



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

ADRIANO MARCIO COSTA DE OLIVEIRA

A ATUALIDADE DO PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BAIROS E
LOCALIDADE COM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) NO DISTRITO
SANITÁRIO DO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO DE SALVADOR: ILHA AMARELA,
ALTO DA TEREZINHA E RIO SENA E ALTO DO CRUZEIRO

Salvador
2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

ADRIANO MARCIO COSTA DE OLIVEIRA

A ATUALIDADE DO PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BAIROS E LOCALIDADE COM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) NO DISTRITO SANITÁRIO DO SUBÚRBO FERROVIÁRIO DE SALVADOR: ILHA AMARELA, ALTO DA TEREZINHA E RIO SENA E ALTO DO CRUZEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Geografia, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Cristóvão de Cássio da Trindade de Brito

Salvador
2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cristóvão de C. da T. de Brito (Orientador, UFBA)

MSc. Rinaldo de Castilho Rossi (Externo)

MSc. Arnobson dos Santos Costa (Externo)

RESUMO

A pesquisa buscou analisar o processo de produção do espaço de atenção básica à saúde no município de Salvador, que ocorre por meio do Programa da Saúde da Família bairros localidade residenciais: Rio Sena, Alto Terezinha, Ilha Amarela e Alto Cruzeiro localizadas no Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário de Salvador. Cada Distrito Sanitário envolve determinada quantidade de bairros e localidades onde reside a população suscetível ao atendimento nos serviços de saúde municipais existentes, formados por unidades de saúde de baixa e média complexidade, como, as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Saúde da Família. Refletindo a própria cidade do Salvador, o espaço de atenção à saúde desse município encontra-se também socialmente segregado e fragmentado, quanto à distribuição espacial das unidades e serviços de saúde e sua articulação entre a prestação dos serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade à população suscetível de atendimento. Nos Distritos Sanitários localizados na periferia distante da cidade, longe da área de urbanização consolidada mais antiga, a infraestrutura urbana é precária, a maioria da população vive em condições de pobreza, com renda familiar baixa. Grande parte dessa população dispõe de pouco acesso às unidades especializadas de saúde (média e alta complexidade) porque elas praticamente inexistem nas áreas residenciais periféricas mais distantes da cidade, e utilizam diariamente as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF), geralmente em estado de manutenção precário, muitas vezes, com falta ou insuficiência de profissionais de saúde como médicos, dentistas, enfermeiros agentes comunitários de saúde, ou as unidades de saúde são pequenas e mal localizadas, o que dificulta o acesso, implicando obstáculos no processo de assistência e de prevenção à saúde. Esses obstáculos podem ser do tipo geográficos, financeiras, organizacionais e informacionais que impactam diretamente na qualidade e quantidade do atendimento à saúde para a população local, nas áreas de abrangência de cada Unidade de Saúde. Como resultado, opera-se uma desvirtuação dos princípios básicos operacionais do Sistema Único de Saúde brasileiro planejados para favorecer o atendimento da população segundo suas necessidades de saúde: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, regionalização e a participação social, implicando a reprodução das condições epidemiológicas locais que conduzem a fatores de risco de adoecimento da população.

Palavras-chave: Espaço geográfico; Distrito Sanitário; Condições epidemiológicas; Atenção básica a saúde.

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 PERGUNTA DA PESQUISA	7
1.2 OBJETIVO GERAL	7
1.2.1 Objetivos específicos	7
1.3 METODOLOGIA	8
2. DO CONCEITO DE ESPAÇO GEOGRÁFICO E SUA APLICAÇÃO, PARA A COMPREENSÃO DO POCESSO SAUDE-DOENÇA NA ANÁLISE GEOGRÁFICA ..	11
2.1 A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE CIRCUNDANTE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO	22
2.2 DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA À CRIAÇÃO DO SISTE-MA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO (SUS)	26
3. ELEMENTOS DA GESTÃO DA OFERTA DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL	29
3.1 MODELOS HISTORICOS DE OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL	29
3.2 MODELOS DE GESTÃO DA OFERTA DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: FACILIDADES OU DIFICULDASDE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO	34
3.3 PRINCÍPIOS NORTEADORES DA ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE E DO PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	39
3.4 A ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO ADMINISTRATIVA E ESPACIAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA	43
4. O ALCANCE E OS LIMITES DA INFRAESTRURA DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICIPIO DE SALVADOR	47
4.1 ELEMENTOS DA EPIDEMIOLOGIA DOS DISTRITO SANITÁRIOS DO MUNICÍPIO DE SALVADOR	54
4.2 PROBLEMAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MANTIDOS PELO MUNICÍPIO DE SALVADOR	60
4.3 A REALIDADE DO PSF NO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO DE SALVADOR: AS UNIDADES DE SAÚDE RIO SENA, ALTO DO CRUZEIRO, ALTO DA TEREZINHA E ILHA AMARELA	65
5 PROBLEMAS COTIDIANOS QUE DIFICULTAM O FUNCIONAMENTO REGULAR DO PSF NAS COMUNIDADES DE RIO SENA, ALTO DA SANTA TEREZINHA, ILHA AMARELA E ALTO DO CRUZEIRO ..	68
6. CONCLUSÃO	72
7. REFERÊNCIAS	75

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa busca explicar o processo de produção e de apropriação do espaço de atenção básica à saúde do município de Salvador, que ocorre por meio do Programa da Saúde da Família nas bairros e localidades residenciais: Rio Sena, Alto Terezinha, Ilha Amarela e Alto Cruzeiro localizados no Subúrbio Ferroviário Salvador (SFS).

O espaço de atenção à saúde do município de Salvador é formado por 12 Distritos Sanitários (DS) a saber: Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Centro Histórico, Itapagipe, Itapoã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário. Cada DS envolve determinada quantidade de bairros onde reside a população suscetível ao atendimento nos serviços de saúde municipais existentes, formados por unidades de saúde de baixa e média complexidade, como, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF). Os Postos de Saúde estão localizados nas comunidades de vizinhança, voltados à oferta de cuidados básicos às pessoas como: atenção primária, clínico geral, coleta de materiais biológicos, ginecologista, pré-natal e intermediação para parto e também tratamento da hanseníase, tratamento da tuberculose, entrega e dispensação de medicamentos, imunização (USF Rio Sena, Rio Sena, Salvador-BA)¹.

Como reflexo da própria cidade do Salvador, o espaço de atenção à saúde do município de Salvador encontra-se também socialmente segregado e fragmentado, quanto à distribuição espacial das unidades e serviços de saúde e sua articulação entre a prestação dos serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade à população suscetível de atendimento. Em relação a distribuição espacial das unidades e serviços de saúde segundo o nível de complexidade do atendimento médico, o destaque dessa realidade na localização dessas unidades e serviços de saúde distribuídos pelo município de Salvador é exemplificado nas unidades de saúde especializada de média e alta complexidade, com destaque para os DS mais bem equipados e geograficamente melhor localizados, a exemplo do Barra/Rio Vermelho e do Centro Histórico, onde reside uma população com renda mais elevada, logo, menos necessitada de assistência à saúde prestada pelo município Salvador.

Esses DSs possuem unidades de saúde municipal, estadual, federal, privadas e filantrópicas, clínicas médicas particulares etc. Por outro lado, nos DS localizados em áreas periféricas da cidade, como o Subúrbio Ferroviário e São Caetano/Valéria, onde reside grande

¹ USF Rio Sena, Rio Sena, Salvador-BA. Disponível em: <<https://ubs.med.br/usf-rio-sena-2821036/>>. Acesso em 17 jul. 2024.

parte da população empobrecida com nível de renda baixa. Em sua maioria essa população dispõe de pouco acesso às unidades especializadas de saúde (média e alta complexidade), e utilizam diariamente as UBSs e as USFs, geralmente em estado de manutenção precário, muitas vezes, com falta ou insuficiência de profissionais de saúde como médicos, dentistas, enfermeiros agentes comunitários de saúde, ou as unidades de saúde são pequenas e mal localizadas, o que dificulta o acesso, implicando em obstáculos ao processo de assistência e de prevenção à saúde. Esses obstáculos podem ser natureza geográfica, financeira, organizacional e informacional que impactam diretamente na qualidade e quantidade do atendimento à saúde para a população local, nas áreas de abrangências de cada Unidade de Saúde.

Diante disso é comum as pessoas pobres residentes nas várias localidades da cidade do Salvador, nas áreas de jurisdição dos DSs, que não conseguem ter acesso a algum tipo de serviço de saúde próximo ao seu local de residência, a fim de poder atender as suas necessidades de saúde momentâneas, resta para elas investir o pouco dinheiro que consegue economizar ao longo do tempo, com o deslocamento para outras áreas da cidade do Salvador que são melhor servidas de infraestrutura pública de saúde disponível para o atendimento médico; também pode ficar sem o atendimento médico caso não disponha de recursos para se deslocar até o Posto de Saúde; ou, pode ainda, juntar as economias para pagar exames e até consultas médicas em clínicas particulares na própria localidade onde reside.

O Programa da Saúde da Família ou a Estratégia da Saúde da Família (PSF)² instalado nas comunidades de Rio Sena, Ilha Amarela, Alto da Terezinha e Alto do Cruzeiro, localizados no DS Subúrbio Ferroviário vêm funcionando de maneira precária desde 2012, com quantidade insuficiente de profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde e técnicos, entre outros problemas envolvendo a própria localização da unidade de saúde e a falta de investimentos para conectar o serviço de saúde e as comunidades.

Diante dessa realidade coloca-se o questionamento sobre a capacidade do município de Salvador em cumprir efetivamente o que determinam as Leis Orgânicas de Saúde Federais 8.080/90 e 8.142/90³ e as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Assistência Social

² Estratégia da Saúde da Família (PSF) tem por função a organização a atenção básica no País, segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar resolutividade e de impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de proporcionar uma importante relação custo-efetividade.

³ A Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da

(NOB-SUAS) 91, 92 e 93; no que refere à oferta de assistência à saúde voltada para prevenção e controle de doenças e agravos à saúde da população nas mais variadas escalas geográficas; que priorize investimentos na Unidade Básica de Saúde (UBS) e na Unidade da Saúde da Família (USF), em vez de investir em assistência à saúde voltada para as unidades de saúde de média e alta complexidade, as quais são destinadas ao diagnóstico e tratamento de casos mais graves de agravos à saúde, o que resulta por encarecer o tratamento de saúde da população para todas as escalas de governo: federal, estadual, distrito federal e municipal.

1.1 PERGUNTA DA PESQUISA

Em que medida o Programa da Saúde da Família (PSF) do município de Salvador em execução nas unidades de saúde nos bairros de: Rio Sena, Alto da Terezinha, Ilha Amarela e na localidade do Alto do Cruzeiro tem contribuído para facilitação do acesso ao serviço de saúde e da prevenção de doenças nas pessoas moradoras desses bairros e dessa localidade?

1.2 OBJETIVO GERAL

Objetivo geral a pesquisa buscou explicar em que condições o PSF implementado nos bairros: Rio Sena, Alto da Terezinha, Ilha Amarela e localidade Alto do Cruzeiro e no DS Subúrbio Ferroviário de Salvador tem atendido a necessidade de saúde das famílias residentes nas áreas de jurisdição sob a influência de cada unidade de saúde onde estão localizadas.

1.2.1 Objetivos específicos

- a) Identificar e analisar os principais problemas atinentes à saúde da população e os principais obstáculos que interferem no atendimento da atenção básica à saúde da população nos bairros de : Rio Sena, Alto da Terezinha, e Ilha Amarela e na localidade do Alto do Cruzeiro.
- b) Verificar a quantidade e a função dos profissionais de saúde (Equipes de Saúde da Família) recomendada para atender diariamente nas respectivas Unidades de saúde da Família.
- c) Verificar a acessibilidade da localização das unidades de saúde onde estão instaladas.

saúde e dá outras providências. A lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde, tem como finalidade regular as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e da organização e funcionamento dos serviços de saúde ligados ao SUS. Foi instituída em 19 de setembro de 1990 para criar o SUS, voltado o atendimento de saúde da população brasileira, ações da vigilância epidemiológica, sanitária, da saúde do trabalhador e assistência terapêutica.

1.3 METODOLOGIA

O estudo foi elaborado com a pesquisa bibliográfica pertinente ao tema; pesquisa documental em meio impresso e em sites oficiais; e análise de reportagens publicadas em meio impresso ou online em sites especializados e jornais de ampla circulação na cidade do Salvador. Os dados estatísticos foram obtidos nos sites oficiais (municipais, estaduais e federais). Quanto à parte empírica, a pesquisa foi realizada por meio de observação direta, não estruturada e não participante, contudo, com interações incidentais com pessoas usuárias dos serviços de saúde, moradores das localidades adjacentes aos postos de saúde; diálogos com pessoas líderes comunitários locais, atendentes dos serviços de saúde municipais nas USFs, além da própria experiência do próprio autor da pesquisa, como usuário dos serviços de saúde do PSF no onde reside - Ilha Amarela, além de ser ex-liderança comunitária na comunidade Rio Sena e por ter realizado um projeto de extensão acadêmica no Programa Permanecer da UFBA em 2009, em parceria com profissionais das Equipes de saúde da Família nas comunidades de Rio Sena, Ilha Amarela, Alto da Santa Terezinha, quando foram realizadas atividades de cunho educativo voltadas para prevenção de doenças evitáveis nessas comunidades.

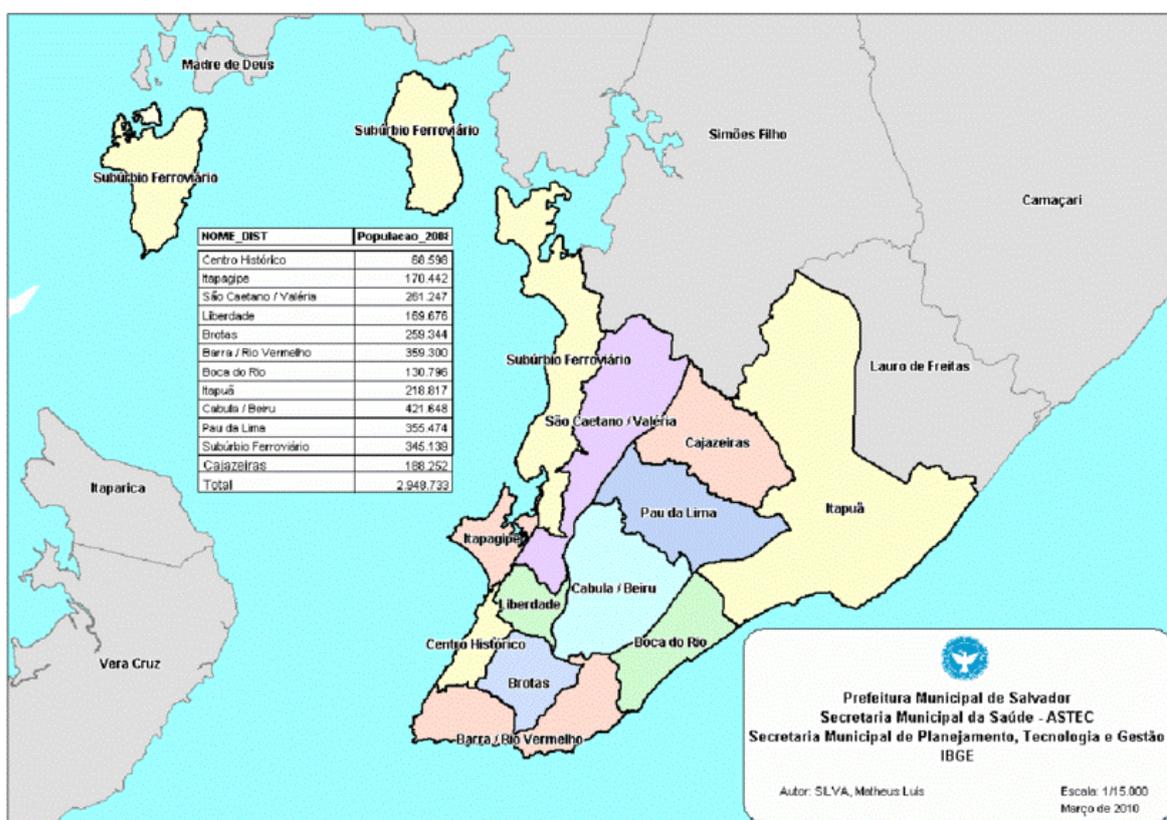
A pesquisa teve como escopo a análise da relação entre o espaço geográfico e a política de atenção à saúde do município de Salvador, PSF, nos Bairros de vizinhos e localidade e em suas respectivas Unidades da Saúde da Família (USFs): Rio Sena, Alto da Santa Terezinha, Ilha Amarela e Alto do Cruzeiro, no Subúrbio Ferroviário de Salvador, considerando as áreas de abrangência cobertas por esse serviço de saúde e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cuja função é de realizar a articulação entre o serviço de saúde local e a sua respectiva comunidade a fim de construção de uma prática de saúde preventiva mediante a visitas domiciliares com a manutenção do prontuário médico dos membros das famílias atualizados em suas microáreas (recorte espacial contíguo próximo a residência do agente comunitário de saúde no bairro ou na localidade onde ele reside e as famílias assistidas pelo respectivo agente comunitário de saúde) em torno das Unidade de Saúde da Família (USFs); buscou também identificar e definir as barreiras (geográficas, financeiras, organizacionais e informacionais) no acesso da população aos serviços de saúde e na prevenção de doenças no município de Salvador.

Com isso, buscou-se explicar em que medida o PSF tem contribuído para melhorar o

acesso e prevenção à consolidação de uma assistência à saúde pública preventiva, em vez de curativa por meio das USFs pesquisadas.

A figura 1 identifica os limites de abrangência espacial de cada DS no município de Salvador

Figura 1- Distribuição da população segundo os Distritos Sanitários de Salvador-BA, 2023



Fonte: Google imagem, 2023.

O texto se encontra dividido em cinco capítulos cada um traz item de discussão dentro de suas respectivas abordagens no que se refere a questão teórica conceitual e prática referente ao desenvolvimento da pesquisa nos bairros e em uma localidade do Subúrbio Ferroviário de Saúde pertencente a jurisdição da assistência à saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador.

2. DO CONCEITO DE ESPAÇO GEOGRÁFICO E SUA APLICAÇÃO, PARA A COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA ANÁLISE GEOGRÁFICA

Para entender o que é o espaço geográfico torna-se necessário partir do princípio que a própria superfície do planeta Terra não faz dela o espaço geográfico. Este só passa existir quando os seres humanos, já dotados de cultura, portanto, realizadores de trabalho passaram a interagir com a natureza de maneira intencional ao longo do tempo e, por meio do aprofundamento da divisão social, técnica e territorial do trabalho passaram a produzir as condições necessárias para a sobrevivência dos grupos humanos e, dessa maneira, também criavam as condições para a sua reprodução futura.

É nessa perspectiva que passamos a discutir o espaço geográfico de maneira relacional, com base nas relações sociais e de produção e suas contradições, a partir de autores como Lefebvre (2006), Santos (1985; 2006), Smith, (1988), Harvey, 1992, dentre outros. Assim, Lefebvre (2006) defende a compreensão do espaço geográfico como produto e condição para produzir as relações sociais e de produção, uma vez que o próprio espaço geográfico é o suporte da materialidade das condições de existência não só da sociedade humana, também de tudo que demanda a ocupação de parcelas do espaço geográfico. Para esse autor, o espaço geográfico é a um só tempo conteúdo e continente, resulta sempre das relações sociais e de produção, e é condição para a reprodução futura. Assim escreve o autor:

[...] A concepção do espaço como produto social não avançava sem dificuldades. Dito de outra maneira, sem uma problemática em parte nova e imprevista. O conceito de espaço exigia um aprofundamento das noções de produção, de produto, de suas relações. Como dizia Hegel, um conceito só aparece quando designa, anuncia, aproxima-se de seu fim e de sua transformação. Dessa maneira o espaço não pode ser mais concebido como passivo, vazio ou então, como os “produtos”, não tendo outro sentido senão o de ser trocado, o de ser consumido, o de desaparecer. Enquanto produto, por interação ou retroação, o espaço intervém na própria produção: organização do trabalho produtivo, transportes, fluxos de matérias-primas e de energias, redes de repartição de produtos. À sua maneira produtiva e produtor, espaço (mal ou bem organizado) entra nas relações de produção e nas forças produtivas. Seu conceito não pode, portanto, ser isolado e permanecer estático. Pois ele dialetiza: produto-produtor, suporte de relações econômicas e sociais (LEFEBVRE, 2006, p. 7).

Dessa maneira Lefebvre (2006) procura demonstrar que o espaço é “produto” das relações sociais, logo, ele é dinâmico e repercute a própria sociedade e suas contradições. Subentende-se que o espaço geográfico aqui é entendido como condicionante e resultado da reprodução da própria sociedade como totalidade em seu processo histórico de realização.

Neste sentido Lefebvre (2006) argumenta que o conceito de espaço;

[...] reúne o mental e o cultural, o social e o histórico. Reconstituindo um processo complexo: de descobertas (de espaços novos, continentes ou o cosmo) - produção (da organização espacial própria a cada sociedade) - criação (de obras: a paisagem, a cidade como a monumentalidade e o décor). Isso evolutivamente, geneticamente (com uma gênese), mas segundo uma lógica: a forma geral da simultaneidade; pois todo dispositivo espacial repousa sobre a justaposição na inteligência e na junção material de elementos dos quais se produz a simultaneidade (LEFEBVRE, 2006, p. 6).

Dessa maneira o espaço deve ser entendido como um produto da sociedade em dado momento histórico, criado e desenvolvido com intencionalidade para uma produção futura daquilo que lhe dá dinâmica – a sociedade humana e tudo que a rodeia. Ou seja, como diz Lefebvre (2006):

Quando o espaço social deixa de se confundir com o espaço mental (definido pelos filósofos e pelos matemáticos), com o espaço físico (definido pelo prático-sensível e pela percepção da “natureza”), ele revela sua especificidade. Será preciso mostrar que esse espaço social não consiste numa coleção de coisas, numa soma de fatos (sensíveis), nem tão-somente num vazio preenchido, como uma embalagem, de matérias diversas, que ele não se reduz a uma “forma” imposta aos fenômenos, às coisas, a materialidade física (LEFEBVRE, 2006, p. 31-32).

Logo, o espaço não pode ser entendido de maneira fragmentada ou desconectada da realidade que o produziu, ou seja, a própria sociedade, que o faz e refaz sem cessar, todos os dias.

O espaço geográfico como uma instância da sociedade, como defende Lefebvre (2006) também é produto de planos de um grupo social e ou de governos. Porque o espaço geográfico pode ser produzido tendo em vista uma idealização ou projeção de alguém ou uma organização que pretende e busca se antecipar a uma dada ação futura. Logo, parcelas do espaço geográfico podem receber objetos reais ou representar ideias para distintos grupos sociais. Neste sentido o autor explica que

[...] “Quanto às representações de relações de produção, que envolvem relações de potência, elas também se efetuam no espaço, e o espaço contém as representações nos edifícios, nos monumentos, nas obras de arte. As relações frontais, por conseguinte, geralmente brutais, não impedem completamente os aspectos clandestinos e subterrâneos; não há poder sem cúmplices e sem polícia”. Quanto a isso as representações do espaço, ligadas às relações de produção, à “ordem” que elas impõem e, desse modo, ligadas aos conhecimentos, aos signos, aos códigos, às relações “frontais”. Os espaços de representação, apresentam (com ou sem código) simbolismo complexo, ligados ao lado clandestino e subterrâneo da vida social, mas também á arte, que eventualmente poder-se-ia não como código dos espaços de representação. Na verdade, o espaço social ‘incorpora’ atos sociais, os sujeitos ao mesmo tempo coletivo e individuais, que nascem e morrem, padecem e agem. Para eles, seu espaço se comporta, ao mesmo tempo, vital e mortalmente; eles aí se desenvolvem, se dizem e encontram os interditos; depois caem e seu espaço contém sua queda. Para e diante do conhecimento, o espaço social funciona - com seu conceito como analisador da sociedade. Um esquema simplista se afasta imediatamente, o de uma correspondência termo a termo (pontual) entre os atos e os lugares sociais, entre

as funções e as formas espaciais. Esse esquema “estrutural”, porque grosseiro, não terminou de assombrar as consciências e o saber (LEFEBVRE, 2006, p. 36).

