



Artigos

Estrabão

Vol. (5): 68-80

© Autores

DOI: 10.53455/re.v5i1.222



Recebido em: 10/01/2024

Publicado em: 24/01/2024

A Cobertura da Atenção Primária à Saúde em Pernambuco: Os municípios rurais na organização regional da saúde

Primary Health Care coverage in Pernambuco: Rural cities in the regional health organization

José Roberto Henrique Souza Soares ^{1A}, Anselmo César Vasconcelos Bezerra e Jan Bitoun

Resumo:

Contexto: As zonas rurais do Brasil possuem contextos sociais diversos e caracterizam-se pelas dificuldades da população em acessar serviços essenciais como a saúde. Este artigo apresenta os níveis de cobertura da atenção primária à saúde nos municípios predominantemente rurais de Pernambuco, de 2021 a abril de 2023, organizados pela regionalização da saúde do Estado. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório de natureza aplicada com abordagem quantitativa. Para medir o nível de implementação da atenção primária nas unidades federativas selecionadas, foram utilizadas informações sobre a cobertura dos equipamentos de Saúde da Família e de Atenção Primária em percentuais, divulgados pela Pesquisa Nacional de Saúde. **Considerações finais:** As regiões de saúde de Caruaru e Garanhuns apresentaram os maiores indicadores de cobertura, bem como a maior concentração de unidades predominantemente rurais. Os distritos censitários rurais se destacam em termos de quantidade nos territórios estudados, com uma ocupação populacional significativa.

Palavras-Chave: Estratégia de Saúde da Família, Regiões de Saúde, Municípios Rurais, Pesquisa Nacional de Saúde, Pernambuco

Abstract

Context: The rural areas of Brazil have diverse social contexts and are characterized by the population's difficulties in accessing essential services such as health. This article presents the coverage levels of primary health care in predominantly rural municipalities of Pernambuco, from 2021 to April 2023, organized by the health regionalization of the State. **Method:** This is an exploratory, applied study with a quantitative approach. It measures the level of primary care implementation in selected federative units. The data used includes information on Family Health and Primary Care equipment coverage percentages, obtained from the National Health Survey. **Final considerations:** The health regions of Caruaru and Garanhuns showed the highest coverage indicators, as well as the highest concentration of predominantly rural units. The rural census districts stand out in terms of quantity in the studied territories, with a significant population occupation.

Keywords: Family Health Strategy, Health Regions, Rural cities, National Health Survey, Pernambuco

1 - Mestre em Geografia pela Universidade Federal de Pernambuco e professor da Universidade Federal de Pernambuco

A - Contato principal: roberto.henriquesoares@ufpe.br

INTRODUÇÃO

Os habitantes dos espaços rurais representam cerca da metade da população mundial, possuem menos acesso a cuidados e as piores condições de saúde, limitadas principalmente pelas barreiras de acesso, se comparadas com populações urbanas (Franco et al., 2021). Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal política de saúde utilizada pelas populações rurais brasileiras, que é impulsionada pela Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios menos povoados, no qual parte importante da população reside fora das cidades, dispersa em sítios, pequenas vilas, povoados, assentamentos, quilombos e aldeias (Pessoa et al., 2018).

A política pública de saúde, estruturada a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), como modelo adotado no nível nacional e replicado por estados e municípios, considera as divisões político administrativas para sua operacionalização. No contexto de Pernambuco, tal organização é delimitada pelas diretrizes operacionais do SUS organizadas estrategicamente a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do estado, desenvolvidas como um artifício de ordenamento territorial das ações e serviços de saúde, observando os níveis de complexidade e uso de tecnologias, bem como através das Gerências Regionais de Saúde (GERES) que representam estruturas administrativas regionalizadas da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), nas quais se realizam relações hierárquicas e o planejamento em parceria com os municípios.

A organização do SUS requer a implantação de uma estrutura territorial difusa, principalmente com relação à APS, por se tratar da principal ação desenvolvida pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios de menor porte. A atenção primária é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2012). A atenção primária destaca-se como o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a RAS se desenvolvendo a partir da descentralização e capilaridade (Faria et al., 2022).

No decorrer da história o rural no Brasil foi sobretudo considerado um espaço de exploração dos recursos naturais, muito mais do que um quadro de vida para as populações residentes. Os habitantes dos campos, das florestas e das águas ficaram a margem das políticas sociais quando essas começaram a ser estabelecidas nas cidades (Santos, 2007). A maioria das políticas públicas universais foi elaborada com o objetivo de atender às populações urbanas, mas, com a crescente mobilização social e abordagens políticas que ultrapassam a visão tradicional, surgem perspectivas que consideram o rural como um espaço de vida (ARAÚJO & BEZERRA, 2017).

A análise atual da distribuição populacional no território brasileiro revela que 61% da população total reside em concentrações urbanas (arranjos populacionais ou municípios isolados com mais de 100 mil habitantes), de acordo com o censo demográfico de 2022. A permanência de um número significativo de pessoas fora das concentrações urbanas reforça a necessidade de uma atenção institucional voltada às ruralidades, no que diz respeito a forma de organização da vida social. Apesar da expressiva heterogeneidade que o rural brasileiro apresenta, é importante que esses espaços sejam compreendidos como categorias históricas que se constituíram conjuntamente ao desenvolvimento social e humano do país. As instituições brasileiras não podem compreender o rural como espaços vazios, se tornando inadiável a elaboração e execução de políticas públicas específicas. (Wanderley & Favaretto, 2013).

