

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE ARQUITETURA**  
**Programa de pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo**

Lucianne Fialho Batista

**UNIDADES DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E**  
**EMERGÊNCIA EM SALVADOR:**  
**estudos de localização**

Salvador  
2009

Lucianne Fialho Batista

**UNIDADES DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA EM SALVADOR:  
estudos de localização**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Pedro Alves de Carvalho

Salvador  
2009

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE ARQUITETURA**  
**Programa de pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo**

Lucianne Fialho Batista

**UNIDADES DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E**  
**EMERGÊNCIA EM SALVADOR:**  
**estudos de localização**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo

Salvador, de de 2009

Banca examinadora:

Antônio Pedro Alves de Carvalho \_\_\_\_\_  
Doutor em geografia, Instituto de Geociências e Ciências Exatas  
Universidade Estadual Paulista

Gilberto Corso Pereira \_\_\_\_\_  
Doutor em geografia, Instituto de Geociências e Ciências Exatas  
Universidade Estadual Paulista

Ana Luiza Queiroz Vilasboas \_\_\_\_\_  
Doutora em saúde coletiva, Instituto de Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Dr. Antônio Pedro Alves de Carvalho, meu orientador, que estava sempre me cobrando algum resultado com a pergunta: cadê a dissertação?

À minha família, em especial à minha irmã Leyanne, que cobriu as minhas ausências nesses últimos meses, sendo dona de casa, pai e mãe para os meus filhos.

À Secretaria de Saúde do Estado, em especial ao coordenador das urgências Dr. Paulo Tarso e à Dr<sup>a</sup>. Regina, que sempre me atendiam com muita simpatia.

À Secretaria de Saúde do Município, em especial à vice-coordenadora das urgências Dr<sup>a</sup>. Ana Paula e ao coordenador do SAMU Dr. Ivan, que estavam sempre dispostos a me ajudar.

Ao Programa de pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da UFBA, pela oportunidade a mim concedida na seleção do meu projeto.

Aos amigos que torceram de longe para o meu sucesso, esperando o dia em que eu teria tempo para eles.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

“Que os sonhos diurnos tornem-se, desse modo, realmente mais plenos, isto é, mais claros, menos caprichosos, mais conhecidos, mais compreendidos e mais em comunicação com o correr das coisas. Para que o trigo que quer amadurecer possa crescer e ser colhido.”

## RESUMO

O Município de Salvador, como a maioria das capitais brasileiras, sofre com a má qualidade dos atendimentos em urgência oferecidos pelos equipamentos públicos de saúde. O aumento da violência urbana e dos acidentes, nos últimos anos, tem sobrecarregado os serviços, contribuindo para a perda da qualidade. O Sistema Único de Saúde (SUS) propõe a universalidade do acesso aos serviços de saúde como um dos seus princípios mas, a acessibilidade aos equipamentos assistenciais de saúde (EAS) é afetada, principalmente, pela localização. As normas existentes que orientam a implantação de EAS que atendem as urgências são escassas, além do que, possuem parâmetros que não levam em consideração as características e necessidades da população. Analisando a localização dos EAS públicos que atendem à urgência de média e alta complexidade, no Município de Salvador, com base nas normas existentes, constatou-se que a quantidade não é suficiente, além de serem distribuídos sem uniformidade. A falta de uniformidade na distribuição dos EAS, baseada nas necessidades da população, gera vazios assistenciais, o que faz com que grande parte da população fique sem cobertura para esses serviços.

**Palavras-chave: Localização, Acessibilidade, Urgência, Emergência, Estabelecimentos de saúde.**

## **ABSTRACT**

The City of Salvador, as the majority of Brazilian Capitals, has problems with the quality of the urgency services provided by the City services and its equipment. In the last few years, the rise in urban violence as well as accidents, has over-burdened those services, which jeopardize their quality. SUS (Sistema Único de Saúde - Unified Health System) proposes, theoretically, full access by the population to health services. However, the access to health equipment assistance (EAS) is affected, mainly, by location. The current rules, which guide the EAS for urgencies, are scarce and have standards that do not take into consideration the needs and characteristics of the clientele. Analyzing the location of the public EAS, which should attend those urgencies (medium to high complexity) in the City of Salvador, we verified a lack of quantity in equipments as well as random distribution throughout the City. The random location of the EAS creates assistance gaps. Hence, a large slice of the clientele is left without coverage on those services.

**Key-words: location, access, urgency, emergency, health facilities**

## SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas -----	ii
Lista de tabelas -----	iii
Lista de figuras -----	iv
1 Apresentação -----	
-	1
2 Referencial teórico -----	2
2.1 Localização -----	2
2.1.1 Localização de EAS -----	6
2.2 Acessibilidade -----	7
2.3 Urgência e Emergência -----	9
2.4 Regulação médica -----	11
3 O Sistema Único de Saúde (SUS) -----	12
3.1 O SUS e a regionalização -----	13
4 O Estado da Bahia e a regionalização -----	15
5 Legislação e o atendimento de urgência -----	19
5.1 Plano Estadual de Saúde -----	22
5.2 Plano Municipal de Saúde -----	23
6 A saúde no município de Salvador -----	25
6.1 Aspectos geográficos -----	25
6.2 Aspectos demográficos -----	26
6.3 Aspectos sócio-econômicos -----	31
6.4 Aspectos de saúde -----	41
6.5 Rede física da Urgência -----	50
6.5.1 Serviço de atendimento Móvel – SAMU -----	51
6.5.1.1 Classificação e atividades -----	52
6.5.1.2 Dimensionamento e localização -----	52
6.5.2 Unidades de pronto-atendimento (U.P.A.) -----	56
6.5.3 Unidades hospitalares -----	58
6.5.4 Análise da suficiência -----	62
6.5.4.1 Média complexidade -----	62
6.5.4.1.1 Unidades de pronto-atendimento (U.P.A.) -----	62
6.5.4.1.2 Maternidades públicas -----	
-	67
6.5.4.1 Alta complexidade -----	
-	69
7 Considerações finais -----	
-	73
8 Referências -----	77



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH – Atendimento Pré-Hospitalar  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
DAC – Doenças do Aparelho Circulatório  
DAR – Doenças do Aparelho Respiratório  
DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias  
DIRES – Diretoria Regional de Saúde  
EAS - Estabelecimento Assistencial de Saúde  
GPAB-A - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada  
GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal  
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica  
OPAS – Organização Panamericana de Saúde  
PAB – Procedimentos da Atenção Básica  
PACS – Programa de Agentes Comunitários  
PDR - Plano Diretor de Regionalização  
PES – Plano Estadual de Saúde  
PGT – Pólo Gerador de Tráfego  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RMS – Região Metropolitana de Salvador  
SADT – Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SIG – Sistema de Informações Geográficas  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

ZI - Zona de Informação

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos municípios por microregião -----	18
Tabela 2 – Relação da população residente de Salvador por Distrito Sanitário -----	26
Tabela 3 – Índices sócio-econômicos da população de Salvador -----	26
Tabela 4 – Índices sobre população, por Distrito Sanitário de residência. Salvador, 2000 -----	40
---	
Tabela 5 – População, número de óbitos e coeficiente de mortalidade geral (/1000hab.) por Distrito Sanitário de residência. Salvador, 2005 -----	43
-	
Tabela 6 – Nascidos vivos, número de óbitos de menores de um ano e coeficiente de mortalidade infantil (/1000NV) por Distrito Sanitário de residência. Salvador, 2005 --	43
Tabela 7 – Quadro-resumo dos índices de mortalidade da população, por Distrito Sanitário de residência. Salvador, 2005 -----	49
--	
Tabela 8 – Nível de complexidade dos EAS segundo o CNES -----	50
Tabela 9 – Bases descentralizadas SAMU e relação de veículos. Salvador, 2009 -----	56
Tabela 10 – Distribuição dos EAS públicos que atendem urgência, por distrito sanitário, no Município de Salvador -----	60
--	
Tabela 11 – Classificação das UPA de acordo com a população e nº de atendimentos médicos em 24h (Portaria 1020 de 2009) -----	63
--	
Tabela 12 – Tabela da distribuição e classificação dos EAS públicos que atendem urgência (UPA), por distrito sanitário, no município de Salvador, de acordo com portaria 1020/2009 -----	66
---	

Tabela 13 – Localização dos pontos que possuem mesmo tempo de percurso -----

-

69

### LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Teoria clássica do lugar central -----

-

3

Figura 2 – Princípio de mercado,  $K=3$  -----

--

4

Figura 3 – Princípio de transporte,  $K=4$  -----

-

4

Figura 4 – Princípio administrativo,  $K=7$  -----

-

4

Figura 5 – Mapa da Bahia -----

--

15

Figura 6 – Macroregiões do Estado da Bahia -----

--

16

Figura 7 – Microregiões do Estado da Bahia -----

-

17

Figura 8 – Quantitativo de atendimentos mensais das UPA – Salvador / 2009 -----

24

Figura 9 - Distribuição da população total por Distrito Sanitário / Salvador – 2005 -----

-

28

Figura 10 - Densidade demográfica por Distrito Sanitário / Salvador – 2005 -----

29

Figura 11 - Densidade demográfica por setor censitário / Salvador – 2000 -----

30

Figura 12 – Renda do responsável pelo domicílio (até 2 salários) / Salvador – 2000 ----	32
Figura 13 – Renda do responsável pelo domicílio (mais de 20 salários) / Salvador – 2000 -----	33
Figura 14 – Nível de instrução do responsável pelo domicílio (0 a 1 ano de estudo) Salvador – 2000 -----	34
Figura 15 – Nível de instrução do responsável pelo domicílio (Mais de 15 anos de estudo) Salvador – 2000 -----	36
Figura 16 – Coleta de lixo adequada / Salvador – 2000 -----	37
Figura 17 – Abastecimento de água adequado / Salvador – 2000 -----	38
Figura 18 – Saneamento adequado / Salvador – 2000 -----	39
Figura 19 – Coeficiente de Mortalidade Geral (por 100.000 habitantes) e óbitos totais / Salvador – 1996 a 2004 -----	41
Figura 20 – Taxa de mortalidade por grupos de causas / Salvador – 1996 a 2004 -----	42
Figura 21 – Coeficiente de mortalidade geral (1000 hab) por Distrito Sanitário de residência. Salvador 2005 -----	44
Figura 22 – Coeficiente de mortalidade (100.000 hab) por doenças do aparelho circulatório por Distrito Sanitário de residência - Salvador 2005 -----	45
Figura 23 – Coeficiente de mortalidade por neoplasias (100.000 hab) por Distrito Sanitário de residência - Salvador 2005 -----	46
Figura 24 – Coeficiente de mortalidade por causas externas (100.000 hab) por Distrito Sanitário de residência – Salvador, 2005 -----	47

Figura 25 – Coeficiente de mortalidade por homicídios (100.000 hab) por Distrito Sanitário de residência – Salvador, 2005 -----	
-	48
Figura 26 – Localização das bases descentralizadas do SAMU – Salvador, 2009 -----	55
Figura 27 – Localização das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) por nível de complexidade – Salvador, 2009 -----	
-	57
Figura 28 – Localização dos hospitais por nível de complexidade – Salvador, 2009 -----	59
Figura 29 – Localização dos EAS públicos (Hospitais, Maternidades e UPA) que atendem urgência, por nível de complexidade - Salvador, 2009 -----	61
Figura 30 – Representação das isócotas para as Unidades de Pronto-atendimento (UPA). Salvador, 2009 -----	
--	65
Figura 31 – Localização das Maternidades públicas – Salvador, 2009 -----	67
Figura 32 – Projeção das isócronas -----	
-	69
Figura 33 – Representação das isócronas para os hospitais de alta complexidade. Salvador, 2009 -----	
--	70



# 1 APRESENTAÇÃO

A saúde da população tem sido um dos grandes desafios encontrados pelos gestores públicos na administração de uma cidade. A área da urgência e emergência é uma das mais importantes entre os componentes de assistência à saúde e tem sido sobrecarregada, nos últimos anos, pelo aumento da violência urbana e dos acidentes. Verifica-se que os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), que atendem à urgência, também são sobrecarregados pela demanda espontânea da população que não consegue atendimento adequado na atenção básica. A sobrecarga dos serviços de urgência tem afetado, principalmente, a população pobre e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Junta-se a isto o fato de que a localização e a quantidade dos EAS também têm afetado a acessibilidade aos serviços.

O objetivo desse trabalho é analisar a suficiência dos EAS públicos que atendem às urgências e emergências no Município de Salvador, quanto à localização e à quantidade.

Para o seu desenvolvimento foi realizada uma fundamentação teórica a respeito da localização e da acessibilidade de equipamentos públicos, bem como uma conceituação sobre urgência e emergência, apresentada no segundo capítulo, como forma de embasar a pesquisa.

Como a pesquisa diz respeito à equipamentos públicos, fez-se necessário um estudo sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua proposta de regionalização, apresentada no capítulo 3.

No capítulo 4 é apresentada a situação atual do Estado da Bahia e do Município de Salvador, em relação à regionalização proposta pelo SUS, mediante a descrição do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Com o intuito de ordenar o atendimento às urgências e emergências e devido a insuficiente estruturação da rede assistencial, foram criadas normas e leis que são analisadas no capítulo 5, juntamente com os planos estadual e municipal de saúde.

Finalmente, no capítulo 6, é apresentada a situação de saúde do Município de Salvador por meio da apresentação de dados geográficos, demográficos, sócio-econômicos e epidemiológicos, como também, o levantamento e a distribuição dos EAS que atendem urgência e emergência. A análise da suficiência foi efetuada avaliando-se parâmetros estabelecidos por normas existentes e, também, a localização dos EAS em mapas, detectando-se os vazios assistenciais existentes. As considerações finais e conclusões são tratadas no capítulo 7.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 LOCALIZAÇÃO**

Segundo Cunha (2005), o conceito de região, no estudo da geografia, sofreu mudanças a partir da 2ª guerra mundial, quando passou a ser analisado a partir da espacialidade das relações econômicas e não mais da identidade de paisagens e produções. A região é atualmente compreendida como uma rede urbana, onde existem núcleos com diferentes níveis de hierarquização.

Muitos são os estudos e teorias sobre localização que procuram compreender a natureza da rede urbana a partir da hierarquia dos seus centros. Segundo Correa (1989), a hierarquia urbana começou a ser estudada em 1755 quando o banqueiro francês Richard Chantillon procurou racionalizar seus negócios bancários em função do tempo e do espaço. Mas, a principal contribuição teórica foi dada pelo geógrafo alemão Walter Christaller, em 1933, com a “Teoria das Localidades Centrais” onde mostra a hierarquização dos Centros a partir das relações espaciais no processo de organização econômica. Segundo Christaller, Localidades Centrais podem ser cidades ou pequenos núcleos que possuem atividades de distribuição de bens e serviços para uma população residente em uma região de influência. O entorno possuiria uma relação de dependência com o núcleo principal por este oferecer o bem ou serviço. Para simplificar as características do sistema de mercado a Teoria de Christaller possui alguns princípios:

1. Recursos uniformes da região;
2. Igualdade na distribuição da população e no poder de compra;
3. Custos de transportes proporcionais à distância percorrida;
4. Mercadorias e serviços com mesmo preço em qualquer Centro.

Com essas características nenhum centro possuiria vantagem sobre outro em relação à sua localização, surgindo uma superfície homogênea, onde a decisão locacional poderia ser controlada.