Pensar, idealizar e imaginar o espaço é buscar não só compreendê-lo, mas definir como e quando se deve agir sobre uma parcela do espaço para prover a realização da própria vida.

Ainda para Lefebvre (2006), o espaço não é só a percepção, não é só a concepção e muito menos só a vivência. A partir desse entendimento o espaço é visto como produto da interação dinâmica e contraditória entre os três planos espaciais (concepção, percepção e vivência), uma só dimensão do espaço isolada não resulta no espaço, cada uma das dimensões é o reflexo e a condição de existência da outra. Portanto maneira objetiva pode-se dizer que o espaço é o “produto” de relações sociais resultantes de suas três dimensões que se tornam apreensíveis através das suas categorias de análise consideradas em seu conjunto, que segundo Lefebvre (2006) são três: forma, função e estrutura. A forma seria o arranjo espacial, o aspecto material ou simplesmente as unidades físicas organizadas na lógica dos objetos, em sua perspectiva formal, sem considerar outras dimensões, as ausências, as contradições, por exemplo. Mas a forma requer o seu conteúdo, também datado, o que implica entender a forma para além do formal e articulá-la ao seu conteúdo. A função representa as atribuições ou as especializações que se esperam ser desempenhadas por uma determinada forma em momento específico. A estrutura corresponde à organização social que ocorre por meio de relações políticas, econômicas, sociais e culturais em um processo dialético envolvendo as outras duas categoriais de análise. Além das três categorias de análise já citadas, Santos (1985) inclui uma quarta, e não menos importante, o “processo”, que constitui a dinâmica temporal ou ação contínua no tempo, na produção da totalidade ou do espaço.

Dessa maneira o espaço geográfico resulta historicamente da produção social, particular de cada sociedade perante sua formação socioespacial (SANTOS, 1978), o qual é atravessado pelas universalidades de cada modo de produção, de maneira a garantir a reprodução da própria sociedade e do modo de produção hegemônico. Dessa maneira a produção do espaço teria o momento da produção material ou social, da produção mental ou de conhecimento e da produção de significados ou na construção da representação da realidade vida através da qual as pessoas serão condicionadas ao processo de apreensão e apropriação da realidade vigente, como destaca Schmid (2012):

Quando aplicada à produção do espaço, esta abordagem fenomenológica conduz às seguintes conclusões: um espaço social inclui não somente a materialidade em si concreta, mas um conceito pensado e sentido — uma “experiência”. A materialidade em si mesma ou prática material de per si não possui existência quando vista a partir

de uma perspectiva social sem o pensamento que os expressa e representa e sem o elemento da experiência vivida, os sentimentos que são investidos nesta materialidade. O pensamento puro é pura ficção; ele vem do mundo, do ser, do ser material assim como de sua experiência vivida. A “experiência” pura é, em última análise, puro misticismo: ela não possui uma existência real (social) sem a materialidade do corpo na qual está baseada e sem o pensamento que a estrutura e expressa. Estas três dimensões da produção constituem uma unidade dialética contraditória. É uma tripla determinação: o espaço emerge somente da interação de todas as três. O núcleo da teoria da produção do espaço identifica três momentos da produção: primeiro, a produção material; e, segundo, a produção de conhecimento; e, terceiro, a produção de significados. Isso torna claro que o foco da teoria de Lefebvre não é o “espaço em si mesmo”, nem mesmo o ordenamento dos objetos e artefatos (materiais) “no espaço”. O espaço é para ser entendido em um sentido ativo como uma intrincada rede de relações que é produzida e reproduzida continuamente. O objeto da análise é, conseqüentemente, o processo ativo de produção que acontece no tempo (SCHMID, 2012. p.15-16)

Neste sentido também, Lefebvre (2006), compreende o espaço geográfico em suas dimensões absoluta, abstrata e diferencial e também aqui, sua apreensão e entendimento se opera tomando simultaneamente estas três dimensões. Assim, o espaço absoluto seria o espaço muito próximo da natureza diretamente associado ao ambiente natural, logo nos primórdios da sociedade humana e sua expansão pela Terra:

O espaço absoluto consiste em fragmentos da natureza, em lugares eludidos por suas qualidades intrínsecas (cavernas ou cume, fonte ou rio), mas dos quais a consagração termina por esvaziá-los dessas características e particularidades naturais. O espaço absoluto, religioso e político, produzido por comunidades de sangue, de [pertencimento], de língua, procede ao espaço relativizado, histórico, suporte de espaço de representação (simbolismos, religiosos, mágicos, poéticos) (LEFEBVRE, 2006, p. 47).

Enquanto o espaço abstrato seria fruto do processo de produção capitalista cuja finalidade seria de controle e de dominação. O espaço abstrato seria uma redução da realidade produzido a partir de interesses econômicos ou capitalista, seria o espaço de dominação dos sujeitos que possuem as condições para tal empreendimento: governos, empresas, religiões, grupos sociais ou indivíduos, que buscam a padronização dos comportamentos dos indivíduos e classes sociais. O contraponto do espaço abstrato seria o espaço de apropriação ou diferencial, espaço da espontaneidade dos sujeitos que buscam munir-se de certas estratégias para ter acesso a certos bens e serviços, que normalmente não teriam condição de ter, caso não usassem esse recurso. Portanto, o espaço de apropriação seria o espaço não-formal, cujas pessoas que se encontram às margens do espaço abstrato o utilizariam na busca pela satisfação de suas necessidades práticas e cotidianas, ou seja, a vivência diária ou a vida prática de pessoas reais. Assim, se constitui em as três dimensões do espaço. Assim, Lefebvre (2006) escreve;

Numa perspectiva menos pessimista, pode-se mostrar que o espaço abstrato contém contradições, oriundas do tempo histórico, modificando-as: ora atenuando-as. Entre essas antigas contradições nascem novas, que eventualmente conduzem o espaço abstrato em direção a seu fim. No seio desse espaço, a reprodução das relações sociais de produção não se consuma sem um duplo movimento: dissolução de relações, nascimento de novas relações. De modo que o espaço abstrato, em que pese sua negatividade (ou melhor, em razão dessa negatividade), engendra um novo espaço, que terá o nome de espaço diferencial. Por que? Porque o espaço abstrato tende para a homogeneidade, porque ele reduz as diferenças (particularidades) existentes, e porque o espaço novo só pode nascer (ser produzido) acentuando as diferenças. Ele reunirá o que o espaço abstrato separa: as funções, os elementos e momentos da prática social. Ele acabará com as localizações que rompem a unidade do corpo (individual e social), do corpo de necessidades, do corpo do conhecimento. Ao contrário, ele discernirá o que o espaço abstrato tende a confundir, entre outras, a reprodução social com a genitalidade, o gozo com a fecundidade biológica, as relações sociais com as relações familiares (enquanto uma diferenciação cada vez mais indispensáveis os discerne, e que o espaço do gozo, se ele produz, não terá nada em comum com os espaços funcionais, sobretudo com o espaço da genitalidade: as células familiares e sua disposição em caixas superpostas, os “imóveis modernos”, as torres, os “conjuntos urbanos” etc.) (LEFEBVRE, 2006, p. 50).

Assim, dentro da realidade de se pensar o espaço como um produto de relações sociais de produção que além de se buscar a compreensão dele através da concepção de espaço absoluto, abstrato e diferencial, a compreensão da produção do espaço também se dá através das três dimensões ou dos três momentos de produção do espaço (espaço concebido, espaço percebido e espaço vivido) e por meio do processo de interação entre eles.

O espaço concebido ou a representação do espaço, como uma imagem ou idealização do espaço, tem a possibilidade de sucesso condicionada a quão próxima for da realidade espacial concreta, base de sua produção. Tendo em vista que toda imagem é o reflexo congelado de alguma coisa; então, se a imagem projetada estiver distante da realidade que lhe deu origem, ela poderá não cumprir o propósito pretendido. Pois, ela não se encaixará na realidade que ela pretende representar, para a orientação de ações sobre o meio. Uma imagem ou simulação de uma dada realidade serve para ajudar na intervenção e até mesmo na definição de ações concretas no mundo real. Um exemplo disso é o planejamento, que constitui uma simulação programada da realidade, cuja finalidade é a orientação de intervenções ou ações concretas visando os interesses dos agentes sociais hegemônicos. Assim explica Lefebvre (2006):

As representações do espaço têm um alcance prático, que elas se inserem, modificando-as, nas texturas espaciais, emprestadas de conhecimentos e de ideologias eficazes. As representações do espaço teriam assim um alcance considerável e uma influência específica na produção do espaço. Como? Pela construção, ou seja, pela arquitetura, concebido não como a edificação de tal “imóvel” isolado, palácio, monumento, mas como um projeto inserido num contexto espacial e numa textura, o que exige “representações” que não se perdem no simbólico ou no imaginário (LEFEBVRE, 2006, p. 42).

Desta maneira Lefebvre (2006) reforça o papel importante da imagem na produção do espaço. Pois a representação do espaço ou a imagem é crucial para a realização de todo o processo de produção e construção de realidades sociais em porções do espaço geográfico ao longo da história humana, nos distintos modos de produção subjacentes. Assim, o espaço percebido seria formado, então, por todo o conjunto de elementos materiais e simbólicos que seria responsável pelo acolhimento dos fluxos diários de pessoas e veículos que fariam uso da estrutura material projetada nas formas espaciais ou objetos materiais para o atendimento de suas necessidades cotidianas.

O espaço percebido teria a função de padronização e de regularização dos fluxos sociais diários e uma tentativa para disciplinar o comportamento social das pessoas para que as mesmas possam agir segundo um dado comando no cotidiano ou seu espaço de vivência ou em sua rotina diária; embora isso quase sempre não seja possível de maneira ríspida como alguém possa imaginar. Pois a realidade vivida é muito mais dinâmica, rica e imprevisível além do que de um agente planejador possa imaginar, por mais atento que ele seja, pois a realidade é muito fluida. Dessa maneira o espaço percebido é também visto como mecanismo de controle, vez que esta dimensão do espaço trata, quase sempre de uma imposição a todos os demais sujeitos pelo indivíduo ou grupo mais importante que dispõe das condições e de meios (materiais, institucionais e jurídicos) para fazer com que a sua vontade esteja sobreposta aos demais. É claro que nem sempre as coisas podem ser colocadas nesses termos, porque tudo deve buscar girar em torno de uma ordem que dê sentido à prática social. Assim, o espaço concebido está voltado para o disciplinamento do fluxo ou das relações sociais que se desenvolvem nele com determinada intenção.

O espaço vivido é definido como espaço da experiência de pessoas que interagem entre si criando, assim, seu próprio espaço de vivência cotidiana. O espaço vivido também entendido por espaço de representação ou realidade prática, é o espaço onde a vida acontece, onde a apropriação simbólica e sentimental entre pessoas que estão em constante contato entre si voltadas para um fim ou uma dada finalidade é a expressão de uma certa cotidianidade em um dado local e tempo. É nesta realidade onde ocorre a materialização das ações que envolvem todos os sujeitos sociais. Dessa maneira o espaço vivido é fruto de realizações cotidianas de pessoas em busca da satisfação de suas necessidades.

Portanto, o espaço segundo Lefebvre (2006) é o processo de produção das relações sociais de produção que se relaciona entre si de maneira dinâmica, imbricada e contraditória no tempo através de três dimensões espaciais, específico de cada modo de produção ou sociedade,

e somente através dele é que se pode entender a sociedade: o espaço concebido, o espaço percebido e o espaço vivido. O espaço concebido é uma representação ou simulação de uma realidade programada pelos técnicos, planejadores, urbanistas, cientistas e por todos aqueles que pretendem a manipulação, controle e domínio de um grupo social e de seu cotidiano, isto é, racionalizar o espaço de maneira que possibilite o controle social sobre o espaço. O espaço percebido é a materialidade produzida por um grupo social hegemônico a partir da implantação de uma estrutura física que tem por finalidade o controle do tempo de fluxo das práticas diárias de pessoas ou da disciplina da rotina diária; isto é feito por meio da distância dos percursos diários realizados por pessoas em busca de um dado serviço ou o arranjo espacial formado pelo conjunto de unidades físicas destinadas ao um dado fim. O espaço vivido é o espaço de representação do cotidiano dos próprios indivíduos, espaço de vivência, muito mais rico, dinâmico e mais diversificados do que imaginam os planejadores ou a rotina diária tanto de um grupo de pessoas como de um certo lugar, onde reside a possibilidade de mudança através de acumulação de contradições.

Assim, ao abordar o espaço de atenção à saúde do município de Salvador a luz da teoria da produção do espaço é reconhecer que ele é um produto de um processo de produção social que ocorre através de suas três dimensões (concebido, percebido e vivido) de maneira dinâmica, imbricada e contraditória dentro da lógica dialética. Dessa maneira o espaço da atenção à saúde do município de Salvador é constituído pela concepção (o planejamento da secretaria municipal da saúde), pela percepção (o arranjo espacial formado pelas unidades de saúde de diferentes graus de complexidade de tratamento) e a vivência (o cotidiano ou a rotina diária tanto dos usuários dos serviços como dos servidores da saúde na unidade de saúde). É válido deixar aqui que essas três dimensões do espaço na prática não se separam, elas estão imbricadas e, além disso, a realidade que percebemos diariamente no cotidiano de qualquer unidade de saúde em Salvador resulta de um processo dinâmico, imbricado e contraditório das três dimensões do espaço entre si.

Nesse sentido, Santos (2006) seguindo um caminho epistemológico e metodológico que para a explicação do espaço geográfico baseado na razão dialética, afirma que o espaço corresponde a um conjunto indissociável de sistema de objetos e sistema de ações que implicam processos de fazer e refazer histórico da sociedade. Assim o espaço resulta de relações dialéticas dos agentes sociais com interesses distintos produzindo configurações socioespaciais particulares articuladas à totalidade universal. Santos (2006) destaca que o:

O espaço é formado por 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. No começo era a natureza selvagem, formada por objetos naturais, que ao longo da história vão sendo substituídos por objetos fabricados, objetos técnicos, mecanizados e, depois, cibernéticos, fazendo com que a natureza artificial tenda a funcionar como uma máquina. Através da presença desses objetos técnicos: hidroelétricas, fábricas, fazendas modernas, portos, estradas de rodagem, estradas de ferro, cidades, o espaço é marcado por esses acréscimos, que lhe dão um conteúdo extremamente técnico. Sistemas de objetos e sistemas de ações interagem. De um lado, os sistemas de objetos condicionam a forma como se dão as ações e, de outro lado, o sistema de ações leva à criação de objetos novos ou se realiza sobre objetos preexistentes. É assim que o espaço encontra a sua dinâmica e se transforma (SANTOS, 2006, p. 39).

Segundo Santos (2006) o espaço não é só ação nem somente objetos, mas sim, produto dialético das relações entre as ações sociais carregadas de intencionalidades e os objetos produzidos por essa sociedade. Sendo que os objetos são os fixos e ações são as relações sociais que se dão através dos objetos ou do arranjo espacial formado pela conexão do conjunto de objetos. Dessa maneira, estabelecendo uma relação de concordância com ambos os autores citados anteriormente Harvey (1992) entende que

Nas práticas espaciais e temporais de toda sociedade são abundantes as sutilezas e complexidades. Como elas estão estreitamente implicadas em processos de reprodução e de transformação das relações sociais, é preciso encontrar alguma maneira de descrevê-las e de fazer uma generalização sobre o seu uso. A história da mudança social é parte apreendida pela história das concepções de espaço e de tempo, bem como dos usos ideológicos que podem ser dados a essas concepções. Além disso, todo projeto de transformação da sociedade deve apreender a complexa estrutura da transformação das concepções e práticas espaciais e temporais (HARVEY, 1992, p. 201).

Assim, a concepção de espaço geográfico dos três autores citados até aqui são fundamentais para compreensão das ações da Prefeitura Municipal de Salvador (PMS), no planejamento e nas ações da atenção básica à saúde da população no município de Salvador e suas implicações espaciais; portanto, nas demandas diretas da população-alvo sob a jurisdição dos respectivos postos de saúde localizados no Subúrbio Ferroviário de Salvador, em: Alto da Terezinha, Ilha Amarela, Rio Sena e Alto do Cruzeiro. Além disso, devemos considerar outros conceitos e categorias espaciais para subsidiar a análise do objeto de pesquisa. Para tanto, buscaremos o apoio em Santos (2006) com seu entendimento sobre o conceito de espaço geográfico considerando os sistemas de objetos e sistemas de ações. Assim, Santos (2006) elege estas categorias espaciais para compreender como os interesses e contradições dos agentes sociais e suas ações são projetados em parcelas do espaço geográfico, de maneira seletiva, com objetos articulados às demandas dos distintos agentes sociais.

Para contribuir na discussão do processo de produção do espaço vinculado ao espaço de

atenção básica à saúde produzido pela Secretaria de Municipal de Saúde, de Salvador, nos Bairros: Alto da Terezinha, Ilha Amarela, Rio Sena e na localidade do Alto do Cruzeiro, recorre-se à ideia de “espaços luminosos e espaços opacos”; “horizontalidades e verticalidades” mediadas pelas redes geográficas (SANTOS, 2006). Segundo Santos (2006) as verticalidades são definidas pela ideia de associação com relação à distância, entre pontos descontínuos no espaço a partir de comandos e de ações globais geridos pelos agentes hegemônicos do capital, cujas decisões repercutem em escalas locais. Assim, as verticalidades são determinadas pelas redes de relações e comunicação que predominam na relação de tempo rápido e global, comandado pelos interesses das grandes firmas, das grandes organizações com capacidade de transmissão de suas ideias, decisões e desejos para o mundo inteiro. Os agentes sociais hegemônicos conseguem realizar essas façanhas através dos meios de telecomunicações e de transportes cada vez mais avançados. As ordens são emanadas pelos agentes hegemônicos do capital que influenciam as decisões, sociais, econômicas, culturais e políticas nas distintas parcelas do espaço geográfico sob seus interesses por meio das várias redes geográficas que recobrem parcelas de espaços descontínuos desde a sede das empresas e dos palácios dos governos e tribunais, uma vez que ambos possuem interesses convergentes no sistema capitalista.

O contraponto às verticalidades são as horizontalidades que se baseiam na contiguidade ou na proximidade das localidades, na relação de vizinhança entre inúmeras racionalidades existentes, produto da relação entre a verticalidade e a horizontalidade, ligado às escalas locais. Assim a horizontalidade está ligada ao domínio das forças locais, da proximidade da população e dos fatores que definem uma dada localidade; assim como as lutas e resistência na escala local que ocorrem na busca por parte das pessoas para realização e preservação de suas conquistas sociais. A relação entre as verticalidades e as horizontalidades pode incluir tanto a questão relacionada ao mercado em suas várias escalas de atuação que ocorrem através do controle de empresas multinacionais e também organizações com capacidade de agir nas escalas locais, regionais, nacionais e mundiais por meio de processo de radiação, como exemplos disso se encontra a Organização das Nações das Unidas (ONU), a Organização Mundial de Saúde (OMS), ambas atuantes na maior parte do mundo.

Trazendo a ideia das verticalidades para a escala do Brasil aplicada à atenção básica à saúde, ela envolve as relações entre o Ministério da Saúde e os Governos estaduais e municipais quanto a assistência à saúde de baixa, média e alta complexidade, e que tem implicações no Programa de Saúde da Família nos bairros de Rio Sena, Alto da Terezinha, Ilha Amarela e na

localidade do Alto do Cruzeiro. Ao lado disso, as unidades de saúde localizadas nessas comunidades estariam operando sob a lógica das horizontalidades tocadas por relações de proximidade entre as pessoas que trabalham nas unidades de saúde dos bairros populares e as pessoas que se servem dos serviços prestados nessas unidades de saúde.

Com relação a isso é que Smith (1988) explica que o capitalismo se desenvolve ou se reproduz de maneira desigual e combinado no espaço através do processo dialético de diferenciação e igualização desenvolvido nas diversas escalas geográficas, da escala global até a local. A diferenciação na configuração do espaço é resultante da lógica capitalista que se dá por meio das relações de produção e das classes sociais. Assim, fica evidente para o autor o papel primordial que o capitalismo tem na diferenciação espacial das localidades no seu processo de desenvolvimento desigual. Em outras palavras, o autor destaca que o capitalismo age de maneira seletiva no espaço, diferenciando porções do espaço geográfico para se reproduzir segundo os interesses capitalistas, como destaca Smith (1992),

O desenvolvimento desigual é tanto o produto quanto a premissa geográfica do desenvolvimento capitalista. Como produto, o padrão é altamente visível na paisagem do capitalismo, tal como a diferença entre espaços desenvolvidos e os subdesenvolvidos em diferentes escalas: o mundo desenvolvido e o subdesenvolvido, as regiões desenvolvidas e as regiões em declínio, os subúrbios e o centro da cidade. Como premissa da expansão capitalista, o desenvolvimento desigual pode ser compreendido somente por meio de análise teórica da produção capitalista da natureza e do espaço. O desenvolvimento desigual é a desigualdade social estampada na paisagem geográfica e é simultaneamente a exploração daquela desigualdade geográfica para certos fins sociais determinados (SMITH, 1992, p. 221).

Assim, a cidade do Salvador segue os princípios da organização espacial capitalista, a qual as diferenças das classes sociais marcam as condições distintas de acesso da população aos bens e serviços sociais segundo a renda das famílias como escreve Nascimento (2004):

A desigualdade constitui uma característica própria do espaço urbano capitalista e se reflete no acesso aos bens e serviços produzidos socialmente. A dinâmica de apropriação desses recursos resulta numa divisão social do espaço — a segregação urbana. Os indivíduos que detêm maior renda ocupam espaço com melhores construções, conforto e infraestrutura. Ao contrário, aqueles que dispõem de uma renda insuficiente acabam morando nos lugares insalubres, alagados, íngremes, onde se concentram habitações sem conforto e sem infraestrutura. Baixos rendimentos e condições de vida inadequadas associados são fatores imediatamente associados as ideias de pobreza, exclusão e segregação. Segregação, num sentido mais geral é o resultado forçado e institucionalizado de uma discriminação, ou seja, de um tratamento desigual de grupos, quaisquer que sejam os motivos. O espaço urbano vai sendo dominado, através da segregação, pela elite, que não só produz suas residências, seus locais de trabalho e de lazer nas áreas mais agradáveis, melhor servidas de infraestrutura e outros benefícios coletivos, mas também atua sobre toda a estrutura urbana segundo seus interesses. As diferenças na cidade espelham as crises das instituições, da gestão e administração urbana. A cidade, totalmente fragmentada, não oferece condições de vida verdadeiramente humanas a seus cidadãos

(NASCIMENTO, 2004, p. 70).

Dessa maneira, com base em Smith (1988) e Nascimento (2004) pode-se explicar que a segregação socioespacial é reproduzida na cidade implicando a gestão do espaço por meio da qual as diferenças sociais vão se condensando e se consolidando no espaço urbano, fazendo surgir as áreas residenciais melhor servidas de infraestrutura urbana e serviços onde residem as famílias das frações de classes sociais de maior renda, e as outras áreas da cidade com infraestrutura e benfeitorias incompletas ou precárias onde residem as famílias de menor renda. Dessa maneira se conclui aqui que todos esses autores tratam e dialogam entre si quanto a predominância dos interesses da elite política e econômica na organização do espaço da cidade do Salvador em consonância com a reprodução do capitalismo no processo de diferenciação espacial das ações de objetos voltados para um dado fim social que privilegia um grupo social em detrimento de outro. Assim, é com base nesse contexto conceitual que buscamos explicar a problemática envolvendo o espaço de atenção básica à saúde do município de Salvador considerando o Programa da Saúde da Família como uma estratégia de cuidados à saúde da população local implantado nas unidades de saúde nos Bairros e em localidade do distrito sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador: Rio Sena, Alto da Terezinha, Ilha Amarela e Alto do Cruzeiro.

