

## O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA ORGANIZAÇÃO ESPACIAL NO SEMI-ÁRIDO BAIANO – BRASIL

Alessandra Oliveira Araújo<sup>1</sup>  
Edílson Correia Silva e Souza<sup>2</sup>  
Julio César Macedo de Faria<sup>3</sup>  
Wodis Kleber Oliveira Araújo<sup>4</sup>

### Introdução

Nesta pesquisa, tem-se - como uma das propostas – discutir a relevância do Programa Saúde da Família e seus possíveis impactos na organização do espaço geográfico, especificamente nos municípios inseridos na região do semi-árido compreendida no interior do estado da Bahia. O tema proposto para o estudo aponta para a utilização do conceito de espaço geográfico e da categoria de análise rede geográfica. Percebe-se, até o presente momento, a estruturação do Programa Saúde da Família com base numa relevante organização do espaço considerando a dinâmica populacional. Os serviços de saúde aparecem como recurso de grande relevância, para as comunidades acolhidas e o Programa Saúde da Família, como instrumento básico na promoção da saúde, – para aquelas mais carentes – tanto em recursos financeiros quanto em dificuldades de mobilidade espacial para o acesso a benefícios em municípios mais distantes e que se façam necessários gastos com transportes. Assim, o objetivo geral é analisar o Programa Saúde da Família como instrumento de promoção da saúde e a sua repercussão na organização do espaço no semi-árido baiano.

Como objetivos específicos têm-se: 1) identificar as características existentes neste programa, conveniente à elevação da qualidade da saúde perante as mudanças ocorridas a partir do seu estabelecimento; 2) mesurar, na medida do possível - a configuração da cidade de Feira de Santana – como um centro regional de suporte para equipamentos e qualificação profissional, estruturando uma rede de saúde nos níveis local e regional, integrando elementos temporais e espaciais; 3) estabelecer a organização de diversos segmentos envolvidos (especialistas, estrutura física, poder público, população) na participação dessa rede de saúde.

Propõe-se desenvolver, nesta pesquisa, um estudo de caso, onde será utilizada a cidade de Feira de Santana através dos seus centros de saúde para comprovar a organização espacial do Programa Saúde da Família e a formação de uma rede de saúde entre esse município e suas

---

<sup>1</sup> Mestre em Geografia – UFBA; Professora Substituta na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/Bahia – Brasil).  
E-mail: alessandra.geografia@hotmail.com

<sup>2</sup> Graduando do curso de licenciatura e bacharelado em Geografia; Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS Bahia – Brasil).

<sup>3</sup> Graduando do curso de licenciatura e bacharelado em Geografia; Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS Bahia – Brasil).

<sup>4</sup> Mestre em Geografia – UFBA; Professor Titular da Faculdade Maria Milza (FAMAM/Bahia – Brasil).

conexões com aqueles inseridos no semi-árido baiano, bem como, a política nacional de saúde, as quais se encontram vinculados. O método que balizou o desenvolvimento desta pesquisa foi o dialético, no qual se procurou analisar sua ação recíproca entre as mudanças que ocorrem entre a sociedade e a inserção de novos agentes promotores da saúde nos espaços locais. As informações técnicas necessárias para o incremento deste artigo foram coletadas, nessa primeira fase – na qual nos encontramos – em fontes secundárias; essas são as bases para a construção desse artigo, através da pesquisa bibliográfica, que tem como fontes os relatórios técnico-científicos de diversos órgãos governamentais.

Observou-se no momento do levantamento bibliográfico para esta atividade, autores que se dedicam a sua discussão – e formaram o embasamento teórico necessário para fundamentar geograficamente a discussão proposta, dentre estes que se voltaram por alguns momentos para esta temática e deixaram significativos textos a disposição de quem se dedicar a leitura, podemos citar alguns exemplos, como é o caso de Raul Borges Guimarães, Ana Rocha dos Santos, Eliza Almeida e Mariana Albuquerque; bem como autores que discutem o espaço geográfico e são extremamente pertinentes na relação com o tema escolhido, como é o caso de Milton Santos e Roberto Lobato Corrêa.