Na tentativa de superação desta realidade histórica destaca-se o avanço na classificação dos espaços brasileiros, realizada pelo Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE). Através de um estudo que busca superar a visão dicotômica, o IBGE insere a situação de ocupação densa nos territórios como uma dimensão essencial para definir as condições de implementação das políticas públicas.

Os municípios com tipologia rural do estado de Pernambuco (Figura 1), em sua maioria são territórios marcados por pequenas populações, pela fragilidade na prestação de serviços à população, tais como ensino médio, saneamento básico e transportes regulares. A maior parcela destes municípios localiza-se na porção oeste do estado, dificultando a locomoção da população para acessar os serviços de maior complexidade, devido as distâncias em relação aos serviços que historicamente se concentram na Região Metropolitana do Recife (RMR). Além disso, nesses municípios, há casos de dificuldade na fixação de médicos, o que interfere na oferta dos serviços de APS nos territórios municipais (Souza Júnior & Lucena, 2005).

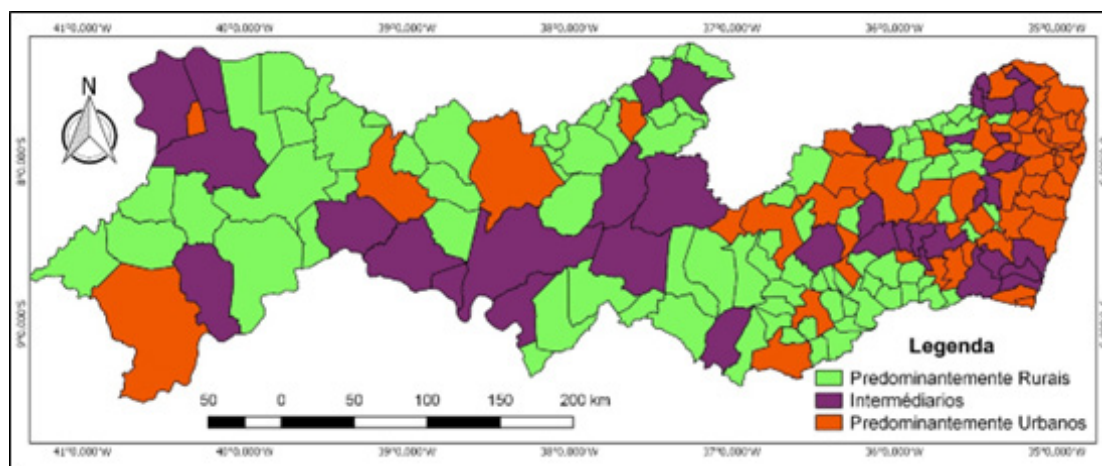


Figura 1 – Classificação por Tipo de Espaço dos Municípios de Pernambuco

Fonte: IBGE, 2017. Adaptado pelos autores.

Os municípios com tipologia predominantemente rural de Pernambuco foram identificados na figura 1 pela coloração verde, que os diferencia dos intermediários (roxo) e dos predominantemente urbanos (laranja). Nesta pesquisa foram considerados os 87 municípios classificados como predominantemente rurais, localizados prioritariamente nas porções central e oeste do território pernambucano.

Para compreender como a organização da APS nos municípios rurais fortalece as redes de saúde do estado de Pernambuco, esta pesquisa busca caracterizar a implementação da atenção primária nos municípios selecionados. Para tanto, realizou-se o levantamento do percentual de cobertura da APS nestes territórios, organizados a partir das regiões de saúde de Pernambuco, destacadas como mecanismos de gestão solidária que visam a efetivação dos atendimentos primários nos locais próximos a vida das pessoas.

O SUS é estruturado hierarquicamente em níveis de atenção ou de complexidade tecnológica, e mesmo que uma política mais forte esteja sendo desenvolvida para a concretização da APS como porta de entrada e principal ponto de regulação da rede, persiste o erro de pensar os níveis de complexidade como etapas ou compartimentos diferentes da atenção (Pires et al., 2010). Tal incoerência de percepção da atenção em saúde resulta na permanência de fluxos que não consideram os níveis de atenção, provocando a lotação dos estabelecimentos de maior nível de tecnologia, uma vez que a população considera o atendimento mais eficaz, rápido e assertivo, mesmo em casos de sintomas simples que poderiam ser tratados nos estabelecimentos da APS.

Nesse contexto, as unidades da atenção primária caracterizam-se como o serviço de primeiro contato, sendo influenciadas pelos aspectos geográficos e organizacionais. A APS na RAS visa expressar o papel do cuidado inicial, a partir da descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas através da ESF (Lima et al., 2022). Tornando-se emergente a análise e descrição do atual estágio de implantação da APS nos municípios rurais de Pernambuco.

A APS destaca-se pelo fortalecimento do direito dos cidadãos à saúde, tendo sido estruturada historicamente como a materialização das estratégias de atenção à saúde nas escalas locais. É responsável ainda, pela expansão do acesso, pela descentralização da organização e oferta dos serviços de saúde, estabelecendo o processo de regionalização e coordenação da integralidade e assistência. A APS apresenta uma posição central na composição e implementação da rede assistencial, contribuindo para que o SUS ultrapasse os limites de mera prestação de serviços e avance na direção da intersetorialidade em benefício do desenvolvimento humano, através da promoção à saúde (Ribeiro & Scatena, 2019).