2.1 A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE CIRCUNDANTE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO

Desde os tempos antigos que o ser humano vem buscando relacionar o processo saúde-doença às condições naturais existentes nas distintas localidades e regiões da Terra. Dessa maneira vem se buscando reconhecer que o ambiente natural interfere nas condições da saúde humana. Como o ser humano necessariamente se relaciona com o meio natural, surgem as condições ecológicas que contribuem para o surgimento, prevalência e a disseminação de doenças nas populações humanas expostas.

No século V a.C., na Grécia antiga, os estudiosos já procuravam relacionar o processo saúde-doença com as variáveis do ambiente físico. Os escritos da escola pitagórica com destaque para obra de Hipócrates – “Dos ares, dos mares e dos lugares” é nítida a relação entre as doenças, o ambiente natural e a localização. Os estudiosos da época buscavam, então, destacar o papel do meio geográfico no surgimento, disseminação e prevalência de doenças na população humana em uma dada localidade, destacando-se o conhecimento de doenças endêmicas.

Vale ressaltar que certos elementos naturais tinham mais destaque que outros, como o clima a vegetação e a hidrografia. O ar, a água e a localização absoluta (latitude e longitude) determinariam as condições de saúde de indivíduos humanos que formavam uma população vivendo sob tais condições. Isso indicava uma relação causal entre o ambiente natural e a saúde humana. Essa metodologia levou as autoridades administrativas das cidades gregas antigas a desenvolver ações voltadas para o saneamento básico, drenagem de terrenos e fornecimento de água para a população pobre e para os escravos.

A importância dos escritos sobre a saúde da escola pitagórica era tamanha, que foi capaz de influenciar com muita força os estudos epidemiológicos por 2.000 anos. Atualmente os escritos dessa escola sobre a relação saúde-doença e o ambiente natural são considerados deterministas, diante do desenvolvimento científico-técnico e dos conhecimentos médicos atingidos. A Geografia como um saber científico, acadêmico e sistemático que se preocupa em explicar a relação entre a sociedade e a natureza desenvolvida na superfície da Terra mediada pelo trabalho humano, ao longo do tempo, e junto outros campos científicos, procurou desenvolver uma área de estudo específica voltada para explicar a relação entre a sociedade e o espaço na abordagem do processo saúde-doença, conhecida por Geografia Médica ou mais recentemente Geografia da Saúde.

Assim Ferreira (1991) procura destacar que foi Pavlovsky, um médico soviético que

primeiro formulou de maneira sistemática a associação entre a ecologia e a saúde, em 1939, com a perspectiva dos “focos naturais das doenças humanas”. Obras importantes que relacionam a Geografia com a saúde é a Geografia da Fome, de 1946, e a Geopolítica da Fome, de 1951; ambas escritas pelo médico e geógrafo brasileiro Josué de Castro. Na primeira obra o autor faz associação entre fome, saúde a ocupação da terra no Brasil; a segunda obra ele explora em escala mundial a relação entre a geopolítica, a fome e a saúde. Em 1951 Max Sorre se destacou com a abordagem do “complexo patogênico” que procurava associar as doenças, às questões ecológicas, cuja relação saúde-doença estava vinculada com o vetor patógeno e o ambiente, tendo o clima como fator preponderante. Vale destacar que esse modelo de Sorre se mostrava eficiente para explicar o surgimento e a disseminação de doenças causadas por agentes biológicos, porém com o passar do tempo todo o processo de transformação que foi ocorrendo na sociedade tornou o modelo incapaz de explicar as doenças que não têm como causa os agentes biológicos, mas sim questões sociais, culturais e comportamentais. Guimarães (2015) explica que,

“A origem oficial da Geografia médica é de 1949, no congresso da União Geográfica Internacional (UGI) em Lisboa, e sua consagração somente ocorreu no Congresso de 1968, em Nova Déli, com a instalação de um grupo de trabalho (GUIMARÃES, 2015, p. 30).

Vale destacar que a partir de 1960 era comum o uso da teoria das localidades centrais de Walter Christaller de 1933 para suporte ao planejamento de saúde no Brasil, no momento da distribuição espacial dos equipamentos e serviços de saúde. Dessa maneira é que Guimarães (2015) define o papel da Geografia da Saúde:

“[...] Caberia à Geografia da saúde a análise dos processos de saúde e doença, bem como suas articulações com a distribuição dos equipamentos e recursos existentes, tendo em vista os principais eixos metodológicos da Geografia: a unidade espacial ou territorial e escala” (GUIMARÃES, 2015, p. 38).

Neste sentido, e em conformidade com o que já foi dito, Barcellos; Machado (1998) explicam que

As relações entre o ambiente e a saúde têm sido estudadas, desde a antiguidade, através de diferentes abordagens cuja evolução foi paralela e no mesmo sentido do desenvolvimento da própria geografia. O uso do espaço como categoria de análise tem sido ressaltado em trabalhos recentes nas áreas de epidemiologia, geografia médica e análise ambiental (BARCELLOS; MACHADO, 1998, p. 104).

A Geografia, junto a outros campos profissionais ligados à saúde passou a desenvolver metodologias no sentido de compreender as condições de ocorrência de agravos à saúde da população, suas profilaxias e implicações socioespaciais em distintas parcelas do espaço

geográfico. Com base nisso Barcellos; Machado (1998) afirmam:

Padrões espaciais de doenças podem permitir a identificação de fontes comuns de contaminação, trajetos influenciados por variáveis ambientais, padrões ou diferenças de situações de saúde ante perspectivas de agregações particulares em diversos níveis, bem como o planejamento e avaliação de intervenções e fatores sócio-econômicos especializados que afetam perfis de saúde (BARCELLOS; MACHADO, 1998, p. 104).

O espaço como resultado das relações entre a sociedade e a natureza condiciona práticas sociais, logo, as intenções da política de assistência à saúde são voltadas para a equalização do processo saúde-doença que também deverão estar ligadas a certas condições sociais e espaciais localizadas, com implicações na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade como um todo. Dessa maneira afirmam Barcellos; Bastos (1996),

A utilização da categoria espaço não pode, por isso, limitar-se a mera localização de eventos de saúde. Em primeiro lugar sendo o espaço resultado da ação da sociedade sobre a natureza, sua configuração incorpora a estrutura social e sua dinâmica. Desse modo uma cidade “produz” o lugar dos ricos dos pobres e da indústria, bem como estabelece fluxos de circulação de bens e serviços. Ao se avaliar o efeito das condições de saneamento básico sobre a saúde de populações pobres deve-se ter em mente que estas áreas estão sujeitas a uma grave conjunção simultânea de riscos, que incluem muitas vezes a falta de acesso a serviços de saúde e outras deficiências habitacionais. Em segundo lugar, o espaço produzido socialmente exerce pressões econômicas e políticas sobre esta sociedade, criando condições diferenciadas para sua utilização por grupos sociais. Lugares sujeitos a exteriorizações negativas próximos a indústria poluentes, com baixa oferta de serviços urbanos que tende a concentrar moradores em busca de empregos ou locais de moradia mais barata (BARCELLOS; BASTOS, 1996, p. 392).

Assim, a relação saúde-doença está diretamente associada ao modelo de sociedade predominante e ao espaço produzido por ela, vez que ele traz consigo, em sua essência as condições básicas que refletem e condicionam o padrão da sociedade que o gerou, sendo o espaço geográfico a dinâmica da relação entre a estrutura social e o arranjo espacial de unidades materiais espalhadas pela superfície da Terra em dado momento. O processo saúde-doença e a assistência tratado a partir da perspectiva da Geografia é definido por uma ação socioespacial desenvolvida por meio do espaço voltada para o benefício da sociedade almejada em uma dada porção do espaço. Ela pode passar tanto por processo de transformação para se adaptar às condições socioespaciais pertinentes, como pode induzir a respectiva população, alvo da ação, a se adequar às condições espaciais definidas para ela pelos agentes proponentes da ação desenvolvida em certa porção do espaço geográfico. Assim os agravos à saúde que acometem numa população, bem como as medidas de solução aplicadas pelas autoridades político-administrativas, jurídicas e médico-sanitárias existentes em certa porção do espaço, estão sob a influência de fatores localizados como: clima, relevo, solo, corpos d`água, localização,

extensão, conexão, distância, limites escalares e suas interações; práticas sociais e culturais desenvolvidas pelas pessoas que compõem uma população residentes em certa localidade.

Dessa maneira a Geografia da Saúde procura abordar o meio ambiente como contexto passível de intervenção, pois o espaço pode tanto dificultar como facilitar riscos de surgimento de agravos à saúde, como o acesso aos serviços de assistência à saúde, dessa maneira é que Barcellos; Buzai; Handschumacher (2018) destaca:

A geografia da saúde procura compreender o contexto em que ocorrem os problemas de saúde, para poder atuar sobre territórios, não sobre os indivíduos, nem sobre organismos. Diferente de outras disciplinas, a geografia busca uma perspectiva macroscópica dos problemas de saúde, permitindo compreender a dinâmica do processo saúde-doença e doença-atenção à saúde. A diversidade de temas da geografia da saúde é também resultado dos diversos campos de atuação da saúde coletiva, que reúne as ações de vigilância de doenças e seus determinantes, a atenção e organização dos serviços de saúde, e a promoção de saúde, esta última de desenvolvimento relativamente recente. Estudar estes problemas requer uma visão ampliada de saúde, que abarque desde a prevenção de doenças até o acesso a serviço de saúde, isto é, reconhecendo a inseparabilidade do processo saúde-doença-atenção (BARCELLOS; BUZAI; HANDSCHUMACHER, 2018, p.1).

Com isso, só pelo fato da existência de normas e planejamentos de saúde envolvendo vários limites escalares; um bairro, uma cidade, uma região, um país e até mesmo na escala de mundo como no caso da Organização Mundial da Saúde (OMS), que orienta ações de saúde para continentes e países. Isso demonstra o quão relevante é o espaço geográfico na definição das ações de saúde e da Geografia enquanto ciência do espaço. Dentro da realidade brasileira pode-se perceber como isso está evidente na construção do Sistema Nacional Único de Saúde (SUS), configurado em rede, devido a extensão geográfica do Brasil de aproximadamente de 8,5 milhões quilômetros quadrados, com uma diversidade muito grande de pessoas com culturas, comportamentos; condições sociais e econômicas diferentes; diferentes concepções de sua realidade cotidiana espalhadas pelo país de maneira heterogênea. Assim, diante disso, o SUS foi organizado numa rede nacional de serviços e equipamentos de saúde que envolve todas as unidades da federação, estados e municípios e o Distrito federal, cuja finalidade é proporcionar assistência à saúde a toda a população de maneira universal.

Assim os municípios, os estados e o Distrito Federal, com base em suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas, políticas, administrativas e físicas definem através de estudos integrados dessas características suas respectivas situações de saúde e através delas é feito o planejamento de saúde que deverá se aproximar e refletir o máximo que for possível a realidade concreta da situação de saúde da população local. Dessa maneira o município de Salvador com suas unidades, serviços de saúde e seus recortes político-administrativos (distritos sanitários) e espaciais (áreas de abrangência das unidades básicas de

saúde, recortes espaciais contíguos em volta de cada unidade básica de saúde ou Unidade de Saúde Família, comumente numa localidade onde a unidade de saúde desenvolve a prestação de atendimento à saúde da população; as microáreas, recorte espacial feito pelo próprio serviço de saúde local próximo a residência dos agentes comunitários de saúde para atuação deles. É dessa maneira que ocorre a produção do espaço concreto de atenção básica à saúde do município de Salvador.

2.2 DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA À CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO (SUS)

A luta pela reforma sanitária que ocorreu a partir de 1970, conduzida por seguimentos importantes da classe média esclarecida brasileira, sindicatos, políticos ligados a partidos de esquerda (na ilegalidade durante esse período), professores de ciências e profissionais de saúde que defendiam a saúde pública como uma questão social e não só como uma questão biológica.

Em 1976 foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; em 1979 foi formada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Sendo que essas instituições tiveram importante papel na defesa da reforma sanitária. Assim, o movimento pela reforma sanitária brasileira no decurso que foi se desenvolvendo, foi se fortalecendo e crescendo cada vez mais com a adesão de autoridades políticas progressistas, parlamentares, gestores municipais de saúde e outros movimentos sociais. Nesse sentido, em 1980 foi constituído o Conselho Nacional de Secretaria de Saúde (CONASS); na 8ª Conferência Nacional de Saúde foi definido o conceito de saúde como direito de todo cidadão, a partir daí foram fundados princípios norteadores que permitiram o desenvolvimento de várias estratégias para a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as administrações federais, estaduais e municipais.

Tudo isso serviu para demarcar o caminho na construção do SUS no Brasil. Assim, entre 1987 e 1988 os defensores da reforma sanitária brasileira com muita mobilização, enfrentou o setor privado de saúde, diante de contexto histórico de redemocratização política do país. Conseguiu-se a aprovação da reforma na Constituição Federal de 1988. A partir de 1990, na gestão federal do presidente Fernando Collor de Mello, já no contexto de implantação clara do neoliberalismo no Brasil, o SUS começou a ser construído durante a gestão do então Presidente da República, por meio da Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, consolidando toda a previsão constitucional amparada na Carta Magna de 1988, nos Artigos 194 a 200, os quais

tratam da Seguridade Social e da Saúde, no Capítulo II. Mas, pela própria norma legal, precisaria de lei federal para consolidar e regulamentar os preceitos constitucionais definidos na Lei Maior, o que ocorreu com a criação Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no governo do presidente Fernando Collor de Mello, a qual foi regulamentada pelo Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, no governo da presidenta Dilma Vana Rousseff.

Dessa maneira surgiu o SUS , como “patrimônio nacional” resultado de todo um processo de luta. Isso tornou possível o acesso da população pobre que se encontrava excluída do mercado de trabalho formal, sem condições financeiras de custear sua própria assistência de saúde. Em que pese a “reforma sanitária” e a criação do SUS terem se tornado realidade a partir de 1990 no contexto do neoliberalismo, mesmo assim, representou grande ganho para os brasileiros, pois o Governo criou o programa nacional de controle e prevenção do vírus HIV/AIDS, em 1996; houve concentração no reforço do controle do tabagismo; foi criada também a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 26 de janeiro 1999 pela Lei nº 9.782; foi estabelecida a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); houve a criação de uma política de assistência para os povos indígenas; a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em 2003, a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), em 2003, sendo que muitos desses programas foram implantados durante a gestão do Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva entre os anos de 2003 a 2011, segundo o primeiro fascículo da série em Saúde no Brasil 2011.

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) se define ou se caracteriza por ser uma política do Estado brasileiro constituído pôr uma rede complexa de serviços e equipamentos de saúde que estende para todos os Estados, Distrito Federal e Municípios por meio das secretarias de saúde; abrange desde um atendimento médico simples como uma medição de pressão arterial até a realização de transplante de órgãos; construído a partir do princípio da saúde como direito de todo o cidadão e dever do Estado comandado pelo ministério da saúde. O provimento da assistência à saúde para todas as pessoas tem a finalidade de prestar à população uma assistência à saúde integral, universal, preventiva e curativa, através da gestão e da prestação de serviços descentralizados, e promover a participação de toda a sociedade nos três níveis de governo (Municípios, Estados, Distrito Federal e a União). Assim o SUS integra o Ministério da Saúde (MS). O MS como órgão gestor nacional da política de saúde visa, dentro de suas atribuições, formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar as políticas e ações de saúde junto com o Conselho Nacional de Saúde e com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde.

3. ELEMENTOS DA GESTÃO DA OFERTA DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Antes de abordar a discussão sobre os modelos de assistência à saúde no Brasil será feita uma breve discussão do que seja o processo saúde-doença e os modelos de assistência à saúde. O processo saúde-doença pode ser definido pelo conjunto de relações e variáveis responsáveis pela produção, condicionamento e dinâmica da situação de saúde e de doença de uma população nos diversos períodos históricos, segundo o desenvolvimento científico e tecnológico. Dessa maneira, já houve momento histórico em que a doença foi considerada um fenômeno sobrenatural. A doença era consequência de alterações no ambiente físico de vivência dos seres humanos. A doença também era considerada consequência dos miasmas ou gases fedorentos no ar. Seguindo essa lógica foi que Louis Pasteur, na França, entre outros cientistas desenvolveu a teoria da unicausalidade da doença, com o desenvolvimento da microbiologia, sendo ela consequência das ações de vírus e bactérias. Mas, com o passar do tempo, essa teoria mostrou-se incapaz de explicar a ocorrência de outros agravos à saúde cuja ocorrência não estava associada somente aos microrganismos, e sim a outras questões de ordem econômica, social, cultural, política e a administrativa. Isso acabou levando o surgimento da epidemiologia social e a inclusão da atenção social na explicação dos problemas de saúde. Assim se conclui que a complexidade da relação saúde-doença não é algo estático e isolado cuja ocorrência se dá de maneira ocasional; mas uma ação dinâmica e articulada que envolve toda a sociedade.

3.1 MODELOS HISTÓRICOS DE OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Um modelo de assistência à saúde refere-se à maneira como os bens e serviços de atenção à saúde são disponibilizados em certa área num determinado momento para atender as necessidades da população ali existente (Almeida; Castro; Vieira, 1998). Dessa maneira, um modelo de assistência à saúde se caracteriza pelo desenvolvimento de práticas sanitárias empreendidas pelos profissionais de saúde, pela quantidade e qualidade de recursos humanos e tecnológicos disponíveis, desde os níveis mais simples de complexidade aos mais complexos, e pela quantidade de recursos financeiros a serem empregados na promoção de saúde de maneira menos custosa e mais eficiente; no diagnóstico e na prevenção de agravos à saúde; considerando a hierarquização dos agravos à saúde e a diferenciação dos problemas de saúde existente em cada população bem como, suas necessidades de intervenção na área de saúde.

Assim, tanto a definição do processo saúde-doença como os modelos de assistência à

saúde, contribuem para a explicitação de como deve ser a intervenção das autoridades médicas e sanitárias responsáveis pelo desenvolvimento do planejamento da assistência à saúde de uma população localizada em certa porção do espaço geográfico ou nas unidades municipais e estaduais na qual, de fato moram as pessoas que serão pacientes da ação de uma política de assistência à saúde.

No Brasil, segundo Aerts et al. (2004), é comum se falar de três modelos principais de assistência à saúde: o sanitarista, o médico-assistencial e o da vigilância em saúde. O modelo sanitarista que foi dominante na assistência à saúde da população até a primeira metade do século XX se caracteriza pela organização de suas atividades fundamentais na forma de campanhas e programas voltados para questões específicas de saúde, a exemplo de: combate a doenças endêmicas, como a dengue, tuberculose, varíola, febre amarela e a poliomielite, na imunização da população contra as doenças infectocontagiosas que até a primeira metade do século XX foram predominantes no Brasil. Nesse modelo o Governo atuava de maneira paternalista com a população, ou seja, não havia o estímulo para que a população também se sentisse responsável pela sua própria saúde. Os “cuidados” com a saúde eram realizados sob a supervisão de um técnico sem a preocupação em preparar a população no sentido de despertar para a responsabilidade para com a própria saúde.

Dessa maneira, as autoridades governamentais de saúde pública consideravam que a população, por seu desconhecimento, naquele momento, não seria capaz de ser proativa nos cuidados básicos de saúde; isso dificultava, de certa maneira, as ações das equipes de saúde na lida com a saúde da população. Esse era um modelo de assistência à saúde verticalizado, funcionando de cima para baixo, normalmente por profissionais que, muitas vezes, desconheciam as necessidades de saúde da população alvo das ações. Um dos exemplos do autoritarismo exercido pelas autoridades de saúde guiadas por esse modelo de atenção à saúde se encontra no início do século XX em 1904, no episódio historicamente conhecido como “revolta da vacina”, quando uma campanha de caráter militar comandada pelo então, médico Oswaldo Cruz, diretor geral de saúde pública no Rio de Janeiro, as pessoas pobres, alvo principal dessa campanha tinham seus lares invadidos pelas autoridades de saúde junto com a polícia; as pessoas eram obrigadas a se deixar vacinar contra a varíola e a febre amarela sem nenhum esclarecimento por parte das autoridades medico-sanitárias sobre a importância da vacinação para o controle das enfermidades. Com isso, a população desinformada e estimulada à rebeldia por discursos conservadores de uma parte da elite contrária ao Governo do presidente

Rodrigues Alves, se revoltou contra essa violação de direitos⁴.

A partir de 1950 a 1980 o modelo de assistência à saúde que predominou no Brasil foi o médico-assistencial. Ele se caracterizava por estar voltado ao atendimento individual e era pautado na relação médico-paciente não dando importância ao contexto social, cultural que o paciente estava envolvido. Era um modelo com foco no indivíduo, logo ele foi ideal para o embasamento do trabalho da medicina especializada na intervenção da doença já instalada no corpo da pessoa. Nesse modelo a unidade de saúde central era o hospital, localizado nas grandes cidades, de onde se relacionava com a população em sua área de abrangência de maneira polar.

Ainda nos anos 1980 surgiu um terceiro modelo de assistência à saúde, entendido como um modelo alternativo, com base na saúde coletiva e epidemiológica. O modelo de vigilância sanitária alternativo propõe a intervenção sobre os problemas que afetam a saúde, requerendo atenção e acompanhamento contínuo; operacionalização do conceito de risco; desenvolvimento de ações articuladas entre promoção, prevenção, recuperação e reabilitação; na ação intersetorial e na dimensão espacial. O espaço geográfico era entendido como uma extensão em transformação permanente; significava o espaço de vida, dos conflitos de interesses, era o espaço de vivência das pessoas.

Esse modelo se baseia na identificação das necessidades e problemas de saúde existentes na população. As equipes de saúde se voltam para a compreensão da realidade local com a finalidade do planejamento da atenção à saúde. O modelo se define por ter como sujeitos as equipes de saúde e a população na busca pela contenção dos danos, dos riscos e de toda sorte de condicionantes de agravos à saúde. A prática de assistência à saúde ocorre por meio da transposição dos limites institucionais do sistema de saúde envolvendo vários grupos sociais ou órgãos governamentais, pois no momento de atuação das equipes de saúde em campo, ocorre a interação com a população, a partir daí a equipe de saúde procura desenvolver um trabalho educativo junto a população a ser assistida pelo serviço de saúde, incentivando nessa população o sentimento de responsabilidade com a própria saúde, induzindo-a a contribuir com as ações de saúde por meio da adoção de práticas sociais e culturais saudáveis.

O modelo de vigilância à saúde alternativo propõe a intervenção sobre os problemas de saúde comuns a qualquer grupo social, requerendo atenção e acompanhamento contínuo; operacionalização do conceito de risco; desenvolvimento de ações articuladas entre promoção, prevenção, recuperação e reabilitação; na ação intersetorial e no espaço subjacente. Esse espaço

⁴ Ressalte-se que nesse período da história brasileira os direitos civis das pessoas estavam condicionados a posição social (Saúde no Brasil 1).

é entendido por uma extensão geográfica em permanente transformação; significa a área geográfica onde tudo acontece e que se limita a ela; o espaço de vida, conflitos, interesses, projetos e sonhos ou o mesmo que espaço de vivência das pessoas. Esse modelo alternativo de saúde coletiva se baseia na UBS ou na USF como espaço central da assistência à saúde e na saúde coletiva como seu principal referencial teórico-conceitual. O município como ente federado tem bastante destaque na gestão e implantação dos serviços de saúde para a sua população e a relação com o espaço se dá de maneira capilar ou em rede, priorizando os espaços de ocupação popular para localização dos serviços básicos de saúde, e a escala local toma a dianteira nesse processo como nível escalar central (AERTS et al., 2004).

