

SEGREGAÇÃO URBANA E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE NA CIDADE DO SALVADOR

Neste trabalho, busca-se caracterizar a segregação social no âmbito espacial na cidade do Salvador, como consequência da maior ou menor concentração de equipamentos de saúde nas suas regiões e da desigual distribuição das “classes sociais” nesses espaços. Considera-se que a forma de distribuição dos equipamentos de saúde na cidade contribui para acentuar as diferenças existentes. A população de renda e escolaridade mais baixa está assentada em áreas com menor capacidade de acesso aos melhores estabelecimentos, pois esses se concentram no espaço urbano em quantidade diretamente proporcional à renda de seus habitantes.

Introdução

A saúde, na Cidade do Salvador, segue o padrão de um Brasil de grandes desigualdades. As marcantes diferenças demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e espaciais existentes apontam para um retrato da falta de uniformidade e dos paradoxos que compõem esse município.

Cerca de um quinto da população da cidade conta com um plano de saúde (BRASIL, IBGE, 1998), enquanto a maioria depende fundamentalmente da assistência pública, sem a qual está totalmente desprotegida, pois o Sistema Único de Saúde (SUS) não dá a sustentabilidade necessária ao setor.

O que se observa é a população de menor poder aquisitivo disputando filas nas unidades públicas de saúde e nas emergências de hospitais públicos ou filantrópicos, para onde são canalizadas todas as carências da população.

Observa-se, também, a existência de áreas heterogêneas no espaço urbano do município, onde se fundem zonas de elevado capital econômico e cultural com as de condições de vida extremamente precárias — “bolsões de pobreza”. A cidade está dividida em territórios onde existe saneamento básico, moradias confortáveis e salubres, boas escolas e quantidade e variedade de estabelecimentos de saúde, e outros com quase nada ou nada a oferecer à população que neles habita.

As características das condições materiais de existência de um indivíduo, ou de um grupo de indivíduos, são determinadas pela posição ocupada no espaço social, e essas características – ocupação, emprego, salário, habitação e ambiente físico – relacionam-se diretamente com a produção de doenças.

As políticas de redução da pobreza devem ter prioridade nas ações governamentais. O município deve ser o articulador e o facilitador das ações de desenvolvimento local, comprometendo-se com a geração de fatores que promoverão a cidadania. E a saúde é um desses fatores.

Teorias e Conceitos

O espaço habitado é um símbolo espontâneo do espaço social. Segundo Bourdieu (1997), não pode existir espaço, numa sociedade hierarquizada, que também não seja hierarquizado. É esse espaço hierarquizado que segrega e exclui.

Alguns conceitos estão imbricados e são determinantes para o entendimento dessa problemática. São eles: segregação urbana, saúde, equipamentos de saúde e a acessibilidade aos mesmos.

Segregação Urbana

A desigualdade social 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 espaços com melhores construções, conforto e infra-estrutura. Ao contrário, aqueles que dispõem de uma renda insuficiente acabam morando nos lugares insalubres, alagados, íngremes, onde se concentram habitações sem conforto e sem infra-estrutura.

Baixos rendimentos e condições de vida inadequadas são fatores imediatamente associados às idéias 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 infra-estrutura 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.

No Brasil, centro *versus* periferia é o mais conhecido padrão de segregação das metrópoles. Enquanto que o primeiro é dotado da maioria dos serviços urbanos, públicos e privados, e ocupado pelas classes de mais alta renda, a segunda, subequipada e longínqua, é ocupada predominantemente pelos excluídos. O espaço atua como um mecanismo de exclusão (VILLAÇA, 2001, p. 143).

O que é a exclusão? Nada mais que a omissão, a privação, o abandono imposto a alguém no acesso a determinadas funções. Desse modo, a segregação urbana é uma das faces mais importantes da exclusão social. À dificuldade de acesso aos serviços e à infra-estrutura urbanos (transporte, saneamento, drenagem, abastecimento, serviços de saúde, educação) somam-se menores oportunidades de emprego, principalmente o formal, oportunidades menores de profissionalização, maior exposição à violência (marginal ou policial), diversas formas de discriminação, difícil acesso à justiça oficial e ao lazer.

A questão da saúde, no Brasil e na Bahia, retrata perfeitamente as desigualdades e os paradoxos que compõem o País. Encontram-se “ilhas” de eficiência, seme-

lhantes aos sistemas de saúde mais avançados do mundo, e existem locais onde o atendimento essencial tem níveis similares aos quadros mais graves do continente africano. É a separação forçada e institucionalizada, uma discriminação, um tratamento desigual de grupos, uma segregação socioespacial no acesso aos serviços de saúde. Para Reis, “[...] diminuir as desigualdades na utilização dos serviços de saúde é um dos princípios básicos para a construção de um sistema socialmente mais justo” (REIS, 2001, p. 579).

Saúde

A saúde é um dos bens mais importantes para qualidade de vida do ser humano. Moraes sintetiza a noção de saúde afirmando que:

Saúde não se limita às ações de ordem médica, mas remete à história social, que expressa a qualidade de vida num contexto histórico e geográfico, envolvendo dimensões políticas, econômicas, culturais, sociais, institucionais, educacionais, previdenciárias, habitacionais, alimentares, etc. Saúde é um resultado da ação e da tensão articulada de diferentes setores sociais em face das políticas de Estado. (MORAES, 1997, p. 51)

Durante muitos anos, a ausência de doenças foi a idéia norteadora do conceito de saúde. Atualmente, esse conceito está ligado a vários outros fatores relacionados às condições de vida, como moradia, emprego, saneamento, eletrificação, água tratada, acesso aos serviços de saúde, nível educacional etc. Com essa abrangência da definição da saúde, começa-se a perceber que o ciclo saúde-doença poderia ser reduzido drasticamente se fossem melhoradas as condições de vida das pessoas.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços, instituiu que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício” (BRASIL, 1990, art. 2º).

De acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e Leis nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e nº-8.142 (BRASIL, 1990b), o “modelo assistencial” a ser construído deverá garantir: equidade, resolutividade e integralidade da atenção; acesso universal e gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema; e controle efetivo sobre a rede de serviço. Com isso, o município deverá estar preocupado com todos os condicionantes que resultam na inacessibilidade de alguns níveis da população aos cuidados de saúde.

Equipamentos de saúde

Entende-se por estabelecimento de saúde qualquer local ou ambiente físico destinado à prestação de assistência sanitária à população em regime de internação ou não, qualquer que seja o nível de categorização.

No Brasil, os equipamentos de saúde são caracterizados através de níveis de resolução e complexidade, isto é, segundo a sua capacidade de resolver os problemas de saúde da população (alta, média e baixa complexidade) e de acordo com os recursos disponíveis (planta física, recursos humanos e equipamentos).

Segundo o Ministério da Saúde, os serviços de saúde devem estar dispostos em uma área geográfica delimitada, com uma população definida. As unidades devem ser organizadas em níveis de complexidade crescente e a “porta de entrada” da população para a rede de serviços deve ser através das unidades de nível mais elementar, ou seja, os Centros de Saúde e as Unidades de Emergência. Os problemas que não puderem ser resolvidos nessas unidades devem ser encaminhados aos serviços de maior complexidade do sistema. Essa forma de organização, regionalizada e hierarquizada por nível de complexidade crescente, permite uma atenção maior aos problemas de saúde de cada região, favorecendo as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e a educação em saúde (BRASIL, 2002b).

Associando os conceitos de regionalização e hierarquização, o sistema de saúde se apresenta de forma que a posição central corresponde ao equipamento de maior complexidade e com o maior raio de abrangência de sua cobertura, funcionando como provedor e coordenador dos serviços. Os raios de abrangência dos equipamentos de menor complexidade atingem áreas de cobertura de crescente especificidade. Logicamente, a periferia do sistema regionalizado e hierarquizado deveria apresentar uma maior frequência desses últimos, e haveria uma “densidade” quase homogênea na distribuição dos estabelecimentos assistenciais de saúde, significando uma maior acessibilidade a esses equipamentos de qualquer ponto do território.

No entanto, o poder público – Estado e Município – distribui os serviços públicos em uma comunidade, inclusive os de saúde, atendendo a pressões dos diversos setores da sociedade. Não existe praticamente legislação alguma que regulamente essa matéria, nem os orçamentos esclarecem como será a distribuição de um determinado serviço.

Acessibilidade

Sob a orientação da Organização Mundial da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde e dos Ministérios ligados à área, os níveis de atendimento e a hierarquia funcional dos equipamentos, com diferentes limiares e alcances, são baseados na Teoria das Localidades Centrais de Walter Christaller, formulada em 1933.

Nessa teoria, Christaller (1966) traça um quadro sobre a diferenciação de núcleos de povoamento, como localidades centrais referentes à importância que apresentam como lugares de distribuição de produtos industrializados e serviços. As localidades centrais seriam regiões homogêneas e desenvolvidas economicamente, em uma hierarquia definida simultaneamente pelo conjunto de bens e serviços oferecidos pelos estabelecimentos do setor terciário e pela atuação espacial dos mesmos. Os mecanismos que atuariam para gerar a hierarquia dos centros seriam o limiar e o alcance, sendo o limiar o nível mínimo de demanda para assegurar a produção de um bem ou serviço, e o alcance a maior distância que uma população dispersa se dispõe a percorrer para adquirir um bem ou utilizar um serviço.

Segundo Christaller (1966), os princípios de mercado, de transporte e de administração seriam fundamentais, pois, ao agirem de forma integrada, produziriam a hierarquia funcional das cidades e de seus espaços de subordinação.

No entanto, o que se verifica é que a população com maior poder aquisitivo possui uma maior mobilidade espacial, pois pode se deslocar em busca de bens e serviços que não são oferecidos localmente, dirigindo-se a localidades centrais de maior nível hierárquico, onde são oferecidos bens e serviços de menor frequência de consumo e mais caros. A população de baixo poder aquisitivo possui uma mobilidade espacial limitada, não utilizando a hierarquia urbana e sim os centros locais para a satisfação de sua reduzida demanda.

A distribuição desigual de equipamentos de saúde na cidade resulta em não-utilização dos mesmos por parcela da população que tem dificuldade para deslocar-se, seja em razão de sua atividade ou de recursos, renunciando ao seu uso em prejuízo da saúde.

O planejamento governamental utiliza parâmetros quantitativos para a organização do sistema de saúde de um município, região ou área. De um modo geral, essa análise é realizada através da territorialização, identificação, priorização e explicação dos problemas de saúde, das implicações para identificação de necessidades e, finalmente, do redimensionamento da rede física de estabelecimentos de saúde. A territorialização é estabelecida pelos limites políticos e administrativos dos municípios, comarcas ou distritos sanitários, e não por critérios epidemiológicos ou associados às condições de vida da população. A rede física, muitas vezes, é implantada sem obediência aos parâmetros estabelecidos, sem adequação à situação existente, seguindo critérios políticos, sem fundamentação técnica.

Por tudo isso, a metodologia governamental pode parecer eficaz quando se pensa na quantidade e tipo de equipamentos, número de consultas a serem realizadas, número de profissionais de saúde necessários, mas não o é quando se fala de cidadania. As contradições e desigualdades não falam somente da carência de equipamentos e políticas de saúde, falam da falta do verde, da poluição, das favelas, da delinqüência, de saneamento básico e de transportes, falam da qualidade de vida da população.

Políticas de Saúde

As sucessivas políticas sociais praticadas pela administração pública sempre privilegiaram as elites econômicas em detrimento das camadas mais pobres da população. Na saúde, a consequência dessa política é onde e como estão distribuídos os seus equipamentos e porque se gasta o mínimo em prevenção (implantação de serviços básicos e educação sanitária) e muito em hospitalização privada.