Um serviço pensado no atendimento das necessidades da população é considerado de atenção primária quando se desenvolve a (1) acessibilidade, garantindo o primeiro contato e a continuação dos tratamentos através da (2) longitudinalidade da atenção; a (3) integralidade nas ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; e a (4) coordenação dos atendimentos, garantindo a integração de estabelecimentos e serviços em vista do cuidado global com os cidadãos. Esses quatro elementos são considerados essenciais e devem orientar as ações da APS, no sentido de desenvolver o cuidado e a atenção à saúde no local vivido pelos pacientes (Pinto et al., 2021).

Para promover o cuidado integral, a APS deve se desenvolver buscando a atenção centrada na pessoa, pela

qual a orientação familiar, comunitária e cultural torna-se uma ferramenta ativa e determinante para o avanço das ações estratégicas (Lavras, 2011). O fortalecimento da assistência primária deve ser compreendido como a principal ferramenta capaz de garantir o enfrentamento às iniquidades em áreas rurais. As maiores proporções de iniquidades em saúde rural são observadas em países em desenvolvimento, como o Brasil, que não obstante a expansão da APS no território nacional, ainda registra forte desigualdade socioespacial na oferta de serviços, equipamentos e profissionais (Franco et al., 2021).

A seguir são apresentados os caminhos metodológicos que levaram a análise dos níveis de cobertura da APS nos municípios rurais pernambucanos, no desenvolvimento deste artigo também são destacados os principais mecanismos de coleta de dados da assistência primária no Brasil, bem como as metodologias utilizadas para os cálculos de cobertura. Na seção dos Resultados e Discussão ilustram-se os índices de assistência em saúde no território de Pernambuco, apresentando uma breve caracterização da cobertura de APS nas regiões de saúde do estado e por fim, discutem-se as condições que os municípios rurais apresentam em relação à assistência primária nos seus respectivos territórios e regiões de saúde.

DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

Desenvolveu-se uma pesquisa exploratória de natureza aplicada com abordagem quantitativa, tendo ênfase os municípios predominantemente rurais de Pernambuco, classificados de acordo com a distribuição e adensamento da população pelo território (IBGE, 2017). Do ponto de vista procedimental realizou-se a revisão bibliográfica através de literaturas encontradas nos buscadores virtuais de divulgação científica, como Scielo, PubMed e periódicos especializados, nos quais buscou-se termos como: APS, ESF, saúde rural, populações rurais, municípios rurais, pesquisa nacional de saúde, cobertura em saúde. Realizou-se ainda a classificação dos municípios de Pernambuco com foco na tipologia predominantemente rural. Bem como, foram coletadas informações de cobertura da APS nos municípios selecionados, organizados espacialmente por meio da regionalização adotada pela SES – PE.

O IBGE classificou os municípios brasileiros em predominantemente rurais (remotos e adjacentes), intermediários (remotos e adjacentes) e predominantemente urbanos em publicação de 2017. Lançou mão para isso, numa primeira aproximação, de procedimentos conceituais e metodológicos adotados em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). De acordo com o estudo as áreas de ocupação densa são definidas como um conjunto de células adjacentes de 1km² com variação de 300 a 3.000 habitantes. Os municípios onde essas áreas ultrapassam 50 mil habitantes são classificados como predominantemente urbanos; na ausência de área de ocupação densa, os municípios são classificados como predominantemente rurais. Quando houver entre 3 000 habitantes e 50 000 habitantes em áreas de ocupação densa, o município poderá ser predominantemente rural, intermediário ou predominantemente urbano a depender da taxa da população municipal total residente em situação urbana ou rural obtidas através do censo demográfico de 2010 (IBGE, 2017).

Para esta pesquisa será considerada a classificação que define os municípios em predominantemente urbanos, intermediários e predominantemente rurais. Em Pernambuco os predominantemente rurais representam 88 unidades federativas, entre as quais apenas Fernando de Noronha foi classificado como rural remoto, as demais receberam a classificação de rurais adjacentes. O Distrito Estadual de Fernando de Noronha é a única área rural remota de Pernambuco devido a sua localização geográfica e a complexidade administrativa que esse território apresenta, fazendo-se necessário um estudo específico para compreender as ações da APS e sua relação com as regiões de Pernambuco. Neste estudo foram considerados apenas os 87 municípios predominantemente rurais continentais do estado.

Para mensurar o nível de implementação da ESF nos municípios selecionados foram utilizadas as informações de cobertura das equipes de Saúde da Família e atenção primária em porcentagem, disponíveis no sistema aberto de Informações e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor AB) da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde (MS). Foram coletados os dados de janeiro de 2021 a abril de 2023, por serem as informações disponíveis para o ciclo vigente da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) até a produção dessa pesquisa, obtidos através dos relatórios com histórico de cobertura da atenção primária (PNS 2020-2023), calculando-se uma média geral obtida pela soma das porcentagens de cada mês, dividido pelo número

de taxas. Essa informação é essencial para mensurar o nível de desenvolvimento da promoção à saúde através da APS nas unidades federativas estudadas.

A PNS analisa a população residente nos domicílios particulares de espaços rurais e urbanos brasileiros, sendo realizada através de uma amostra probabilística de domicílios. Resulta de uma parceria do MS com o IBGE e faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD), sob coordenação do IBGE. Esta pesquisa desenvolve-se a partir de uma subamostra da Amostra Mestra SIPD, com a mesma estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA), constituídas por um ou mais setores censitários (Giovanella et al, 2021).