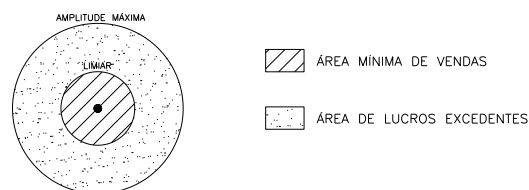
Diante do sistema de mercado capitalista o homem procura minimizar os custos e maximizar os lucros, afetando o processo de decisão locacional; assim, os custos de transportes são introduzidos em função da distância: quanto maior a distância, maior o custo com transportes. Com isso, o custo da mercadoria, para o consumidor, fica sendo o preço real da mercadoria somada às despesas com o transporte de casa para o local da compra. O



resultado é que os preços sobem e a demanda diminui, proporcionalmente, quando se aumenta a distância a partir dos núcleos (local da compra).

Sendo assim, o preço alcançará um valor inviável para a compra quando a distância for muito grande, tornando a demanda nula. Para Christaller, esse ponto de demanda nula é chamado de amplitude máxima ou alcance, que delimita a área máxima de mercado. Considerando que a distância pode ser medida em qualquer direção, a partir do centro, temos o alcance em forma de uma circunferência, onde o centro é o ponto de venda. Dentro dessa circunferência existe uma área mínima de mercado chamada por Christaller de limiar, onde as vendas são suficientes para os custos da empresa e ainda apresentar um lucro. Sem volume mínimo de vendas, a empresa irá à falência. A área existente entre a amplitude mínima e a amplitude máxima é considerada de lucros excedentes. (Figura 1)

Figura 1 – Teoria clássica do lugar central



Fonte: CORREA, 1989.

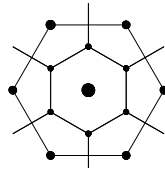
Desenho elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Os argumentos propostos pela teoria do lugar central são geométricos e possuem relação com as propriedades do círculo. Mas os mercados radiais não podem ser totalmente ajustados, ficando áreas superabastecidas ou subabastecidas. A solução é utilizar a figura do hexágono, por ser o polígono regular mais próximo às características do círculo. Segundo Clark (1985) as áreas hexagonais produzem uma rede hierárquica de mercado onde nenhum consumidor deixa de ser servido e nenhuma mercadoria é comprada por um preço total inaceitável.

No sistema de localidades centrais Christaller adotou três arranjos hexagonais conhecidos como as redes  $K=3$ ,  $K=4$  e  $K=7$ , onde ele se baseia nos princípios de mercado, de transporte e da administração, respectivamente.

No arranjo  $K=3$  os centros de categorias inferiores não podem ser alinhados com os centros de categorias mais elevadas, tornando o arranjo ótimo para mercado, mas dispendioso para transportes (Figura 2).

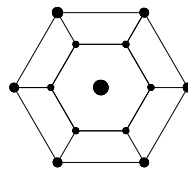
Figura 2 – Princípio de mercado,  $K=3$



Fonte: CLARK, 1985.  
Desenho elaborado por Lucianne Fialho Batista.

O arranjo  $K=4$  é considerado uma rede de transporte ótimo, pois os principais centros estão espaçados e alinhados rigorosamente permitindo que a distância total da rota seja minimizada (Figura 3).

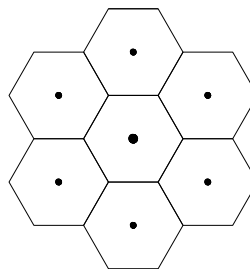
Figura 3 – Princípio de transporte,  $K=4$



Fonte: CLARK, 1985  
Desenho elaborado por Lucianne Fialho Batista.

O arranjo  $K=7$  é considerado o mais eficiente para os objetivos administrativos. No arranjo  $K=7$  os limites de mercado circunscrevem os centros produzindo uma divisão espacial mais eficiente do poder, onde cada centro de hierarquia maior controla completamente uma área com seis locais de hierarquia mais baixa. (Figura 4).

Figura 4 – Princípio administrativo,  $K=7$



Fonte: CLARK, 1985  
Desenho elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Podemos destacar alguns aspectos da Teoria das localidades centrais:

- 1) Quanto maior o nível hierárquico de uma localidade central, menor será sua quantidade e maior será sua distância a uma outra localidade de mesmo nível.
- 2) Quanto maior o nível hierárquico, maior a área de abrangência e maior a quantidade de população atendida.

As considerações obtidas na Teoria das Localidades centrais dependem de algumas variáveis como: densidade e estrutura demográfica, renda, padrões culturais, preços dos produtos, facilidades de circulação e dinâmica regional.

Segundo Clark (1985), apesar de possuir muitas restrições, a Teoria das Localidades Centrais pode ser utilizada para identificar o nível de eficiência geográfica de algumas localidades comparando as localizações reais com as ideais obtidas na Teoria, ou, até mesmo, para planejar os Centros de novas áreas de desenvolvimento.

Para alguns autores, representantes da Nova Geografia Econômica (NGE), a teoria das localidades centrais apresenta várias limitações porque não possui respostas para importantes problemas teóricos como, por exemplo, as forças que levam à aglomeração espacial. Segundo Ruiz (2006) muitas das teorias que balizam a economia regional e urbana possuem limitações e sofreram mudanças ao longo do tempo:

As mudanças decorrentes do processo de globalização, financeirização e mundialização do capital, por um lado, e a revolução molecular-digital, por outro, influenciam ou mesmo determinam as escolhas locacionais do capital produtivo, alterando os clássicos padrões locacionais. (RUIZ, 2006. p.25)

Esses autores propõem preencher a lacuna deixada por essas teorias apresentando uma Teoria Geral da Economia no Espaço baseada no centro-periferia. O modelo centro-periferia possui dois conjuntos de regras principais: o primeiro diz respeito à curva de demanda, à como os consumidores utilizam sua renda; o segundo diz respeito à curva de oferta, à como as empresas determinam os preços e o nível de produção. Na economia regional as empresas e os consumidores procuram otimizar sua localização na rede distribuindo-se entre as regiões, tentando maximizar rendas e minimizar gastos.

Segundo Ruiz (2006), no modelo centro-periferia, ofertas e demandas são determinadas simultaneamente, onde as empresas produzem e maximizam lucros, levando em consideração a elasticidade da demanda. Para isso, deve-se supor que todas as empresas são móveis, as tecnologias são homogêneas e não há nenhuma economia externa às empresas.

A velocidade com que ocorre a organização espacial da produção é definida pelas migrações dos trabalhadores e consumidores que procuram regiões que ofereçam os mais altos salários reais. O sistema se encontra em equilíbrio quando todos os salários reais estão igualados.

O modelo é explicado por Ruiz (2006) como sendo uma economia com dois setores: um competitivo e espacialmente fixo (agricultura e fazendeiros – Periferia) e outro monopolístico e móvel (indústria e trabalhadores – Centro). O único insumo utilizado pelos fazendeiros é sua própria força de trabalho, que é fixa; o único insumo utilizado pela indústria é a força de trabalho representada pela população que migra de uma região para outra. Se alguns trabalhadores decidem migrar, desequilibrando as regiões, acontece uma reorganização espacial que pode levar à concentração da produção em uma única região, pois a oferta extra de mão de obra permite a entrada de novas empresas (efeito mercado local). Como os consumidores preferem a diversidade, eles escolhem a localização em regiões que possuem grande oferta de produtos, onde uma quantidade menor de produtos é importada. Assim o custo de vida nos locais industrializados é reduzido devido ao aumento da variedade ofertada (efeito índice de preços).

Para Ruiz (2006), os efeitos mercado local e índice de preços representam as forças responsáveis pelo elevado salário real nas regiões industrializadas do centro, enquanto os mercados periféricos (fazendeiros/população fixa) representam as forças que bloqueiam a concentração espacial.

### **2.1.1 LOCALIZAÇÃO DE EAS**

O comportamento locacional dos agentes econômicos é afetado por diversos fatores que nos permitem sistematizar o entendimento das decisões locacionais. Para Haddad (2005) existem quatro categorias de fatores locacionais: insumos locais, não transferíveis; produtos locais; insumos transferíveis e produtos transferíveis. Esses fatores dependem do tipo da atividade desenvolvida; é necessário analisar custos e benefícios. No caso de um Estabelecimento de Atendimento em Saúde (EAS), a localização deve ser determinada atendendo a uma hierarquia funcional, com diversos níveis de cuidados de saúde.

A hierarquia e a regionalização propostas pelo planejamento espacial dos equipamentos de saúde são baseadas na teoria de Christaller. Os EAS que oferecem serviços básicos são distribuídos em maior quantidade, cobrindo grupos populacionais situados em seu entorno,

enquanto os que oferecem serviços mais complexos (com maior densidade tecnológica) são distribuídos em menor quantidade, cobrindo grupos populacionais maiores.

Segundo Cecílio (apud SANTOS, 2007, p.31), a hierarquização proposta pelos planejadores de saúde possui forma de pirâmide, onde os EAS que possuem hierarquia menor (oferecem serviços básicos) estariam localizados na base, servindo de porta de entrada para os níveis mais complexos. Os EAS que oferecem serviços intermediários, como serviços ambulatoriais, apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de urgência e hospitais distritais, estariam localizados no nível intermediário. E no topo da pirâmide estariam localizados os EAS que oferecem serviços de alta complexidade (alta densidade tecnológica).

No Brasil, segundo Souza e Novaes (2006), a maioria dos estudos de localização para implantação de unidades de atendimento de urgência e emergência não é científica. As unidades são espalhadas pelo perímetro urbano, sem critérios pré-estabelecidos, prejudicando grande parte da população. A distribuição espacial dos equipamentos de saúde deve ser estudada pelos planejadores urbanos de forma equitativa. Um princípio básico do SUS, a equidade, não pode ser confundido com igualdade. Segundo Bronfenbrenner (Apud GOTO, 2000) a equidade é um conceito qualitativo, enquanto que igualdade é um conceito quantitativo. Os recursos públicos devem ser utilizados de forma equitativa, atendendo as necessidades da população, levando-se em consideração seus dados sócio-econômicos. O planejamento deve ser feito baseado em estudos que detectem os problemas da população, para que proporcionem acessibilidade e cobertura uniforme dos serviços.

## **2.2 ACESSIBILIDADE**

Segundo Carvalho (1991), a localização dos equipamentos coletivos é um dado que se reflete na eficiência, acessibilidade e equidade do serviço prestado. A localização é um dos fatores que influenciam a acessibilidade da população aos serviços de saúde. Segundo Frenk (apud LORA, 2004, p.25), a acessibilidade pode ser definida como “a relação funcional entre o conjunto de obstáculos à busca e obtenção da atenção (resistência) e as capacidades correspondentes da população para superar tais obstáculos”.

A atenção à saúde, no Brasil, é um dever do Estado. Todo cidadão tem direito a um atendimento à saúde, garantido através do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS se consolidou em 1990 com três princípios básicos: universalidade, integralidade e equidade. Com base no princípio da “universalidade”, proposta pelo SUS, a população deve ter acesso aos

serviços de saúde para garantir seus direitos de atenção à saúde. Segundo Lora (2004), a acessibilidade aos serviços de saúde é uma das variáveis que mais tem dificultado a consolidação do SUS.

O estudo da acessibilidade pode ser utilizado no processo avaliativo como forma de identificar os fatores que facilitam ou dificultam a busca e obtenção da assistência à saúde, com o objetivo de subsidiar o planejamento dos serviços de saúde (FEKETE,1997).

Os objetivos do planejamento de equipamentos coletivos normalmente dizem respeito “ à minimização dos custos de instalação, funcionamento e utilização dos equipamentos e/ou à maximização da acessibilidade dos usuários aos equipamentos” (SILVA e SOUZA, 2005, p.39).

Existem vários fatores que podem contribuir para a falta de acessibilidade. De acordo com Cunha (2007) os serviços de saúde são mais utilizados por grupos privilegiados socialmente. As pessoas mais pobres, apesar de possuírem maior probabilidade de adoecer, possuem menores chances de utilização dos serviços de saúde. Essa desigualdade pode ser explicada por diversos fatores, além dos recursos financeiros.

Para Fekete (1997) os fatores que interferem na acessibilidade podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica.

A acessibilidade geográfica pode ser medida pela distância média entre a população e os recursos e, principalmente, pelo tempo gasto no deslocamento e obtenção da assistência. Mas o tempo ideal depende do tipo de necessidade, como é o caso dos serviços de emergência que necessitam de um maior nível de acessibilidade geográfica. O que, às vezes, não é suficiente para que a população utilize os serviços de saúde. Alguns elementos como credibilidade do serviço, preferência por médicos, existência de terceiro turno, interferem na obtenção dos serviços.

A acessibilidade organizacional pode ser avaliada na entrada ou no interior de uma unidade de saúde através da demora para obtenção de uma consulta, turnos de funcionamento, tempo de espera para ser atendido pelo médico. Esses obstáculos são originados pelo modo organizacional dos recursos da unidade.

A acessibilidade sócio-cultural é afetada pelas diferenças sócio-culturais existentes entre os profissionais de saúde e os usuários, que geram dificuldades de comunicação; pelas crenças dos usuários em relação à saúde; pela falta de qualificação dos profissionais de saúde. Estudos

têm demonstrado que a existência de barreiras de acesso na atenção básica tem direcionado a procura por serviços diretamente em unidades com atendimento 24 horas (FEKETE, 1997).

O estudo da acessibilidade econômica deve ser analisado juntamente com as outras tipologias, já que o indicador “taxa de emprego” é relativo, quando analisado em relação ao atendimento em unidades públicas. Estudos mostram que quanto maior a taxa de emprego, maior a utilização dos serviços de saúde particulares, pois a oferta dos serviços públicos é ineficiente (FEKETE, 1997).

Segundo Cunha (2007) as desigualdades na acessibilidade aos serviços de saúde podem ser reduzidas a partir de políticas municipais que visem o atendimento através de marcação permanente de consultas, para que as unidades básicas funcionem como portas de entrada aos serviços de saúde.

Para Fekete (1997) o principal entrave à acessibilidade é o sistema organizacional das unidades de saúde que deve ser pensado para atender as características específicas de cada territorialidade. Na área de saúde, essa territorialidade pode ser concretizada através dos distritos sanitários. A divisão do Município em distritos sanitários surgiu com a necessidade da descentralização imposta pela lei 8080/90 no processo da Reforma Sanitária Brasileira. O distrito sanitário pode ser entendido como a menor unidade operacional e administrativa do sistema de saúde, definida através de critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde as ações são planejadas baseadas na natureza dos problemas e do perfil da população, e sob gestão de uma autoridade sanitária local. (MENDES, 1993; BRASIL, 1990)

O planejamento da localização dos EAS, portanto, deve levar em consideração essas territorialidades. A necessidade da população deve ser levantada para, a partir daí, fazer-se a distribuição dos recursos; sempre com a participação da comunidade e dos profissionais de saúde do nível local (UNGLERT, 1990).

### **2.3 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Segundo a resolução 1.451 de 10 de março de 1995, do Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 1995), define-se por URGÊNCIA “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”, e EMERGÊNCIA seria “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem

em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.” (BRASIL, 1995. p.1).

Em 2006, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, lançou um manual que fornece diretrizes gerais para implantação das centrais de regulação médica das urgências em todo o território nacional (BRASIL, 2006). Nesse manual a diferenciação entre os conceitos de urgência e emergência foi desconsiderada devido às dúvidas e às diversas interpretações que existiam em torno dos mesmos. No manual apenas o termo urgência é utilizado, fazendo-se a classificação em níveis a partir do grau da urgência.

O conceito do grau de urgência pode ser definido pela fórmula:  $U = \frac{GAV}{T}$ , onde:

U= Grau de urgência;

G= Gravidade do caso;

A= Atenção: recursos necessários para o tratamento;

V= Valor social que envolve o caso;

T= Tempo para iniciar o tratamento.

O grau de urgência é diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender o caso e à pressão social existente no local do atendimento e inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento.