O modelo de assistência à saúde alternativo da saúde coletiva até então procura primar pela redução das contradições entre as três dimensões do espaço (concebido, percebido e vivido) ou de observar a relação de distância/proximidade na realidade do processo de produção do espaço de atenção à saúde no Brasil, em suas várias escalas geográficas, devido a esse modelo ter como ideal central a busca da relação com a cotidianidade da realidade de cada grupo social no momento do desenvolvimento da assistência à saúde da população em um dado recorte espacial. No Brasil a assistência básica à saúde promovida pelo SUS constitui o fundamento de atenção à saúde da população, cujos serviços de baixa complexidade previstos são oferecidos na escala municipal o mais próximo possível da população. No município, o atendimento das demandas de saúde da população de qualquer natureza configura a porta de entrada para o sistema SUS, servindo como instrumento essencial da intersetorialidade⁵, implicando a busca de eficiência e de eficácia para a resolução das demandas de saúde da população e para o sistema como um todo.

A rede básica da saúde como estratégia marcante de promoção a saúde em seus níveis mais elementares, torna possível o acesso e o atendimento das necessidades da população em escala local, como afirma Cecílio et al (2012):

[...] a ABS que deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e a efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população (CECÍLIO et al., 2012, p. 289).

⁵ Intersetorialidade é a propriedade de o setor de saúde se conectar a outros setores ou secretarias (educação, segurança pública entre outros) a fim realizar a promoção à saúde. Ela se dá por meio de parcerias construídas por órgãos governamentais dos três níveis de Governo: União, Estados, Municípios e o Distrito Federal.

Assistência básica à saúde que opera dentro do escopo do modelo de “vigilância da saúde” age na relação saúde-doença a partir do reconhecimento da importância das condições socioespaciais subjacentes às comunidades locais e como a saúde das pessoas é afetada, com a finalidade de melhor definir o tipo de intervenção e serviços essenciais para as mesmas. A delimitação da área de abrangência de atenção à saúde de uma população e a definição dos riscos de agravos à saúde dessa população, juntamente com o conhecimento dos fatores socioambientais, econômicos, culturais, infraestrutura física, são fundamentais para evitar o adoecimento da comunidade potencialmente atendida.

Com isso, idealmente, é possível realizar a interação funcional entre os profissionais de saúde e a comunidade local onde são feitos os esclarecimentos sobre o processo saúde-doença e a população atendida na unidade saúde local. Assim, a comunidade pode identificar e prevenir os riscos potenciais e reais de adoecimento, no espaço de vizinhança ou localidade de residência de uma comunidade como, escreve Aerts et al (2004):

A dimensão de território é inerente à vigilância da saúde. Território é um espaço em permanente construção e significa a área geografia e tudo o que existe dentro dela. É o espaço de vida, conflitos, interesses, projetos e sonhos, ou seja, a forma como as pessoas vivem, se organizam, adoecem e morrem. É esse território que deverá ser “esquadrinhado” de modo a proporcionar o conhecimento da realidade de saúde que é permeada pela dinâmica das relações sociais, econômicas, políticas e culturais. Além disso, deve-se dar ênfase aos problemas, identificando a diferença entre o que é e o que deveria ser, de acordo com os valores desejáveis do ponto de vista dos atores sociais. A pactuação entre as necessidades sentidas pela equipe de saúde deve subsidiar as ações de planejamento e programação dos serviços de saúde trabalhar com problemas de saúde significa entender a representação social das necessidades sanitárias, derivadas das condições de vida ¹³.

Logo, esse modelo de atenção tem como sujeito a equipe de saúde e a população, elegendo como objeto de trabalho os danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde. Sua prática deve transcender os espaços institucionais do sistema de saúde, ampliando-se para órgãos governamentais ou não, envolvendo diversos grupos sociais. No momento em que em a equipe de saúde sai a “campo” para conhecer o seu território, interage com a população e estabelece outra relação com ela.

Esse novo jeito de fazer saúde exige que os profissionais desempenhem o papel de educadores, sendo capazes de auxiliar a população sob sua responsabilidade a tornar-se agente na promoção e proteção de sua saúde e da saúde da cidade. Para tanto, devem desencadear um processo de aprendizagem, no qual o ensinar e o aprender possam se efetivar de uma forma relacional e não hierárquica. Nesse sentido, as pessoas devem ser o elemento central de todas as ações (primazia das pessoas), tendo mais controle sobre suas próprias vidas (apoderamento), sendo capazes de identificar fatores que sua afetam saúde e, com isso exercendo maior controle eles [...] (AERTS et al., 2004 p, 1.023).

Assim, o modelo da assistência básica à saúde no Brasil é conduzido pela busca de

diálogo horizontal entre o conhecimento dos especialistas em saúde (equipe de saúde) e o cotidiano da comunidade em seus espaços de vivência.

Dessa maneira, a assistência básica à saúde voltada as Unidades Básicas (UBSs) cuja a função é o provimento de cuidados básicos a saúde como vacinas consulta médica e as Unidade de Saúde da Família (USFs) com uma equipe de saúde formada um médico generalista, um enfermeiro (a), um dentista (a), auxiliares, agentes comunitários de saúde, uma população adstrita a uma área de abrangência e uma farmácia; ressalta aqui que uma Unidade da Saúde da Família pode contar mais de uma equipe, mas com essa mesma configuração de trabalho. Assim resultam na praticar do atendimento à saúde da população, com ênfase na prevenção em vez da cura o que torna o gasto público e individual com a saúde mais barato. Portanto, esses três modelos de assistência à saúde acima referido representam uma síntese histórica da assistência à saúde no Brasil, embora na realidade dos cuidados da saúde se presencie, de alguma maneira, uma imbricação dos três modelos na prática da política de assistência à saúde acionada pelos governos em suas instâncias de poder.

Em relação a tudo que já foi explicado em relação aos modelos de atenção à saúde no Brasil, podemos dizer que todo o processo de transição na história da atenção à saúde no Brasil de um modelo para o outro tem relação direta com o acesso com o qual a população terá no momento da procura para se servir de algum serviço de saúde em alguma localidade: uma cidade ou bairro, desde os serviços de atenção básica à saúde até os serviços de alta complexidade desenvolvida em uma unidade de saúde hospitalar. A partir de quando o SUS foi definido na Constituição Federal de 1988 e efetivado em 1990, através de seus seis princípios básicos (universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, regionalização e a participação social), isso leva o Estado brasileiro a fazer a gestão da saúde em três escalas de governo: União, Estados, Municípios e o Distrito Federal. Isso implica alterar o arranjo espacial ou a localização das unidades e serviços de saúde em todo em Brasil, com a finalidade de produzir o acesso à assistência à saúde para a população de maneira igualitária.

3.2 MODELOS DE GESTÃO DA OFERTA DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: FACILIDADES OU DIFICULDADES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO

Até os anos 1980 predominava no Brasil o padrão de localização espacial das unidades e serviços de saúde do tipo radial, cujas grandes unidades hospitalares estavam concentradas

nas grandes cidades e a sua abrangência ou alcance espacial abarcava grandes contingentes de pessoas, atraindo-as para os serviços de saúde prestados por essas unidades hospitalares. Essa política de assistência à saúde funcionava de maneira concentrada espacialmente, priorizava as cidades grandes, a exemplo das capitais dos estados e as metrópoles brasileiras: São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Recife, Porto Alegre, Fortaleza, Manaus, Belém, entre outras cidades. O forte controle exercido pela iniciativa privada sobre a gestão da saúde, acabava por limitar o acesso de grupo de pessoas de rendimentos financeiros baixos, tanto pela distância geográfica como pela renda. Além de ser exclusivista, por que era dominado pela iniciativa privada, esse modelo de gestão dos serviços de saúde provocava uma forte concentração das unidades hospitalares e dos serviços complementares no centro das cidades: diagnósticos, clínicas etc.

Por seu turno, com o modelo alternativo de assistência da saúde coletiva em vigor desde fins dos anos 1980, o acesso a atenção a saúde é mais inclusivo, pois se baseia no arranjo espacial capilar ou em rede, cuja unidade de saúde central passa ser a UBS (Unidade Básica de Saúde) e a Unidade da Saúde da Família (USF), cujo alcance espacial máximo é curto e o nível de complexidade do atendimento é primário. A unidade de saúde está instalada no bairro ou em uma localidade que deve atender uma população de aproximadamente 600 a 1000 famílias para uma UBS e entre 150 a 250 famílias para uma USF. Essa metodologia é, teoricamente mais eficaz e de custo operacional bem menor, por isso, a assistência à saúde é voltada para a melhoria do acesso da população de renda mais baixa; é organizada em uma rede de assistência à saúde envolvendo toda a gama de complexidade de serviços médicos nos três níveis básicos da assistência à saúde (baixa, média e alta complexidade), a vigilância sanitária e epidemiológica, tornando o acesso à saúde universal para toda a população brasileira. Assim, escrevem Travasso; Castro (2012):

O princípio da equidade no acesso orienta os sistemas de saúde de vários países, em particular os europeus. No Brasil, esse princípio tem relevância especial, devido à presença do Sistema Único de Saúde (SUS). Por definição constitucional, o SUS deve assistir toda a população brasileira de forma universal, igualitária e hierarquizada. O SUS não só financia serviços de atenção hospitalar e ambulatorial em todo o país, como também exerce funções de saúde pública típicas do Estado, tais como vigilância sanitária e epidemiológica. Ao abordar a questão da equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde, o profissional deve precisar com clareza os conceitos e o modelo explicativo que emprega para desenhar, implementar e avaliar as políticas voltadas para reduzir as desigualdades sociais nos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 215).

Essa perspectiva reforça a defesa da ideia da consolidação do SUS como uma política estatal nacional de saúde voltada para promoção do acesso equitativo à assistência à saúde para toda a população brasileira, cuja finalidade central dessa política de saúde está na busca da

superação das barreiras no acesso da população aos serviços da assistência à saúde.

Todavia, a condição de acesso existente em um dado sistema de saúde oferecido as pessoas que diariamente precisam de atendimento a algum tipo de serviços de saúde em uma certa unidade de saúde, em uma dada localidade, se constitui em um dos parâmetros para se definir ou avaliar o tipo de assistência à saúde em que o sistema de saúde vigente consegue dispor para uma população que ele busca alcançar. Pois são as condições de acesso que delineiam implícita ou explicitamente os obstáculos e até o impedimento de pessoas aos serviços de saúde, por várias razões, desde a renda até o tempo demandado para o atendimento. Sendo públicas a gestão e a manutenção do acesso aos serviços de saúde a equidade do atendimento favorece a todas as pessoas que dela precisam. Quanto a isso, escrevem Travassos; Castro (2012):

Acesso é o fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população (Travassos; Castro, 2012, p. 218)

Dessa maneira, a ideia do acesso às unidades e serviços de saúde sejam eles de que nível de complexidade forem ou onde estiverem localizados, a abordagem sobre as barreiras de acesso aos serviços de saúde feita por Travassos; Castro (2012) torna-se um forte indicador do grau de dificuldade ou de facilidade com o qual certos grupos de pessoas são atendidos ou não em suas demandas por um dado serviço de saúde. Nesse sentido, Travassos; Castro (2012) enfatizam a ideia de classificar as barreiras de acesso da seguinte maneira,

A barreira de acesso mais importante é a disponibilidade ou presença física de serviços e recursos humanos, que representa condição absolutamente necessária à utilização. Porém, a mera disponibilidade de recursos não garante o acesso. Barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informações, culturais, entre outras, expressam características da oferta que de modo inter-relacionado, atuam facilitando ou obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem serviços de saúde (Travassos; Castro, 2012, p.219)

Assim, as barreiras se constituem na prática da assistência à saúde como uma relação implicada entre a necessidade da população e a oferta dos serviços de saúde.

As barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde se referem a maneira como as unidades e serviços de saúde estão localizados no espaço, impondo aos usuários dos serviços de saúde a realização de deslocamento de sua residência até a unidade saúde pretendida; isso resulta na disponibilidade de tempo que o usuário leva nesse trajeto, o que depende de haver a infraestrutura urbana e o serviço de transporte, bem como a condição de pagar a tarifa, na

medida em que as pessoas mais pobres podem ter dificuldades até mesmo para arcar com esses pequenos, custos. Assim, quanto maior a renda maior será a possibilidade de ela ter um acesso maior aos serviços de saúde. As duas outras barreiras apontadas por Travassos e Castro são, barreiras organizacionais e barreiras de informação. As barreiras organizacionais se caracterizam por expressar a organização dos serviços de saúde quanto ao tipo e a qualidade deles, e aos recursos humanos e tecnológicos disponíveis para facilitar ou limitar a sua utilização.

Isso se expressa na prática da ação do atendimento à saúde em uma unidade de saúde seja ela de que nível de complexidade for (alta complexidade, média complexidade e baixa complexidade), no horário de funcionamento da unidade de saúde, no tempo de espera em uma fila para ser atendido ou atendida no serviço de saúde, tipo de profissional disponíveis na unidade de saúde (especialidade, idade e gênero), existência de medidas de acolhimento e de política de humanização e de qualidade técnica de cuidado. Todas essas medidas podem impactar no acesso aos bens serviços de saúde de maneira positiva ou negativa em uma certa localidade. Como medidas de para diminuir o peso das barreiras organizacionais ou administrativas no acesso as unidades e serviços de saúde podemos citar descentralização dos serviços de saúde da esfera do governo federal para a estadual e municipal; o programa da saúde da família e a participação social que ocorre por meio dos conselhos de saúde (dos conselhos comunitários de saúde até o conselho federal de saúde no ministério da saúde).

Quanto as barreiras informacionais se caracterizam pela difusão de informação em saúde para as pessoas e para os pacientes sobre os tipos de tratamento e pratica de saúde desenvolvidos pelo sistema de saúde local ou nacional voltadas para prevenção, cura e reabilitação de pessoas. A posse de informação sobre as condições de assistência do sistema de saúde vigente levaria as pessoas obter melhor acesso aos atendimentos e a redução de tempo de espera na busca do tratamento adequado dentro sistema de saúde e menos custo financeiro que pode acarretar com a falta de informação. Porém o grau de informação que uma pessoa possui sobre a existência de determinado serviço de saúde e seus benefícios em sua localidade está condicionado, além de ações desenvolvidas pelos órgãos de saúde como secretarias de saúde para dotar os usuários de informação sobre o andamento dos procedimentos médicos, preventivos e de diagnósticos de saúde, o nível de escolaridade da pessoa, o capital cultural da família, acesso aos meios de comunicação de massa como rádio, televisão, internet, publicações especializadas como revistas e livros. Isso é relevante no momento de se buscar remediar o problema das barreiras informacionais nos serviços de saúde.

Assim, as barreiras de acesso à saúde, barreiras geográficas, barreiras financeiras, barreiras organizacionais ou administrativas e as barreiras informacionais constituem entre si importante critério para se formular uma ideia sobre o tipo de assistência à saúde que o governo local ou municipal tem promovido para sua população no que se refere o atendimento às necessidades de saúde da população. Dessa maneira com relação a importância que tem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde no processo de produção do espaço de atenção à saúde e na expressão de como o modelo de atenção em execução em uma dada realidade concreta se realiza na prática do atendimento às necessidades de saúde de uma população, é que se faz necessário lembrar das observações feitas por Paim (2006). Assim escreve o autor:

As questões referentes ao acesso e à qualidade das ações e dos serviços de saúde expressam os limites dos modelos de atenção vigentes no sistema de saúde brasileiro. Ainda que guardem íntimas relações com os problemas referentes à infraestrutura, ao financiamento, à organização e à gestão, revelam toda a crueza do modelo de desatenção hegemônico. Assim, o acesso e a qualidade das ações e serviços são condicionados pela distribuição desigual da infraestrutura do sistema de serviços de saúde e pelos demais elementos que estruturam um sistema de serviços de saúde acima mencionados (Paim, 2006, p. 26).

Assim, considerando a perspectiva observada pelo entendimento de Paim (2006) ao estudo da realidade concreta do espaço de atenção à saúde do município de Salvador, pode-se inferir a importância que tem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde no atendimento das necessidades de saúde de uma população-alvo. Dessa maneira, tanto o acesso, como a qualidade dos serviços servem como parâmetro de análise da realidade do espaço de atenção à saúde do município de Salvador.

Com relação aos três modelos de atenção à saúde abordados, é válido ressaltar que não que é um modelo de atenção à saúde tenha sido completamente extinto e um outro tenha o substituído de maneira absoluta a ponto de não restar nada mais do modelo anterior. Pois na prática o que se percebe na realidade é uma imbricação de um modelo no outro com a predominância de resquícios de um ou de outro em um dado momento ou lugar. Então, no cotidiano da assistência à saúde do SUS em seus vários espaços de atendimento à saúde segundo o nível de complexidade (UBS, USF, UPA ou Unidade de Pronto Atendimento e Hospitais) se percebe essa imbricação. O quanto o espaço de atenção à saúde está sendo eficiente no atendimento a necessidade de saúde de uma dada população em um dado momento e lugar depende do quanto de contradição (conflito) existe na relação entre as demandas de saúde da população e a oferta efetiva de serviços disponíveis.

3.3 PRINCÍPIOS NORTEADORES DA ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE E DO PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os planejadores da assistência básica à saúde definem o espaço de vivência dos habitantes de uma localidade como território⁶, isso por entender que o recorte espacial delimitado para a ação da política de saúde pertence a uma comunidade existente no local. Nesse sentido, a compreensão do território está associada a uma extensão geográfica delimitada. Portanto, o que para os planejadores e trabalhadores de saúde, do SUS ou dos entes federados: Municípios, Estados e o Distrito Federal é considerado território, conceitualmente entendemos ser apenas uma área de abrangência de uma política específica de saúde empreendida pelo Governo.

Administrativamente, no Brasil, os Governos municipais, sobretudo nas cidades grandes, organizam o espaço geográfico de assistência à saúde em unidades espaciais amplas e contíguas denominadas de Distritos Sanitários (DSs). Os DSs constituem um recorte espacial administrativo amplo contíguo formado por vários bairros ou comunidades de vizinhança com uma sede e gestão local, com capacidade de decisão limitada às demandas e problemas de saúde locais, segundo o que já foi delimitado e determinado pela Secretaria Municipal de Saúde. Essa mesma unidade espacial é formada por unidades espaciais menores contíguas que são as áreas de abrangência de cada USF e essas áreas de abrangências de são formadas por sua vez por microáreas de saúde, são unidades espaciais menores contíguas, comumente mais próximo da residência do agente comunitário de saúde (ACS) onde ele executa a sua função diária de visitação aos domicílios dos moradores da comunidade que estão sob o monitoramento da assistência à saúde promovida pela UBS ou USF local a fim de monitorar as condições de saúde das famílias que compõem a população de indivíduos dessa comunidade e de sua condição ambiental cuja essa função é central para o agente comunitário de saúde devido ele residir no bairro ou na localidade e ter facilidade de transito na área e de adentrar nos lares das pessoas morados do bairro ou da localidade.

Quanto ao papel desempenhado pelo DS dentro da estrutura administrativa do sistema de saúde, ele é definido no sistema de organização espacial de saúde no município como a

⁶ Entendemos que o conceito de território corresponde à dimensão política do espaço geográfico, o que implicaria a existência de agentes sociais lutando por defender seus interesses específicos, tendo como pressuposto acordos entre as partes, mesmo com as assimetrias próprias aos distintos agentes sociais envolvidos (BRITO, 2008).

menor unidade espacial dentro do processo de promoção à saúde pelo SUS. O DS compreende duas dimensões: a primeira refere-se à distribuição espacial ou arranjo espacial das unidades de atendimento à saúde pública no municípios; a outra dimensão se refere ao processo administrativo e assistencial com certa autonomia por parte dos gestores dos DSs voltados para a assistência à saúde da população dentro dos limites espaciais do município. A área de um DS é definida, como uma extensão geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais comuns, com suas necessidades e recursos específicos destinados para atendê-las. A mesma pode compreender vários bairros de uma cidade ou vários municípios de uma região.

Dessa maneira, dentro dos limites de cada DS encontra-se a área de abrangência da respectiva unidade de atendimento do Programa da Saúde da Família. Na área de abrangência de uma USF deve conter entre 600 a 1000 famílias, sendo que a quantidade máxima de habitantes é 4.500 pessoas; critério adaptável de acordo com a realidade de cada município. Os DSs são subdivididos em microáreas ou microespaços da saúde, onde estão localizadas as USFs, devendo conter entre 150 a 250 famílias, as quais devem ser monitoradas por um agente de saúde. Nas jurisdições dos DSs devem ocorrer ações sistemáticas de promoção à saúde realizadas pelas equipes de saúde junto às comunidades com a finalidade de estimular mudanças culturais e comportamentais na população assistida pelo serviço de saúde, de maneira a evitar o adoecimento da população ao tempo que contribui para abrandar as demandas nos níveis de assistência à saúde mais complexos. A delimitação de um DS em uma grande cidade requer conhecimentos específicos da realidade local por parte de quem está encarregado de realizar este trabalho. Tais informações são as seguintes: condições sociais, econômicas, culturais, ocupacionais e os agravos à saúde mais comuns na população local. Essas referências são tomadas em conta, a fim de que as intervenções planejadas possam obter o melhor resultado possível, a exemplo da distribuição dos equipamentos e dos serviços e o dimensionamento das equipes de saúde, de acordo com as necessidades potenciais da população-alvo.

O Programa da Saúde da Família foi concebido dentro do ideal da assistência básica à saúde, tendo como função principal articular o serviço de saúde local por meio dos agentes comunitários de saúde (enfermeiros, dentistas, médicos e técnicos) à comunidade por meio das famílias cadastradas nas USFs, com a finalidade da promoção da saúde da população-alvo através do processo de conscientização voltado para a mudança cultural e comportamental de toda a população na área adstrita ou de cada localidade onde esteja instalada uma USF. Nesse caso, o agente comunitário de saúde (ACS) tem a função de condutor do processo, sendo ele

responsável pela construção de vínculos entre o serviço de saúde local e a comunidade por meio de palestras nas USF, nas associações comunitárias, em unidades escolares etc.; e visitas domiciliares mensais constantes. Nesse sentido, para a contratação dos agentes de saúde pelo município é condição que a pessoa resida na comunidade de abrangência do respectivo DS onde pretende trabalhar.

A partir de levantamentos e do reconhecimento da realidade socioeconômica e ambiental local pelos ACS são feitos os registros qualitativos e quantitativos para avaliar a evolução das condições de saúde da população a fim de subsidiar a Secretaria de Saúde do município na elaboração de planos e de ações voltados para a resolução dos principais problemas de saúde identificados na população. Para o trabalho na USF, cada equipe da saúde da família deve ser composta por, pelo menos⁷:

“I. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; II. enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; III. auxiliar ou técnico de enfermagem; e IV. agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal” (Brasil, 1997).

A participação da população local socialmente organizada por meio de associações comunitárias é crucial para que o processo de promoção da saúde seja realizado com o máximo de benefício possível. Nesse sentido, cabe aos ACS, orientados pelo profissional de enfermagem local, conduzir todo o processo de articulação e de esclarecimentos à população quanto às boas práticas de saúde na busca por reduzir e ou controlar possíveis agravos à saúde e proporcionar melhorias nas condições de vida da população, além de monitorar o processo evolução da situação de saúde na comunidade (Brasil, 1997).

O PSF como está definido pela lei federal 8.142/90 que constitui um instrumento positivo público, de atenção à saúde da população. O PSF foi concebido para funcionar com base no modelo de atenção à saúde em vigor, “vigilância em saúde”, e tem contribuído com a busca de superação de problemas estruturais antigos, como a assistência à saúde individual e a prática médica curativa; ambas implicavam a exclusão de parcelas da população que não se encontrava no mercado formal de trabalho, e não tinha condições financeiras para pagar pelo atendimento médico. Assim, teoricamente o modelo de PSF está concebido para promoção da

⁷ Conforme o Ministério da saúde, “Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe”.

assistência à saúde coletiva e individual de maneira mais eficiente na comunidade de partida, ao tempo que faz a articulação entre os diferentes níveis de complexidades de saúde na rede de atendimento. Ao lado disso, busca evitar que a pessoa com sua necessidade de saúde se desloque pela rede de assistência à saúde de maneira desnecessária, podendo o atendimento ser resolvido na UBS com a intermediação de marcação de consultas para as unidades de saúde especializadas; acompanhamento do prontuário médico do paciente cadastrado na UBS; orientação do paciente para o tratamento que o mesmo deve buscar em cada serviço de saúde na rede municipal, estadual, federal conveniada/assistencial.