Os níveis de cobertura da APS são calculados mensalmente por meio do quantitativo de população cadastrada pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP), financiadas pelo MS em relação à população estimada pelo IBGE, e divulgados nas PNS. Estes dados são obtidos através do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e das equipes ativas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme a Norma Técnica Nº 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS (Brasil, 2021). Para o cálculo da cobertura foram consideradas as equipes de Saúde da Família e as Equipes da atenção primária, que enviaram periodicamente as informações de cadastro e cobertura pelo e-Gestor AB.

Após a seleção dos 87 municípios de acordo com os níveis de cobertura na série histórica definida, foram classificados hierarquicamente os municípios que apresentaram menores índices de cobertura durante o período analisado até os maiores, distinguindo-os por cores que variaram de vermelha (menores porcentagens) até o azul (maiores porcentagens), por meio de recurso específico para gradação no Excel. Essa estratificação foi definida por meio das unidades que apresentaram menos de 85% e mais que 97% de cobertura da APS, tendo sido considerada apenas a coluna de cobertura em porcentagens. Posteriormente esses dados foram agrupados às informações dos municípios selecionados e classificados espacialmente através do software de geoprocessamento livre Quantum Gis (Qgis), seguindo a estratificação por cores anterior.

Os municípios selecionados foram agrupados de acordo com a regionalização adotada pela SES – PE, que os organiza através da pactuação de metas e do estabelecimento de gestão solidária. Essas regiões recebem o nome de Gerências Regionais de Saúde e dividem-se em 12 GERES agrupando os entes federados do estado. As regiões de saúde são utilizadas nesta pesquisa devido a capacidade de organização estratégica e territorial das ações de saúde em escala local, por meio da APS (Pernambuco, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a PNS anterior, divulgada pelo IBGE em parceria com a SAPS em 2019, constatou-se a existência de um contraste marcante entre as regiões brasileiras, apontando a região sudeste com os melhores indicadores da APS, enquanto o Norte possui a menor cobertura de saúde primária pelo território (Pinto et al., 2021). Na referida pesquisa nacional o estado de Pernambuco apresentou indicadores insuficientes de cobertura, com índices abaixo da média estabelecida como referência nacional.

Até 2022 o estado de Pernambuco contava com 2.529 eSF, e 44 eAP financiadas pelo Ministério da Saúde. A população coberta pelas eSF era de 7.460.589, enquanto a população assistida por eAP era de 51.062 pessoas, conforme informações disponíveis nos Painéis de Indicadores da APS, disponibilizados no Sistema de informação em Saúde para a Atenção Primária (SISAPS). O maior número de equipes de saúde da família em relação as da atenção primária, que substituem as tradicionais unidades básicas de saúde (UBS), indica a escolha brasileira pelo fortalecimento da ESF, qualificando assim a APS (Pinto et al., 2021). No referido ano o estado apresentava uma taxa de aproximadamente 76% de cobertura da APS em todo território estadual.

Os municípios com menores porcentagens de cobertura dos serviços da APS estão distribuídos irregularmente pelo território estadual, apresentando concentração na região próxima a Recife, capital do estado e sede da I GERES - PE (Figura 2). As regiões com menores contingentes populacionais e, consequentemente, menores investimentos e equipamentos do setor saúde são as áreas que apresentam maior cobertura, demonstrando que a APS tem cumprido seu papel de incluir os mais vulneráveis no SUS (Giovanella et al. 2021).

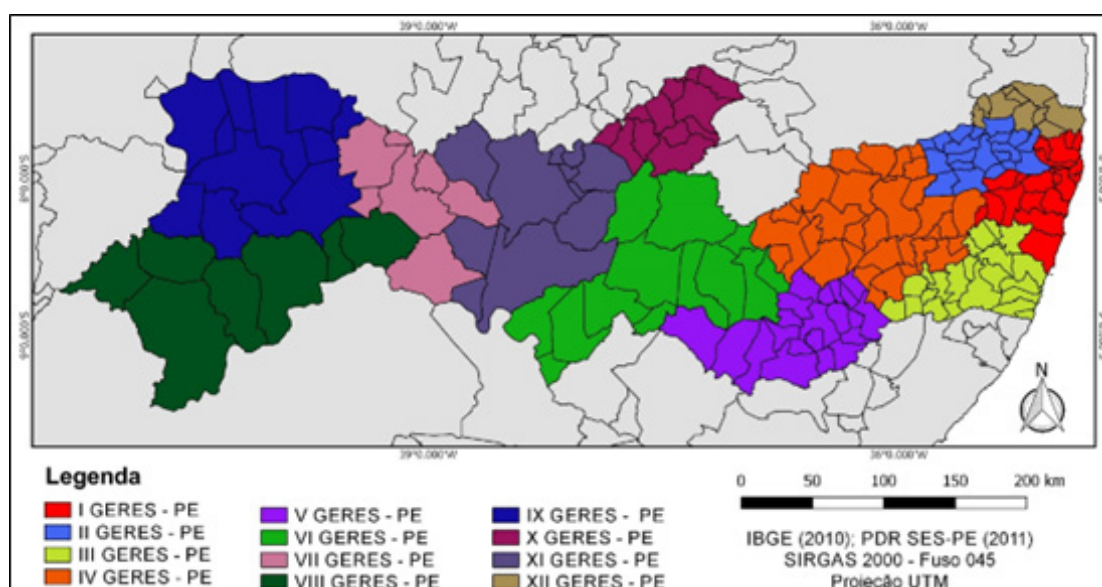


Figura 2 – Regiões de Saúde de Pernambuco em 2011

Fonte: Autores, 2023.