Assim, as urgências são classificadas em quatro níveis:

- Nível 1 : Urgência de prioridade absoluta  
Casos em que haja risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário.
- Nível 2 : Urgência de prioridade moderada  
Compreende os casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas.
- Nível 3 : Urgência de prioridade baixa  
Casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas.
- Nível 4 : Urgência de prioridade mínima



Compreendem as situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos.

Para evitar erros de interpretações, o presente trabalho utilizará apenas o termo urgência, para os níveis de 2 a 4, e urgência de alta complexidade para o nível 1.

## **2.4 REGULAÇÃO MÉDICA**

A regulação médica das urgências deve ordenar e orientar o fluxo dos pacientes no sistema através de ligações telefônicas para a central de regulação, onde os pedidos de socorro são avaliados e hierarquizados por um médico regulador, que deve responder como autoridade sanitária, decidindo sobre os meios necessários para garantir o melhor atendimento ao paciente, possuindo delegação direta dos gestores municipais e estaduais. O médico regulador pode, ainda, solicitar apoio do corpo de bombeiros ou polícia militar e civil, sempre que for necessário. A central de regulação deve possuir as grades de referência, detalhadas e atualizadas, das unidades de saúde, com suas quantidades, localização, horários, especialidades dos serviços ofertados, que devem estar organizados em rede e níveis de hierarquia, de acordo com os preceitos de hierarquização e regionalização propostos pelo SUS (BRASIL, 2006).

As centrais de regulação das urgências devem controlar a entrada e também a saída das urgências garantindo acesso à rede de serviços especializados, à rede hospitalar, assistência e transporte social, que devem estar pactuadas e acessíveis através de suas respectivas centrais.

## **3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

No Brasil, a saúde foi incluída como direito social do cidadão e dever do Estado na Constituição Federal de 1988:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988. p.109).

Foi para garantir esse direito que o Estado brasileiro criou o Sistema Único de Saúde (SUS), onde o cidadão é atendido sem desembolso financeiro direto.

O SUS é um sistema formado por várias instituições dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e por instituições privadas, contratadas ou conveniadas. Foi regulamentado em 1990 mediante a publicação das Leis Orgânicas de Saúde: a lei nº 8080/1990 e a lei nº 8142/1990. Os princípios e diretrizes do SUS, consignados na lei 8080/90 (BRASIL, 1990), são: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade e igualdade de assistência, sem preconceitos ou privilégios; descentralização político-administrativo, com direção única em cada esfera de governo e participação na gestão do sistema.

Segundo a lei 8080/90 (BRASIL, 1990) os serviços de saúde, prestados pelo SUS, devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis crescentes de complexidade.

A descentralização, um dos princípios organizativos do SUS, tem sido operacionalizada através das Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas em 1991, 1993 e 1996. As NOB são portarias do Ministério da Saúde que tratam, basicamente, da divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para Estados e Municípios que não foram previstos nas leis 8080 e 8142 de 1990.

A partir da NOB SUS 01/96 (BRASIL, 1997) os Estados e Municípios deveriam se habilitar em algum tipo de gestão. Para os Estados: gestão avançada do sistema estadual ou gestão plena do sistema estadual; para os Municípios: gestão plena da atenção básica ou gestão plena do sistema municipal. Para cada tipo de gestão foram previstas modalidades de transferência de recursos federais para custear as despesas com assistência hospitalar e ambulatorial, ações de vigilância sanitária e ações de epidemiologia e de controle de doenças.

### **3.1 O SUS E A REGIONALIZAÇÃO**

Dando continuidade ao processo de descentralização, foi elaborada, em 2001, a Norma Operacional da Assistência à saúde (NOAS-SUS 01/01), que logo depois foi reeditada devido à detecção de problemas na operacionalização de alguns itens. Em fevereiro de 2002 foi aprovada, como anexo da portaria 373, a NOAS-SUS 01/2002 (BRASIL, 2001), que traz no seu conteúdo a perspectiva de reorganização do sistema de saúde através da regionalização e da hierarquização dos serviços por nível de complexidade, implementando módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, definidos no Plano Diretor de Regionalização (PDR), sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

A regionalização propõe um modelo organizacional delimitando espaços geográficos, com graus de complexidades tecnológicas, que se articulam entre si. Esse desenho organizativo é composto por módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões.

- Módulo Assistencial

Este pode ser constituído por um município ou incluir vários, sendo que no caso de vários, deve-se identificar o Município Sede, que deverá estar habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) ou na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM).

Para que o município atenda aos requisitos da NOAS-SUS 01/2002, o mesmo deverá se responsabilizar pela ampliação dos serviços básicos a fim de se habilitar na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), como uma das formas de gestão. Para isso deverá oferecer os serviços já definidos na NOB, como a implantação do controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, além de um conjunto de procedimentos indicados no anexo 2 da NOAS, entre eles o atendimento médico de urgência com observação de até oito horas.

O módulo assistencial é responsável pelos serviços da atenção básica ampliada, citados anteriormente, e mais os serviços do primeiro nível da média complexidade (M1), que compreende as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico, além de internações hospitalares para atendimento básico nas áreas de clínica médica e pediátrica e obstetrícia.

- Microrregião

É formada por vários módulos assistenciais que além de contar com serviços ofertados por esses módulos, conta também com os serviços do segundo nível da média complexidade (M2), tanto ambulatoriais como hospitalares.

Nesse caso deve-se identificar o Município Pólo, que deve estar habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), e pode concentrar ou não todos os serviços de média complexidade (M2).

- Macrorregião

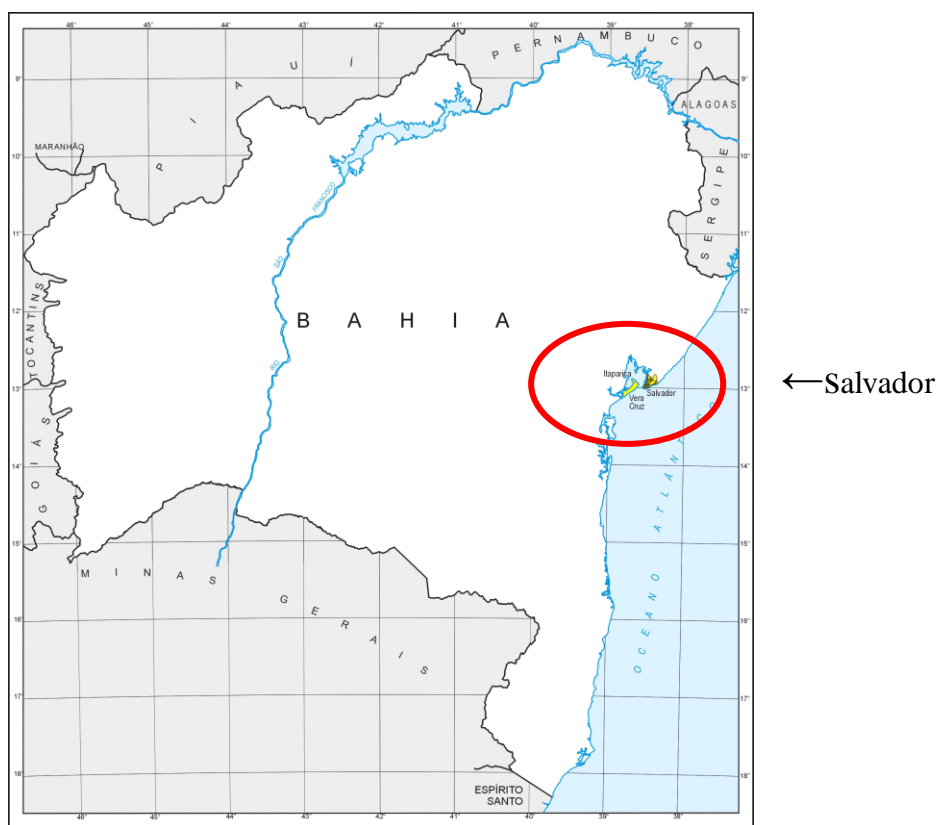
É o aglomerado das microrregiões, responsável em ofertar todos os serviços já citados e os serviços do terceiro nível da média complexidade (M3).

Em 2004 a portaria 2023 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) fez alterações quanto à gestão do SUS e estabeleceu, como única modalidade de gestão para os municípios, a gestão plena de sistema municipal. Em 2006, a partir da necessidade de estabelecer um compromisso entre os gestores do SUS, em relação às prioridades em torno da saúde da população, foram aprovadas as diretrizes operacionais do pacto pela saúde, através da portaria GM/MS 399/2006. No Pacto pela Saúde os gestores do SUS estabelecem prioridades e metas que são detalhadas no termo de compromisso de gestão e que devem ser revisadas anualmente. O termo de compromisso de gestão substitui o processo de habilitação existente para Estados e Municípios.

## **4 O ESTADO DA BAHIA E A REGIONALIZAÇÃO**

O Estado da Bahia situa-se na região Nordeste do Brasil, com um total de 417 municípios, tendo Salvador como capital. Possui área total de 567.295 Km<sup>2</sup>, que representa 36% da região e 6,6% em relação ao país, ocupando o quinto lugar no país em extensão territorial. O estado limita-se ao norte com os estados de Piauí, Pernambuco, Sergipe e Alagoas; ao sul com Espírito Santo e Minas Gerais; ao oeste com Tocantins e Goiás; e ao leste com o Oceano Atlântico (Figura 5). Sua população é de 13.070.250 habitantes, segundo Censo Demográfico de 2000 (BRASIL, 2000).

Figura 5 – Mapa da Bahia

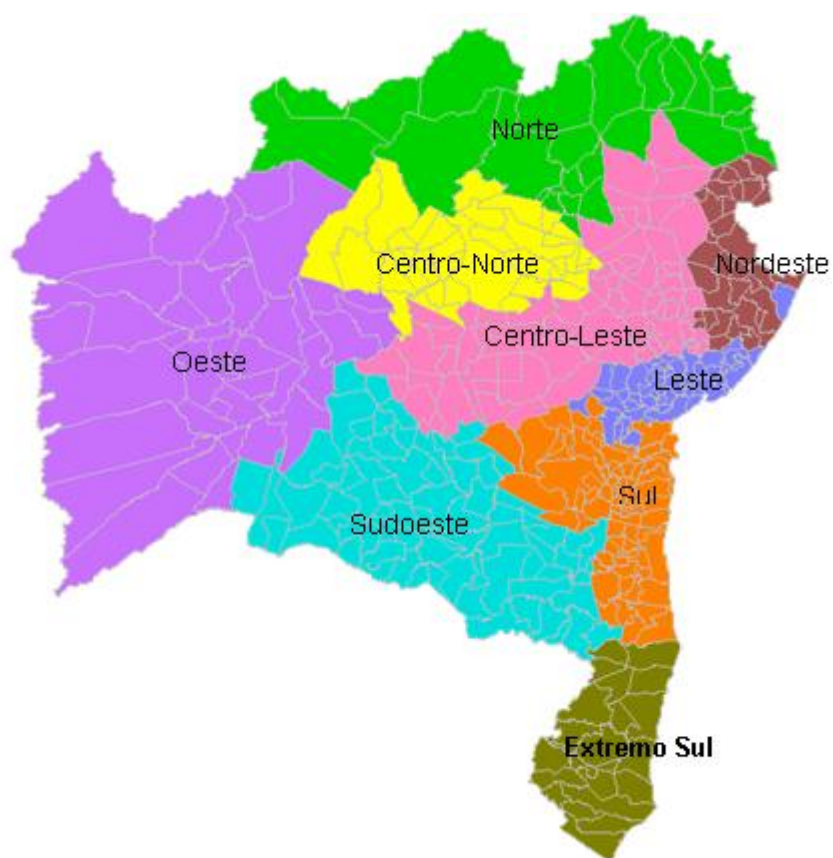


Fonte: BAHIA, 2003

O Estado da Bahia encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema e já assinou o termo de compromisso do Pacto de Gestão. Quanto aos seus 417 municípios, apenas trinta e oito assinaram o termo de compromisso, enquanto trinta e quatro encontram-se habilitados na Gestão Plena do sistema de saúde (BAHIA, 2009b).

O desenho organizativo da regionalização do SUS - BA foi elaborado a partir da definição das macrorregiões e microrregiões, onde foram identificados os municípios pólos de micro e os municípios sede de DIRES (Diretoria Regional de Saúde). Tais definições foram aprovadas pela CIB (Comissão Intergestores Bipartite) estadual, após analisado o conjunto de etapas que conduziram à elaboração. O Estado da Bahia foi dividido em 9 (nove) macrorregiões de saúde, 28 (vinte e oito) microrregiões e 31 (trinta e um) municípios sedes de DIRES (Figuras 6 e 7).

Figura 6 – Macrorregiões do Estado da Bahia



Fonte: Bahia, 2008

Figura 7 – Microregiões do Estado da Bahia



Fonte: Bahia, 2008

O Município de Salvador encontra-se localizado na microrregião Salvador, que possui população total de 3.246.735 habitantes (BRASIL, 2000), distribuídos entre seus nove municípios, e está localizada na macrorregião leste (Tabela 1). A macrorregião leste possui quarenta e oito municípios, sendo que oito já assinaram o termo de compromisso do pacto de gestão além de Salvador (Candeias, Dias D'Ávila, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Félix, São Sebastião do Passé e Vera Cruz), e foi dividida em cinco microrregiões: Camaçari, Cruz das Almas, Dias D'Ávila, Salvador e Santo Antônio de Jesus. A definição dos municípios para a composição das microrregiões foi baseada na demanda espontânea da população e do encaminhamento dos municípios, onde a “porta de entrada” do paciente será sempre no seu município de origem, que deverá estar habilitado para a atenção básica

ampliada. Se houver a necessidade de remoção desse paciente para serviços mais complexos no município sede, será feito através da central de regulação e encaminhado para a unidade específica.

Tabela 1 – Distribuição dos municípios por microregião.

MICROREGIÃO	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO 2007 (hab.)	ÁREA (km <sup>2</sup> )
SALVADOR		3.246.735	2.873
	ITAPARICA	19.897	116
	LAURO DE FREITAS	144.492	60
	MADRE DE DEUS	15.432	11
	<b>SALVADOR (sede de DIRES)</b>	<b>2.892.625</b>	<b>709</b>
	SANTO AMARO	58.028	524
	SÃO FRANCISCO DO CONDE	29.829	267
	SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	40.321	553
	SAUBARA	11.051	159
	VERA CRUZ	35.060	474

Fonte: Bahia, 2008

O município de Salvador assinou o termo de compromisso do Pacto de Gestão em abril de 2008 e, como sede de DIRES e referência para micro e macroregiões, deverá oferecer todos os serviços da atenção básica, da média complexidade (M1, 2 e 3), tanto ambulatoriais como hospitalares, bem como, os serviços de alta complexidade.



## **5. LEGISLAÇÃO E O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

De acordo com a “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”, presente na Portaria 737/GM de 16 de maio de 2001 (BRASIL, 2001), os “acidentes” e as “violências”, muito mais freqüentes na área urbana, tornaram-se um problema de saúde pública, provocando grande impacto na morbidade e na mortalidade da população brasileira, afetando o atendimento das unidades de urgência.

Problema de saúde pode ser entendido como um acontecimento fora dos padrões da normalidade, que representa as necessidades de saúde derivadas de condições de vida e formulados a partir da percepção da discrepância entre a realidade vivida e a desejada (TEIXEIRA, 2001).

Entende-se por acidente “o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais, no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer.” (BRASIL, 2001a, p.2).

