 1940 – que eram apenas dezoito em todo o País – vêm seu número aumentado nos recenseamentos seguintes, alcançando 142 em 1980. Em 1991, 1983 municípios contavam com mais de 100.000 habitantes. A partir dos anos 70, parece ser esse (100.000) o patamar necessário para a identificação de cidades médias em boa parte do território nacional. A expansão e a diversificação do consumo, a elevação dos níveis de renda e a difusão dos transportes modernos, junto a uma divisão do trabalho mais acentuada, fazem com que as funções de centro regional passem a exigir maiores níveis de concentração demográfica e de atividades”. (Santos, 1993; p.73)

Um estudo de Andrade et Serra (2001; p.131) a respeito do desempenho das cidades médias no crescimento populacional brasileiro no período de 1970 a 2000, revela que em 1970 cerca de metade da população se concentrava nos municípios até 50.000 habitantes (Vide Tabela

1), enquanto que 5,1% da população se concentrava nos municípios com tamanho populacional dentre 250.000 e 500.000 habitantes, e, 8,1% nos municípios com tamanho populacional entre 500.000 e 2 milhões de habitantes.

Tabela 1
População, participação relativa na população nacional e número de municípios brasileiros, segundo sua classe de tamanho – 1970/2000

Classe de tamanho dos municípios (mil hab.)	1970			1980			1991			2000		
	Nº de munic.	Pop.	% na pop. total	Nº de munic.	Pop.	% na pop. total	Nº de munic.	Pop.	% na pop. total	Nº de munic.	Pop.	% na pop. total
< 20	2.874	26.449.064	28,0	2.758	25.361.396	21,3	3.095	28.706.549	19,6	4.022	33.493.617	19,8
Entre 20 e 50	827	24.983.054	26,4	859	26.244.838	22,1	930	28.149.883	19,2	958	28.631.758	16,9
Entre 50 e 100	157	10.433.689	11,0	236	15.627.576	13,1	281	19.233.022	13,1	303	21.004.081	12,4
Entre 100 e 250	69	9.830.063	10,4	96	14.542.928	12,2	120	18.353.034	12,5	140	21.555.843	12,7
Entre 250 e 500	14	4.776.841	5,1	24	8.208.142	6,9	40	13.535.466	9,2	53	17.985.773	10,6
Entre 500 e 2 mil	9	7.687.110	8,1	16	15.442.232	13,0	21	19.615.426	13,4	25	21.764.675	12,8
> 2 mil	2	10.302.148	10,9	2	13.583.940	11,4	4	19.222.383	13,1	6	25.108.696	14,8
Total Brasil	3.952	94.461.969	100,0	3.991	119.011.052	100,0	4.491	146.815.762	100,0	5.507	169.544.443	100,0

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991 e 2000. Baseado em Andrade et Serra (2001)

De 1970 a 2000, as menores cidades, por exemplo, com tamanho entre 20.000 a 50.000 habitantes contavam 26,4% da população em 1970 para 22,1% em 1980, 19,2% em 1991 e 16,9% em 2000. No mesmo período as cidades com tamanho entre 500.000 e 2 milhões de habitantes, passavam a contavam em 1970 os 8,1% da população nacional, variando para 13% em 1980, 13,4 em 1991 e 12,8 em 2000. Entretanto, as cidades médias, com tamanho populacional entre 250.000 e 500.000 habitantes, contavam 5,1% da população nacional em 1970, passando para 6,9% em 1980, 9,2% em 1991 e finalmente 10,6% no ano 2000, portanto duplicando a população em quatro décadas.

Em 2000, o Censo do IBGE já notava que o retrato da hierarquia de cidades no Brasil era o seguinte: formado por 5.507 municípios, o país tem a maior parte da população concentrada nas grandes cidades, onde os 31 maiores municípios do país concentram 27,6% da população total, enquanto que nos menores municípios (população inferior a 50.000) situa-se 36,6% da população total, e, nos municípios médios (entre 50 mil e 500 mil habitantes) estão 35,7% da população total. Tais cidades médias, contendo 1/3 da população do país passam a ter importante destaque dentro da rede urbana em 2000.

Tabela 2
Crescimento absoluto e participação dos municípios brasileiros no crescimento populacional urbano nacional, segundo classes de tamanho dos municípios – 1970/2000

Classe de tamanho dos municípios (mil hab.)	1970/1980		1980/1991		1991/2000	
	Crescimento absoluto (mil hab.)	% no cresc. nacional	Crescimento absoluto (mil hab.)	% no cresc. nacional	Crescimento absoluto (mil hab.)	% no cresc. nacional
< 20	-1.087.668	-4,4	3.345.153	12,0	4.787.068	21,1
Entre 20 e 50	1.261.784	5,1	1.905.045	6,9	481.875	2,1
Entre 50 e 100	5.193.887	21,2	3.605.446	13,0	1.771.059	7,8
Entre 100 e 250	4.712.865	19,2	3.810.106	13,7	3.202.809	14,1
Entre 250 e 500	3.431.301	14,0	5.327.324	19,2	4.450.307	19,6
Entre 500 e 2 mil	7.755.122	31,6	4.173.194	15,0	2.149.249	9,5
> 2 mil	3.281.792	13,4	5.638.443	20,3	5.886.313	25,9
Total Brasil	24.549.083	100,0	27.804.710	100,0	22.728.681	100,0

Fonte: IBGE/Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991 e 200. Baseado em Andrade et Serra (2001)

Ao mesmo tempo, dizem-nos Andrade et Serra (2001; p.134), a dinâmica do crescimento das cidades pode ser notado pela participação de cada classe de tamanho dos centros no crescimento populacional urbano nacional nas últimas décadas (Vide Tabela 2). Os municípios menores (menos de 20.000 habitantes) apresentaram decréscimo populacional de -4,4% de 1970 a 1980, crescimento de 12% de 1980 a 1991 e de 21,1% de 1991 a 2000. Os municípios médios (entre 250.000 e 500.000 habitantes) apresentaram crescimento 14% entre 1970 e 1980, 19,2% entre 1980 e 1991 e 19,6% entre 1991 e 2000. Os municípios com população entre 500.000 e 1 milhão de habitantes, no entanto, apresentaram crescimento populacional de 31,6% entre 1970 e 1980, 15% entre 1980 e 1991 e 9,5% entre 1991 e 2000. Os municípios maiores com população maior do que 2 milhões de habitantes, apresentaram crescimento populacional de 13,4% entre 1970 e 1980, 20,3% entre 1980 e 1991 e 25,9% entre 1991 e 2000. Acompanhando

os maiores centros urbanos do país, os municípios médios protagonizaram relativa liderança no que concerne ao crescimento da população nacional.

Diante do exposto, pode-se concluir que as Cidades de Porte Médio assumem um importante papel na rede urbana. São nós, centros de região, conformando um sistema de cidades e atuam como concentradoras de atividades econômicas e sociais. Além disso, têm apresentado relativo protagonismo na participação do crescimento populacional urbano e portanto no processo de urbanização por que passa o mundo e também o Brasil.

Diante das transformações ditadas pelo sistema econômico capitalista, tais cidades acumulam funções especiais e concentram atividades principalmente ligadas ao setor terciário. A respeito desse tema, faremos apreciações mais detidas no capítulo que se segue.

2

2 A REVOLUÇÃO DO TERCIÁRIO E O ESPAÇO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 O Retrato de Uma Nova Dinâmica Econômica

2.2 O Setor de Serviços

2.3 E os Serviços de Saúde



2 A REVOLUÇÃO DO TERCIÁRIO E O ESPAÇO DOS SERVIÇOS

2.1 O Retrato de Uma Nova Dinâmica Econômica

Harvey tratou as mudanças ocorridas na segunda metade do século XX como uma transformação político-econômica do capitalismo, amparado na hipótese de que os eventos que revelam as mudanças representam uma transição no regime de acumulação e no modo de regulação social e política a ele associado (Harvey, 1996; p.118), que chegaria a uma mudança do padrão sócio-econômico do pós-guerra (fordismo-keynesianismo) em direção a um outro regime de “acumulação flexível” então baseado na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo (Harvey, 1996; p.141).

O Fordismo, que pode ser situado historicamente a partir de 1914, quando Henry Ford declarou seu dia de 8 horas e 5 dólares (five dollars day) como recompensa aos trabalhadores da linha de montagem de carros em Dearbon, Estados Unidos, caracterizou-se pela maneira nova de racionalizar as linhas de montagem e pela rigidez quanto à forma corporativa de organização dos negócios, à produção em massa e às relações de trabalho. Foi a face do capitalismo pesado. Como disse Bauman; *"entre os principais ícones dessa modernidade estavam a fábrica fordista, que reduzia as atividades humanas a movimentos simples, rotineiros e predeterminados, destinados a serem obediente e mecanicamente seguidos, sem envolver as faculdades mentais e excluindo toda espontaneidade e iniciativa individual"* (Bauman, 2001; p.33-34). O Fordismo combinou alta racionalização (principalmente da produção), centralização e integração vertical com sindicatos nacionais, expansão do Estado, burocratização e controle excessivo de “cima para baixo” e, em paralelo, a adoção de políticas keynesianas no controle fiscal e na intervenção econômica do mercado via planos sócio-econômicos. Encontrando maior ápice no período posterior à Segunda Grande Guerra, diante dos anos dourados do progresso capitalista, o Fordismo deparou-se com séria crise em meados dos anos 70, enfraquecendo-se e expondo sérias contradições. Quando da aguda recessão de 1973 (crise do petróleo), o Fordismo sentiu-se ainda mais abalado e um processo de transição rápido, do regime de acumulação, teve início (Harvey, 1996; p.134); ou seja, a passagem do Fordismo à *Acumulação Flexível*.

A partir de então as mudanças econômicas deram início a transformações inerentemente à organização da produção; os mercados se apresentavam mais diversificados; investimentos em tecnologia do processo produtivo e em maior flexibilidade contra à dispendiosa produção em massa fordista; e, introdução de novos métodos de trabalho também mais flexíveis. A despeito da acumulação flexível, que foi marcada pelo confronto direto com o Fordismo, explicou Harvey:

“Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, (...) envolve um novo movimento que chamarei de ‘compressão espaço-tempo’ no mundo capitalista – os horizontes temporais da tomada de decisões privada e pública se estreitaram, enquanto a comunicação via satélite e a queda dos custos de transporte possibilitaram cada vez mais a difusão imediata dessas decisões num espaço cada vez mais amplo e variado” (Harvey, 1996; p.140)

Segundo Santos, após a Segunda Guerra, especialmente a partir dos anos 70, houve o aparecimento do que ele chamou de *meio-técnico-científico-informacional* que se fez da união entre a técnica, a ciência e o desenvolvimento do mercado capitalista, legando novíssimas manifestações geográficas (Santos, 2002; p.238). A mudança secular do meio geográfico fez-se através do saída do primeiro período (meio natural), caracterizado pela dependência do homem em relação à oferta pela natureza dos bens à sua sobrevivência e sem alterá-la profundamente; passando pelo segundo período (meio técnico) onde o homem encontrou na mecanização a maneira de intervir mais fortemente na natureza; até chegar ao terceiro período (meio técnico-científico-informacional). Os sistemas técnicos, ou seja, as técnicas funcionalmente integradas ao corpo do macro-sistema social e dele se originando historicamente, têm sido por ora de rápida difusão sob o signo da revolução tecnológica, apresentando-se praticamente inevitáveis, aparentemente irreversíveis e operando em vários lugares. Para que isso funcionasse, houve a

emergência comum do que Santos chamou de unicidade técnica, de uma unidade do tempo (com a convergência dos momentos) e de uma unidade do motor da vida econômica, ou seja, a produção de uma inteligência planetária (Santos, 2002; p.189), ou, então, de uma unidade em tempo real, em escala planetária (Castells, 2001; p.111). Só assim a globalização se manifestaria enquanto tal como caminho único ao qual a história escolheu seguir.

Atualmente, o *local* passa a ser extremamente articulado com o *global*, senão, sendo ele o espaço globalizado em si mesmo e incorporando os símbolos de um multiculturalismo “mundializado”. Com isso, “...graças aos progressos técnicos e às formas atuais de realização da vida econômica, cada vez mais as redes são globais: redes produtivas, de comércio, de transporte, de informação” (Santos, 2002; p.269).

A configuração de uma sociedade em rede, da qual nos falou Castells (2001), fez-se a partir da revolução tecnológica e do paradigma da economia informacional, construindo-se o chamado espaço de fluxos, como já dito. A nova economia, aliada à circulação do capital que funciona com toda a liberdade além das fronteiras das nações envolvidas, é movida pelo gerenciamento de mercados financeiros globalmente integrados, e ainda mais facilitada pela facilidade de fluxo informacional. A mão-de-obra passa a ser também um recurso global, onde a especialização de pessoal passa a ser um recurso que marca a competitividade entre as empresas. O investimento em ciência e tecnologia compõe um elemento estratégico de desenvolvimento de vantagens competitivas. E, ainda, no que tange ao gerenciamento da produção e distribuição, “...o processo produtivo incorpora componentes produzidos em vários locais diferentes, por diferentes empresas, e montados para atingir finalidades e mercados específicos em uma nova forma de produção e comercialização: produção em grande volume, flexível e sob encomenda” (Castells, 2001; 114), configurando, pois, um conjunto de redes produtivas transnacionais. Em suma, a estrutura da economia global se produz através da capacidade de inovação e desenvolvimento científico e tecnológico; do acesso a um grande mercado afluente (como União Européia ou os Estados Unidos); de maior conhecimento acerca do diferencial entre os custos de produção no local da produção e os preços do mercado de destino; e, das vantagens competitivas favorecidas pelas instituições políticas nacionais e supranacionais com o intuito de impulsionar a estratégia de crescimento desses países ou das regiões sob sua jurisdição (Castells, 2001; p.121-123). Nesse sentido, disse-nos Castells:

“A economia global resultante da produção e concorrência com base informacional caracteriza-se por sua interdependência, assimetria, regionalização, crescente diversificação dentro de cada região, inclusão seletiva, segmentação excludente e, em consequência de todos esses fatores, por uma geometria extraordinariamente variável que tende a desintegrar a geografia econômica e histórica” (Castells, 2001; p.123)

Sassen, por sua vez, falou em nascimento de uma nova economia urbana como interseção dos processos globais com a localidade e que estaria apontando para dois processos; o primeiro, relativo ao crescimento da globalização da atividade econômica, e, o segundo, derivado daquele, em relação à questão da escala e da complexidade das transações internacionais, ao crescimento das atividades de serviços (Sassen, 1998; p.75).

“O processo básico (...) é a crescente demanda de serviços por parte das empresas em todas as indústrias e o fato de que as cidades são os locais preferidos de produção para tais serviços, seja em nível regional, nacional ou global” (Sassen, 1998; p.76).

O crescimento do setor terciário, na forma dos serviços, fez-se através da revelação, principalmente a partir dos anos 70, de um revolucionário processo de “desindustrialização” no conjunto das bases produtivas do mundo capitalista, sobretudo dos países desenvolvidos. Os setores primário (agropecuária) e secundário (indústrias), muito embora ainda existentes e importantíssimos à dinâmica econômica, legaram nas últimas décadas espaço ao protagonismo do setor terciário (comércio e serviços)¹⁵ que passa a exercer liderança sobretudo na alocação para si da maior parte da população economicamente ativa.

Sassen já apontara que os empregos no setor de serviços foram os que mais cresceram no final do séc. XX nos países desenvolvidos (Sassen, 1998; p.79). Nos Estados Unidos, por exemplo, passou de 76,8 milhões de empregados no setor, em 1970, para 116,9 milhões em

¹⁵ A classificação de tais setores econômicos será analisada no seguinte sub-capítulo quando será tratado especificamente do setor de serviços.

1991, enquanto que no setor de manufaturados passou de 19,9 para 20,4 milhões. No Japão, em mesmas épocas, os empregados na prestação de serviços passaram de 2,5 para 5,9 milhões. Na França de 1 em 1968 para 2,2 milhões em 1989. No Reino Unido, o setor de prestação de serviços mais do que dobrou, passando de 1,2 em 1970 para 2,6 milhões de empregados em 1992. E, no Canadá, triplicou; passando de 0,5 em 1971 para 2,6 milhões de empregados no setor de prestação de serviços em 1992 (Sassen, 1998; p.79-83).

Um processo semelhante aconteceu no caso brasileiro. Como assinalou Kon, a despeito da evolução do terciário no Brasil, tendo tais atividades como característica básica a simultaneidade entre o fornecimento do serviço e consumo, ou seja, tais etapas estão contidas em espaços de tempo coincidentes que faz com que os produtos desses serviços não se revista de caráter aparentemente durável (Kon, 1996 ; p.3), desde o início do período de industrialização brasileira da década de 50 até a última década do século XX, o setor terciário veio assumindo relativo destaque no conjunto dos setores econômicos (Vide Tabela 3).

Tabela 3
Participação Percentual do PIB Segundos os Setores Econômicos na Segunda Metade do Séc. XX – Brasil

Setores	1950	1960	1970	1980	1983	1990	1994
Primário	26,6	22,6	10,2	13,0	9,8	9,1	13,0
Secundário	23,6	25,2	36,3	34,0	33,5	34,3	34,3
Terciário	49,8	52,2	53,5	53,0	56,7	56,6	52,7
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Fundação Getúlio Vargas e IBGE.

O setor primário e a indústria sempre tiveram seu papel importante, mas maior parte do PIB nacional resultou das atividades ligadas ao setor terciário; este passou de 49,9% em 1950 para o ápice de 56,7 em 1983 e permanecendo em 52,7% em meados dos anos 90, especificamente no ano de 1994. No início da década de 80, o crescimento econômico geral do país entrou em crise, o que afetou vários setores, porém o terciário ainda assim manteve seu crescimento, embora inferior aos anos anteriores, como mostra a Tabela 3. No entanto, a partir de 1984 até o final da década, com relativa recuperação da economia nacional, os serviços cresceram quase 4% ao ano em comparação aos 3,3% do crescimento médio anual do país (Kon, 1996 ; p.20).

A nova economia incorpora então características que colocam o terciário no palco das transformações da sociedade. A maior flexibilidade lega espaço ao setor de serviços e este acumula forças em relação à economia urbana contemporânea.

2.2 O Setor de Serviços

As transformações na organização dos sistemas e estruturas produtivas das nações capitalistas, nas últimas décadas, têm envolvido mudanças nas relações sociais de produção e na produção do espaço. Pode-se destacar, grosso modo, o processo de “desindustrialização” e inerentemente o de crescimento do *Setor de Serviços*.

Uma nova face da economia se forma e a intensificação e a aceleração da “indústria de serviços” nas economias mundiais se ligam ao processo de mundialização observado na dinâmica capitalista, e, a acumulação de capital avança por meio da transnacionalização produtiva e da capacidade da economia global de funcionar em tempo real, como uma unidade, em escala planetária (Kon, 2006; p135).

Por causa da heterogeneidade desse setor – o terciário em geral e dentro deste o de serviços –, contendo um enorme leque de atividades, é necessário explicitar o que eles significam e abrangem.

É comum na literatura sobre o setor terciário adotar-se uma divisão clássica de tipologias econômicas, apresentada por C. Clark em 1957¹⁶, que também pode ser entendida como circuitos produtivos ou níveis de atividades de reprodução do capital. A saber, essa tipologia se divide em: a) *setor primário* (extrativismo, agricultura, pecuária); b) *setor secundário* (indústrias, ou seja, produtos primários e produção de bens de consumo); e c) *setor terciário* (comércio e serviços).

A título de localização histórica breve, Castilho diz que a despeito dos estudos clássicos feitos por pioneiros acerca das atividades terciárias, como C. Clark, A. Fisher e D. Bells nos EUA ou J. Fourastié na França, tais atividades foram, por muito tempo, desprezadas por vários especialistas (Castilho, 1998; p.1). Conforme aponta Meirelles, os serviços, em especial, eram considerados por Adam Smith como atividades improdutivas (Meirelles, 2006; p.121) – tal consideração está relacionada a uma visão material do processo de valorização do capital, ou seja, o trabalho produtivo “...é todo trabalho reprodutível, que forma uma reserva de valor, concreta e material, de modo a possibilitar a acumulação de riqueza” (Meirelles, 2006, p.121) e o trabalho é improdutivo quando “...não acumula riqueza, não se fixa em nenhum objeto ou bem físico concreto e material, não forma uma reserva de valor que possibilite a aquisição de novos

¹⁶ CLARK, C. *The conditions of economic progress*. 3ed. Londres: MacMillian, 1957.

bens e/ou serviços. Este é o caso das atividades de serviço, essencialmente intangíveis” (Meirelles, 2006; p.121) – além do mais são os serviços, na visão de Smith, de baixa rentabilidade. Para Karl Marx, não é a materialidade que define se determinada atividade é produtiva ou improdutiva, mas sim as relações sociais que são importantes – a capacidade de geração de mais-valia, sob a forma de lucros, é que define se uma atividade é ou não produtiva, seja ela de produção de bens ou de serviço (Marx, 1867, apud Meirelles, 2006; p.122). Aos utilitaristas, no entanto, os serviços, então criadores de utilidades, são todos produtivos:

“Ao conceber o valor do ponto de vista da satisfação das necessidades humanas, ou seja, a partir do valor de uso, os utilitaristas inevitavelmente acabam incluindo os serviços como componentes fundamentais do sistema econômico, pois, assim como os bens materiais, os serviços respondem por uma parte significativa das necessidades humanas” (Meirelles, 2006; p.123).

Assinala Meirelles que os utilitaristas assim consideram os serviços, porém existem diferenças entre os vários autores.

Já na visão keynesiana, diz-nos Kon, qualquer atividade que forneça uma recompensa monetária é considerada como útil e produtiva (Kon, 2004).

Acerca da visão contemporânea, diz-nos Meirelles que os serviços são abordados de um lado por autores cuja leitura está centrada nas características de oferta e, por outro lado, por autores que consideram as características de consumo¹⁷. Na análise dos *serviços pela oferta* definem-se três características que diferenciam os serviços das demais atividades econômicas; a) fluxo: relacionado à simultaneidade e continuidade do processo de prestação de serviço; b) variedade: refere-se à diversidade de técnicas produtivas e às diferenças no tamanho e na margem de lucro das empresas prestadoras de serviço; e c) uso intensivo de recursos humanos: a natureza relacional da atividade depende essencialmente de recursos humanos principalmente porque serviço é uma atividade profundamente interativa. Na análise *serviços por consumo*, no entanto, ligam-se eles em geral à finalidade e ao uso em si mesmos, podendo ser ora: d) serviços

¹⁷ Segundo Meirelles, tais características são identificadas em THOMAS, G. (1967) “Manpower Problems in the Service Sector”. International Seminars Paris: 1966-2, OECD, 1967.

intermediários ou produtivos (orientados para o desenvolvimento das atividades produtivas da indústria e das empresas); ou então, e) serviços finais (para uso individual e coletivo). Acrescenta ainda Meirelles que há uma fragilidade teórico-metodológica nas visões contemporâneas devido à falta de unidade teórica e analítica, e, também, chama a atenção para, com o avanço da economia, às abordagens aliadas às inovações tecnológicas e à eficiência da adoção de técnicas gerenciais e de controle profissionais avançados (Meirelles, 2006; p.127).

Por causa das mudanças contemporâneas nas características técnicas e econômicas dos serviços, acrescenta Meirelles, estes dão espaço às visões e classificações que se centram em características de oferta e consumo, bem como de organização e de produção dos serviços (Meirelles, 2006; p.127-128). Oferece-nos a autora (Vide Quadro 5), baseada em Gershuny et Miles (1993), um quadro-resumo de algumas características e atributos dos serviços.

Quadro 5
Características e atributos dos serviços

Processo de produção	<ul style="list-style-type: none"> - Pesados investimentos em prédios e construções: necessidade de espaço físico para a integração produtor-usuário. - Alguns são intensivos em mão-de-obra especializada e altamente qualificada, outros não. - A organização do processo de trabalho é sempre problemática porque é difícil controlar e administrar o processo nos mínimos detalhes.
Produto	<ul style="list-style-type: none"> - Intangível e intensivo em informação. - Inestocável e de difícil transporte. Processo e produto são praticamente indistinguíveis. - Quase sempre customizado, atendendo especificidades do mercado consumidor.
Consumo	<ul style="list-style-type: none"> - A produção e o consumo são instantâneos no tempo e no espaço. - A produção depende de especificações do consumidor quanto a <i>design</i> e ao próprio processo de produção.
Mercado	<ul style="list-style-type: none"> - A organização do mercado varia, desde serviços públicos administrados pelo governo até serviços privados operados em pequena escala por empresas familiares. - Via de regra há dispositivos e mecanismos institucionais de regulação do mercado, com o objetivo de proteger o consumidor e orientá-lo nas suas decisões de consumo, tendo em vista a dificuldade de demonstração dos produtos antecipadamente.

Fonte: Inspirado em Gershuny et Miles (1993), Apud Meirelles (2006; p.128)

Para Lovelock et Wright, há duas definições que capturam a “essência” dos serviços. Primeiramente, estes são considerados com um ato ou desempenho oferecido por uma parte a outra. Embora esteja o processo ligado a um produto físico, o desempenho é intangível. E a

segunda definição entende os serviços como atividades econômicas que criam valor e fornecem benefícios a clientes em tempos e lugares específicos (Lovelock et Wright, 2002; p.5).

Kon (2004), por sua vez, diz que as definições mais recentes de serviços se resumem em quatro linhas: a) indústria de serviços, como a que produz serviço no lugar de bens (ex.: transportes, comércio, seguros, etc); b) serviços são bens de consumo ou intermediários intangíveis; c) serviços são o componente do Produto Interno Bruto (PIB), que mede o produto de itens intangíveis; e d) o serviços referem-se a bens intangíveis e são consumidos, na maioria das vezes, no momento da sua produção.

Segundo afirma Kon (2004), a maioria dos países baseia suas classificações na “*Standard Industrial Classification*” (ISIC), formulada por um grupo de especialistas reunidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) para esse fim e classificaram os serviços em quatro tipos: distributivos; sem fins lucrativos; às empresas; e, ao consumidor. A esse respeito, diz Meirelles (2006; p.127) que tal classificação apresenta uma metodologia de cunho eminentemente industrial e derivada de uma visão essencialmente material (tangível) da economia, tratando as atividades de serviços como uma categoria residual, abarcando uma variada gama de atividades sem nenhum nexos conceitual ou analítico. E por isso, surgem alguns equívocos quanto à classificação de alguns serviços, impedindo de classifica-los de acordo com as mudanças no processo de produção e a variedade de funções que decorrerem da dinâmica da economia contemporânea.

No caso do Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para a sua “Pesquisa Anual de Serviços” (PAS), que se baseia da Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE, classifica os serviços em: a) Serviços prestados às famílias; b) Serviços prestados às empresas; c) Serviços de informação; d) Transportes, serviços auxiliares e correio; e) Atividades imobiliárias e aluguel de bens; e f) Outros serviços (Vide Quadro 6). Com tal classificação, o Instituto intenta abarcar maior parte das atividades do setor com vistas a construir um sistema de informações para elaboração de estimativas e possibilitar a identificação da estrutura básica dessas atividades no país, a sua distribuição espacial e as suas transformações no tempo.

Quadro 6
Classificação dos Serviços - PAS/IBGE

Serviços prestados às famílias	Alojamento Alimentação Serviços recreativos e culturais Serviços pessoais
Serviços prestados às empresas	Serviços técnico-profissionais Seleção e locação de mão-de-obra Serviços de investigação, vigilância e segurança Serviços de limpeza em prédios e domicílios
Serviços de informação	Telecomunicações Atividades de informática Serviços audiovisuais
Transportes, serviços auxiliares e correio	Transporte ferroviário/metroviário Transporte rodoviário Transporte aquaviário Transporte aéreo Serviços auxiliares Correio
Atividades imobiliárias e aluguel de bens	Incorporação, compra e venda de imóveis Administração, corretagem e aluguel de imóveis Aluguel de veículos, máquinas e objetos pessoais e domésticos
Outros serviços	Serviços auxiliares financeiros Representantes comerciais e agentes do comércio Manutenção e reparação Outras atividades de serviços

Fonte: Pesquisa Anual de Serviços / IBGE, 2002

Meirelles (2006; p.129) analisa algumas propostas de classificação dos serviços onde vários autores expõem, cada um à sua maneira, como os serviços se classificam e quais os critérios para tais classificações – Nusbaumer (1984), por exemplo, se baseia num critério de funções desempenhadas e na posição ocupada no circuito de produção e troca, e, classifica os serviços em: a) Serviços primários: fornecidos pelos fatores de produção em todas as atividades econômicas; b) Serviços intermediários: relacionados à comercialização e distribuição de bens e outros serviços; e c) Serviços finais: relacionados ao bem-estar e à qualidade de vida dos consumidores finais, englobando inclusive os serviços públicos de segurança, saúde e educação. Marshall (1988), baseado no conteúdo de expertise e na função desempenhada, classifica os serviços em: d) Serviços de processamento de informações; e) Serviços relacionados à produção de bens e mercadorias; e f) Serviços de suporte às necessidades pessoais. Walker (1985), baseado no critério do vínculo estabelecido no processo produtivo e no resultado final, classifica os serviços em: g) Serviços de suporte à produção de mercadorias cujo resultado é um produto concreto e palpável; h) Serviços de circulação de mercadorias, trabalho, dinheiro e informação e

serviços relacionados à aluguel e transferência de propriedade de ativos; i) Serviços baseados essencialmente em trabalho; e j) Serviços governamentais.

Segundo revisão bibliográfica realizada por Castilho acerca da dinâmica sócio-espacial dos serviços (Castilho, 1998; p.17), estes podem ser classificados de acordo com a “natureza filosófica” de suas atividades ou de acordo com as necessidades concretas da sociedade capitalista.

Em relação à primeira classificação, podem ser entendidos como:

- a) *Serviços de interesse econômico* (ou privados) – geralmente organizados conforme a dinâmica do mercado e com o objetivo do lucro e localizando-se em lugares com certas vantagens econômicas, o que decorre em efeitos sociais concentradores. Como exemplo podemos citar as atividades ligadas à gestão de negócios, finanças, engenharias, divulgação de produtos, etc.
- b) *Serviços de interesse social* (ou públicos)– espacialmente organizados de forma desconcentrada, visam principalmente assegurar a oferta à sociedade em geral, por meio da lógica da distribuição de renda gerada coletivamente e pelo sistema fiscal. Como exemplo podemos citar os serviços oferecidos em geral pelo Estado.

Segundo Castilho, em relação a esses dois tipos de serviços; aqueles de interesse social, quando geridos pela dinâmica do mercado e visam o lucro, podem tornar-se serviços de interesse econômico, como no caso de escolas, saúde e segurança. E, por causa disso, concentram-se em geral próximos ao seu mercado consumidor (Castilho, 1998; p.20). Quando prestados por instituições religiosas, por exemplo, podem vir a apresentar características, *pari passu*, de serviços de interesse social e de interesse econômico – isso dependendo de como a instituição visualiza o seu público-alvo.

