

SAÚDE PÚBLICA

A Saúde no Planejamento Urbano de Salvador

Antonio Pedro Alves de Carvalho*

Diversos planos governamentais são aqui considerados com vistas a uma avaliação das ações de saúde. De 1939 a 1980, o planejamento setorial evoluiu da simples reação frente a problemas sanitários episódicos, de farto vocabulário médico, passando por intervenções autoritárias de expulsão de moradores de cortiços até planos de certo tom liberal. Posteriormente, a saúde pública é assumida como obrigação do Estado. A falta de pressão da sociedade civil e a distribuição espacial dos equipamentos de saúde tende a refletir a estrutura social da cidade. A fragilidade técnica dos estudos exige um plano específico para o setor.

Na história do planejamento Urbano da cidade de Salvador, ou sua Região Metropolitana, o posicionamento de seus equipamentos urbanos, sejam de educação, lazer ou saúde, tem sido relegado ao arbítrio de políticos ou dos executores especializados em políticas setoriais, quase sempre sem uma visão de interdisciplinaridade deste procedimento.

A seguir tentaremos expor criticamente as diversas tentativas feitas do planejamento global relativas ao subsector saúde na RMS, compreendendo melhor sua evolução, erros, acertos e suas perspectivas futuras.

Para isto analisamos planos e estudos que achamos fundamentais nas diversas fases do planejamento urbano global e setorial, principalmente ligados a órgãos

hoje esvaziados ou extintos como CONDER - Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Salvador e OCEPLAN - Órgão Central de Planejamento da Prefeitura Municipal.

Não citamos aqui os inúmeros planos de ações de saúde, feitos quase sempre nas secretarias estaduais e municipais de saúde por se tratarem de intervenções isoladas da visão multidisciplinar que procuramos colocar no presente trabalho.

Plano de Urbanismo da Cidade de Itaparica - 1939²

Sobre a saúde este plano apenas constata a condição de "sanatório ideal" da ilha de Itaparica quanto à cura da beri-

beri. Não propõe qualquer equipamento ou mesmo coloca a saúde como função urbana. Apenas o Hotel Balneário proposto seria destinado aos pacientes que viessem em busca de cura da beriberi.

Cita a necessidade de abastecimento de água e esgotos e de limpeza pública, sem contudo fazer qualquer menção da importância da implementação destes serviços para a saúde da população.

Escritório do Plano de Urbanismo da Cidade do Salvador - EPUCS - 1947³

O plano da EPUCS em Relação à saúde, faz um levantamento do quadro endêmico da cidade de Salvador, terminando por constatar como problema principal de

* Antonio Pedro é arquiteto e professor da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da UFBA.

(1) Sobre os planos de saúde elaborados no Estado da Bahia através de sua Secretaria de Saúde encontramos interessante relato crítico em: KALLIL, Maria E.X. Ideologia e prática do planejamento de saúde na Bahia. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1983. 108 p. (Dissertação defendida no Mestrado de Saúde Comunitária - UFBA.).

(2) QUEIROZ, Paulo Peltier de. Plano de Urbanismo da cidade de Itaparica. Salvador: Governo do Estado da Bahia, 1939. 204p.

(3) SALVADOR, Prefeitura Municipal. EPUCS: Uma experiência de planejamento urbano. Salvador, 1976. 182p. (Série Estudo Informativos n. 1. PLANDURB).



saúde a questão da tuberculose, doença com alto índice de mortalidade na época.

Propõe assim, em termos do planejamento de recursos físicos:

a) Ampliação do Hospital Fundação Sanatorial Otávio Mangabeira - que tinha por fim aumentar o número de leitos para internação de pacientes tuberculosos.

b) Criação de Clínica Fisiológica em estrutura existente do Hospital das Clínicas, com o fim de suscitar o estudo e a pesquisa sobre doença.

c) Projeto de um dispensário de tuberculose a ser implantado no Largo Dois Leões.

O estudo do EPUCS, relacionado à saúde, se constitui num avanço quanto à visão multidisciplinar que faz do planejamento urbano. O enfoque sanitário demonstrado, contudo, se limita a análise de doenças prevalentes, carecendo de um contraponto social ou de questionamento do que seja a saúde pública.

Foi, todavia, a primeira preocupação com o planejamento de equipamentos de

atenção à saúde dentro de um plano urbanístico.

Estudo Preliminar do PDI na Área Metropolitana de Salvador - 1970⁴

O trabalho abarca praticamente todo o Recôncavo. Faz um levantamento direto de equipamentos de saúde, fluxos de oferta, demanda destes equipamentos e distribuição da mortalidade por causa.

Quanto aos equipamentos de atenção a saúde constata a alta concentração destes na cidade de Salvador:

"Mantém a capital 86% dos Hospitais e Maternidades, 56% dos Postos de Saúde e 72% do número de Ambulatórios, além de possuir uma relação leitos/habitantes mais de 4 vezes superior a dos municípios da periferia, comprovando-se assim, a concentração dos equipamentos de saúde da área no município da capital".⁵

A distribuição de pessoal de saúde também acompanha esta concentração, com Salvador possuindo 1,8 médicos/1000 habitantes, enquanto que o município da região estudada com maior índice dispõe de apenas de 0,1 médicos/1000 habitantes.

