

# RELAÇÕES ENTRE POLÍTICAS DE SAÚDE E TERRITÓRIO NO ESTADO DE PERNAMBUCO-BRASIL: NOVAS DINÂMICAS E VELHOS IMPASSES

Anselmo César Vasconcelos Bezerra<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Doutorando em Geografia pela Universidade Federal de Pernambuco – Brasil  
anselmo\_cesar@yahoo.com.br

Allison Bezerra Oliveira<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Mestrando em Geografia pela Universidade Federal de Pernambuco – Brasil  
allisonbZR@gmail.com

## RESUMO

Este artigo visa analisar e debater como está se dando o processo de inovação no setor saúde no Estado de Pernambuco – Brasil, confrontando a promoção dessa nova dinâmica com a atual rede de distribuição dos equipamentos do setor. A proposta está fundamentada em algumas idéias de teóricos que abordam a questão da escala e do território na geografia, bem como estudiosos do campo da difusão da inovação, em especial do setor saúde. A justificativa do trabalho baseia-se na necessidade de entender como os eventos sócio-espaciais relacionados à política de desenvolvimento do setor saúde em Pernambuco acontecem e refletem diretamente na vida das pessoas e na configuração do território. Como hipótese, acredita-se que esse novo movimento de inovação é seletivo do ponto de vista espacial, e não provoca uma distribuição equitativa dos seus benefícios, pois, enquanto existe uma rede de serviços cada vez mais especializada e tecnologicamente preparada, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado, passa por uma das piores crises desde sua existência. Visando atender aos objetos propostos buscou-se analisar os dois eixos da pesquisa separadamente, de forma a detalhar os aspectos relevantes e necessários ao debate final acerca da atual situação do setor saúde no Estado de Pernambuco. Por isso, num primeiro momento, realizou-se uma discussão baseada em trabalhos acadêmicos e técnicos sobre a temática abordada. Posteriormente, analisou-se a atual distribuição espacial dos principais equipamentos dos serviços de saúde no Estado, envolvendo os já existentes e os projetados. Como resultado, observou-se que o movimento impulsionado por novos investimentos públicos e privados no setor, seleciona determinados pontos estratégicos de ação do Estado e do mercado. Esse processo expõe as contradições atuais do segmento saúde no Estado, pois o momento requer investimentos descentralizados, tanto em equipamentos, como em melhoria qualitativa dos serviços prestados

Eixos: Dinâmica Urbana; Respostas Teórico-metodológicas da Geografia perante as recentes espacialidades

## **INTRODUÇÃO**

É cada vez mais notória a participação de profissionais da geografia nas discussões acerca da operacionalização das políticas públicas no espaço, visto que, a ciência geográfica dispõe de um interessante arcabouço teórico-metodológico para auxiliar na execução dessas políticas, seja corrigindo falhas, seja planejando novos caminhos.

Desse modo, um dos papéis da Geografia é contribuir com análises espaciais sobre os diversos setores da sociedade, cabendo aos geógrafos, através de pesquisas que se utilizam das categorias espaciais, estudarem os aspectos sociais, políticos, naturais ou econômicos, desenvolvendo trabalhos que incorporem a dimensão espacial de um ou mais eventos. Nesse caso, a preocupação ora debatida, foi analisar por que o setor saúde em Pernambuco – Brasil apresenta tantas contradições no que diz respeito a sua distribuição no território, ou seja, de um lado, a presença de um “pólo”, em fase de estruturação, nos setores de fármacos, biotecnologia e diagnósticos especializados, situado estrategicamente em alguns pontos luminosos do território, e do outro, uma rede “sucateada”, concentrada e desorganizada logisticamente, evidenciando pontos opacos.