Ainda conforme Castilho (1998; p.21-22), em relação à necessidade concreta da sociedade, os serviços podem ser classificados de duas formas; primeiro, de acordo com a localização da demanda social e, segundo, de acordo com o nível de centralidade espacial. No que se refere à localização da demanda social, os serviços podem ser: a) *Serviços banais* – mais numerosos e mantendo vínculos estreitos com a proximidade social; ou b) *Serviços raros ou*

especializados – de localização específica, a sua distribuição espacial não depende exclusivamente da proximidade com a clientela, mas mormente com os níveis de centralidade espacial e da influência política, econômica e cultural. No que se refere ao nível de centralidade espacial, os serviços podem ser: c) *Serviços de comando* – geralmente ligados ao poder decisão centralizado, como no caso de poderes político-administrativos, sedes de empresas, etc; d) *Serviços básicos* – buscam atender às demandas básicas da sociedade, assemelhando-se aos serviços banais, e seguem o movimento espacial dos demais setores da economia, tais como escolaridade obrigatória, saúde básica, serviços postais, etc; e e) *Serviços de atração* – potencializam ainda mais a atratividade de lugares com potenciais forças de atração, tais como lugares para eventos e congressos, feiras, festas, etc.

Outra proposta de classificação dos serviços foi a apresentada por Castells (2001; p.229), baseando-se em Singelmann, através de uma visão estruturalista do emprego, quando explicita quatro tipos de serviços: a) *Serviços de distribuição*: relacionadas tanto à distribuição comercial (varejo e atacado) como às atividades de comunicação e transporte; b) *Serviços à produção*: relacionados tanto aos serviços que parecem ser insumos cruciais na economia quanto aos serviços empresariais auxiliares; c) *Serviços sociais*: relacionados a todo um campo de atividade pública e ao consumo coletivo; e d) *Serviços pessoais*: relacionados ao consumo individual.

No entanto, além das diversas classificações dos serviços, é importante acentuar algumas transformações que ocorrem internamente ao ambiente dessas atividades, principalmente no que concerne à dinâmica capitalista. E, quanto a isso, como apontam Lovelock et Wright, os serviços estão passando atualmente por um período de mudança quase revolucionária (Lovelock et Wright, 2002; p.8). As causas dessas mudanças remontam, algumas, há alguns anos atrás e, outras, a uma cadeia de eventos relativamente recentes. Tais mudanças se referem a:

- Mudança dos padrões de regulamentação governamental: ou seja, relaxamento de regulamentos sobre comércio e serviços em geral, permitindo maior competitividade; derrubada de barreiras ao ingresso de novas empresas, além de flexibilização das restrições geográficas à prestação de serviços, e, liberdade de competição em termos de preços.
- Relaxamento das restrições das associações profissionais ao marketing de serviços: elimina ou relaxa proibições sobre atividades de propaganda e promoção de serviços.
- Privatização de serviços públicos e sem fins lucrativos.

- Inovações tecnológicas: alterando a forma como os serviços são negociados, a escala de atuação das empresas e instituições envolvidas, a engenharia dos serviços e valorizando a importância das telecomunicações e da informática.
- Internacionalização e globalização: exigindo e aumentando a competitividade entre as empresas na oferta dos serviços e derrubando barreiras formais do Estado à entrada de empresas estrangeiras em territórios nacionais.
- Pressões para o aumento da produtividade: redução de custos; uso de tecnologia para substituição de mão-de-obra; reengenharia dos processos de produção, gestão, distribuição e negociação.
- Movimento pela qualidade dos serviços: em virtude de uma demanda mais existente, e, favorecendo também ao sucesso na competição.
- Expansão de empresas de *Leasing* e Aluguel: os clientes podem usar um produto físico sem possuí-lo de fato.
- Fabricantes como fornecedores de serviços: Serviços suplementares que antes se destinavam a ajudar na venda de equipamentos, tais como consulta, crédito, transporte, instalação, etc, são agora oferecidos como serviços que visam seus próprios lucros, mesmo a clientes que escolheram comprar equipamentos de concorrentes.
- Pressões sobre organizações públicas e sem fins lucrativos para que descubram novas fontes de renda.
- Contratação e promoção de gerentes inovadores: ou seja, maior atenção à formação de pessoal.

Outro aspecto importante a ser considerado é o referente à relação dos serviços com o espaço das cidades. O conjunto de atividades econômicas que o compõem podem achar-se ora concentradas outrora desconcentradas, ora respeitando a centralização objetiva oferecida por uma cidade outrora se situando dispersos no espaço regional no qual ela se situa.

Quanto a isso, Castilho (1998; p.23) nos diz que as atividades em geral de elevado nível técnico, científico e informacional, como os serviços altamente especializados e sofisticados, se instalam normalmente de modo concentrado, enquanto que aqueles banais, “comuns”, fáceis de serem encontrados, se instalam espacialmente desconcentrados.

Seguindo assim a visão christaleriana, os serviços mais raros apresentam-se nas cidades maiores fazendo com essas tenham maior área de influência, e os serviços menos raros se

apresentam – além de nestas cidades grandes – nas de níveis menores onde passam a assumir menor área de influência.

Com isso, a concentração dos serviços em uma cidade passa a ser um aspecto que evidencia, portanto, o poder de atração, de centralização e de polarização do centro urbano considerado, e, por isso mesmo, o retrato da hierarquia urbana. Os serviços de saúde, por sua vez, seguindo essa mesma “lógica”, situam-se concentrados nas cidades, também mais ou menos raros, buscando atender a demandas específicas e revelando uma hierarquia de centros.

2.3 E os Serviços de Saúde

Os *Serviços de Saúde* se referem, de maneira geral, ao conjunto de atividades situadas em torno de estabelecimentos especializados (hospitais, postos de saúde, etc), que tem como objetivo o atendimento às necessidades imediatas de amparo à saúde coletiva e a melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

Entendemos *Estabelecimentos de Saúde*, com base no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), como sendo a denominação dada a qualquer local destinado a realização de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, qualquer que seja o seu porte ou nível de complexidade. Ou seja, o Estabelecimento de Saúde poderá ser tanto um hospital de grande porte, quanto um consultório médico isolado ou, ainda, uma Unidade de Vigilância Sanitária ou Epidemiológica.

Como os demais serviços que compõem o conjunto de atividades oferecidas pela sociedade em geral, podem apresentar um fim econômico ou um fim voltado à assistência pública por parte do Estado. Podemos considerar o já destacado por Castilho, ao diferenciar serviços em geral nos dois tipos – público e privado –, segundo a “natureza filosófica”, em que aqueles *serviços públicos* se organizam de forma desconcentrada no espaço, visando principalmente assegurar a oferta à sociedade em geral, por meio da lógica da distribuição de renda gerada coletivamente e pelo sistema fiscal. E, os *serviços privados* se organizam conforme a dinâmica do mercado e com o objetivo do lucro, localizando-se em lugares com certas vantagens econômicas, o que decorre em efeitos sociais concentradores. Assim, os serviços de saúde podem estar organizados em uma complexa rede de provedores e financiadores que abarcam os segmentos público e privado.

Além disso, os serviços de saúde obedecem a uma lógica de demanda social que lhe dá significado de existência e situação. Iunes (2002), por exemplo, nos diz como podemos entender o conceito de demanda relacionado à saúde. Primeiramente, o autor define a demanda por um bem ou serviço como sendo “...a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias.” (Iunes, 2002; p.99). Daí se pode localizar um primeiro ponto que é o relacionado a uma estrutura de preferências que traz relativa satisfação ao indivíduo consumidor ou demandante. Pressupõe-se, nesse sentido, que os indivíduos decidem atender às suas necessidades mediante atitude

racional e clareza de definição e, além do mais, não estruturam suas preferências de maneira contraditória. O nível de utilidade do bem ou serviços estará ligado, portanto, ao grau de satisfação que lhe possa ser oferecido. O outro ponto é o relacionado aos limites de consumo dos indivíduos no que se refere às suas restrições orçamentárias.

No entanto, vários fatores contribuem ainda para influenciar no consumo de bens e serviços, principalmente os ditos privados: a) a estrutura de preferências do indivíduo; b) a qualidade do produto ou serviço percebida; c) o preço do produto ou serviço desejado; d) o preço de outros produtos ou outros serviços; e, e) a renda do consumidor ou demandante.

Sem querer adentrar na discussão estritamente econômica, é válido comentar que dentre os fatores citados, o preço é um dos maiores determinantes do consumo dos bens e serviços privados em geral, pois, como mostra a curva de demanda na Figura 2, existe uma relação inversa entre o preço e a quantidade que o consumidor deseja adquirir – em outras palavras, quanto maior o preço de um bem ou serviço, menor a renda que representa a demanda existente. Além disso, se então alguns produtos ou serviços podem ser substituídos por outros do mesmo tipo, quando se eleva o preço de um produto A, o indivíduo buscará o menor preço, ou seja, o B. E, quando tais produtos são complementares, sendo A e B como bens ou serviços conjuntos, o aumento ou diminuição do preço de um influenciará no aumento ou diminuição da demanda e preço do outro.

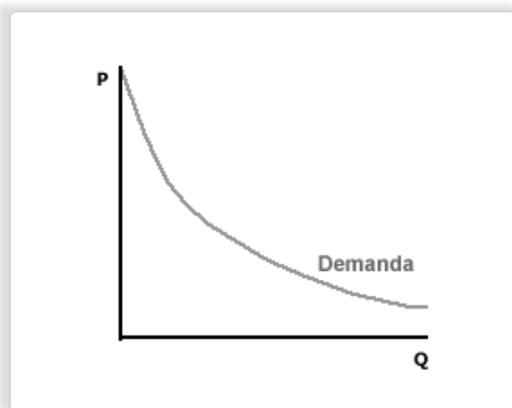


Figura 2: Curvas de demanda.

Quanto à demanda em saúde, especificamente, Iunes (2002; p.111) cita o artigo de Kenneth Arrow (Prêmio Nobel de Economia), intitulado “*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*”, onde este autor aponta que o setor de saúde apresenta certas

particularidades que o diferenciam de outras atividades econômicas. A saber: a) a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível, nunca se sabe quando será demandado; b) a demanda ocorre em um momento anormal, o de doença, impedindo a racionalidade de decisão do indivíduo consumidor; c) há risco tanto ao consumidor-paciente, devido à incerteza de experiências anteriores, uma vez diante da imprevisibilidade do usufruto do serviço, como também ao mercado; d) a existência de um elo de confiança entre médico e paciente e a conduta daquele é determinada pela necessidade deste, e não simplesmente por capacidade econômica de pagamento; e) a ética médica condena propaganda e competição aberta entre médicos; f) a entrada de profissionais do setor de saúde é limitada a requisitos como cursos, especializações, residências, etc; g) mercado de atenção médica caracterizado pela cobrança diferenciada de um mesmo tipo de serviço; e, h) na relação médico-paciente, há a ciência da diferença de conhecimento existente, por parte do médico, sobre as condições de saúde do paciente.

Ao mesmo tempo, o conceito de demanda em saúde se choca com o conceito de *necessidade*. Enquanto o primeiro se refere às preferências e à liberdade de escolha do indivíduo, o segundo diz respeito à “...quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita deva ser consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente” (Jeffers *et al.* (1971, p. 46-47. Apud Iunes, 2002; p.116). Pode existir demanda com necessidade, na busca consciente que o indivíduo faz para atender à uma necessidade imediata, inadiável, de emergência. Pode existir demanda sem necessidade, pois um indivíduo busca atenção médica e não o consumo efetivo e necessário. E pode existir também o fato de que mesmo necessitando, o indivíduo não demande atenção médica, por “desconfiança” ou “desinformação”. Assim como o conceito de demanda, o conceito de necessidade, diz-nos Iunes (2002), baseado em Jeffers (1971), se fundamenta em algumas hipóteses: a) a delimitação precisa do que seja uma “boa saúde”; b) bom conhecimento das condições de saúde da população; e, c) bom conhecimento da capacidade intervenções médicas para a melhorar as condições de saúde das pessoas. Pelo fato de tais condições serem dificilmente satisfeitas, o conceito de necessidade deixa de ser absoluto para ser relativo (Iunes, 2002; p.118).

Em face dessas apreciações breves, podemos fazer agora referência à estrutura básica em que se encontra o “sistema de saúde” no Brasil, começando, porém, com uma breve contextualização histórica.

A história da oferta de serviços de saúde no Brasil sempre esteve ligada ao Estado e se desenvolveu atrelada à história das políticas de saúde. Segundo nos diz Acurcio (Apud Marcolino, 2005; p.27), durante a Primeira República, o país foi governado pelas oligarquias dos estados mais ricos (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) e predominava a cafeicultura como principal atividade econômica. Naquele então foram criados e implementados serviços de saúde em nível nacional. Na figura de Oswaldo Cruz, à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, criaram-se serviços para resolver problemas ligados à higiene pública, epidemias urbanas e campanhas de vacinação. As classes sociais mais ricas eram atendidas em grande parte pelos chamados “médicos da família”. Com o advento as políticas públicas de Estado na primeira metade do séc. XX, a partir da institucionalização da previdência social nos anos 20, a assistência médica é vista como atribuição fundamental das políticas de estado.

Segundo Mercadante (2002; p.237), o seguro social surgiu no Brasil em 1923 (com a promulgação, pelo Presidente Artur Bernardes, da Lei nº 4.682 de 24 de janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves) e então se instituiu o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) a atender, primeiramente, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores. No final de 1932 já eram 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. Em seguida as CAPS foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), sendo o primeiro criado em 1926 e que depois passaria a ser chamado de Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE).

A revolução de 1930 simbolizou o fim da hegemonia política da classe econômica cafeeira. Getúlio Vargas fez reformas político-administrativas que centralizaram o poder do Estado, frearam reivindicações sociais e ao mesmo tempo possibilitaram políticas sociais que escondiam a ditadura. Vargas criou o Ministério do Trabalho e elaborou uma legislação trabalhista. Na área de saúde, centralizou a oferta de serviços de saúde pública, uniformizou os sistemas estaduais de saúde e possibilitou que os mesmos se estendessem para outras áreas do interior do território nacional. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

Após a Segunda Guerra Mundial, consolidou-se em quase todo o mundo a tendência de se criar sistemas integrados de saúde pública aos quais o Estado teria papel fundamental no financiamento e provisão dos serviços; sendo ele proprietário, financiador e gestor do sistema (Freire Neto, 2007). A herança do keynesianismo se estendera também, além de somente à esfera

econômica, à provisão de serviços de saúde pelo Estado e este legaria toda a oferta de atividades correspondentes.

Em 1945, no Brasil, o presidente Vargas fora deposto e começara no país o período de redemocratização política de inspiração liberal, pluripartidarismo e liberdade de expressão e de atuação política sindical. Criou-se o Ministério da Saúde em 1953, as atividades de saúde se ampliaram e viu-se nascer a exigência de uma estrutura administrativa própria para o setor. Com mais liberdade os sindicatos de trabalhadores pressionavam por mais assistência médica aos seus associados. Porém, aos poucos, a quantidade insuficiente de pessoal, de hospitais e de serviços para atender a todos, fez com que se criassem estabelecimentos privados na área de saúde. Nos anos 60 começam então os primeiros convênios entre as empresas.

Conforme afirma Soares (2007; p.1565), o “sistema” de saúde brasileiro, nas décadas de 20 a 60, se assemelhava bastante aos sistemas de saúde com conteúdo e orientação “bismarkiana” do século XIX na Alemanha. O sistema alemão, estruturado pelo então chanceler alemão Otto von Bismark, no séc. XIX, se inspirou no conceito de política médica, através do qual existia o interesse de que os cidadãos do país fossem saudáveis e isso seria possibilitado pela organização da saúde pública. O chanceler estruturou o sistema de saúde e possibilitou um esquema de seguridade social. A face disso, no Brasil, seria, entre as décadas de 20 e 60, a criação da Previdência Social.

A partir de 1964, a burocracia do Estado se viu dominada por tecnocratas, civis e militares e o país passou por um processo de elevado crescimento econômico (1968 a 1974). As verbas voltadas para o Ministério da Saúde foram diminuindo e este privilegiava a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo (Bertolli Filho, 1996).

Em seguida, diz-nos Acúrcio:

“No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de

faculdades particulares de medicina por todo o País; a organização e complementação da política de convênios entre INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos – já parcos – tradicionalmente destinados aos serviços públicos. Tais foram as orientações principais da política sanitária da conjuntura do ‘milagre brasileiro’” (Acúrcio, apud Marcolino, 2005; p.33)

Em 1975 foi promulgada a lei que instituiu o Sistema Nacional de Saúde e em 1978 o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Este tinha como objetivo, diz-nos Acúrcio (apud Marcolino, 2005; p.34), disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, custeio de atividade e programas, gestão administrativa, financeira e patrimonial da Previdência. O retrato do setor de saúde na década de 70 pode ser resumido no seguinte: o Estado, através da Previdência Social, financiava o sistema; o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica; e, o maior produtor de insumos do setor (medicamentos e equipamentos médicos) era o setor privado internacional.

Em relação ao sistema de saúde nas décadas de 70 e 80, diz Soares:

“...são marcadas pela transformação desse sistema e pelo início da presença do Estado, de forma mais articulada, na prestação de serviços, bem como no controle e ‘avaliação’ da prestação de serviços pelo setor privado. A industrialização acelerada verificada a partir da década de 60 até o final da década de 70 criou uma massa operária nos centros urbanos que necessitavam de serviços de saúde. O capitalismo tardio brasileiro imputa ao Estado, neste momento, a presença neste setor que tão vital para o seu desenvolvimento capitalista e que exige grandes inversões financeiras para a criação de um complexo médico-industrial” (Soares, 2007; p.1566)

No Brasil, em seguida, com o advento da Constituição Federal de 1988, cria-se o SUS – Sistema Único de Saúde –, porém regulamentado somente em 1990, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada vinculada aos mesmos em um sistema único (BRASIL, 1998). A vinculação do setor privado seria válida na medida em que este obedecesse, enquanto contratado e conveniado, às normas do serviço público. O SUS então deveria ser único, presente em todo o território, devendo atender a todos, atuar de maneira integral, ser descentralizado, ser racional, ser eficaz, eficiente e democrático, assegurando o direito de participação de todos os envolvidos (Acúrcio, apud Marcolino, 2005; p.38).

Com a implantação do SUS, houve uma elevada expansão de cobertura dos serviços de saúde no país, embora no final da década de 80 se tenha visto uma política de atenção à saúde marcada pela ineficiência da gestão pública e pela baixa efetividade das ações no atendimento às necessidades da população, conforme diz Silva (2003;p.71).

A partir da Constituição de 1988:

“... o sistema de saúde no Brasil segue uma orientação do tipo Beveridgiana, cujo exemplo pode ser encontrado no modelo de organização do sistema de saúde inglês da década de 1940, que é marcado pela noção de direito à assistência à saúde, pela cobertura universal, pelo financiamento através de tributos, prestação mista dos serviços e o controle e regulação do sistema pelo Estado. A contribuição do economista William Beveridge, para a construção das bases da seguridade social e especialmente os sistemas de saúde em vários países, consubstanciada no que se convencionou de chamar de Relatório Beveridge de 1942, permanece até hoje.” (Soares, 2007; p. 1566)

E, a partir do SUS e da nova engenharia do sistema de saúde brasileiro pós-Constituição de 1988, o Ministério da Saúde ficaria responsável pela estratégia nacional do SUS; planejamento, controle, avaliação e auditoria, promoção da sua descentralização, definição e coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade, bem como regulação do setor

privado através da elaboração de normas, critérios e valores para remuneração dos serviços e também de parâmetros de cobertura assistencial. As Secretarias de Saúde estaduais planejavam, programariam e organizariam uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços e, ao mesmo tempo, acompanhando, controlando e avaliando o seu funcionamento. À Secretaria Municipal, por sua vez, além de trabalhar na gestão e execução de ações e serviços públicos de saúde, voltar-se-ia também ao planejamento, organização, controle e avaliação, inclusive de laboratórios públicos de saúde e hemocentros e, além disso, à celebração de contratos e convênios, controle, avaliação e fiscalização das atividades de iniciativa privada (Mercadante, 2002; p.251).

Nos anos 90, portanto, tratar dos serviços de saúde no Brasil significa visualizá-los a partir do Sistema Único de Saúde. No início desta década, normas técnicas, publicadas em Portarias Ministeriais, disciplinam as relações internas ao SUS. Criam-se as Normas Operacionais Básicas (NOB's), editadas entre 1991 e 1996, com o intuito de organizar as bases de funcionamento do sistema; ou seja, pagamento por produção a órgãos de governo e não somente aos prestadores de serviços privados, definição de critérios para alocação de recursos e criação de mecanismos de decisão com caráter participativo e descentralizador (Mercadante, 2002; p.253). Em 1998, cria-se um Piso Assistencial Básico (PAB) e a sua transferência regular e automática pelo Ministério da Saúde aos municípios, assegurando a estes um valor fixo mensal para a execução de serviços essenciais e promoção e assistência à saúde da população. Porém, posteriormente, o Ministério da Saúde redefiniu o PAB, passando a ser chamado de Piso de Atenção Básica, que seria dividido em dois tipos: um PAB de valor fixo e um PAB de valor variável, este para programas estratégicos da iniciativa federal. Em 1999, regulamentou-se a NOB/96 para as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia e controle de doenças, e, verificou-se maior descentralização do SUS (Mercadante, 2002; p.256).

Em 2001, o Ministério da Saúde instituiu as Normas de Assistência à Saúde (NOAS) em substituição às NOBs, pois sentiu-se a necessidade de se pensar políticas de incentivo que concebesse o município, sua experiência e tradição na oferta de serviços à saúde de complexidade e alcance regional. Conforme Mercadante nos diz (2002; p.257), deveria ser uma política com vistas a superar o viés de atomização na municipalização dos recursos e por isso ampliar a cobertura das ações e serviços mais além dos limites do município.

Como estratégia de descentralização do SUS por parte do Ministério da Saúde, publicou-se a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOASSUS 01/2001), dentro da qual já se pensava em Planos Diretores de Regionalização que complementassem, entre outros aspectos, uma divisão do território em regiões/microrregiões de saúde e diagnósticos de principais problemas de saúde regionais (Mercadante, 2002; p.258).

A história dos serviços de saúde no Brasil, portanto, sempre esteve verdadeiramente atrelada à história das políticas de saúde e à influência do Estado.

No contexto atual, o segmento público de saúde engloba os provedores públicos nos três níveis de governo; federal (Ministério da Saúde, Hospitais Universitários do Ministério da Educação e Serviços das Forças Armadas), estadual e municipal, com suas respectivas redes de estabelecimentos próprios. Os serviços públicos de saúde, complementados pelos serviços privados contratados pelo Estado (sob responsabilidade do SUS) chegam a cobrir mais da metade da população nacional (cerca de 75%). Os serviços exclusivamente privados, sendo aqueles pagos diretamente pelas pessoas ou empresas que os buscam (Opan, 1998; p.31), ficam com o restante do “mercado”.

O IBGE, em pesquisa de 2003¹⁸, conseguiu revelar o estado em que se encontrava o acesso dos brasileiros a serviços de saúde no país. Do total da população brasileira, que em 2003 se estimava ser de 176 milhões de habitantes, 79,3% declararam ter um serviço de saúde de uso regular, dos quais 35% eram menores de 19 anos e 52,5% eram mulheres. Quanto a esse uso regular dos serviços de saúde, 52,4% referia-se a Posto de Saúde, 18% ao Consultório Particular, 16,9% a Ambulatório de Hospital, 5,8% a Pronto Socorros e Emergência, 4,4% a Ambulatório ou Consultório de Clínicas e 1,4% a Farmácias. Nos 12 meses que antecederam à pesquisa do IBGE, 62,8% da população declarava ter consultado um médico, dos quais se constatou que a maior proporção era de menores de 5 anos (77,7%) e entre maiores de 64 anos de idade (79,5%). Na população urbana esta participação foi de 64,9% e na população rural foi de 51,6%.

Quanto à frequência a serviços de saúde, o IBGE constatou que entre os adultos com idade superior a 50 anos, 5,1% deles tinha feito 13 consultas ou mais. Entre os adultos com idade superior a 65 anos, 6,6% deles obedecia a essa mesma frequência. O número de consultas médicas *per capita* total foi de 2,4 sendo que contactou-se o número de 3,4 para a população entre 0 a 4 anos de idade e 4,1 para os maiores de 65 anos.

¹⁸ IBGE. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

Nos quinze dias anteriores à pesquisa do IBGE, constatou-se ainda que 14,6% da população buscaram atendimento de saúde. Dentre os principais motivos para a busca por serviços de saúde, do total da demanda, 51,9% estava relacionado a alguma doença; 8,5% a problemas odontológicos e 5,2% a lesão. Quanto aos estabelecimentos, 39,1% dos demandantes buscaram serviços de atenção primária em Postos e Centros de Saúde; 30,3% em Ambulatórios de Clínicas, Empresas, Sindicatos e Hospitais, além do Pronto-Socorro; e, 27,3% em Consultórios Particulares. E em relação ao financiamento, 57,2% deles foram realizados pelo SUS e 26,0% com a participação integral ou parcial de planos de saúde. Além do mais, em relação às pessoas que não buscaram serviços de saúde (96,7% delas não o fizeram por não sentir necessidade), embora sentindo necessidade ainda assim não o fizeram, constatou-se que os motivos assinalados eram: 23,8% não buscaram serviços de saúde por falta de dinheiro; 18,1% consideraram o atendimento muito demorado; 12,75 o serviço localizado muito distante ou encontrando dificuldade de acesso ou transporte e 12,7% o horário do serviço de saúde oferecido era incompatível com o seu.

Para concluir este capítulo, portanto, considerando-se que a centralização de atividades em geral nos municípios pode revelar aspectos relativos à hierarquia urbana, escolhemos visualizar como isso se dá em relação aos serviços de saúde em Caruaru-PE. Acreditamos que a escolha desse aspecto pode evidenciar um retrato do comando de Caruaru junto ao Agreste de Pernambuco e, mais especificamente, do processo de centralização e concentração de atividades ligadas a esse setor. Antes, porém, achamos necessária uma aproximação sucinta do que vem a ser e como se constituiu o município e qual a sua importância dentro da região.

3 A FORMAÇÃO DE UMA CIDADE DE PORTE MÉDIO: CARUARU-PE

3.1 Uma Cidade Chamada Caruaru

3.2 A Cidade e a Feira

3



3 A FORMAÇÃO DE UMA CIDADE DE PORTE MÉDIO: CARUARU – PE

3.1 Uma Cidade Chamada Caruaru¹⁹

*“De fazenda a capital
Nascestes pernambucana
Com teu clima tropical
E esta voz tão soberana
Erguendo teu brado forte
Neste Sólido de beleza
És berço amado de Sul a Norte
Desta Cidade Princesa”*

José Florêncio Neto (Machadinho)²⁰

O município de Caruaru se localiza na Microrregião do Vale do Ipojuca, Mesorregião do Agreste de Pernambuco, Nordeste do Brasil. As coordenadas geográficas da sede do município são de 08° 17' 00'' de Latitude Sul e 35° 58' 34'' de Longitude Oeste Gr. Além disso, a cidade está situada em um planalto elevado 555m acima do nível do mar, distante 130km da capital do estado de Pernambuco, Recife. Com uma área municipal de 920,610 km², limita-se ao Norte com os municípios de Toritama, Vertentes, Frei Miguelinho e Taquaritinga do Norte; ao Sul com os municípios de Agrestina e Altinho; a Leste com os municípios de Bezerros e Riacho das Almas; e, a Oeste com os municípios de Brejo da Madre de Deus e São Caitano (Vide Figura 3). Internamente o município de Caruaru é formado pelos distritos de Caruaru (zona urbana, sede do município), Carapotós, Gonçalves Ferreira e Lajedo do cedro e mais os Povoados de Pau Santo, Terra Vermelha, Pelada, Cachoeira Seca, Itaúna, Jacaré Grande, Juá, Laje, Malhada Barreira

¹⁹ Quanto à origem do nome de Caruaru, segundo Ferreira (2001; p.157), existem várias interpretações. A Letra da canção intitulada “Caruara, Caruaru” (Letra de Lídio Cavalcanti e música de Sebastião Bianco) nos remete à existência de uma planta de nome *Caruara* que poderia ser a idéia original do nome dado à cidade. Rosalino Lima e Zacarias Campelo (apud Ferreira, 2001; p.159) apontam para uma doença local chamada *Caruara*, caracterizada por forte diarreia, fraqueza e paralisia das pernas, sobretudo de bezerros. Por causa dessa doença, os índios que existiam antes da cidade não queriam comer as carnes desses animais e por isso passaram a chamá-las de *Caru Aru* (*Caru*, alimentar, comer, e, *Aru*, prejudicar, impedir). Nelson Barbalho mencionou uma reportagem do Diário de Pernambuco sobre a venda de “urus” nos primeiros anos da Vila, que eram aves típicas da região, e que então estavam sendo vendidas por um menino e um comprador expressara o seu elevado valor de venda: “*Caro urus!*” (Barbalho, 1980; p.180). Mário Melo, citado por Ferreira (2001; p.163) fala que a origem do nome está ligada à antiga fazenda *Caruru*, que seria o nome de uma planta local. Enfim, dentre as várias interpretações, não se sabe com certeza histórica a origem do nome da cidade, mas as reflexões a respeito já o são de grande importância para futuras investigações.

²⁰ Trecho do Hino Oficial do Município de Caruaru, em letra e música de José Florêncio Neto, segundo Decreto Municipal nº10/72, de 17 de maio de 1972.

Queimada, Jacarezinho, Malhada de Pedra, Rafael, Patos, Juriti, Murici, Serrote dos Bois, Xique-Xique, Palmatória e Xicuru.



Figura 3: Localização geográfica do município de Caruaru.

Quanto à distância em relação às principais capitais de estado da Região Nordeste do Brasil, o município apresenta uma localização geográfica estratégica. Dista Caruaru 130 km do Recife-PE (via BR-232), 216 km de Maceió-AL (via BR-101), 404 km de Aracaju-SE (via BR-101), 740 km de Salvador-BA (via BR-101), 241 km de João Pessoa-PB (via BR-101), 850 km de Fortaleza-CE (via BR-101), 418 km de Natal (via BR-1010), 1004 km de Teresina-PI (via BR-232) e 1554 km de São Luiz-MA (via BR-232).

O acesso ao município pode ser feito principalmente através das rodovias BR-232 no sentido leste-oeste (ou Rodovia Luiz Gonzaga, atualmente duplicada desde o Recife até o município de São Caetano, após Caruaru); e pela BR-104 (norte-sul). Além das rodovias há a linha férrea da RFFSA, desde o Recife e passando pelo centro da cidade de Caruaru, e, o Aeroporto Oscar Laranjeiras, em Caruaru, com pista de 1.800 metros por 30 de largura, podendo operar com aeronaves do tipo Boeing 737.

Apresenta o município uma temperatura média de 24°C, com clima do tipo Semi-árido quente; ou seja, dias ensolarados, noites amenas, devido à umidade (70% média anual). A vegetação que predomina é a do tipo hipoxerófila, podendo ser encontradas caatinga, cactos, mandacaru, xique-xique, caroá e avelós. O relevo é relativamente ondulado com destaque para o Morro do Bom Jesus, localizado no centro da cidade e a textura do solo é arenosa, argilosa e pedregosa. O município de Caruaru se insere ainda nos domínios das Bacias Hidrográficas dos Rios Ipojuca e Capibaribe. Seus principais tributários são: o Rio Capibaribe e os riachos: Tabocas, Caiçara, Borba, da Onça, Olho d' Água, Mandacaru do Norte, Carapotós, São Bento, Curtume e Taquara.

O nascimento de Caruaru a partir de uma fazenda, nas antigas terras da Sesmaria do Ararobá²¹, segue o registro de historiadores e escritores e o dito da história oral que, apontando a origem da cidade, remete-nos à família dos “Rodrigues de Sá” – os primeiros habitantes a chegar e tomar posse de terras, no séc. XVII, onde seriam hoje as das proximidades de Caruaru. Vinda do Recife, a família de origem portuguesa, conforme aponta Ferreira (2001; p.91), cientes da existência dessas terras, decidiram formular uma petição solicitando às autoridades o direito de explorá-las, sob a alegação de terem gado e não terem terra suficiente para situá-los. E assim foi feito, em 02 de junho de 1681; doadas as terras à família Rodrigues de Sá (Ferreira, 2001; p.93).