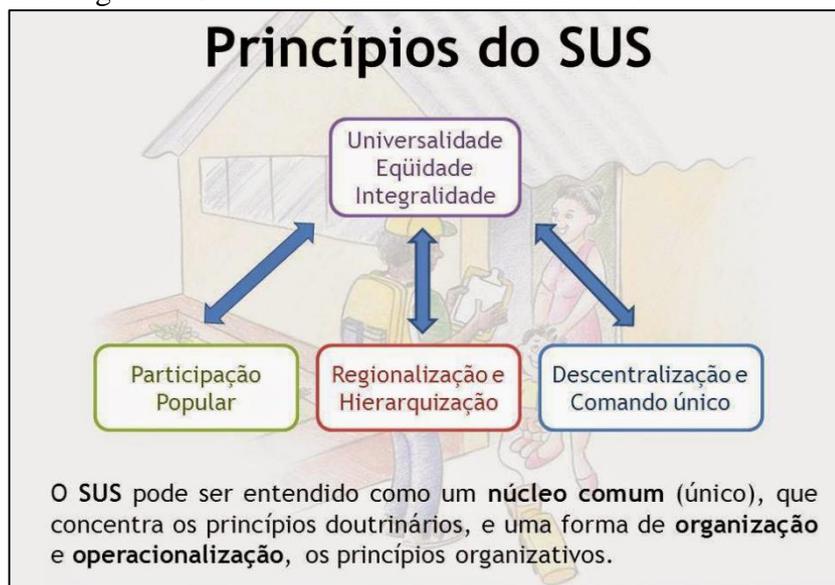
As ações de saúde ofertadas pelo SUS estão organizadas quanto ao nível complexidade da assistência à saúde no Brasil. A estrutura hierarquiza com a atenção básica ou os cuidados de baixa complexidade na base, ou seja, a “porta de entrada” para os casos sem gravidade de atenção à saúde das pessoas em “postos de saúde” (consultas com equipes multiprofissional focada em estratégias para prevenção e promoção à saúde da família e pessoas em geral, saúde bucal, dispensação de medicamentos, curativos etc., tudo sem necessidade de internação hospital ou risco de morte); seguida de um estrato intermediário, correspondendo aos cuidados de média complexidade (serviços de várias especialidades médicas disponíveis em ambiente ambulatorial e até hospitalar para diagnóstico e estabilizar as condições do agravo, mas sem risco de morte); e com o topo associado aos cuidados médicos de alta complexidade que não puderam ser atendidos nas unidades de média complexidade (que requer internamento em grandes hospitais ou equivalentes, com leitos de UTI, centros cirúrgicos para procedimento de alta complexidade e alto risco de morte)⁸. Essa hierarquia em níveis de complexidade é organizada com base em princípios operacionais para favorecer o atendimento da população segundo suas necessidades de saúde e de maneira a reduzir tempo de espera e custos desnecessários. A atenção básica é o centro articulador da capilaridade do atendimento de saúde pelo SUS após os procedimentos de triagem e encaminhamentos para outros procedimentos médicos pertinentes.

A figura 2 traz a informação dos princípios básicos norteadores da assistência à saúde pública no Brasil em vigor: universalidade (para todas as pessoas), equidade (para qualquer pessoa em razão de sua demanda de agravo saúde), integralidade (atendimento pleno), Participação popular (a participação da sociedade organizada por meio de Conselhos e

⁸ Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>>. Acesso em: 07 nov. 2023.

Comissões de Saúde), regionalização (diferenciação espacial do atendimento à saúde em várias escalas de ação; local, regional e nacional), hierarquização (diferença do atendimento quanto a complexidade dos serviços de saúde) e descentralização (divisão de responsabilidade de assistência entre as diferentes instâncias de poder do Estado brasileiro: União, Estados e Municípios e o Distrito Federal), todos ofertados pelo SUS e mantido pelo Ministério da Saúde a quem pertencem o comando único do SUS.

Figura 2 - Os princípios básicos que norteiam o SUS e as Estratégias da Saúde da Família nas comunidades



Fonte: Google Imagem, 2024.

3.4 A ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO ADMINISTRATIVA E ESPACIAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA

Como princípio de descentralização das ações de saúde da população no Brasil, para sua gestão e operação foram criados os Conselhos Municipais de Saúde⁹; esses conselhos são órgãos “colegiado, deliberativo e permanente do SUS”. No caso do município de Salvador, o Conselho Municipal de Saúde (CMS/SSA), por força de lei, integra a Secretaria Municipal de

⁹ O Conselho Municipal de Saúde de Salvador integra a estrutura da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, conforme as Leis 4.278, de 28/12/1990; 5.245, de 05/02/1997; 5.845, de 14/12/2000; e 7.017, de 03/07/2006, com sua composição e competências definidas pelo Decreto Municipal nº 9.015, de 07/06/1991. É órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS, de composição paritária, conforme a Lei Federal nº 8142, de 28/12/1990, e a Resolução nº 453, de 10/05/2012, do CNS. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/conselhomunicipal/sobre-o-conselho-municipal/>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

Saúde (SMS), com poderes para “[...] fiscalizar e controlar a execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros”. O CMS/SSA está diretamente ligado à SMS em razão de o município de Salvador fazer parte da Gestão Plena de Atenção Básica da Saúde (GPABS). É a partir das prerrogativas e responsabilidades e dos respectivos recursos financeiros transferidos pelo SUS ao município, por assumir a GPABS no processo de descentralização de compromissos e responsabilidades na rede de saúde e vigilância sanitária do SUS, a partir da publicação da NOB 96, em 6/11/1996, CNS, que o município de Salvador reestruturou sua rede de atenção básica à saúde. O município de Salvador opera com Gestão Plena da Saúde desde 6 de março de 2006, por meio da Portaria nº 465, publicada no Diário Oficial da União em 7 de março de 2006, segundo a instrução constante do Processo Administrativo nº 1.358/2006-SMS¹⁰.

Nesse contexto, a dimensão geográfica pertinente à aplicação dos serviços de atenção básica à saúde da população municipal/regional corresponde a uma área de abrangência dos serviços básicos, definida como DS (Almeida; Castro; Lisboa, 1998), prevista pela NOB 01/96. Assim, “Na análise da situação do sistema de saúde do DS, deve-se levar em conta uma população em um dado território, num processo social determinado por variáveis biológicas, ambientais, sócio-econômicas e culturais, que definem um perfil epidemiológico específico” (Almeida; Castro; Lisboa, 1998, p. 29). Do processo de descentralização das ações do SUS e de sua interação com as ações da PMS/SMS/CMS por meio de sua habilitação à GPABS foi criado um espaço de prestação de serviços, de vigilância sanitária e epidemiológica e de gestão da assistência à saúde básica e intermediária no município de Salvador que se encontra organizado de maneira contígua, em zona, formado por 12 DSs como se segue: Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Centro Histórico, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, São Caetano/Valéria, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário¹¹.

Cada DS possui uma sede com uma Coordenadoria e uma Vice-Coordenadoria com poderes limitados para executar as ações de saúde, definidas pela SMS. As ações de saúde que a Coordenadoria dos DSs idealizam realizar, além do que já foi planejado e definido pela SMS, é necessário a autorização por esta secretaria. Dessa maneira, os DSs, como uma unidade executora do sistema de saúde do município possuem autonomia limitada às suas respectivas circunscrições de saúde e às ações definidas pela SMS/CMS, previstas na NOB 01/96. Assim,

¹⁰ Leis municipais. Disponível em: < <https://leismunicipais.com.br>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

¹¹ Distritos Sanitários do município de Salvador. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

toda a extensão municipal é abrangida pela política assistencial de saúde, sendo que, em cada recorte espacial feito pela SMS constitui uma situação particular de saúde, requerendo, por parte do órgão intervenções específicas, de acordo com as necessidades socioeconômicas e epidemiológicas da população residente. Transversalmente, e articulada à rede de serviços da atenção básica e da vigilância epidemiológica e sanitária também estão organizados os serviços de atendimento de média e de alta complexidade por meio da regulação ou encaminhamento das pessoas com agravos à saúde para a rede de unidades de saúde própria ou mantida pelo Governo estadual, federal ou particulares/filantrópicos.

Na escala dos DSs há os Conselhos Comunitários de Saúde (CCS) formados por lideranças comunitárias eleitas diretamente entre seus pares com atribuições legais limitadas, cuja principal função é buscar atendimento para as necessidades da comunidade junto a unidade de saúde local, ao DS e ao CMS, com vistas a prover as melhorias na assistência à saúde para a população local. Assim, tanto o CMS como os CCS têm como função, definidas por leis federais e municipais, subsidiar a SMS na administração e na tomada de decisões nas ações voltadas para o provimento da assistência à saúde da população. Dessa maneira, entende-se que, segundo a legislação pertinente ao processo de descentralização dos serviços de saúde à população pelo SUS em suas escalas municipal, estadual e federal, ao longo do tempo, a rede de atendimento vem agregando possibilidades de atendimento à população em suas demandas de saúde e de epidemiologia. Contudo, há problemas da realidade das comunidades no município que ainda persistem, sobretudo na gestão e na aplicação dos serviços à população.

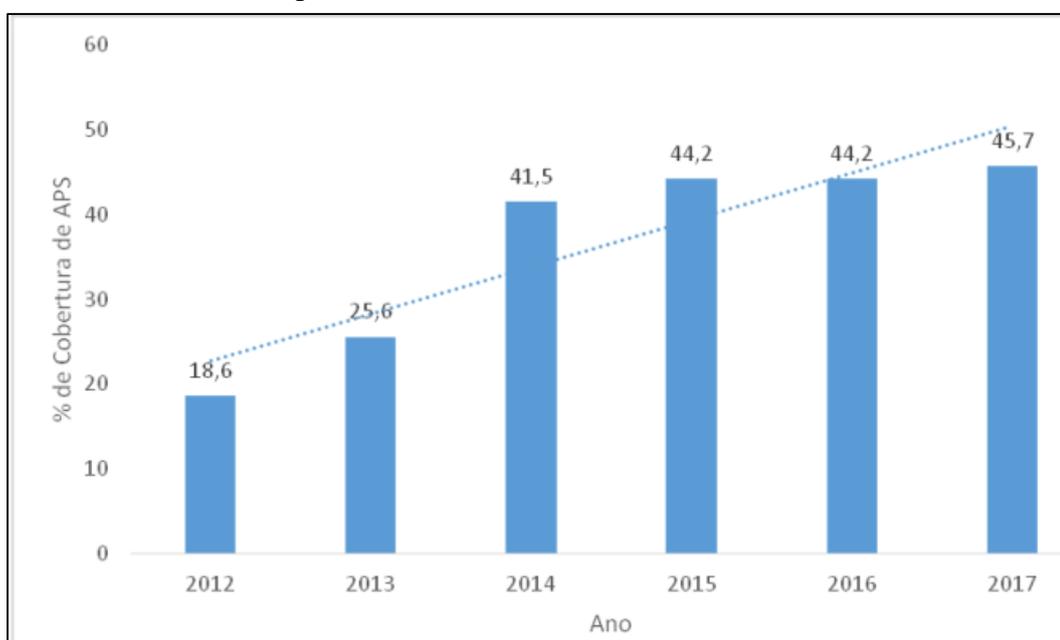
Nessa organização estão incluídos os Serviços de Urgência e de Emergência e Serviços de Alta Complexidade como no caso dos hospitais mantidos pelo município de Salvador. Dessa maneira é que “Dos 432 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS, 81,25% estão sob gestão municipal, 14,58% sob gestão estadual e 4,17% sob gestão dupla. A rede complementar representa 30,09%, ao passo que a rede pública responde por 69,91% dos estabelecimentos” (Salvador, 2019, p. 101). Atualmente o município de Salvador dispõe de uma quantidade importante de unidades de saúde da rede de baixa complexidade 121, “[...] 46 são Unidades Básicas sem Saúde da Família e 75 são Unidades Básicas com estratégia de Saúde da Família com 250 equipes de Saúde da Família” (Salvador, 2019, p. 106). Mas a cobertura atual da assistência é de apenas 45,7% da população que tem sido ampliada desde 2012 até 2017, como mostra o gráfico 1.

A rede de assistência primária à saúde gerida pelo município de Salvador tem cobertura de 45,7% da população municipal formada por: Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

com 10,5% de cobertura; Programa Saúde na Escola (PSE); quatro Multicentros de Saúde (são locais de múltiplas especialidades médicas da área de diagnóstico e tratamento, incluindo a anemia falciforme — programa de saúde voltado para a população negra); Programa de Saúde para a População LGBT; Rede de Farmácias para distribuição gratuita de medicamentos de uso controlado nas Unidade Básica de Saúde (UBSs) e Unidade da Saúde da Família (USFs); Rede Cegonha, para orientar as mulheres grávidas sobre a maternidade; há ainda outros serviços de saúde prestados pelo município (Salvador, 2019).

Gráfico 1 - Município de Salvador: cobertura da atenção primária de saúde, 2012-2017

Fonte: Salvador, 2019, p. 107.



Em que pese ter havido muitos avanços quantitativos e qualitativos para garantir uma oferta de bens e serviços de saúde à população soteropolitana desde a atenção primária, passando pela média complexidade e a regulação para os atendimentos de alta complexidade inclusive da alçada de outros poderes - Estados ou a União, e segundo os princípios básicos do SUS, ainda há obstáculos sensíveis ao atendimento da população em suas demandas de saúde, lá em suas comunidades, onde habitam.

4. O ALCANCE E OS LIMITES DA INFRAESTRURA DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

Em 2018 o município de Salvador possuía 2.986 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento (SCNES), dos quais, 2.554 (85,5%) são da rede privada não conveniada ao SUS; 245 (8,20%) integram a rede pública municipal; 47 (1,57%) integram a rede pública estadual; 10 (0,35%) integram a rede pública federal; e 130 (4,35%) são pertencentes a instituições filantrópicas e privados, mas vinculados ao SUS. A rede de estabelecimentos de saúde vinculada ao SUS no município de Salvador tem a maior parte sob a gestão municipal 81,25%, sob a gestão estadual estão 14,58%, 4,17% estão sob gestão municipal e estadual (Salvador, 2019). A tabela 2 sintetiza três informações importantes sobre os estabelecimentos de saúde existentes no município de Salvador em 2017: a natureza da instituição mantenedora, a quantidade e localização espacial. A primeira conclusão é que o setor público controla 69,9% da rede de estabelecimentos de saúde vinculada ao SUS no município de Salvador e o restante fica a cargo das instituições mantenedoras privadas ou filantrópicas também vinculadas ao SUS.

A segunda e terceira inferência é que os dois DSs situados há mais tempo na área de urbanização consolidada da cidade, com melhor infraestrutura pública e, que, atualmente mantêm cada um, subcentros funcionais urbano de forte relevância comercial e de prestação de serviços na escala da cidade (o Centro da Cidade, a Barra, Pituba/Itaigara e Iguatemi/Magalhães Neto); esses DSs: Barra/Rio Vermelho e Centro Histórico concentram a maior quantidade dos estabelecimentos de saúde em apreciação (29,4%) do total, com destaque para os estabelecimentos de natureza privada ou filantrópica. Adicionalmente o DS Liberdade, o qual está organizado numa área formada por um conjunto de bairros populares consolidados na periferia da área de urbanização mais antiga (os bairros do centro da cidade), e onde há uma forte tendência à concentração de população, cerca de 200 mil habitantes, cuja maioria possui renda baixa. O próprio bairro da Liberdade que nomeia o DS, exerce forte centralidade funcional urbana porque mantém um extenso subcentro comercial de rua no principal logradouro, rua Lima e Silva; mas a função comercial que vem se consolidando desde a década de 1960, se espalhou para outras localidades do entorno da Liberdade: São Caetano, San Martin IAPI etc. Essas condições socioespaciais atraíram, ao longo do tempo a atenção das autoridades públicas para instalar estabelecimentos de saúde, resultando na segunda maior concentração desses estabelecimentos (19%), sendo a maioria do setor público dada a renda, baixa, da população do DS.

Tabela 1 - Município de Salvador: distribuição dos estabelecimentos de saúde por Distrito Sanitário, 2017

Distritos Sanitários	Tipo de mantenedor					
	Público* Municipal	Público Estadual	Público Federal	Privado ou filantrópico	Total	
					Absoluto	%
Barra/Rio Vermelho	22	8	7	47	84	19,4
Boca do Rio	8	-	0	5	13	3,0
Brotas	11	2	0	14	27	6,3
Cabula/Beiru	22	9	0	2	33	7,6
Cajazeiras	14	4	0	1	19	4,4
Centro Histórico	15	2	3	23	43	10,0
Itapagipe	8	2	0	11	21	4,9
Itapuã	15	2	0	5	22	5,1
Liberdade	66	9	0	7	82	19,0
Pau da Lima	15	5	0	8	28	6,5
São Caetano/Valéria	16	1	0	3	20	4,6
Subúrbio Ferroviário	29	3	0	4	36	8,3
Total	241 + 4	47	10	130	432	100,0

Fonte: Salvador, 2019.

*4 estabelecimentos de saúde municipais não tiveram localização identificada.

Assim, os dois primeiros DSs se constituem como centralidade para os estabelecimentos de saúde privado ou filantrópicos e o terceiro DS citado tem centralidade para estabelecimentos públicos de saúde, principalmente municipais é o que mais se destaca com 66 unidades.

Os dados da tabela 3 informam sobre a distribuição espacial da assistência à saúde no município de Salvador quanto ao nível de complexidade média e alta para 2020. Os dados tendem a convergir para a tendência de concentração dos estabelecimentos de média e alta complexidade nos DSs Barra/Rio Vermelho e Centro Histórico. Pelas razões já explicadas anteriormente, esses dois DSs reúnem pouco mais da metade dos estabelecimentos de média complexidade (51,2%) e 35,4% dos estabelecimentos de alta complexidade. Os DSs Brotas, Itapagipe e Liberdade aparecem numa posição intermediária quanto à disponibilidade dos referidos estabelecimentos; e os demais DSs (entre eles, o Subúrbio Ferroviário) aparecem de maneira discreta para a disponibilidade dos mesmos estabelecimentos de saúde. A tabela 4 a seguir apresenta dados que reafirmam a predominância do controle da iniciativa privada e filantrópica sobre os estabelecimentos de saúde de média complexidade com o controle das unidades ambulatoriais. Os hospitais também são de interesse das instituições mantenedoras privadas e filantrópicas, pois juntas reúnem 35,4% desses estabelecimentos de saúde, nos DSs Barra/Rio Vermelho e Centro Histórico. Os demais DSs dispõem de pouca quantidade de estabelecimentos de média e alta complexidade, repercutindo a concentração e a centralização

da oferta desses serviços de saúde nos dois principais DSs Barra/Rio Vermelho e Centro Histórico, os quais correspondem às áreas da cidade que coordenam as atividades econômicas principais.

Tabela 2 - Município de Salvador: distribuição espacial das unidades de média e alta complexidade por Distrito Sanitário, 2020

Distritos Sanitários	Unidades Ambulatoriais	Unidades Hospitalares e Pré-hospitalares
Barra/Rio Vermelho	57	20
Boca do Rio	5	3
Brotas	15	4
Cabula/Beirú	6	6
Cajazeiras	5	5
Centro Histórico	28	9
Itapagipe	13	6
Itapuã	8	5
Liberdade	10	10
Pau Da Lima	7	4
São Caetano/Valéria	6	4
Subúrbio Ferroviário	6	6
Total	166	82

Fonte: Salvador, 2020.

Tabela 3 - Município de Salvador: unidades de saúde por nível de complexidade tecnológica, 2020

Tipo de estabelecimento	Pública Federal	Pública Estadual	Pública Municipal	Entidades privadas	Entidades sem fins lucrativos	Total
Unidades ambulatoriais	7	9	38	92	20	166
Unidades hospitalares e pré-hospitalares	2	28	23	13	16	82

Fonte: Salvador, 2020.

Os dados das tabelas a cima indicam a força da influência do setor privado de saúde na assistência à saúde no município de Salvador. Na medida em que as empresas particulares se apropriam da maior quantidade de unidades de saúde de média e alta complexidade no município de Salvador, e quando essas empresas, seguindo a lógica do mercado, microeconômica, optam por localizar os seus estabelecimentos de saúde nas áreas da cidade onde reside pessoas/clientes de rendimentos elevados, que podem pagar pelo uso desses serviços, isso cria uma especialização funcional no espaço da cidade em áreas restritas. Por seu turno, quando o setor público instala serviços de saúde de média e alta complexidade em certos

Distritos Sanitários nos quais já há concentração desses serviços, em detrimento de outras localidades na periferia da cidade, isso implica dificuldades de acesso aos serviços de saúde, principalmente de média complexidade para os milhares de pessoas empobrecidas que habitam fora das áreas residenciais melhor servidas de infraestrutura urbana e demais serviços.

Na medida em que essas pessoas empobrecidas precisam de tratamento de saúde e decidem ir em busca do serviço do SUS, devem investir o pouco dinheiro que têm para pagar algum meio de transporte para ir até o estabelecimento de saúde. Isso acaba por desmotivar essas pessoas induzindo-lhes a não buscarem o serviço de saúde, devido as dificuldades encontradas, o que terá como consequência o agravamento da situação de saúde. Assim, o município de Salvador está perpetuando um problema que já se tornou clássico na história do sistema de saúde soteropolitano relatado por Nascimento (2004):

[...] A especialização dos estabelecimentos de saúde, mostrando as desigualdades no acesso a esses serviços, principalmente por parte da população que depende essencialmente da rede pública, atualmente reduzida a uma modalidade de assistência destinada, aos pobres. A maior parte dos equipamentos de saúde, disponíveis para atendimento dessa população necessitada, estão concentrados na área ocidental da cidade, caracterizada por alto nível de renda e escolaridade (Centro e Barra/Rio Vermelho/Pituba). Nessas localidades, a demanda por serviços de saúde também é proveniente das áreas-problema, cujos moradores precisam deslocar-se em busca de atendimento. A distribuição desses equipamentos de saúde para se tornar equilibrada, deveria levar em conta as desigualdades existentes no município, tratando a população excluída e segregada de forma diferenciada, observando suas diferenças econômicas e sociais. Critérios mercadológicos e políticos influenciam nessa distribuição desigual dos estabelecimentos assistenciais de saúde, principalmente os de média complexidade, que se implantam nas áreas de maior concentração de renda. A participação do setor privado é relevante, tanto no âmbito hospitalar quanto no ambulatorial; no entanto quando instala suas unidades em áreas carentes, cria um subsistema forte e de baixa regulação pelo Estado (atenção médica supletiva), e estabelece atendimento de baixo custo para a população que não pode deslocar-se para outros pontos da cidade, concentradores dos equipamentos. Esse atendimento excludente segrega até no interior das suas unidades, quando individualiza a recepção de pacientes: conveniados e “SUS” (NASCIMENTO 2004, p.84).

Nascimento (2004) procura, através de um estudo de caso sobre a segregação espacial das unidades e serviços de saúde no município de Salvador, demonstrar os interesses mercadológicos por trás da localização dos serviços de saúde de média e alta complexidade nas áreas onde residem famílias de renda elevada, com condições para consumir tais serviços em detrimento das áreas onde residem famílias com renda menor.