Pode-se analisar o espaço geográfico sob diversas matrizes, ao se estudar a sua organização sob o ponto de vista da saúde percebe-se a possibilidade de investigá-lo a partir da categoria de análise das redes geográficas, e esta sobre as matrizes material e social, abordadas por Milton Santos na obra *A Natureza do Espaço*, segundo este autor toda infraestrutura que favorece a transmissão de matéria, energia ou informação são considerados elementos constituintes de uma matriz material, no caso desse estudo, entende-se que toda a construção física: hospitais, clínicas médicas, postos de saúde, ambulâncias, laboratórios, ordens de consultas e exames, entre outros formam essa matriz material. Ao tempo em que todos os indivíduos que organizam e utilizam desse sistema de saúde forma a matriz social. Nesse sentido, esse espaço geográfico pode ser examinado sob o enfoque das redes geográficas, Roberto Lobato Corrêa, num capítulo de livro intitulado *Redes Geográficas – Cinco pontos para discussão*, menciona a especialização como a característica chave da rede geográfica.

### **Delimitação da área de estudo**

Feira de Santana é um dos municípios do estado da Bahia que compõe a mesorregião denominada Centro Norte Baiano. A microrregião geográfica, na qual está inserido, recebe o seu nome por ser o de maior influência, é composta por ele e mais 23 municípios. A cidade é

considerada de porte médio, dentro do estado; Feira de Santana só é menor que a capital, Salvador, a área da unidade territorial do município distribui-se por 1.396 km<sup>2</sup>. (Figura 1).

Distancia-se 109 quilômetros - considerando o trajeto rodoviário - da capital. O acesso é feito através da rede rodoviária. Por este município passam três rodovias federais e três estaduais, todas elas são fundamentais para a ligação do sul-sudeste com o norte-nordeste. Esse eixo rodoviário foi decisivo no crescimento urbano e econômico de Feira de Santana e na sua escolha para abrigar equipamentos e serviços mais complexos com o intuito de atender sua população, a dos municípios vizinhos e em alguns casos daqueles com menor infraestrutura.

Figura 1 – Localização do Município



Elaboração dos autores, 2009. (Sem escala).

Feira de Santana apresenta elementos e equipamentos relevantes na sua organização espacial, tendo como exemplos: o fato de ser a sede administrativa do município, a presença de serviços essenciais como hospitais, escolas, feiras, entre outros, e também, atividades especializadas como universidades, faculdades e centros tecnológicos. A diferenciação desta em relação às demais cidades, refere-se a sua localização estratégica, num espaço que faz a ligação, principalmente, entre o sudeste e o sul do país com as regiões do nordeste e norte do Brasil. Outra contribuição para alcançar o posto de comando regional foram as atividades industriais, comerciais e de serviços, proporcionando, essencialmente, a ascensão e manutenção dessas funções.

A década de 1970 foi decisiva na organização do espaço urbano de Feira de Santana. A partir desse período, importantes transformações ocorreram no seu interior, resultando numa mudança dinâmica no seu papel. Isso ocorreu de acordo com os interesses local e regional, e pela sua posição dentro do estado da Bahia e do Nordeste do Brasil. Deve-se esclarecer que Feira de Santana encontrava-se inserida numa conjuntura em que a feira livre,

no centro urbano, atendia às necessidades dos consumidores locais, bem como das cidades vizinhas.

Tomou-se como base para definir região semi-árida, aquela proposta pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), baseada na Lei 7827/89 com a ampliação de sua área a partir da Resolução 10929/94, abrangendo cerca de 52,4% da região Nordeste do Brasil, nesta se encontram – aproximadamente- 30 milhões de habitantes.

Segundo Silva et al (2004, p. 64)), pode-se considerar como semi-árida aquela região “[...] onde registram-se pequenas quantidades de chuva durante todo o ano e onde a evaporação é intensa[...]”, segundo os autores o clima caracterizado com semi-árido é marcado pelo calor intenso e irregularidade na distribuição das chuvas, o que causa grandes dificuldades para a população que ocupa esse espaço e tem poucos recursos financeiros e instrução suficiente para utilizar tais fatores como aliados na sua sobrevivência. Nessa região as médias pluviométricas podem variar de menos de 400 até 800 mm, podendo ocorrer um prolongamento na estiagem por mais de seis meses em algumas situações, como já ocorreu em municípios como Chorrochó, Rodelas e Curaçá, por exemplo.