Instalando-se nas terras, os Rodrigues de Sá fundaram sítios de cultura de subsistência e que tinham também a finalidade da criação; os sítios da Posse, Juriti e Caruru²², sendo este último localizado próximo à margem esquerda do Rio Ipojuca e pertencente ao co-sesmeiro Simão Rodrigues. Além desses sítios, foram fundados outros, porém objetivavam em si mesmos facilitar a administração dos domínios e propriedades.

²¹ Sesmaria do Ararobá é de 1671, conforme Revista Caruaru Hoje, nº42, p. 10.

²² Ferreira (2001; p.94) chama a atenção para a dificuldade de se encontrar provas de que esses sítios foram ou não os nomes originais das fazendas bem como a localização das suas sedes.

Simão Rodrigues de Sá, fundador do Sítio Fazenda Caruru, casou-se com uma mulher da família “Aquino Duro” de cujo casamento nasceu Simão Rodrigues Duro que se uniu à família “Vieira de Mello”. Este Simão Rodrigues, em 1754, casou-se com Antônia Thereza de Jesus e tiveram três filhos, entre eles, José Rodrigues de Jesus (em 1756). No início de 1781, José Rodrigues de Jesus casou-se com Maria Rosário Nunes, sua prima, contra a vontade da família e com ela fugiu; do casamento deles, nasceu um filho, Manoel Rodrigues de Jesus. Em seguida, por direito, foi esta família morar na fazenda Caruru e por 44 anos, José Rodrigues de Jesus, administrou a fazenda e possibilitou o surgimento das condições iniciais para o crescimento de um Povoado. Ao lado da Casa Grande, da Fazenda, da Igreja, nasceria então o arruado de Caruaru.

De 1535 a 1811, as terras de Caruaru pertenceram ao município de Olinda, uma vez que era esta então sede administrativa da Capitania e posteriormente da Província. Com a expansão para o interior, criou-se o município de Santo Antônio com conseqüente desmembramento de Olinda e do qual passou Caruaru a ser distrito. Em 1832, criou-se a Comarca de Bonito e, no ano seguinte, a sua Câmara Municipal. A partir de então passou Caruaru a ser distrito de Bonito (Ferreira, 2001; p.104).

Muito provavelmente, no ajuntamento de casas de trabalhadores ladeando a Casa Grande dos “Rodrigues de Jesus”, então proprietários da Fazenda Caruru, iniciou-se o Povoado (Vide Figuras 4 e 5). Este foi aos poucos crescendo, pois se situava no chamado “Caminho das Boiadas” (Vide Figura 6); à sua frente o gado trazido do Sertão para o Litoral, seguindo assim o caminho natural oferecido pelo vale do Rio Ipojuca, encontrou lugar de repouso e estada aos seus caminantes. Como dissera certa vez o escritor caruaruense José Condé (1977; p.25 apud Ferreira; 2001; p.106): “*No começo, simples rancho para pernoite das boiadas vindas do sertão (...) em demanda do litoral*”.

Ao mesmo tempo, a construção de uma capela na fazenda, ao lado direito da Casa Grande e iniciada em 1781 (Ferreira, 2001; p.107), solicitada pelo proprietário às autoridades eclesiásticas da Província, sob égide de Nossa S. da Conceição, deu novo significado ao lugar. Inaugurada em 1788, a capela colaborou com um espantoso aumento da população em Caruaru. Com a chegada do seu primeiro padre, Antônio Jorge Guerra, a população local se viu enfim espiritualmente assistida. A nova “Igreja de N. S. da Conceição” recebe um cruzeiro à sua frente cuja existência vai até 1902.

Já no início do séc. XIX era a fazenda um povoado próspero com uns mil habitantes, diz-nos Dias (1971; p.120).

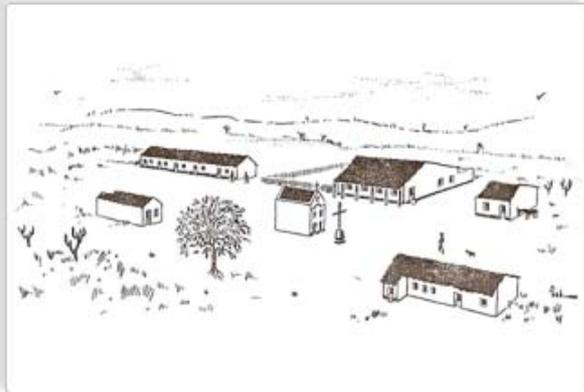


Figura 4: Imaginação da Fazenda Caruaru segundo Petrônio Santos – final do séc. XVIII ao início do séc. XIX.

Fonte: Revista Caruaru Hoje, n.42, p.10.

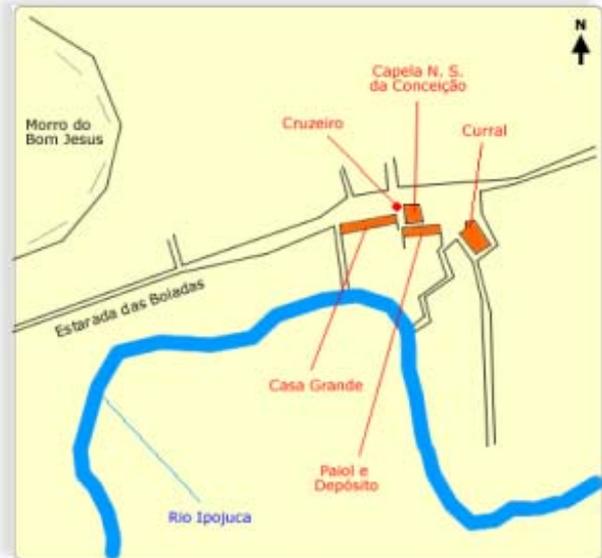


Figura 5: Povoado de Caruaru e Estrada das Boiadas – fim do séc. XVIII ao início do séc. XIX.

Fonte: adaptado de Miranda (2005).



Figura 6: Caminho das Boiadas, do Recife a Cabrobó (no Sertão), passando por Caruaru – 1802.

Fonte: Adaptado de Melo Neto (1966).

Ao longo do séc. XIX, a feira começou a exercer influência na atração que tinha Caruaru sobre a região, mesmo já possuindo, desde 1795, uma simples feira de gado e produtos de roça (Dias; 1971; p.120). Localizada no pátio próximo à Igreja de N. S. da Conceição²³, simbolizava a

²³ Construiu-se, na primeira metade do séc. XIX, a primeira torre da Igreja, no seu lado direito, a sustentar um sino doado pelo português Francisco Gomes de Miranda Leal, após promessa à Imaculada Conceição. E em 1907, construiu-se a segunda torre. Quanto ao cruzeiro, que existia à frente da Igreja, foi retirado na primeira década do séc. XX e colocado no cemitério São Roque.

feira o momento do intercâmbio comercial entre os produtores da região. Como semanalmente, sobretudo aos domingos, muita gente buscava a Igreja para amparo espiritual, aproveitava-se então para também ofertar alguns produtos no pátio, dando início à grande “Feira de Caruaru”. O período da feira, ou no seu sentido mais tradicional como sendo o “dia da festa”, era o grande lugar e momento de encontro da sociedade local.

No decorrer do séc. XIX Caruaru se tornara mais autônoma e fora elevada à categoria de Vila em 1848 (através da Lei Provincial nº 212 de 16 de agosto de 1848). Analisando documentos a esse respeito, diz-nos Ferreira (2001; p.119) que então Caruaru ultrapassara o município de Bonito, embora estivesse ainda politicamente ligado a este. Em 16 de setembro de 1849 instalou-se a primeira Câmara Municipal de Caruaru e em 1850 a Câmara aprovava o “*Código de Posturas Municipais*” que, entre outras coisas, determinava os limites urbanos da vila²⁴. Pela Lei Provincial nº 416 de 18 de maio de 1857, a então Vila de Caruaru foi elevada à categoria de Cidade. Muitos foram os conflitos políticos internos e a cidade se consolidou como importante centro do Agreste de Pernambuco. Em 1893, em virtude da Lei Estadual nº 52, constituiu-se município autônomo.

Em suma:

“...dentro do contexto de Pernambuco e de Brasil, Caruaru quando ainda era vila em 1848 e depois que virou cidade, em 1857, era subordinada a Bonito, até que com o advento da República, e a partir da nova legislação, tornou-se uma cidade independente. Caruaru, durante o século XIX, mantinha uma economia rural, escravista e familiar, tal como o Estado de Pernambuco e quase todo o Brasil” (Ferreira, 2001; p. 137)

Tal economia rural fazia de Caruaru um lugar semelhante a muitos outros do interior do Nordeste do Brasil, baseado na agricultura. Porém o diferencial de Caruaru foi a sua posição estratégica no Agreste, tornando-se central quanto à facilidade à distribuição de produtos e à articulação de um mercado regional que fizeram da cidade um centro comercial importante.

²⁴ Ou seja, o limite Norte ia até a atual Av. Rio Branco, o limite Sul ao Rio Ipojuca, o Oeste até aproximadamente o atual Bairro de São Francisco, e, no caso do Leste, como nos disse Ferreira (2001; p.124), o texto do Código não precisava tal limite, mas as últimas casas de então não ultrapassavam a atual “Travessa Sete de Setembro”.

No final do séc. XIX a cidade recebera a sua estação ferroviária (Vide Foto 1), através da *Great Western Brasil*. O trem, com locomotiva movida a lenha, ao sair do Recife, demorava cerca de 6 horas e 45 minutos até chegar em Caruaru. No mesmo dia inaugurou-se o serviço de energia elétrica da cidade.

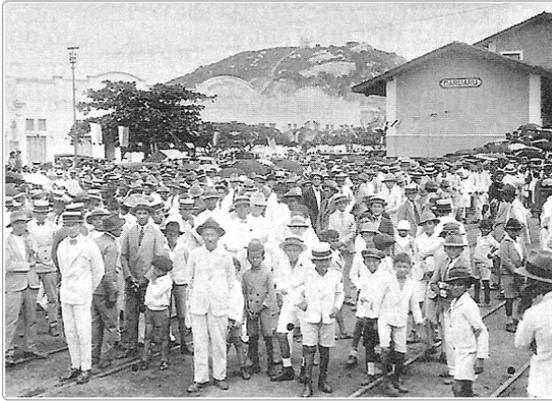


Foto 1: Multidão aguardando trem – Estação de Caruaru – 1895.
Fonte: Revista Caruaru Hoje, nº42, p.29.

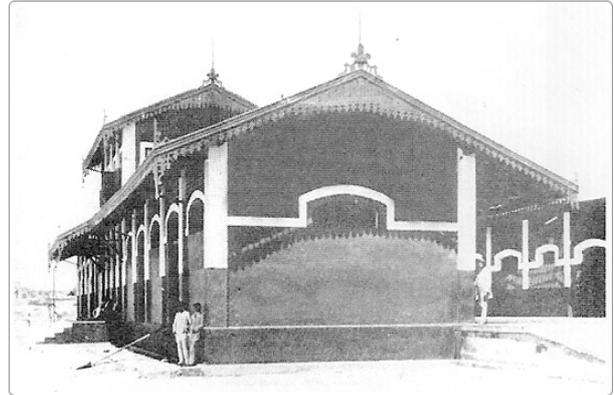


Foto 2: Estação de Caruaru reformada pelos ingleses – 1925.
Fonte: CEPED / FAFICA.

Segundo Cardoso,

“A ferrovia confirmou o Ipojuca como chave mestra nas comunicações leste-oeste do estado. O seu vale que já havia sido eleito por criadores para o estabelecimento de seus currais, por volta dos séculos XVII e XVIII, assistiu, ao finalizar o século XIX, a passagem do primeiro trem. A idéia da instalação de um caminho-de-ferro que ligasse o Recife ao Agreste remonta a 1866, sendo o projeto inicial da estrada desfavorável a Caruaru, pois deveria somente atingir Jaboatão. Mas, em 1878 o Governo Imperial declarou ser de interesse geral que a linha não se detivesse em Jaboatão mas que continuasse mais para oeste. Tal plano foi concretizado e os trilhos chegaram em 1886 a Vitória de Santo Antão, em 1894 a Gravatá, em 1895 a Bezerros e ainda neste mesmo ano em Caruaru”. Cardoso (1965; p.59).

Ao longo do séc. XX, Caruaru foi assumindo o *status* de “Capital do Agreste” na medida em que ia aos poucos concentrando maior quantidade de atividades econômicas. A agropecuária, como já fazia parte da realidade do seu entorno e de municípios circunvizinhos, encontrou na cidade de Caruaru o lugar de venda e distribuição a outras regiões e municípios que demandavam produtos primários essenciais. No início do séc. XX, o desenho dos limites de seu espaço urbano começaria a crescer além da tradicional localização nas proximidades do Morro do Bom Jesus e daria início ao surgimento de outros bairros; tais como Salgado, Maurício de Nassau, Petrópolis e Vassoural.

Na Figura 7, pode-se visualizar, em traços simples, como se deu a evolução urbana de Caruaru, onde notamos que, do fim do séc. XVIII a 1820, o então povoado se limitava ao espaço relativo à “Estrada das Boiadas” que ora encontrava a Casa Grande, a Capela e algumas poucas residências adjuntas de funcionários da Fazenda Caruaru.

De 1851 a 1960, no entanto, pouco mais de 100 anos, as transformações por que passou Caruaru e o crescimento de seu espaço urbano ficam mais evidentes. Nas fotos 3 e 4, é possível visualizar paisagens da cidade de Caruaru na década de 20 e nas fotos 5 e 6, já na década de 50, o que seria o então bairro Maurício de Nassau e a Av. Rio Branco no centro da cidade. O limites da cidade inicialmente foram se estendendo às áreas que estavam além do Rio Ipojuca a Sudeste, principalmente em direção aonde estão os atuais bairros de Santa Rosa, Vassoural e Indianópolis. Ao Norte segue espantoso crescimento em direção ao atual bairro de Maurício de Nassau e ao de Salgado e a Oeste passa a englobar quase todo o Morro do Bom Jesus.

Já em 1965, passou Caruaru a contar 12 bairros; Maurício de Nassau, Santa Maria, Salgado, Guararapes, Cedro, Indianópolis, Santa Rosa, Vassoural, Petrópolis, Rua Preta, Caiucá e Centenário (Cardoso, 1965; p70) – o limite Sul da cidade, visualizado pelo traço-limite do bairro de Petrópolis começara a atingir as proximidades da rodovia BR-25 (Atual BR-232); o limite Oeste, o bairro mais distante, Caiucá, contando algumas poucas residências onde se situa atualmente a passagem da Rodovia BR-104; e o limite Leste, as residências que contornavam a linha do trem que vinha do Recife até as proximidades do atual bairro do Cedro. Internamente, o centro da cidade incorporou a função de grande centro de comércio e da feira regionais, compreendendo o centro a área entre o Morro do Bom Jesus a Oeste, Rio Ipojuca a Sul, Salgado e início do atual bairro de Maurício de Nassau a Norte, até proximidades do encontro do Riacho Salgado com Rio Ipojuca a Leste. Nos lugares onde antes existiam residências, no centro da

cidade de Caruaru, foram aos poucos sendo elas transformadas em espaços às lojas comerciais ou aos prédios de serviços públicos oficiais. A feira, por sua vez, se situava na Av. Rui Barbosa, próximo à linha de trem. Informou Cardoso (1965; p.57) que Caruaru, tendo já sido parte enquanto povoado ou vila ao longo de sua história de Vitória de Santo Antão, Bezerros, Bonito, São Caetano, etc, possuía, em 1965, na rede urbana do Agreste de Pernambuco, maior centralidade do que todas essas cidades das quais fez parte no passado.

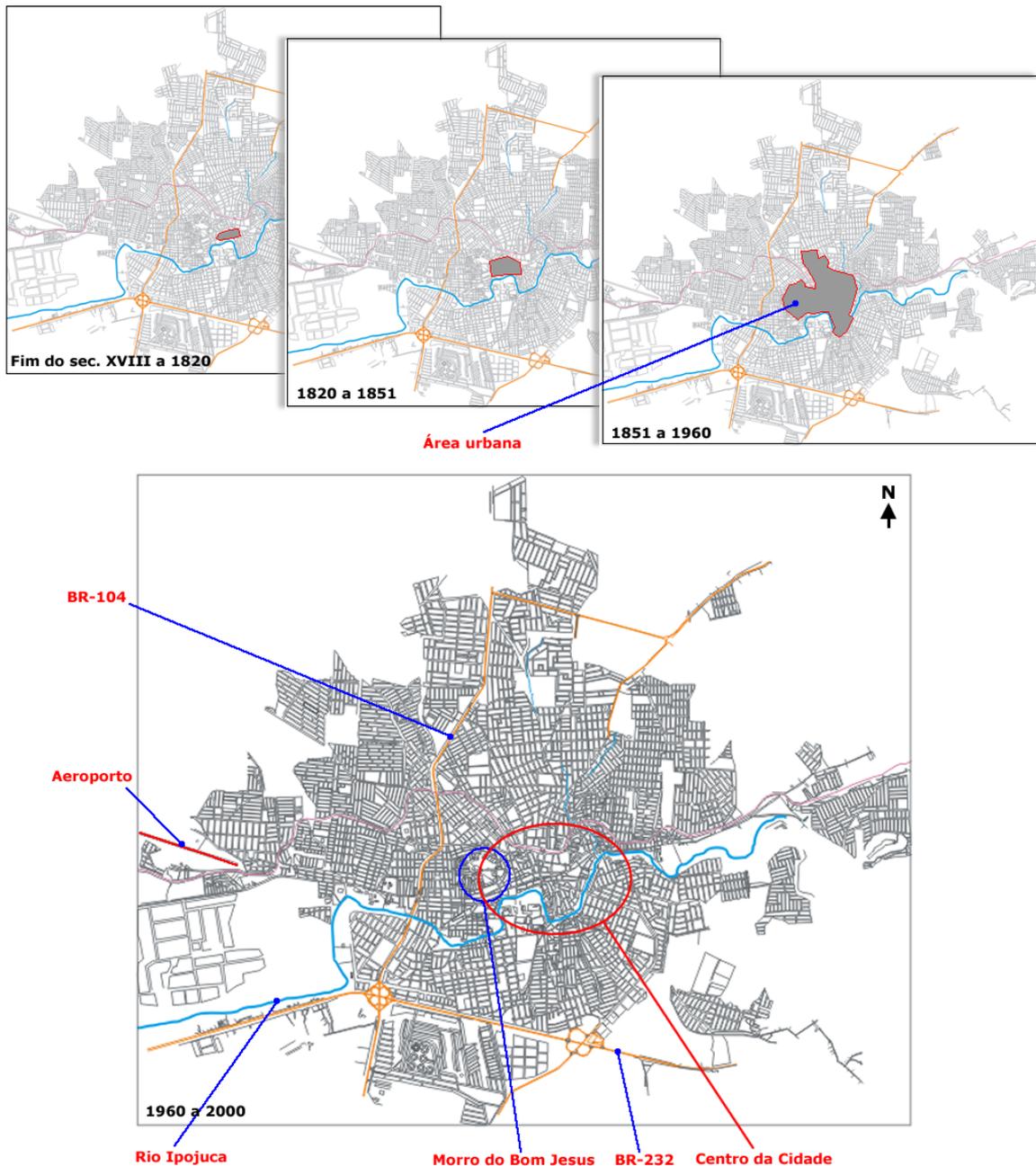


Figura 7: Evolução Urbana de Caruaru – Fim do séc. XVIII a 2000.
 Fonte: Adaptado a partir das informações de Miranda (2005) e do Mapa-base da Prefeitura de Caruaru (2000).



Foto 3: Área central de Caruaru – 1922.
Fonte: CEPED / FAFICA.



Foto 4: Área central de Caruaru – 1922.
Fonte: CEPED / FAFICA.



Foto 5: Vista do bairro Maurício de Nassau – década de 50.
Fonte: CEPED / FAFICA.



Foto 6: Área central de Caruaru, Av. Rio Branco – década de 50.
Fonte: CEPED / FAFICA.

Situada na região correspondente à transição do Litoral ao Sertão, e no cruzamento de estradas interligando vários centros nordestinos, servida ainda pela então “Rodovia Central de Pernambuco ou BR-25” (que viria a se tornar a futura BR-232), que a liga diretamente ao Recife, além de outras estradas interligando a Campina Grande-PB, ao estado de Alagoas e mesmo a centros mais distantes como Feira de Santana-BA, Caruaru destacava-se por sua localização geográfica estratégica que ascendia ainda mais o seu posto tradicional de centro de mercado e de troca comercial.

Nesse mesmo ano, 1965, a cidade já revelava facilmente seu aspecto polarizador e concentrador de população e de atividades econômicas, tornando o principal centro urbano do Agreste:

“A pequena expressão dos municípios agrestinos no que toca aos setores industrial e de serviços (a agricultura é a atividade dominante da região) acentua essa polarização, uma vez que Caruaru se constitui em exceção nesse particular, principalmente no que se refere à atividade terciária. Através desta função Caruaru passou a servir às regiões circunvizinhas, por meio de uma grande variedade de lojas comerciais – varejistas e atacadistas, de seus diversos estabelecimentos bancários e de seus serviços de saúde, de educação e de toda espécie de atendimento...” Cardoso (1965; p. 61)



Foto 7: Automóveis na Praça do Rosário em Caruaru – Década de 60.
Fonte: Revista Caruaru Hoje, nº 42, p.8.



Foto 8: Praça do Lactário – Década de 60.
Fonte: CEPED / FAFICA.

No entanto, dentre tais atividades, destacava-se o comércio. Em pesquisa realizada em 1962, apontada por Cardoso (1965; p.61), baseada em 63 firmas consultadas, constatou-se que no comércio varejista 7 delas foram fundadas antes de 1940, 11 entre 1940 e 1949, 26 entre 1950 e 1959 e 19 firmas entre 1960 e julho de 1962. No comércio atacadista, por sua vez, 3 firmas foram fundadas antes de 1940, 4 entre 1940 e 1949, 18 entre 1950 e 1959 e 10 firmas entre 1960 e julho de 1962. Assinalou ainda a autora que a influência do seu comércio ia até Arcoverde a Oeste, Gravatá e Vitória de Santo Antão a Leste, até limite com o estado da Paraíba ao Norte e a cidades com Garanhuns, Jurema e Lagoa dos Gatos ao Sul. Em relação às indústrias, constatou-se, em pesquisa realizada em 1959, os números de 44 estabelecimentos do ramo têxtil em Caruaru, 54 do ramo de produtos alimentares, 14 do ramo de couros, peles e produtos similares, 52 estabelecimentos do ramo de vestuários, calçados, artefatos, tecidos, 3 do ramo de bebidas e 40 estabelecimentos do ramo de minerais não metálicos (Cardoso; p.64). Além disso,

investigando a atuação de alguns serviços, informou a autora que, no que se refere aos serviços de saúde, nos hospitais, embora encontrando-se internados pacientes provenientes de lugares mais distantes como Sertânia e Arcoverde (Sertão), havia também uma maior procura por pacientes de municípios vizinhos a Caruaru, além dos próprios moradores da cidade, a saber: dos municípios de Bezerros, Gravatá, Riacho das Almas, Agrestina, Altinho, São Bento do Una.

A partir dos anos 70 e 80, no entanto, Caruaru já demonstrava crescimento espacial além das rodovias BR-104 e BR-232, e a sua feira foi colocada em um espaço determinado (no pátio 18 de Março), passando esta a fazer parte não só do espaço relativo ao centro da cidade, mas a incorporar espaços de outros bairros circunvizinhos.

De acordo com dados do IBGE, a partir do Censo de 1970, contava o município de Caruaru com 142.653 habitantes residentes; população, portanto, superior a qualquer outro município do Agreste de Pernambuco de então, seguido por Garanhuns com 71.623 habitantes. A partir dos dados do IBGE e da antiga FIAM (Fundação de Desenvolvimento Municipal do Interior de Pernambuco), o número de estabelecimentos comerciais em Caruaru era de 1536, enquanto que o de Garanhuns era de 675, Pesqueira de 483 e Belo Jardim de 263. O número de estabelecimentos industriais era de 587 em Caruaru, 114 em Garanhuns, 59 em Pesqueira e 66 em Belo Jardim. O número de estabelecimentos no ramo de serviços em geral em Caruaru era de 847, em Garanhuns de 313, em Pesqueira de 174 e em Belo Jardim era de 110. Tais municípios citados constituíam alguns dos principais centros urbanos do Agreste de Pernambuco. A partir daí pode-se averiguar a importância de Caruaru em comparação a tais municípios, centralizando uma grande quantidade de atividades econômicas. Em relação ao Censo de 1980, contava o IBGE, em Caruaru, uma população total de 172.532 habitantes, ainda assim continuando a ser o centro mais populoso do Agreste de Pernambuco. O número de estabelecimentos comerciais em Caruaru era de 2.386, enquanto que em Garanhuns era de 914, em Pesqueira era de 727 e em Belo Jardim era de 547. O número de estabelecimentos industriais era de 716 em Caruaru, 107 em Garanhuns, 61 em Pesqueira e 94 em Belo Jardim. O número de estabelecimentos prestadores de serviços era de 1303 em Caruaru, 524 em Garanhuns, 270 em Pesqueira e 196 em Belo Jardim.

Para o Censo de 1991, o IBGE contou 213.697 habitantes residentes em Caruaru, seguido por Garanhuns, no Agreste, com 103.341 habitantes. Ao longo dessas últimas décadas, Caruaru configurou-se como a principal cidade de porte médio “não-metropolitana” do estado de Pernambuco.

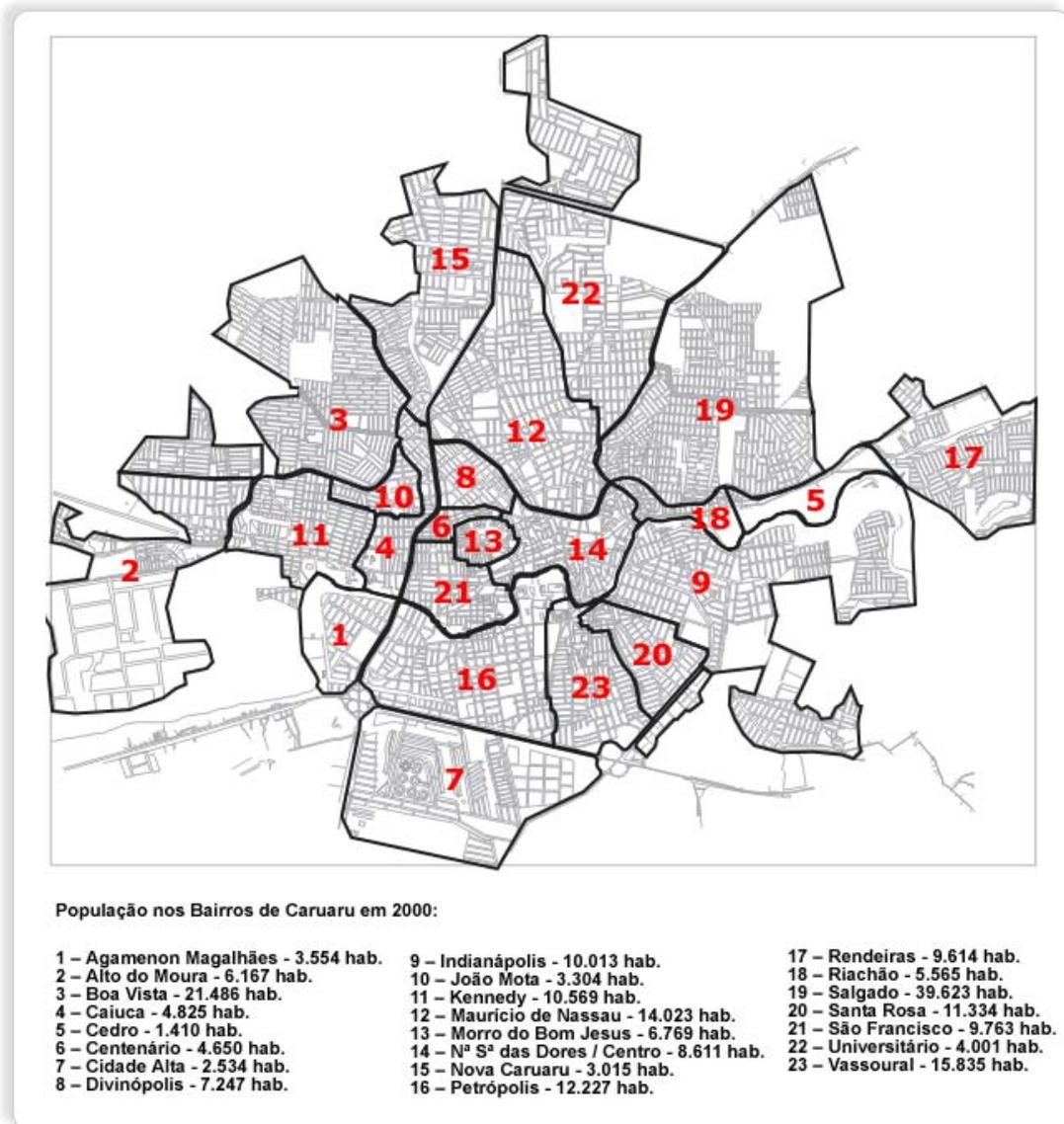


Figura 8: População residente nos bairros da cidade de Caruaru - 2000.

Fonte: Censo Demográfico do IBGE (2000) e Mapa-base da Prefeitura de Caruaru.

O Censo de 2000 do IBGE revelou 253.634 habitantes em Caruaru, dos quais 217.407 se referem à população urbana e 36.227 à população rural. O total populacional se distribui entre os quatro distritos, sendo a maior parte situada no Distrito de Caruaru – correspondente ao espaço da cidade – com 233.178 habitantes, e a menor parte no Distrito de Lajedo do Cedro, com 2.185 habitantes. Em relação à cidade de Caruaru, esta se divide em 23 bairros, dos quais o de Salgado, Boa Vista, Vassoural e Maurício de Nassau são os mais populosos com respectivamente 39.623,

21.486, 15.835 e 14.023 habitantes, enquanto que o bairro do Cedro figura como o menos populoso com 1.410 habitantes (Vide Figura 8)²⁵.

A população total de Caruaru, em comparação com os municípios com população superior aos 30.000 habitantes (Vide Tabela 4) de acordo com o Censo Demográfico do IBGE, do Agreste de Pernambuco, faz dele o município com maior número de habitantes. Através da Tabela 4 – onde estão listados somente os municípios sob influência de Caruaru assinalados pelo Projeto REGIC-IBGE/1993 e com população superior a 30.000 habitantes (Censo 2000) – bem como da Figura 9, é possível averiguar-se a liderança de Caruaru quanto ao tamanho populacional em relação aos demais municípios do seu entorno. Caruaru concentrou sempre a maior população total de 1970 a 2000.