Quanto a análise dos fluxos de oferta e demanda de pacientes aos serviços de saúde constata-se a presença de considerável número de internados provenientes de outros municípios. Das internações da Maternidade Tsylla Balbino, por exemplo 30%, seriam de outros municípios.

A análise da distribuição da mortalidade foi apenas estudada em São Francisco do Conde com a constatação de que as maiores causas de morte identificadas são as por insuficiência cardíaca e as demarcadas com falta de assistência médica.

Este estudo já representa um avanço em termos de análise locacional, com a consideração da centralidade dos equipamentos de saúde em relação a Salvador. As tabelas sobre mortalidade prenunciam uma preocupação com causas sociais da

(4) BAHIA. Conselho de Desenvolvimento do Recôncavo - CONDER, NEW Plan Consultoria, Planejamento Ltda. G.p.i. Grupo de Planejamento Integrado Ltda. Estudo Preliminar do Plano de Desenvolvimento Integrado da área metropolitana de Salvador. Salvador, 1970. v.1, 639p.

(5) Idem p. 363.

falta de assistência médica, se bem que, como estudo preliminar que é, nada propõe em termos de melhoria do sistema de saúde estudado.

Diagnóstico Urbanístico da Região Metropolitana de Salvador: Saúde - 1974⁶

Levanta uma série de dados relativos a distribuição de equipamentos de saúde em Salvador e na Região Metropolitana.

Dentre estes podemos destacar:

- O setor privado possuía 64% do número de estabelecimentos de saúde na RMS.
- Havia 5,5 leitos/1000 hab. na RMS.
- A RMS possuía 20% do total de equipamentos de saúde do estado.
- As unidades hospitalares existentes estavam concentradas na parte ocidental da cidade de Salvador.
- 80% dos centros de saúde da RMS estavam em Salvador.
- O corpo clínico encontrava-se do mesmo modo concentrado havendo: 1 médico/909 habitantes em Salvador contra 1 médico/21000 habitantes no estado.

- Quanto a enfermeiras formadas, 85% do total do estado encontrava-se em Salvador.
- Quanto a consultas efetuadas, a RMS possuía uma média de 1,5 consultas/hab./ano, estando o setor público responsável por 92,71% destas.

Pelos dados levantados, o Diagnóstico Urbanístico destaca como problemas básicos para a área de saúde na RMS:

Condições de sub-equipamentos:

Hospitalar - Sistema extremamente centralizado a nível de áreas homogêneas, pela localização de maior parte dos hospitais na parte ocidental da cidade de Salvador.

Centros de Saúde: falta do equipamento em áreas periféricas, havendo inclusive municípios que não o possuíam.

Ambulatórios: Não existia este tipo de equipamento nas áreas periféricas de Salvador.

Clínicas: Pelo caráter privado localizam-se normalmente próximas às áreas habitacionais de classe média, não existindo na áreas periféricas de Salvador e na maioria dos municípios da RMS.

Foram detectadas áreas problema quanto a mortalidade e morbidade, consti-

tuidas em geral por áreas de sub-habitação e com baixo índice de saneamento básico.

O Diagnóstico urbanístico prescreve uma série de dispositivos para o planejamento de saúde que constituem um avanço em termos dos planos anteriores, se bem que sejam orientações ainda muito genéricas. São elas:

Questão Institucional:

Propõe-se o estudo da institucionalização de uma coordenação de saúde a nível metropolitano, que oriente as ações de saúde executadas entre várias entidades afins.

Hierarquia da Rede Hospitalar:

Estabelecimento de uma política geral de regionalização através de um plano de saúde para o Estado da Bahia, a fim de se conseguir uma distribuição espacial qualitativa e quantitativa de equipamentos hospitalares mais equilibrada.

Matriz Locacional:

Deve ser constituída uma matriz geral de equipamento metropolitano, cuja prioridade de implantação seja orientada dentro de critérios locacionais e funcionais do futuro uso do solo metropolitano.

Zonas Homogêneas:

Implementação de uma política de saúde a nível de zonas homogêneas que



(6) BAHIA, Companhia de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Salvador - CONDER. Diagnóstico Urbanístico da RMS - Saúde - Salvador, s.d., V.2, 55p. (mimeo).

serão consideradas como áreas de planejamento integrado.

O volume sobre saúde do Diagnóstico Urbanístico da Região Metropolitana de Salvador constitui-se no primeiro estudo realmente fundamentado deste setor, do ponto de vista do planejamento global em saúde.

A concentração da oferta dos serviços de saúde em Salvador, em sua parte ocidental é detectada por grande quantidade de dados. A delimitação de áreas-problema quanto a aspectos de saúde também é inicialmente colocada.

Como pontos passíveis de crítica podemos citar a quase inexistente análise social, econômica ou política, que fizesse o contraponto entre a saúde e as demais condicionantes do bem estar humano.

Em relação às propostas não se poderia exigir muito por não ser este o objetivo do estudo. As linhas de ação esboçadas, contudo, contém avanços em termos de uma coordenação única das ações de saúde e do estabelecimento de uma Matriz Locacional para os equipamentos.

Plano de Desenvolvimento Urbano do Município de Salvador - PLANDURB - 1976⁷

Quanto à saúde o PLANDURB apenas apresenta objetivos e diretrizes gerais, a maioria delas não embasadas em dados ou estudos mais aprofundados.

Alguns conceitos importantes, no entanto, foram levantados como:

- Definição de um esquema de localização de estabelecimentos de saúde proporcionais à distribuição da população.
- Definição de um sistema de atendimento hospitalar devidamente hierarquizado.
- Implantação proposta para unidades hospitalares zonais de porte médio.