Buscando atender aos objetivos do trabalho, analisaram-se os dois eixos da pesquisa separadamente, de forma a detalhar os aspectos relevantes e necessários ao debate final acerca da atual situação do setor saúde no Estado de Pernambuco. Por isso, num primeiro momento, realizou-se uma discussão baseada em trabalhos acadêmicos e técnicos sobre a temática abordada. Posteriormente, analisou-se a atual distribuição espacial dos principais equipamentos dos serviços de saúde no Estado, envolvendo os já existentes e os projetados. Por fim, confrontou-se a configuração espacial promovida pela nova dinâmica do setor, com a malha territorial composta pelos equipamentos existentes, verificando se essa nova dinâmica reforça a concentração do pólo Região Metropolitana do Recife (RMR), ou inverte essa lógica territorial, desenvolvendo o setor no interior do Estado.

## **1 RELAÇÕES ENTRE POLÍTICAS DE SAÚDE, TERRITÓRIO E ESCALA**

Em face das desigualdades sociais existentes no Brasil, faz-se necessário o planejamento e operacionalização de políticas públicas cada vez mais eficientes. Para tanto, uma das questões mais importantes que se impõe está relacionada com a capacidade de organização territorial dessas políticas.

A palavra território tornou-se um dos conceitos-chave da Geografia. Sobre sua concepção existem algumas idéias que passam pelos campos da política, economia, cultura e da cartografia. Assim, as interpretações dadas a esse termo variam dependendo do referencial adotado, indo das perspectivas mais simplistas, como as adotadas na cartografia, até as que envolvem aspectos geopolíticos, geoeconômicos e etnoculturais.

Entretanto, é quase unanimidade entre os geógrafos a idéia que o conceito de território está diretamente relacionado com a questão do poder. Para Raffestin (1993), o território é um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por conseqüência, revela relações marcadas pelo poder. Para ele, o território se forma a partir do espaço, como conseqüência de uma ação conduzida por um ator em qualquer nível, no qual ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente, o ator “territorializa” o espaço.

Essa idéia que Raffestin discute tem implicação direta em relação à distribuição dos serviços de saúde, com a seleção de áreas que abrigam os serviços, mas também,

com as conseqüências dessa seleção para a população que usufrui desses serviços. Afinal, os “territórios da saúde” se formam a partir das relações políticas de poder que os diversos atores mantêm entre eles.

Dessa forma, outra categoria geográfica importantíssima que merece observação é a questão da escala. Cox (1998) sugere que se deva pensar a escala além de uma área ou espaço circunscrito, mas sim compreender a escala como uma rede ou estratégia que relaciona conflitos e contradições locais, regionais ou eventos globais. Compreender essa interação entre os fenômenos é o papel da geografia. Jones (1998) considera a escala uma representação prática, sempre para alguém e não para todos, o que denota claramente a idéia de poder embutida em seu conceito.

Sendo assim, observa-se uma forte correlação entre escala e território, mas afinal o que isso tem a ver com políticas de saúde? A resposta é objetiva: muita coisa! A partir do momento que se identifica no Estado de Pernambuco, um quadro contraditório entre o progresso tecnológico e concentrador de um lado, e a desorganização e inoperância nos serviços de atendimento básico do outro, observa-se que as dinâmicas territoriais, marcadas pelas relações de poder, revelam um desequilíbrio de forças entre diferentes atores que compõem um mesmo setor.

A seleção de espaços mais ou menos favoráveis para implantação de novos empreendimentos, construção de modernos hospitais, e também a alocação de médicos em seus postos de trabalho, revela uma opção política por tal configuração territorial, e conforme veremos ao longo do trabalho, essa opção, no caso de Pernambuco, desdobra-se em conseqüências socioespaciais interessantes para discussão, como a migração diária de pacientes do interior para a metrópole, ou mesmo, a migração definitiva de profissionais da saúde para áreas próximas do pólo de saúde.

## **2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM PERNAMBUCO**

O Estado de Pernambuco, situado a centro leste da Região Nordeste do Brasil, possui uma população de 8.590.945 habitantes (IBGE 2007), distribuída por 184 municípios e o território de Fernando de Noronha. Para organização do setor saúde, o mapa político do Estado dividiu-se em onze regiões de saúde (GERES), as quais possuem, pelo menos, um hospital regional para atender a demanda de serviços mais complexos de toda à região.