Infelizmente, por muito tempo, os registros existentes dão conta de caracterizar esta área como “região-problema” - especialmente pelo evento relacionados à irregularidade das chuvas - incapaz de gerir sua própria sobrevivência, e resolver seus problemas sociais e econômicos. Tal situação vem sofrendo transformações positivas, as mudanças nas políticas públicas, como é o exemplo dos serviços de saúde através do Programa Saúde da Família (PSF), vêm reconfigurando espaços como os característicos da região semi-árida nordestina e baiana.

A partir da implantação dos PSF, o número de famílias com acesso a serviços de saúde – como veremos nos dados apresentados mais adiante – aumentaram consideravelmente, repercutindo numa melhoria na qualidade de vida das mesmas, além de uma diminuição considerável nos gastos dos recursos públicos em procedimentos médicos complexos com maior risco de recuperação do paciente, a idéia é a criação de um sistema no qual o atendimento volte-se para uma prática preventiva e não apenas curativa.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) classificou os municípios deste Estado em sete mesorregiões para melhor organizar seus dados, dentre as informações coletadas e que nos interessa neste momento fazem referência a população residente, podemos observar conforme tabela a seguir que das sete mesorregiões três estão inseridas na região semi-árida, são elas: Vale São Franciscano da Bahia, Centro Norte Baiano, Nordeste Baiano e parte do Extremo Oeste Baiano.

Tabela 1 – Estado da Bahia, Mesorregiões Geográficas, 2007

<b>Mesorregião Geográfica</b>	<b>População Residente</b>
Centro Norte Baiano	2.224.075
Centro Sul Baiano	2.480.647
Extremo Oeste Baiano	553.758
Nordeste Baiano	1.514.079
Região Metropolitana de Salvador	4.322.393
Sul Baiano	2.007.288
Vale São Franciscano da Bahia	978.414

Fonte: IBGE, Censo Demográfico e Contagem da População, 2007.  
 Acesso: <http://www.ibge.gov.br/sidra.htm> (Acesso em 10/01/2009)

Para este estudo particularizamos a mesorregião do Centro Norte Baiano, onde Feira de Santana encontra-se inserida. A Diretoria Regional de Saúde, órgão vinculado ao Estado e um dos responsáveis pela promoção da saúde pública, colabora na organização do atendimento municipalizado através do PSF. A DIRES na qual Feira de Santana é sede abrange cerca de 917 mil pessoas em 22 municípios que compõe essa região geográfica específica. Com essa abrangência e disponibilizando equipamentos e serviços mais complexos, bem como, a presença de um hospital geral para atender os casos de toda a microrregião e às vezes, de outros que não comportam níveis mais elevados nos procedimentos médicos.

### **O Espaço Geográfico e os Serviços de Saúde – Considerações Teóricas**

Partindo da discussão do conceito de espaço geográfico, consideramos que o mesmo se configura a partir da interação dos diversos elementos presentes sobre o mesmo, independente de sua naturalidade ou artificialidade, porém com o intuito de atender os interesses dos grupos que dele dependem ou organizam, lembremos Santos (2008[a], p. 63): “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.”.

Desse modo, o espaço geográfico no semi-árido baiano, inserido numa das mesorregiões de menor crescimento socioeconômico dentro do estado, apresenta sistemas de objetos e ações que o caracterizam no quadro atual. Ainda seguindo o pensamento do autor

acima, o mesmo, ao seguir o pensamento de Marx deixa claro que o sistema de objetos reflete “[...] o conjunto de forças produtivas e um sistema de ações nos daria um conjunto de relações sociais de produção.” (p. 63); logo, o nosso objeto de estudo – o PSF – compõe essa situação, uma vez que podemos enxergar nele as forças produtivas (sistemas de objetos) representados pelas unidades de saúde, equipes de trabalho, organização hierárquica distribuídas pelo Estado. Ao tempo, também é possível ver os objetos de ações por meio daqueles que promovem essa organização, trabalham e utilizam os PSF espalhados pelo território baiano.