Ao relacionar os índices de cobertura da APS com as regiões de saúde de Pernambuco é possível identificar como as proporções de cobertura sofrem influência da população estimada, do número de municípios que integra cada região, além das perspectivas epidemiológicas que marcam cada território. No quadro 1 apresenta-se a classificação dos níveis de cobertura nas regiões de saúde de Pernambuco, destacada pela variação de cores, em que o vermelho indica as regiões com menor cobertura até o azul, com as maiores porcentagens.

Quadro 1 – Cobertura da APS nas Regiões de Saúde de Pernambuco em 2022

GERES	Sede	Municípios Rurais Adjacentes	Total de Municípios	População (11/ 2022)	Cobertura (%)
I GERES	Recife	0	20	4.284.238	81,95
II GERES	Limoeiro	9	20	605.374	94,34
III GERES	Palmares	8	22	628.415	81,95
IV GERES	Caruaru	13	32	1.339.740	83,64
V GERES	Garanhuns	17	21	549.206	96,43
VI GERES	Arcoverde	8	13	316.169	99,21
VII GERES	Salgueiro	5	7	148.923	96,88
VIII GERES	Petrolina	4	7	517.042	98,32
IX GERES	Ouricuri	7	11	360.110	89,86
X GERES	Afogados da Ingazeira	9	12	191.075	99,37
XI GERES	Serra Talhada	7	10	242.274	88,5
XII GERES	Goiana	0	10	316.169	99,21

Fonte: IBGE, 2017; SISAPS, 2023. Adaptado pelos Autores.

As regiões de saúde pernambucanas que apresentam maiores populações paralelamente apresentaram menores índices de cobertura da APS em 2022. As GERES com sede em Recife, Palmares e Caruaru são respectivamente as que possuem as menores porcentagens de cobertura das equipes da ESF e APS nos territórios municipais. A região de Recife (I GERES – PE) não apresenta municípios rurais entre os seus entes pactuados, devido ao processo de conurbação dos territórios sob influência imediata da metrópole.

Seguindo um padrão nacional, a maior parte da população não coberta vive em regiões metropolitanas, com concentração no Sudeste e nas capitais estaduais do Brasil, devido a concentração de serviços especializados nesses territórios (Faria et al., 2022). Tal constatação não pode ser aplicada também a região de Goiana (XII GERES – PE), pois mesmo não apresentando municípios rurais possui um dos mais altos índices de cobertura da APS (Figura 3). Nessa região, composta por municípios urbanos e intermediários, o porte e a localização dos centros urbanos dificulta a concentração de serviços especializados ofertados na vizinha Região Metropolitana do Recife.

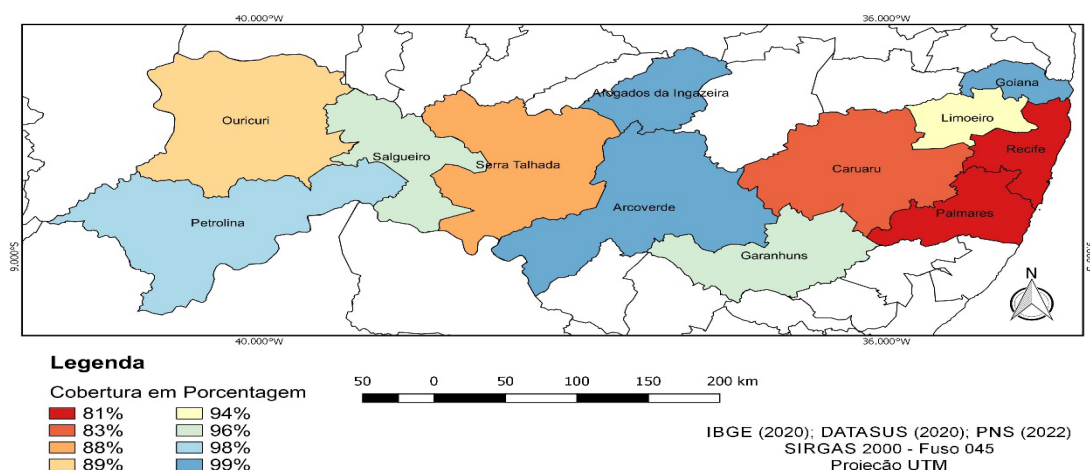


Figura 3 – Cobertura da Atenção Primária a Saúde entre as Regiões de Saúde de Pernambuco em 2022

Fonte: PNS, 2022. Adaptado pelos autores.

Os melhores índices de cobertura da APS em Pernambuco foram identificados na X, XII, VI e VIII GERES, correspondendo respectivamente as regiões com sede em Afogados da Ingazeira, Goiana, Arcoverde e Petrolina. A região de Afogados da Ingazeira apresenta a maior porcentagem de cobertura entre todas as GERES e é composta por 75% de municípios rurais, ao mesmo tempo em que a região de Goiana apresenta o segundo maior índice de assistência primária, e não possui unidades federadas de tipologia rural, evidenciando que não existe correlação direta entre a tipologia de espaço e os níveis de cobertura da atenção em saúde.

As IV e V GERES – PE são as regiões com maior número de municípios rurais. Caruaru (IV GERES – PE), devido ao intenso processo de crescimento urbano que vêm sofrendo atrelado as áreas do entorno é a segunda regional com maior número populacional. Nesta região também se concentra o segundo menor índice de cobertura da APS, corroborando com a perspectiva de que o crescimento populacional atrelado à concentração de estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade indica uma atenção menor aos serviços da APS.