A rede de serviços em saúde no Estado é conhecida por ser uma das mais densas do país, inclusive a capital, Recife, é apontada como uma das cidades que possui um pólo médico diversificado e qualificado, destacando-se no cenário nacional. Em contrapartida, essa “fama” não reflete bons indicadores de desempenho do setor no Estado, que passa atualmente por uma das piores crises do sistema nos últimos tempos. Em números, a rede possui cerca de 3000 unidades ambulatoriais, sendo aproximadamente 85% de responsabilidade municipal. Em relação aos hospitais, existem 174 hospitais públicos, 4 universitários e 105 privados. Os maiores hospitais concentram-se nas sedes das microrregionais (9 hospitais regionais) e 6 de grande porte na capital Recife. O número de leitos total é de 21 mil, entre públicos e particulares, os quais superam os primeiros, tanto nos serviços de baixa e média complexidade, quanto àqueles relacionados às Unidades de Tratamento Intensivo.

Segundo o DATASUS, no ano de 2006, as estatísticas mostram que a rede de atendimento registrou um total de aproximadamente 95 milhões de procedimentos ambulatoriais, sendo 57% destes na esfera da atenção básica, 34,8% de procedimentos especializados, e 8,2% de procedimentos de alta complexidade.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, atualmente encontra-se em discussão o Plano Estadual de Saúde, que tem como principais desafios: a) criação de uma estratégia de mudança do modelo assistencial; b) integração aos demais níveis de complexidade – problemas de acesso e insuficiente oferta de atenção especializada e adequados mecanismos de referência; c) articulação intermunicipal para garantia da integralidade da atenção; d) reduzir as desigualdades no acesso aos serviços.

Como observado, esses desafios demandam reflexões teóricas e práticas de encontrar meios para fortalecer o sistema estadual de saúde, através de uma reorganização espacial dos serviços, ou redistribuição da oferta. São desafios de caráter prático que exigem decisões políticas, e talvez, esse seja o maior entrave para melhoria do sistema, uma vez que discutiremos nos próximos itens como essa relação política na consolidação do SUS em Pernambuco vem sendo trabalhada.

### **3 CONCENTRAÇÃO METROPOLITANA E DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Há exatos vinte anos, com o advento do SUS no período de redemocratização do Brasil, um novo capítulo foi iniciado na história do país. A universalização do atendimento, a regionalização do Sistema, e especialmente a descentralização das ações que foram propostas, causaram grande expectativa na população brasileira, principalmente nas classes sociais mais pobres que agora poderiam usufruir os variados serviços ofertados.

Passados vinte anos, percebe-se que a consolidação do SUS no país ainda não foi atingida em sua plenitude. Há uma crescente demanda por serviços, e ao que parece, o Estado não se preparou para acompanhar esse crescimento, ofertando novos serviços e/ou expandindo a oferta dos existentes. Isso refletirá no aumento das críticas proferidas pela sociedade, cada vez mais insatisfeita com o estágio atual do Sistema.

No caso do Estado de Pernambuco, recentemente foi divulgada uma pesquisa que mostra uma média de 30% a 50% dos usuários do SUS insatisfeitos com várias questões (FIOCRUZ, 2008). Uma das explicações para insatisfação é a superlotação e excessiva demanda nos hospitais de grande porte, que gera conseqüências em cadeia: mau atendimento, dificuldades de internamento, desordem nas emergências e ambulatórios, *stress* dos profissionais, etc.

Mas afinal, qual a relação desse contexto com aquilo que nos propomos a discutir no início? Será que uma análise sobre a questão espacial é pertinente para debatermos o acesso e a qualidade dos serviços de saúde no Estado?

Seguindo a idéia da promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, agora numa escala intermunicipal, objetivou-se discutir a atual situação da rede de assistência hospitalar no Estado de Pernambuco, e sua influência na manutenção de ciclos clientelistas, que políticos mantêm com boa parte da população residente no interior, mas que procuram serviços de saúde na metrópole recifense.