Dessa maneira, pode-se indicar que quanto mais pobre e populoso é o Distrito Sanitário, maior é quantidade de serviços básicos à saúde, que muitas vezes funciona de maneira precária, logo, criando a necessidade de as pessoas de baixa renda se deslocarem para áreas da cidade de Salvador melhor servidas de serviços de saúde pública de média e alta complexidade, indispensáveis para a assistência integral à saúde da população no município. Pois a baixa

complexidade da saúde depende muito dos serviços prestados pela média complexidade uma vez que ela é responsável pelos equipamentos hospitalares voltados para os exames e para ajudar os médicos a elaborarem o diagnóstico do agravo à saúde das pessoas atendidas por uma UBS ou USF. Sem os exames, os médicos ficam impossibilitados de realizar o encaminhamento de qualquer paciente para a continuidade do tratamento de saúde. Diante dessa realidade entre o setor privado de saúde não conveniado ao SUS e ao paralelismo e a imbricação do setor de saúde privado e o público, como o município de Salvador conseguirá cumprir com o que está determinado pelas leis federais 80.080/90 e a 8.142/90 na prestação de uma atenção básica à saúde com o PSF nos bairros e localidades pesquisados: Rio Sena, Ilha Amarela, e Alto da Terezinha e Alto Cruzeiro?

Destaca-se que o município não dispõe de uma rede de serviços de média complexidade suficiente para atender a população em suas necessidades de saúde com relação à realização de exames médicos em tempo hábil, solicitado pelos médicos da unidade de saúde a fim de auxiliá-los no encaminhamento do paciente para médicos especialistas no tipo de tratamento que a situação de saúde do paciente requer no tempo em que o quadro do paciente não seja grave a ponto de necessitar de tratamento mais complexo realizado somente nos serviços da alta complexidade de saúde, hospital, o que tornaria o tratamento mais lento e também mais custoso para os governos. Diante das condições assistenciais de saúde pública em Salvador seria impossível para o município prover sua população de baixa renda e valorizar o PSF de maneira que ele possa cumprir o papel de ferramenta promotora de prevenção de doenças, desde quando o município se encontra sob forte influência do setor privado de saúde, forte dependência das unidades de saúde pertencentes aos Estado, à União e à rede privada e filantrópica. Isso gera impacto significativo nos demais níveis de complexidade da saúde e no consumo de medicamentos, implicando a prática da intervenção em substituição da prevenção nas três escalas de governo: União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A situação atual da cobertura da atenção primária à saúde no município de Salvador é 56,36% e dentro dessa cobertura se encontra o PSF com 43,17%, o que denota baixa cobertura desse nível de complexidade de atenção à saúde. Isso serve como um indicativo da incapacidade de o município de Salvador, até então, cumprir as suas atribuições legais de provedor da atenção primária à saúde, de maneira que busque satisfazer a necessidade de saúde da população. Realidade que o próprio município de Salvador reconhece quando escreve:

Atualmente, 56,36% da população de Salvador está coberta pela APS, mas ainda há desafios a serem superados na perspectiva da ampliação do cuidado da família e da comunidade em Salvador. Para tanto, destaca-se a necessidade do avanço em relação à desfragmentação da atenção e gestão, à promoção de mudanças no acesso por meio

da diminuição de barreiras e do aumento da busca ativa dos usuários, investimento no processo de acolhimento nas unidades com observância do princípio da equidade, promoção de ambientes de trabalho saudáveis e qualificação do processo de trabalho das equipes, além da participação dos usuários para maior efetividade do controle social. Somam-se a estes desafios a importância de garantir o cumprimento dos indicadores de desempenho preconizados pelo Previne Brasil (SALVADOR, 2020, p. 227-228).

Isso vem corroborar o fato de que o município de Salvador ainda não conseguiu atender o que a legislação pertinente preconiza na aplicação dos princípios básicos (Universalidade, Integralidade, Equidade, Participação da comunidade, Descentralização, Regionalização e Hierarquização) norteadores da assistência à saúde no processo de promoção de uma assistência à saúde em consonância com as necessidades da população como explica Leite (2017):

A cidade de Salvador tem um total de 1.282 ACS credenciado pelo MS, com esse quantitativo de profissionais a cobertura populacional é de 27,19%. Para alcançar pelo menos 50% de cobertura seria necessário 2.580 agentes, o que representa quase o dobro do contingente que se tem atualmente. Para calcular a proporção da estimativa da população coberta consideraremos o produto de 575 pessoas (média de pessoas acompanhadas) pelo total de ACS dividido pela população estimada (IBGE) multiplicada por 100. A capital soteropolitana tem hoje 29,52% de cobertura das equipes de saúde da família, ela é a segunda capital do Nordeste com menor cobertura, perdendo apenas para Maceió com 28,90%. Tivemos 232 Equipes de Saúde da família Credenciadas pelo MS, a cobertura populacional estimada por equipe é dada pelo percentual da população coberta em relação a estimativa população, teremos então o $n^{\circ} X 3.450$ pessoas (média de pessoas acompanhadas por e SF). Para o proporcional dividimos esse valor pela população estimada (IBGE) e multiplicamos por 100 (LEITE, 2017, p. 42-43).

Com relação à incapacidade de o município de Salvador promover uma atenção à saúde da população com o PSF que atenda às necessidades de saúde das pessoas residentes nas comunidades pobres, logo mais necessitadas de uma atenção maior por parte da PMS. Deve-se entender, antes de tudo, que, de fato, nunca houve um interesse objetivo da PMS em implantar o PSF no município se considerarmos que essa política pública nacional foi criada em 1994, mas somente começou a ser implantada em Salvador a partir de 2001, de maneira muito tímida e teve maior impulso para a concretização a partir de 2003, por uma pressão externa, do Ministério da Saúde, com o estímulo do Programa de Expansão de Saúde da Família (PROESF), como explica Ruf (2007):

O PROESF (Programa de Expansão de Saúde da Família) é uma iniciativa do Ministério da Saúde para consolidação do Saúde da Família que previu investimentos de US\$ 550 milhões até 2009 (50% de empréstimos do Banco Mundial e 50% de contrapartida do governo federal). O PROESF foi dividido em três componentes. O primeiro teve como objetivo a reorganização da atenção básica nos municípios com mais de 100 mil habitantes. Entre as ações previstas estavam a capacitação dos profissionais, a aquisição de veículos, equipamentos médicos e de suporte, além de reforma e locação de novas unidades de atendimento do PSF. O segundo componente, aberto a todos os municípios que possuem o Programa Saúde da Família implantado,

previu a qualificação de recursos humanos para as equipes do PSF em todo o país. Já o terceiro componente do PROESF reforça os sistemas de informação para avaliação e monitoramento das ações na atenção básica promovido pelo Ministério da Saúde começou a ser operacionalizado em julho de 2003 (Brasil, 2007a). Em Salvador, o PROESF foi elaborado pelas coordenações competentes da Secretaria Municipal de Saúde (ASTECS, COAPS/PACS/PSF, CRA, CDRH, COSAM, Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário) e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde no dia 18/06/2003 (Ruf, 2007, p. 57, apud Salvador, 2004).

Depois disso, o que aconteceu foi a captura do PSF pelos políticos do município, não por acaso, o DS Subúrbio Ferroviário recebeu os primeiros e a maior quantidade de USF, pois à época havia um político, vice-prefeito, cuja base eleitoral estava concentrada no Subúrbio Ferroviário (Ruf, 2007); daí a força para atrair o quanto pudesse desses equipamentos, numa demonstração de atenção para a população local, contudo, é um dos DS com mais problemas de natureza epidemiológica e socioespacial.

Nesse sentido, Leite (2017) constata através de uma pesquisa estatística que o município de Salvador não tem conseguido cumprir o princípio da integralidade da assistência à saúde uma vez que o município não tem conseguido ampliar a cobertura do PSF de maneira que satisfaça a necessidade de saúde das pessoas mais carentes como a própria autora cita,

[...] Como menos da metade da população soteropolitana é assistida pelo PSF, os resultados não atendem ao princípio da integralidade, pois o programa propõe garantir o acesso de forma oportuna e humanizada permitido que a atenção cumpra seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde.

O fortalecimento do PSF não aconteceu, nesse período analisado, já que a ampliação da cobertura é um dos fatores que interferem na tonificação do programa, pois o processo de reconhecimento e apropriação do território é fundamental para as equipes de AB. A identificação de fatores determinantes do local, como: físico, sanitário, demográfico, socioeconômicos entre outros, permite ampliar e reconhecer as possibilidades de melhores condições de vida e da situação de saúde da população (LEITE, 2017, p. 50).

Complementando o pensamento da autora acima pode se citar aqui a questão referente ao financiamento dos níveis de complexidade da assistência à saúde pública no município de Salvador. Pois apesar do próprio município de Salvador reconhecer que 80% da demanda de saúde resolveria na assistência básica, porém a maior parte do montante de recurso municipais destinado a atenção à saúde do município de Salvador é investimento que se concentra nos serviços de urgência e emergência que juntas absorvem R\$291.866.975,42 dos recursos, enquanto a atenção básica à saúde fica com R\$ 86.608.382,14 de todos os recursos (Plano Municipal de Saúde 2018-2021, v. 1; Plano Municipal de Saúde, 2014-2017). A consequência disso é um déficit na atenção básica de saúde responsável pelo processo de monitoramento e prevenção de doenças na população.

Uma das provas dessa situação está em que no perfil epidemiológico do município de

Salvador é forte a persistência de doenças evitáveis; a população do município de Salvador registra bastantes casos de agravos à saúde relacionados ao modo vida: em 2015 apresentou 71,9% de doenças do aparelho respiratório, 80,9% de neoplasias (tipo de câncer) e 191,8% de diabetes. Além disso, as áreas residenciais com população mais pobre no município são aquelas onde predominam as doenças evitáveis, com os casos notificados, como no caso do Subúrbio Ferroviário de Salvador; lá, em 2019 foram notificados 231 casos de tuberculose e 28 casos de hanseníase, sendo que para o mesmo período o município de Salvador teve o total de 314 casos notificados de hanseníase e 1.774 casos de tuberculose no mesmo ano. Quanto o percentual dos casos de tuberculose para o DS Subúrbio Ferroviário de Salvador ele ficou com 13%, enquanto o percentual de casos de hanseníase foi 8% (Plano Municipal de Saúde 2018-2021, v. 1; Plano Municipal de Saúde, 2014-2017). Dessa maneira é que no contexto epidemiológico do município de Salvador, tanto na escala do município como na do Distrito Sanitário, e no bairro é desafiador implementar corretamente uma assistência básica à saúde e um PSF que funcione de maneira a articular o ideal definido pela legislação federal e a gestão adequada para o atendimento das necessidades de saúde da população dessas localidades.

4.1 ELEMENTOS DA EPIDEMIOLOGIA DOS DISTRITO SANITÁRIOS DO MUNICÍPIO DE SALVADOR

A quantidade de pessoas existente nas áreas de ação dos serviços de saúde do município de Salvador é um dado importante no momento da elaboração do planejamento das ações de saúde, pois a quantidade de pessoas que se pretende alcançar com o atendimento nas unidades de saúde que formam a rede de assistência à saúde do município de Salvador constitui um dado importante, em razão da necessidade de dimensionar os investimentos e mensurar o repasse de receitas do Governo federal para custear a assistência à saúde, o qual é feito com base na quantidade de pessoas registradas em cada unidade de saúde da atenção primária. A tabela 4 apresenta a distribuição espacial da população nos 12 DSs do município de Salvador. Um indicador epidemiológico refere-se às situações saúde-doença durante um período de tempo numa população, em dada porção do espaço geográfico; leva em consideração os agravos à saúde, as condições socioeconômicas e ambientais, as quais, devidamente levantadas e analisadas permitem planejar ações e estratégias para a melhoria das condições de vida dessa população. A PMS corrobora essa assertiva ao citar Paim (2012) que escreve:

Distrito Sanitário, modelo de atenção de base epidemiológica, deve ser entendido

como unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, sendo seu território definido por critérios populacionais, geográficos, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados a partir de um conjunto de mecanismos políticos institucionais e com a participação da sociedade, para a promoção de mudanças das práticas sanitárias (Salvador, 2019a, p. 15, apud Paim, 2012).

Tabela 4 - Salvador: população residente estimada por Distrito Sanitário, 2022

Distrito Sanitário	População
Barra/Rio Vermelho/Pituba	369.239
Boca do Rio	137.629
Brotas	221.486
Cabula/Beiru	420.368
Cajazeiras	173.255
Centro Histórico	78.296
Itapagipe	176.945
Itapoan	272.614
Liberdade	195.474
Pau da Lima	238.270
São Caetano/Valéria	280.496
Subúrbio Ferroviário	350.932
Total	2.915.004

Fonte: Tabnet Salvador, 2023.

Em termos gerais, as condições epidemiológicas da população do DS Subúrbio Ferroviário de Salvador apresentam as seguintes características no período entre 2012 e 2022:

Os dados das tabelas 5 e 6 indicam que as doenças infectocontagiosas ainda são realidades consistentes no município de Salvador com destaque para as áreas dos DSs onde reside população com predominância de renda baixa.

A tabela 5 apresenta a incidência da tuberculose agravando a saúde da população. Esta é uma enfermidade associada à precariedade nas condições de renda e moradia de uma população. Os DSs com maior incidência dessa doença são aqueles onde predomina a população com menor renda, logo, as condições de alimentação/nutrição e habitação e saneamento são precárias. Dessa maneira os DSs onde há forte predomínio do status social de renda baixa na população ocorre uma prevalência dos casos notificados de tuberculose durante o período observado, apontando uma média consistente no período analisado: Cabula/Beiru (337 casos), Subúrbio Ferroviário (291 casos) e São Caetano/Valéria (267 casos).

Tabela 5 - Município de Salvador: casos notificados de tuberculose na população residente por Distrito Sanitário, 2012-2022

Distrito Sanitário	Ano											Média
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	

Barra/Rio Vermelho	252	241	245	215	249	216	185	209	169	217	103	209
Boca do Rio	74	66	78	57	63	64	77	72	63	71	36	66
Brotas	109	143	134	135	104	124	126	132	98	90	70	115
Cabula/Beirú	366	401	328	358	356	336	354	364	330	317	194	337
Cajazeiras	108	118	109	112	128	92	110	109	116	109	65	107
Centro Histórico	89	94	109	87	86	73	87	101	93	88	33	85
Itapagipe	176	127	184	164	128	173	159	149	138	203	102	155
Itapoan	153	133	170	138	144	167	181	161	141	189	86	151
Liberdade	215	210	195	202	185	145	158	142	127	146	93	165
Pau da Lima	165	155	150	164	201	184	184	156	128	177	82	159
São Caetano/Valéria	308	289	283	270	316	303	295	281	257	212	121	267
Subúrbio Ferroviário	322	299	311	306	289	314	355	302	242	289	170	291
Total	2.337	2.276	2.296	2.208	2.249	2.191	2.271	2.178	1.902	2.108	1.155	–

Fonte: Tabnet Salvador, consulta em 18/07/2022.

Nesse aspecto uma ressalva é necessária. No DS Barra/Rio Vermelho¹² há uma forte heterogeneidade socioespacial, com bairros populares densos onde habita população formada por famílias empobrecidas com renda baixa; e bairros onde habita famílias com renda média e elevada, mas que são entremeados por amplas áreas proletárias, a exemplo da Roça da Sabina, no bairro Centenário, entre tantos outros exemplos. Esse fato coloca o referido DS na condição de uma falsa homogeneidade quanto as informações socioeconômicas, de saúde e ambientais. Em razão disso o DS Barra/Rio Vermelho apresenta uma média elevada de 209 casos de tuberculose na população local, sendo o quarto DS com as maiores quantidades de casos registrados. Sabe-se que a tuberculose é um tipo de agravo à saúde evitável, sendo, na maioria das vezes, associado às condições de pobreza, saneamento precário e subnutrição das pessoas. Assim, o DS Cabula/Beirú registra a maior média nos últimos 11 anos com 337 casos notificados, seguido do Subúrbio Ferroviário com 291 casos e São Caetano/Valéria com 267 casos. Os DSs com menores quantidades de casos registrados são Boca do Rio com 66 registros e o Centro Histórico com 85 casos; os demais DSs registram entre 100 e 160 casos.

Tanto quanto a tabela 6, a tabela 7 apresenta dados referentes a doenças evitáveis. No

¹² O DS Barra/Rio Vermelho abrange uma variedade de bairros como: Chame-Chame, Loteamento Aquários, Pituba, Canela, Jardim Brasil, Morro do Conselho, Porto da Barra, Farol da Barra, Morro do Cristo, Morro Ipiranga, Morro do Gato, Vitória, Ondina, Banco dos Ingleses, Graça, Itaigara, Parque Nossa Sra. da Luz, Caminho das Arvores, Barra, Iguatemi, Parque Júlio César, Barra Avenida, Jardim Apipema, Centenário, Alto da Bola, Parque São Vicente, Alto da Santa Cruz, Jardim Zoológico, Pedra da Sereia, Alto da Sereia, Alto das Pombas, Chapada do Rio Vermelho, Loteamento IAPSEB, Ponto da Mangueira, Alto do Areal, Engenho Velho, Federação, Alto do Gantois, Rio Vermelho, Alto do Sobradinho, Federação, Roça da Sabina, Amaralina, Gantois, Santa Cruz, Avenida Brandão, Garcia, Nordeste Amaralina, São Gonçalo, Federação, Baixa Vai quem quer, Garibaldi, São Lázaro, Paciência, Ubaranas, Parque Cruz Aguiar, Vale da Muriçoca, Invasão do Cai Duro, Parque Flamboyants, Vale das Pedrinhas, Binóculo, Invasão do Tubo, Parque João XXIII, Vale dos Barris, Cardeal da Silva, Invasão São Lázaro, Vasco da Gama, Calabar Vila Matos, Jardim América, Parque São Braz, Campo Santo, Parque São Paulo. SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Distritos Sanitários. Disponível em: <<https://saude.homologacao.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/>>. Acesso em: 15 set. 2023.

caso da leptospirose, essa doença ocorre em razão das condições de infraestrutura urbana e saneamento precários, pobreza e condições de habitação também precários. Os dados da tabela 7 registram as maiores médias (extremas) para o período entre 2012 e 2022 nos DSs: Subúrbio Ferroviário (24 casos), Cabula/Beirú (20 casos), São Caetano/Valéria (16 casos) e Pau da Lima (13 casos), enquanto para todos os outros DSs a quantidade de casos não atingiu 10 em todos os anos do período avaliado 10.

Tabela 6 - Município de Salvador: casos notificados de leptospirose na população residente por Distrito Sanitário, 2012-2022

Distrito Sanitário	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Média
Barra/Rio Vermelho	12	4	10	10	4	9	12	10	4	4	8	8
Boca do Rio	3	3	4	2	1		4	3	2	6	3	3
Brotas	6	10	4	9	7		3	10	5	3	4	6
Cabula/Beirú	31	27	20	22	12	14	16	30	14	18	15	20
Cajazeiras	3	7	6	4		1	6	7	2	4	2	4
Centro Histórico	2	5	5	3	4	2	2		3	1	4	3
Itapagipe	13	16	9	18	6	7	2	10	3	4	5	8
Itapoan	11	5	6	5	4	12	4	9	4	7	4	6
Liberdade	10	12	5	11	7	7	7	5	3	3		7
Pau da Lima	18	18	15	14	9	7	12	15	7	10	14	13
São Caetano/Valéria	15	43	23	22	10	10	13	20	11	12	2	16
Subúrbio Ferroviário	22	24	29	42	11	26	33	32	18	18	9	24
Total	146	174	136	162	75	95	114	151	76	90	70	-

Fonte: Tabnet Salvador, consulta em 22/07/2022.

Segundo o Ministério da Saúde a hanseníase é uma doença fortemente relacionada a condições econômicas, sociais e ambientais adversas, afeta principalmente as populações das regiões mais empobrecidas do mundo. “O Brasil apresenta o segundo maior número de notificações de casos novos da doença no mundo e o primeiro nas Américas” (Brasil, 2024, p. 11). Nesse contexto o município de Salvador não escapa ao surgimento de vários casos novos da doença.

Quanto à distribuição da ocorrência de novos casos da doença no município de Salvador entre 2012 e 2022 (tabela 7), observa-se que o DS Subúrbio Ferroviário teve o registro da maior quantidade de casos (652), seguido do DS Itapoan (629), depois tem os DSs com casos intermediários elevados entre 255 e 500, seguidos dos DSs com menores quantidades de casos (55 a 200). A população dos bairros do Subúrbio Ferroviário são as mais afetadas onde reside a área de jurisdição dos Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador. Novamente, as áreas residenciais da periferia distante na cidade são as mais desassistidas, principalmente onde a infraestrutura urbana é mais precária e a renda da população é mais baixa, e onde também há menor suporte de atendimento para de saúde pública.

Assim, os DSs localizados nas áreas residenciais de maior renda na cidade¹³ dispõem

Tabela 7 - Município de Salvador: casos notificados de hanseníase por Distrito Sanitário na população residente, 2012 a 2022

Distrito Sanitário	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Barra/Rio Vermelho	25	16	19	23	18	14	22	17	8	11	5	178
Boca do Rio	9	6	5	9	11	7	4	7	5	4	1	68
Brotas	5	7	11	8	8	11	7	10	5	7	2	81
Cabula/Beirú	44	35	43	47	36	49	39	37	30	19	14	393
Cajazeiras	25	12	30	26	25	26	35	26	19	21	10	255
Centro Histórico	6	4	5	4	6	3	5	5	7	8	2	55
Itapagipe	32	36	34	37	22	30	24	18	20	12	6	271
Itapoan	66	42	61	55	78	74	56	71	45	61	20	629
Liberdade	19	12	19	9	11	14	10	21	9	10	1	135
Pau da lima	27	25	22	22	21	16	12	19	9	18	6	197
São Caetano/Valéria	63	40	77	47	47	58	27	54	29	31	17	490
Subúrbio Ferroviário	59	66	93	78	83	73	68	41	30	36	25	652
Total	380	301	419	365	366	375	309	326	216	238	109	–

Fonte: Tabnet Salvador consulta em 23/07/2022.

de maior quantidade de unidades e serviços municipais saúde de média complexidade, ao passo que os DS nas áreas periféricas são desfalcados desses benefícios, o que, por uma medida de equidade não deveria acontecer, conforme preconiza a NOB 01/96, que considera a prioridade de atenção às famílias mais pobres como esclarecem Almeida; Castro; Lisboa (1998, p. 23): “Além disso, devem ser considerados como pontos fundamentais as condições econômicas, sociais e culturais da população da área, além da disponibilidade, regularidade e custos do transporte coletivo”. Esses DSs formam centralidades de serviços de média complexidade no município forçando os deslocamentos diários da população de outros DSs mais distantes e sem esses serviços. Um outro problema referente à localização espacial de unidades e serviços de saúde na cidade do Salvador é a fragmentação espacial dos serviços, a exemplo de determinados tratamentos odontológicos, os quais deveriam estar localizados em uma mesma unidade de saúde para atender a população local, mas estão em locais específicos e isolados dos outros serviços disponíveis. Há apenas duas unidades, que são as Unidades de Atendimento Odontológico (UAO): Liberdade e Dique¹⁴, para atender toda a população municipal; há

¹³ A Orla Atlântica da cidade do Salvador é o setor de habitação predominante das famílias de renda média e elevada e o Subúrbio Ferroviário é predominantemente habitado por famílias com os mais baixos rendimentos (BRITO, 2005).

¹⁴ As Unidades de Atendimento Odontológico (UAO) oferecem serviços de urgência e emergência em saúde bucal; os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) oferecem serviços de média e alta complexidade em saúde bucal: diagnóstico com ênfase na detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais; serviços de prótese dentária total, parcial removíveis, fixas unitárias e coroas protéticas. As quatro Unidades Multicentros (Liberdade,

também seis Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) nas seguintes localidades: Federação, Centro, Mussurunga I, Cajazeiras V e Periperi (Plano Municipal de Saúde 2018-2021, v. 1). Procurou-se fazer aqui uma caracterização geral da situação de saúde do distrito sanitário Subúrbio Ferroviário de Salvador ou das condições espaciais do mesmo com a finalidade de chamar atenção quanto as suas carências para tratar do programa da saúde da família nas localidades de Rio Sena, Cruzeiro, Ilha Amarela e Alto da Terezinha nos parágrafos seguintes, sendo que quanto mais carente for o lugar e mais necessitada for a sua população mais atenção requer do poder público quanto as políticas sociais de amparo, como a assistência pública de saúde.