Na região de Garanhuns (V GERES – PE) mais de 80% dos municípios apresentam tipologia rural. Essa área localiza-se no agreste pernambucano, e sozinha, concentra aproximadamente 20% das unidades rurais do estado. Neste território a APS encaminha-se para constituir uma cobertura universal, tendo em vista que mais da metade dos municípios pactuados apresentam 100% de assistência primária pelo território (Quadro 2).

Entre os municípios analisados a cobertura das equipes da APS e ESF ultrapassam uma média de 91% dos espaços (Quadro 2), contrapondo-se ao nível de cobertura em Pernambuco que alcançou um patamar de apenas 76% em 2022, conforme os Painéis de Indicadores da APS no SISAPS. A cobertura universal dos serviços públicos de saúde só pode ser atingida através de políticas intersetoriais e preventivas que favoreçam

a promoção da saúde no local habitado pelos usuários (Franco et al., 2021).

Quadro 2 – Cobertura da APS nos municípios predominantemente rurais de Pernambuco por regiões de saúde, de 2021 a abril de 2023

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (abril de 2023)	COBERTURA (%)
II GERES (LIMOEIRO)	SALGADINHO	11.214	57,53
	MACHADOS	16.549	79,55
	BOM JARDIM	40.038	86,2
	OROBÓ	23.985	91,53
	CASINHAS	14.395	95,4
	BUENOS AIRES	13.224	97,12
	VERTENTE DO LÉRIO	7.526	98,7
	CUMARU	9.494	100
	PASSIRA	28.856	100
III GERES (PALMARES)	SÃO BENEDITO DO SUL	16.239	56,55
	QUIPAPÁ	26.309	70,18
	LAGOA DOS GATOS	16.345	75,32
	PRIMAVERA	15.231	78,54
	MARAIAL	11.098	82,88
	JAQUEIRA	11.632	86,15
	XEXÉU	14.789	89,15
	CORTÊS	12.543	99,65
IV GERES (CARUARU)	SANHARÓ	27.308	76,69
	FREI MIGUELINHO	15.633	85,44
	PANELAS	26.438	88,02
	JATAÚBA	17.305	92,27
	TACAIMBÓ	12.874	92,45
	VERTENTES	21.172	94,72
	JUREMA	15.483	98,53
	ALAGOINHA	14.798	99,7
	RIACHO DAS ALMAS	20.744	99,81
	IBIRAJUBA	7.773	100
	POÇÃO	11.308	100
	SAÍRE	9.600	100
	SANTA MARIA DO CAMBUCÁ	14.308	100
V GERES (GARANHUNS)	CORRENTES	18.327	77,59
	CAETÊS	29.065	87,82
	CANHOTINHO	24.743	94,75
	CAPOEIRAS	20.048	97,9
	ITAÍBA	26.268	99,27
	ANGELIM	11.301	99,74
	CALÇADO	10.983	99,98
	PALMEIRINA	7.509	99,98
	TEREZINHA	7.227	100
	BREJÃO	8.981	100
	JUCATI	11.545	100
	LAGOA DO OURO	13.300	100
	PARANATAMA	11.608	100

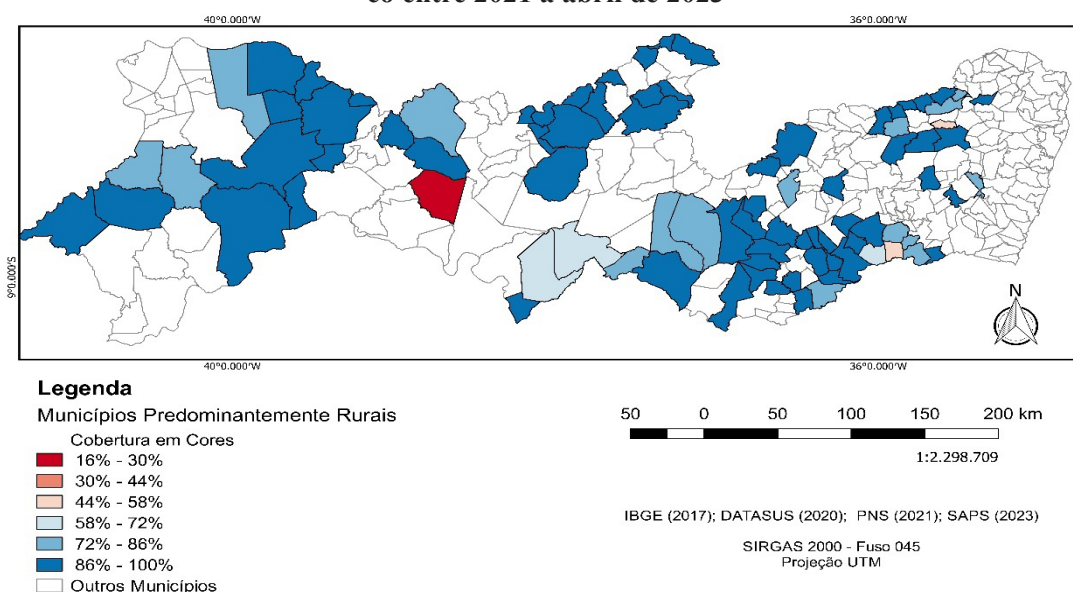
	IATI	19.284	100
	JUPI	15.007	100
	SÃO JOÃO	23.002	100
	SALOÁ	15.880	100
VI GERES (ARCOVERDE)	INAJÁ	24.034	71,45
	TACARATU	26.439	71,47
	TUPANATINGA	27.793	73,47
	MANARI	22.110	75,74
	BUÍQUE	59.448	85,25
	JATOBÁ	14.904	88,08
	VENTUROSA	18.835	90,51
	PEDRA	22.716	97,25
VII GERES (SALGUEIRO)	TERRA NOVA	10.314	93,24
	CEDRO	11.972	97,91
	SERRITA	19.226	98,91
	MIRANDIBA	15.548	99,85
	VERDEJANTE	9.572	100
VIII GERES (PETROLINA)	SANTA MARIA DA BOA VISTA	42.266	87,25
	AFRÂNIO	19.981	94,12
	OROCÓ	15.309	95,04
	DORMENTES	19.246	98,06
IX GERES (OURICURI)	SANTA FILOMENA	14.645	72,7
	BODOCÓ	38.605	81,22
	SANTA CRUZ	15.713	82,25
	PARNAMIRIM	22.198	88,4
	GRANITO	7.586	99,25
	MOREILÂNDIA	11.269	100
	EXU	31.709	100
X GERES (AFOGADOS DA INGAZEIRA)	SANTA TEREZINHA	11.914	90,02
	IGUARACY	12.265	98,67
	TUPARETAMA	8.266	98,8
	SOLIDÃO	6.034	99,35
	BREJINHO	7.489	100
	INGAZEIRA	4.537	100
	QUIXABA	6.796	100
	CARNAÍBA	19.666	100
	ITAPETIM	13.492	100
XI GERES (SERRA TALHADA)	CARNAUBEIRA DA PENHA	13.117	16,16
	SÃO JOSÉ DO BELMONTE	34.082	73,34
	BETÂNIA	12.811	95,7
	SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE	12.708	97,5
	FLORES	22.612	98,8
	CALUMBI	5.744	99,91
	TRIUNFO	15.232	99,98
TOTAL		1.506.492	91,25