De acordo com Minayo e Souza (apud BRASIL, 2001a, p.2), violência seria “o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros”.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) (apud BRASIL, 2001a) os acidentes e a violência urbana fazem parte dos agravos à saúde denominados de “causas externas” de morbidade e/ou mortalidade. As causas externas mantêm-se na terceira posição no grupo de causas de mortalidade, no período de 1996 a 2004, na cidade de Salvador, perdendo apenas para doenças do aparelho circulatório e neoplasias, o que faz das “causas externas” um problema de saúde pública.

Considerando o crescimento da demanda por serviços na área de urgência nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, e com o intuito de ordenar o atendimento às urgências, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 2048/GM de 2002 (BRASIL, 2002b), aprovou o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência, onde estabelece os princípios e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, e envolve temas como a elaboração dos planos estaduais de atendimento às urgências, regulação médica, atendimento pré-hospitalar fixo, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e a criação de núcleos de educação em urgências.

- **Planos estaduais de atendimento às urgências e emergências**

Devem ser elaborados a partir de diagnóstico onde serão levantadas as necessidades da população nas urgências, através de dados de observação, de morbidade e mortalidade, dos recursos existentes, levando-se em consideração sua quantidade, localização, acesso, complexidade, capacidade operacional e técnica. Os planos devem ser elaborados baseados na proposta de estruturação das redes regionalizadas de atenção da NOAS 01/2002.

- **Regulação médica das urgências**

Devem ser implantadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, onde os pedidos de socorro serão recebidos, avaliados e hierarquizados. A secretaria de saúde do Estado será responsável pelo plano estadual de regulação das urgências.

- **Atendimento pré-hospitalar fixo**

É aquele prestado num primeiro nível de atenção por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnósticos e terapia, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências (unidades de pronto atendimento - UPA)

- **Atendimento pré-hospitalar móvel**

É o atendimento que procura chegar precocemente à vítima que foi acometida de algum agravo à saúde e precise ser atendida ou transportada adequadamente a uma Unidade de Saúde integrada ao sistema SUS. Este atendimento é chamado de primário quando a solicitação parte de um cidadão, e secundário quando a solicitação parte de uma unidade de saúde.

O atendimento pré-hospitalar móvel deve ser vinculado a uma central de regulação que deve possuir equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população. A central de regulação deve possuir sistema gratuito de atendimento telefônico pelo número 192, de preferência.

- **Atendimento hospitalar**

Uma nova nomenclatura e classificação foram elaboradas pelo Regulamento Técnico para área de assistência hospitalar em urgência:

a) Unidades gerais

- Unidades hospitalares gerais de atendimento às urgências tipo I: instaladas em hospitais gerais de pequeno porte com atendimento em urgência, correspondente ao 1º nível de assistência hospitalar da média complexidade (M1);

- Unidades hospitalares gerais de atendimento às urgências tipo II: instaladas em hospitais gerais de médio porte com atendimento em urgência, correspondente ao 2º nível de assistência hospitalar da média complexidade (M2).

b) Unidades de referência

- Unidade de referência em atendimento às urgências do tipo I: instaladas em hospitais especializados e atendem urgências de natureza clínica e cirúrgica nas áreas de pediatria ou traumatologia-ortopedia ou cardiologia;

- Unidade de referência em atendimento às urgências do tipo II: instaladas em hospitais gerais e atendem urgências de natureza clínica e cirúrgica;

- Unidade de referência em atendimento às urgências do tipo III: instaladas em hospitais gerais e atendem urgências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica.

• **Transporte inter-hospitalar**

Garante a transferência de pacientes de unidades de saúde de menor complexidade para unidades referência de maior complexidade, ou vice-versa.

• **Núcleos de educação em urgências**

De acordo com o Regulamento Técnico, devido à falta de especialização na área de urgências e à falta de integração dos cursos existentes, na formação de recursos humanos, com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os gestores do SUS devem criar núcleos de educação em urgências. Esses núcleos serão:

[...] espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, tendo como integrantes as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestem socorro à população. (BRASIL, 2002, p.37).

Esta portaria estabeleceu um prazo de dois anos para que os sistemas estaduais de urgência fossem implantados em todos os Estados e Municípios do território nacional como forma de promover “a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada” (BRASIL, 2002b, p.3).

Dando continuidade ao processo de estruturação do sistema de urgência, o Ministério da saúde editou, entre outras, as portarias: 1863, em setembro de 2003, que institui a política nacional de atenção às urgências; 1864, em setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel por intermédio da implantação de serviços de atendimento móvel de urgência

– SAMU 192; 2657, em dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica das urgências e, mais recentemente, a portaria 1020 em maio de 2009, que estabelece as diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo em conformidade com a Política Nacional de Atenção à Urgência. Os componentes pré-hospitalares fixos de que trata essa portaria são as Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que devem ser implantadas em locais com população acima de 50.000 habitantes, e as salas de estabilização, que devem ser implantadas em locais onde a cobertura populacional seja menor que 50.000 habitantes ou em locais com grande extensão territorial, mas que tenha características rurais. A UPA é uma unidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as unidades hospitalares. Deve prestar assistência 24 horas por dia e deve servir de local de estabilização para os pacientes atendidos pelo SAMU.

## **5.1 PLANO ESTADUAL DE SAÚDE**

O Plano Estadual de Saúde é um documento elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado, onde são apresentadas as intenções e compromissos da gestão da saúde a nível estadual. É um instrumento de gestão, com vigência de quatro anos, elaborado por um conjunto de atores sociais (gestores, técnicos, população), com a intenção de melhorar os níveis de saúde da população.

Apesar do Plano Estadual de Saúde da Bahia gestão 2007/2010 (BRASIL, 2009b) ter apresentado como problemas do estado de saúde da população, elevado índice de morbimortalidade por causas externas e, como um dos problemas do sistema de saúde, deficiência na infra-estrutura dos serviços de urgência e emergência, as ações propostas pelo plano, para a área de urgência no Estado da Bahia, são muito tímidas. O PES propõe as seguintes ações estratégicas, pertencentes às linhas de ação IV e V respectivamente:

**OBJETIVO ESPECÍFICO 7.1:** Redefinir e implantar o modelo de atenção à saúde na atenção especializada do Estado da Bahia.

Ações estratégicas: Qualificação e expansão da rede de serviços de saúde no atendimento às urgências; Ampliação da assistência pré-hospitalar móvel do SAMU-192.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 7.3:** Operacionalizar a rede de atenção especializada do Estado da Bahia.

Ações estratégicas: Operação da assistência pré-hospitalar móvel do SAMU-192.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 11.1:** Estruturar a rede de serviços públicos de atenção à saúde.

Ações estratégicas: Estruturação dos serviços pré-hospitalares fixos. (BRASIL, 2009b, P.83, P.85, P.94).

## 5.2 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Assim como o PES, o Plano Municipal de Saúde é um documento que serve como instrumento para a gestão de saúde do Município. Nele são levantados os problemas e necessidades da população, em relação à situação de saúde, e são propostas ações de acordo com o objetivo específico de cada módulo operacional.

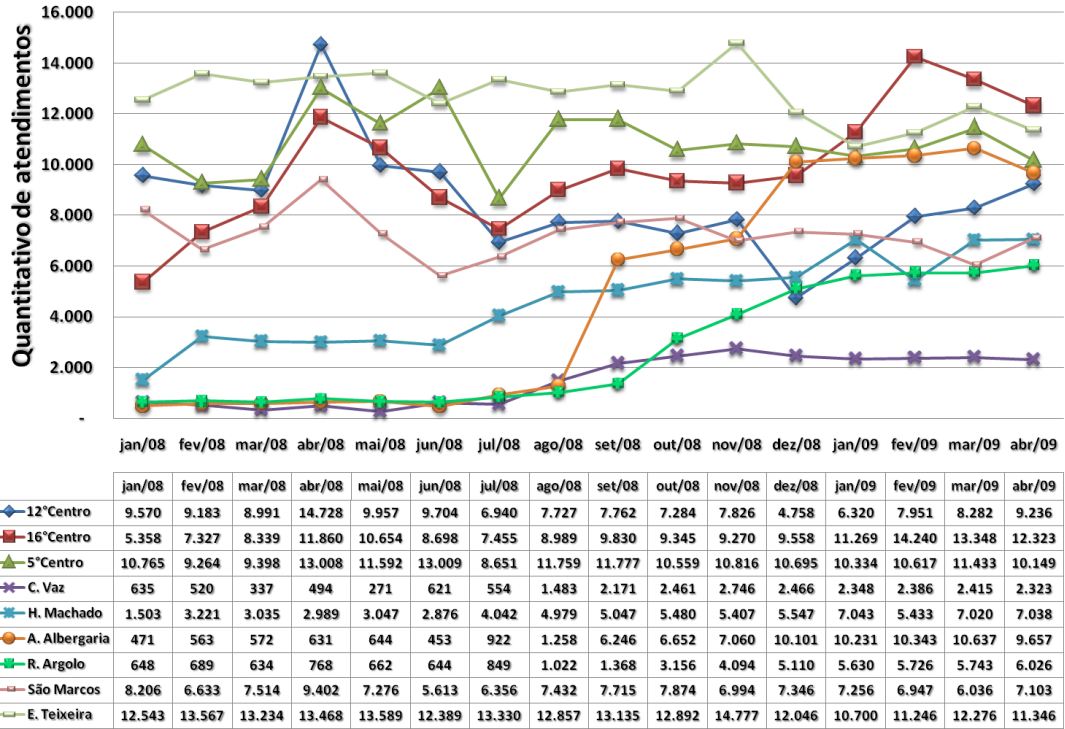
O Módulo Operacional III, do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (SALVADOR, 2006), do município de Salvador, tem como objetivo geral “reorganizar as ações de apoio diagnóstico e terapêutico, urgência e emergência e as de média e alta complexidade nos setores público e contratado, de forma regionalizada, hierarquizada e articulada com a atenção básica através dos Distritos Sanitários” (SALVADOR, 2006, p.91). A linha de ação 9 (Atenção em urgência e emergência e atendimento pré-hospitalar) tem como objetivos específicos:

- 1) Melhorar a qualidade da assistência pré-hospitalar de urgência e emergência através da ação 102 (Consolidação e operação do SAMU 192);
- 2) Qualificar os serviços de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência da rede municipal através das ações 103 (Readequação e ampliação da estrutura física das Unidades de Pronto Atendimento), ação 104 (Recuperação e aquisição de equipamentos para os serviços de Pronto Atendimento) e ação 105 (Qualificação e atualização dos profissionais e trabalhadores de saúde que atuam nos serviços de atenção às Urgências e Emergências do município, com ênfase na humanização do atendimento).

A ação 102, proposta pelo Plano Municipal, já foi inicializada através da implantação da Central de regulação e coordenação do SAMU-192 no bairro do Pau Miúdo (Distrito Sanitário da Liberdade), que antes se localizava no 5º Centro de Saúde (Distrito Sanitário Barra/ Rio Vermelho), sem infra-estrutura adequada.

As ações 103, 104 e 105 também vêm sendo executadas depois da implantação da coordenação municipal das Urgências, em agosto de 2008. As ações aumentaram a resolutividade nos atendimentos de urgência da média complexidade, como pode ser percebido através do aumento no número de atendimentos de urgência, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), a partir de agosto de 2008 (Figura 8).

Figura 8 – Quantitativo de atendimentos mensais das UPA – Salvador / 2009



Fonte: SALVADOR, 2009a

## **6 A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR**

Entendendo Saúde como resultado das condições de alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990), é de extrema importância analisar as condições de vida da população, como forma de identificar suas necessidades, servindo de embasamento para os projetos de políticas públicas na área de saúde.

Assim, foram coletados alguns dados sobre condições sociais, acesso aos serviços básicos (água, luz e esgoto) e indicadores de saúde (mortalidade), bem como a distribuição dos equipamentos públicos de saúde que prestam serviços de urgência, no município de Salvador, como forma de identificar as necessidades da população nessa área.

### **6.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS**

Salvador é a principal cidade da Região Metropolitana de Salvador (RMS) que, além dela, é formada pelos municípios de Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz. Fundada em 1549 pelos europeus na Baía de Todos os Santos, costa Atlântica, é a capital do estado da Bahia e sua área é de 706,80 km<sup>2</sup>, com coordenadas de localização na latitude 12° 58' 16''S e longitude 38°30'39''W.

Como forma de facilitar a gestão, a administração municipal utiliza unidades espaciais setoriais que englobam várias áreas da cidade que possuem características afins. Salvador é dividida em dezoito regiões administrativas e, no setor de saúde, em doze Distritos Sanitários (Tabela 2). Ver relação de bairros por Distrito Sanitário em anexos.

A cidade se constitui no maior centro administrativo, financeiro, de comércio e de serviços do estado, perfazendo uma arrecadação de quase 40% do ICMS do estado da Bahia. Sua população representa 18% da população do estado e 79% da Região Metropolitana da qual faz parte. A indústria do turismo emprega 20.000 pessoas em Salvador, embora sua economia também esteja baseada nas atividades de comércio, serviços, nos pólos industriais existentes e na produção de frutas.

Tabela 2 – Relação da população residente de Salvador por Distrito Sanitário

DISTRITO SANITÁRIO:	POPULAÇÃO 2005 (habitantes)
Centro Histórico	69.994
Itapagipe	165.058
São Caetano / Valéria	244.173
Liberdade	175.405
Brotas	212.910
Barra Rio Vermelho	344.337
Boca Do Rio	117.437
Itapuã	208.762
Cabula Beirú	378.243
Pau Da Lima	269.344
Suburbio Ferroviário	324.931
Cajazeiras	162.963

Fonte: Salvador, 2009a

## 6.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

De acordo com a contagem da população de 2005, Salvador contava com 2.673.557 habitantes, sendo que 47% de homens e 53% de mulheres, consolidando-se como a terceira cidade mais populosa do país. Os índices sócio-econômicos encontradas para a cidade revelam a extrema pobreza e desigualdade da população soteropolitana (Tabela 3). Os índices revelam que 78% da população são pobres, 57% possuem emprego formal, 90% são alfabetizados, enquanto 98 % já freqüentaram escola.

Analisando a distribuição da população nos Distritos Sanitários (Figura 9), percebe-se que existia em 2005 uma maior concentração da população nos distritos de Cabula/Beiru, Barra/Rio Vermelho e Subúrbio Ferroviário. Já quando a análise é da distribuição da população por km<sup>2</sup> (Figura 10), percebe-se que os Distritos que possuíam maiores densidades



demográficas eram os de Itapagipe e Liberdade, seguidos dos Distritos de Barra/Rio Vermelho e Brotas.