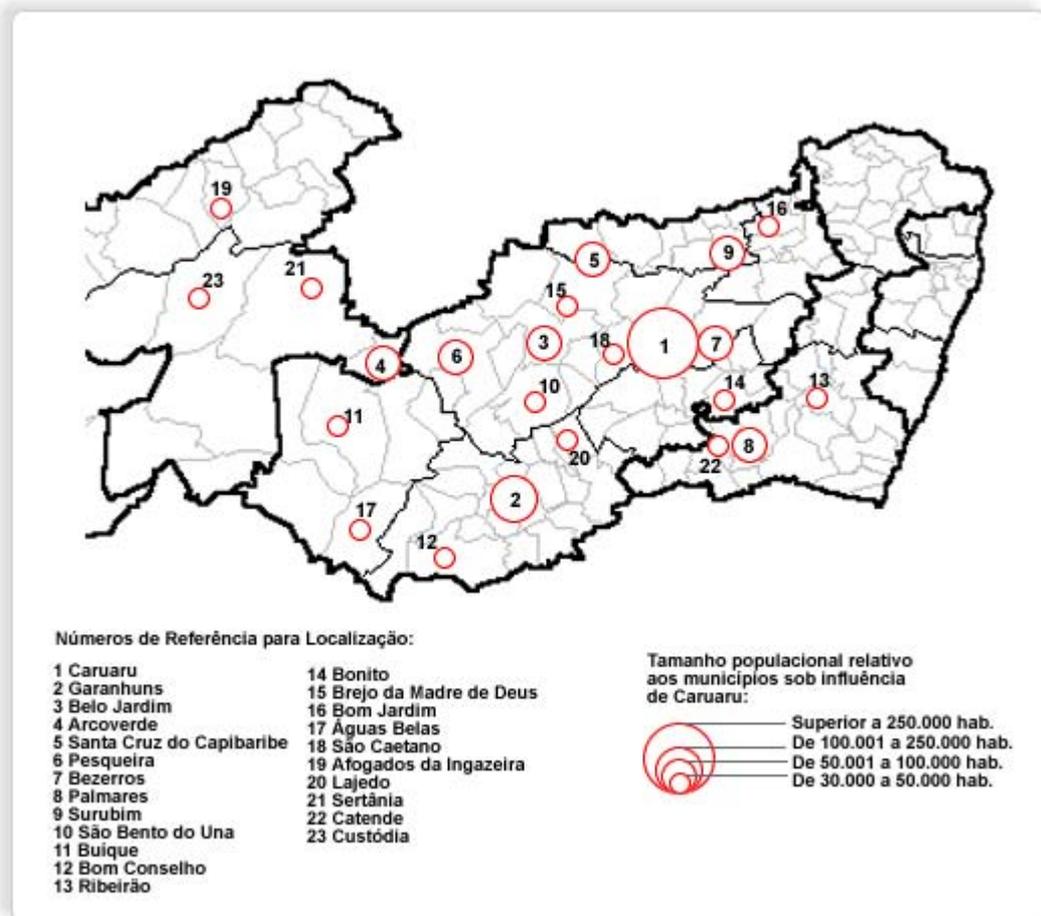


Figura 9: Tamanho populacional relativo aos municípios sob influência de Caruaru em Pernambuco - 2000.

Fonte: Censo Demográfico do IBGE - 2000.

²⁵ Os limites dos bairros, principalmente em relação às áreas da periferia da cidade, são relativamente imprecisos, pois o mapa-base fornecido pela Prefeitura de Caruaru não apresenta exatamente tais limites. Para a construção do mapa de indicação de bairros e dos limites inerentemente registrados neste nosso trabalho, construímos então os limites com base na combinação de quarteirões indicados pelo mapa-base e pela publicação chamada “Guia Indicativo de Ruas, CEP’s e Mapas de Caruaru”.

Tabela 4

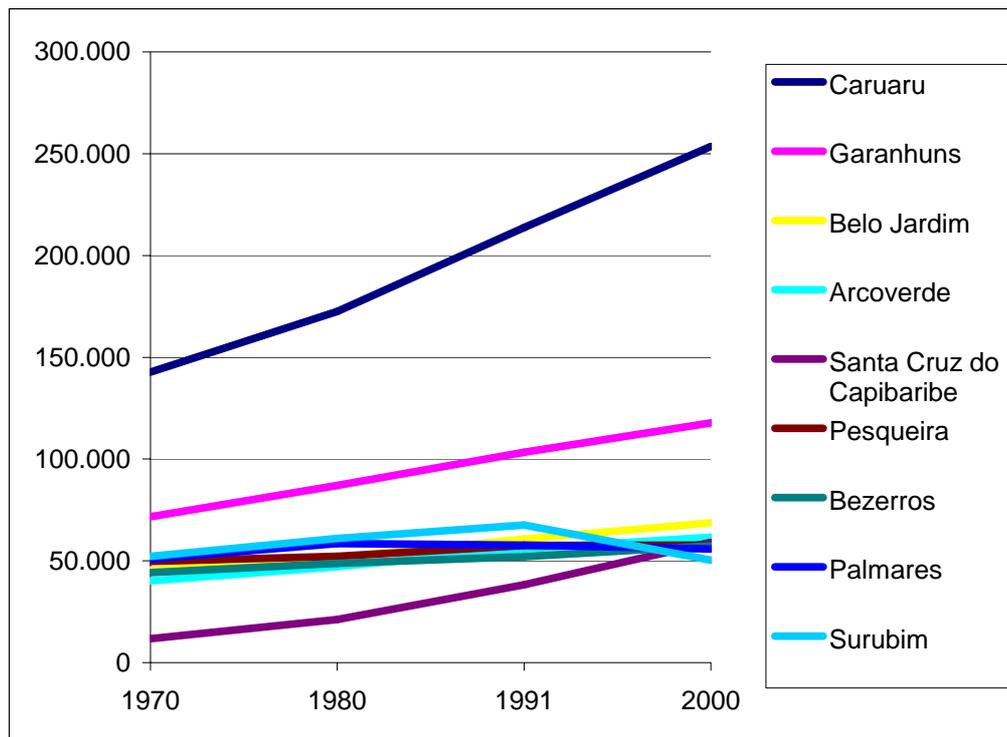
Tamanho populacional de municípios sob influência de Caruaru-PE segundo REGIC/1993 e conforme os Censos de 1970, 1980, 1991 e 2000.

Município	População											
	1970			1980			1991			2000		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
Caruaru	142.653	101.531	41.122	172.532	138.250	34.282	213.697	182.012	31.685	253.634	217.407	36.227
Garanhuns	71.623	51.574	20.049	87.038	67.357	19.681	103.341	89.206	14.135	117.749	103.341	14.408
Belo Jardim	45.361	19.651	25.710	51.702	30.744	20.958	60.658	43.755	16.903	68.698	50.392	18.306
Arcoverde	40.162	33.304	6.858	47.205	40.555	6.650	55.776	49.465	6.311	61.600	55.301	6.299
Santa Cruz do Capibaribe	11.685	8.796	2.889	21.104	18.449	2.655	38.332	35.027	3.305	59.048	57.226	1.822
Pesqueira	49.687	27.817	21.870	52.281	32.747	19.534	57.622	39.341	18.281	57.721	40.991	16.730
Bezerros	44.289	18.629	25.660	48.824	25.674	23.150	52.134	35.828	16.306	57.371	44.566	12.805
Palmares	50.995	32.928	19.067	58.430	41.250	17.180	57.731	43.326	14.405	55.790	43.452	12.338
Surubim	52.275	13.442	38.833	61.030	21.201	39.829	67.572	29.040	38.532	50.331	33.145	17.186
São Bento do Una	33.514	7.521	25.993	37.587	13.297	24.290	42.236	19.428	22.808	45.585	23.306	22.279
Buíque	33.405	5.843	27.562	36.365	6.580	29.785	38.123	9.867	28.256	45.047	15.472	29.575
Bom Conselho	43.933	14.178	29.755	43.644	16.544	27.100	41.177	20.176	21.001	42.657	25.222	17.435
Ribeirão	31.009	16.021	14.988	36.346	22.353	13.993	41.022	26.419	14.603	41.853	29.546	12.307
Bonito	33.438	10.199	23.239	33.079	13.701	19.378	35.043	18.642	16.401	38.908	22.995	15.913
Brejo da Madre de Deus	25.682	3.966	21.716	24.768	4.908	19.860	31.206	18.020	13.186	38.109	24.713	13.396
Bom Jardim	35.249	4.824	30.425	34.922	5.470	29.452	36.798	11.039	25.759	37.544	13.033	24.511
Águas Belas	25.581	6.482	19.099	36.647	11.513	25.134	38.355	15.138	23.217	36.641	19.937	16.704
São Caetano	23.601	7.779	16.154	24.601	10.639	13.962	29.598	16.710	12.888	33.426	22.499	10.927
Afogados da Ingazeira	19.623	9.201	10.422	24.489	12.799	11.690	29.617	18.222	11.395	32.922	23.149	9.773
Lajedo	21.478	7.344	14.134	25.687	11.142	14.545	29.718	17.993	11.725	32.209	22.531	9.678
Sertânia	31.373	11.316	20.057	32.480	13.639	18.841	31.510	15.528	15.982	31.657	17.047	14.610
Catende	28.198	13.493	14.705	28.158	17.988	10.170	31.519	22.371	9.148	31.257	23.451	7.806
Custódia	20.711	4.812	15.899	26.823	8.158	18.665	28.849	12.824	16.025	30.199	16.645	13.554

Fonte: IBGE, Censos demográficos de 1970, 1980, 1991 e 2000.

Da lista de municípios apresentados na Tabela 4, consideraremos, no entanto, os que estão sob influência de Caruaru com tamanho populacional superior a 50.000 habitantes para que, através do Gráfico 1, possamos notar a evolução do crescimento populacional total de Caruaru de 1970 a 2000. Visualiza-se progressivo crescimento da população total em Caruaru, de 1970 a 2000, sendo acompanhado por Garanhuns. Belo Jardim, Arcoverde, Pesqueira, Bezerros, Palmares e Surubim parecem apresentar um crescimento populacional semelhante, no entanto, Santa Cruz do Capibaribe um certo destaque principalmente a partir da década de 80. Surubim, por sua vez, apresenta decréscimo populacional total na década de 90, muito provavelmente devido à emancipação política de Casinhas (1996) e Vertente do Lério (1992), ambos anteriormente seus distritos.

Gráfico 1
Evolução da população total dos principais municípios sob influência de Caruaru segundo o REGIC/1993 e com base nos dados do Censo do IBGE de 1970 a 2000.



Fonte: REGIC/1993 e Censos do IBGE 1970, 1980, 1991 e 2000.

Constatação do IBGE no ano 2000 revela uma taxa de urbanização para Caruaru de 87,7%, a densidade demográfica de 275,5 hab./km², taxa de urbanização no período de 1991 a

2000 de 1,9 e uma média de 3,7 moradores por domicílio. Além disso, 115.890 habitantes apresentam idade entre menores de 1 ano a 19 anos; 145.072 habitantes apresentam idade entre 20 e 59 anos; e, 26.649 habitantes apresentam idade superior aos 60 anos. Ainda segundo o IBGE já se podia contar em 2004 quase 270.000 habitantes e a estimativa para o ano 2007 é de 287.611 habitantes. Quanto ao aspecto econômico, O PIB do município (Vide Tabela 5) se divide em 72,27% equivalente ao setor de serviços, em 25,55% ao setor industrial e 2,18% à agropecuária. Do total do PIB estadual, Caruaru colabora com 2,62%.

Tabela 5
PIB Municipal – Caruaru – 2004

Discriminação	Valor
PIB Municipal ¹ (R\$ 1.000,00)	1.249.820
Participação % no PIB de PE	2,62
Composição setorial (%)	
Agropecuária	2,18
Indústria	25,55
Serviços	72,27
PIB per capita (R\$ 1,00)	4.559

Fonte: IBGE e Agência CONDEPE/FIDEM.

Nota: Dados preliminares.

(1) PIB a preço de mercado.

Ao verificarmos o número de estabelecimentos e de empregados em diversos setores formais da economia, mencionados pelo Perfil Municipal do CONDEPE/FIDEM com base nos dados do MTE/RAIS no ano de 2005, notamos que a grande maioria se encontra vinculado ao setor terciário. Em relação ao comércio em geral, o Comércio e administração de imóveis, valores mobiliários, serviços técnicos e profissionais etc, conta com 552 estabelecimentos e 1295 empregados. O setor atacadista conta 619 estabelecimentos empregando 2.693 pessoas. O comércio varejista, por sua vez, conta 3.905 estabelecimentos e com 8.786 empregados. Somente o comércio varejista corresponde a 47,18% dos estabelecimentos formais em Caruaru.

Dentre os estabelecimentos relacionados ao setor industrial, destaca-se o setor de Indústria têxtil do vestuário e artefatos de tecidos que assume 9,71% dos estabelecimentos em Caruaru (804 estabelecimentos e 5.098 empregados). A grande importância deste setor industrial em Caruaru muito provavelmente se refere ao chamado “*Pólo de confecções do Agreste*” que, movido principalmente pela grande Feira da Sulanca de Caruaru, reúne os municípios de Santa Cruz do Capibaribe, Toritama e Caruaru, com vistas a atender a um mercado regional

especializado neste ramo de atividade. Em seguida vem o setor de Indústria de produtos alimentícios, bebidas e álcool etílico com 2,71% dos estabelecimentos (224 estabelecimentos e 1354 empregados).

No setor de serviços em geral, destaca-se o setor de Serviços de alojamento, alimentação, reparação, manutenção, redação, rádio, televisão etc, com 746 estabelecimentos e 2747 empregados vinculados, seguido do setor de serviços médicos, odontológicos e veterinários com 281 estabelecimentos e 1307 empregados, bem como do setor de transportes e comunicações com 221 estabelecimentos e 1344 empregados.

O IBGE, em 1993, publicou o trabalho “Regiões de Influências de Cidades (REGIC)”, apresentando o conjunto dos centros urbanos em sua hierarquia como lugares centrais e suas respectivas áreas de influência. Segundo o Regic foram definidas 46 funções centrais (bens e serviços), raras ou freqüentes, como base de investigação. Destas, 14 foram consideradas de baixa complexidade e freqüentes em cidades menores, 30 funções consideradas como geradoras de fluxos de média e elevada complexidade, e, as outras duas como representando os fluxos relativos à busca por serviços de informação. Além disso, adotaram-se alguns critérios para a seleção dos municípios a serem investigados e dotados de centralidade mínima. Em primeiro lugar, os municípios precisavam apresentar pelo menos três das seguintes características: a) ser sede de comarca; b) contar com agência bancária; c) contar com médico residente na cidade; e/ou d) dispor de emissora de rádio AM. Em segundo lugar, os municípios não selecionados nos critérios acima, precisavam apresentar população total superior a 20.000 habitantes de acordo com a Sinopse Preliminar do Censo Demográfico do IBGE de 1991. No total foram selecionados 2106 municípios.

A partir do Projeto Regic, portanto, se obteve uma identificação de níveis de centralidade das cidades brasileiras, e, a partir desse estudo, foi possível visualizar, no caso específico do município de Caruaru-PE, a hierarquia de centros a ele adjuntos bem como a sua área de influência regional (Vide Figura 10). Pode-se notar que a área de influência de Caruaru se estende para além da Mesorregião do Agreste de Pernambuco, atingindo também 11 municípios do estado vizinho da Paraíba e mais 2 municípios do estado de Alagoas.

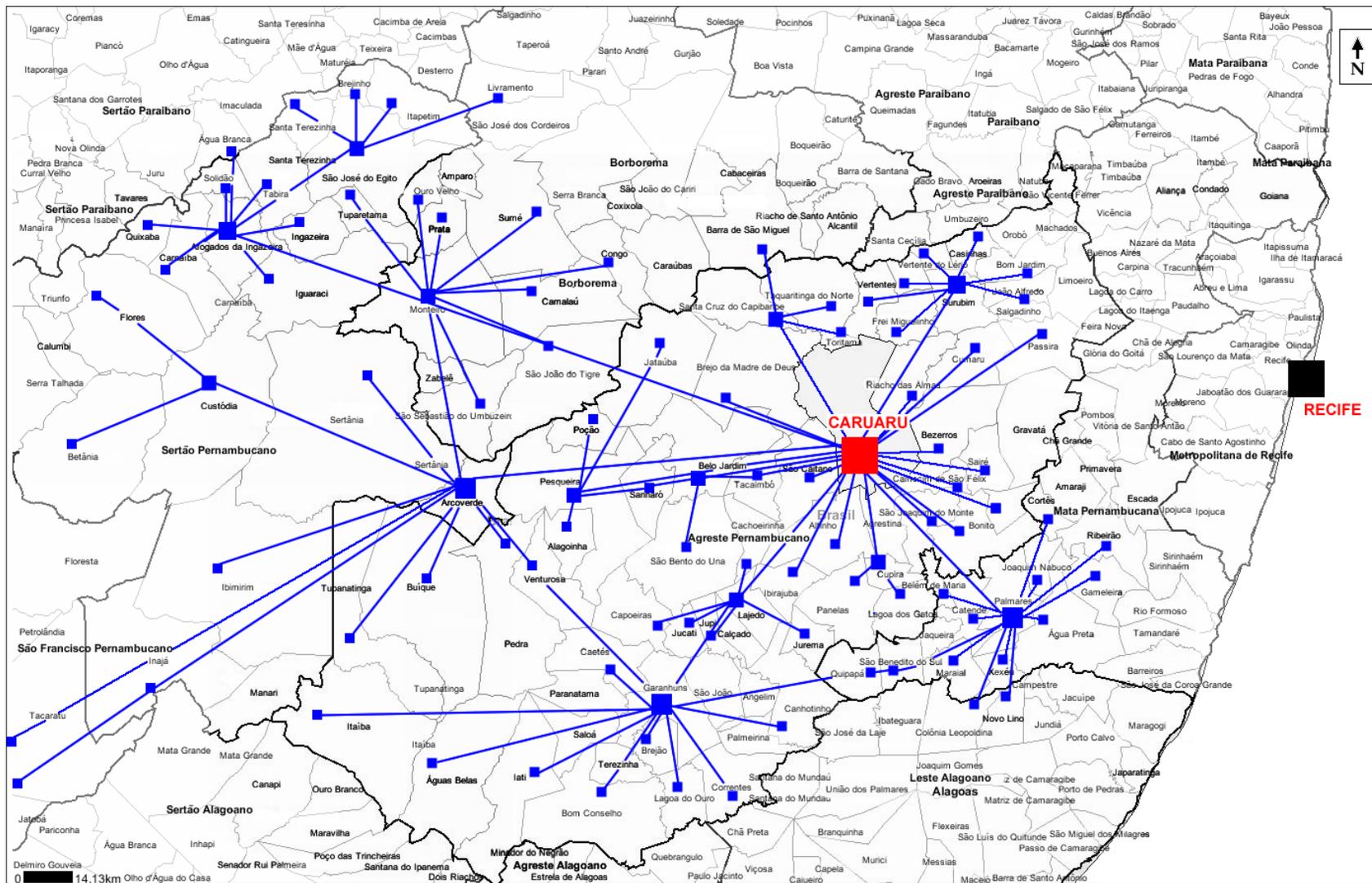
A área de influência de Caruaru consegue atingir, ao Norte, segundo o Projeto Regic, os municípios localizados diante dos limites geográficos com o estado da Paraíba, muito provavelmente já encontrando a Região de Influência de Campina Grande-PB. A Oeste se

estende até os municípios de Betânia-PE, Flores-PE e Tacaratu-PE no Sertão de Pernambuco. A sul se estende aos municípios do entorno de Garanhuns e chegando até os municípios alagoanos de Novo Lino –AL e Colônia Leopodina-AL através da área de influência de Palmares-PE. E a Leste, com menor área de influência, devido à proximidade da capital Recife-PE, chega a Passira-PE, Ribeirão-PE e Água Preta-PE.

Ainda conforme o Regic, Caruaru é vista como apresentando nível de centralidade “muito forte”, abaixo apenas da capital Recife cujo nível de centralidade é considerado “máximo”. Dentro da área de influência de Caruaru estariam os municípios de Arcoverde-PE, Garanhuns-PE e Palmares-PE como apresentando nível de centralidade “forte para médio” e Afogados da Ingazeira-PE e Surubim-PE, logo em seguida, com nível de centralidade “médio para fraco”. Abaixo destes estariam Belo Jardim-PE, Cupira-PE, Pesqueira-PE, Santa cruz do Capibaribe-PE, São José do Egito-PE, Custódia-PE, Monteiro-PB e Lagedo-PE com nível de centralidade considerado “fraco”. Todos os demais municípios se enquadravam num nível de centralidade considerado pelo Regic como sendo “muito fraco”. Diante disso, tem-se, *grosso modo*, o retrato da hierarquia de centros urbanos, com destaque para Caruaru.

Além dos aspectos supracitados que revelam, portanto, Caruaru como principal centro urbano do Agreste de Pernambuco, principalmente em relação à sua liderança na concentração de população e na função de mercado regional, achamos importante aprofundar doravante num aspecto que, historicamente, tem tido grande importância na formação da cidade bem como na sua influência sócio-econômica dentro o Agreste; a Grande Feira de Caruaru.

Figura 10
Rede de Lugares Centrais e Área de Atuação de Caruaru-PE segundo o Projeto Regic-IBGE/1993



Fonte: Adaptado de Regic/IBGE/1993.

3.2 A Cidade e a Feira

Com o intuito de dar continuidade à compreensão da formação da cidade de Caruaru, escolhemos, desde já, aprofundar-nos no aspecto relativo à “Grande Feira de Caruaru” que tem tido importância histórica na formação da cidade e na construção de sua influência sócio-econômica. Tal aprofundamento baseia-se no fato de que a história da cidade se deu paralelamente à história da sua feira.

As feiras²⁶, objetivamente ordenadas e definidas num determinado tempo e num determinado espaço, configuram um lugar onde é possível o intercâmbio de produtos, serviços ou valores. Costuma-se situar a origem das feiras na Idade Média quando, após se produzirem produtos em excesso, estes eram postos à troca por outros produtos também em excesso de outros produtores, criando-se a necessidade do intercâmbio primeiro de mercadorias entre os grupos, mas sem necessidade de um lugar específico para tal. Com o progresso dessas trocas, posteriormente, houve a necessidade de constituição de um lugar apropriado onde lá permanecessem todos os produtos à demanda existente e possibilitasse a construção especializada de um “ambiente de mercado”. Em vista disso, as feiras nasceram em paralelo à consolidação das cidades como os centros de intercâmbio comercial e cultural da Europa. O intercâmbio com o Oriente e o aparecimento da concorrência entre os “mercadores” tornou a Europa o grande palco e destino do Ocidente às trocas comerciais. Em relação a essa época, podemos constatar ainda, através do que nos disse Huberman, uma diferença entre as “feiras” e os chamados “mercados”:

“Os mercados eram pequenos, negociando com os produtos locais, em sua maioria agrícola. As feiras, ao contrário, eram imensas, e negociavam mercadorias por atacado, que provinham de todos os pontos do mundo conhecido. A feira era o centro distribuidor onde os grandes mercadores, que se diferenciavam dos pequenos revendedores errantes e artesãos locais, compravam e vendiam as

²⁶ De acordo com Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, feira vem do latim *feria,ae* 'dia de festa', mais comum no plural *feriae,arum* “dias consagrados ao repouso, festas, férias”; em latim vulgar, 'mercado, feira', porque os dias de festa religiosa eram aproveitados para o comércio no local daquelas manifestações; por via popular. De acordo com o Dicionário Latino-Português de Ernesto FARIA, repouso em honra dos deuses, e daí: dias de descanso, dias feriados, férias, festas. O Novo Dicionário da Língua Portuguesa, de Aurélio HOLANDA, por sua vez, define feira como o lugar público, muitas vezes descoberto, onde se expõem e se vendem mercadorias.

mercadorias estrangeiras procedentes do Oriente e Ocidente, Nordeste e Sul” (Huberman, 1976; p.31)

A feira moderna deu continuidade ao formato tradicional, de lugar para a troca entre duas ou mais partes, com local público à exposição de produtos, grande fluxo de pessoas, ocorrendo em determinados dias e/ou horários e flexível na montagem e desmontagem (principalmente de barracas e estandes), porém adaptou-se às novas demandas do sistema capitalista e a ele se ligou.

Nesse tipo de feira encontram-se todos os produtos e serviços que podem ser de fato e potencialmente demandados pelos habitantes da cidade em que está localizada bem como da região do entorno. Os produtos podem variar desde os ligados à agropecuária (frutas, verduras, artigos de couro, carnes, peles, ferramentas, etc), os manufaturados ou produzidos pelas indústrias (calçados, roupas, etc) ou então os especializados (máquinas para a produção agrícola, eletro-eletrônicos, informática, etc). Os serviços, em geral, se atrelam a uma demanda específica dos frequentadores das feiras (em busca de barbeiros, relojoeiros, sapateiros, fotógrafos, dentistas, etc). Por causa dessa diversidade, pode-se distinguir, no conjunto de uma rede urbana regional, inclusive hierarquias de feiras (Diniz, 1987; p.229-230).

Essa feira²⁷, situada nos espaços públicos, principalmente no caso dos países subdesenvolvidos, se caracteriza por veementemente evidenciar o circuito inferior da economia, pois seus participantes, em sua maioria, obedecem aos seguintes princípios: a) *facilidade de ingresso no sistema*: o feirante não precisa de tanta informação nem de grande capital para entrar no mercado b) *atividade de pequena dimensão*: geralmente associada ao trabalho familiar, são pequenos comerciantes e de reduzido estoque de mercadorias; c) *dependência de intermediários: atacadistas, comerciantes e transportadores*; e; d) *características financeiras*, como necessidade de dinheiro líquido, crédito ao feirante e ao consumidor, créditos por motivos pessoais, mecanismos de lucro, etc (Diniz, 1987; p.229-230).

²⁷ É interessante apontar que existem hoje em dia dois tipos de uso da palavra feira: há as feiras nas cidades, já conhecidas e historicamente instaladas nos espaços públicos urbanos, mas também há as chamadas “feiras especializadas” – de produtores e consumidores específicos assessorados por um empresariado que também se especializa e que busca um objetivo pré-determinado –, que se montam a partir, principalmente, de políticas de desenvolvimento local sob o slogan da competitividade econômica e da inovação (feira de automóveis, feira de confecções, feira de artesanato, etc). Tais feiras se instalam, por um certo período, ora em lugares privados, outrora em lugares favorecidos pelo Estado, mas muitas vezes limitados a um público e a uma demanda específica da sociedade. Criam-se novos setores de mercado que resulta na conseqüente criação de “feiras especializadas”.

No entanto, com o advento da “flexibilidade econômica” moderna e com a revolução tecnológica das últimas décadas, a feira deixa de ser somente um lugar para a troca regional e passa a atrelar-se a mercados cada vez mais amplos e às redes de relações com a economia capitalista globalizada.

Quanto à “Grande Feira de Caruaru, especificamente, conhecida popularmente como “A grande feira do Nordeste” ou então como a “A maior feira-livre do mundo”, constitui um dos símbolos que representam a vida social e econômica do Nordeste do Brasil. A grandiosidade de mercado bem como a grande quantidade e diversidade de bens e serviços oferecidos fazem dela uma das principais feiras do país; noutra vez cantada por Luiz Gonzaga (em versos do artista caruaruense Onildo Almeida):

*“A feira de Caruaru
Faz gosto a gente ver
De tudo que há no mundo
Nela tem pra vender*

*Tem massa de mandioca
Castanha Assada tem ovo cru
Banana Laranja manga
Batata doce queijo e caju
Cenoura jabuticaba
Guiné galinha pato e peru
Tem bode carneiro porco
Se duvidar inté cururú*

*Tem cesto balaio corda
Tamanco grelha tem cuei-tatu
Tem fumo tem tabaqueiro
Feito de chifre de boi-zebu
Caneco acuviteiro
Peneira boa e me de uruçú*

*Tem calça de alvorada que é pra matutu não
andar nu*

*Tem rede tem balieira
Mode menino caçá nambu
Maxixe cebola verde tomate cuento e chuchu
Almoço feito nas tordas
Pirão mexido feito angu
Mobia de tamborete
Feito de trono de mulungu*

*Tem louça tem ferro veio
Sorvete de raspa que faz jaú
Gelada caldo-de-cana
Fruta de palma e mandacaru
Bonecos de vitalino
Que são conhecidos inté no Sul
De tudo que há no mundo tem na feira de
Caruaru”*

Então objeto de canto e arte, a feira de Caruaru acompanhou a história da cidade de Caruaru e a sua origem pode ser notada nas palavras da *literatura de cordel*²⁸ de Olegário Filho:

²⁸ *Literatura de cordel* se refere a conjuntos de versos escritos em livretos, típicos das feiras do Nordeste do Brasil, onde poetas populares expõem a realidade da cultura, da sociedade e dos causos históricos locais.

*“Tudo começou, mais
De cem anos atrás
José Rodrigues de Jesus
Juntou os amigos e os pais
Vendendo gado, galinha
E outras coisas mais”*

Olegário Filho²⁹

Miranda (2005; p.26) tratou a respeito da evolução por que passou a Feira de Caruaru ao longo da história da cidade, revelando mudanças ocorridas no espaço urbano:

a) Fim do séc. XVIII a 1850: o ponto de estada ao longo do caminho das boiadas onde se instalaria o povoado de Caruru e que posteriormente viria a ser a cidade de Caruaru; crescimento do pequeno comércio ao ar livre, no caminho das boiadas, por causa do fluxo de pessoas e animais; poucas edificações e forte influência regional da Capela de N. S. da Conceição (única na região na época); e, o surgimento de primeiras ruas transversais ao caminho das boiadas ou “rua central” do então povoado (Vide Figura 11).

b) 1851 a 1966: a consolidação da feira regional e da cidade.

Ocorre a primeira transferência da feira (Vide Figura 12) em meados dos anos 60 (séc.XX), pois o grande fluxo de pessoas e os problemas decorrentes traziam transtornos e conflitos.

c) 1966 a 1969: enfrentamento da saturação e de conflitos; transferência da feira novamente ao centro da cidade, pois na situação anterior (na Av. Rui Barbosa) existiam conflitos que impediam o funcionamento da feira, tais como insatisfação dos feirantes, distância dos mercados de carne e farinha que eram âncoras da feira (e ainda estavam localizados no centro da cidade), proximidade de área de prostituição (Rua Porto alegre) e falta de infra-estrutura mínima como limpeza e segurança (Vide Figura 12).

d) 1969 a 1992: Retomada da ocupação do centro pela feira; a feira então ocupa a sua antiga área, ou seja, o centro da cidade. Consolida-se como a grande feira do Agreste Pernambucano e permanecem os mesmos problemas como segurança, limpeza, tráfego, etc, em dias de feira. No entanto, na relação da feira com o centro da cidade, ela se viu “estrangulada”, sem infra-estrutura e condições de crescimento, com aumento de congestionamentos. Isso levou

²⁹ Literatura de cordel intitulada “Saiba tudo sobre a feira de Caruaru que é a maior do mundo” de autoria de Olegário Filho, data indefinida.

a uma nova transferência da feira para fora do centro em 1983 – primeiramente a feira de artesanato e depois a de calçados e confecções, para o Campo de Monta, o que, com posterior sucesso, se transformaria na *Feira da Sulanca*. Em 1992, inicia-se o processo de transferência definitiva da feira para fora do centro antigo da cidade (Vide Figura 13); o *Parque 18 maio*, com melhor infra-estrutura e maior espaço, recebe a feira porque no centro não havia mais espaço para expansão.