Teoricamente, a assistência à saúde no Brasil, nos dias atuais, é pautada na modulação, entendendo-se como módulo básico o distrito sanitário, que, segundo o Ministério da Saúde, deve contemplar aspectos fundamentais:

...a acessibilidade física, a integralidade, a dinamicidade/temporalidade, a interdisciplinaridade, a espacialidade, a situação urbana e rural das unidades de saúde, a densidade demográfica, os níveis de complexidade dos serviços, e a seleção de tecnologias. (BRASIL, 1987).

No entanto, o distrito sanitário não é, apenas, "... um passo a mais no processo de descentralização político-administrativa do sistema de saúde, mas, fundamental-

mente, um processo social de transformações das políticas sanitárias.” (MENDES et al, 1995, p. 162), onde o propósito desse processo é a transformação dessas práticas “... para se obter impacto sobre a situação de saúde da população.” (*Idem, ibidem*).

Salvador encontra-se, atualmente, no estágio definido pela Norma Operacional Básica – NOB (BRASIL, 1993), como Gestão Plena de Atenção Básica à Saúde. Nesse estágio, o Município tem autonomia financeira para gerenciar toda a rede ambulatorial básica e as ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Ao Estado compete a oferta de atendimento de média e alta complexidade, e a responsabilidade pelo gerenciamento de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, hemorrede e laboratórios de referência.

A Cidade do Salvador e a saúde

A análise de algumas variáveis do Município de Salvador é da maior importância para um diagnóstico da saúde e entendimento das desigualdades no acesso aos seus serviços.

Estudando a população de Salvador através de levantamentos das suas condições sociais (renda e escolaridade) e acesso aos serviços básicos (água, esgoto e lixo), foi possível determinar as áreas onde existem concentração de famílias com condições de vida mais precárias, dentro de faixas de renda e educação similares. A situação de saúde dessa população foi analisada através de indicadores de saúde (mortalidade e morbidade) e da capacidade instalada do sistema de saúde (quantidade de estabelecimentos públicos e privados, número de leitos hospitalares e recursos humanos).

A distribuição e localização dos diversos estabelecimentos de saúde, tais como hospitais e leitos, postos de saúde, ambulatórios e clínicas e que tipo de atendimento é prestado à população darão um perfil das desigualdades existentes no município e da segregação espacial a que estão submetidos seus habitantes.

Salvador é uma cidade de origem militar, com ocupação inicial localizada em costa mais elevada, voltada para a baía — por tratar-se de um porto natural, dotado de condições de defesa mais fáceis. Seu crescimento deu-se ao longo da orla marítima, e apenas a partir da década de 70 foi sendo densamente habitada em seu chamado *Miolo*¹, cuja ocupação se deu através de grandes invasões e construções de conjuntos habitacionais, resultando em falta de saneamento básico, crescimento da violência, acidentes de tráfego, desabamento de encostas, o que se reflete sobremaneira na localização dos equipamentos urbanos, em especial nos de saúde.

Segundo Sampaio, a transformação de Salvador de cidade-portuária para cidade-terciária aprofundou “processo de exclusão social de grandes parcelas da força de trabalho, expresso na forma-urbana pela periferização crescente, constituindo a segregação espacial herdada do século XIX, e ampliada por todo século XX”. (SAMPAIO, 1999, p. 116).

Acompanhando-se o crescimento da mancha urbana da cidade de Salvador e a forma como foram se implantando os grandes equipamentos de saúde – hospitais

de isolamento, asilos, hospitais gerais e maternidades –, pode-se verificar que, até o século XIX, eles estavam localizados fora do núcleo central, nas áreas periféricas da cidade, como forma de afastar os riscos de contaminação. A partir do século XX, com a expansão urbana seguindo a direção da Orla Oceânica, entre a Barra e o Rio Vermelho, e ao norte da cidade antiga, Nazaré, Barbalho, Liberdade e Quintas, os serviços de saúde vão sendo construídos seguindo a seguinte lógica: hospitais gerais, nas áreas mais salubres da cidade (Canela, Graça, Barra, Nazaré), hospitais de isolamento nas áreas mais periféricas (Itapagipe, Federação). Na década de 40, a mancha se expande mais significativamente, surgindo as primeiras invasões em áreas da periferia norte, e, ao sul, até a Pituba, através dos primeiros loteamentos implantados. No entanto, a configuração da distribuição dos grandes equipamentos de saúde continua a mesma. Na década de 70, com a implantação de um moderno sistema viário que abre o acesso aos vales da cidade, novas fronteiras urbanas são abertas e a cidade se expande na faixa da Orla Oceânica até Itapuã, nos subúrbios da Orla da Baía de Todos os Santos, ao longo da via férrea. Nesse período, os bairros que apresentavam maior concentração hospitalar eram: Nazaré, 5 estabelecimentos; Bonfim, 4 estabelecimentos; Canela, 3 estabelecimentos; Caixa D'água, 2 estabelecimentos e Barra, 2 estabelecimentos. Atualmente, apesar de a área do Miolo estar densamente habitada e se constituir a principal área de expansão da cidade, as unidades hospitalares ainda estão concentradas na parte ocidental da cidade.

Aspectos Socioeconômicos

Silva, Paim e Costa, estudando as desigualdades na mortalidade, no espaço e nos estratos sociais, revelaram que duas características são determinantes das condições de vida de uma população: o capital econômico e o cultural. Citando Bourdieu (1989, 1994), os autores afirmam que "... os indivíduos ou grupos de indivíduos situam-se no espaço social em posições definidas principalmente pela quantidade e composição do seu capital, econômico e cultural." (SILVA; PAIM; COSTA, 1999, p.189).

As variáveis renda e escolaridade são aproximações das categorias acima citadas, e poderão mostrar a discrepância entre esses indicadores e as condições de acesso e aquisição de serviços de saúde. A redução das taxas de analfabetismo tem sido apontada como fator decisivo na melhoria de alguns aspectos de saúde. O grau de escolaridade está relacionado diretamente com as condições de saúde de uma população, principalmente no que diz respeito a higiene e nutrição. O nível de renda é um determinante básico do nível de saúde que, além de educação e nutrição, está diretamente relacionado às condições de habitabilidade e à expectativa de vida.