Tabela 3 – Índices sócio-econômicos da população de Salvador

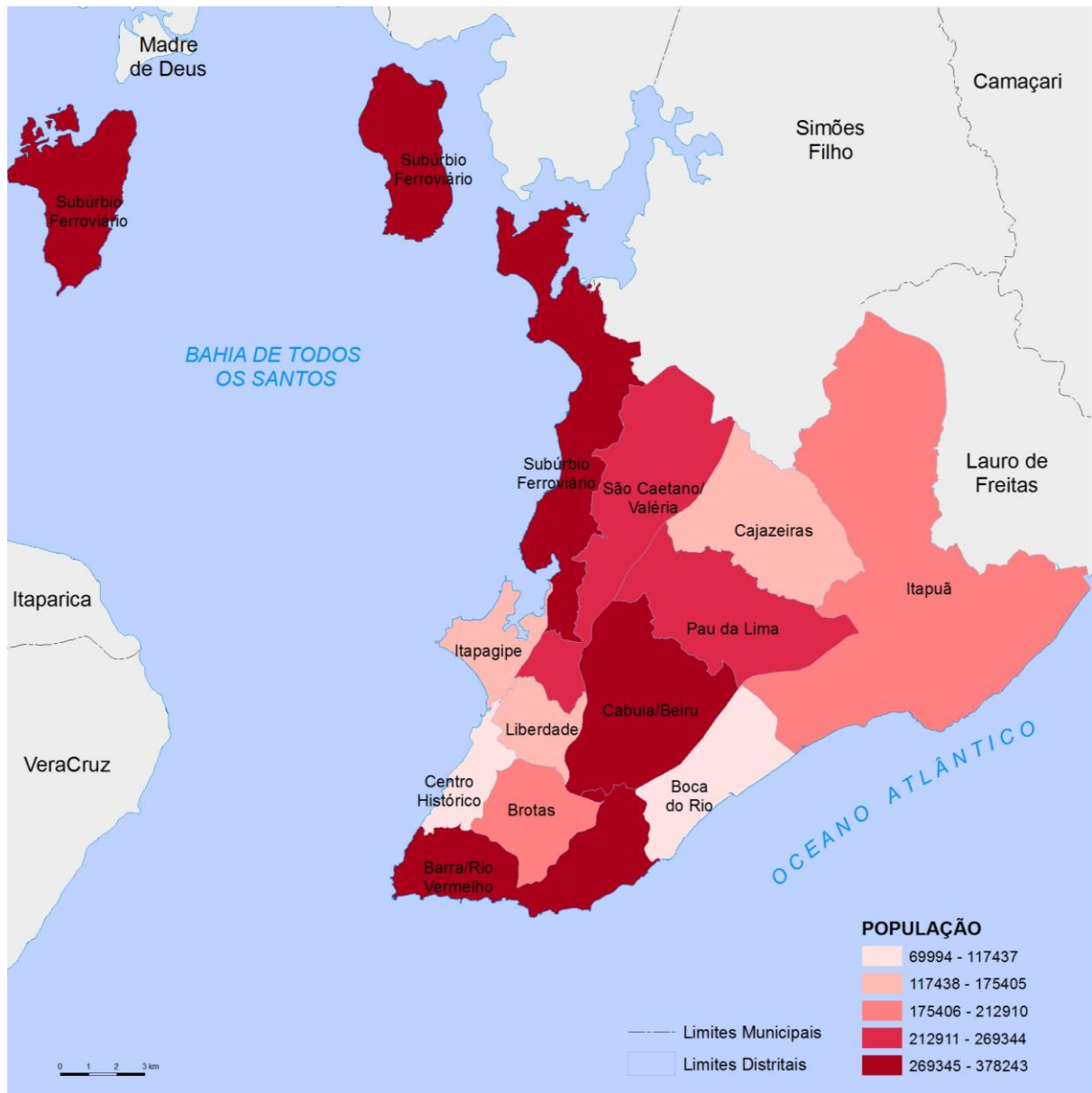
INDICE	VALOR
Pobreza	0,78
Emprego formal	0,57
Alfabetização	0,907
Escolaridade	0,98

Fonte: BAHIA, 2009

Devido às grandes extensões dos Distritos Sanitários, podem acontecer distorções na distribuição dos dados no Sistema de Informações Geográficas (SIG). Percebe-se, através da figura 11, que o Distrito do Subúrbio Ferroviário possui alta densidade demográfica quando é analisado através dos setores censitários. Esse dado não é percebido na figura 10, quando as informações são distribuídas por Distrito Sanitário. Setor Censitário é a unidade, com limites físicos respeitando a divisão político-administrativa do Brasil, utilizada pelo IBGE na coleta das operações censitárias.

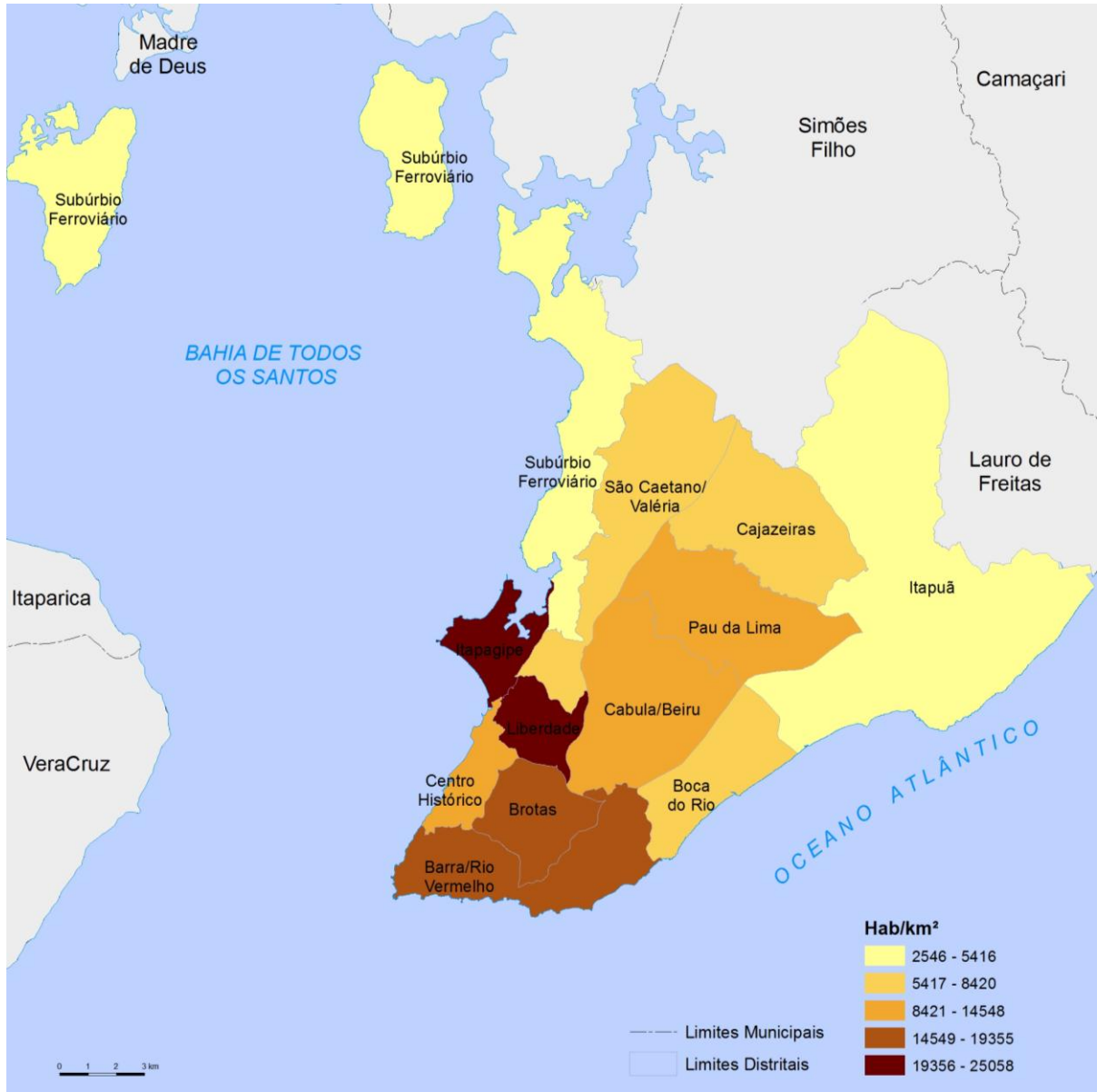
Com esses dados pode-se concluir que os números encontrados para os Distritos de Barra/Rio Vermelho e Brotas deve-se ao fato destes possuírem muitas edificações verticalizadas; já nos distritos de Itapagipe, Liberdade e Subúrbio Ferroviário acredita-se que seja pela existência de muitas habitações irregulares (favelas), onde a legislação para a ocupação do solo não é obedecida. Esses locais possuem baixos custos de vida e por isso são procurados pelas pessoas que querem se estabelecer na capital, vindas de todo o Estado à procura de emprego, contribuindo para o adensamento da população (FERNANDES, 2008).

Figura 9 - Distribuição da população total por Distrito Sanitário / Salvador - 2005



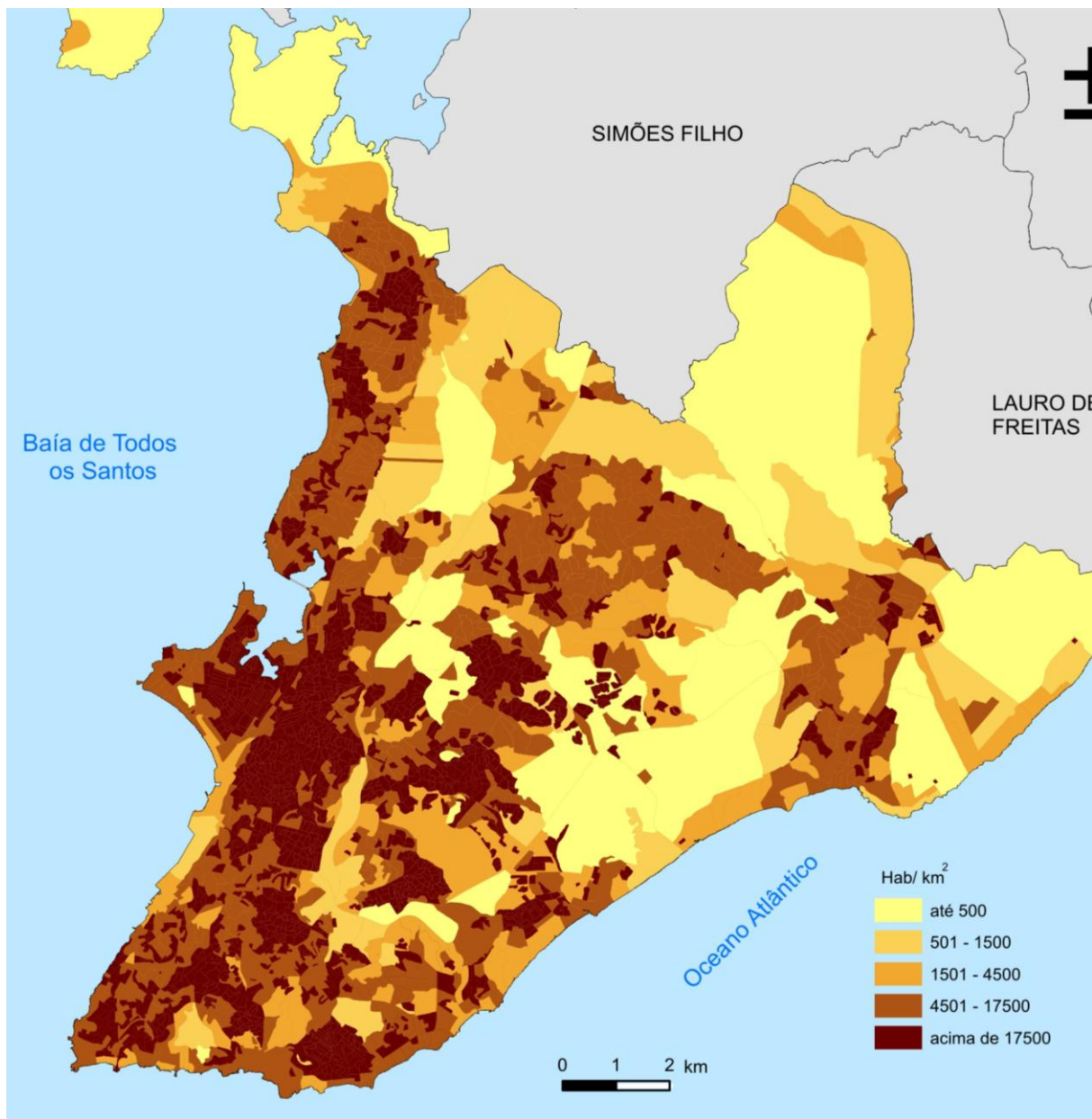
Fonte: SALVADOR, 2006. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Figura 10 - Densidade demográfica por Distrito Sanitário / Salvador - 2005



Fonte: SALVADOR, 2006. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Figura 11 - Densidade demográfica por setor censitário / Salvador – 2000.



Fonte: BRASIL, 2000. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

### **6.3 ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS**

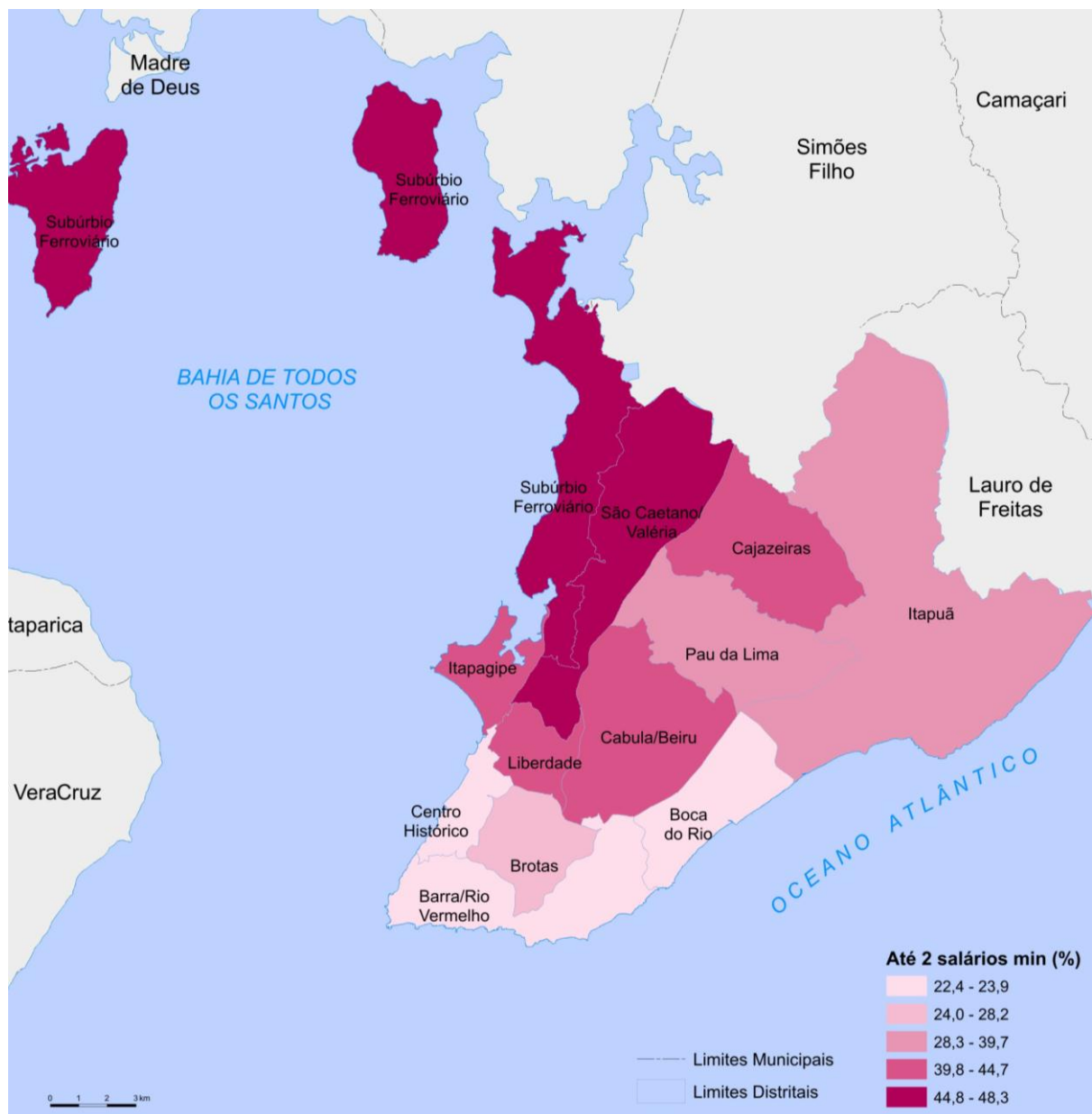
O município de Salvador é marcado pelas desigualdades, tanto na área social quanto na econômica. Após o crescimento econômico ocorrido entre os anos de 1970 e 1985, a capital baiana passou por transformações decorrentes da crise dos anos 90 (CARVALHO, 2008). A dinâmica econômica, o nível e as condições de emprego foram afetados pela reestruturação da economia brasileira. A terceirização das atividades, decorrentes da introdução de novas tecnologias, e os novos formatos organizacionais foram alguns dos fatores que contribuíram para a desestruturação do mercado de trabalho em Salvador, aumentando o desemprego e reduzindo os níveis de remuneração.