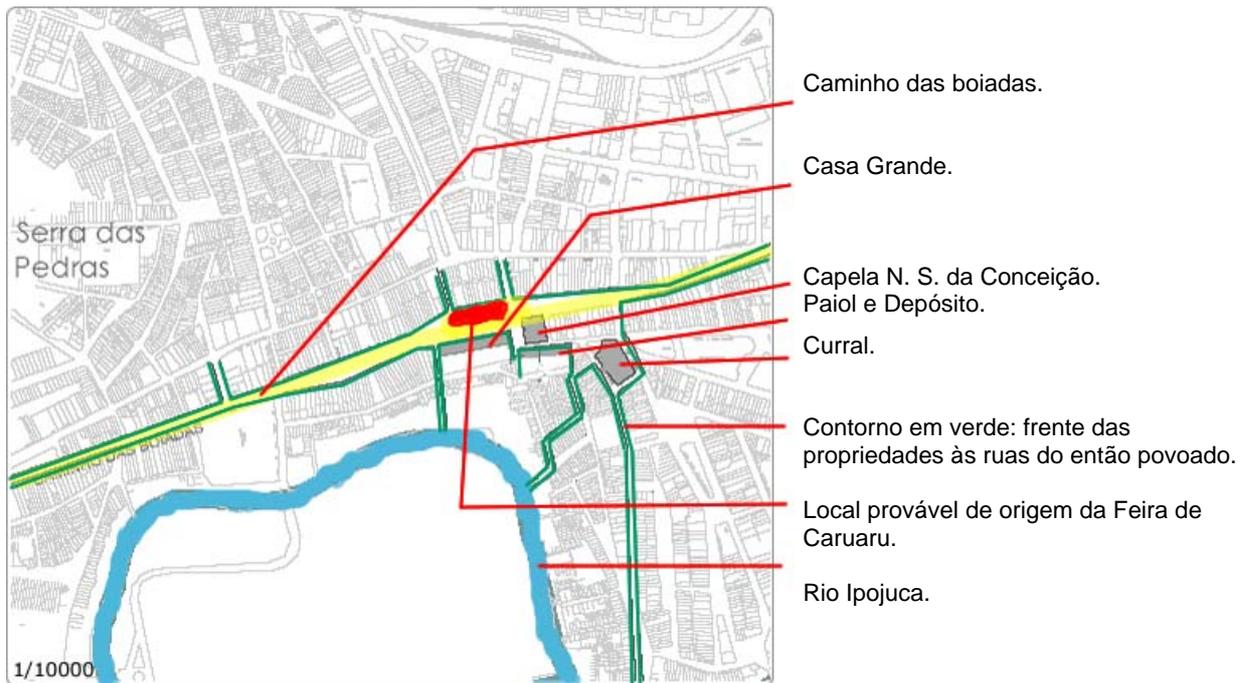


Figura 11: Povoado de Caruru, Sesmaria de Arorobá – Fim do séc. XVIII a 1820.

Fonte: baseado em Miranda (2005; p.30).

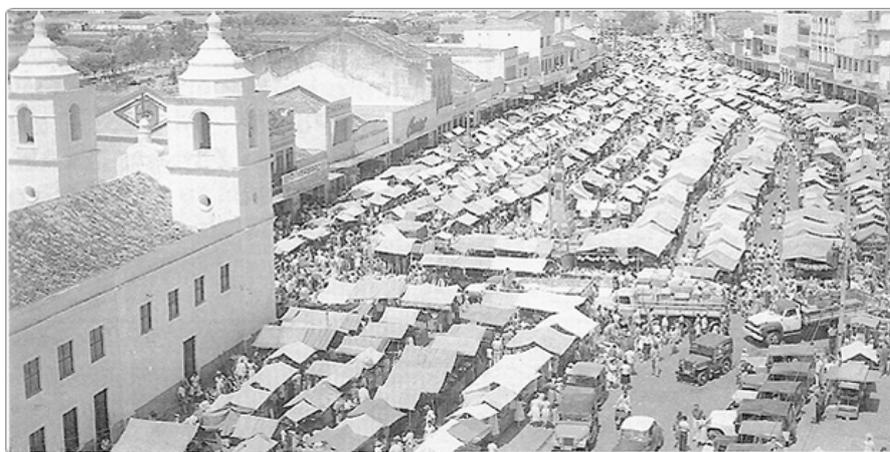
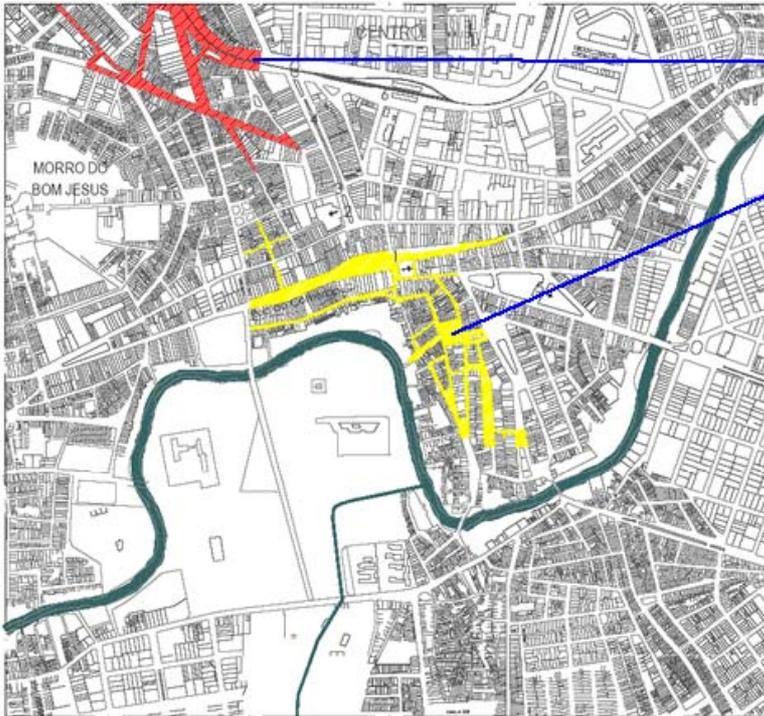


Foto 9: Igreja N. S. da Conceição e Feira de Caruaru – década de 60

Fonte: Revista Caruaru Hoje, n.42, p.13.

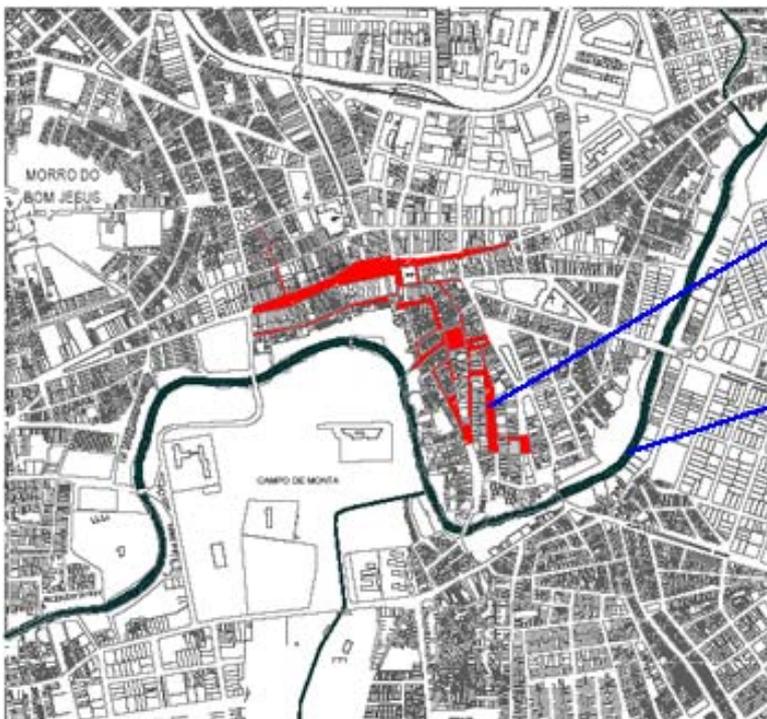


Em vermelho, ruas onde se situava a feira de Caruaru de 1966 a 1969 na Av. Rui Barbosa.

Em amarelo, ruas onde se situava a feira de Caruaru no centro da cidade até 1966.

Figura 12: Feira no centro de Caruaru até 1966 e primeira transferência da feira, de 1966 a 1969.

Fonte: baseado em Miranda (2005; p.45).



Em vermelho, a feira no centro da cidade, de 1969 a 1992

Rio Ipojuca

Figura 13: Feira de Caruaru novamente no centro da cidade – 1969 a 1992.

Fonte: baseado em Miranda (2005; p.48).

Em amarelo a Feira de Caruaru, antes da transferência ao Parque 18 de maio

Em vermelho, Feira de Caruaru Parque 18 de maio

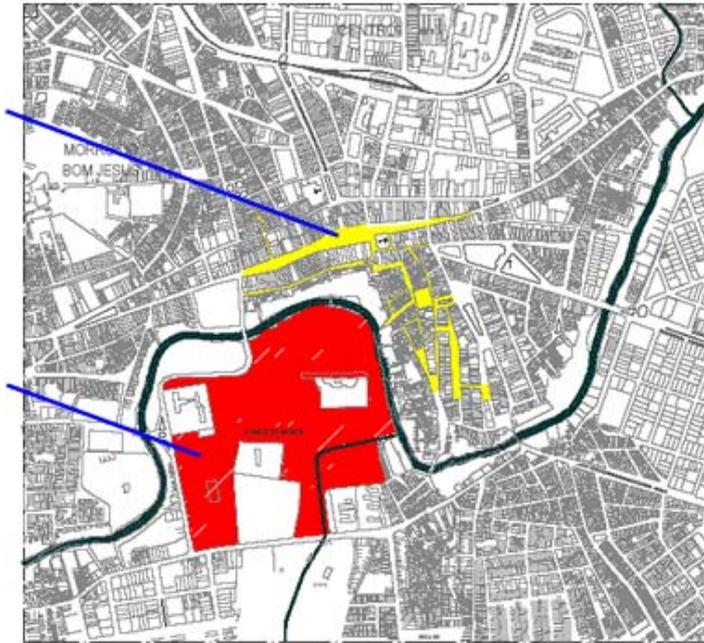


Figura 14: Transferência da Feira ao Parque 18 de Maio – 1992.
Fonte: baseado em Miranda (2005; p.58).

e) 1992 a 2004: consolidação e expansão da feira na nova localização (Vide Figura 14). Consolidada no Parque 18 de Maio e com a possibilidade de expansão, agora a feira se estenderia para ruas vizinhas. De acordo com dados da Prefeitura de Caruaru (apud Miranda, 2005; p.62), de 2003 a 2004, a Feira da Sulanca, que integrava a Grande Feira de Caruaru, passa a contar cerca de 13.000 comerciantes para uma demanda aproximada de 100.000 compradores na alta estação e 35.000 na baixa estação; a Feira de Artesanato, 400 comerciantes e 10.000 compradores por semana; e a Feira de Frutas e Verduras, 5900 comerciantes para 20.000 compradores por semana.

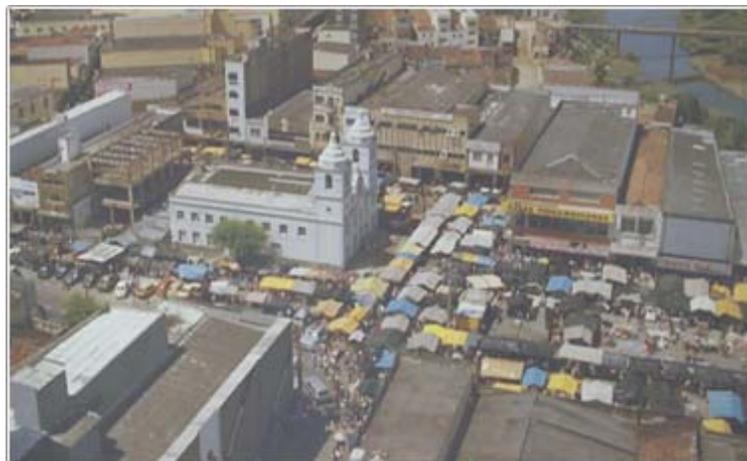


Foto 10: Feira no entorno da Igreja N. S. da Conceição – 1992.
Fonte: Acervo Jornal Vanguarda (Apud Miranda, 2005; p.52)



Figura 15: Parque 18 de Maio após a transferência da feira em 1992.
 Fonte: Adaptado de Miranda (2005).

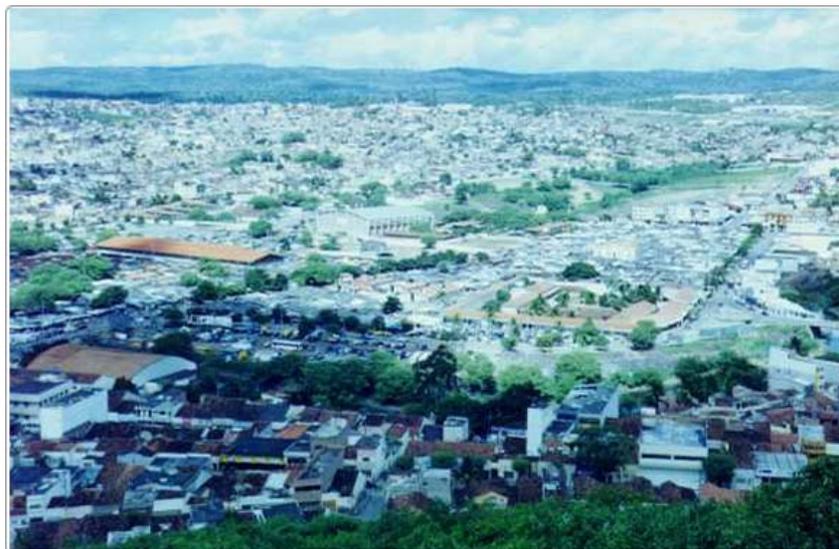


Foto 11: Vista aérea da Feira de Caruaru - 2002
 Fonte: Arquivo pessoal do autor, junho, 2002.

Em vermelho, Parque 18 de maio e ruas do entorno ocupadas pela Feira.

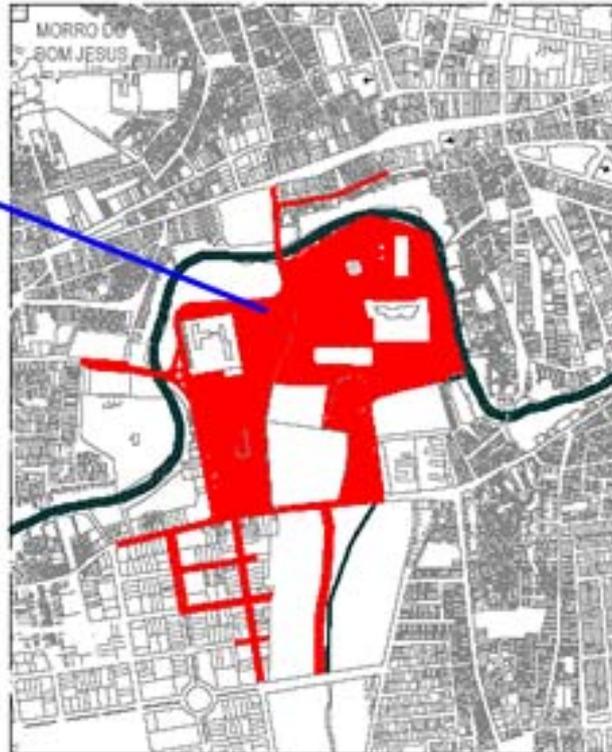


Figura 16: Parque 18 de Maio e ruas do entorno ocupadas pela Feira de Caruaru – 2004.

Fonte: baseado em Miranda (2005; p.63), imagem sobre mapa-base da Prefeitura de Caruaru.

Atualmente a Feira de Caruaru se mantém no Parque 18 de maio e, com seus 250.000 m², movida pelo crescimento do número de comerciantes, se estende também pelas ruas adjuntas ao Parque (Vide Figura 16). No mesmo Parque 18 de maio estão localizadas as Feiras Livre, da Sulanca, do Artesanato e dos Importados. Divide-se em diversos “setores” (Vide Figura 17) e em diversas Feiras menores onde se compram artigos específicos: Feira Livre onde são encontradas frutas e verduras trazidas da CEACA (Central de Abastecimento de Caruaru) ou de produtores e roças privadas da zona rural e de municípios vizinhos a Caruaru; Feira do Troca-Troca; Feira de Passarinhos; Feira de Flores; feira de Panelas; Feira de Calçados; Feira de Roupas; Feira de Ervas; Feira de Grãos (Vide Foto 12); Feira de Lanches; Feira de Ferro Velho; Feira do Artesanato; Feira de Importados; Feira do Gado; Grande Açougue de Carne (Vide Foto 13); Mercado de Feijão e Farinha; e, a famosa Feira da Sulanca com quase 10.000 bancos cadastrados, segundo a Prefeitura de Caruaru, atraindo em média 400 ônibus – além de transporte privado e das “toyotas” (Vide Foto 14) – e 40.000 pessoas por feira. A Feira da Sulanca funciona às Terças-Feiras a partir das 05:00h, com autorização para armar os bancos a partir da zero hora local.

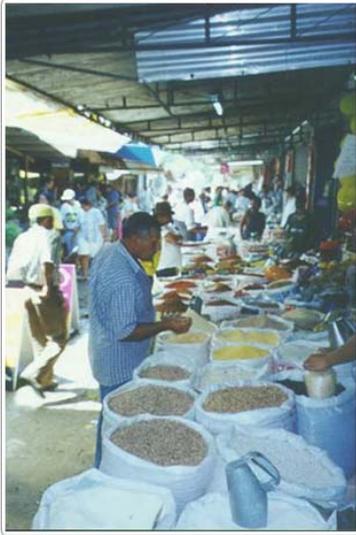


Foto 12: Feira de Grãos.
Fonte: Arquivo pessoal do autor,
junho, 2002.



Foto 13: Mercado de Carnes.
Fonte: Arquivo pessoal do autor,
junho, 2002.



Foto 14: Veículos tradicionais das feiras do Agreste de Pernambuco.
Fonte: Arquivo pessoal do autor, junho de 2002.

Para concluir este capítulo, pode-se afirmar, portanto, que a cidade de Caruaru se consolidou, ao longo do século XX, como o centro urbano mais importante do Agreste Pernambucano. Isso se deu em decorrência da formação histórica de um “espaço de mercado” representado, sobretudo, por sua Grande Feira e pelo chamado “mercado formal” tradicional (Indústria, comércio e serviços em geral) que atendessem à demanda de seu entorno e que contou com a concomitante concentração populacional. No mesmo sentido, centraliza um conjunto de serviços – públicos e privados – dentre os quais se localizam aqueles voltados à atenção à saúde humana. E tais serviços de saúde serão, a partir do capítulo seguinte, apreciados de maneira mais aprofundada.

Entorno da Feira, Parque 18 de Maio e Centro da Cidade:

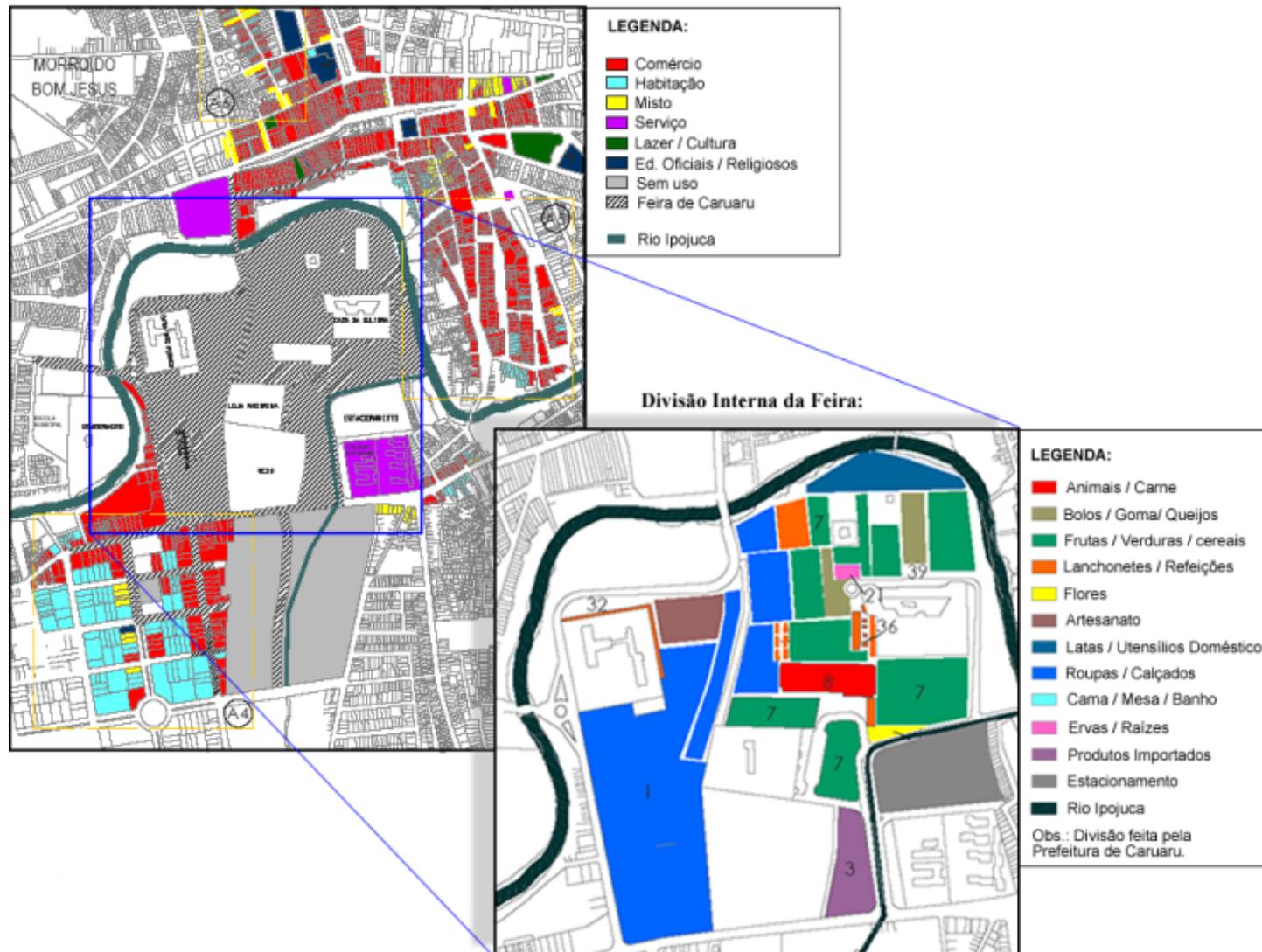


Figura 17: Entorno da Feira, Parque 18 de maio e centro da cidade de Caruaru.

Fonte: Mapa-base da Prefeitura de Caruaru e mapas apresentados por Miranda (2005). Arte: Kleber Silva, adaptado de Miranda (2005).

4

4 SERVIÇOS DE SAÚDE EM CARUARU-PE

**4.1 Dos Serviços de Saúde na Região de
Caruaru**

**4.3 Aos Serviços de Saúde na Cidade de
Caruaru**



4 SERVIÇOS DE SAÚDE EM CARUARU-PE

4.1 Dos Serviços de Saúde na Região de Caruaru

À área sob influência da cidade de Caruaru que contém um determinado número de centros urbanos, sendo ela mesma centro principal ou nó de uma organização espacial em rede delimitada segundo suas funções urbanas que conforma um sistema de cidades, chamaremos de “Região de Caruaru”.

Como já exposto no 2º Capítulo, entendemos os *Serviços de Saúde* como sendo as atividades situadas em torno de estabelecimentos especializados cujo objetivo é o atendimento às necessidades imediatas de amparo à saúde coletiva e a melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Os estabelecimentos de saúde são qualquer local destinado a realização de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual. Entendemos também que os serviços de saúde podem ser públicos ou privados.

Antes, porém, será necessário definirmos quais serviços de saúde serão aqui precisamente analisados.

Em relação ao Brasil, com o advento da Constituição de 1988, criou-se, após anos de lutas históricas, o *Sistema Único de Saúde* (SUS), com o propósito de possibilitar a oferta de serviços de saúde a toda a população brasileira. O Estado permitiria a formação de uma rede de estabelecimentos públicos complementada por estabelecimentos privados que pudessem legar a maior quantidade e diversidade possível de serviços de saúde. Os seus princípios de universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, hierarquização e regionalização, deram nova face à intervenção e atuação do Estado frente às políticas públicas nesse setor. Os serviços de saúde ligados ao SUS são, portanto, o objeto de análise aqui pretendido, pelos quais a nossa leitura, aqui centrada na concentração de serviços a partir da cidade de Caruaru-PE, dará ênfase à rede de estabelecimentos públicos estaduais e à rede privada complementar.

Nesse sentido, apresentaremos a rede de estabelecimentos e de especialidades no âmbito estadual, regional e municipal. Tomaremos como referenciais os documentos “Guia de Saúde/PE” (2007) do governo estadual, o “Guia de Saúde de Caruaru” (2007), do governo

municipal, bem como dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do DATASUS, via Ministério da Saúde do Governo Federal.

O documento “Guia de Saúde/PE”, publicado pelo Governo do Estado de Pernambuco (2007), baseado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), nos dados dos Municípios e Unidades de Saúde, reúne dados importantes no que se refere à oferta de serviços de saúde no estado. Esse documento buscou compreender a dimensão do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado, do ponto de vista da regionalização, da hierarquização e da equidade. Para isso, dividiu a sua construção em três grandes Macro-Regiões (Vide Figura 18):

- a) *Macro-Região do Recife*, com 70 municípios e 61% da população: a área cobre a região que vai além da Região Metropolitana do Recife (RMR), abarcando a maior parte da Zona da Mata do estado e alguns municípios do Agreste;
- b) *Macro-Região de Caruaru*, com 87 municípios e 29% da população: a área cobre a maioria dos municípios do Agreste do estado, estendendo-se ainda até quase a metade leste da área correspondente a Mesorregião do Sertão Pernambucano e mais os municípios de Petrolândia, Tacaratu e Jatobá na Mesorregião do São Francisco Pernambucano; e
- c) *Macro-Região de Petrolina*, com 28 municípios e 10% da população do estado: a área cobre os demais municípios da Mesorregião do Sertão Pernambucano e da Mesorregião do São Francisco Pernambucano.



Figura 18: Macro-Regionalização da Saúde do Estado de Pernambuco/2007.

As grandes *Macro-regiões de Saúde* do Estado de Pernambuco, supracitadas, estão subdivididas, a princípio em um modelo de microrregionalização, em 11 Gerências Regionais de Saúde (GERES), conforme se pode ver no Quadro 7. Tais Gerências organizam a oferta de serviços de saúde e integram a rede de estabelecimentos. São estas as formas organizacionais por que o Estado encaminha o gerenciamento público do setor. O Estado administra a grande rede de Gerências, estabelecimentos e dos serviços de saúde referentes, sendo uma rede originalmente planejada com a função de suporte à saúde pública e a finalidade de solidariedade que lhe é tradicional; formalizada e hierarquizada, é ditada conforme a demanda social das pessoas – tal é a dimensão organizacional, se assim usarmos a expressão de Corrêa (2001b, p.111).

Quadro 7
Rede Estadual de Saúde

<p>A) HOSPITAIS DE REFERÊNCIA ESTADUAL:</p> <p>I GERES - RECIFE</p> <p>01. Hospital Agamenon Magalhães</p> <p>02. Hospital Barão de Lucena</p> <p>03. Hospital da Restauração</p> <p>04. Hospital Geral Otávio de Freitas</p> <p>05. Hospital Getúlio Vargas</p> <p>B) HOSPITAIS DE REFERÊNCIA REGIONAL:</p> <p>II GERES - LIMOEIRO</p> <p>06. Hospital Regional José Fernandes Salsa</p> <p>III GERES - PALMARES</p> <p>07. Hospital Regional Dr. Sílvio Magalhães</p> <p>IV GERES - CARUARU</p> <p>08. Hospital Regional do Agreste (Waldemiro Ferreira)</p> <p>V GERES - GARANHUNS</p> <p>09. Hospital Regional Dom Moura</p> <p>VI GERES - ARCOVERDE</p> <p>10. Hospital Regional Ruy de Barros Correia</p> <p>VII GERES - SALGUEIRO</p> <p>11. Hospital Regional Inácio de Sá</p> <p>IX GERES – OURICURI</p> <p>12. Hospital Regional Fernando Bezerra</p>	<p>X GERES - AFOGADOS DA INGAZEIRA</p> <p>13. Hospital Regional Emília Câmara</p> <p>XI GERES - SERRA TALHADA</p> <p>14. Hospital Profº Agamenon Magalhães - HOSPAM</p> <p>C) DEMAIS UNIDADES HOSPITALARES ESTADUAIS:</p> <p>CARUARU</p> <p>15. Hospital Jesus Nazareno</p> <p>16. Hospital São Sebastião</p> <p>BARREIROS</p> <p>17. Hospital Colônia de Barreiros – Vicente Gomes de Matos</p> <p>GOIANA</p> <p>18. Hospital Belarmino Correia</p> <p>JABOATÃO DOS GUARARAPES</p> <p>19. Hospital Jaboatão Prazeres</p> <p>IGARASSU</p> <p>20. Hospital Colônia Alcides Codeceira</p> <p>PAULISTA</p> <p>21. Sanatório Padre Antônio Manuel - Hospital da Mirueira</p>	<p>RECIFE</p> <p>22. Hospital Correia Picanço</p> <p>23. Hospital Geral de Areias</p> <p>24. Hospital Psiquiátrico Ulisses Pernambucano</p> <p>VITÓRIA DE SANTO ANTÃO</p> <p>25. Hospital João Murilo</p> <p>FERNANDO DE NORONHA</p> <p>26. Hospital São Lucas</p> <p>JATOBÁ</p> <p>27. Hospital de Itaparica</p> <p>D) OUTRAS UNIDADES:</p> <p>01. HEMOPE</p> <p>02. LAFEPE</p> <p>03. APEVISA</p> <p>04. LACEN</p> <p>05. Laboratório Central da V GERES</p> <p>06. Central de Regulação Médica</p> <p>07. Farmácia de Medicamentos Especiais e Excepcionais</p>
---	--	--

Fonte: Pernambuco (2007).

Somente a capital do estado, Recife, centraliza os cinco grandes *Hospitais de Referência Estadual* (Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena, Hospital da Restauração, Hospital Geral Otávio de Freitas e Hospital Getúlio Vargas)³⁰. Além do mais constitui o Recife

³⁰ Localiza-se também no Recife o *Hospital das Clínicas*, um dos principais hospitais público da região, vinculado à Universidade Federal de Pernambuco. Segundo informações do próprio Hospital, instalado em uma área de 64.614m², conta este atualmente com 1578 funcionários, 306 docentes, 1463 estudantes (entre graduandos e pós-graduandos) e 174 residentes.

um dos principais pólos na área de saúde em geral do país; o chamado “Pólo Médico do Recife”³¹.

Os nove *Hospitais de Referência Regional*, ou seja, aqueles com menor capacidade de atendimento e quantidade de serviços quando comparados aos anteriores, no entanto buscando atender à maior parte da demanda nas regiões onde se situam, estão localizados nos municípios de Palmares (na Zona da Mata) com o Hospital Regional Dr. Silvio Magalhães; Limoeiro com o Hospital Regional José Fernandes Salsa, Garanhuns com o Hospital Regional Dom Moura e Caruaru com o Hospital Regional do Agreste (no Agreste); e Arcoverde com o Hospital Regional Ruy de Barros Correia, Salgueiro com o Hospital Regional Inácio de Sá, Ouricuri com o Hospital Regional Fernando Bezerra, Afogados da Ingazeira com o Hospital Regional Emília Câmara e Serra Talhada com o Hospital Regional Agamenon Magalhães (no Sertão).