Para efeito de análise e representação gráfica, os níveis de escolaridade das pessoas responsáveis pelos domicílios foram classificados da seguinte maneira: Escolaridade Baixa, sem instrução, ou até 7 anos de estudos (fundamental incompleto); Escolaridade Média, 8 a 14 anos de estudos (fundamental e médio completos); e Escolaridade Alta, 15 anos de estudos e mais (superior completo, mestrado e doutorado). Em Salvador (BRASIL, 2000), 47% e 43% dos responsáveis têm baixa e média escolaridade e 9,80% alta; os subdistritos de São Cristóvão, Pilar, Paripe, Conceição da Praia e Maré chegam a ter percentuais acima de 60% com baixa

escolaridade, enquanto que, em Amaralina, Vitória, São Pedro e Santana a escolaridade alta está acima de 20%. No Gráfico 01, é visível a predominância de níveis de escolaridades média e alta nas áreas nobres do centro e ao longo da orla marítima, enquanto que, nas áreas do “miolo” e do subúrbio ferroviário, prevalece a escolaridade baixa.

Salvador tem a terceira maior renda média mensal do estado da Bahia: R\$893,89. Contudo, em diferentes regiões da cidade, esse indicador está ligado à própria infra-estrutura urbanística e social. Em Amaralina, na orla marítima, a renda familiar mensal medida atinge R\$1.953,40, a maior da cidade. Na Vitória (Centro), R\$1.874,09, contra R\$473,38 de Plataforma e R\$385,09 de Paripe, ambos no Subúrbio Ferroviário (BRASIL, 2000).



Gráfico 01 - Níveis de escolaridade dos responsáveis pelos domicílios particulares permanentes por subdistritos de Salvador – 2000. Elaborado por Ana Margarida Nascimento.

Fonte: BRASIL, IBGE — Censo Demográfico 2000.

Não só Amaralina e Vitória, regiões com completa infra-estrutura urbanística, de saneamento básico e serviços, mas também nos bairros mais centrais como Brotas (R\$1.222,78), São Pedro (R\$1.217,26) e Nazaré (R\$1.156,46) revelam uma concentração de renda no município. Em contrapartida, as regiões mais pobres, onde se concentram os bolsões de miséria, traduzidos nas invasões e na ocupação desordenada nas encostas, revelam um nível familiar bem mais baixo, como o de Paripe e Plataforma, citado anteriormente, e do Comércio (R\$308,44), onde se

concentram as famílias que residem nas encostas da Avenida Contorno, Ladeira da Montanha e Pilar (BRASIL, 2000).

Também, para fins de análise e representação espacial, as classes de renda dos responsáveis pelos domicílios foram classificadas nos seguintes estratos: Baixos Rendimentos, sem rendimento e com rendimento até dois salários mínimos; Rendimento Médio, com rendimento superior a dois até cinco salários mínimos; e Rendimento Alto, rendimento superior a cinco salários mínimos.

Salvador tem 52,94% dos responsáveis por domicílios com baixos rendimentos. Os subdistritos com os maiores percentuais de altos rendimentos são: São Pedro (52,28%), Amaralina (51,58%), Santana (48,27%), Vitória (48,095) e Nazaré (47,49%). Mais de cinquenta por cento dos subdistritos possuem rendimentos inferiores a dois salários mínimos. Os mais baixos ficam com Maré (75,07%), Paripe (70,22%), Pilar (68,99%), Sé (67,52%) e Conceição da Praia (65,91%) (BRASIL, 2000). Nos Gráficos 02 e 03, pode-se visualizar que, tal como nos níveis de escolaridade, a concentração de renda se dá nos bairros centrais e ao longo da orla marítima, enquanto o “Miolo” e o Subúrbio Ferroviário concentram a população de menor poder aquisitivo do município.

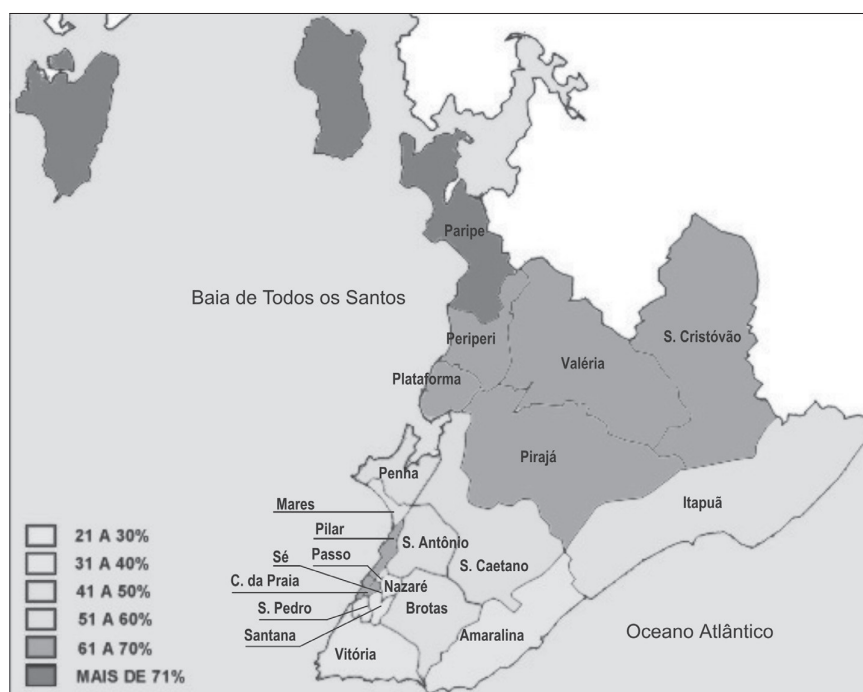


Gráfico 02 – Percentual de população com baixo rendimento por subdistritos de Salvador – 2000. Elaborado por Ana Margarida Nascimento.