Fonte: SAPS, 2023. Adaptado pelos autores.

No quadro 2 apresentam-se os municípios predominantemente rurais de Pernambuco, com suas estimativas populacionais utilizadas no período de análise dos índices de cobertura da APS coletados nesta pesquisa. As unidades selecionadas foram classificadas desde os de menores proporções de cobertura, destacados pela variação de cor vermelha, até os municípios com maiores taxas de cobertura, identificados pelas variações em azul. Os municípios com baixas porcentagens de cobertura são um número menor em comparação aos que apresentam cobertura universal dos serviços da APS, representada pela marca de 100%.

Dentre os territórios selecionados apenas três municípios apresentaram proporções de cobertura da APS menores que 58%. Salgadinho, localizado no agreste pernambucano e integrante da Região Limoeiro (II GERES – PE), São Benedito do Sul pactuado na Regional de Palmares (III GERES – PE), situado ao sul da zona da mata e Carnaubeira da Penha posicionado no sertão e integrante da região de Serra Talhada (XI GERES – PE), este último apresentou o menor índice de cobertura entre todos os municípios analisados. De maneira geral, a maioria dos municípios predominantemente rurais se destacaram com mais de 86% de cobertura da assistência primária em saúde pelos territórios (Figura 4).

Figura 4 – Cobertura da Atenção Primária a Saúde nos Municípios Predominantemente Rurais de Pernambuco entre 2021 a abril de 2023



Fonte: SAPS, 2023. Adaptado pelos autores.

O município de Carnaubeira da Penha se sobressai em relação aos demais da própria regional e entre os municípios predominantemente rurais de Pernambuco. A ocorrência de porcentagem em cobertura da APS muito baixa pode ser explicada pela existência de estratégias de saúde específicas para as populações indígenas que não são contabilizadas como serviços da atenção primária em saúde. Em 2018 estavam ativos 9 estabelecimentos de APS no município, 6 integravam a política de assistência à saúde das populações indígenas e apenas 3 unidades atendiam o restante da população (Guerra, 2018). Esse município possui a maior proporção de população indígena de todo Nordeste, com mais de 85% dos habitantes autodeclarados indígenas, conforme os dados obtidos no censo demográfico de 2022.

As regiões de saúde localizadas no agreste pernambucano (IV e V GERES – PE) sobressaem-se em comparação as demais com relação ao número de municípios que apresentam cobertura total. Essas GERES possuem a maior quantidade de municípios predominantemente rurais, com a maioria sob influência de Caruaru (IBGE, 2020). Em contrapartida, a Região de Saúde de Palmares (III GERES – PE) apresentou o maior número de municípios com cobertura abaixo de 85%, definido como padrão médio pela PNS.

Com uma população estimada de 1.506.492 habitantes, os municípios analisados destacam-se na hierarquia urbana como centros locais (IBGE, 2020). Essa classificação definida pela pesquisa Regiões de influência das Cidades (REGIC) constitui-se como um padrão entre praticamente todos os municípios

predominantemente rurais. Tal definição expressa a dependência dessas unidades federadas a outras de maiores níveis hierárquicos para acesso a bens e serviços, incluídos os de saúde especializados.

Nos municípios listados os serviços mais complexos de saúde tendem a se concentrar em setores urbanos com destaque para os estabelecimentos da APS, atendimentos ambulatoriais e laboratoriais especializados, sobrepujando alguns estabelecimentos específicos da ESF nos espaços intramunicipais com características rurais, em que predominam Unidades de Saúde da Família (USF). Os setores censitários rurais se sobressaem em quantidade nos territórios estudados, apresentando uma expressiva ocupação populacional. Os estabelecimentos de saúde de complexidade mais elevada da APS e da Atenção Secundária concentram-se nos espaços urbanos devido à lógica de integração que tal tipologia espacial proporciona para a locomoção dos usuários (Lima et al. 2022).