Pode-se observar o espaço geográfico sob diversas matrizes, ao estudar a sua organização sob o ponto de vista da saúde, percebe-se a possibilidade de investigá-lo a partir da categoria de análise das redes geográficas e esta sobre as matrizes material e social abordadas por Santos (2008, p. 262). Segundo esse, toda infra-estrutura que favorece a transmissão de matéria, energia ou informação são considerados elementos de uma matriz material, no caso do nosso estudo entendemos que toda construção física (hospitais, clínicas, postos de saúde, laboratórios, ambulâncias, ordens de consultas e exames, etc.) formam essa matriz material. Ao tempo em que todos os indivíduos que organizam e utilizam desse sistema de saúde formam a matriz social.

Nesse sentido, esse espaço geográfico pode ser examinado sob o enfoque das redes geográficas. Segundo Corrêa (1999, p. 65) “A rede geográfica é um caso particular de rede, sendo definida como um conjunto de localizações sobre a superfície terrestre articulado por vias e fluxos”. Assim, a organização espacial do estado da Bahia, sob a organização dos SUS, considerando o PSF, demonstra a possibilidade de analisar a formação de uma rede geográfica específica: a rede de saúde pública organizada nesse espaço, pois lembrando Corrêa: “A especialização é a característica-chave que distingue a rede geográfica das redes em geral” (p. 65).

Nessa perspectiva lembramos a discussão de Ana Rocha dos Santos (2005, p. 13645) que trata da municipalização dos serviços de saúde e que estes estão organizados em rede, essa reorganização ocorre redesenhando a rede e redirecionando os fluxos populacionais, afinal é importante lembramos que todo rede geográfica é formada por pontos fixos sobre um território (unidade básicas de saúde) e fluxos (população que necessita de atendimento) como escreve a autora:

A rede de serviços que sempre priorizou o espaço urbano é, após a municipalização da saúde, redesenhada, redirecionando os fluxos populacionais, interiorizando as ações de saúde e se tornando um campo de investigação para compreender como esta rede está articulada e que embates

e conflitos se dão no território, resultantes da nova configuração territorial de saúde.

Essa reconfiguração se efetivará a partir do estabelecimento das técnicas que transformam as possibilidades de utilização do espaço. Segundo Milton Santos em *A Natureza do Espaço* (p. 29): “As técnicas são um conjunto de meios instrumentais e sociais, com os quais o homem realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria espaço.” No período vigente, as técnicas estão presentes em todos os segmentos, no caso da saúde esses meios, tanto instrumentais como sociais avançaram de tal modo que não se cogita em realizar atividades ligadas à saúde sem a presença de um cabedal de artefatos que venham a auxiliar na atividade. O mesmo ocorrendo em termos sociais, nas áreas mais distantes dos grandes centros a figura do prático, da parteira, do curador ou da rezadeira, principalmente no semi-árido nordestino, eram comuns, devido a dificuldades de acesso aos profissionais qualificados nessa área. (ALMEIDA, 2005).

As mudanças na organização social da população em geral reflete no seu comportamento, com mais acesso aos meios informacionais a utilização e serviços - como os de saúde – tem se tornado uma constante em todos os segmentos da sociedade. A disseminação e distribuição da comunicação e dos transportes criou as condições básicas para a implementação dos serviços de saúde em lugares até então “esquecidos”, se a qualidade veio junto esse é um outro item para se discutir, porém a política pública relativa à saúde promoveu, a partir da Constituição da República de 1988, a municipalização dos serviços de saúde, o que quer dizer que todo cidadão tem o direito ao atendimento médico necessário e este deve ser obrigação do Estado nas suas esferas federal, estadual e municipal.

### **A Atuação do SUS através do Programa Saúde da Família**

A necessidade de estudos sobre a organização espacial sob a ótica da saúde deriva – principalmente – das mudanças do espaço e da sociedade, no caso da saúde brasileira, sobretudo a partir do entendimento do governo federal de que é seu dever promover, proteger, organizar e disponibilizar o funcionamento dos serviços de saúde executados em todo o território nacional, de forma pública ou privada. (BRASIL, 1990).