Fonte: BRASIL, IBGE — Censo Demográfico 2000.

Além da renda e da escolaridade, o próprio ambiente urbano pode prejudicar a saúde direta ou indiretamente. O dano direto se produz quando as pessoas são

inadequadamente protegidas contra os fatores de enfermidades no ambiente físico: insegurança no consumo de alimentos e água, contaminação do solo e do ar, falta de controle dos vetores, fatores tóxicos e traumáticos nos locais, postos de trabalho e transporte. O ambiente social urbano pode induzir enfermidades somáticas e desordem psicológica através de congestionamentos, pobreza e privação, perturbação mental, violência, estilos de vida não saudáveis. Os indiretos dizem respeito à degradação dos recursos urbanos, à destruição do ecossistema, e são ligados ao desperdício e à descarga de resíduos na água, no ar e no solo.

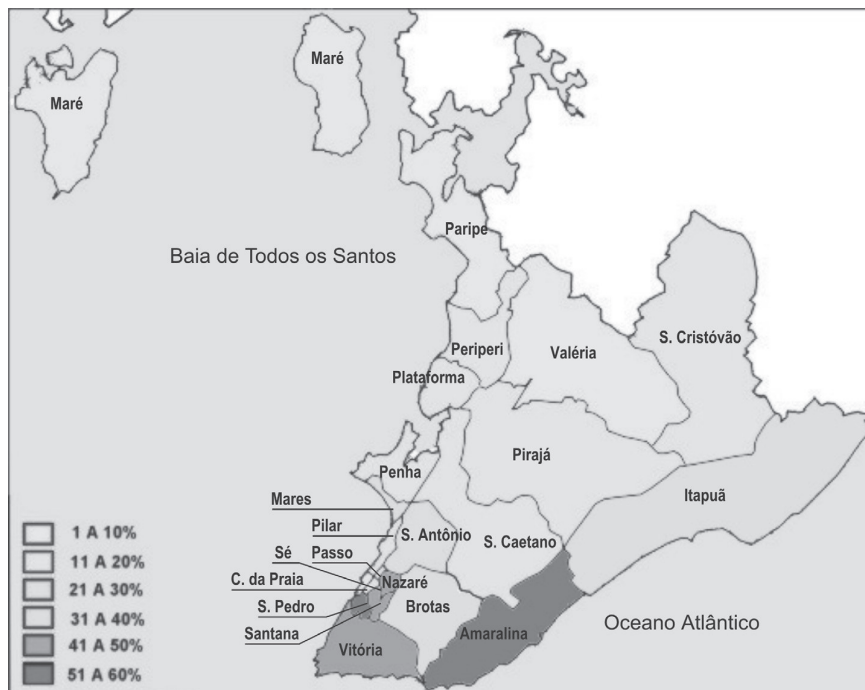


Gráfico 03 – Percentual de população com alto rendimento por subdistritos de Salvador – 2000. Elaborado por Ana Margarida Nascimento.

Fonte: Brasil, IBGE — Censo Demográfico 2000.

A Organização Pan-americana de Assistência à Saúde - OPAS considera que habitação saudável é aquela que funciona como um agente da saúde de seus moradores. Para a OPAS, o conceito de habitação saudável se introduz desde o ato do projeto da habitação, sua micro-localização e construção, estendendo-se até ao seu uso e manutenção (OPAS, 1999).

Esse conceito está relacionado com o território geográfico e social onde está localizada a habitação, os materiais usados para a sua construção, a segurança e qualidade dos elementos usados, o processo construtivo, a composição do seu espaço, a qualidade do seu acabamento, o contexto periférico global (comunicações, energia, vizinhança) e a educação sanitária dos seus moradores sobre os

estilos e condições de vida saudável. A carência e deficiências nas habitações e a falta de saneamento constituem um determinante no excesso de mortalidade e uma característica sistematicamente vinculada aos níveis de pobreza.

Áreas-problema

A análise de indicativos, tais como características e número de habitantes por domicílio, disponibilidade e qualidade da água, adequado sistema de coleta e destino dos dejetos, existência de banheiro ou sanitário nas residências e forma como são coletados e tratados os resíduos sólidos, pode refletir o nível de saúde, no Município de Salvador. Esse nível de saúde se caracteriza, por um lado, pela sua dependência do nível de renda e escolaridade e, por outro, pela sua segregação no espaço, o que cria uma hierarquia de áreas-problema.

Na Tabela 01, foram comparadas algumas características dos 22 subdistritos, tais como: densidade demográfica, escolaridade, renda, abastecimento de água pela rede geral, esgotamento sanitário ligado à rede geral, existência de banheiro ou sanitário e coleta de lixo. Na densidade demográfica, considerou-se como problema as áreas cujos valores estivessem acima da média encontrada em Salvador. Os níveis de escolaridade e renda foram comparados tomando-se como base a Escolaridade Baixa e os Baixos Rendimentos, e considerados os que estavam acima da média da cidade. Na comparação entre os percentuais de domicílios com abastecimento de água pela rede geral, esgoto ligado também à rede geral, existência de banheiro e coleta de lixo, foram considerados os índices menores que a média do município. Desse modo, foram estabelecidos quatro critérios de classificação dos indicadores:

- a) aqueles cujos valores vão até a média do Município;
- b) aqueles cujos valores são superiores ou inferiores a 10% da média do Município;
- c) aqueles cujos valores estão entre 11% e 20% da média do Município;
- d) e, finalmente, aqueles cujos valores estão 20% acima ou abaixo da média do Município.