As diretrizes gerais estabelecidas para a saúde pelo PLANDURB já admitem algumas premissas de hierarquia de serviços. A falta de detalhes, contudo, fazem com que tais diretrizes caiam no vazio, inclusive institucional. Nada proposto, a saúde apenas preenche mais um item de análise necessária para o complemento da sua visão globalista.



Plano Municipal de Saúde de Camaçari - 1976⁸

Constitui-se apenas em um conjunto de projetos de postos e centros de saúde, inseridos sem nenhum estudo mais profundo e que parecem ter sido executados com o claro intuito de conseguir-se linhas de financiamento para sua execução.

Racionalização do Setor Saúde da Região Metropolitana de Salvador - 1977⁹

Segue as Diretrizes e Políticas da Região Metropolitana de Salvador - Programa Integrado de Saúde, retiradas na IV Reunião Técnica sobre o Sistema de Planejamento da RMS.

Estas diretrizes prescrevem as seguintes premissas institucionais:

"1. O Programa de Saúde da RMS deve ser conduzido e coordenado pela Secretaria de Saúde do Estado.

2. O Programa deve satisfazer a organização do sistema e a organização espacial dos equipamentos.

3. Criação de uma Câmara de Saúde par a RMS.

4. Os Conselhos Consultivo e Deliberativo da RMS serão responsáveis pela definição da localização dos equipamentos no seu território.¹⁰

Este plano é o primeiro planejamento específico de saúde a nível urbano feito na Região Metropolitana de Salvador.

Inicia listando os seguintes objetivos:

"1. Assegurar uma adequada distribuição geográfica de equipamentos de saúde, de recursos financeiros e de pessoal, numa eficiente e funcional relação entre as diferentes instituições da RMS.

2. Reduzir o elevado custo operacional dos serviços de saúde sem detrimento de sua qualidade.

3. Desenvolver níveis progressivos de atenção para a saúde, segundo o grau de complexidade do problema, tornando, portanto, mais racional a utilização de seus serviços.

4. Tornar a população consciente do novo sistema e das vantagens que ele oferece.

(7) PLANDURB foi um plano elaborado pela Prefeitura Municipal de Salvador, que teve seu início em 1976, não possuindo como resultado um documento único, sendo na verdade um grande processo de planejamento. Para sua análise neste trabalho utilizamos: BRANDÃO, Maria de A. et alii. PLANDURB, Síntese: Objetivos, Metodologia e Propostas, Salvador, s.d.. 44p. (mimeo).

(8) BAHIA, Governo do Estado, Secretaria das Minas e Energia; CAMAÇARI, Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Saúde - 1976-1980. Salvador, s.d.. 92p.

(9) BAHIA, Secretaria de Saúde & Companhia de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Salvador - CONDER. Racionalização do Setor Saúde da Região Metropolitana de Salvador. Salvador, 1977. 167p.

(10) Idem p.23.

5. *Estimular o mecanismo formador para criar um sistema organizado e participativo de educação continuada para o pessoal do setor saúde.*"¹¹

Muitos destes claramente extrapolam as possibilidades de um plano. Os dados levantados posteriormente, no entanto, buscam ser os mais completos e globalizantes do que se entende por saúde. São considerados dados: clínicos, populacionais, de nível de renda, habitação, nutrição, serviços de água, esgoto e lixo.

Dentro do estudo de dados relacionados à saúde diretamente, são apresentadas informações sobre: taxas de mortalidade infantil e geral, capacidade instalada, recursos humanos, demanda de serviços médicos, origem e destino de clientes na rede ambulatorial da RMS.

Quanto a capacidade instalada constata-se que 59% dos estabelecimentos pertencem ao setor privado. A taxa de leitos da RMS seria de 5,54 leitos/1000 hab., sendo que 53% destes leitos pertencem ao setor privado.

Os recursos humanos de saúde encontravam-se concentrados em Salvador, com uma média de 1 médico/665 hab. na RMS e 1 médico/2453 hab. no restante do Estado. Dentro da própria RMS havia contrastes chegando o município de Vera Cruz a ter uma relação de 1 médico/12294 hab.

As principais áreas de demanda em

Salvador seriam os bairros de mais baixo nível de renda como: Alagados, Liberdade, São Caelano, Nordeste de Amaralina, entre outros. Quatro grandes centros de saúde recebiam 78% da demanda: Segundo Centro (Nazaré), Terceiro Centro (Liberdade), Quarto Centro (Itapagipe) e Quinto Centro (Centenário).

Como conclusão da fase de levantamento de dados é ressaltado que:

"Para alcançar determinados objetivos com o sistema regional, é essencial levar em consideração certos fatores que guardam íntima relação com a saúde. Estes fatores - econômico, político, social e geográfico - não só definem a necessidade de saúde, como, também, estabelecem como o sistema deve preparar para propiciar serviços à comunidade e como esta deve ser orientada para utilizá-los.