Segundo Teixeira (2004, p. 1) “[...] após a VIII Conferência Nacional de Saúde, houve mobilização sanitária, quando foi percebida a importância de uma reorientação no Sistema de Saúde Brasileiro”. A autora chama a atenção que para tal fato ocorrer é imprescindível a

reorganização dos serviços de saúde, para isso devem ocorrer ações específicas nas comunidades para esse fim.

O arranjo do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se o maior desafio dos dirigentes públicos – nos níveis municipal, estadual e federal -, para os profissionais de saúde bem como para a sociedade. A proposta é que haja uma descentralização do processo de decisão e através da municipalização a visualização dos problemas a serem enfrentados tem ocorrido de modo mais ordenado. Essas mudanças levaram a adesão de novos modelos assistenciais que realmente atendam as necessidades da população que precisa dos serviços de saúde e não podem pagar.

As dificuldades para o processo de organização das ações de implantação do SUS foram inúmeras, tanto que Teixeira destaca que o Governo Federal, em 1991, implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), seu papel: ser a ligação entre as comunidades e as unidades básicas de saúde. Assim a autora destaca:

Esta proposta, além de ter ocasionado uma ampla receptividade por parte da comunidade, precisou ser intercalada com outros profissionais de saúde, qualificados em Atenção Básica, na busca de uma maior redução dos índices de riscos e agravos. Em vista disso, em 1994, o Governo Federal cria o Programa Saúde da Família (PSF) como uma nova estratégia de atenção à saúde. (Teixeira, 2004, p.1)

Observamos ao longo desse período mudanças no arranjo dessas equipes; inicialmente eram compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. A partir do ano 2000, essas equipes passaram a incorporar mais dois componentes: um dentista e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene dental. Cada equipe de saúde bucal acompanhava as famílias cadastradas por duas equipes de PSF.

De 2003 em diante, uma nova portaria reviu as normas estabelecidas anteriormente e determinou a implantação nos municípios de quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do prefeito, desde que não ultrapassem o número de equipes de saúde da família. Com isso, e segundo os dados do Ministério da Saúde (Tabela 2), os números relacionados a implantação das equipes, dos agentes comunitários, bem como dos recursos destinados ao PSF vem crescendo significativamente ao longo dos anos, tomamos por base o período compreendido entre 2003 e 2007 para um melhor observação de como as citadas mudanças vão influenciar no número de equipes implantadas.



Tabela 2 – Brasil, Resultados Alcançados Saúde da Família 2003 – 2007

<b>Resultados/ Ano</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Equipes de Saúde da Família</b>					
Totais implantadas*	19.000	21.300	24.600	26.729	27.324
Total de municípios*	4.400	4.600	4.986	5.106	5.125
Cobertura populacional**	62,3	69,1	78,6	85,7	87,7
<b>Equipes de Saúde Bucal</b>					
Totais implantadas	6.200	8.900	12.600	15.086	15.700
Total de municípios	2.800	3.200	3.900	4.285	4.300
Cobertura populacional	35,8	74,0	61,8	74,9	77,0
<b>Agentes Comunitários de Saúde</b>					
Totais implantadas	184.300	192.700	208.000	219.492	211.000
Total de municípios	5.100	5.100	5.200	5.309	5.300
Cobertura populacional	94,0	93,3	103,5	109,7	107,0
<b>Investimento na Estratégia (em milhões de reais)</b>	1.662.8	2.191.04	2.679.27	3.248.50	4.064.0

\*Dados em milhares / \*\* Dados referentes a milhões de pessoas

Fonte: Ministério da Saúde/DAB – Atenção Básica – PSF (2009) / Organizado pelos autores

O principal propósito do Programa Saúde da Família (PSF) é rearranjar as práticas concernentes à promoção da saúde, substituindo o modelo tradicional, aproximando os recursos médicos às famílias com menor recurso financeiro para deslocar-se à procura de tratamento, como explicaremos mais adiante, em cada nível é possível encontrar recursos mais avançados do que o desfogando aqueles centros voltados a procedimento de maior complexidade.