Da análise da referida tabela, conclui-se que os subdistritos com densidade demográfica mais alta estão localizados nas áreas centrais do município. No entanto, essas áreas têm os maiores níveis de renda, escolaridade, e acesso aos serviços básico, excluindo São Caetano e Plataforma. As áreas-problema para a saúde são Maré, Paripe, Periperi e Plataforma, localizadas no chamado “Subúrbio Ferroviário”; Pilar e Conceição da Praia, ambas no Centro; São Cristóvão; Pirajá, São Caetano e Valéria, áreas do “Miolo”. Esses subdistritos se destacam principalmente pelo baixo valor do rendimento mensal médio e pelos baixos índices de escolaridade. Enquanto a média de rendimento, em Salvador, está em R\$893,89, nas áreas-problema esse valor está abaixo de R\$520,00. Quanto à escolaridade, no Município, cerca de 47% da população têm baixa escolaridade (sem instrução ou até 7 anos de estudo) e, nessas áreas, os percentuais estão acima de 47%. Essas constatações poderão ser confirmadas após análise dos aspectos de saúde do município.

Tabela 01 - Indicadores que refletem as condições de vida nos subdistritos de Salvador - 2000

Subdistritos	Densidade Demográfica	Baixa Escolaridade	Baixo Rendimento	Abastecimento pela rede geral	Esgoto ligado à rede geral	Existência de banheiro	Coleta de lixo
Amaralina	144,32						
Brotas	172,46						
Conceição da Praia		76,24	65,91	88,61		93,56	93,07
Itapuã				94,61	49,40	95,97	
Maré		89,75	75,07	56,25	0,67	86,42	70,34
Mares							
Nazaré	101,76						
Paripe		66,49	70,22	93,17	52,01	92,02	82,54
Passo	123,79						
Penha	256,99	49,31	55,12	95,21		97,18	
Periperi	80,09	57,48	62,64	94,85	52,53	95,04	89,86
Pilar		61,56	68,99	82,81	68,25	85,03	85,00
Pirajá	87,12	56,34	62,32		62,15	97,09	90,54
Plataforma	131,88	58,40	63,84	96,07	61,15	96,58	91,69
Santana	162,97						
Santo Antônio	286,69						
São Caetano	177,04	55,04	59,33				
São Cristóvão		61,26	62,90	88,00	35,70	92,86	83,73
São Pedro	180,26						
Sé		54,72	67,52	95,69			
Valéria		52,58	61,87	94,26	61,07	96,02	89,33
Vitória	169,22						
Salvador	78,92	46,99	52,94	96,55	76,55	97,53	93,42

Elaborada por Ana Margarida Nascimento.

Fonte: BRASIL, IBGE — Censo Demográfico 2000.

- Percentual abaixo da média do Município.
- Percentual até 10% a mais que a média do Município.
- Percentual entre 11% e 20% a mais que a média do Município.
- Percentual acima que 21% da média do Município.

Aspectos da Saúde

Nos anos 70, novas propostas metodológicas, baseadas no enfoque estratégico, aproximaram a programação em saúde do conceito de necessidades de saúde *versus* condições de vida dos diversos grupos humanos.

Com essa nova proposta, além da definição de espaços geográficos pequenos e análise das condições de vida, são identificados: a condição de saúde (morbidade e mortalidade), a acessibilidade geográfica aos serviços de saúde e o perfil de oferta dos serviços, segundo o nível de tecnologia.

A análise dos aspectos de saúde do Município de Salvador estará centrada nos distritos sanitários. Um distrito sanitário é a “menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão” (ALMEIDA, 1998, p. 21), entendendo-se por território uma área geográfica que comporte uma população com características epidemiológicas e sociais, com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la. Por sua vez, a área geográfica, definida para cada realidade, pode ser constituída por vários bairros de um município ou vários municípios de uma região.

Nas *áreas-problema*, Subúrbio Ferroviário, “Miolo” e zonas degradadas do Centro Histórico, o baixo valor de rendimento mensal e os baixos índices de escolaridade, somados à precariedade no saneamento básico, resultam em maior número de óbitos por causas evitáveis, maiores coeficientes de mortalidade infantil e facilidade de expansão de doenças infecciosas e transmissíveis.

No Subúrbio Ferroviário, o coeficiente de mortalidade infantil é o dobro do coeficiente encontrado no distrito sanitário Barra/Rio Vermelho/Pituba. Entre os recém-nascidos, essa taxa elevada decorre, principalmente, da desnutrição materna, inexistência de pré-natal, procedimentos de higiene inadequados, carência de vagas e deficiência no atendimento hospitalar. Na faixa de um mês a 11 meses, a mortalidade é decorrente da insuficiência alimentar e da falta de tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. Novamente, a renda familiar e o nível de escolaridade, principalmente a materna, são as causas dessas taxas de mortalidade, que são mais altas nas áreas onde se encontram pobreza e miséria.

A proporção de óbitos na faixa etária de 1 a quatro anos é a menor no distrito sanitário de Barra/Rio Vermelho, enquanto as áreas do *Miolo* e do Subúrbio Ferroviário têm as maiores proporções. Esse quadro é similar em relação às outras faixas etárias, exceto na população de 50 anos e mais, quando os números se invertem. Enquanto a população jovem, residente nas áreas segregadas, morre vítima da violência urbana, os mais idosos, moradores das áreas nobres da cidade, morrem de doenças cardiovasculares, resultantes do estresse e sedentarismo.

As principais causas de internação hospitalar pelo SUS são as diarreias e doenças intestinais, a tuberculose e a AIDS, todas relacionadas às questões socioeconômicas. As doenças infecciosas e parasitárias estão ligadas principalmente às condições de vida dos habitantes de uma cidade. Em Salvador, as áreas que possuem maior facilidade de expansão dessas doenças são, novamente, o *Miolo* e o Subúrbio Ferroviário, devido ao crescimento e à densidade populacional, à falta ou precariedade de infra-estrutura urbana e às ocupações irregulares.

Equipamentos de saúde

Conceitualmente, considera-se oferta de serviços de saúde o conjunto de instituições públicas e privadas, isto é, “todos os estabelecimentos de saúde que atuam na concretização de cuidados à saúde para as pessoas, seja de forma individual ou coletiva.” (BRASIL, 2002a, p.25). Recursos humanos, equipamentos físicos e materiais, segundo uma determinada tecnologia e processos de produção, são combinados com vistas à promoção, prevenção, cura ou reabilitação.