Foto 15: Hospital Regional do Agreste em Caruaru.
Fonte: Arquivo pessoal do autor, agosto de 2007.

A rede de hospitais é complementada ainda com as demais quatorze *Unidades Hospitalares Estaduais* de menor porte; situadas nos municípios de Caruaru com o Hospital Jesus Nazareno e o Hospital São Sebastião (Agreste); Barreiros com o Hospital Colônia de Barreiros (Zona da Mata); Goiana com o Hospital Belarmino Correia (Zona da Mata); Jaboatão

³¹ Segundo Fernandes et Lima, no final dos anos 80 e ao longo da década seguinte, paralelamente ao crescimento da medicina mercantil no país, viu-se a ampliação do número de instituições privadas de saúde no Recife bem como a busca de aperfeiçoamento dos profissionais do setor em centros mais desenvolvidos do país e do exterior até formarem-se equipes médicas e grupos econômicos com base em associações (Fernandes et Lima, 2006; p.30), o que resultou no agrupamento ou concentração de atividades especializadas em um processo espacial de “clusterização” que deu origem ao Pólo Médico do Recife.

dos Guararapes com o Hospital Jaboatão Prazeres (Região Metropolitana do Recife); Igarassu com o Hospital Colônia Alcides Codeceira (Região Metropolitana do Recife); Paulista com o Hospital da Mirueira (Região Metropolitana do Recife); Recife com o Hospital Correia Picanço, o Hospital Geral de Areias e o Hospital Psiquiátrico Ulisses Pernambucano; Vitória de Santo Antão com o Hospital João Murilo (Zona da Mata); Ilha de Fernando de Noronha com o Hospital São Lucas; e Jatobá com o Hospital de Itaparica (Sertão).

Embora a *Macro-Região de Caruaru*, especificamente, contenha a maior quantidade de municípios listados, como se pode ver no Quadro 8, a maioria dos estabelecimentos de grande porte estaduais, no entanto, está localizada nas proximidades do litoral, principalmente no entorno ou dentro da Região Metropolitana do Recife (RMR).

Ao todo (Vide Figura 19) na RMR estão os cinco Hospitais de Referência Estadual e mais cinco Hospitais de Referência Regional, além de maior parte das outras unidades, tais como HEMOPE (Fundação HEMOPE Hospital de Hematologia), LAFEPE (Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco), etc. A concentração destes estabelecimentos pode estar relacionado à presença de maioria da população nas proximidades do litoral pernambucano e nos centros que se localizam no entorno da capital.

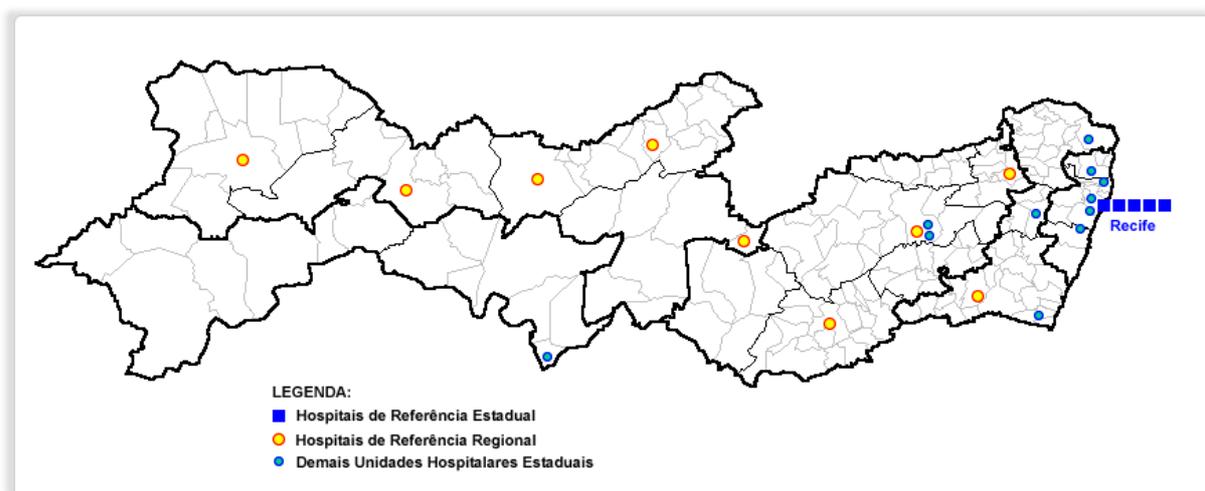


Figura 19: Hospitais Públicos no estado de Pernambuco. Fonte: Pernambuco (2007).

Quadro 8
Municípios por Regionais de Saúde em Pernambuco - 2007

I GERES RECIFE	II GERES LIMOEIRO	III GERES PALMARES	IV GERES CARUARU	V GERES GARANHUNS	VI GERES ARCOVERDE	VII GERES SALGUEIRO	VIII GERES PETROLINA	IX GERES OURICURI	X GERES AF. DA INGAZEIRA	XI GERES SERRA TALHADA
Abreu e Lima Araçoiaba Cabo de Santo Agostinho Camaragibe Chã Grande Fernando de Noronha Goiana Igarassu Ipojuca Itamaracá Itapissuma Jaboatão dos Guararapes Moreno Olinda Paulista Pombos Recife São Lourenço da Mata Vitória de Santo Antão	Aliança Bom Jardim Buenos Aires Camutanga Carpina Casinhas Chã de Alegria Condado Cumaru Feira Nova Ferreiros Glória de Goitá Itambé Itaquitinga João Alfredo Lagoa do Carro Lagoa de Itaenga Limoeiro Macaparana Machados Nazaré da Mata Orobó Passira Paudalho Salgadinho São Vicente Férrer Surubim Timbaúba Tracunhaém Vertente do Lério Vicência	Água Preta Amaraji Barreiros Belém de Maria Catende Casinhas Escada Gameleira Jaqueira Joaquim Nabuco Lagoa dos Gatos Maraial Palmares Primavera Quipapá Ribeirão Rio Formoso São Benedito do Sul São José da Coroa Grande Sirinhaém Tamandaré Xexéu	Agrestina Algoinha Altinho Barra de Guabiraba Belo Jardim Bezerrós Bonito Brejo da Madre de Deus Camocim de São Félix Cachoeirinha Caruaru Cupira Frei Miguelinho Gravatá Ibirajuba Jataúba Jurema Painéis Pesqueira Poço Riacho das Almas Sairé Sanharó Santa Cruz do Capibaribe São B. do Una São Caitano São Joaquim do Monte Santa Maria do Cambucá Tacaimbó Taquaritinga do Norte Toritama Vertentes	Águas Belas Angelim Bom Conselho Brejão Caetés Calçado Canhotinho Capoeiras Correntes Garanhuns Iati Itaíba Jucati Jupi Lagoa do Ouro Lajedo Palmeirina Paranatama Saloá São João Terezinha	Arcoverde Buique Custódia Ibimirim Inajá Jatobá Manari Pedra Petrolândia Sertânia Tacaratu Tupanatinga Venturosa	Belém de São Francisco Cedro Mirandiba Salgueiro Serrita Terra Nova Verdejante	Afrânio Cabrobó Dormentes Lagoa Grande Orocó Petrolina Santa Maria da Boa Vista	Arapina Bodocó Exu Granito Ipubi Moreilândia Ouricuri Parnamirim Santa Cruz Santa Filomena Trindade	Afogados da Ingazeira Brejinho Carnaíba Iguaraci Ingazeira Itapetim Quixaba Santa Terezinha São José do Egito Solidão Tabira Tuparetama	Betânia Calumbi Canaubeira da Penha Flores Floresta Itacuruba Santa Cruz da Baixa Verde São José do Belmonte Serra Talhada Triunfo
19 Municípios	31 Municípios	22 Municípios	32 Municípios	21 Municípios	13 Municípios	07 Municípios	07 Municípios	11 Municípios	12 Municípios	10 Municípios

Fonte: Pernambuco (2007)

Especificamente em relação aos chamados *Serviços de Referência em Saúde* no estado de Pernambuco, pode-se entender a estrutura da rede de saúde da seguinte maneira:

Dentre os *serviços de alta complexidade hospitalar*, estão os serviços de Cirurgia Oncológica; Cirurgia Traumato-ortopédica, Coluna, Antebraço, Punho e Mão, Cintura Pélvica, Quadril e Coxa, Joelho e Perna; Cintura Escapular, Braço e Cotovelo; Perna/tornozelo/pé; Ortopedia Infantil; Traumatologia, Ortopédica de Urgência/emergência; Neurocirurgia, Trauma e Anomalias do desenvolvimento, Coluna e Nervos Periféricos, Tumores do Sistema Nervoso; Vascular; Dor e Funcional; Investigação e Cirurgia da Epilepsia; Neurocirurgia, Funcional Estereotáxica; Tratamento Endovascular; Cardiovascular, Cirurgia Cardiovascular Adulto, Cardiologia Intervencionista; Cirurgia Cardiovascular Pediátrica; Cirurgia Endovascular; Eletrofisiologia; Cirurgia Vascular; Aids. Tais serviços exigem pessoal altamente especializado e em muitos casos equipamentos com tecnologia avançada.

Como Referências para esses serviços de alta complexidade hospitalar em Pernambuco, a cidade do Recife conta com estabelecimentos que oferecem todos os 18 tipos de serviços citados, seguido unicamente por Caruaru que oferece 9 tipos dentre todos os serviços. Quanto aos estabelecimentos, destaca-se o Hospital das Clínicas, o Instituto Materno-Infantil e o Hospital da Restauração a oferecer 11 dos serviços citados, seguido do Hospital Getúlio Vargas com 9 dos serviços citados e do Hospital Universitário Oswaldo Cruz com 6 dos serviços citados – todos esses localizados no Recife. Em Caruaru, o Hospital Geral do Agreste oferece sozinho 8 dos serviços citados e a Casa de Saúde Santa Efigênia 1 dos serviços (ou seja, Cirurgia Cardiovascular Adulto, Cardiologia Intervencionista).

Dentre os *serviços de alta complexidade ambulatorial*, estão os serviços de Angiografia; Litotripsia; Hemodinâmica; Medicina Nuclear in vivo; Densitometria Óssea; Ressonância Nuclear Magnética; Radiologia Intervencionista; Tomografia Computadorizada; Terapia Renal Substitutiva; Radioterapia; e, Quimioterapia. Destes 11 serviços, no Recife estão concentrados todos os tipos citados, em Caruaru estão situados 5, em Petrolina (Sertão) estão situados 5, em Carpina (Zona da Mata) estão 2, e em Araripina (Sertão), Garanhuns (Agreste), Jaboatão dos Guararapes e Olinda (RMR) se situa 1 tipo de serviço de alta complexidade ambulatorial.

Dentre os *Centros de Atenção Psico-Social (CAPS)*, contam-se 15 centros situados no Recife; 4 centros em Olinda (RMR); e 1 em cada um dos seguintes municípios: Paulista,

Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes, Caruaru, e, Buíque, Floresta, Petrolina, Sta. Maria da Boa Vista, Serrita, Ouricuri, Bodocó e Ibimirim.

Dentre os *Centros de Especialidades Odontológicas* (CEO's), contam-se 4 centros no Recife; 3 em Caruaru; 2 em Brejo da Madre de Deus; e 1 em cada um dos seguintes municípios: Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes, Vitória de Santo Antão, Condado, Vicência, Xexéu, Palmares, Pesqueira, Garanhuns, Pedra e Arcoverde.

Dentre os *Centros de Orientação e Acompanhamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis* (COAS)³², conta-se 1 centro no Recife, além do Programa Estadual DST/AIDS na Secretaria Estadual de Saúde na capital, e 1 centro em cada um dos seguintes municípios: Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Cabo, Camaragibe, Paulista, Palmares, Itambé, Caruaru, Arcoverde, Ouricuri, Garanhuns, Petrolina, Vitória de Santo Antão, Serra Talhada, Goiana e Salgueiro.



Foto 16: Centros de Orientação e Acompanhamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (COAS) em Palmares-PE.

Fonte: <<http://www.saudepalmares.pe.gov.br>> Acesso em: 16 set. 2007.

Dentre os *Centros de Transplantadores*, além da Central de Transplantes na capital, nota-se a maior quantidade de estabelecimentos a oferecer tais serviços situados no Recife, dos quais 5 estabelecimentos oferecem serviços relacionados a transplantes de coração, 6 a transplantes de córnea, 6 a transplantes de Rim, 5 a transplantes de fígado e 2 de medula óssea. Em Caruaru

³² Segundo Pernambuco (2007), estes são Centros Municipais de Orientação e acompanhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST's, tendo como objetivo dar informação, aconselhamento, teste de HIV, Sífilis e fornecimento de preservativos.

conta-se a Casa de Saúde Santa Efigênia a oferecer serviços de transplante de Rim, e em Petrolina o Instituto de Olhos Vale do S. Francisco a oferecer serviço de transplantes de córnea e o Hospital Memorial de Petrolina a oferecer serviço de transplante de rim.

Como *Centros de Referências a AIDS/HIV* são notados 6 estabelecimentos no Recife e mais 3 em Caruaru. Além disso, conta-se na capital do estado 5 estabelecimentos voltados também a gestantes HIV+.

Além disso, o estado conta com a *Fundação HEMOPE Hospital de Hematologia*, com o intuito de atender pacientes portadores de doenças hematológicas e onco-hematológicas. Além do Hemocentro do Recife, há nove unidades hemoterápicas no interior do estado relacionadas à doação de sangue: em Limoeiro, Palmares, Caruaru, Garanhuns, Arcoverde, Salgueiro, Petrolina, Ouricuri e Serra Talhada.



Foto 17: Doação de Sangue ao HEMOPE.

Fonte: <<http://www.hemope.pe.gov.br>> Acesso em: 16 set. 2007.

Conta ainda o estado com mais dois tipos de laboratórios centrais: a) o LACEN, *Laboratório Central de Saúde Pública*, para diagnóstico laboratorial no âmbito do SUS para promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, com exames em Bacteriologia; Imunologia; Virologia; Bioquímica; Hematologia; Micologia e parasitas oportunistas; Colpocitologia Oncótica, Colposcopia, Histopatologia; Controle da Qualidade de Alimentos, Água e Medicamentos; e, Exames de Endemias e Controle de Qualidade das Endemias do

Estado. E, b) o LAFEPE, *Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco*³³, que conta com 16 farmácias com óticas, das quais 7 estão no Recife e as demais distribuídas pelo interior do estado, e, 15 farmácias comuns, dentre as quais 3 se situam no Recife. Para o caso de medicamentos excepcionais, estes são oferecidos em unidades de saúde pertencentes ao SUS, mediante registro do demandante.



Foto 18: Uma das farmácias do LAFEPE.
Fonte: <<http://www.lafepe.pe.gov.br>>
Acesso em: 16. set. 2007.

Como *Centros de Referência a Pacientes Portadores de Deficiência*³⁴, o estado conta com os Hospitais Getúlio Vargas, Barão de Lucena, Agamenon Magalhães, Oswaldo Cruz, Hospital das Clínicas e a AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente), o IMIP – Instituto Materno Infantil e a Fundação Altino Ventura – todos localizados no Recife. Além disso, conta com os chamados núcleos de habilitação, com o intuito de atender a pacientes com deficiência, através de profissionais de reabilitação e equipamentos de fisioterapia, na rede pública e na rede conveniada ao SUS, nos seguintes municípios: Recife, Caruaru, Garanhuns e Ouricuri.

³³ Segundo Pernambuco (2007), o LAFEPE constitui um centro de desenvolvimento e industrialização de medicamentos de alta tecnologia a baixo custo, contando com uma rede de farmácias em bairros e áreas de comércio popular nos municípios do interior do estado de Pernambuco.

³⁴ Isso representa um “...programa que busca atender a pessoas com deficiência que necessitam de órteses, próteses e/ou meios auxiliares de locomoção (cadeiras de rodas, bengalas, aparelhos auditivos e/ou oculares) procurando conceder os materiais/instrumentos que constam na tabela do SUS, os quais o usuário necessita” (Pernambuco, 2007; p.31).

E, por fim, em relação à *Triagem Neonatal* (teste do pezinho), esse serviço está representado por um conjunto de postos de coleta, conformando uma grande rede dentro do estado. No total são 90 postos de coleta, dos quais 9 se encontram no Recife e 2 em Caruaru.

Pode-se visualizar através da Figura 20 a presença dos *Serviços de Referência em Saúde* no território estadual, no qual a maior parte deles está localizado nas proximidades da capital. E os municípios que fazem parte da Grande Região Metropolitana do Recife, como por exemplo Paulista, Olinda e Jaboatão dos Guararapes, colaboram ainda mais para a concentração desses mesmos serviços. No interior do estado, destaca-se o município de Palmares na Zona da Mata Sul, os municípios de Caruaru e de Garanhuns no Agreste e os municípios de Arcoverde, Serra Talhada, Salgueiro, Ouricuri e Petrolina no Sertão. É mister considerar que a figura intenta revelar somente a presença ou não dos serviços citados, e não a sua quantidade; pois em alguns casos um único serviço pode aparecer várias vezes num município, como por exemplo, em relação aos transplantadores; na figura está assinalado simplesmente que existe transplantador no Recife, no entanto, de fato, conforme Pernambuco (2007), existe sim e em quantidade maior do que quinze estabelecimentos.

Diante disso, pode-se concluir que Caruaru assume a segunda posição depois do Recife na rede de oferta de Serviços de Referência em Saúde dentro do estado de Pernambuco. Do total de unidades de saúde considerados pelo Governo do Estado, levando-se em conta as unidades de saúde como sendo qualquer estabelecimento de saúde, não importando o porte (hospital, centro de saúde, laboratório, etc) – com exceção do Programa de Saúde da Família, Postos de Saúde, Unidades Móveis e Programas Específicos –, revelou-se a existência de 353 serviços de saúde na Macro-Região do Recife; 206 serviços na Macro-Região de Caruaru e 76 serviços na Macro-Região de Petrolina (Pernambuco, 2007).

No caso de Caruaru, especialmente, é possível constatar o seguinte: Caruaru comanda a Macro-região que leva o seu nome e que é subdividida em quatro Micro-Regiões de Saúde, ou seja, a *Micro-Região de Caruaru* com 33 municípios, a *Micro-Região de Garanhuns* com 22 municípios, a *Micro-Região de Arcoverde* com 13 municípios, e a *Micro-Região de Afogados da Ingazeira* com 19 municípios). Os municípios listados no Quadro 9 são os que se encontram diretamente vinculados à *Sede Micro-Regional de Caruaru*.

Ao analisarmos a lista de serviços em geral conforme o apresentado por Pernambuco (2007), podemos visualizar como se concentram tais atividades no conjunto da rede urbana

regional. Quanto aos municípios a serem considerados, escolhemos o número de 23 municípios, juntamente com Caruaru, levando em conta os seguintes critérios: a) o município deve apresentar população superior a 30.000 habitantes conforme o último Censo Demográfico do IBGE de 2000; e, b) o município deve fazer parte da área de influência de Caruaru segundo o documento “Região de Influência de Cidades (Regic)” do IBGE/1993. Por isso, pelo fato do Regic ter definido alguns municípios sob influência de Caruaru que estão localizados além da “Macro-Região de Saúde de Caruaru” e do “Agreste de Pernambuco”, estarão presentes também na lista os municípios de Palmares, Ribeirão e Catende (situados na Zona da Mata), e Surubim e Bom Jardim (situados no Agreste).

Quadro 9

Municípios ligados à Sede Micro-Regional de Caruaru

CARUARU	Lagoa dos Gatos
Agrestina	Panelas
Alagoinha	Pesqueira
Altinho	Poção
Barra da Guabiraba	Riacho das Almas
Belo Jardim	Sairé
Bezerros	Sanharó
Bonito	Santa M ^a Cambucá
Brejo da Madre de Deus	São Bento do Una
Cachoeirinha	São Caitano
Camocim São Félix	São Joaquim do Monte
Cupira	Sta. Cruz do Capibaribe
Frei Miguelinho	Tacaimbó
Gravatá	Taquaritinga do Norte
Ibirajuba	Toritama
Jataúba	Vertentes
Jurema	

Fonte: Pernambuco (2007).

Antes, porém, é necessário assinalar que consideraremos os serviços de saúde a partir da divisão em grandes “áreas ou campos de saúde”, a saber: a) Consultas Médicas; b) Exames / Diagnósticos; c) Odontologia; d) Serviços Hospitalares; e e) Urgência / Emergência. E, dentro destas áreas citadas, assinalaremos as “especialidades” concernentes. Assim, para todas essas áreas de saúde, é possível visualizar no Quadro 10 a diversidade de especialidades contidas em cada um dos municípios considerados. Por exemplo, do total de 40 especialidades que selecionamos no documento “Guia de Saúde/PE” (2007), relacionadas à área de “*Consultas Médicas*”, o município de Caruaru contém 38 tipos, sendo seguido de Arcoverde com 25, Pesqueira com 19, e, Garanhuns e Surubim com 18 especialidades. Dentre todos os municípios considerados, Buíque apresenta apenas uma especialidade ligada a “Consultas Médicas”, ou seja, a de Consulta de Cirurgia Geral.

Quadro 10
Quantidade de especialidades por área de saúde e cidades

	Consultas Médicas	Exames Diagnósticos	Odontologia	Serviços Hospitalares	Urgência Emergência
Caruaru	38	27	2	23	7
Garanhuns	18	18	1	11	7
Belo Jardim	9	6	-	9	2
Arcoverde	25	9	1	18	6
Santa Cruz do Capibaribe	17	9	-	5	2
Pesqueira	19	7	1	6	3
Bezerros	16	13	2	6	6
Palmares	13	12	-	10	5
Surubim	18	9	1	6	3
São Bento do Una	8	5	1	1	1
Buíque	1	5	-	5	2
Bom Conselho	9	4	-	2	4
Ribeirão	6	5	-	5	1
Bonito	13	9	-	4	3
Brejo da Madre de Deus	11	4	-	3	3
Bom Jardim	3	1	-	2	2
Águas Belas	6	1	1	3	3
São Caetano	12	4	1	3	3
Afogados da Ingazeira	14	9	1	13	4
Lajedo	4	4	-	3	2
Sertânia	7	7	-	9	1
Catende	5	2	1	2	2
Custódia	8	2	-	3	1

Fonte: Pernambuco (2007)

Do total de 30 especialidades relacionadas à área de “*Exames/Diagnósticos*”, o município de Caruaru contém 27, sendo seguido por Garanhuns com 18, Bezerros com 13 e Palmares com 12. Nessa área de saúde, Bom Jardim e Águas Belas são os municípios que contam com a presença de apenas uma especialidade.

Do total de 2 especialidades na área de “*Odontologia*” – *odontologia básica e odontologia especializada* –, somente Caruaru e Bezerros contém as duas especialidades. Alguns dos demais municípios apresentam apenas uma especialidade (odontologia básica) e outros nenhuma das duas.

Do total de 26 especialidades relacionadas à área de “*Serviços Hospitalares*”, Caruaru concentra 23 delas, seguido por Arcoverde com 18, Afogados da Ingazeira com 13, Garanhuns com 11 e Palmares com 10 tipos. O município com apenas um tipo de especialidade nessa área é São Bento do Una.

E, por fim, do total de 9 especialidades relacionadas à área de “*Urgência Emergência*”, Caruaru concentra 7 tipos, sendo logo seguido por Garanhuns com o mesmo número e por Arcoverde com 6 tipos de especialidades.

Ao considerarmos o total de 107 especialidades, abrangendo então todas as áreas citadas (*Consultas Médicas, Exames/Diagnósticos, Odontologia, Serviços Hospitalares e Urgência Emergência*), o município de Caruaru concentra 97 especialidades, ou seja, absolutamente 90% da diversidade de especialidades em serviços de saúde, segundo os dados do Guia de Saúde/PE.

Na figura 21 podemos perceber, sucintamente, os principais centros urbanos sob influência de Caruaru em relação a essa diversidade de especialidades em saúde. Queremos dizer que quanto maior o diâmetro dos círculos correspondentes a cada centro urbano, maior a diversidade de especialidades nele existentes. No caso de Caruaru, tomado como concentrando 97 tipos diferentes de especialidades que selecionamos no Guia de Saúde/PE, ele assume a posição de principal centro urbano (e então representado na figura com maior diâmetro de círculo) em relação à diversidade de especialidades, seguido por Garanhuns e Arcoverde com um nível intermediário e, após estes, por Belo Jardim, Santa Cruz do Capibaribe, Pesqueira, Bezerros, Palmares e Surubim.

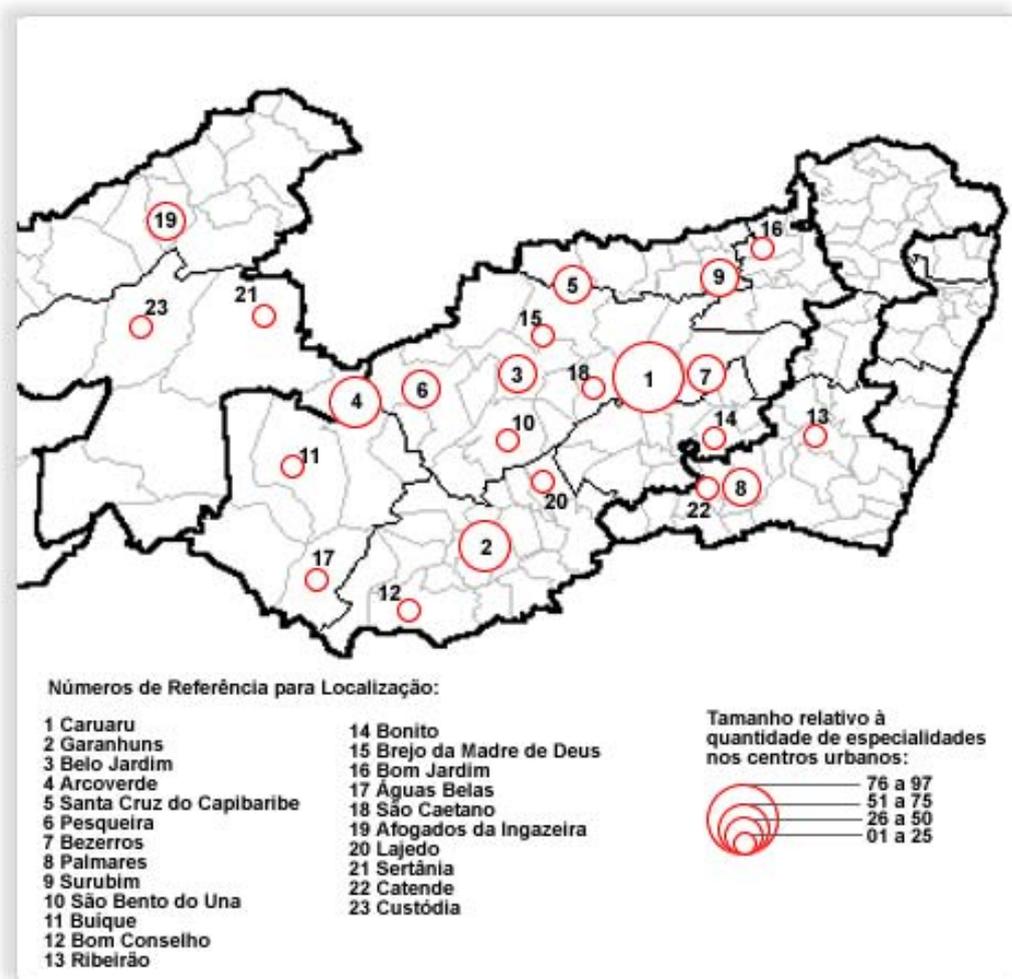


Figura 21: Principais centros urbanos sob influência de Caruaru e o tamanho relativo à diversidade de especialidades no setor de saúde.

Fonte: baseado nos dados do Quadro 10 em correspondência aos dados do Guia de Saúde/PE (2007).

No entanto, em relação à área de “*Consultas Médicas*”, especificamente, através do Quadro 11, podemos estimar a quantidade de estabelecimentos vinculados ao SUS, segundo o Guia de Saúde PE (2007), em cada município a oferecer as especialidades a seguir:

A) Cardiologia	G) Ginecologia e Obstetrícia	N) Psiquiatria
B) Cirurgia Geral	H) Neurologia	O) Urologia
C) Clínica Médica	I) Oftalmologia	P)
D) Dermatologia	J) Ortopedia	Fonoaudiologia
E) Endocrinologia	L) Otorrinolaringologia	Q) Nutrição
F) Ginecologia	M) Pediatria	R) Psicologia

Quadro 11
Número de Estabelecimentos em especialidades de “Consultas Médicas”

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	M	N	O	P	Q	R
Caruaru	6	3	10	6	1	10	4	1	8	2	7	12	2	2	7	4	5
Garanhuns	2	3	2	1	1	3	1	2	1	2	1	2	1	1	1	-	-
Belo Jardim	1	1	7	1	-	1	4	-	-	1	-	7	1	-	-	-	-
Arcoverde	1	1	4	1	-	2	1	2	1	1	-	2	2	1	2	1	2
Santa Cruz do Capibaribe	2	2	2	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	-	-
Pesqueira	1	1	4	1	-	2	3	1	1	1	-	3	1	1	1	1	2
Bezerros	1	2	2	1	1	1	-	1	2	1	1	2	1	2	1	-	-
Palmares	2	1	1	-	-	3	2	-	2	2	1	1	1	-	-	1	1
Surubim	2	2	3	1	1	2	3	1	1	3	1	3	1	1	-	-	1
São Bento do Una	1	-	1	-	-	1	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-	1
Buíque	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Bom Conselho	1	1	1	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-
Ribeirão	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-
Bonito	1	1	1	1	-	1	1	-	-	1	-	1	1	-	-	-	1
Brejo da Madre de Deus	-	2	2	-	1	2	2	-	-	2	-	3	2	-	-	-	1
Bom Jardim	-	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Águas Belas	1	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
São Caetano	1	1	2	-	-	1	1	-	1	1	-	2	1	-	-	-	1
Afogados da Ingazeira	2	2	2	-	-	2	2	-	1	2	-	2	1	1	-	-	-
Lajedo	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Sertânia	-	-	1	-	-	2	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Catende	1	-	1	-	-	1	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1
Custódia	-	1	1	-	-	1	1	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-

Fonte: Pernambuco (2007)

Como podemos analisar no Quadro 11, Caruaru concentra a maior parte dos estabelecimentos que oferecem as especialidades citadas (Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, etc) da área de “*Consultas Médicas*”. E dentre as especialidades com maior número de estabelecimentos em Caruaru estão Pediatria com 12, Clínica Médica e Ginecologia com 10,

Ortopedia e Fonoaudiologia com 7 estabelecimentos. Garanhuns, por sua vez apresenta estabelecimentos para Cirurgia Geral e 3 para Ginecologia.