Atualmente, verifica-se um progressivo deslocamento de pacientes oriundos do interior do Estado em busca dos serviços de saúde existentes na capital. Esse quadro expõe a fragilidade de um Sistema projetado para ser regionalizado e descentralizado. As Prefeituras Municipais dispõem de uma logística para deslocar e manter seus pacientes no Recife. São centenas de ônibus e outros meios de transportes, entre eles, ambulâncias de vereadores e políticos locais, que diariamente chegam à capital Recife transportando pacientes para serem atendidos nos hospitais da Região Metropolitana.

Esse quadro é agravado pela dificuldade que as Prefeituras Municipais têm de manterem médicos nos seus quadros funcionais efetivos (Maciel Filho e Branco, 2008). Assim, os pacientes ficam desprovidos dos serviços básicos de prevenção e atenção, e buscam atendimento onde sabem que existirá, mesmo que de forma precária e cada vez mais desumana. Esse ciclo perverso de ausência de oferta nos municípios do interior, e excesso de demanda na Região Metropolitana, evidencia a desarmonia da operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente a equidade, a regionalização e a descentralização. Se tais princípios fossem de fato praticados na execução das políticas, esses pacientes não necessitariam deslocarem-se centenas de quilômetros em direção ao Recife, pois em cada Gerência Regional de Saúde do Estado (existem onze no total) há um Hospital Regional que deveria ofertar os mesmos serviços e com capacidade suficiente para evitar a mobilidade geográfica de pessoas por longos percursos, resultando na superlotação dos serviços na capital e conseqüente queda de qualidade e ineficiência no atendimento.

A concentração desses serviços e o deslocamento intenso de pacientes do interior tende a se agravar, pois o Governo do Estado projetou e está construindo três novos hospitais na Região Metropolitana, além de fomentar a instalação de um pólo farmoquímico. Tal medida promete aliviar a progressiva demanda nos hospitais já existentes da capital e facilitar o acesso aos medicamentos, barateando o custo. Todavia, isso também contribuirá para manutenção das práticas clientelísticas que políticos locais (especialmente dos municípios interioranos) mantêm com seus “pacientes/eleitores”, pois na maioria das vezes, o deslocamento dessas pessoas é subsidiado pelas prefeituras, na figura do “bom prefeito”, ou dos vereadores, que muitas vezes possuem ambulâncias próprias e personalizadas.

Diante desse quadro, cabe refletir - até que ponto, esses políticos locais estão dispostos a reivindicar melhorias no Sistema de Saúde do seu município ou região, tendo em vista que o subsídio de deslocamento à capital oferecido aos “eleitores/pacientes” garante-os uma fidelidade eleitoral? São questões que devem ser investigadas de modo detalhado, contudo já se têm algumas pistas, expressas pelo amplo sucesso da “bancada da saúde” (prefeitos e vereadores) no resultado do pleito municipal do ano de 2008 no Estado de Pernambuco.

#### **4 OS PROCESSOS DE INOVAÇÃO EM SAÚDE EM PERNAMBUCO**

O Estado Brasileiro tem procurado promover com políticas públicas e ações uma desconcentração da distribuição de empreendimentos em seu território para promover nas regiões transformações significativas, nas mais variadas escalas. Um dos grandes problemas atuais é quanto à saúde de sua população tendo em vista que a constituição de 1988 prevê que é de garantia do Estado à promoção do acesso a saúde bem como serviços de saúde, tendo como base isto, nos defrontamos com a alarmante realidade da não produção de uma série de fármacos que fazem, dificultando e encarecendo o acesso a estes medicamentos em detrimento da saúde da população.