*(...) o sistema regional (a ser proposto) não deve ser olhado como um instrumento puro e simples para a construção de novos equipamentos de saúde (...)"*¹²

Propõe uma matriz básica de equipamentos para o sistema regional, composta de:

- Unidade Simplificada de Saúde
- Posto de Saúde
- Centro de Saúde

- Centro de Saúde com Unidade de Internação (Unidade Mista)
 - Hospital Geral
 - Hospital Especializado
 - Hospital de Referência
- Ao iniciar as proposições constata que:

*"Saúde é o resultado final de eventos múltiplos, integrados em diferentes níveis de complexidade, destacando-se como responsáveis diretos ou indiretos neste resultado os subsistemas econômico, social, inclusive os subsistemas saúde e o educacional."*¹³

Um plano de saúde, portanto, tem uma série de limitações enquanto subsistema, o que vai refletir nas suas possibilidades de aplicação.

A proposta do plano de Racionalização resume-se a uma divisão da RMS por setores, com aconselhamentos gerais para cada um destes sem especificar a localização exata de cada equipamento. São listados como critérios para a setorização proposta:

"Características demográficas da população, sua distribuição na RMS.

Características da demanda de serviços e de morbilidade na RMS.

Características de mortalidade na RMS.

Características da capacidade instalada dos serviços e recursos de saúde da RMS.

Características das zonas de tráfego da RMS.

Características da origem e destino das populações utilizando os recursos de saúde da RMS.

Capacidade dos equipamentos de saúde de desenvolver um conjunto de ações padronizadas para o setor.

*Capacidade dos equipamentos sofrerem, com o processo de setorização, modificações a curto prazo nas suas estruturas físicas, criando com isto novos mecanismos de ações."*¹⁴

A conclusão do Plano lista alguns conselhos, também genéricos e sem detalhe, como a municipalização de Centros de Saúde, a criação de uma Diretoria Regional de Saúde voltada exclusivamente



(11) Idem p.24

(12) Idem p.93

(13) Idem p.109

(14) Idem p.110.

para a Região Metropolitana, a programação de reuniões trimestrais conjuntas entre o Conselho Deliberativo da CONDER e do Conselho de Saúde do Estado da Bahia.

Trata-se do primeiro plano a nível urbano elaborado especificamente para a área de saúde. Dentre as suas falhas principais, no entanto, estão aquelas inerentes aos planos elaborados com pretensões de entendimento global da realidade, ou sejam, a falta de maior ligação entre a fase de levantamento de dados e da proposição, além da carência de detalhes destas últimas.

Apesar de reconhecer a interrelação entre a saúde e outros subsistemas, não as explicita. A proposta de regionalização das ações de saúde é colocada apenas sob o ponto de vista técnico-administrativo, e, mesmo neste, deixando de citar farto instrumental já existente para ações semelhantes, como os modelos matemáticos ou as redes de atendimento hierarquizado.

A questão do atendimento público ou privado também é esquecida, bem como a noção dos serviços de saúde enquanto mercadoria de consumo coletivo, em que os que detêm maior parcela de renda obtêm serviço de melhor qualidade.

Plano Metropolitano de Desenvolvimento — PMD - 1977 ^{15 16 17}

O que possui em termos de dados de saúde foi retirado da publicação anteriormente exposta. Pela análise de seus indicadores chega-se a conclusões sobre a desnutrição da população (75% abaixo do padrão mínimo de ingestão de calorias) e mortalidade, revelando um quadro nosológico característico de regiões sub-desenvolvidas e a tendência ao crescimento da taxa de mortalidade infantil.

A distribuição interna dos equipamentos de saúde na RMS é considerada irregular, apresentando grande concentração em Salvador, com carências neste município nas zonas de renda predominantemente C.

No volume: "Problemas Relevantes, Metas e Objetivos Metropolitanos", são



citados como problemas espaciais relevantes para a saúde:

"Excessiva centralização em Salvador de equipamentos comunitários, principalmente em educação e saúde.

Concentração de equipamentos nas áreas de renda mais altas. " ¹⁸

As diretrizes de intervenção são as mesmas citadas no plano de Racionalização do Setor Saúde.

A vertente social de análise de dados é um pouco mais explícita, caracterizando os maiores problemas de saúde da Região Metropolitana de Salvador como questões eminentemente de cunho social e econômico. A minimização, contudo, das soluções específicas para a área de saúde volta a apontar para as falhas dos planos de pretensões globalizantes.

Estudo de Uso do Solo e Transportes para a Região Metropolitana de Salvador (EUST) - 1979 ¹⁹

A saúde, neste plano, é considerada

conjuntamente com outros equipamentos comunitários. Como metas e objetivos para estes equipamentos ressalta:

"(. . .) Promover oferta e melhoria de infra-estrutura nas áreas existentes onde os atuais equipamentos e utilidades públicas estejam abaixo dos padrões mínimos desejados, priorizando as áreas para os residentes de baixa renda. " ²⁰

"(. . .) Promover uma oferta de serviços e equipamentos comunitários nas áreas de população com baixo nível de renda a fim de possibilitar um aumento de renda disponível para esta parte da população. (. . .) qualquer um de tais equipamentos seria considerado acessível caso pudessem ser alcançados com 30 minutos de viagens de ônibus. " ²¹

Dois pontos podemos destacar como avanço de grande importância: consideração de equipamento comunitário público como acréscimo de renda à classe de poder aquisitivo mais baixo e o tempo de deslocamento do usuário como parâmetro de localização.

(15) BAHIA, Companhia de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Salvador - CONDER. Plano Metropolitano de Desenvolvimento - PMD. Salvador, 1977, 294p.