Em relação à área de “Exames/Diagnósticos”, através do Quadro 12, podemos ter uma idéia da quantidade de estabelecimentos em cada município que oferece uma, nenhuma ou mais de uma das especialidades a seguir:

- | | |
|----------------------|------------------------|
| A) Análise Clínica | G) Dosagens Hormonais |
| B) Bacteriologia | H) Eletrocardiograma |
| C) Citopatologia | I) Exames Imunológicos |
| D) Gastroenterologia | J) Patologia Clínica |
| E) Ginecologia | L) Radiologia |
| F) Oftalmologia | M) Ultrassonografia |

Quadro 12
Número de Estabelecimentos em especialidades de “Exames Diagnósticos”

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	M
Caruaru	-	3	1	3	4	5	2	8	8	4	8	5
Garanhuns	3	4	1	-	1	1	1	1	7	4	3	1
Belo Jardim	-	1	-	-	-	-	2	1	2	2	1	-
Arcoverde	-	1	-	-	-	1	1	1	3	4	3	2
Santa Cruz do Capibaribe	-	1	-	2	1	1	2	2	1	1	1	2
Pesqueira	1	1	-	-	-	1	1	1	2	1	2	2
Bezerros	1	1	-	2	1	1	1	2	2	1	1	2
Palmares	-	1	1	2	1	1	1	3	3	2	2	4
Surubim	-	3	1	1	-	-	1	3	4	4	3	3
São Bento do Una	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	1
Buíque	-	1	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1
Bom Conselho	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1
Ribeirão	-	1	-	-	-	-	-	1	1	1	3	-
Bonito	-	1	1	-	1	-	2	1	2	2	1	1
Brejo da Madre de Deus	-	1	1	-	1	-	1	-	1	2	-	1
Bom Jardim	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Águas Belas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
São Caetano	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1
Afogados da Ingazeira	-	-	3	2	3	-	-	3	2	2	2	2
Lajedo	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1
Sertânia	-	1	-	-	-	-	1	1	1	1	1	2
Catende	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Custódia	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1

Fonte: Pernambuco (2007)

Com base na análise do Quadro 12, Caruaru concentra a maior parte dos estabelecimentos que oferecem as especialidades citadas (Bacteriologia, Citopatologia, etc) da

área de “Exames Diagnósticos”. E dentre as principais especialidades da área de “Exames/Diagnósticos” com maior número de estabelecimentos em Caruaru que lhes possam oferecer estão Eletrocardiograma, Exames Imunológicos e Radiologia com 8 estabelecimentos cada um. Em Garanhuns se pode contar principalmente Exames Imunológicos com 7 estabelecimentos e Exames de bacteriologia e Patologia Clínica com 4 estabelecimentos.

Quanto à área de “*Odontologia*”, especificamente, através do Quadro 13, podemos averiguar a quantidade de estabelecimentos³⁵ em cada município que oferece uma ou mais das especialidades a seguir:

A)Odontologia Básica; B)Odontologia Especializada.

Quadro 13
Número de Estabelecimentos em especialidades de “Odontologia”

	A	B
Caruaru	16	10
Garanhuns	1	-
Belo Jardim	-	-
Arcoverde	3	-
Santa Cruz do Capibaribe	-	-
Pesqueira	2	-
Bezerros	1	1
Palmares	-	-
Surubim	2	-
São Bento do Una	1	-
Buíque	-	-
Bom Conselho	-	-
Ribeirão	-	-
Bonito	-	-
Brejo da Madre de Deus	-	-
Bom Jardim	-	-
Águas Belas	1	-
São Caetano	1	-
Afogados da Ingazeira	2	-
Lajedo	-	-
Sertânia	-	-
Catende	1	-
Custódia	1	-

Fonte: Pernambuco (2007)

³⁵ É necessário assinalar que tais dados se referem aos estabelecimentos citados apenas no Guia de Saúde do Governo de Pernambuco e vinculados ao SUS. No entanto, ainda assim é possível que o número de estabelecimentos em odontologia nos municípios aqui considerados possa ser maior se considerados, por exemplos, os consultórios exclusivamente privados.

O Quadro 13 revela, portanto, que Caruaru concentra quase 2/3 dos estabelecimentos que oferecem as especialidades relacionadas a Odontologia Básica e Odontologia Especializada. E dentro do conjunto dessas especialidades, Caruaru é seguido por Arcoverde com 3 estabelecimentos, e mais Pesqueira e Afogados com 2 estabelecimentos. A área de Odontologia se encontra fortemente concentrada em Caruaru.

Em se tratando ainda da área de “*Serviços Hospitalares*”, especificamente, através do Quadro 14, podemos estimar a quantidade de estabelecimentos em cada município a oferecer as especialidades a seguir:

- | | |
|--------------------------------|-------------------|
| A)Cardiologia; | F)Clínica Médica; |
| B)Cirurgia Geral; | G)Neurologia; |
| C)Cirurgia Ginecológica; | H)Obstetrícia; |
| D)Cirurgia Pediátrica; | I)Urologia. |
| E)CirurgiaTraumato-Ortopédica; | |

Quadro 14
Número de Estabelecimentos em especialidades de “Serviços Hospitalares”

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Caruaru	3	3	3	3	2	8	3	3	3
Garanhuns	1	4	3	-	2	7	-	4	1
Belo Jardim	1	2	2	-	-	3	1	1	1
Arcoverde	2	2	2	2	2	1	2	2	1
Santa Cruz do Capibaribe	-	1	-	-	-	2	-	1	-
Pesqueira	1	2	1	-	-	4	-	2	-
Bezerros	-	2	-	1	1	4	-	2	-
Palmares	1	2	2	1	2	4	-	3	-
Surubim	-	1	-	1	1	2	-	1	-
São Bento do Una	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Buíque	1	-	-	-	-	4	-	2	-
Bom Conselho	-	1	-	-	-	3	-	1	-
Ribeirão	1	1	-	-	-	2	-	1	-
Bonito	-	1	-	-	-	2	-	1	-
Brejo da Madre de Deus	-	1	-	-	-	2	-	1	-
Bom Jardim	-	1	-	-	-	2	-	1	-
Águas Belas	-	1	-	-	-	1	-	1	-
São Caetano	-	-	-	-	-	2	-	1	-
Afogados da Ingazeira	2	2	2	-	1	4	1	2	1
Lajedo	-	1	-	-	-	2	-	1	-
Sertânia	1	1	1	-	-	2	1	1	1
Catende	-	-	-	-	-	2	-	1	-
Custódia	-	1	-	1	-	2	-	1	-

Fonte: Pernambuco (2007)

O Quadro 14 mostra que Caruaru concentra mais uma vez maior parte dos estabelecimentos que oferecem as especialidades em “Serviços Hospitalares”. Destacam-se, pois, os estabelecimentos nomeados em “Clínica Médica” como sendo maioria em todos os municípios citados, exceto em São Bento do Una. Em Caruaru “Clínica Médica” (Letra F) é representado por 8 estabelecimentos na área de “Serviços Hospitalares”, seguido de Garanhuns com 7.

E, finalmente, quanto à área de “*Urgência Emergência*”, através do Quadro 15, podemos ter uma noção da quantidade de estabelecimentos contidos nos municípios relacionados às especialidades a seguir:

- A) Cirurgia Geral
- B) Clínica Geral
- C) Pediatria
- D) Psiquiatria

Quadro 15
Número de Estabelecimentos em especialidades de “Urgência Emergência”

	A	B	C	D
Caruaru	1	3	1	1
Garanhuns	2	2	1	1
Belo Jardim	-	1	-	-
Arcoverde	1	2	2	1
Santa Cruz do Capibaribe	-	1	1	-
Pesqueira	1	2	1	-
Bezerros	2	2	2	1
Palmares	-	2	2	-
Surubim	-	2	2	-
São Bento do Una	-	1	-	-
Buíque	-	5	-	-
Bom Conselho	-	1	1	-
Ribeirão	-	1	1	-
Bonito	-	1	1	-
Brejo da Madre de Deus	2	2	2	-
Bom Jardim	-	1	1	-
Águas Belas	-	1	1	-
São Caetano	-	1	1	-
Afogados da Ingazeira	2	2	1	-
Lajedo	1	1	1	-
Sertânia	-	1	-	-
Catende	-	1	-	-
Custódia	-	1	-	-

Fonte: Pernambuco (2007)

Caruaru e Garanhuns contam no total, cada um, 6 estabelecimentos em relação a todas as especialidades da área de “Urgência/Emergência”. Para Caruaru, destaca-se, no entanto, a especialidade de pediatria que conta com 3 estabelecimentos.

Diante do exposto, a reunião desses dados acerca da oferta de serviços de saúde, por nós divididos em áreas e estas em especialidades, conforme o Guia de Saúde de Pernambuco (2007), confirma, ao menos no conjunto dos principais municípios assinalados, a liderança do município de Caruaru no que concerne à oferta de serviços de saúde do SUS. Em Caruaru está concentrada a maioria dos estabelecimentos e a maior diversidade de especialidades no setor de saúde.

4.2 Aos Serviços de Saúde na Cidade de Caruaru

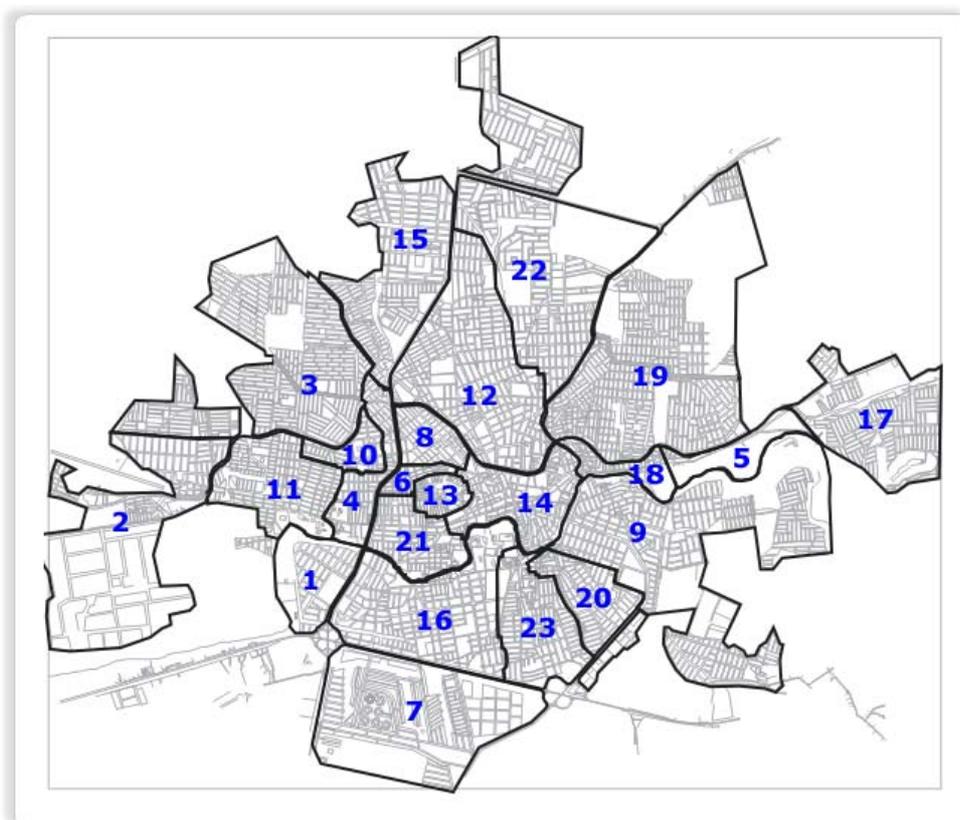
A área central da cidade de Caruaru (Vide Figura 22) está situada no Bairro de Nossa Senhora das Dores (14), porém grande parte do comércio central da cidade (Vide Foto 28), se estende para partes do bairro do Morro do Bom Jesus (13); parte Sul do bairro Maurício de Nassau (12); parte Noroeste de Indianópolis; parte Norte de Petrópolis (16), Vassoural (23) e Santa Rosa (20); e, parte Leste dos bairros de Centenário (6) e de São Francisco (21).

Na Cidade Alta (7) encontramos a CEACA (Central de Abastecimento de Caruaru) onde muitos produtos são distribuídos para a revenda na feira da cidade, e, ao longo das proximidades da Rodovia BR-232, entre os bairros de Cidade Alta (7) e Alto do Moura (2) estão a maior parte do parque industrial caruaruense.

No alto Moura (2), em especial, se localiza a casa do famoso Artista Caruaruense “Mestre Vitalino”, hoje já falecido, que ficou nacionalmente conhecido pela feitura de “bonecos de barro” que retratavam a vida e a cultura do homem do interior do Nordeste do Brasil – a sua casa é atualmente considerada um dos símbolos da cultura caruaruense e importante atrativo turístico local.



Foto 19: Av. Rio Branco, Centro de Caruaru.
Fonte: Arquivo pessoal do autor, agosto de 2007.



- | | | |
|------------------------|---|--------------------|
| 1 – Agamenon Magalhães | 9 – Indianópolis | 17 – Rendeiras |
| 2 – Alto do Moura | 10 – João Mota | 18 – Riachão |
| 3 – Boa Vista | 11 – Kennedy | 19 – Salgado |
| 4 – Caiuca | 12 – Maurício de Nassau | 20 – Santa Rosa |
| 5 – Cedro | 13 – Morro do Bom Jesus | 21 – São Francisco |
| 6 – Centenário | 14 – N ^a S ^a das Dores / Centro | 22 – Universitário |
| 7 – Cidade Alta | 15 – Nova Caruaru | 23 – Vassoural |
| 8 – Divinópolis | 16 – Petrópolis | |

Figura 22: Bairros da Cidade de Caruaru.

Fonte: Adaptado do Mapa-Base da Prefeitura de Caruaru, 2006.



Foto 20: Farmácias na Av. Agamenon Magalhães, Bairro Maurício de Nassau.

Fonte: Arquivo pessoal do autor, agosto de 2007.

Para apreciar os serviços de saúde internamente ao espaço da cidade de Caruaru, consideraremos a base de dados do documento “Guia Municipal de Saúde – Caruaru/PE” de 2007 onde estão registrados os serviços integrantes da rede de saúde do município em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS). Este documento está organizado pelos seguintes grupos ou serviços: a) Assistência Farmacêutica; b) Serviços de Controle e Mobilização Social; c) Serviços de Promoção à Saúde; d) Serviços de Prevenção da Saúde; e) Serviços de Atenção Básica; f) Serviços de Vigilância em Saúde; e, g) Serviços de Média e Alta Complexidade.

Quanto à “*Assistência Farmacêutica*”, o município conta com 3 programas principais. O primeiro deles é o “Programa de Assistência Farmacêutica Básica” que busca oferecer medicamentos básicos de acordo com o definido pelo Ministério da Saúde, podendo ser tais medicamentos encontrados em Centros de Saúde e Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF), Policlínicas e Unidades Mistas dentro do município. O segundo é o “Programa de Assistência Farmacêutica em Saúde Mental” com o mesmo objetivo que o anterior de oferecer medicamentos, no entanto voltados especificamente a usuários em tratamento de transtornos mentais, e podendo os medicamentos ser encontrados na Farmácia da Policlínica Ana Rodrigues, Farmácia Central ou alocados à residência dos usuários. O terceiro é o “Programa Medicamento em Casa” para usuários com dificuldade de locomoção.

Quanto aos “*Serviços de Controle e Mobilização Social*”, na forma de ação via Conselho Municipal de Saúde, existem com o intuito de “*efetivar o controle social, garantindo a participação da comunidade, gestores, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde, deliberando sobre aspectos gerais da Política Municipal de Saúde e fiscalizando a execução da mesma.*” (Caruaru, 2007; p.24). O Conselho de Saúde é composto pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde; pela Secretaria de Programas Especiais e Ação Social; por Trabalhadores do SUS vinculados à sua Associação específica e à Sociedade de Medicina de Pernambuco (Regional Caruaru); pelos usuários do SUS representados por Associações de Moradores, de portadores de deficiência, Sindicato de Trabalhadores Rurais, Grupo de Apoio ao Soropositivo, Pastoral da Saúde, Rotary Club, Associação de Parteiros e pela Fundação Santuário das Comunidades Eclesiais de Base do Agreste de Pernambuco. Além do Conselho de Saúde, as ações de Controle e Mobilização Social são possibilitadas pelo Núcleo Caruaruense de Serviço Social – NUCSS; pela Ouvidoria do SUS e pela Assessoria de Imprensa da Secretaria de Saúde que divulga ações e serviços.

Os “*Serviços de Promoção à Saúde*”, por sua vez, se baseiam em alguns programas especiais. O primeiro diz respeito à saúde da comunidade, com ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento junto a comunidades descobertas por Estratégia de Saúde da Família (ESF). O segundo se refere ao “Programa Agita Caruaru”, a promover prática de exercícios físicos. O terceiro diz respeito ao “Programa Municipal de Humanização”. E o quarto ao “Centro de Referência de Saúde do Trabalhador – CEREST” com atenção à saúde no trabalho.

Em relação aos “*Serviços de Prevenção da Saúde*”, estes se referem ao “Núcleo de Educação em Saúde”; ao “Programa Alimento Solidário” (acompanhamento nutricional de crianças e gestantes em risco, bem como de comunidades pobres); ao Centro de Orientação e Aconselhamento ao Soro Positivo e IST’s (COAS); ao Núcleo de Educação em Saúde do Centro de Controle de Zoonoses e Vigilância Animal; ao “Programa Alegria de Viver” (desenvolvendo atividades relacionadas à humanização dos serviços assistenciais); ao “Programa Municipal de Imunização” contra doenças; ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS; e, à Rede de Postos de Saúde.

Quanto aos “*Serviços de Atenção Básica*”, estes se referem à “Estratégia Saúde da Família (ESF)” e aos Centros de Saúde com intuito de “*realizar consultas médicas em Pediatria, Ginecologia e Clínica Geral, dentre outros serviços desenvolvidos por demais profissionais de nível superior.*” (Caruaru, 2007; p.44).

Quanto aos “*Serviços de Vigilância em Saúde*”, estes se referem ao “Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD”, ao “Programa de Controle de Roedores”; ao “Programa de Controle das Leshmanioses”; ao “Programa de Controle da Doença de Chagas”; ao “Programa de Controle do Culex (Muriçoca)”; ao “Programa de Vigilância Animal e Controle de Animais Sinantrópicos” (captura de animais de pequeno porte, tais como aranha, escorpião, etc); ao “Laboratório de Entomologia” para análise de vetores de doenças; “VIGISOLO” acerca de população sob risco de solo contaminado; à “Clínica Pública Médica Veterinária Dr. José Avelino Filho” para atender a cães e gatos; à “Divisão de Controle de Alimentos – DICONA”; à “Divisão de Medicamentos e Correlatos e Exercício Profissional – DICMEC”; à “Divisão de Meio Ambiente – DISAMA”; à “Vigilância Epidemiológica”; e à “VIGIÁGUA” para monitorar a qualidade da água”.

No que se refere aos “*Serviços de Média e Alta Complexidade*”, estes contam com uma rede de estabelecimentos da rede pública e complementar que contém: Serviços de Apoio

Diagnóstico; Laboratórios de Análises e Patologias Clínicas; “Programa de Coleta Laboratorial Descentralizada – COLAB”; Serviços de Diagnóstico por Imagem; Serviços de Referência em Diagnóstico de Neurologia; Serviços de Referência em Diagnóstico de Cardiologia; Serviços de Fisioterapia; Serviços de Referência em Saúde Mental; Serviços de Fonoaudiologia; Serviços de Oftalmologia; Serviços de Referência em HIV/AIDS; Serviços de Referência em Saúde Bucal; Serviços de Urgência/Emergência/Internamento Hospitalar; e, Serviços prestados pelo SAMU de urgência e emergência pré-hospitalar. Ao atendimento de tais serviços de média e alta complexidade, a cidade de Caruaru conta ainda com uma rede pública formada por 5 Policlínicas (Policlínica da Terceira Idade; Policlínica de Indianópolis; Policlínica Ana Rodrigues; Policlínica Itaúna e Policlínica Santa Rosa) e mais uma outra Policlínica da rede complementar (Policlínica Batista) que objetivam atender a população no que se refere a alguns serviços especializados (Vide Quadro 16).



Foto 21: Hospital Municipal de Caruaru – Casa de Saúde Bom Jesus.

Fonte: Prefeitura de Caruaru, 2007.



Foto 22: Hospital Municipal Manoel Afonso.

Fonte: Prefeitura de Caruaru, 2007.



Foto 23: Hospital São Sebastião.
Fonte: Arquivo pessoal do autor, agosto de 2007.

Somando-se às Policlínicas estão os *serviços de apoio a Diagnósticos de doenças*, ou seja, a rede de laboratórios que auxilia com exames e análises específicos; o Laboratório Central de Caruaru (Centro da cidade); Laboratório Municipal de Caruaru (bairro do Centenário); Laboratório do Hospital Municipal Casa de Saúde Bom Jesus (Maurício de Nassau, vide Foto 30); e, o Laboratório de Cito e Anatomopatologia de Caruaru (Divinópolis).

Para diagnósticos por imagens, a rede pública conta com o Centro de Imagem Municipal (CIM) oferecendo serviços de Ultra-sonografia, Endoscopia, Radiologia, etc; o Instituto Pernambuco para Radiodiagnóstico e Ultra-sonografia especializada; a Clínica de Radiologia Dr. Valadares, especializada em Radiodiagnóstico; a Clínica Manoel Florêncio, para Radiodiagnóstico e Ultra-sonografia especializada; e a Doc Face – Radiologia Buco-maxilo-facial Especializada, para a área de Odontologia – todos esses estabelecimentos localizados no bairro de Maurício de Nassau.

Para diagnose em Neurologia, a própria Policlínica Santa Rosa (bairro de Santa Rosa) oferece este serviço, sendo possível encontrar o mesmo serviço na unidade de saúde da ECOCARDIO (bairro de Maurício de Nassau).

Para alguns outros serviços especializados como o de Fisioterapia, este é oferecido pela Policlínica da Terceira Idade (bairro de Petrópolis), pelo Hospital São Sebastião (bairro de Maurício de Nassau) e pela Associação Instrutora Missionária Casa Henrique (bairro de São

Francisco). Para serviços de referência em saúde mental, conta-se novamente com o Hospital São Sebastião (bairro Maurício de Nassau, Vide foto 32), a Unidade Municipal especializada em saúde mental no bairro do São Francisco e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no bairro da Boa Vista. A Unidade Municipal de Saúde Auditiva no bairro de Divinópolis; o Instituto de Otorrinolaringologia AKMM e o CASEMED no bairro de Maurício de Nassau; e, a Unidade de saúde da Dra. Laurit a leal oferecem os serviços referentes a fonoaudiologia. Para a área de oftalmologia, Caruaru conta com uma unidade da rede pública que é o Hospital São Sebastião (Maurício de Nassau) e mais 6 unidades da rede complementar: Clínica Oftalmológica OFTALMEDS; Centro de Olhos de Caruaru, o CENOC; a Clínica de Oftalmologia Dr. Mello Motta; a Clínica de Oftalmologia Dra. Maria Cristina Arruda; o Hospital de Olhos de Caruaru, o HOC; e, o Instituto de Olhos de Caruaru – IOC. Para os serviços relacionados a portadores de HIV/AIDS, Caruaru conta com o Centro de Saúde Amélia de Pontes e com o Centro de Orientação ao Soro Positivo (COAS), localizados no centro da cidade. Para serviços de referência em saúde bucal, existem os chamados Centros de Especialidades Odontológicas I, II e III, situados respectivamente em Petrópolis, Maurício de Nassau e Maria Goreti.

Quadro 16
Policlínicas em Caruaru

Policlínica	Bairro	Serviços especializados
Policlínica da Terceira Idade	Petrópolis	Ambulatório: Geriatria, Cardiologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Dermatologia, Odontologia e Fisioterapia. Outros Serviços: Citologia Oncótica
Policlínica do Indianópolis	Indianópolis	Ambulatório: Neurologia Clínica (Pediátrica), Neurologia Clínica (Adulto), Psicologia, Pediatria, Nefrologia, Cirurgia Cabeça e Pescoço, Endocrinologia Infantil, Ginecologia, Odontologia e Reumatologia. Outros Serviços: Endoscopia Digestiva e Citologia Oncótica.
Policlínica Ana Rodrigues	São Francisco	Ambulatório: Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Mastologia, Endocrinologia, Odontologia, Nutrição Pediátrica e de Adultos, Fonoaudiologia, Ginecologia, Obstetrícia, Dermatologia, Oncologia. Outros Serviços: Citologia Oncótica, Colposcopia, Cirurgia de Alta Frequência (CAF), HIPERDIA e Endodontia.
Policlínica Itaúna	Vila de Itaúna	Ambulatório: Consulta em Cirurgia Geral, Cardiologia e Dermatologia Outros Serviços: Ultra-sonografia.
Policlínica Santa Rosa	Santa Rosa	Ambulatório: Clínica Geral, Cardiologia, Reumatologia, Ginecologia, Atendimento Hipertensão Arterial, Pediatria e Psicologia. Outros Serviços: Odontologia, Teste Ergométrico, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, etc.
Policlínica Batista	São Francisco	Ambulatório: Proctologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica e Dermatologia. Outros Serviços: Cirurgias menores.

Fonte: Caruaru (2007).

No caso específico de urgências e emergências, o atendimento à população é feito na rede pública pela Unidade Mista do Salgado onde é oferecido atendimento em Pediatria e Clínica Médica, Cardiologia, Clínica Geral, Cirurgia Vascular, Odontologia, Dermatologia, Fonoaudiologia, Ginecologia, Nutrição, Pediatria, Urologia, Eletrocardiograma, Vídeo Colposcopia, Vacinação, Inserção de DIU, bem como internamentos em Clínica Médica e Clínica Pediátrica. O atendimento em Urgências e Emergências também pode ser realizado na Unidade Mista do Vassoural – onde é oferecido atendimento em Pediatria, Clínica Médica, Cardiologia, Odontologia, Fonoaudiologia, Otorrinolaringologia, Ultra-sonografia de abdômem total, próstata, tireóide e vias urinárias, punção de tireóide e mama, ultra-sonografia de articulação, bem como internamentos hospitalares em Clínica Médica e Clínica Pediátrica –, no Hospital Municipal Dr. Manoel Afonso Porto Neto localizado em Maria Auxiliadora (com internamentos em Clínica Médica, Clínica Pediátrica e Clínica Cirúrgica), no Hospital Municipal de Caruaru Casa de Saúde Bom Jesus (com internamentos hospitalares em Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica e Clínica Cirúrgica.), no Hospital Psiquiátrico de Caruaru (Internamento em Psiquiatria) e Hospital de Traumatologia de Caruaru (Internamento cirúrgico, cirurgias em Ortopedia e Traumatologia).

São esses serviços de saúde citados, então, que estão ligados à Prefeitura Municipal e à rede complementar conformando o Sistema SUS municipal.

Entretanto, consideraremos, como já o fizemos em relação à “Macro-região de Saúde de Caruaru” no contexto da área de influência da cidade junto ao Agreste de Pernambuco, uma divisão em áreas de saúde para a leitura do espaço interno relativo à cidade. A saber: a) Consultas Médicas; b) Exames Diagnósticos; c) Odontologia; d) Serviços Hospitalares; e e) Urgência/Emergência. Esta divisão aplicar-se-á, então, aos bairros da cidade de Caruaru.

Assim, para todas as áreas de saúde consideradas é possível visualizar no Quadro 17 a diversidade de especialidades contidas em cada bairro.

Do total de 31 especialidades que selecionamos no Guia de Saúde de Caruaru (2007), relacionadas à área de “Consultas Médicas”³⁶, o bairro de Maurício de Nassau conta 21

³⁶ As 31 especialidades consideradas na área de “Consultas Médicas” são as Consultas em buco-maxilo-facial; Cardiologia; Cabeça e pescoço; Cirurgia geral; Cirurgia pediátrica; Cirurgia vascular; Clínica médica;

estabelecimentos que oferecem esse tipo de especialidade, sendo seguido pelo bairro do São Francisco com 14 e pelo bairro de Indianópolis com 10.

Quadro 17
Quantidade de estabelecimentos por área de saúde e bairros

Bairros	Consultas Médicas	Exames Diagnósticos	Odontologia	Serviços Hospitalares	Urgência Emergência
Vassoural	4	2	1	2	2
Cedro	4	-	2	-	-
Riachão	-	-	-	-	-
João Mota	-	-	2	-	-
Centenário	-	4	-	-	-
Divinópolis	2	4	-	-	-
Indianópolis	10	1	2	-	-
Nossa Senhora das Dores	2	6	2	1	-
Maurício de Nassau	21	32	3	16	2
Caiuca	-	-	-	-	-
Morro do Bom Jesus	-	-	-	-	-
Salgado	12	2	3	3	2
Universitário	-	-	-	-	-
Petrópolis	9	1	2	-	-
São Francisco	14	1	2	-	-
Boa Vista	9	1	4	4	3
Alto do Moura	-	-	-	-	-
Nova Caruaru	-	-	-	-	-
Agamenon Magalhães	-	-	-	-	-
Kennedy	-	-	-	-	-
Cidade Alta	-	-	-	-	-
Rendeiras	-	-	-	-	-
Santa Rosa	5	4	2	-	-

Fonte: Caruaru (2007)

Em relação ao total de 22 especialidades ligadas à área de “Exames/Diagnósticos”³⁷, Maurício de Nassau lidera como sendo o bairro com maior número de estabelecimentos a oferecer tais especialidades, ou seja, 32, seguido com bastante distância do bairro de Nossa Senhora das Dores (Centro da cidade) com apenas 6 estabelecimentos. Juntos, esses dois bairros

Dermatologia; Endocrinologia; Endocrinologia infantil; Gastroenterologia; Geriatria; Ginecologia; Ginecologia e obstetrícia; Infectologia; Mastologia; Nefrologia pediátrica; Neurologia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Pediatria; Pneumologia; Psiquiatria; Reumatologia; Urologia; Fonoaudiologia; Nutrição e Psicologia.

³⁷ As 22 especialidades são: análises clínicas; Anatomopatologia; Bacteriologia; Citopatologia; Diagnose em fonoaudiologia; Gastroenterologia; Gastroenterologia colposcopia; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Pneumologia; Ultr-sonografia com Doppler; Dosagens Hormonais; Econcardiografia; Eletrocardiograma; Eergometria; Exames contrastados em Radiologia; Exames especiais em Radiologia; Exames imunológicos; Monitorização Ambulatorial Pressão Arterial; Radiologia; Ultrasonografia.

contam 38 estabelecimentos a oferecem as especialidades ligadas a “Exames/Diagnósticos”, quase o dobro de toda a cidade.

Do total de duas especialidades para a área de “Odontologia” (Odontologia Básica e Odontologia Especializada), destaca-se agora, entretanto, o bairro de Boa Vista com 4 estabelecimentos a oferecer tais especialidades. O restante se divide entre os bairros do Cedro, João Mota, Indianópolis, Nossa Senhora das Dores, Maurício de Nassau, Salgado, Petrópolis e São Francisco. Além dos estabelecimentos fixos, existem em Caruaru as chamadas Unidades Móveis” de atendimento odontológico (Trailler e Ônibus), da Secretaria Municipal de Saúde, com vistas a atender comunidades carentes e distantes.

Em relação ao total de 14 especialidades para a área de “Serviços Hospitalares”³⁸, novamente o bairro de Maurício de Nassau se destaca com um número de 16 estabelecimentos.

E, finalmente, do total de 5 especialidades da área de “Urgência/Emergência” (Clínica Geral; Pediatria; Psiquiatria; Obstetrícia e Unidade de Terapia Intensiva), destaca-se o bairro de Boa Vista com 3 estabelecimentos, seguido de forma equilibrada por Vassoural, Maurício de Nassau e Salgado com dois estabelecimentos. O restante dos bairros não conta estabelecimentos.

De uma maneira geral, a averiguação da localização desses serviços evidencia o bairro de Maurício de Nassau como o que concentra o maior número de estabelecimentos. Na Figura 23 podemos visualizar a localização dos bairros de Caruaru e em quais deles se concentra a maior parte dos estabelecimentos.

No âmbito do seu espaço interno, verifica-se um processo de concentração de serviços em alguns bairros específicos, principalmente o de Maurício de Nassau, que conta em muitas especialidades mais de 50% da totalidade dos serviços oferecidos.