Os estabelecimentos assistenciais de saúde têm uma demanda mínima para uma determinada área de atuação e são caracterizados em níveis ascendentes de atendimento. O sistema, crescente é composto pelos serviços que prestam assistência básica à população – postos e centros de saúde, seguidos dos ambulatórios ou policlínicas – atendimentos de média complexidade. Finalmente, há os hospitais gerais e especializados, que oferecem procedimentos de alta complexidade.

Os estabelecimentos de saúde privados são distribuídos, ao longo da cidade, segundo a influência de fatores relacionados à demanda dos centros consumidores, em áreas de alta concentração econômica e demográfica, com potencial para se tornarem centros de desenvolvimento.

Na Bahia (DATASUS, 2002), a maioria das unidades de saúde integrada ao SUS, que presta atendimento especializado, está localizada na Capital do Estado, que possui 70% das unidades que atendem a urgência e a emergência especializada,

40% das de urgência e emergência geral, 42% de atendimento ambulatorial especializado em hospitais e 44% unidades específicas. Mais de um terço das policlínicas estão situadas no município. A precariedade da prestação de serviços de saúde e a distribuição desigual dos equipamentos apresentam apenas dois resultados: 1) atração pela metrópole, gerando uma demanda não prevista pelo Estado e, conseqüentemente, filas, falta de vagas e mau atendimento; 2) população sem assistência à saúde, principalmente em ações de média e alta complexidade.

Em 2002, o IBGE, através da pesquisa de Assistência Médica Sanitária — AMS (IBGE, 2002), contabilizou 1.043 estabelecimentos de saúde, 74% deles privados e sem credenciamento com o SUS. Cerca de um terço da população, da faixa de renda de meio a dois salários mínimos, tem acesso a apenas 26% dos estabelecimentos de saúde públicos, credenciados ao SUS, 71,82% deles pertencentes à rede municipal de saúde.

Salvador, em 2002, possuía 76 estabelecimentos de saúde com internação. Cinquenta e três deles são credenciados ao SUS, sendo trinta privados, dezessete estaduais e seis federais, totalizando 5.980 leitos para internação disponíveis para o SUS (IBGE, 2002).

Os parâmetros de cobertura sobre a necessidade de leitos indicados pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº1101/GM de 12 de julho de 2002, apontam valores de 2,5 a 3 leitos/1.000 habitantes. Segundo dados levantados na AMS (IBGE, 2002) existem, em Salvador, 2,18 leitos por 1.000 habitantes credenciados ao SUS. Esse número apresenta uma tendência declínio, caso o panorama não seja invertido pelo poder público. De acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), em 10 anos houve um decréscimo de 17% dos hospitais credenciados ao SUS, chegando esse decréscimo a quase 23% no ano 2000. Pode-se verificar o mesmo comportamento em relação aos leitos hospitalares disponíveis ao SUS. No ano de 1992 havia 8.504 leitos, 4,09 para cada 1.000 habitantes (DATASUS, 2002).

Em 1996, as maiores concentrações de leitos hospitalares credenciados ao SUS estavam no Centro (19,50 leitos/1.000 habitantes), Barra (12,81 leitos/1.000 habitantes), Itapagipe (12,27 leitos/1.000 habitantes), Cabula 4,36 leitos/(1.000 habitantes) e Liberdade (4,26 leitos/1.000 habitantes), todos localizados na parte ocidental da cidade, observando-se escassez de leitos hospitalares no resto do município, coincidentemente nas áreas de menor renda, cujas taxas estão abaixo de 2,5 leitos/1.000 habitantes (CARVALHO, 1997). No Centro e na Barra, concentram-se os hospitais mais antigos, Hospital Espanhol e Hospital Português; Itapagipe recebe a influência do hospital filantrópico de Irmã Dulce, com mais de 1.000 leitos; no Cabula, está localizado o Hospital Central Roberto Santos; e a Liberdade também recebe a influência de grandes hospitais públicos, tais como o Hospital Ana Nery, Hospital Mário Leal, Hospital Ernesto Simões, Hospital Otávio Mangabeira e a Maternidade Tsylla Balbino.

Apesar da distribuição de leitos hospitalares constituir-se num fator representativo dos serviços como um todo, a questão que deve ser enfatizada é o acesso da população aos serviços de baixa, média e alta complexidade, que representam procedimentos de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Como o Município de Salvador encontra-se no estágio de Gestão Plena da Atenção Básica, tem autonomia financeira para gerir tanto a rede ambulatorial básica quanto as ações básicas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, até 2002, estava implantado em 54 unidades de saúde (SALVADOR, 2002). Os distritos sanitários mais equipados com unidades de baixa complexidade são: Barra/Rio Vermelho (19 unidades), Subúrbio Ferroviário (16) e Cabula/Beiru (15). Entretanto, o distrito de Barra/Rio Vermelho concentra a população de mais alta renda do Município, que tem acesso a planos privados de saúde, conseqüentemente necessitando de menor atenção do Estado do que áreas onde a população tem menor renda e condições de vida mais precárias. No Gráfico 04, percebe-se claramente a escassez desse tipo de equipamento nas áreas da Boca do Rio, Itapuã, no “miolo” (Pau da Lima e Cajazeiras), além da área do Centro, Itapagipe e Brotas.

A NOAS-SUS 01/02 define a atenção de média complexidade em saúde como:

... um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. (BRASIL, 2001, p. 5).

Significa dizer que as especialidades básicas (clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e ginecologia) são insuficientes para realizar ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces, que poderiam evitar alguns agravos e óbitos. A distribuição espacial, com equidade de unidades de saúde de média complexidade, ajudaria a reverter a forma de atenção atual, centrada na doença/medicação/hospital, reduzindo custos públicos e melhorando o estado de saúde da população.

O atendimento de média complexidade, em Salvador, é realizado predominantemente por estabelecimentos privados (87%), dos quais 63% não são credenciados ao SUS. Dessa forma, restam apenas 13% de unidades de média complexidade públicas e filantrópicas, 32% de unidade privadas, num total de 45%, para atendimento de cerca de dois terços da população que não está coberta por planos de saúde privados (IBGE, 1998).