(16) ———, Campo de atuação da CONDER: Propostas de desenvolvimento metropolitano e perspectivas de implementação Institucional, Salvador, 1978. 38p.

(17) ———, Problemas relevantes, metas e objetivos metropolitanos. Salvador, 1978. 43 p.

(18) Idem p.28.

(19) BAHIA, Secretaria de Planejamento Ciência e Tecnologia. Companhia de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Salvador - CONDER. Estudo de uso do solo e transportes para a Região Metropolitana de Salvador: Avaliação das alternativas e estratégia indicada. Salvador, 1979. v.4, 127p.

(20) Idem p.29.

(21) Idem p.37

O primeiro ponto mostra claramente o papel que o equipamento comunitário possui na reprodução da força de trabalho, sendo apenas oferecido quando pressionado o sistema no que diz respeito a melhoria destas condições de reprodução.

O segundo ponto levanta uma visão técnica nova quando coloca o tempo de deslocamento, deixando de citar, contudo, outros fatores importantes neste campo, como o tempo de espera do transporte, as especialidades envolvidas, o grau de educação do usuário, etc. Não chega portanto à moderna noção de acessibilidade, como o explicitado na 1ª parte deste trabalho.

Programa Integrado de Atendimento às Necessidades Básicas de Saúde e Saneamento na Periferia de Salvador - 1980²²

Alinha em sua introdução que o crescimento urbano desordenado leva ao descompasso econômico e a má oferta de serviços de educação e saúde.

Como objetivos principais do programa são citados:

"Contribuir para o disciplinamento do uso do solo em áreas críticas da RMS, de modo a permitir uma ordenação melhor dos investimentos do poder público no que se refere ao sistema viário, localização de equipamentos comunitários e implantação de serviços de infra-estrutura básica de saneamento.

(...) assegurar uma adequada distribuição geográfica de equipamentos de saúde, de recursos financeiros e de pessoal, no sentido de uma mais eficiente e funcional relação entre as diferentes instituições que atuam na RMS.

Desenvolver níveis progressivos de atenção para os problemas da área de saúde, segundo o grau de complexidade do problema, tornando, portanto, mais racional a utilização desses serviços (...)"²³

São relacionadas áreas críticas com relação a saúde e saneamento na RMS baseadas na divisão de Macrozonas do

PLANDURB, onde foi constatada concentração de pobreza. Estas áreas são:

1. Área Urbana Contínua (AUC), compreendendo os bairros de: Alto das Pombas, Engenho Velho da Federação, Cosme de Farias, Nordeste de Amaralina, Engenho Velho de Brotas, Liberdade, São Caetano e Alagados.
2. Orla II, como os bairros: Boca do Rio, Pituaçu, Nova Brasília e Abaeté.
3. BR-324, compreendendo: Mata Escura, e adjacências, Campinas, Pirajá, Castelo Branco e Sete de Abril.
4. Miolo, região entre paralela e BR-324, com os bairros de: Pernambuco, Beiru e adjacências e Pau da Lima.
5. Subúrbios Ferroviários: Lobato, Coutos, Plataforma, Periperi e Paripe.
6. Periferia Distante: São Cristóvão e Valéria.
7. Candeias: Sede Municipal.
8. Lauro de Freitas: Sede Municipal.

Os critérios apresentados para a seleção destas áreas foram:

- Representatividade populacional
- Homogeneidade sócio-econômica
- Localização em setor de expansão
- Tendência de crescimento
- Densidade bruta
- Instalação de Serviços de Saúde
- Condições de infra-estrutura básica
- Posse de terra
- Situação de invasão

Sendo o baixo nível de renda o indicador fundamental.

Na parte de estudos as áreas carentes são divididas em dois estágios, ficando o primeiro estágio com as seguintes áreas:

- BR-324, nos bairros de Pirajá, Castelo Branco e Sete de Abril.
- Miolo: bairros de Beiru e Pau da Lima.
- Subúrbios Ferroviários: bairros de Coutos, Plataforma e Paripe.
- Periferia distante, bairro de São Cristóvão.

Na estratégia de ação do plano é feito um estudo consistente sobre diversos pontos de apoio à proposta de implantação de novos equipamentos de saúde nas áreas priorizadas como: Apoio Institucional, Apoio Financeiro, Fontes de Financiamento, Porposta de Matriz Regional, Fluxo de

utilização dos diferentes Serviços de Saúde, Abastecimento de Água, Esgotamento Sanitário e Coleta de Lixo.

Finalmente é proposta a construção de diversos centros de saúde em três áreas priorizadas:

- BR-324, com 46,72% de carência, necessitando de 17 centros de saúde.
- Subúrbios Ferroviários, com 27,77% de carência, necessitando de 10 centros de saúde.
- Miolo, com 25% de carência, necessitando de 9 centros de saúde.

Estes centros de saúde teriam em torno de 180 m² por unidade, e seu número dimensionado por um índice que leva em consideração principalmente a delimitação de áreas de serviço com população em torno de 10000 hab.

São citadas como fontes de financiamento para a construção destes centros diversas linhas de crédito do Governo Federal, como Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), Financiamento para urbanização (FINURB) e outros, esclarecendo a finalidade última deste plano.

Plano de orientação nitidamente incrementalista e setorial. Seu objetivo é o de alocar um número determinado de equipamentos de saúde em áreas carentes, aproveitando linhas de financiamento a nível federal.