De acordo com o censo 2000 (BRASIL, 2000), 26,6% da população ocupada de Salvador possuía rendimento médio anual de até um salário mínimo; 54,8% até dois salários mínimos; 67% ganhavam até três salários mínimos e 33% acima desse valor, revelando assim o nível de pobreza da maioria da população.

Os dados de renda, escolaridade e serviços básicos de infra-estrutura (abastecimento de água, saneamento, coleta adequada de lixo) são importantes para revelar as condições de vida de uma população. Esses dados, para o município de Salvador, foram retirados do censo demográfico de 2000 (BRASIL, 2000) e foram distribuídos no espaço através de mapas setorizados por Distritos Sanitários, utilizando-se um Sistema de Informações Geográficas (SIG), como forma de avaliar a localização da população versus capital econômico e cultural.

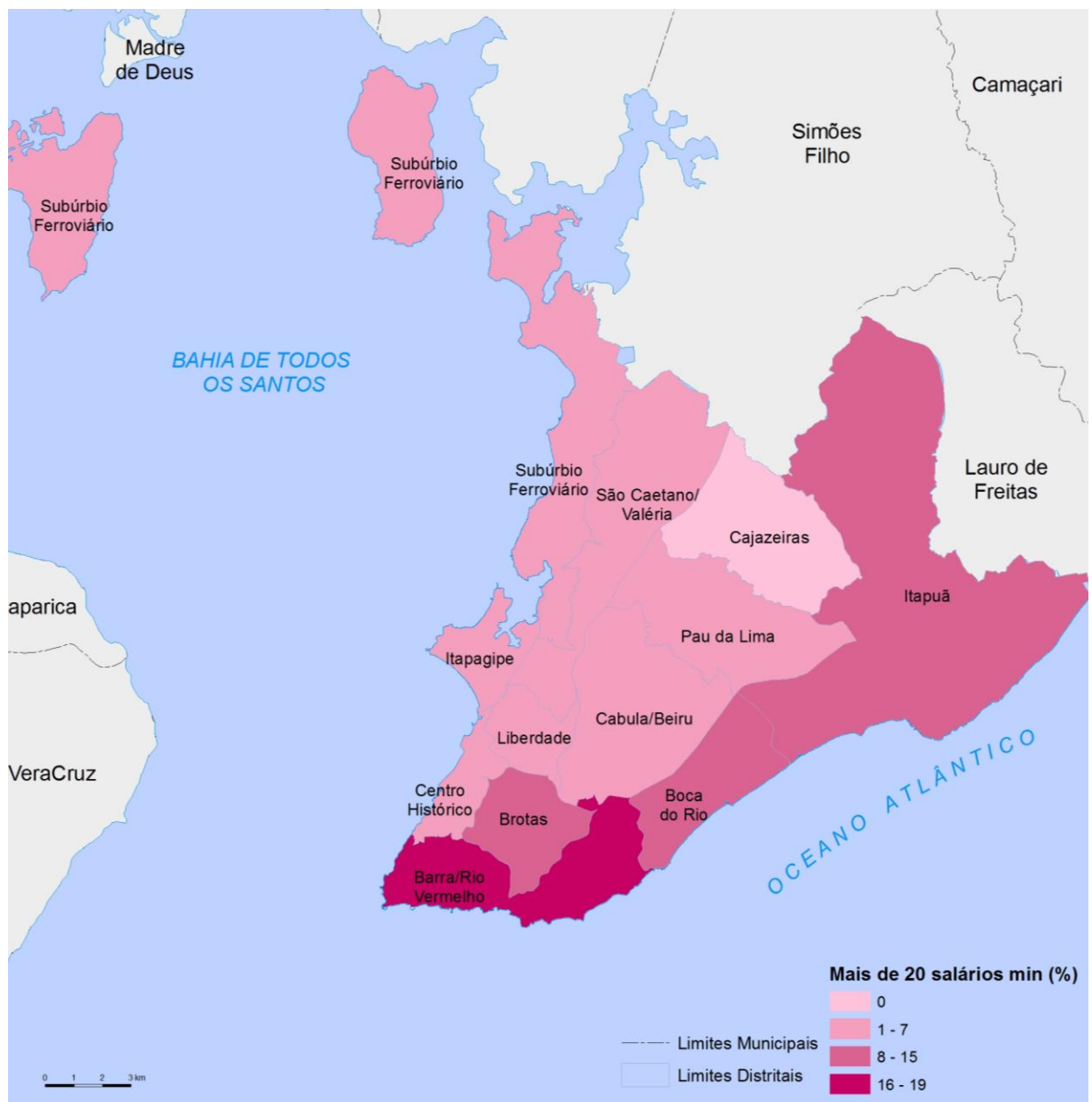
O nível de renda da população está diretamente relacionado à educação, condições de habitabilidade e expectativa de vida. Analisando a figura 12 pode-se constatar que a população mais pobre, que recebia até dois salários mínimos, se encontrava concentrada nos Distritos Sanitários de São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário. Já a figura 13 revela que a população com maior nível de renda (acima de vinte salários mínimos) concentrava-se nos Distritos de Barra/Rio Vermelho.

Figura 12 – Renda do responsável pelo domicílio (até 2 salários) / Salvador - 2000



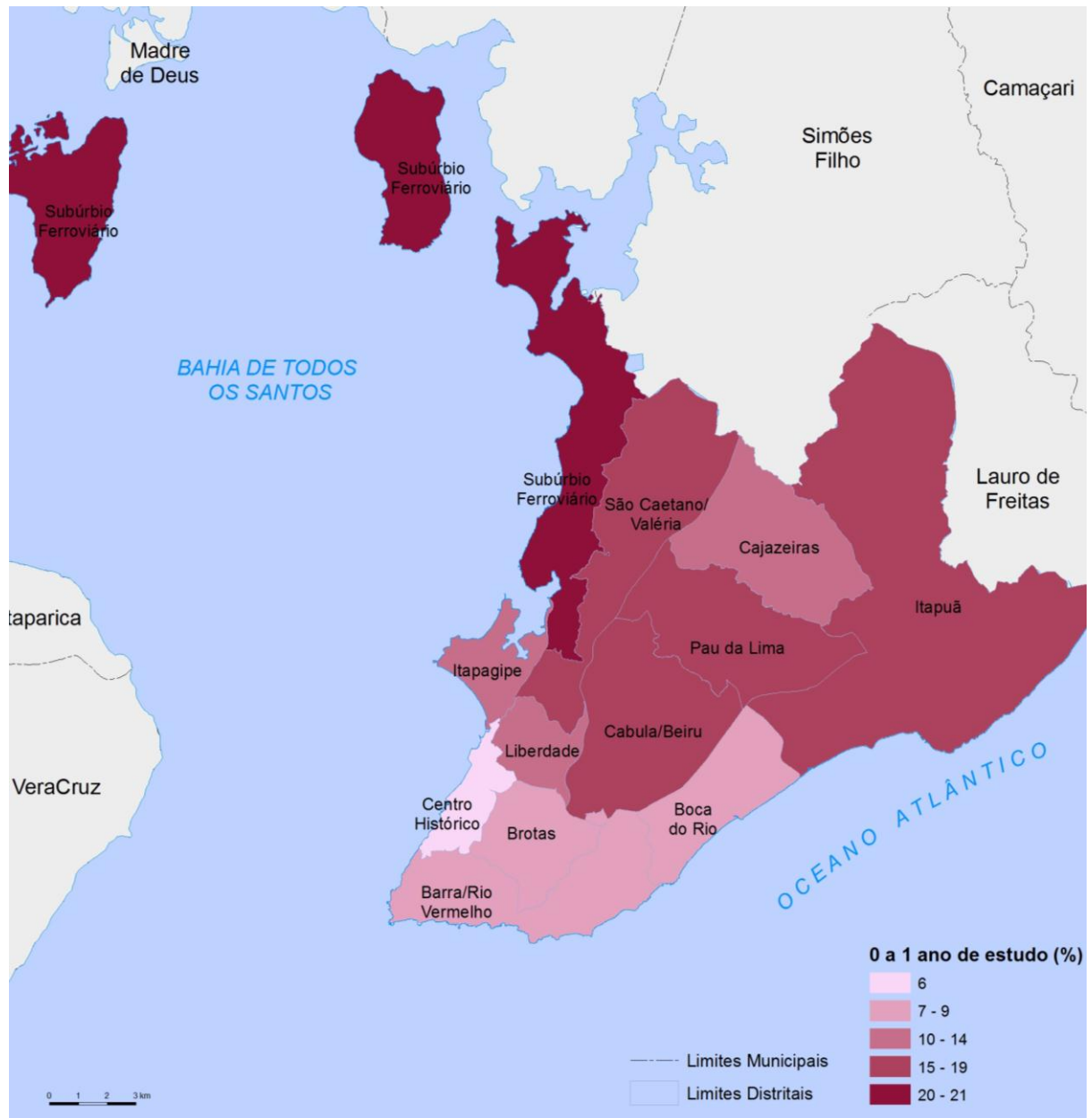
Fonte: BRASIL, 2000. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Figura 13 – Renda do responsável pelo domicílio (mais de 20 salários) / Salvador - 2000



Fonte: BRASIL, 2000. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Figura 14 – Nível de instrução do responsável pelo domicílio (0 a 1 ano de estudo) Salvador – 2000



Fonte: BRASIL, 2000. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.



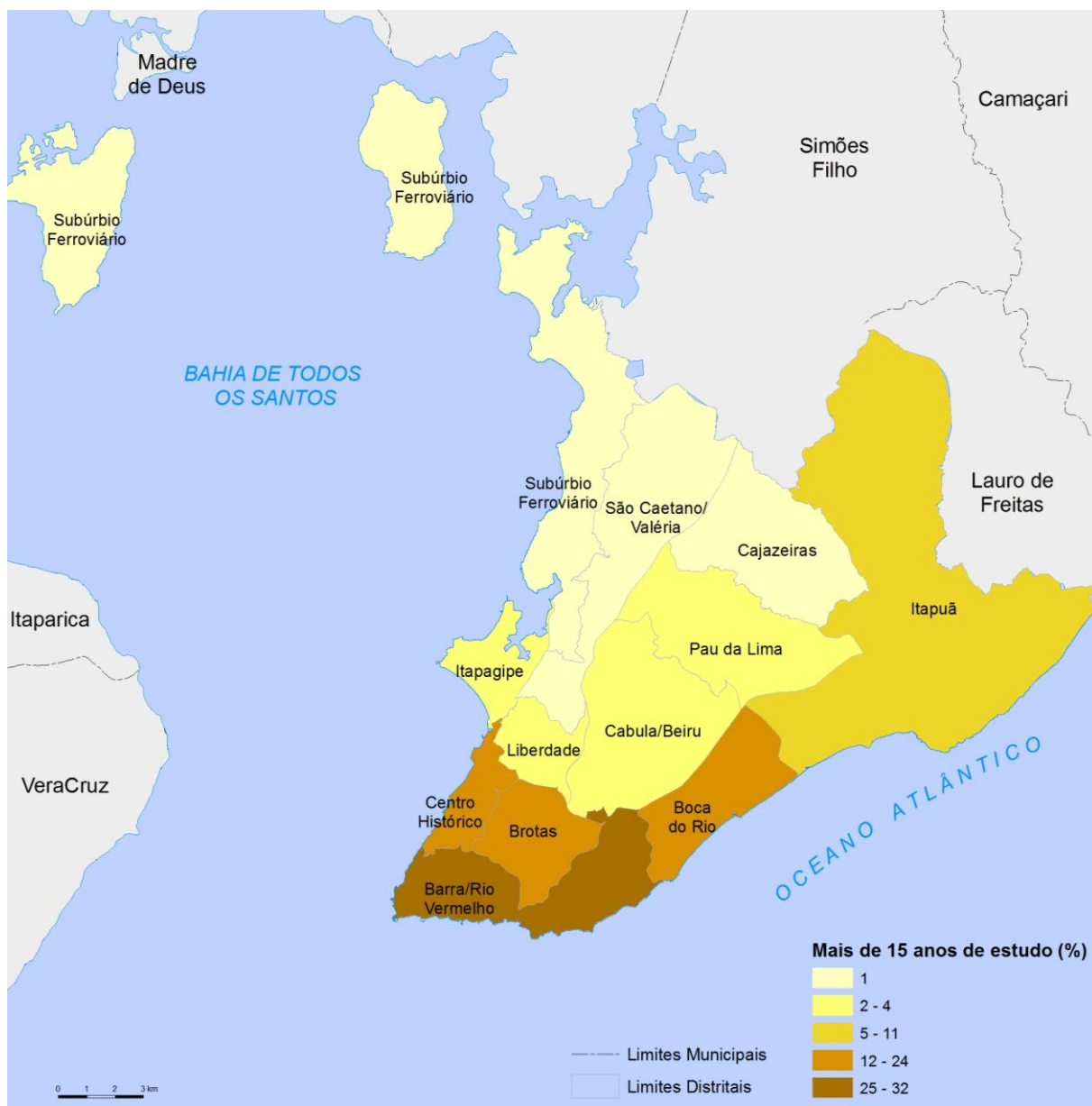
As condições de saúde de uma população, no que diz respeito à higiene e nutrição, são afetadas, principalmente, pelo grau de escolaridade.

Na área educacional as desigualdades também são marcantes no Município de Salvador. Percebe-se maior concentração da população que possui de zero a um ano de estudos nos bairros considerados, por Pereira (2008), áreas inferiores ou precárias, localizadas nos Distritos Sanitários do Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria, Pau da Lima, Cabula/Beiru, Itapuã, alcançando 21% no Distrito do Subúrbio Ferroviário e de 15% a 19% nos demais Distritos (Figura 14). Consequentemente esses Distritos possuem as menores taxas de pessoas com mais de quinze anos de estudo, que se concentram nas áreas consideradas superiores ou médio-superiores, localizados nos Distritos Sanitários de Barra/Rio Vermelho (Figura 15).