A proposta para o PSF foi que esse atuasse através de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde; tais equipes ficam responsáveis por um grupo de famílias presentes numa área geográfica delimitada, no caso desse estudo escolhemos tratar pela delimitação feita pelo governo estadual em diretorias regionais de saúde (as DIRES) que incorpora certo número de municípios.

A prioridade desse Programa são as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, para sua efetivação, o atendimento se dá de acordo a complexidade do caso, os mais simples na própria unidade básica de saúde e os mais graves nos hospitais gerais que atendem toda a demanda regional.

A organização do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS de universalização, descentralização e participação da comunidade. Sua estrutura tem como pilar a unidade básica de saúde da família onde tem como regulamento considerar a integridade e hierarquização, territorialização e cadastro da clientela e equipe multiprofissional.

A unidade básica de saúde da família compõe primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, está deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que garanta ao indivíduo atenção integral e caso se faça necessário seja assegurado seu encaminhamento as clínicas e hospitais para atendimento de maior complexidade, como, por exemplo, realização de exames sofisticados (tomografias, ressonâncias, etc.) e realização de cirurgias. Com funcionamento adequado essas unidades têm potencial para resolução de 85% dos problemas de saúde nas comunidades evitando procedimentos e intervenções hospitalares desnecessários repercutindo na melhoria da qualidade de vida da população.

A responsabilidade das esferas gestoras em atenção básica compreende os três níveis governamentais. No âmbito federal, cabe a elaboração das diretrizes da política nacional de atenção básica, ordenar a formação de recursos humanos, propor mecanismos para programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica, manter a bases de dados nacionais.

Para o estado cabe acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território, no caso baiano isso ocorre através das diretorias regionais de saúde (DIRES); além desse papel o estado também deve regular as relações inter-municipais, coordenar a execução das políticas de qualificação dos recursos humanos em seu território, co-financiar as ações de atenção básica, auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.

Nos municípios a responsabilidade deve estar voltada para a definição e implantação do modelo de atenção básica nos seus limites territoriais, criar e manter as unidades de saúde, co-financiar as ações e fornecer os dados para o sistema de informação nacional, avaliar o desempenho das equipes sob sua supervisão.

### **Estruturação da Saúde na Bahia e em Feira de Santana**

A organização dos serviços de saúde em rede ocorre devido, entre outros fatores, a heterogeneidade do espaço, isso faz com que sejam estabelecidos pontos no território, mais dinâmicos, onde esses serviços sejam preferencialmente estabelecidos. Segundo Almeida; Albuquerque (2005, p.414):

A geografização dos serviços está combinada às situações geográficas de opacidade e luminosidade do território usado. A modernização territorial incompleta tem mais uma vez seus reflexos nas condições de saúde da população, dadas as dificuldades de efetivação da proposta de funcionamento do SUS.

O Estado da Bahia, para fins de planejamento administrativo e socioeconômico, resolveu, a partir de 1925 regionalizar os serviços de educação, saúde e assistência pública. Assim, criou as secretarias de estado da educação, saúde e assistência pública. Nesse mesmo ano, em relação à saúde, quatro sub-diretorias foram criadas “[...] visando a descentralização executiva de algumas atividades daquela secretaria, tornando mais fácil a administração geral. (ARAÚJO, 1973 apud BAHIA, 2002). Nos anos subsequentes, podemos destacar a seguinte evolução para a organização do espaço para os serviços de saúde:

**1948** – criação de oito distritos sanitários;

**1964** – divisão da Bahia em nove regiões de saúde;

**1966** – delimitação de 21 regiões administrativas;

**1973** – reorganização e criação das diretorias regionais de saúde (DIRES);

**1973 a 1987** – implantação de outras DIRES, totalizando 30 (Figura 2);

**1998** – reestruturação dos órgãos do governo e definição do regimento da saúde, além disso, divisão dos serviços de saúde por grau de complexidade de modo que haverá 6 macrorregiões que dispõem de serviços de maior grau de complexidade tecnológica; 31 microrregiões com média complexidade e 122 módulos assistenciais que respondem pela atenção básica. (BAHIA, 2002, p. 28).