À título de conclusão, faremos a seguir considerações finais sobre o nosso estudo e quais respostas damos as questões inicialmente levantadas neste trabalho.

³⁸ As 14 especialidades são: Cardiologia; Cirurgia Geral; Cirurgia Ginecológica; Cirurgia Otorrinolaringologia; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica; Cirurgia Traumato-ortopédica; Cirurgia Urológica; Cirurgia Vascular; Clínica Médica; Neurologia; Obstetrícia; Psiquiatria; Urologia.

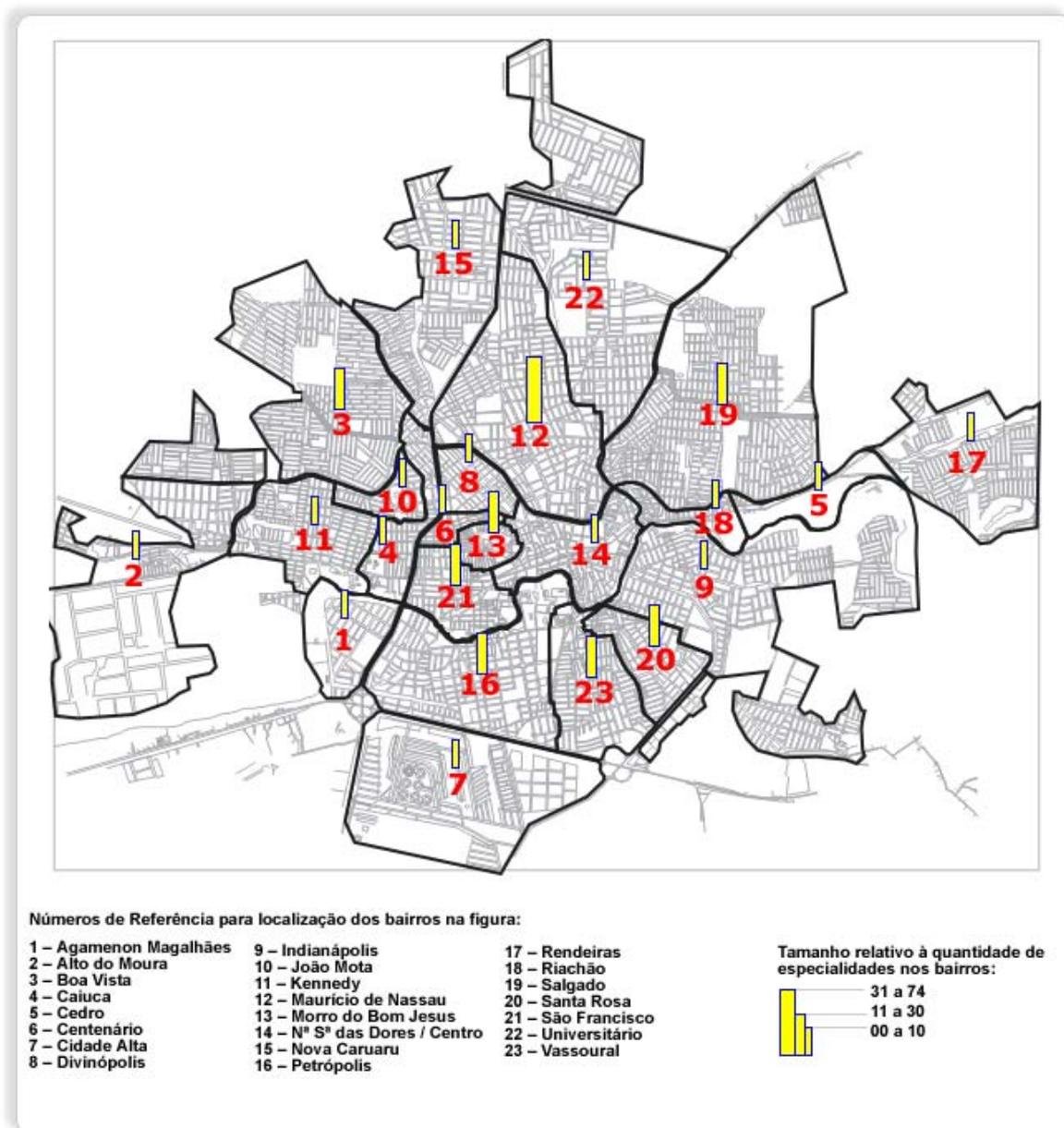
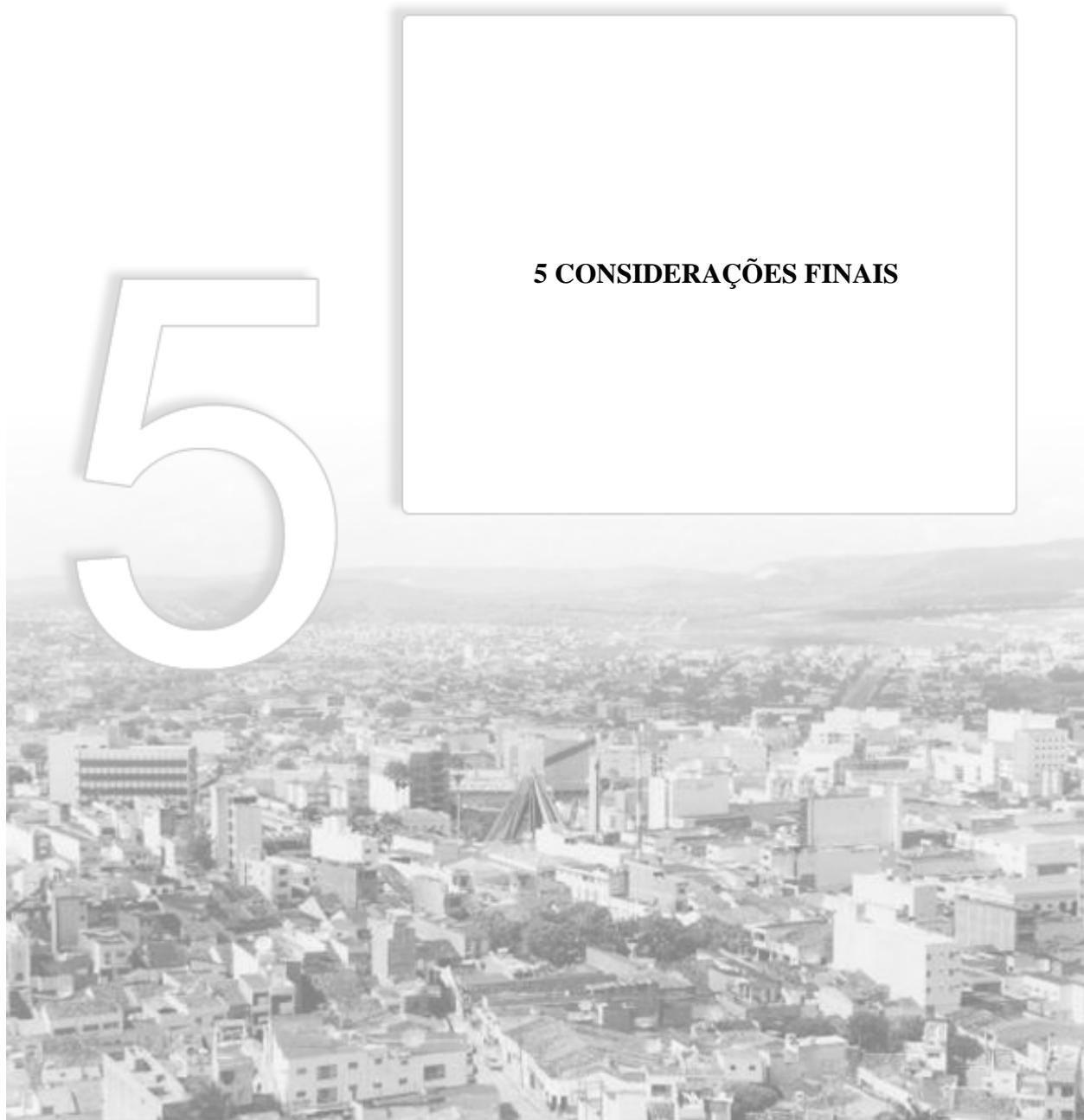


Figura 23: Bairros de Caruaru e tamanho relativo à quantidade de especialidades em saúde.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das questões apresentadas no decorrer deste trabalho e do caminho percorrido com o intuito de revelar o processo de concentração de serviços de saúde em Caruaru, alguns pontos precisam ser definidos como conclusão geral.

Ao definir-se o tema de estudo, inicialmente, considerou-se como hipótese geral o fato de que os centros urbanos centralizam grande parcela de atividades e detém importância relativa nos aspectos político, econômico, social e cultural.

Organizados em rede, são os centros urbanos localizações interconectadas que espelham a “lógica” da troca e do intercâmbio intercidades, fazendo com que certas atividades, bens e serviços se encontrem mais ou menos concentradas em seus espaços concernentes.

O papel do espaço se revela através da aceitação de que é ele sociedade espacializada, produto e meio do devir histórico e de toda dinâmica da sociedade. Organizado em redes, revela-se o espaço como uma trama de objetos fixos em indissociável relação com as ações humanas, permitindo o desenvolvimento do mundo da troca e do intercâmbio. O fluxo de informação, pessoas e capital dá ao espaço em si mesmo significação social, forma e conteúdo.

As redes, por sua vez, sendo o conjunto de localidades interconectadas, metáfora à análise da rede de cidades, permitem a visualização da hierarquia de centros e, de certa maneira, a forma como o espaço se organiza.

Nesse sentido, as atividades econômicas e sociais se situam no espaço, obedecendo à mesma lógica de interação. Como atividades socialmente produzidas que são, na forma da rede urbana, podem situar-se mais ou menos concentradas ou dispersas nos centros urbanos. E esse é o caso do setor terciário da economia em geral e do setor de serviços em específico.

Falou-se ainda em crescimento do setor terciário em geral como resultado do processo de “desindustrialização” do setor produtivo e de flexibilidade econômica do capitalismo contemporâneo legando nova face à economia urbana. O setor de serviços, especialmente, tem se destacado dentro deste novo contexto de mudanças por que tem passado a sociedade que assume o sistema econômico vigente, crescendo mais do que os outros ramos da economia.

No entanto, além da visualização dos serviços como atividade econômica, preferimos partir para uma análise da forma como os serviços de saúde da rede pública e complementar, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, da rede de estabelecimentos do estado de Pernambuco e do município de Caruaru, se concentram no espaço.

Antes, porém, de adentrar nos aspectos relativos ao setor de saúde, vimos que a cidade de Caruaru, como já exposto no decorrer do trabalho, ao longo de sua história, tem assumido a posição estratégica de principal centro urbano do Agreste de Pernambuco. Inicialmente uma vila em meados do século XVIII onde centralizava uma pequena feira para a venda e troca de produtos locais, passou a ser cidade no século XIX acumulando com o passar dos anos comércio e serviços diversos, mas desde sempre colecionando um papel central de articulação da economia local e regional. No século XX protagonizou a liderança econômica do Agreste o que fez dela a cidade mais populosa bem como a que oferecia potencialmente maior quantidade de atividades, bens e serviços, assumindo popularmente o título de “Capital do Agreste”. A feira se consolida como a maior do interior do estado e como uma das maiores do país, concentrando rica diversidade de produtos e de serviços, tornando-se um dos principais motivos de ligação de Caruaru com a sua região de influência.

Além disso, segundo o Projeto Regic (IBGE), já em 1993 registravam-se 170 municípios dentro da área de influência de Caruaru, dos quais 11 municípios pertenciam ao estado vizinho da Paraíba e mais 2 municípios ao estado de Alagoas.

Atualmente Caruaru assume a liderança regional em termos de tamanho populacional (com seus 253.634 habitantes, segundo o Censo Demográfico de 2000) e dinâmica econômica fortemente baseada no setor terciário. Seu comércio formal centraliza a compra e a venda de mercadorias provindas de diversos municípios do seu entorno e, ao mesmo tempo, a cidade assume o papel de distribuição da produção regional.

No que se refere à concentração de serviços de saúde, constatamos o seguinte:

Quanto ao estado de Pernambuco, a maior parte dos serviços de saúde se encontra concentrada no litoral, motivada pela localização de maioria da população na Região Metropolitana do Recife. A Macro-região do Recife, definida segundo o documento “Guia de Saúde/PE” de 2007, conta com 70 municípios do estado e 61% da população; A Macro-Região

de Caruaru, com 87 municípios e 29% da população; e a Macro-Região de Petrolina, com 28 municípios e 10% da população do estado.

Somente a Região Metropolitana do Recife conta com os cinco grandes Hospitais de Referência Estadual, mais nove Hospitais de Referência Regional e treze Unidades Hospitalares Estaduais menores. Além do mais estão na capital as sedes do HEMOPE Hospital de Hematologia e do LAFEPE (Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco), entre outros serviços especializados.

O “Pólo Médico do Recife” centraliza, naturalmente, grande parte dos serviços mais sofisticados da área de saúde de todo o Nordeste do Brasil e, devido à proximidade geográfica que Caruaru apresenta em relação à capital, muitos dos serviços oferecidos por esta cidade do Agreste dizem respeito à atenção imediata em relação à demanda regional.

Quanto aos chamados Serviços de Referência em Saúde no estado de Pernambuco, e mais especificamente aqueles referentes a serviços de alta complexidade hospitalar, estes estão em grande maioria no Recife (18 tipos) que é logo seguido por Caruaru (9 tipos). A mesma concentração é percebida em relação aos serviços de alta complexidade ambulatorial (11 tipos no Recife, 5 em Caruaru e 5 em Petrolina) e Centros de Atenção Psico-Social (neste caso com 15 tipos no Recife que é seguido por Olinda com 4 tipos. Caruaru, por sua vez, conta um único tipo). Em relação a todos os demais serviços de referência (Centros de Especialidades Odontológicas, Centros de Orientação e Acompanhamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Centros de Transplantadores, Centros de Referências a AIDS/HIV, Centros de Referência a Pacientes Portadores de Deficiência, Triagem Neonatal, Laboratórios) Recife centraliza a maior quantidade. Pode-se concluir que Caruaru assume a segunda posição depois do Recife na rede de oferta de Serviços de Referência em Saúde dentro do estado de Pernambuco.

Ao analisarmos a lista de serviços de saúde em geral vinculados ao SUS de acordo com o apresentado pelo Guia de Saúde/PE (2007) para os municípios sob influência de Caruaru, podemos visualizar como se concentram tais atividades no conjunto da rede urbana regional. Em todas as áreas de saúde consideradas (Consultas Médicas; Exames / Diagnósticos; Odontologia; Serviços Hospitalares; Urgência / Emergência) e do total de 107 especialidades referentes, Caruaru lidera concentrando 97 especialidades, ou seja, absolutamente 90% da diversidade de especialidades em serviços de saúde, seguido por Arcoverde com 59 e Garanhuns com 55

especialidades, portanto os principais municípios em termos de diversidades de especialidades no Agreste de Pernambuco.

Em relação à presença de estabelecimentos, novamente Caruaru concentra a maior quantidade, sendo 90 estabelecimentos para as especialidades da área de consultas médicas, 51 para especialidades de exames diagnósticos, 26 para odontologia, 31 para serviços hospitalares e 6 estabelecimentos para especialidades de Urgência/Emergência.

Diante do exposto, podemos concluir que Caruaru representa o segundo lugar em concentração de serviços de referência em saúde dentro do estado de Pernambuco e, no que se refere à sua área de influência, considerável liderança quanto à diversidade de especialidades e à presença e quantidade de estabelecimentos que atendem aos serviços de assistência à saúde.

Quanto ao espaço interno, a cidade de Caruaru conta com os seus 23 bairros concentrando 233.178 habitantes (Segundo Censo Demográfico do IBGE de 2000) – o restante da população se encontra nos distritos e na zona rural.

Os serviços integrantes da rede de saúde do município em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) se configura em um total de 5 Policlínicas, 3 programas principais de Assistência Farmacêutica, Serviços de Controle e Mobilização Social, 3 Serviços municipais de Promoção à Saúde, 8 programas e serviços de prevenção à saúde, 2 serviços de atenção básica (centros de saúde e saúde da família), 14 serviços públicos diversos ligados à vigilância em saúde, e mais uma lista de estabelecimentos da rede pública e complementar (junto às policlínicas) com Serviços de Média e Alta Complexidade. Além do mais, conta a população com serviços de apoio a Diagnósticos de doenças em 4 laboratórios e serviços de referência especializados em neurologia, fisioterapia, saúde mental, otorrinolaringologia, fonoaudiologia, oftalmologia, Aids/HIV e saúde bucal, em diversos estabelecimentos públicos e da rede complementar.

Quanto à diversidade de especialidades contida em cada bairro por área de saúde, constata-se o seguinte: do total de 92 estabelecimentos com especialidades na área de “consultas médicas”, o bairro de Maurício de Nassau lidera com 21 estabelecimentos, seguido pelo bairro de São Francisco com 15 e do Salgado com 14 estabelecimentos. Do total de 58 estabelecimentos com especialidades ligadas à área de “Exames/diagnósticos”, o bairro de Nassau conta com 32, seguido com bastante distância do bairro de Nossa Senhora das Dores (Centro) com apenas 6 estabelecimentos. A liderança do bairro de Maurício de Nassau se

observa também em relação à área de “Serviços Hospitalares” com 16 estabelecimentos de um total de 26. Entretanto, em relação à área de odontologia, os estabelecimentos se encontram divididos com mais equilíbrio entre os bairros em que Boa Vista conta com 4 estabelecimentos; Maurício de Nassau e Salgado com 3; e, João Mota, Indianópolis, Nossa Senhora das Dores, Petrópolis, São Francisco e Santa Rosa com dois. Podemos concluir, portanto, que o bairro de Maurício de Nassau concentra a maior parte dos estabelecimentos de saúde dentro de Caruaru em todas as áreas de saúde consideradas.

Tal é o retrato da concentração de serviços de saúde ligados às instituições que formam a rede pública e complementar do SUS em relação à área de influência de Caruaru e ao seu espaço interno. Pensamos que tal verificação responde à questão central deste trabalho; Caruaru concentra a maior parte da oferta de serviços de saúde dentro da rede urbana regional, situando-se como o segundo pólo do setor dentro do estado de Pernambuco.

Esperamos que, ao assinalarmos a presença de tais serviços no âmbito do Agreste de Pernambuco, bem como da concentração de equipamentos, este trabalho possa servir como primeiro passo ou subsídio para orientar estudos ainda mais especializados acerca do setor de saúde, cujo objetivo primordial seja a racionalização da rede de saúde pública em prol da melhoria das condições de vida da população.

An aerial photograph of a city, likely Rio de Janeiro, showing a dense urban landscape with various buildings and a prominent church with a tall spire. The city is set against a backdrop of hills and a body of water. A large, semi-transparent white rectangular box is centered over the image, containing the text '6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS' in a bold, black, sans-serif font.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM FILHO, O. et SERRA, R. *Evolução e perspectivas do papel das cidades médias no planejamento urbano e regional*. In: ANDRADE, T. Et SERRA, R. *Cidades Médias Brasileiras*. Rio de Janeiro, IPEA, 2001.

ANDRADE, T. et SERRA, R. *Cidades Médias Brasileiras*. Rio de Janeiro, IPEA, 2001.

ANDRADE, T. et LODER, C. *Sistema urbano e cidades médias no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1979 (Coleção relatórios de Pesquisa, 43).

ARROW, K. *Uncertainty and the welfare economics of medical care*. *American Economic Review*, v. 53 n. 5, p. 941-973, 1963.

BARBALHO, N. *Caruaru de vila a cidade: subsídios para a história do Agreste de Pernambuco*. Recife: Centro de Estudos de História Municipal/FIAM, 1980.

BATTEN, D. *Network Cities: Criative urban agglomerations for the 21th century*. *Urban Studies*, v.32, n.2, p.313-237, 1995.

BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BELTRÃO, B.; GALVÃO, M.; MASCARENHAS, J.; PEREIRA, S.; SOUZA JUNIOR, L. (org.). *Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. Diagnóstico do município de Caruaru, estado de Pernambuco*. Recife: CPRM/PRODEEM, 2005.

BERRY, B. *Cidades como sistemas dentro de sistemas de cidades*. In: FAISSOL, S. *Urbanização e regionalização, relações com o desenvolvimento econômico*. Rio de Janeiro: IBGE, 1974.

BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996. 71 p.

BOLAY, J. et RABINOVICH, A. *Ciudades intermedias: una nueva oportunidad para un desarrollo regional te en America Latina*. Disponível em: <http://nccrns.epfl.ch/public_pdf/Ciudades_Intermedias_Bolay_Rabinovich.pdf> Acesso em 17 ago. 2007.

BUTTNER, A. *O espaço social numa perspectiva interdisciplinar*. In: SANTOS, M. et SOUZA, M. A. (coord.) *O espaço interdisciplinar*. São Paulo: Nobel, 1986.

CAMAGNI, R. et SALONE, C. *Network urban structures in Northern Italy: Elements for a theoretical framework*. *Urban Studies*, v.30, n.6, p.1053-1064, 1993.

CAPEL, H. *Filosofía y ciencia en la geografía contemporánea*. Barcelona: Barcanova, 1983.

CARDOSO, F. *Caruaru: a cidade e a sua área de influência*. In: *Revista Brasileira de Geografia*. Rio de Janeiro: IBGE, v.27, n.4, out./dez. 1965.

CARLOS, A. *A (re)produção do espaço urbano*. São Paulo: Edusp, 1994.

CARUARU. *Guia Municipal de Saúde: Guia de estabelecimentos e serviços de saúde SUS*. Caruaru: Secretaria de Saúde de Caruaru, 2007.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. 5ed. São Paulo: Paz e Terra, v.1, 2001.

CASTELLS, M. *A questão urbana*. Tradução Arlene Caetano. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

CASTILHO, C. *As atividades dos serviços, sua história e o seu papel na organização do espaço urbano: uma “nova” perspectiva para a análise geográfica*. In: *Revista de Geografia*. Recife: Editora da UFPE, v.14, n.1/2, p.29-89, jan./dez. 1998 (Versão revisada do autor)

CASTRO, I.; CORRÊA, R. et GOMES, P. (Org). *Geografia: conceitos e temas*. 3ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

CHIAVENATO, I. *Introdução à teoria geral da administração*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CONDÉ, J. *Terra de Caruaru*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.

CORRÊA, R. *Uma nota sobre o urbano e a escala*. In: Revista Território. Rio de Janeiro, ano VII, n.11, 12, 13, set./out., 2003.

CORRÊA, R. *Espaço: um conceito-chave da Geografia*. In: CASTRO, I. E.; CORRÊA, R. L. et GOMES, P. C. C. (org) Geografia: conceitos e temas. 3ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001a.

CORRÊA, R. *Trajatórias geográficas*. 2ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2001b.

CORRÊA, R. *Região e organização espacial*. 4ed. São Paulo: Ática, 1991.

CORRÊA, R. *A rede urbana*. São Paulo: Ática, 1989.

CORRÊA, R. *O estudo da rede urbana: uma proposição metodológica*. In: Revista Brasileira de Geografia, Rio de Janeiro: IBGE, 50 (2): abr./jun., 1988.

CORRÊA, R. *A rede de localidades centrais nos países subdesenvolvidos*. In: Revista Brasileira de Geografia, Rio de Janeiro: IBGE, 50 (1): jan./mar., 1988.

DEMATTEIS, G. *Modelli urbani a rete. Considerazioni preliminari*. In: CURTI, F. et DIAPPI, L. Gerarchie e reti di città: tendenze e politiche. Milão: Franco Angeli, 1990.

DIAS, J. *Caruaru: subsídios para a sua história*. Caruaru: Prefeitura Municipal, 1971.

DINIZ, J. *O subsistema urbano-regional de Aracaju*. Recife: SUDENE-PSU-SER, 1987.

DOMÈNECH, R. *Redes de ciudades y externalidades*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2003. Tese de Doutorado – Departamento de Economia Aplicada – Universidade Autònoma de Barcelona.

FARIA, E. *Dicionário Escolar Latino-Português*. 3ed. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura, 1962.

FERNANDES, A. et LIMA, J. *Cluster de Serviços: contribuições conceituais com base em evidências do pólo médico do Recife*. Nova Economia: UFMG, v. 16, p. 11-48, 2006.

FERREIRA, C. et SIMÕES, N. *A evolução do pensamento geográfico*. Lisboa: Gradiva, 1986.

FERREIRA, J. *Ocupação humana do Agreste Pernambucano: uma abordagem antropológica para a história de Caruaru*. Caruaru: Idéia, 2001.

FRANCA, L. *Noções de história da filosofia*. 24ed. Rio de Janeiro: Agir, 1990.

GERSHUNY, J. et MILES, I. *The new service economy: the transformation of employment in industrial societies*. London: Frances Pinter, 1983.

GONÇALVES, C. *A geografia está em crise. Viva a geografia*. In: MOREIRA, R. Geografia: teoria e crítica. Petrópolis: Vozes, 1982.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna: sobre as origens da mudança cultural*. 6ed. São Paulo: Loyola, 1996.

HOLANDA, A. (Org.) *Novo Dicionário Da Língua Portuguesa*. 1ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

HUBERMAN, L. *A História da Riqueza do Homem*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

HURTADO, I. *Afirmación de las ciudades intermedias y surgimiento de los espacios locales*. In: Perú: El Problema Agrario en Debate. SEPIA VIII, Lima, 2000.

IBGE. *Região de influência das cidades*. Rio de Janeiro: IBGE, 1993.

IUNES, R. *Demanda e demanda em Saúde*. In: PIOLA, S. et VIANNA, S. (org..). Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. 3ed. Brasília: IPEA, 2002.

JEFFERS, J. et all. *On the demand versus need for medical services and the concept of "Shortage"*. American Journal of Public Health, v. 61, n. 1, p. 46-63, 1971.

KUHN, T. *The Structure of Scientific Revolutions*. 2ed. Chicago: Chicago University Press, 1972.

KON, A. *Características econômicas das indústrias de serviços no Brasil: uma comparação entre empresas de capital estrangeiro e de capital nacional*. In: NEGRI, J. et KUBOTA, L. *Estrutura e dinâmica do setor de serviços no Brasil*. Brasília, IPEA, 2006.

KON, A. *Economia de serviços: teoria e evolução no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

KON, A. *Evolução do setor terciário brasileiro*. São Paulo: EAESP/FGV, 1996. (Relatório de Pesquisa nº14).

LOBO, I. *Cidades pequenas e cidades médias: da marginalização ao protagonismo*. In: Colóquio A Política das Cidades. Lisboa: Antunes & Amílcar, p.61-103, 1997.

LOVELOCK, C. et WRIGHT, L. *Serviços: Marketing & Gestão*. Tradução Cid Knipel Moreira. São Paulo: Saraiva, 2002.

LÖWY, M. *As aventuras de Karl Marx contra o barão de Münchhausen*. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

LUSTOSA, M. et YOUNG, C. *A questão ambiental no esquema centro-periferia*. In: ECONOMIA. Niterói: v.4, n. 2, p.201-221, jul./dez. 2003.

MARCOLINO, H. e all. *Projeto Multiplica SUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

MARSHALL, J. *Services and uneven development*. Oxford: Oxford University Press, 1988.

MEIRELLES, D. *O conceito de serviço*. In: Revista de Economia Política, vol. 26, nº 1 (101), pp. 119-136 janeiro-março/2006.

MELLO NETO, J. *Três roteiros de penetração do território pernambucano (1738 e 1802)*. Recife: Imprensa Universitária, 1966.

MERCADANTE, O. *Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil*. In: FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. 20 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MERTINS, G. *La diferenciación socio-espacial y funcional de las ciudades intermedias latinoamericanas: ejemplos del noroeste argentino*. *Revista Interamericana de Palnificación*. N.112, p.55-68, out./dez. 1995.

MIRANDA, G. *Caruaru, a feira que se fez cidade*. Recife: UFPE, 2005. Trabalho Final de Graduação 2 – Faculdade de Arquitetura – Universidade Federal de Pernambuco.

MINHAN, J. *Convite à Ciência*. 3ed. São Paulo: Logos, 1964.

MORAES, A. *Geografia pequena história crítica*. 17ed. São Paulo, HICITEC, 1999.

MOULINES, C. *La génesis del positivismo en su contexto científico*. In: *Geocrítica* (19). Barcelona: 1979.

NUSBAUMER, J. *Les services: nouvelle donne de l'économie*. Paris: Economica, 1984.

PERNAMBUCO. *Guia de Saúde/PE*. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2007.

PESQUISA ANUAL DE SERVIÇOS. Rio de Janeiro: IBGE, v.4, p. 1-166, 2002.

PICKENHAYN, J. *Epistemología y geografía*. Buenos Aires: Editorial Plus Ultra, 1994.

PIOLA, S. et VIANNA, S. (org.). *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. 3ed. Brasília: IPEA, 2002.

PREBISCH, R. *Crecimiento, desequilibrio y disparidades: interpretación del proceso de desarrollo económico*. In: *Estudio Económico de América Latina*, 1949. Nova Iorque: Nações Unidas. 1950.

- PREBISCH, R. *O desenvolvimento econômico da América Latina e seus principais problemas*. In: Revista Brasileira de Economia, n.3, p.47-109. 1949.
- PRED, A. *City-systems in advanced economies*. Londres: Hutchnson, 1977.
- REVISTA CARUARU HOJE. Caruaru: Editora Mestre Vitalino, nº 42, jun./jul., 2007.
- REVISTA CARUARU HOJE. Caruaru: Editora Mestre Vitalino, nº 40, fev./mar., 2007.
- ROCHEFORT, M. *Redes e sistemas: ensinando sobre o urbano e a região*. Trad. Antônio de Pádua Danesi. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Ed. Da Universidade de São Paulo, 2002.
- SANTOS, M. *A urbanização brasileira*. São Paulo: Hicitec, 1994.
- SANTOS, M. et SOUZA, M. A. (Coord.) *O espaço interdisciplinar*. São Paulo: Nobel, 1986.
- SANTOS, M. *Espaço e sociedade*. Petrópolis: Vozes, 1979a.
- SANTOS, M. *O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos*. Tradução Myrna Viana. Rio de Janeiro: F. Alves, 1979b.
- SANTOS, M. *Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica*. São Paulo: HICITE, Ed. Da Universidade de São Paulo, 1978.
- SASSEN, S. *As cidades na economia mundial*. São Paulo: Studio Nobel, 1998.
- SILVA, A.; GOTTSCHALK, M.; KUBOTA, L. et MOREIRA, S. *Economia de serviços: uma revisão de literatura*. Brasília: IPEA, 2006. (texto para Discussão nº1173).
- SILVA, P. *Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década*. In: Revista São Paulo em Perspectiva. São Paulo: v. 17, n. 1, p. 69-85, 2003.

SINGER, P. *Economia da urbanização*. 8ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

SOARES, A. *Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços*. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 23(7):1565-1572, jul, 2007.

TAYLOR, P. *Specification of the word city network*. In: *Geographical Analysis*. 33 (2),, p.181-194, 2001.

UNCHS HABITAT. *Cities in a globalizing world. Global report on human settlements*. London: Earthcan, 2001.

VARTIAINEN, P. *Urban Networking: an emerging idea in spatial development planing*. 37th European Regional Science Association Congress. Roma: 1997.

VERAS, L. M. S. C. *De APÉ-PUC a APUPICOS: numa encruzilhada, a construção e permanência de um lugar urbano*. Recife: Bagaço, 1999.

WALKER, R. *Is there a service economy?* In: *Science and Society*, vol. 49, nº 1: 42-83, 1985.