O PSF foi implantado no município em 2000 e o DS Subúrbio Ferroviário foi priorizado por se tratar de um dos espaços da cidade mais carente em termos sociais e também dentro da estratégia do programa mais médico em 2017 o distrito sanitário do Subúrbio Ferroviário chegou a ter destaque diante os outros com 36% de cobertura a saúde (Plano Municipal de Saúde 2018-2021, v. 1), Porém apesar de ser um dos distritos sanitários mais bem servido em termo de assistência básica a saúde, ficando atrás apenas da Liberdade com 80% (Plano Municipal de Saúde 2018-2021, v. 1), o mesmo ainda se constitui das regiões muito carentes da assistência municipal e estadual de saúde, devido à baixa renda da maioria de seus moradores e a persistência de um quadro epidemiológico que os agravos evitáveis de saúde ainda se têm destaque diante de toda extensão municipal de Salvador. Assim, evidencia-se a fragilidade da política de assistência básica à saúde do município de Salvador e nesse contexto o PSF nos DSs mais carentes de atenção, vez que esse programa deveria funcionar para tornar possível a construção nas localidades da prevenção a saúde que teria a finalidade reduzir e até mesmo erradicar alguns agravos evitáveis à saúde, reduzindo a necessidade de recorrer a rede assistencial de urgência, emergência e ou de alta complexidade.

4.2 PROBLEMAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MANTIDOS PELO MUNICÍPIO DE SALVADOR

A Secretaria Municipal de Saúde da PMS realizou uma avaliação sistemática sobre a Percepção dos Problemas do Estado de Saúde e dos Serviços de Saúde em 2017 por meio de Oficina para Identificação e Priorização de Problemas de Saúde em todos os Distrito Sanitário, com participação de dezenas de pessoas por categoria: usuários, profissionais, gestores e/ou prestadores de serviços de saúde. Os problemas identificados e priorizados estão apresentados nos respectivos quadros referentes a cada Distrito Sanitário que pode ser lido na publicação da SMS no link [<pms_2018_2021 - volume II - montado - modificado em 13 03 2020.cdr \(salvador.ba.gov.br\)>](http://pms_2018_2021_-_volume_II_-_montado_-_modificado_em_13_03_2020.cdr_(salvador.ba.gov.br)).

A seguir, apresentamos os quadros dos Distrito Sanitário: Barra Rio/Vermelho (quadro 1), Subúrbio Ferroviário (quadro 2) e Cabula/Beirú (quadro 3) para efeito de exposição dos problemas mais comuns aos serviços de saúde nas unidades de saúde do município de Salvador. Assim observa-se que, dentre outros, os problemas mais comuns são: alta rotatividade de profissionais em vários setores de atendimento; ausência de materiais e insumos previstos; falta de manutenção preventiva dos equipamentos de saúde; baixo incentivo às ações de promoção à saúde e prevenção de agravos; dificuldade para acesso à realização e recebimento dos laudos de exames; insuficiência de pessoal, principalmente técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos especialistas; precariedade das instalações das unidades de saúde etc..

Quadro 1 - Município de Salvador: percepção dos problemas dos serviços de saúde no Distrito Sanitário Barra Rio/Vermelho, 2017
Alta rotatividade dos profissionais do CAPS (psiquiatra e psicólogo), no DSBRV;
Aumento das taxas de infecção hospitalar que evoluíram para óbito, nos últimos 5 anos;
Ausência de campanhas informativas e divulgação do Vírus HTLV, no DSBRV, nos últimos 5 anos;
Ausência de equiparação de equipe de saúde bucal e saúde da família, assim como nº insuficiente de consultório odontológico, no DSBRV, nos últimos 5 anos;
Ausência de implantação da Política Nacional de Atenção às doenças raras no DSBRV, desde 2014;
Ausência de instrumento de monitoramento e avaliação da RAPS, assim como avaliação permanente de indicadores epidemiológicos;
Ausência de leitos de saúde mental em HG, CAPS III, UA Adulto e Centro de Convivência, no DSBRV, nos últimos 5 anos;
Ausência de materiais e insumos previstos no financiamento do NASF, no DSBRV, nos últimos 5 anos;
Ausência de programas de inserção e qualificação profissional para pessoas com transtorno de

saúde mental no DSBRV;
Ausência de regulamentação do PCCV;
Ausência do profissional de fonoaudiologia no NASF, no DSBRV;
Ausência do setor responsável pela implantação das práticas integrativas complementares;
Baixa adesão ao TTT terapêutico DCNT pela população do DSBRV, acarretando complicações e internamentos;
Baixa valorização e incentivos aos profissionais que trabalham na gestão, no DSBRV;
Baixo acesso e continuidade do cuidado a usuários na ATB com transtornos mentais leves, no DSBRV, nos últimos 5 anos;
Baixo diagnóstico de DF em adultos, que não realizaram teste do pezinho, nos últimos 5 anos;
Baixo incentivo às ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, no DSBRV, nos últimos 5 anos;
Centralização da oferta de vacinas em unidades específicas, no DSBRV, em 2017;
Cobertura insuficiente de ESF/NASF no DSBRV, e equipes incompletas, nos últimos 5 anos;
Diagnóstico tardio de HTLV no DSBRV, nos últimos 5 anos;
Dificuldade de articulação entre a saúde mental ao SUAS, em especial, nas situações para abrigo de pessoas em situação de rua e questões de saúde mental;
Dificuldade do serviço de prótese dentária para os usuários do DSBRV, nos últimos 5 anos;
Dificuldade na implementação das ações de alimentação e nutrição no PSE, pela fragilidade na articulação intersetorial desde 2009, no DSBRV;
Dificuldade para acesso à realização e recebimento dos laudos de exames (Papanicolau, biopsias, exames de imagem, urodinâmica e outros exames), não havendo priorização de grupos de risco gestantes, suspeita de CA, crianças, no DSBRV, nos últimos 5 anos;
Dificuldade para agendamento de especialidades (Sistema VIDA), principalmente pelos usuários de saúde mental, desde 2012;
Dificuldade para confecção da 1ª Via do CNS, devido centralização dos serviços e exigência de comprovante de residência, nos últimos 2 anos;
Estrutura física inadequada, no PA Psiquiátrico, desde 2013;
Falta de perspectiva de raça, gênero e geracional, na qualificação dos profissionais e nas estratégias para integralidade e promoção da igualdade;
Fragilidade da participação dos usuários da saúde mental, dentro das instâncias decisórias do controle social, no DSBRV, nos últimos 5 anos;
Fragilidade na rede de atenção psicossocial nos últimos 5 anos;
Fragilidade na rede de urgência e emergência na atenção em saúde mental, baixa qualificação profissional, no DSBRV;
Inexistência de educação continuada/permanente para os profissionais de saúde, especialmente práticas integrativas em saúde;
Inexistência de leitos hospitalares municipais e insuficiência de leitos estaduais, no DSBRV, nos últimos 5 anos;
Inexistência de serviço municipal de reabilitação, intensificação de cuidados aos usuários de saúde mental e assistência domiciliar à saúde de pessoas restritas ao domicílio, no DSBRV, desde 2015
Inexistência de transporte para deslocamento de usuários do PA Psiquiátrico, CAPS e NACPC;
Insuficiência de RH, principalmente técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos especialistas (pediatra, urologista e ginecologista para pessoas com HTLV, no DSBRV, nos últimos 5 anos;
Insuficiência e irregularidade no fornecimento de insumos pela SMS, no DSBRV, nos últimos 5 anos;
Não identificação de casos graves de saúde mental, não tratados em comunidades no DSBRV,

nos últimos 5 anos;
Nº insuficiente de CAPS ad, CAPS ad-3, CAPS I-a, SRT, CR.
Precariedade das condições de trabalho para os profissionais, a exemplo de climatização, salas insalubres, fardamento, água potável, material de higiene e permanente, bem como a ausência de ponto de apoio e material de trabalho para o agente de combate a endemias, no DSBRV;
Redução dos profissionais de nutrição no DSBRV, desde 2012;
Fonte: Relatório da Oficina de Priorização de Problemas do DSBRV, 2017.

Quadro 2 - Município de Salvador: percepção dos problemas dos serviços de saúde no Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário, 2017
Falta de solicitação das sorologias para HTLV na consulta pré-natal e para demanda aberta do DSSF
Dificuldade dos pacientes no acesso a informações sobre saúde bucal no DSSF
Insuficiência de profissionais dentistas da atenção primária do DSSF
Falta de atendimento integral as pessoas com HTLV no DSSF
Falta de profissional farmacêutico e atendentes nas farmácias das unidades
Insuficiência na oferta do Pré-Natal nas áreas descobertas do DSSF
Baixa oferta de unidades com coleta de exames laboratoriais além da demora nos resultados no DSSF
Baixa cobertura da ESF
Precariedade das condições de trabalho
Insuficiência de acesso a medicamentos, sobretudo hipoglicemiantes e para saúde mental.
Oferta irregular de medicamentos nas UBS para tratamento de doenças crônicas
Falta de notificação de violência contra mulher
Número insuficiente de CAPS
Insuficiência de unidades de referência para tratamento de anemia falciforme
Insuficiência de técnicos de laboratório nas unidades
Insuficiência na oferta de serviços de diagnóstico por imagem, sobretudo ultrassonografia mamária e mamografia
Ausência do campo "óbito" na ficha do E-SUS
Foco nas ações curativas sobrepondo as ações preventivas nos serviços de odontologia do DSSF
Dificuldade de acesso ao serviço de reabilitação, sobretudo serviço de fisioterapia no DSSF
Demora na entrega dos laudos do exame Papanicolau
Baixa qualificação dos profissionais de saúde na assistência humanizada aos usuários do sistema do DSSF
Insuficiência no atendimento as crianças com microcefalia
Insuficiência de insumos (espéculos, lâminas) para realização dos exames papanicolau nas unidades
Demora no recebimento dos resultados de preventivo no DSSF
Intersetorialidade fragilizada entre saúde e educação no DSSF
A baixa adesão dos usuários as ações de promoção e prevenção à saúde
Baixa cobertura para gestantes de alto risco no DSSF
Insuficiência de RH, materiais de consumo para as unidades
Centralização da realização da primeira via do cartão sus na prefeitura bairro em 2017
Insuficiência rede especializada no DSSF
Baixa cobertura do CAPS e desestruturação da RAPS em 2017
Deficiência em saneamento básico, condições socioambientais inadequadas

Falta de manutenção predial para as unidades do DSSF
Dificuldade de agendamento de exames em geral desde a implantação do sistema
Ausência de materiais e insumos para utilização nas Unidades de Saúde
Dificuldade de agendamento de exames em geral desde a implantação do sistema
Ausência de materiais e insumos para utilização nas Unidades de Saúde
Redução da produção nos ACS nas Ilhas devido ao ponto eletrônico
Ausência de transporte diário para coleta do teste do pezinho nas Ilhas de Bom Jesus e Maré
Ausência de suporte efetivo das ambulâncias às solicitações de urgência e emergência nas Ilhas de Bom Jesus e Maré
Ausência de materiais e insumos para utilização do NAS
Ausência de serviços nos CAPS para infância, adolescência, álcool e drogas
Falta de logística para programação para transporte de insumos, vacinas nas Ilhas de Bom Jesus e Maré
Precariedade do transporte marítimo para as Ilhas de Bom Jesus e Maré
Dificuldade de acesso a gestante à maternidade de referência e realização de exames
Falta de estrutura para os agentes de endemias
Ausência de serviços de urgência e emergências instalado nas Ilhas de Bom Jesus e Maré
Ausência de técnicos de laboratório nas Ilhas de Bom Jesus e Maré
Número reduzido de profissionais nas Ilhas de Bom Jesus e Maré e a necessidade de adequação à realidade local
Ausência de equipes do NASF para ESF descobertas do serviço
Ausência de transporte para deslocamento das pacientes das ilhas pela SMS para realização de exames de alta e média complexidade
Fonte: Relatório da Oficina de Priorização de Problemas, DSSF, 2017.

Quadro 3 – Município de Salvador: percepção dos problemas do estado de saúde no Distrito Sanitário Cabula/Beirú, 2017
Acesso dificultado aos serviços de diagnóstico através do sistema VIDA
Ausência de regulamentação do PCCV
Ausência de um Multicentros no território
Baixa cobertura da ESF no distrito
Baixa cobertura da oferta de serviços de saúde básica no Distrito Sanitário
Baixa cobertura de NASF
Baixa cobertura do CAPS e desestruturação da RAPS
Baixa cobertura do serviço de saúde (SAD, e parto natural)
Centralização de algumas vacinas (antirrábica e BCG), em algumas US, em 2016
Deficiência de informação e comunicação
Deficiência de manutenção predial (estrutura física) nos distritos
Deficiência de vagas ofertadas no Sistema Vida
Deficiência no envolvimento comunidade/gestão
Déficit de funcionários da área administrativa (carência de funcionários para atendimento) em todas as unidades de saúde do Distrito Sanitário
Dificuldade de acesso (sempre) às consultas e exames de especialidades (urologista, mastologista, oftalmologista, angiologista, cardiologista, neurologista, ultrassom, colonoscopia) em todas as unidades de saúde do Distrito Sanitário
Dificuldade de acesso a consulta de Atenção Básica no Distrito em 2017 (ginecologia, pediatria)
Dificuldade de acesso à rede básica pelos usuários do CAPS

Dificuldade de marcação de consultas online através do Sistema Vida devido à baixa oferta
Dificuldade na implementação dos Conselhos Locais (Burocracia/impedimento local)
Dimensionamento de RH de acordo a necessidade local da população (não tipologia) ESF incompletas, com problemas de recursos humanos
Falta de engajamento popular e controle social da população
Falta de insumos nas unidades do Distrito
Falta de material educativo no almoxarifado
Falta de recursos materiais e equipamentos (computador, internet, telefone, internet, segurança) unidades de saúde do Distrito
Falta de transparência nos processos de construção, reforma de unidades e outros
Falta de vagas no sistema de regulação (dificuldade de regulação)
Falta do Conselho Local nas unidades nos últimos cinco anos
Falta, regularmente, de medicamentos na farmácia básica no Distrito Sanitário
Falta/deficiência de segurança nas unidades de saúde do Distrito sanitário
Falta/Insuficiência de insumos, materiais para manter os serviços nas Unidades de Saúde do DS (NASF)
Falta/insuficiência de manutenção dos equipamentos nas unidades
Inexistência de CAPS I-a
Insuficiência de equiparação de 1 equipe de saúde bucal para 1 equipe de saúde da família no DSBRT, 2017
Insuficiência de processos de qualificação para profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
Modelo de Gestão implantado de forma incipiente
Não cumprimento do PCCV e PDP e falta de gratificação dos setores administrativos
Necessidade de fortalecimento do Conselho de Saúde (DS)
Precarização das condições de trabalho-avanço do Plano de Cargos e Carreiras, Insalubridade, vínculos precários
Quantidade insuficiente de medicamentos de uso contínuo
Recursos Humanos insuficientes nas unidades de saúde e na atenção Especializada (serviços de saúde)
Fonte: Relatório da Oficina para Identificação e Priorização de Problemas de Saúde do Distrito Sanitário Cabula/Beirú. Salvador – Bahia. 20 de julho de 2017.

Tudo isso, junto com o desconhecimento da população, a precariedade da infraestrutura urbana e das habitações das pessoas, associado às condições econômicas desfavoráveis pela pobreza, favorece os casos de adoecimento e ou de agravamento de doenças na população, tendo em vista os obstáculos apresentados pela oferta limitada dos próprios equipamentos de saúde, seja pela insuficiência da infraestrutura de atendimento pela equipe de saúde desfalcada.

Os problemas de assistência à saúde do município de Salvador também são comumente divulgados pela imprensa local, que traz o cotidiano de unidades de saúde localizadas na capital baiana. Mesmo com a gestão plena da saúde pelo município de Salvador alcançada em 2006 a cobertura da Atenção Primária à Saúde só atinge 45,7% da população.

Em 01 de junho de 2023, a reportagem do Portal de notícias G1 noticiou uma reportagem com o seguinte título: “Multicentro de Saúde registra longas filas e alta procura de pacientes

por marcação de consultas e exames em Salvador” O Multicentro de Saúde Dr. Adriano Pondé, localizado no bairro de Amaralina, em Salvador, segundo a reportagem as pessoas que procuram pelos serviços de marcação de consultas e exames sofrem com as filas longas <<https://g1.globo.com>> acesso em 01 de julho de 2023, o que implica dificuldade de acesso para as pessoas que buscam os serviços nessa unidade de saúde. Geralmente isso resulta no não atendimento e na perda do tempo que essas pessoas poderiam estar aproveitando para a realização de outras atividades diárias.

Em 10 de janeiro de 2017 o portal UOL publicou uma reportagem, na qual revela que a cobertura do Programa da Saúde da Família em Salvador é a menor cobertura entre as capitais brasileiras. A reportagem destaca a baixa cobertura dos agentes comunitários de saúde (ACS) que nessa época a quantidade era de 1.318 agentes de saúde, o que correspondia uma cobertura de 28%. Segundo a reportagem essa situação leva trabalhadores, sindicalista da saúde do município de Salvador e usuário dos serviços de saúde ao questionamento da capacidade do município de Salvador de cumprir os princípios básicos (integralidade, a qualidade, a equidade e a participação social).

Além disso a reportagem destacou problemas encontrados em postos de saúde de Salvador, como o posto de saúde da comunidade Sussurana, o qual foi construído a cerca de 30 anos atrás e ainda não passou por uma reforma e não atende mais as necessidades de saúde da população local. A reportagem traz uma crítica a maneira as unidades de saúde da atenção à saúde do município de Salvador encontra-se organizada pela extensão territorial do município de Salvador, <<https://www.uol.com.br>>, acesso em 01 de julho de 2023. Os objetos das reportagens indicam que há problemas de acesso ou barreiras aos serviços municipais de saúde: barreiras geográficas, barreiras financeiros, barreiras organizacionais e barreiras de informação na assistência à saúde para a população pobre que depende diariamente ter acesso aos serviços municipais de saúde, sendo que muitas pessoas empobrecidas só terão algum tipo de acesso à assistência se for por via das políticas públicas de saúde.

4.3 A REALIDADE DO PSF NO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO DE SALVADOR: AS UNIDADES DE SAÚDE RIO SENA, ALTO DO CRUZEIRO, ALTO DA TEREZINHA E ILHA AMARELA

O DS Subúrbio Ferroviário é formado por 15 bairros: Alto da Terezinha, Coutos, Fazenda Coutos, Itacaranha, Nova Constituinte, Paripe, Periperi, Plataforma, Praia Grande, Rio

Sena, São João do Cabrito, São Tomé, Ilha de Bom Jesus dos Passos, Ilha de Maré e Ilha dos Frades, com 283.415 habitantes em 2010¹⁵. A exemplo de outras áreas residenciais populares da cidade do Salvador, o Subúrbio Ferroviário corresponde a uma extensa área residencial periférica organizada principalmente a partir de ocupações espontâneas ao longo do século XX e atual, configurando uma urbanização precária marcada simultaneamente pela exclusão de direitos à cidade e pela segregação socioespacial (Brito, 2005; Souza, 2008). A população do Subúrbio Ferroviário em sua maioria é constituída de pessoas com renda baixa, das quais 63,6% estão entre os que possuem renda até 1 salário mínimo; 29,5% possui renda entre 1 e 3 salários mínimos; 4,5% a renda é de 3 e 5 salários mínimos; para 2% da população a renda é de 5 a 10 salários mínimos; 0,4% da população auferem renda maior que 10 salários mínimos. A população não alfabetizada correspondia a 2,68% em 2010 (Bahia, 2016). Diante disso o Subúrbio Ferroviário de Salvador também convive com a existência de vários enclaves de áreas residenciais de extrema pobreza a exemplo do bairro Fazenda Coutos, constituindo formalmente áreas de interesses especiais das políticas municipais de combate à pobreza.

Como uma representação da matriz socioespacial do DS Subúrbio Ferroviário os três bairros: Rio Sena, Alto da Santa Terezinha, Ilha Amarela e localidade do Alto do Cruzeiro localidade de formam entre si um recorte espacial contíguo, e é forte a interação de vizinhança. Cada um possui o seguinte perfil socioeconômico. Pelos dados do censo demográfico de 2010 o Rio Sena tem 16.379 habitantes, sendo que 55,61% da população se declara parda, predomina a população com idade entre 20 a 49 anos, sendo a mesma 50,93% do total; quanto aos rendimentos predomina as pessoas que ganham até 1 salário mínimo 51,7%; quanto a infraestrutura 98,43% possui água encanada, 82,72% possui rede de esgoto ligada as suas residências e 95,02% possui coleta de lixo; 85,60% possui casa própria. No bairro Alto da Santa Terezinha a população residente é formada por 14.010 habitantes; quanto a raça ou a cor 55,03% se declara parda; quanto a faixa etária predomina as idades entre 20 a 49 anos com 50% do total; quanto aos rendimentos 50,1% das pessoas em idade de trabalho ganham até 1 salário mínimo; quanto aos serviços coletivos 98,12% possui água encanada no domicílio, 80,73% possui rede de esgoto e 86,64% possui coleta de lixo; e 87,07% possui casa própria.

Quanto a localidade do Alto do Cruzeiro e o bairro de Ilha Amarela, a primeira não consta como bairro na divisão municipal, logo não possui estatística própria, sendo considerada por algumas lideranças comunitárias como extensão do bairro do Rio Sena; quanto a segunda comunidade apesar de a mesma já ter sido definida como bairro por lei municipal, porém o

¹⁵ O recenseamento de 2022 ainda não publicou os dados para os setores censitários nos municípios.

documento da Conder (2016) não gerou informações acerca dessa localidade. Enquanto o perfil epidemiológico desses bairros : Rio Sena, Ilha Amarela, Alto da Santa Terezinha e da localidade Alto do Cruzeiro apresenta as seguintes características (tabela 8):

Os dados da tabela 8 mostram a baixa quantidade de registro dessas doenças nessas localidades, o que leva a pensar que possa estar havendo subnotificação quanto aos registros dos agravos à saúde da população, uma vez que as condições socioeconômicas da população local permanecem desfavoráveis (metade da população adulta dispõem de renda de até 1 salário

Tabela 8 - Perfil epidemiológico das comunidades Rio Sena, Ilha Amarela, Alto da Santa Terezinha e Alto do Cruzeiro 2023

Localidades	Casos notificados absolutos				
	Tuberculose	Hanseníase	Dengue	Leptospirose	Chikungunya
Rio Sena	10	-	11	-	2
Ilha Amarela	2	2	17	-	-
Alto da Santa Terezinha	1	-	10	-	1
Alto do Cruzeiro	-	-	1	-	-
Total	13	2	39		3

Fonte: Tabnet Salvador, acesso em 28/06/2023.

mínimo e quase 20% da população local vive sem renda, possivelmente com ajudas governamental – bolsa família), que implicam também na precariedade das condições da habitação e da infraestrutura urbana (tabela 9).