As condições de moradia também podem afetar o nível de saúde da população. Segundo a Organização Panamericana de Saúde – OPAS, o conceito de habitação saudável começa desde seu projeto e vai até seu uso e manutenção. Uma habitação saudável se traduz em localização, qualidade dos materiais utilizados na construção, disposição dos espaços, instalações adequadas de água e esgoto e coleta de lixo adequada. O lixo gerado pelas atividades humanas deve ser coletado, transportado e descartado adequadamente para que não causem danos à saúde e ao meio ambiente. Muitas doenças dos países em desenvolvimento são causadas pela falta de saneamento básico e coleta de lixo. (OMS, 1999)

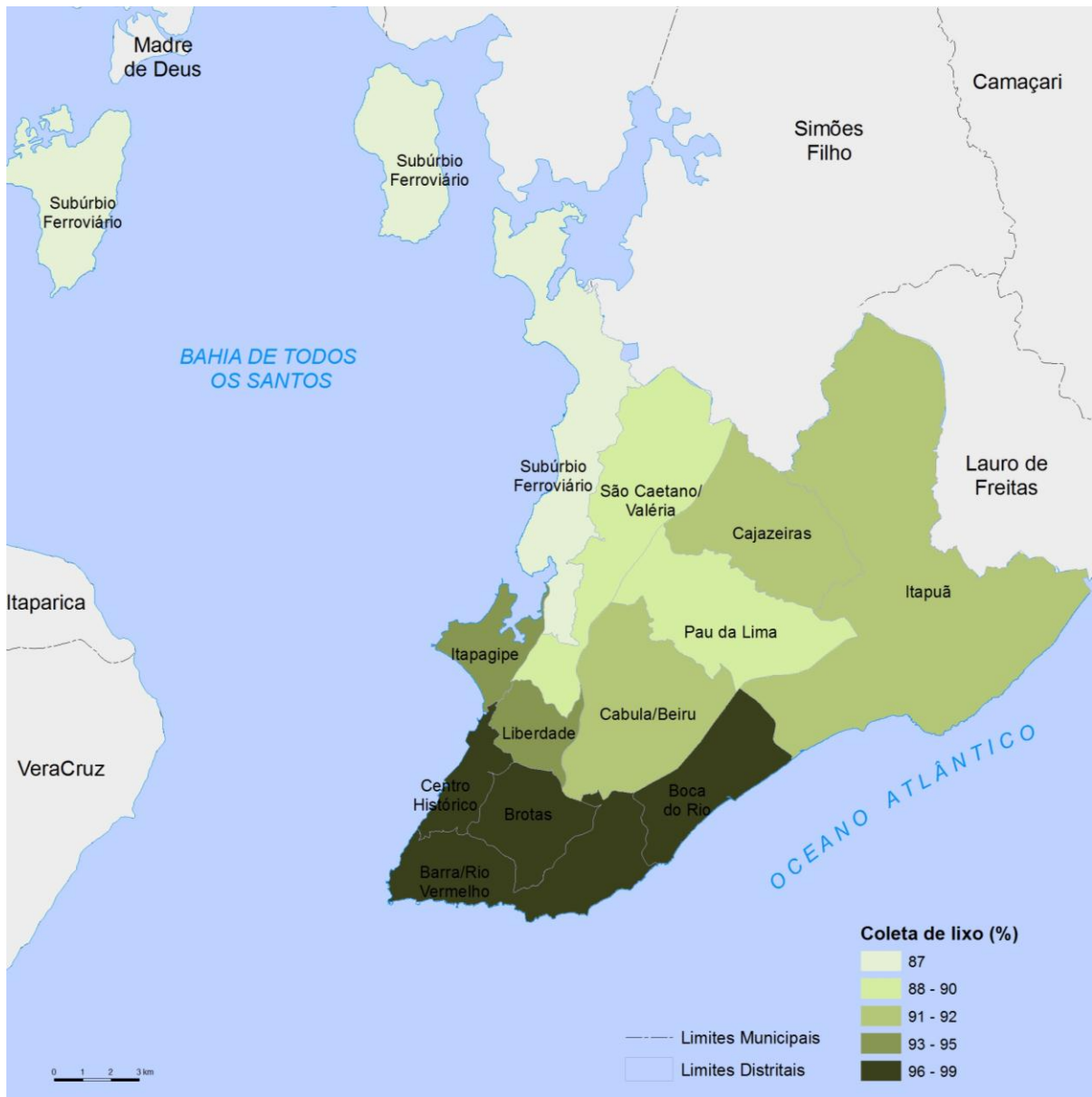
Quanto aos serviços básicos de infra-estrutura, como coleta de lixo, abastecimento de água e instalação de rede de esgoto, a situação do município é mais confortável. De acordo com o Censo 2000 (BRASIL, 2000), a coleta de lixo adequada alcançava os 99% dos Distritos Sanitários da Barra/Rio vermelho, Brotas, Boca do Rio e Centro Histórico, enquanto que no Distrito do Subúrbio Ferroviário esse percentual era de 87% (Figura 16).

Figura 15 – Nível de instrução do responsável pelo domicílio (Mais de 15 anos de estudo)  
Salvador -2000



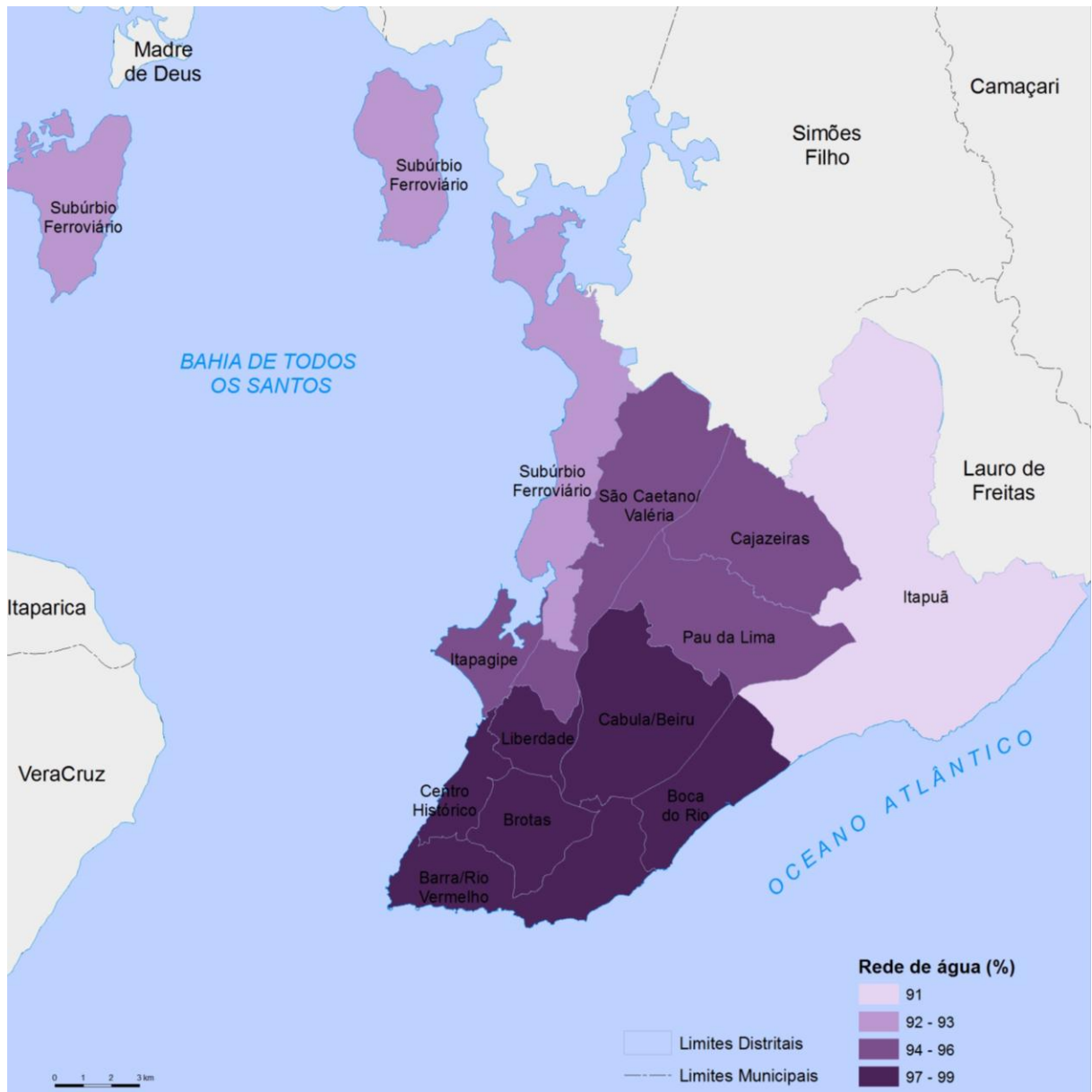
Fonte: BRASIL, 2000. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Figura 16 – Coleta de lixo adequada / Salvador - 2000



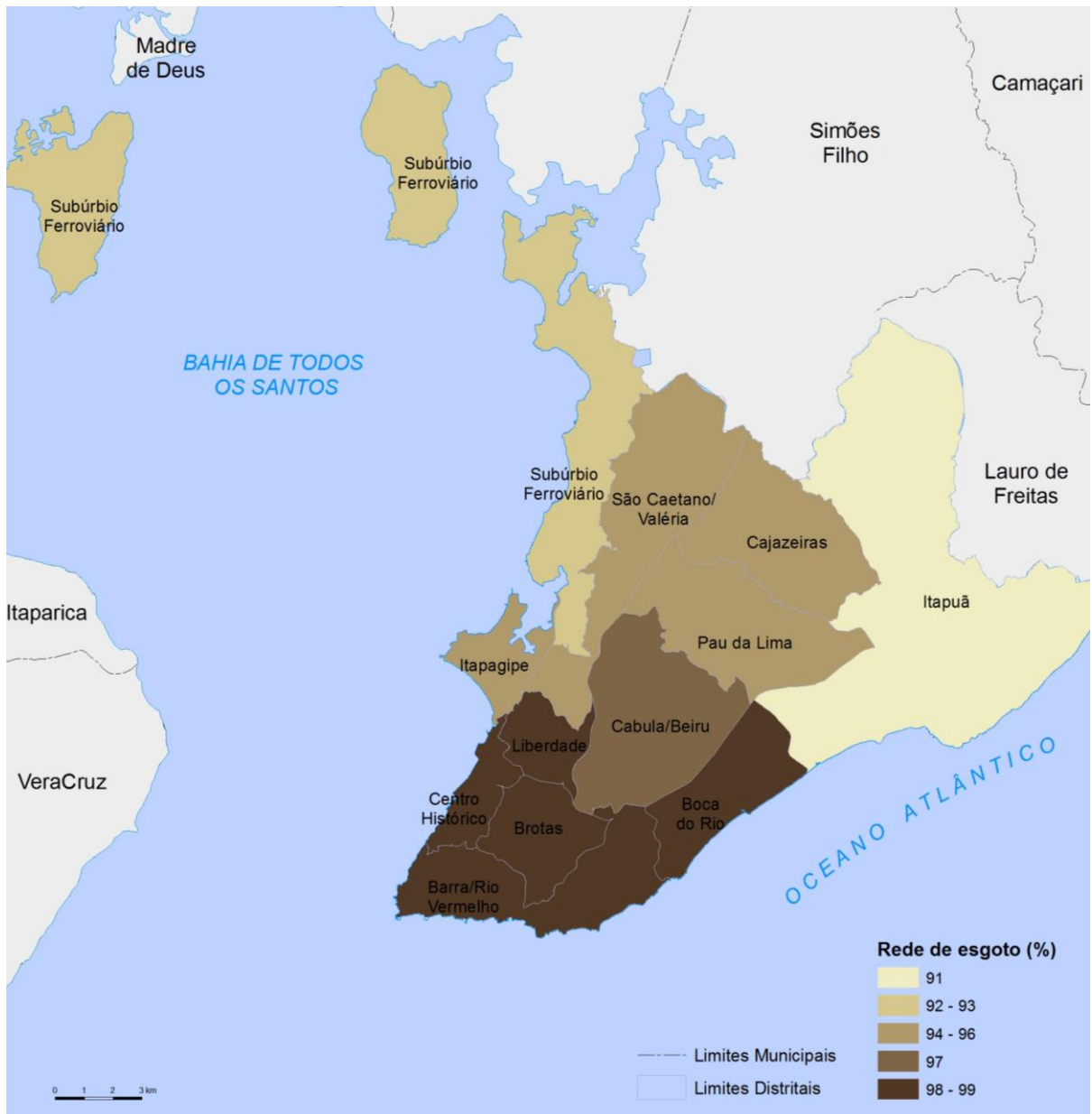
Fonte: BRASIL, 2000. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Figura 17 – Abastecimento de água adequado / Salvador - 2000



Fonte: BRASIL, 2000. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Figura 18 – Saneamento adequado / Salvador - 2000



Fonte: BRASIL, 2000. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

A situação das habitações do município, em relação ao abastecimento de água e instalação de rede de esgoto, é mais vantajosa, mas muito parecida. Os Distritos Sanitários do Centro Histórico, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Liberdade, Cabula/Beiru e Boca do Rio possuíam percentuais de instalações de rede de água e esgoto que chegavam a 99%, enquanto que os Distritos do Subúrbio Ferroviário e Itapoan possuíam os menores valores, de 91% a 93% (Figuras 17 e 18).

Sabendo-se que a saúde da população é afetada pelas condições de vida (moradia, abastecimento de água, coleta de lixo e saneamento) e que estas dependem do nível de renda e, conseqüentemente, do nível de escolaridade, pode-se detectar algumas áreas-problemas para a saúde no município de Salvador. Através dos dados levantados foi elaborada uma tabela resumo onde foram atribuídos valores de 1 a 5 aos Distritos Sanitários, onde 1 equivale ao primeiro lugar e 5 equivale ao quinto lugar em relação aos índices pesquisados. (Tabela 4)

Através da tabela 4 pode-se verificar que os Distritos sanitários do Subúrbio Ferroviário, Itapoan e São Caetano/Valéria possuem os menores índices em relação à escolaridade e rendimento da população e abastecimento de água e saneamento adequado, refletindo diretamente na saúde da população, o que pode ser confirmado com os dados de saúde apresentados a seguir.

Tabela 4 – Índices sobre população, por Distrito Sanitário de residência. Salvador, 2000

Distrito Sanitário	Maior índice de densidade	Menores índices de				
		Escolaridade	Renda	Abast. de água	Saneamento	Coleta de lixo
Centro Histórico	3	5	5	4	5	5
Itapagipe	1	3	2	3	3	4
São Caetano/Valéria	4	2	1	3	3	2
Liberdade	1	3	2	4	5	4
Brotas	2	4	4	4	5	5
Barra/Rio Vermelho	2	4	5	4	5	5
Boca do Rio	4	4	5	4	5	5
Itapoan	5	2	3	1	1	3
Cabula/Beiru	3	2	2	4	4	3
Pau da Lima	3	2	3	3	3	2
Subúrbio Ferroviário	5	1	1	2	2	1
Cajazeiras	4	3	2	3	3	3

Fonte: BRASIL, 2000

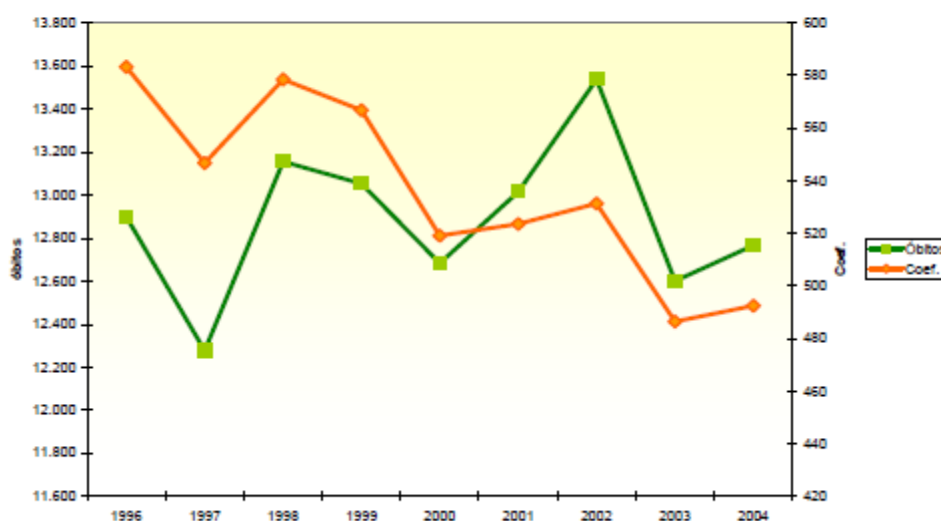
## 6.4 ASPECTOS DE SAÚDE

Os dados apresentados a seguir foram retirados do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (SALVADOR, 2006), elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) juntamente com o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. O plano foi elaborado a partir de oficinas por Distritos Sanitários, com a participação da comunidade, ao longo do ano de 2005, onde foram levantados os problemas e necessidades de saúde da população.