O distrito sanitário da Barra/Rio Vermelho/Pituba concentra 21% dos estabelecimentos com atendimento de média complexidade, credenciados ao SUS. O Centro Histórico conta com 28% desses estabelecimentos e Itapagipe, 11%. No Gráfico 05, visualiza-se a desigualdade no acesso a esses equipamentos, que se concentram nas áreas cuja população se caracteriza por um alto nível de renda e escolaridade. A demanda é oriunda de áreas-problema, cujos moradores precisam deslocar-se em busca de atendimento especializado.

A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é responsabilidade conjunta dos governos federal e estadual, que devem, solidariamente, definir prioridades nos investimentos, otimizando a oferta de serviços. Em Salvador, 47% das unidades que oferecem procedimentos de alta complexidade são instituições privadas credenciadas ao SUS e 33% são estabelecimentos estaduais. No distrito sanitário da Barra/Rio Vermelho/Pituba, estão localizados 47% deles, sendo 50% estabelecimentos privados conveniados ao SUS, conforme dados fornecidos pela Secretaria da Saúde do Estado, referente ao ano de 2002.

Na distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde, da rede ambulatorial e hospitalar, públicos e privados é evidente a fragmentação das ações de saúde, o que resulta em problemas de diferentes níveis de complexidade. A mancha de predominância de equipamentos é formada na área ocidental da cidade. Os núcleos periféricos, desprovidos da infra-estrutura social e urbana, continuam com escassez de atendimento em saúde.

Considerações Finais

Este estudo demonstra a segregação urbana existente no Município de Salvador e, de forma especial, a espacialização 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, principalmente, aos pobres.

A maior parte dos equipamentos de saúde, disponíveis para o 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 atual política de saúde trata de forma semelhante grupos desiguais. 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.

Crítérios 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”.

A exclusão descreve variados processos que abarcam desde a degradação das relações sociais às desigualdades múltiplas postas em ação pela forma violenta de acumulação capitalista no país.

É necessário que o Estado implemente políticas públicas direcionadas a uma significativa melhora da distribuição de renda e na redução do número de pessoas que vive em condições de vida inadequadas. A população de baixa renda, foco dessas políticas, está excluída do processo de globalização da economia, e sua inclusão depende de políticas compensatórias e ações específicas por parte do poder público.

Ana Margarida Barreira Nascimento é arquiteta da Superintendência de Construções Administrativas da Bahia – SUCAB. Este artigo é baseado na sua dissertação de mestrado, defendida em 2003 no PPG-AU/FAUFBA, sob a orientação da profa. Antônio Pedro Alves de Carvalho.

Notas

¹ Miolo é a parte do território municipal situada entre os dois principais eixos viários de articulação urbano-regional — a BR-324 e a Avenida Luiz Viana Filho (Avenida Paralela) — e as divisas de Salvador com os Municípios de Lauro de Freitas e Simões Filho.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. *Distritos Sanitários: Concepção e Organização*, V. 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).
- BOURDIEU, Pierre. Efeitos do Lugar. In: BOURDIEU, P. *A Miséria do Mundo*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1997. 747 p.
- BRASIL. RIPSА - Rede Interagencial de Informações para a Saúde/DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 21 mar. 2003.
- _____. *Textos de epidemiologia para vigilância ambiental em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional da Saúde. 2002a. 135p.
- _____. Portaria nº1101/GM de 12 de julho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <http://www.cff.org.br>. Acesso em: 27 jun. 2003.
- _____. Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/02. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 73 p.
- _____. Norma Operacional Básica — NOB 01/03. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- _____. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990a. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/popup/leg/leis.htm. Acesso em: 15 jun. 2002.
- _____. Lei 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 saúde e dá outras providências. Brasília: 1990b. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/popup/leg/leis.htm. Acesso em: 15 jun. 2002.
- _____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Rio de Janeiro: FAE, 1988.
- BRASIL. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. 133 p.
- _____. IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária, 2002. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 303p.: il.
- _____. _____. Censo Demográfico 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25 mar. 2003.
- _____. _____. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde – 1998. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 16 abr. 2003.
- CARVALHO, Antônio Pedro Alves. *Meio ambiente urbano e saúde no município de Salvador*. 1997. 246 f. Tese de Doutorado. Rio Claro: IGCE - Campus de Rio Claro – UNESP.
- CHRISTALLER, Walter. *Central Places in Southern Germany*. New Jersey: Prentice Hall, 1966. 230 p.
- MENDES, Eugênio Vilaça et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, HUCITEC; Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995, p. 159-185.

MORAES, Nilson A. Saúde e Estado no Brasil: traços de uma história. In: GOMES, Denise C. R. (Org.). *Equipe de Saúde: O Desafio da Integração*. Uberlândia: EDUFU, 1997, pp. 47-66

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Políticas de Salud en la Vivienda. Cuba: 1999. 327 p.

REIS, Carlos Octávio O. Desigualdades no acesso aos serviços de saúde. In: BARJAS NEGRI, Geraldo Di Giovanni (Org.). *Radiografia da Saúde*. Campinas, SP: UNICAMP/IE, 2001. p. 579-587.

SALVADOR. Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano – PDDU 2002. Disponível em: <http://www.seplam.pms.ba.gov.br>. Acesso em: 14 jan. 2003.

SAMPAIO, Antônio Heliódoro Lima. *Formas urbanas - cidade real & cidade ideal: contribuição ao estudo urbanístico de Salvador*. Salvador: Quarteto Editora/PPG/AU, Faculdade de Arquitetura da UFBA., 1999.

SILVA, L. M.; PAIM, J.; COSTA, M. C. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. In: *Revista Saúde Pública*, 33 (2): 187-97, 1999.

VILLAÇA, Flávio. *Espaço intra-urbano no Brasil*. São Paulo: Studio Nobel: FAPESP: Lincoln Institute, 2001. 373 p.