A condição de ter sido elaborado pelo governo do Estado quando a área do plano abarca apenas um município, Salvador, demonstra o direcionamento do mesmo.

Não faz maiores análises quanto às condições de saúde da população ou fatores econômicos e sociais. De todos os planos, contudo, foi o único de implementação ao menos parcial. Dos trinta e seis postos propostos, foram implantados dez.

Plano Metropolitano de Desenvolvimento - PMD - 1982²⁴

Este segundo Plano Metropolitano de Desenvolvimento faz uma análise geral e sociológica da problemática de saúde, baseada em dados extraídos de censos da época. Constata um decréscimo das condições de saneamento e nutrição da população no período de 1968 a 1973, quando o crescimento do PIB regional se deu a ta-

(22) BAHIA, Governo do Estado. Programa Integrado de atendimento às necessidades básicas de saúde e saneamento na periferia de Salvador, 1980. 141p.

(23) Idem p.3.

(24) BAHIA, Companhia de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Salvador - CONDER. Plano Metropolitano de Desenvolvimento. Salvador, 1982. 320p.

xas mais elevadas.

A análise de doenças prevalentes aponta para uma elevada incidência de enterites e outras doenças parasitárias. Com base nos índices de mortalidade infantil concluiu-se que os males de saúde na RMS se devem basicamente a deficiências da infra-estrutura urbana, poluição ambiental e subnutrição, o que se assemelha ao conjunto da população brasileira. Considera ainda que:

*"A oferta dos serviços de saúde, quando insuficiente, pode agudizar este quadro (...) mesmo que não possa considerá-lo determinante do nível de saúde da população".*²⁵

Quanto aos serviços de saúde oferecidos cita que: 56,8% dos estabelecimentos de saúde na RMS são privados. Que de 1976 a 1980 houve um decréscimo do número de leitos, havendo perda maior do setor público. Que a concentração de serviços de saúde em Salvador continuava altíssima com 81% da RMS. Quanto aos recursos humanos, Salvador possuiria 57,3% dos médicos do Estado a 95,7% dos médicos da RMS.

O setor saúde neste plano participa apenas como pano de fundo na contextualização sociológica geral da RMS. Nada é proposto ou acrescentando ao existente.

Conclusão

De acordo com Andreas Faludi o planejamento "*representa esforços para reduzir surpresas causadas pelos eventos através de explicações plausíveis de como estes podem acontecer*"²⁶. Quando portanto se aumenta a "entropia" de um sistema, isto é, quando este tem um desenvolvimento repleto de "surpresas", sente o homem necessidade do planejamento, seja de que modalidade for.²⁷

A prática do planejar urbano iniciou-se dentro desta problemática do crescimento desordenado das cidades, a causarem "surpresas" nada agradáveis. As epidemias, doenças em geral, os problemas sanitários foram os inicialmente detectados, estando o discurso dos primeiros urbanistas intimamente ligado a solução destas questões²⁸. A própria linguagem do planejamento urbano incorpora várias ex-

pressões retiradas das ciências médicas, como: diagnóstico, tecido, tratamento, organicidade, entre outras.

A intervenção no urbano para se promover ações de saúde, no entanto, tem acompanhado o pêndulo do liberalismo e autoritarismo, próprio das contradições capitalistas.²⁹ No início eram medidas de força, com a expulsão de moradores dos cortiços, a abertura de avenidas pelo centro das cidades, a vacinação compulsória. Posteriormente a periferização da pobreza, de modo a localizar os problemas em áreas distantes. A saúde pública é inicialmente considerada obrigação do Estado. Posteriormente esta ação é limitada a campanhas específicas. Hoje vemos a convivência entre as exigências de tratamento igualitário e a luta pela privatização nítida dos serviços definida pelos grandes conglomerados privados da saúde.

Tecnicamente notamos uma certa evolução gradativa em relação aos planos apresentados neste trabalho. O Plano de Urbanismo da Cidade de Itaparica não considera a saúde pública como função urbana: o EPUCS já busca medidas concretas de atendimento ao problema mais grave de saúde na época, a tuberculose. Depois sentimos um grande vazio do planejamento, que somente vai ser retomado na década de setenta. O Estudo Preliminar do Plano de Desenvolvimento Integrado da Área Metropolitana de Salvador já constata a brutal concentração dos serviços de saúde na cidade de Salvador. O PLANDURB avança em proposições de estabelecimentos hospitalares hierarquizados e regionalizados. O Diagnóstico Urbano da RMS propõe, com novidade, a institucionalização de uma coordenação central de saúde a nível metropolitano. A Racionalização do Setor de Saúde da RMS divide a região em zonas homogêneas e sugere uma matriz básica de equipamentos de saúde, além de considerar os deslocamentos das populações. Consideramos que, do ponto de vista técnico, este plano se constitui no ponto alto do planejamento de saúde sob a ótica urbanística na RMS. O EUST e o segundo PMD avançam apenas nas considerações sociais e políticas da saúde, enquanto o Programa Integrado de Atendimento às Necessidades Básicas de Saúde e Saneamento na Periferia de Salvador, praticamente em nada contribui do ponto de vista metodológico, não passando de um alocador de unidades,

sem maiores justificativas.