Ao lado disso tem os relatos registrados quanto aos problemas nas unidades de saúde do DS Subúrbio Ferroviário conforme o quadro 2: Falta de solicitação das sorologias para HTLV¹⁶ na consulta pré-natal e para demanda aberta do DS; A baixa adesão dos usuários as ações de promoção e prevenção à saúde; Insuficiência de RH, materiais de consumo para as unidades; Falta de estrutura para os agentes de endemias; Precariedade das condições de trabalho;

Tabela 9 - Perfil da renda nas comunidades Rio Sena, Ilha Amarela, Alto da Santa Terezinha e Alto do Cruzeiro 2010

Localidades	Renda em salários mínimos						
	0 a 1	1 a 3	3 a 5	5 a 10	10 a 20	Acima de 20	Sem rendimento
Rio Sena	51,7	25,8	2,1	0,7	0,1	0,0	19,6
Alto da Santa Terezinha	50,1	27,4	2,8	1,2	0,1	0,0	18,4
Alto do Cruzeiro	-	-	-	-	-	-	-
Ilha Amarela	-	-	-	-	-	-	-

¹⁶ “O HTLV-1 (Vírus T-Linfotrópico Humano) está associado à oncogênese e a doenças inflamatórias crônicas, tais como a Leucemia/Linfoma de Células T do Adulto (ATLL) e a mielopatia associada ao HTLV-1 (HAM). Outras manifestações como a dermatite infecciosa, uveíte, síndrome de sicca, ceratite intersticial, síndrome de Sjögren, tireoidite de Hashimoto, miosite e artrite, embora de menor gravidade também são associados à infecção pelo HTLV-1”. HTLV. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/htlv>>. Acesso em 18 abr. 2024.

Fonte: CONDER / INFORMS/ SEDIG, 2016.

Insuficiência de técnicos de laboratório nas unidades; Deficiência em saneamento básico, condições socioambientais inadequadas; Falta de manutenção predial para as unidades do DS; entre outras dificuldades. Ainda considerando o quadro 2, um problema considerado grave identificado no relatório é o “aumento do número de crianças recém nascidas com paralisia cerebral em Alto da Santa Terezinha, Rio Sena e Plataforma a partir de 2009.

5 PROBLEMAS COTIDIANOS QUE DIFICULTAM O FUNCIONAMENTO REGULAR DO PSF NOS BAIRRO: DE RIO SENA, ALTO DA SANTA TEREZINHA, ILHA AMARELA E NA LOCALIDADE ALTO DO CRUZEIRO

O PSF no município de Salvador enfrenta vários tipos de problemas, desde a própria gestão definida pela SMS, passando pela gestão de contratos de trabalho temporário e pouco atrativos para as equipes de saúde; problemas operacionais nos postos de saúde lá nas comunidades; até os elevados níveis de violência cometidos pelos criminosos de gangs rivais que aterrorizam os profissionais dedicados ao trabalho nos postos de saúde e as próprias pessoas das comunidades. A rotatividade dos profissionais de saúde (médicos, dentistas, agentes de saúde enfermeiros, nutricionistas, entre outros); a falta de medicamentos; estrutura física das unidades de saúde mal cuidadas; dificuldade de manutenção dos equipamentos de saúde e administrativos (computador quebrado, sinal de internet instável); dificuldade de atendimento das pessoas que procuram as unidades de saúde; redução das visitas de rotina às famílias cadastradas nas respectivas unidades de saúde locais, falta de veículos a serviço nas USF, dentre outros, são problemas de rotina na vida das comunidades Rio Sena, Alto da Santa Terezinha, Alto do Cruzeiro e Ilha Amarela.

É comum nessas comunidades que o tempo de permanência de médicos nas unidades de saúde localizados nas comunidades periféricas é geralmente de seis meses a um ano. Quanto as principais motivações que fazem esses profissionais de saúde deixar essas unidades de saúde em tão pouco tempo estão associadas: à desmotivação profissional por falta de apoio; baixa remuneração; medo de ser assaltado ou de se ver no meio de uma troca de tiros entre as gangs de criminosos rivais e a polícia, como é comum acontecer nessas localidades pesquisadas. Esses fatos foram relatados por funcionários das unidades de saúde e por pessoas das próprias localidades. Agentes comunitários de saúde também enfatizam que o problema da grande distância do Subúrbio Ferroviário em relação as áreas da cidade do Salvador melhor servidas de infraestrutura urbana e onde reside a parcela da população de maiores rendas, contribui para a rotatividade dos médicos, enfermeiros e dentistas nas unidades de saúde pesquisadas, pelo

fato de esses profissionais trabalharem também noutros lugares e terem dificuldade de chegar no horário na unidade de saúde devido às dificuldades no trânsito entre o Subúrbio Ferroviário e as outras áreas da cidade onde estão localizadas as clínicas particulares e hospitais. Comenta-se nos postos de saúde que esses profissionais alegam que a remuneração paga pelo município de Salvador é insuficiente e não cobre os custos para a dedicação com apenas um vínculo de trabalho. A falta de articulação entre o serviço de saúde nos bairros e na localidade do Alto do Cruzeiro quanto ao encaminhamento do paciente para realização de exames e para consulta com o especialista em outros bairro ou da localidade de Salvador em tempo hábil de colocar a saúde da pessoa em risco.

Com relação a manutenção de equipamentos nas unidades de saúde, a exemplo de microcomputador utilizado na recepção, na farmácia e nos consultórios etc. É bastante comum ouvir pessoas nas comunidades pesquisadas se queixarem que chegar na unidade de saúde e não conseguem marcar exames, porque o equipamento está quebrado. Pois o atendimento às pessoas é feito com a intermediação de microcomputadores para fazer os registros e a comunicação com outras unidades de saúde. Também é comum a quebra de aparelhos de ar-condicionado utilizado para climatizar a temperatura do ambiente, a fim de evitar o desconforto ou deterioração de substâncias e medicamentos utilizados nos procedimentos; ou mesmo equipamentos essenciais ao atendimento¹⁷ ou para diagnóstico etc..

Quando esses aparelhos dão defeito, geralmente leva bastante tempo para serem consertados ou trocados, e isso implica prejuízo às pessoas porque não serão atendidas em suas demandas de saúde. Um outro problema é a falta de um automóvel dedicado a uma unidade de saúde pesquisadas que acaba por dificultar o trabalho das equipes de saúde quando precisam realizar alguma atividade na comunidade que necessita de deslocamento físico por automóvel, como por exemplo visitar uma pessoa que esteja incapacitada de se deslocar fisicamente. Por sua vez a precariedade na estrutura física das unidades de saúde dificulta o atendimento das pessoas no cotidiano.

Outra dificuldade que interfere negativamente no atendimento da assistência à saúde prestada por essas USF é a sua localização espacial, as quais deveriam estar em locais que proporcionem melhores condições de segurança e de acessibilidade. Na prática nem sempre esse critério é considerado. Como exemplo disso é a localização da USF de Rio Sena, que está

¹⁷ A dificuldade de manutenção nos equipamentos das unidades de saúde é sempre um desafio a ser vencido: como foi caso de uma paciente chegar na unidade de saúde da família da Ilha Amarela em busca de atendimento odontológico e ter que sair da unidade sem que o profissional pudesse realizar o procedimento odontológico porque o equipamento estava com defeito, à espera de um técnico que seria enviado pela sede do Distrito Sanitário para realizar o conserto do aparelho.

localizada na rua Cardeal Jean cep 40715-366 uma transversal da Rua Direta do Rio Sena. Este é um local de difícil acesso, principalmente para as pessoas com mobilidade física limitada; além disso, a depender do horário, tanto as pessoas que lá trabalham, como as que vão em busca de atendimento correm sérios riscos de serem assaltadas, pois a unidade de saúde deveria estar localizada na rua Direta do Rio Sena, em local de maior fluxo diário de pessoas. Um outro problema na assistência à saúde do PSF nos bairros e na localidade pesquisada está relacionado às visitas domiciliares dos ACS às famílias cadastradas nos serviços de saúde dessas comunidades. As pessoas da comunidade se queixam que não há visitas habituais às famílias. Os usuários do PSF alegam que os agentes de saúde não realizam as visitas domiciliares com frequência para saber da situação de saúde das famílias, e quando as visitas ocorrem são apenas para informar sobre a marcação de consulta médica na unidade de saúde, para os avisos de campanhas de vacinação e para recadastramento da população.

As visitas domiciliares dos ACS são destinadas a fazer o monitoramento mensal das condições de saúde das pessoas; pois é através delas que ocorre o cadastramento das pessoas residentes na localidade adstrita ao serviço de saúde para que o governo federal defina o orçamento da atenção básica à saúde, além disso, propicia a produção de uma estatística não apenas das condições de saúde da população que deverá ser assistida pelo serviço de saúde, mas das condições de moradia, alimentação, higiene (do ambiente domiciliar e das próprias pessoas), emprego e renda; até mesmo a observação de casos de ocorrência de violência domiciliar, possibilitando ao município e ao Ministério da Saúde construir uma estatística de dados empíricos que consiga melhor refletir a necessidade de saúde da população assistida. Nesse sentido, destaca o Ministério da Saúde (2009):

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho do agente comunitário de saúde. Ao entrar na casa de uma família, você entra não somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009, p. 46).

Daí que as visitas domiciliares realizadas pelos ACS não devem ser menosprezadas, como foi relatado por algumas pessoas nas comunidades. Em concordância com isso é que Leite, (2017) escreve:

Os ACS desenvolvem um trabalho importantíssimo no PSF, realizando cadastros e visitas domiciliares de uma população adstrita, esses profissionais são o elo de acesso entre a comunidade e as políticas de saúde. Essas informações coletadas durante as visitas periódicas mantêm atualizados os cadastros das famílias e o registro de agravos. O déficit desse profissional implica diretamente na cobertura da atenção à saúde e no processo do planejamento em saúde para a gestão (LEITE, 2017, p. 45).

Os ACSs são os profissionais-chave desse processo, devido eles residirem na própria comunidade, ter vínculos sociais locais, favorecendo o contato com as pessoas por meio de vínculos de confiança e eles uma função primordial no funcionamento do PSF, pois são eles que estão diretamente vinculado a comunidade por residir nela e ter o papel articulatório entre o serviço de saúde local e a respectiva comunidade por causa da facilidade que tem de transito no bairro ou na localidade e adentrar nos lares. A efetividade do trabalho do agente comunitário de saúde é tão crucial para o funcionamento do Programa da Saúde da Família tanto quanto o recenseador é para o censo demográfico.

A crítica da população recai também sobre a ineficiência do atendimento de suas necessidades de saúde quanto: o atendimento na unidade de saúde, a falta de articulação entre esses serviços de saúde e as suas respectivas comunidades, quando da realização de eventos voltados para informar à população sobre hábitos e comportamentos não saudáveis, e possa evitar intervenções médicas por agravos à saúde evitáveis; bem como reduzir o consumo de medicamentos e outras dificuldades de acesso aos serviços de saúde nessas unidades de saúde, que geralmente estão com a capacidade de atendimento excedida¹⁸. Assim, todos esses problemas descritos aqui sobre a situação atual do PSF nas comunidades pesquisadas referem-se aos obstáculos que as pessoas residentes nessas comunidades enfrentam diariamente no momento de recorrem ao serviço de saúde local e corroboram os problemas relatados “[...] pelos atores distritais referentes ao estado de saúde e serviços de saúde, material produto das oficinas para identificação de problemas [...] (Salvador, 2019b, p. 13). Todos esses problemas dificultam a efetividade do acesso na utilização do serviço de saúde e da prevenção de doenças nas pessoas o que no final acaba por encarecer o custo financeiro público e individual com a saúde desde a garantia do acesso e da prevenção ambos cruciais para uma assistência a saúde adequada de acordo com realidade das pessoas necessitadas de atendimento médico em suas necessidades.

6. CONCLUSÃO

A pesquisa buscou compreender o funcionamento do Programa Saúde da Família mantido pela Prefeitura do Município de Salvador nas Unidades de Saúde da Família instaladas nos bairros de Rio Sena, Ilha Amarela, Alto da Santa Terezinha e na localidade Alto do

¹⁸ As pessoas chegam muito cedo na fila unidade de saúde, às 05:00h para o atendimento; esperam a distribuição das fichas que ocorre entre 07:00 e 08:00h. A quantidade de fichas distribuídas para atendimento é normalmente de 20 e 50 fichas, sempre pela manhã.

Cruzeiro, no distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário. Procurou-se chegar a uma aproximação da realidade do que efetivamente acontece no processo de produção do espaço de atenção básica à saúde considerando a relação entre as três dimensões do espaço geográfico: o espaço concebido, planejado pela PMS; o espaço percebido, o conjunto de elementos materiais e simbólicos do espaço que indicam o seu uso, isso de maneira formal e informal; e o espaço vivido, a realidade factual no cotidiano da população local em busca da satisfação das necessidades de saúde.

Constatou-se com a pesquisa que o espaço de assistência básica à saúde do município de Salvador produzido nos Bairros de Rio Sena, Ilha, Amarela, Alto da Terezinha e na localidade do Alto do Cruzeiro com a intenção de implementação do PSF no município de Salvador desde 2001 até o início de sua concretização a partir de 2003, por uma pressão do Ministério da Saúde, com o Programa de Expansão de Saúde da Família (PROESF), como explica Ruf (2007); e sua continuidade até o presente momento tem apresentado limitações consistentes quanto ao que define o programa das Estratégia Saúde da Família (ESF) do Ministério da Saúde quanto os princípios norteadores da assistência à saúde do SUS (Universalização, Equidade, Integralidade, Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único, Participação Popular)

Essas limitações estão associadas à baixa cobertura da rede de assistência primária à saúde gerida pelo município de Salvador, que após duas décadas atingiu a cobertura de apenas 45,7% da população municipal até 2018. Mesmo esse percentual de cobertura ainda tem todos os problemas relacionados à manutenção das equipes de saúde nas unidades de saúde, as quais estão sempre desfalcadas em quantidade de profissionais e na especialidade, se médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, nutricionistas, auxiliares técnicos, agentes comunitários, dentre outros. A situação se agrava quando as unidades de saúde estão localizadas cada vez mais distantes das áreas de urbanização consolidada, que adicionalmente há importantes obstáculos de acessibilidade, e coexistência com o cotidiano da violência urbana perpetradas pelas gangs de criminosos em disputa por manutenção e ou ampliação de áreas de atuação nas periferias próximas e distantes da cidade.

Atualmente há certa capilaridade da atenção básica à saúde nos postos de saúde planejados com base perfil epidemiológico e social dos Distritos Sanitários, mas foram desvirtuados pela pressão política de vereadores e prefeitos em busca de reforçar suas bases eleitorais sem se importar com essa própria base social, pois os problemas são estruturais, desde a reprodução da tradição anterior do paradigma de atenção à saúde, medicina curativa, no qual o médico assumia o protagonismo e a ideia de prevenção contra as doenças, redução de custos,

desconcentração dos serviços dos serviços de saúde, acessibilidade universal e integral etc., os princípios básicos do SUS são postergados.

Dessa maneira, quanto mais as comunidades estiverem residindo em áreas periféricas, maior tende a ser o nível de desatenção aos cuidados básicos de saúde nas unidades de saúde ali existentes, como ocorre nos Bairros e na localidade pesquisadas: Rio Sena, Ilha Amarela, Alto da Santa Terezinha e Alto do Cruzeiro, pois todas as condições epidemiológicas e sociais são mais precárias e as unidades de saúde são menos assistidas em termos de sua manutenção física, dos equipamentos de saúde e de expediente nelas utilizados, as equipes de saúde, o meio ambiente do seu entorno geográfico, além da desarticulação existente entre as USF, as unidades de média complexidade e de alta complexidade. Essas unidades de saúde têm pouca visibilidade na cena política da cidade e passam despercebidas mesmo quando a imprensa local noticia os problemas, os quais já estão sob a aura da naturalização do cotidiano das vidas das pessoas pobres da cidade.

Diante desse contexto percebe-se que a PMS tem ainda um grande desafio a ser superado quanto à gestão plena do SUS, o que implica ampliar numericamente e qualitativamente a cobertura básica de saúde para a população municipal, ou seja, aprofundar suas ações com base no perfil epidemiológico e social de maneira a produzir os benefícios esperados pela população e buscar romper com a tradição da medicina curativa e muito custosa quando se pode trabalhar sistematicamente por uma mudança cultural de ações preventivas, eficientes, instrutivas e cuidadosas para a população em suas demandas de saúde. Assim poderemos pensar em uma saúde inclusiva, democrática e voltar a ser a “porta de entrada do sistema concebida em 2000” e atualizada, e abandonar o “beco sem saída” que se tornou atualmente a rede de atenção básica à saúde no município de Salvador (Ruf, 2007).

Por fim, entendemos que o PSF em vigor no município de Salvador tem grande dificuldade para atender os princípios do SUS, e até é prejudicial à população pobre, porque não contribui para alertar sobre os problemas de saúde que podem ser evitados apenas com recomendações de novas posturas, tampouco faz recomendações à PMS para tentar eliminar os focos de vetores de transmissão de doenças para a população (acumulação de resíduos domésticos, saneamento básico, infraestrutura urbana etc.). Isso é flagrante quando há evidências consistentes de que nas áreas residências onde habita a população empobrecida, após duas décadas de “funcionamento do PSF” elas ainda continuam sendo áreas endêmicas para doenças graves, mas evitáveis, como tuberculose, hanseníase, leptospirose entre outras. Nesse contexto o Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário, apesar de ter sido o primeiro a receber as primeiras e a maior quantidade de USF não é onde a população é melhor cuidada. A pesquisa

revelou que pela forma como foi implantado o PSF no município, capturada pelos políticos, os problemas só se agravam, porque não há uma perspectiva de redefinição do modelo vigente de funcionamento da atenção básica à saúde no contexto do desenvolvimento do capitalismo nessa periferia e a população, em seu desconhecimento não percebe os malefícios a que estão submetidos. Se faz uma ressalva aqui que o Programa da Saúde da Família é uma ferramenta de grande possibilidade de efetivação de construção de uma assistência à saúde de predominância na prevenção de doenças e de agravos (causas externas) à saúde, porém assim como o SUS é uma política do Estado brasileiro muito importante e com grande potencial de promover saúde na escala de extensão territorial de todo o Brasil e em todos os níveis de complexidade de assistência à saúde convive diariamente com grandes desafios a serem vencidos no cumprimento de seu papel, de maneira semelhante se encontra o Programa da Saúde da Família em execução nos bairros e na localidade de desenvolvimento da pesquisa no Subúrbio Ferroviário de Salvador onde ele se encontra com grandes desafios a serem vencidos no cumprimento do seu papel na assistência à saúde das pessoas residentes.

7. REFERÊNCIAS

USF Rio Sena, 2024. Disponível em: <<https://ubs.med.br/usf-rio-sena-2821036/>>. Acesso em 17 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/htlv>>. Acesso em 18 abr. 2024.

SALVADOR. mapa da saúde de Salvador. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/mapa-da-saude/>>. Acesso em 19 de Agos. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/mapa-da-saude/>>. Acesso em: 19 de Agos. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>> Acesso em 20 de agos. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS Nº 384, de 04 de abril de 2003**: habilitação e desabilitação de municípios e estados na gestão plena da saúde básica. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0384_04_04_2003.html>. Acesso em 20 de agos. 2024.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. **Distritos Sanitários**: concepção e organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume01.pdf>. Acesso em 20 de agos. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso 20 de agos. 2024

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Distritos Sanitários de Salvador. Disponível em: <<https://saude.homologacao.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/>>. Acesso em: 15 set. 2023.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde, tabnet-Salvador. Disponível em: <<http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/Tabnet>> . Acesso em 28 de jun. 2023.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. **Distritos sanitários**: concepção e organização. São Paulo: Faculdade de Saúde

Pública da USP, 1998. Disponível em: <<https://colecões.abcd.usp.br/fsp/items/show/2376>>. Acesso em 17 de ago. 2023.

Multicentro de Saúde registra longas filas e alta procura de pacientes por marcação de consultas e exames em Salvador. G1 BAHIA, 2023. Disponível em: <<https://g1.globo.com>>. Acesso em 01 de jul. 2023.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Distritos Sanitários de Salvador. Disponível em: <<https://saude.homologacao.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/>>. Acesso em: 15 set. 2023.

FRESÃO, Gustavo e RIBEIRO, Farol. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Ministério da saúde, publicada em 28 de Mar. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos>. Acesso em 07 de nov.23.

SALVADOR. Figura 1- Distribuição da população segundo os Distritos Sanitários de Salvador-BA, 2022. Disponível em: <[https://www. Google.imagem.com.br](https://www.Google.imagem.com.br)>. Acesso em: 14 de ago.2023>

BRASIL. Figura 2 Princípios básicos do SUS. Disponível em <[https://www. Google.imagem.com.br](https://www.Google.imagem.com.br)>. Acesso em: 14 de ago.2023>

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, tabnet. Disponível em: <<http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/Tabnet>> . Acesso em 22 de jul. 2022.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, tabnet. Disponível em: <<http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/Tabnet>> . Acesso em 18 de jul. 2022

SALVADOR. Leis municipais de Salvador. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

SALVADOR. Distritos Sanitários do Município de Salvador. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

MOREIRA, R. S; SANTOS, L. F. R; SOUZA, M. H. O. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE origem, políticas, percurso histórico e ações frente à pandemia da Covid-19. Estudos Universitários: revista de cultura, v. 37 | n. 1 e 2 | Dez. 2020

SALVADOR, Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. **Distritos Sanitários 2018-2021**. Salvador: SMS, 2019b. v2.: il.

BARCELLOS.C. BUZAI.G.D. HANDSCHUMACHER. P. Geografia e Saúde: o que está em jogo? História, temas e desafios. Confins,37/2018.

BARRETO, Marcelo, Reportagem do UOL revela que Salvador tem menor cobertura do Programa de Saúde da Família entre capitais; município é administrado por ACM Neto. Portal de notícias Uol, 2017. Disponível em <<https://www.uol.com.br>>. Acesso em 01 de jul. 2023.

BARBOSA. R.S; SANTOS.F.K.S.A. Cartografia E AS Correntes do Pensamento Geográfico. Revista de Geografia. (Recife) V.34, NO.3, 2017.

LEITE, Egineusa Mangabeira. O desafio da integralidade: uma análise da estratégia saúde da Família e suas metas no Plano Municipal de Salvador 2014-2017.

SALVADOR, Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Salvador: SMS, 2019a. v1.: il.

BAHIA. Painel de informações: dados socioeconômicos do município de Salvador por bairros e prefeituras-bairro /Sistema de Informações Geográficas Urbanas do Estado da Bahia (INFORMS - Organizador). 5ª ed. Salvador: CONDER/ INFORMS, 2016. 189 p.: il. Color. Fotos. Tabelas. Gráficos. Mapas.

SCHMID, C. A Teoria da Produção do Espaço de Henri Lefebvre: Em Direção a uma dialética tridimensional, espaço e tempo, São Paulo, N°32,pp.89-109,2012.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira et tal. A Atenção básica á saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciência & Saúde Coletiva,17(11):2893-2902,2012.

PAIM.J; TRAVESSO.C; ALMEIDA.C; BAHIA.L; MACINKO.J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Salvador (BA) f.1, 9 de maio de 2011.

SOUZA, Angela Gordilho. **Limites do habitar**. 2. Ed. Salvador: EDUFBA, 2008.

RUF, Andréa. **MAS, AFINAL, QUEM É O SUJEITO DA MUDANÇA?** 2007 Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2007.

SANTOS, Milton, A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006

LEFEBVRE, Henri. *A produção do espaço*. Trad. Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins (do original: La production de l'espace. 4e éd. Paris: Éditions,2006.

Paim, Jairnilson Silva. Desafios para a saúde coletiva no século XXI/ Jairnilson Silva Paim . [Salvador]: EDUFBA,2006. 154 P.

SANTOS, Milton, A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: EDUSP, 2006.

BRITO, Cristóvão. A estruturação do mercado de terra urbana e habitação em Salvador-Ba a partir de 1970. **GeoTextos**, vol. 1, n. 1, p. 51-80, 2005.

NASCIMENTO, A.B. Segregação Urbana E Equipamentos de Saúde na Cidade do Salvador. Cadernos 3. P65- 2004.

RIBEIRO, H. Saúde Pública e Meio Ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. Saúde e Sociedade v.13, n.1, p.70-80, jan-abr 2004.

AERTS, Denise et tal. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1020-1028, jul.-ago., 2004.

Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

FONSECA, Antonio Angelo Martins da. A produção do Subúrbio Ferroviário de Salvador. Salvador, 1991. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Geografia) Instituto de Geociências, UFBA, 1991.

MITH, Neil. Desenvolvimento desigual. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988

SANTOS, Milton. Espaço e método. São Paulo: Nobel, 1985.