Para tanto, o estado de Pernambuco tem promovido algumas ações em sua política. Com o incentivo da lei de inovação, por exemplo, foram criados novos programas de pós-graduações, como é o caso do recém criado programa em inovação terapêutica, desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa em Inovação (NUPIT), da Universidade Federal de Pernambuco, cujo objetivo é construir um espaço que junte pesquisadores do setor de insumos estratégicos para a saúde – com ênfase em fármacos e medicamentos - como antiinflamatórios, antineoplásicos, antidiabéticos, anti-

hipertensivos e antiparasitários. O grupo trabalha ainda no desenvolvimento de medicamentos genéricos em parceria com a indústria farmacêutica. Os eventos de negócios na área de inovação em saúde que tem buscado cada vez mais a transferência de tecnologia e parceria, e feito cada dia mais desta temática o foco de atuação, sobre a direção do instituto FIOCRUZ.

Além disso, outras medidas foram adotadas para estimular a produção local de fármacos, como investimentos em infra-estrutura e plantas piloto para o desenvolvimento de tecnologia industrial, havendo ainda à época uma legislação de patentes que facilitavam a cópia das mesmas. A existência do mercado público nacional de medicamentos centralizada no Ministério da Saúde, mais precisamente no que viria a ser o Sistema Único de Saúde, estimulava a produção doméstica.

Quando se fala em processos de inovação em saúde em Pernambuco discute-se principalmente a produção de fármacos e a indústria farmoquímica, tendo em vista que eles têm sido os maiores elos de estruturação destes acontecimentos no estado, fazendo com que todos os outros setores interajam, na tentativa da criação cada vez mais consolidada de um Sistema Regional de Inovação em Saúde.

A maior parte da indústria farmacêutica brasileira, como de resto a grande maioria dos demais setores industriais, apresenta uma elevada concentração no estado de São Paulo e nos demais estados do Sudeste. De 873 empresas do ramo detectadas no país, mais de 65% se localiza no Sudeste. O Nordeste fica com pouco mais de 10% dos estabelecimentos.

No Nordeste grande parte dos estabelecimentos está localizada em Pernambuco, ficando neste estado 34 estabelecimentos (algo em torno de 36,6%). Os demais estados do Nordeste, afora o Ceará com 19,3% dos estabelecimentos, apresentam participação limitada a um máximo de 10%, inclusive o estado da Bahia, estando Alagoas com a menor participação (1,1%). A indústria farmacêutica pernambucana se destaca, seja pelo número de unidades produtivas, seja pelo porte e sofisticação tecnológica de algumas de suas empresas e de seus recursos humanos. O estado de Pernambuco sedia o segundo maior laboratório público do país, o LAFEPE em Recife, um dos maiores laboratórios privados de capital nacional, o HEBRON em Caruaru.

Além disso, está sediado em Pernambuco o HEMOPE, que é vinculado ao Governo Estadual. Ele é responsável por produzir, com base em seu banco de sangue e de sua unidade de fracionamento, albumina humana desde 1985. Este produto é comercializado através do LAFEPE para o SUS, fazendo com que na região nordeste o Estado de Pernambuco tenha a maior estrutura científica e de prestação de serviços de saúde.

No contexto onde o estado de Pernambuco contém a maior base científica, industrial da região nordeste e uma série de serviços de acesso à saúde por decisão do Estado o estado ficou responsável em sediar o primeiro pólo de produção de farmacoquímico e de biotecnologia do país.

O Brasil não produz hemoderivados e para sanar essa deficiência o país importa esses produtos de empresas estrangeiras, sendo extremamente elevado esse custo. É com intuito de sanar essa situação que Pernambuco abrigará a indústria da HEMOBRÁS. Essa indústria, vinculada ao Ministério da Saúde terá como objetivo fabricar produtos obtidos pela biotecnologia na área de hemoterapia, de acordo com a sua lei de criação (Lei nº 10. 972/2004). Ela está em vias de instalação na cidade de Goiana, região da Zona da Mata Norte do Estado de Pernambuco, limite com a área metropolitana. Indústria de base tecnológica que tem movimentado a implantação e consolidação de um sistema regional de Inovação setorial em saúde, procurando

promover o melhor acesso a saúde e aos serviços de saúde, consolidando o desenvolvimento de novas técnicas em Pernambuco.