Figura 2 – Diretorias Regionais de Saúde da Bahia - 2002



Fonte: BAHIA, Secretaria da Saúde, 2002.

Analizamos os dados referentes a 2ª DIRES, o motivo para a escolha de apenas uma diretoria regional de saúde se deve a sua posição geográfica, uma vez que este espaço é considerado, dentro do estado da Bahia, a ligação entre o semi-árido e a Região Metropolitana de Salvador, a qual, nessa organização de 1998, dispõe dos serviços de maior grau de complexidade. No caso de Feira de Santana, será o município que hierarquicamente vem logo após a capital na disponibilidade de recursos de saúde, os casos que não encontram solução neste município são enviados a capital.

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado essa DIRES tem uma abrangência de 14.155,3 km<sup>2</sup> e uma população de 967.138 habitantes onde o grau de urbanização apresenta 67,47% e o índice de alfabetização 76,45%, com 50,18% dos domicílios ligados a rede geral de abastecimento de água e 23,53% ao esgotamento sanitário (BAHIA, 2001, p. 125).

As unidades de saúde em Feira de Santana adequaram-se ao modelo do SUS e implantou-se o PSF, segundo os critérios da Secretaria Estadual de Saúde esta faz parte de uma das microrregiões com maior grau de complexidade tecnológica, ficando abaixo apenas de Salvador (Capital do Estado) e por este motivo integra uma intensa rede de serviços de saúde atendendo os procedimentos mais complexos das unidades básicas da microrregião geográfica. Podemos analisar tal situação a partir da tabela abaixo, organizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, nela é possível perceber que o número de serviços oferecidos pelo município.

Tabela 3 – Rede de serviço de saúde por tipo de Unidade – Feira de Santana - 2008

<b>Tipo de unidade</b>	<b>Municipal</b>	<b>Estadual</b>	<b>Filantrópico</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
Unidade de Saúde da Família / equipes	82	-	-	-	82
Unidades Básicas de Saúde	16	-	-	-	16
Policlínicas	07	-	-	-	07
Clínicas Especializadas	01	-	-	19	20
Hospitais	02	02	01	03	08
Centro de Referência em DST/HIV/AIDS com laboratório (SAE/CTA)	01	01	-	-	02
Unidade de referência em Diabetes	01	-	-	-	01
Unidade de Referência em Atenção à Saúde da Mulher	01	-	-	-	01

Unidade de Referência em Dermatologia Sanitária	01	-	-	-	01
Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de álcool e drogas – CAPS- ad	01	-	-	-	01
Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil - CAPS –i	01	-	-	-	01
Centro de Atenção Psicossocial para Transtornos Mentais Severos e Persistentes – CAPS II	02	-	-	-	02
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III	01	-	-	-	01
Central Municipal de diagnóstico p/imagem - CMDI	01	-	-	-	01
Central de Regulação e marcação de consultas de Média Complexidade	01	-	-	-	01
Unidade Móvel Médico Odontológica	02	-	-	-	02
Rede de Frio		-	-	-	
Unidade de Referência em Hipertensão	01	-	-	-	01
Centro de Combate as Endemias	01	-	-	-	01
Central de Distribuição de Materiais e Medicamentos	01	-	-	-	01
UTI Móvel (SAMU)	01	-	-	-	01
Unidade Móvel Básica (SAMU)	05	-	-	-	05
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST	01	-	-	-	01
Ambulatório de Hepatologia	01	-	-	-	01
Centro Municipal de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino Romilda Maltez)	01	-	-	-	01
Laboratórios	01	01	01	12	15
Clinica de anatomia patológica	-	-	-	02	02

Fonte: SMS de Feira de Santana-BA, 2008.

**Observação:**

Número de Farmácias – 2 Farmácias Populares e 01 Assistência Farmacêutica

Numero de Ambulâncias – 21 Ambulâncias, sendo 07 ficam nos Distritos 24 horas e 06 unidades do SAMU

A relevância dos dados apresentados na tabela acima se deve a importância dos serviços que são oferecidos por Feira de Santana, tanto para as equipes de PSF do próprio município como para aqueles de abrangência da diretoria regional de saúde, a qual Feira de Santana é sede. Preliminarmente, levantamos dados de que no caso do Hospital Geral

Cleriston Andrade, presente no município, esse atende caso de alta complexidade também de outras diretorias regionais, demonstrando um maior alcance dessa rede de saúde dentro do estado da Bahia.