As condições de cobertura da APS no estado de Pernambuco revelam uma heterogeneidade marcante, que é um atributo dos serviços primários de saúde no Brasil (Pinto et al., 2021). A ESF tem apresentado contribuições muito importantes com relação aos indicadores de atenção à saúde ao longo das últimas décadas. No entanto, faz-se necessário ainda avançar na busca pela cobertura universal, qualificando o atendimento e conectando a APS ao restante da rede, de forma a melhorar a efetividade da política de saúde e reduzir os deslocamentos das populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos municípios rurais de Pernambuco apresentaram índices altos de cobertura da APS durante os anos analisados. Em contrapartida, as regiões onde predominam os municípios com características urbanas, como a RMR, destacaram-se pelas menores porcentagens de cobertura da assistência primária em seus territórios. Tal constatação evidencia a necessidade de ampliação das equipes primárias de saúde no estado, objetivando garantir o cuidado e promoção da saúde de maneira universal e equânime.

Esta pesquisa apresenta subsídio preliminar para um diagnóstico das políticas públicas de saúde voltadas para a população residente em municípios predominantemente rurais, nos quais os percentuais de cobertura da APS são superiores aos municípios predominantemente urbanos de Pernambuco. Nos centros urbanos do estado concentram-se os estabelecimentos de média e alta complexidade que dispõem dos serviços mais especializados. Assim, é fundamental que os gestores garantam os atendimentos adequados às condições de vida das populações dispersas ampliando os níveis de cobertura, enquanto também se torna urgente expandir as ações da APS nas cidades.

É imprescindível ampliar este debate por meio de metodologias qualitativas, capazes de verificar as condições de acesso e desenvolvimento das ações na APS dos municípios predominantemente rurais de Pernambuco. Ao considerar as especificidades de cada lugar e as características de execução da atenção à saúde nos territórios poderá ser elaborado um diagnóstico efetivo da situação de saúde de cada município, que considere os modos de vida e as reais condições de implementação dos serviços de saúde.

A identificação das dificuldades enfrentadas pela população rural pernambucana devido a distribuição territorial dos estabelecimentos da APS e o efetivo aproveitamento dos níveis de cobertura observada pode proporcionar maior agilidade e eficácia na organização das redes de atendimento à saúde. O melhoramento das políticas públicas de saúde deve ser uma preocupação constante dos gestores municipais e estaduais, garantindo o direito à vida por meio dos tratamentos em tempo e local eficaz. Portanto, a qualidade de vida da população residente em municípios rurais perpassa as condições dos serviços de saúde disponíveis, destacando-se como um fator preponderante para o desenvolvimento desse estudo e de outros que analisem os impactos da cobertura em saúde para as populações rurais.

CRÉDITOS

JRHSS elaborou a coleta de dados, a análise formal e a redação. ACVB realizou a revisão crítica e a orientação. JB desenvolveu a revisão crítica, supervisão e orientação.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, T. B., BEZERRA, M. L. (2017). Introdução. *Tipologia Regionalizada dos Espaços Rurais Brasileiros: implicações no marco jurídico e nas políticas públicas*. IICA. (Série Desenvolvimento Rural Sustentável), v. 22, 29-36

Brasil (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde.

Brasil (2021). Nota Metodológica da Cobertura da Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde. Nº 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS. Ministério da Saúde.

Faria, M., Camargo, M., Aguillar, A., & Tasca, R. (2022). Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família. Estudo Institucional nº 8, IEPS. <https://static.poder360.com.br/2022/11/estudo-IEPS-saude-brasil-28-nov-2022.pdf>

Franco, C. M., Lima, J. G., & Giovanella, L. (2021). Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 37. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>

Giovanella, L., Bousquat, A., Schenkman, S., Almeida, P. F. D., Sardinha, L. M. V., & Vieira, M. L. F. P. (2021). Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 2543-2556. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>

Guerra, R. B. (2018). Implementação de políticas públicas de saúde da atenção básica no município de Carnaubeira da Penha-Pe. Monografia, UNB.

IBGE, (2017). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IBGE (2020). Regiões de influência das cidades 2018. IBGE, Coordenação de Geografia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Lavras, C. (2011). Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20, 867-874. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>

Lima, J. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Fausto, M., & Medina, M. G. (2022). Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>

Pessoa, V. M., Almeida, M. M., & Carneiro, F. F. (2018). Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde em Debate*, 42, 302-314. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120>

Pernambuco (2011). Plano Diretor de Regionalização. Secretaria de Saúde.

Pinto, L. F., Quesada, L. A., D'Avila, O. P., Hauser, L., Gonçalves, M. R., & Harzheim, E. (2021). Primary care assesment tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 3965-3979. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.10112021>

Pires, V. M. M. M., Rodrigues, V. P., & Nascimento, M. A. A. D. (2010). Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*, 622-627.

Ribeiro, L. A., & Scatena, J. H. (2019). A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saúde e Sociedade*, 28, 95-110. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180884>

Santos, M. (2007). *O espaço do cidadão* (Vol. 8). Edusp.

SOUZA JÚNIOR, J. C. A & LUCENA, R. M. (2005). Fixação dos profissionais de saúde em municípios de Pernambuco: um problema para a municipalização. Monografia (Especialização em Saúde Pública) Departamento de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 18p.

Wanderley, M. D. N., & Favareto, A. (2013). A singularidade do rural brasileiro: implicações para as tipologias territoriais e a elaboração de políticas públicas. *Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras*. Brasília: IICA, 21, 413-472.