O que nos faz compreender melhor estes planos, no entanto, é a total inaplicação de seus pressupostos e enunciados - excetuando parcialmente o EPUCS e o Programa Integrado. O planejamento em saúde na Região Metropolitana de Salvador não existiu porque não houve motivação política para tanto. A força dos prestadores de serviços de saúde é imensa e a organização da classe trabalhadora neste campo praticamente inexistente. A maioria dos secretários de saúde estaduais dos últimos vinte anos foram representantes do capital privado, com interesses bem claros na limitação do sistema como um todo. Os próprios profissionais que confeccionam estes planos demonstram despreparo na área, efetuando trabalhos que tecnicamente deixam a desejar.

A distribuição espacial dos equipamentos de saúde na RMS demonstra uma nítida concentração na cidade de Salvador, em sua parte ocidental, como constataam vários dos planos apresentados. Na figuras 1, 2 e 3 vemos a distribuição de equipamentos hospitalares nas regiões administrativas, sendo que a Região Metropolitana de Salvador (Região Administrativa n. 1), apresenta grande concentração, apesar de não podermos falar em excesso de leitos. O que existe na verdade é a escassez em regiões econômica e politicamente mais fracas.

Nas figuras 4 e 5 notamos que dentro da própria Região Metropolitana de Salvador, o município de Salvador concentra os equipamentos, tanto em se tratando de hospitais quanto ambulatorios e centros de saúde. Camaçari ocupa a segunda posição, ressaltando a condição econômica como determinante na quantidade de serviços de saúde oferecidos, sem uma atuação distributiva visível do planejamento estatal.

Praticamente todos os documentos analisados são unânimes em prescrever a descentralização e melhor distribuição destes equipamentos, sem contudo ser elaborado um estudo de maior detalhamento sobre o assunto. Esta recomendação portanto torna-se letra morta, conseguindo-se muito pouco em termos reais.

Mesmo uma distribuição hierárquica dos equipamentos não é tentada, ressaltando-se a fragilidade técnica dos planos, que não citam recomendações bem conhecidas da Organização Mundial de Saúde ou do Ministério da Saúde, como a divisão hierárquica.

(25) Idem, p. 173.

(26) FALUDI, Andreas. *Planning Theory*. Oxford: Pergamon Press, 1976. p.1.

(27) CHADWICK, G.F. *Una vision sistémica del planejamento*, Barcelona: Gustavo Gili, 1979. 360p.

(28) CHIOAY, Françoise. *O Urbanismo: Utopias e realidades*. São Paulo: Perspectiva, 1979. 350p.

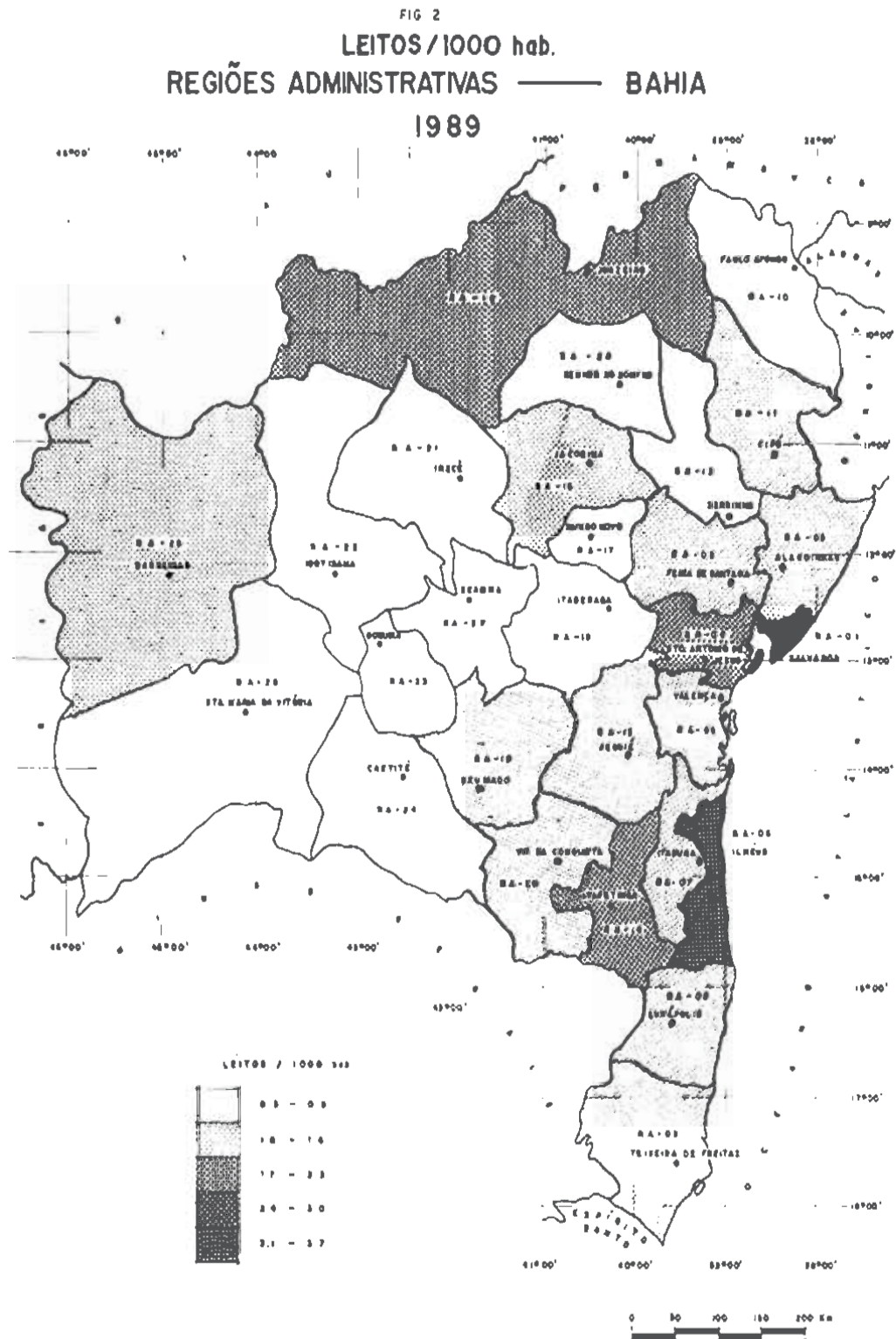
(29) BENEVOLO, Leonardo. *A cidade e o arquiteto*, São Paulo: Martins Fontes, 1984. 144p.