### **Considerações Finais**

Desse modo, considerar a organização espacial do semi-árido baiano sob a utilização do Programa Saúde da Família, demonstra a possibilidade de analisar a formação de uma rede geográfica específica: a rede de saúde interligando esse espaço com o sistema de saúde em diversas escalas geográficas. É importante ponderar que essa rede reflete e condiciona a reprodução social (matriz social, discutida por Milton Santos) onde atende os interesses de diversos grupos presentes no espaço do Estado da Bahia, e também material, ao ser construído por diversos agentes, representantes de interesses, os mais diversos, aproveitam das desigualdades sociais para consolidar um espaço fragmentado, heterogêneo e articulado por vias de circulação e comunicação necessárias a seu processo de manutenção e reprodução. Porém, as mudanças na organização social da população em geral refletem no seu comportamento e utilização do espaço, com mais acesso aos meios informacionais, a utilização de serviços como o de saúde em pontos específicos do território, tem se tornado uma constante, principalmente entre os economicamente menos favorecidos que passam a ter um maior acesso aos equipamentos de saúde de forma direta.

### **Referências Bibliográficas**

ALMEIDA, Eliza Pinto. **O Uso do Território Brasileiro e a Segmentação dos Serviços de Saúde**. X Encontro de Geógrafos da América Latina. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2005. Anais Eletrônicos. 1 CD

ALMEIDA, Eliza Pinto; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi. **Território Usado e Lugar na Promoção da Saúde**. X Encontro de Geógrafos da América Latina. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2005. Anais Eletrônicos. 1 CD

BAHIA. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Diretoria de Informações e Comunicação em Saúde. Indicadores Demográficos Sociais e de Saúde – Dados por Município. Salvador: SESAB/DICS, 2001. 472p. Disponível em: <http://www.sesab.ba.gov.br>. Acesso em 13 de janeiro de 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei Nº 8.080; Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. De 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/Leis/L8080.htm>. Acesso em 01/07/2008.

CORRÊA, Roberto Lobato. Redes Geográficas – Cinco pontos para discussão. In: VASCONCELOS, Pedro de Almeida; SILVA, Sylvio Bandeira de Mello. **Novos Estudos de Geografia Urbana Brasileira**. Salvador: EDUFBA, 1999. (Mestrado em Geografia).

CORRÊA, Roberto Lobato. **A Rede Urbana**. São Paulo: Ática, 1989.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Geografia Política, Saúde Pública e as Lideranças Locais**. HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Hygeia, vol.1, número1, páginas18-36, dez 2005. Disponível em <http://www.hygeia.ig.ufu.br>

SANTOS, Ana Rocha. **Redes e Territórios na Política de Municipalização da Saúde**. X Encontro de Geógrafos da América Latina. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2005. Anais Eletrônicos. 1 CD

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço**: Técnica e tempo, Razão e Emoção. 4 ed., São Paulo: EDUSP, 2008 [a]. (Coleção Milton Santos).

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do Espaço Habitado**. 6 ed., São Paulo: EDUSP, 2008 [b]. (Coleção Milton Santos).

SANTOS, Milton. **O Espaço do Cidadão**. 7 ed., São Paulo: EDUSP, 2007. (Coleção Milton Santos).

SANTOS, Milton; SILVEIRA, María Laura. **O Brasil**: Sociedade e Território no Início do Século XXI.

SILVA, Barbara-Christine Nentwig. [et al]. **Atlas Escolar** Bahia: Espaço Geo-Histórico e Cultural. 2 ed. João Pessoa: Grafset, 2004.

TEIXEIRA, Ana Patrícia L. V. **PSF**: Conhecendo a unidade móvel do município de São Sebastião do Passe – Bahia. Salvador: Universidade Católica do Salvador. Semana de Mobilização Científica, 2004. Anais eletrônicos. 1 CD.