Futuras instalações do Pólo Farmacoquímico de Pernambuco

Outro setor vinculado ao SUS, que vem se consolidando no Estado de Pernambuco, são os serviços especializados de diagnóstico avançado e tratamentos especializados. O Estado é promissor no ramo da biotecnologia e optoeletrônica em relação aos serviços médico-hospitalares, evidenciando Pernambuco no mapa nacional com um dos mais promissores pólos médico do país.

## **5 O SETOR SAÚDE EM PERNAMBUCO: NOVAS DINÂMICAS E VELHOS IMPASSES**

As proposições debatidas nesse texto ainda são muito iniciais para se concluir algo, por isso, as idéias apresentadas objetivaram estimular questões e instigar investigações futuras que possam elucidar como essas contraditórias relações políticas no setor saúde de Pernambuco estão configurando territorialmente um complexo de serviços e produção de insumos.

O desenvolvimento das idéias partiu da premissa que há um movimento dinâmico da economia da saúde no estado, proveniente dos setores ligados a tecnologia, produção de insumos, serviços especializados, etc. Em contrapartida, existem os velhos impasses, ocasionados por uma rede de atendimento deficitária em quantidade e, especialmente qualidade.

Observou-se que essa nova dinâmica tende a ter características metropolitanas, assim como, o processo de reestruturação da rede de atendimento hospitalar. Foram esses fatores que originaram a discussão. Por que um estado com quase nove milhões de habitantes concentra tanto investimento numa área específica do território? Será que

essa concentração apenas não reproduz a desigualdade de acesso e oportunidades do setor, entre a capital e o interior? São debates de cunho político, nos quais a geografia precisa se envolver, pois, geralmente, os gestores “enxergam” o espaço num plano abstrato e inanimado. Urge fazer “dialogar” o planejamento territorial dos novos investimentos, a reestruturação dos serviços existentes, a criação de novas áreas de expansão com o espaço vivido, as redes sociais e a busca pela universalidade no acesso e equidade na prestação dos serviços.

## REFERÊNCIAS

CARVALHO, A. I. de.: **Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado**. Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury(organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

COX, Kevin R. Spaces of dependence, spaces of engagement and the politics of scale, or: looking for local politics. **Political Geography**, v. 17, n. 1, pp. 1-23, 1998a.

GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. C. Saúde e inovação: **uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde**. Cadernos de Saúde Pública, p. 47, jan./fev. 2003.

GALDINO, S. e FERNANDES, A. C. 2006: **Pólo de Farmoquímica e Biotecnologia de Pernambuco**. Recife, Ed. UFPE.

JONES, Katherine. Scale as Epistemology. **Political geography**, v.17, n.1, p.25-28, 1998.

LIMA, J. P. R. **Fármacos: perfis econômicos e construção de cenários de desenvolvimento para o Estado de Pernambuco, com ênfase na mesorregião da Zona da Mata**. Recife: PROMATA, 2005.

MACIEL FILHO, Rômulo; BRANCO, Maria Alice. **Rumo ao Interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho**. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

RACINE, J. B.; RAFFESTIN, C.; RUFFY, V. Escala e ação, contribuições para uma interpretação do mecanismo de escala na prática da Geografia. **Revista Brasileira de Geografia**, Rio de Janeiro, v.45, n.1, p.123-135. 1983.

QUEIROZ, S.; GONZÁLES, A. **Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica**. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas: IE/UNICAMP, 2001.

SMITH, Neil. Geography, difference and the politics of scale. In: Doherty J, Graham E, Malek M, editors. **Postmodernism and the social science**. London: Macmillan; 1992. p. 50-95.



UNGLERT, Carmem Vieira de Souza. Territorialização em Sistemas de Saúde.  
In: **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Únicos de Saúde**. São Paulo: Huictec, 1999. p. 221 – 235.

RAFFESTIN, C.: **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.