rárquica de níveis de atendimento primário, secundário e terciário. Praticamente inexiste análise espaciais.

Concluimos, portanto, pela constatação da ineficácia e ineficiência do planejamento global na área de saúde, o que na verdade acabou por resultar em seu aban-

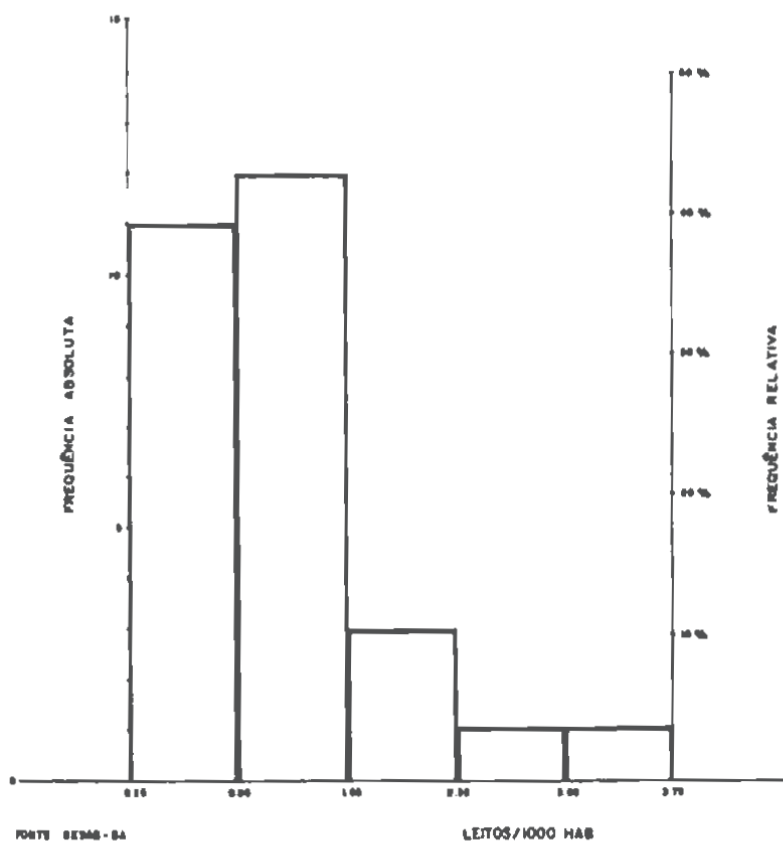
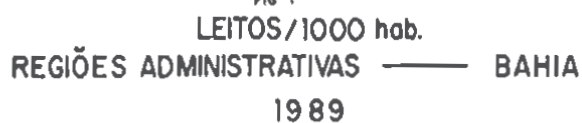
dono atual. Hoje o que vemos são pareceres setorizados dos técnicos e reivindicações políticas ditando a alocação dos edifícios de saúde. Será correto este procedimento? Acreditamos que não pelo que já foi demonstrado da relação dos pro-

blemas da área com os demais da sociedade. Será preciso porém reavaliar metodologicamente a maneira de se confeccionar tais planejamentos de modo a que estes atendam de fato seu objetivo de ordenar e otimizar os investimentos da área.



LEITOS / 1000 hab.

1989



NOTAS

BENS PÚBLICOS SERVEM À CAUSA DO MENOR

O Projeto Axé, entidade filantrópica que presta assistência a crianças e adolescentes, vai explorar o estacionamento do Mercado São Miguel, na Baixa dos Sapateiros, e 10 sanitários públicos de Salvador.

O convênio já assinado com a Prefeitura com duração prevista de três anos. Várias empresas da iniciativa privada se candidatarão para explorar o estacionamento

e os sanitários, mas a Prefeitura preferiu cedê-los ao Projeto Axé, que precisa de reforço financeiro para manutenção de suas atividades de apoio a crianças e adolescentes carentes.

Os sanitários públicos municipais que também serão explorados pelo Projeto Axé estão espalhados por toda a cidade.

O mesmo acontecerá com os banheiros da orla. O objetivo é criar condições

para o uso dos sanitários e proporcionar recursos para ajudar na manutenção das crianças do Projeto Axé.

Os banheiros foram construídos pela extinta Companhia de Renovação Urbana de Salvador (RENURB) com recursos da Prefeitura, como parte do plano de ordenamento e disciplinamento da orla marítima. Estão instalados nas praias de Amaralina, Jardim de Alá, Jaguaribe, Piaçã e Porto da Barra.