O planejamento em saúde de um município é elaborado a partir da identificação dos problemas e necessidades de saúde da população, que estão diretamente ligados às condições de vida. São identificados levantando-se os coeficientes de incidência de algumas doenças infecto-contagiosas relacionadas ao saneamento básico e às condições sócio-econômicas.

As informações sobre mortalidade são as mais utilizadas para se identificar os níveis de saúde de uma população. Em relação ao coeficiente de mortalidade geral no município de Salvador, pode-se verificar, através do gráfico da figura 19, uma pequena redução de 15,5% no período de 1996 a 2004. Acredita-se que essa redução deva-se ao fato de que a população tem tido mais acesso às informações sobre qualidade de vida, além da melhora nas condições sanitárias e do progresso da medicina.

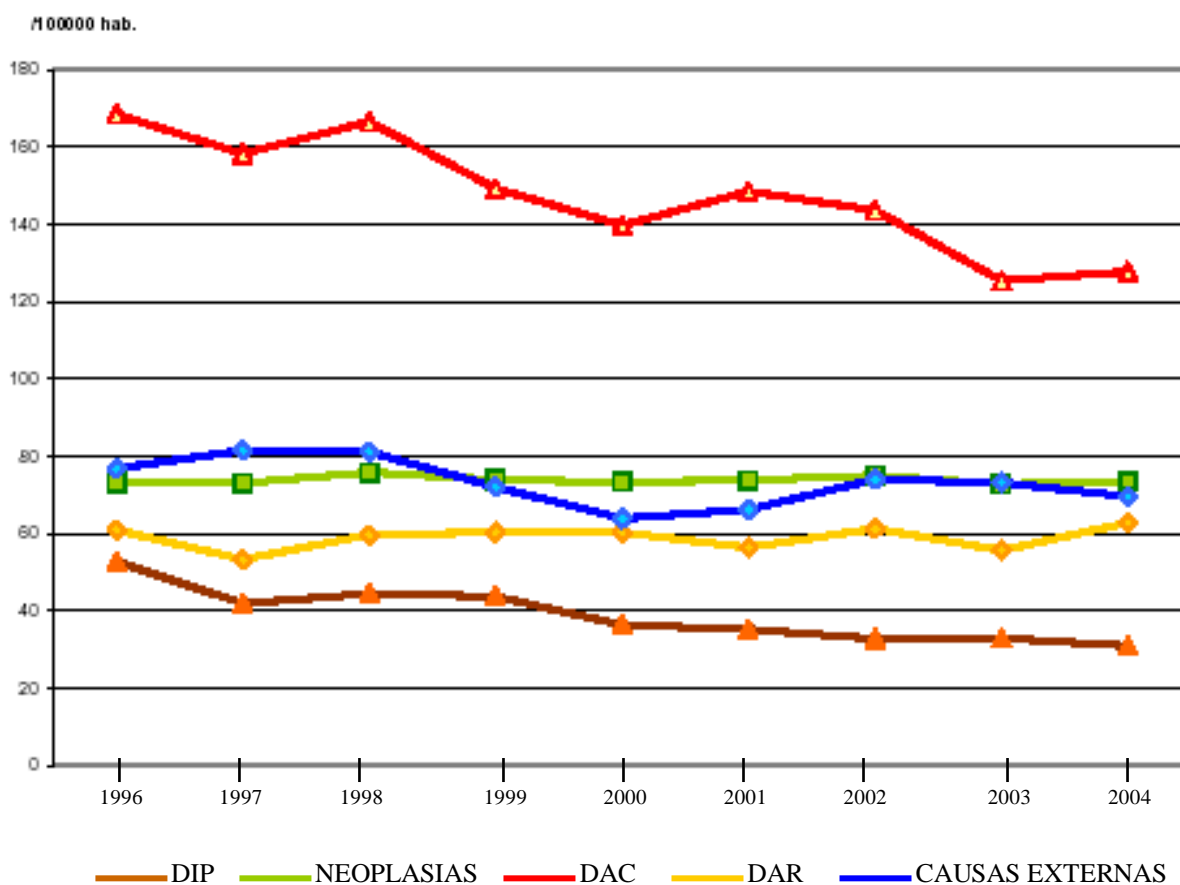
Figura 19 – Coeficiente de Mortalidade Geral (por 100.000 habitantes) e óbitos totais / Salvador – 1996 a 2004



Fonte: MS/SVS/DASIS – SIM. DICS/SESAB/SIM (Apud SALVADOR, 2006, p.25)

Quando a análise é sobre a mortalidade por grupo de causas (Figura 20), encontram-se as doenças do aparelho circulatório (DAC) como principal grupo de causa de óbitos em 2004, apesar de esse coeficiente ter sofrido uma redução a partir de 1996. As neoplasias ocupavam a segunda posição, seguidas das causas externas (acidentes, homicídios, suicídios, afogamentos, etc) em terceiro, das doenças do aparelho respiratório (DAR) em quarto e as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) em quinta posição.

Figura 20 – Taxa de mortalidade por grupos de causas / Salvador – 1996 a 2004



Fonte: MS/SVS/DASIS – SIM. DICS/SESAB/SIM (Apud SALVADOR, 2006, p.25)

Analisando a distribuição das taxas de mortalidade geral, por Distrito Sanitário (Figura 21), encontra-se uma maior concentração nos Distritos do Centro Histórico, Liberdade e Barra/Rio Vermelho, apresentando coeficientes superiores à média geral do município que era de 4,8 óbitos por mil habitantes (Tabela 5). Acredita-se que o Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho possua índices tão altos devido ao fato de que é nesse Distrito que se encontra o



bairro Nordeste de Amaralina que, segundo Paim (2008), possui uma das mais altas taxas de mortalidade por homicídio.

Tabela 5 – População, número de óbitos e coeficiente de mortalidade geral (/1000hab.) por Distrito Sanitário de residência. Salvador, 2005

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>População</b>	<b>Nº óbitos</b>	<b>CM G</b>
Centro Histórico	69.994	573	8,2
Itapagipe	165.058	915	5,5
São Caetano/Valéria	244.173	1228	5
Liberdade	175.405	1210	6,9
Brotas	212.910	993	4,7
Barra/Rio Vermelho	344.337	1873	5,4
Boca do Rio	117.437	488	4,2
Itapoan	208.762	764	3,7
Cabula/Beiru	378.243	1491	3,9
Pau da Lima	269.344	806	3
Subúrbio Ferroviário	324.931	1616	5
Cajazeiras	162.963	577	3,5
Ignorado	0	219	0
Salvador	2.673.557	12753	4,8

Fonte: SMS\CRA\SUIS\SIM (Apud SALVADOR, 2006, p.26)

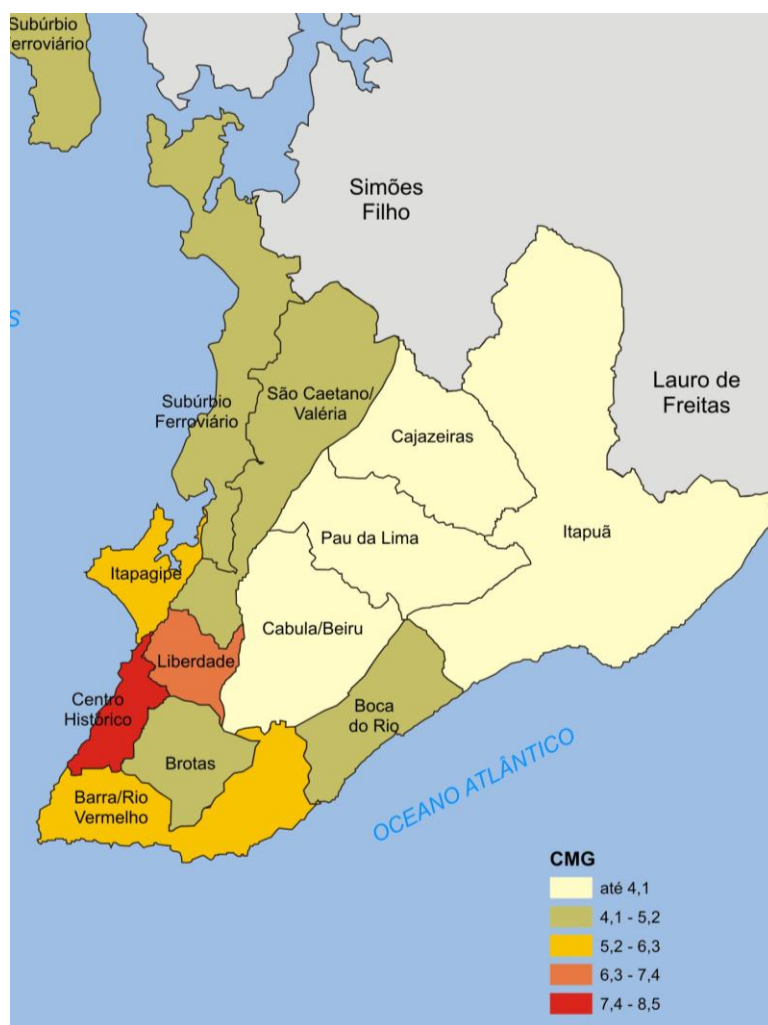
Tabela 6 – Nascidos vivos, número de óbitos de menores de um ano e coeficiente de mortalidade infantil (/1000NV) por Distrito Sanitário de residência. Salvador, 2005

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Nascidos vivos</b>	<b>Óbitos &lt; 1 ano</b>	<b>CMI</b>
Centro Histórico	902	20	22,2
Itapagipe	2031	35	17,2
São Caetano/Valéria	3228	83	21,7
Liberdade	2516	74	29,4
Brotas	2484	52	20,9
Barra/Rio Vermelho	4050	75	18,5
Boca do Rio	1573	17	10,8
Itapoan	2789	37	13,3
Cabula/Beiru	5303	120	22,6
Pau da Lima	2954	59	20
Subúrbio Ferroviário	5365	141	26,3
Cajazeiras	2422	48	19,8
Ignorado	419	15	-
Salvador	36636	776	21,2

Fonte: SMS\CRA\SUIS\SIM (Apud SALVADOR, 2006, p.27)

Nos Distritos Sanitários de Liberdade e Subúrbio Ferroviário encontram-se as maiores taxas de mortalidade infantil, 29,4 e 26,3, seguidos de Cabula / Beiru e Centro Histórico com 22,6 e 22,2 respectivamente, maiores que a média de Salvador que foi 21,2 (Tabela 6). A mortalidade infantil é obtida pela quantidade de óbitos de crianças antes de atingirem um ano de vida, para cada 1000 nascidos vivos. É um indicador muito importante para se avaliar o índice de desenvolvimento humano (IDH) de um país. O alto índice de mortalidade infantil representa a falta de condições de moradia, alimentação e educação da população.

Figura 21 – Coeficiente de mortalidade geral (1000 hab) por Distrito Sanitário de residência Salvador 2005



Fonte: SMS\CRA\SUIS\SIM (apud SALVADOR, 2006)

Os distritos Sanitários do Centro Histórico, Liberdade, Barra/Rio Vermelho também possuíam os maiores coeficientes quando se trata da mortalidade por doenças do aparelho circulatório e por neoplasias (Figuras 22 e 23). As doenças do aparelho circulatório são provenientes do estilo de vida e hábitos de alimentação, além de fatores genéticos. São doenças predominantes nas grandes cidades, devido ao estresse, à vida agitada e sedentária, à falta de tempo para uma alimentação correta. Já as neoplasias, também conhecidas como cânceres, também podem ser provenientes da má alimentação e/ou de fatores genéticos. Se detectadas no estágio inicial, podem ser curadas. Por isso a importância do diagnóstico precoce. Como é uma doença que possui incidência maior na população adulta e idosa, é natural que os coeficientes de mortalidade por neoplasias e por doenças do aparelho circulatório sejam maiores nos Distritos que possuem maiores percentuais dessa população. Segundo Guimarães (2006), a maior parte da população idosa do Município de Salvador encontra-se nos Distritos de Barra/Rio Vermelho (principalmente no bairro da Barra) e Centro Histórico.

Figura 22 – Coeficiente de mortalidade (100.000 hab) por doenças do aparelho circulatório por Distrito Sanitário de residência - Salvador 2005



Fonte: SMS\CRA\SUIS\SIM (apud SALVADOR, 2006)

Figura 23 – Coeficiente de mortalidade por neoplasias (100.000 hab) por Distrito Sanitário de residência - Salvador 2005



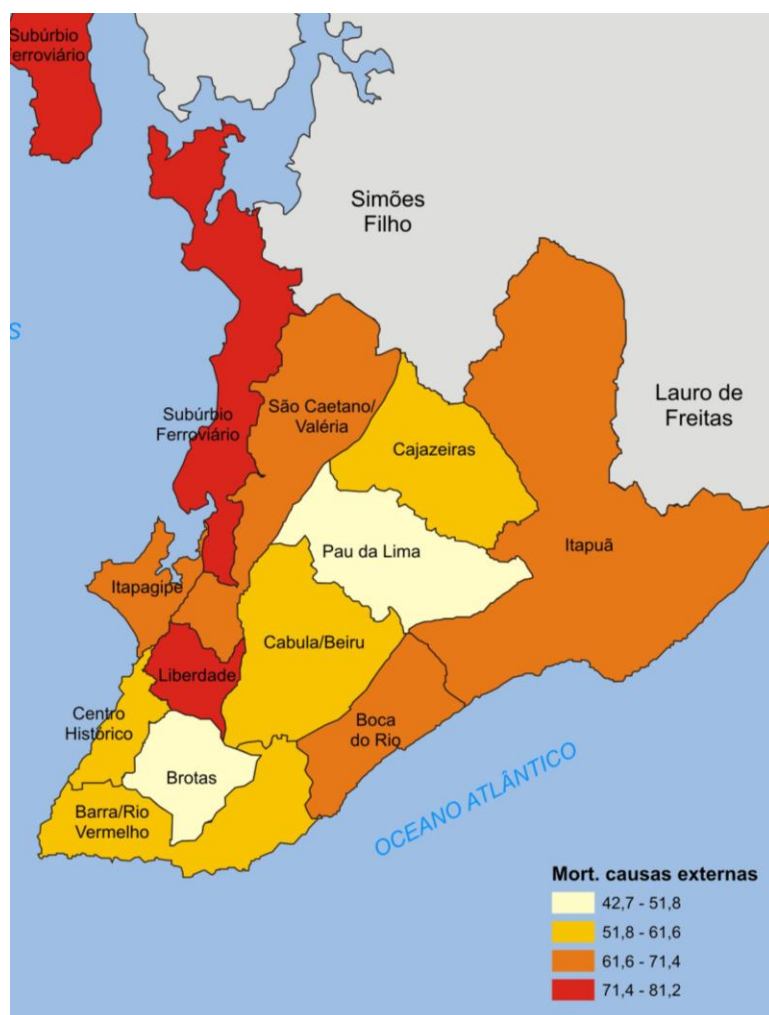
Fonte: SMS\CRA\SUIS\SIM (apud SALVADOR, 2006)

Quando se trata da mortalidade por causas externas esse quadro muda, apresentando os Distritos Sanitários de Liberdade e Subúrbio Ferroviário com as maiores taxas respectivamente (Figura 24).

Sabendo-se que os homicídios ocupam o primeiro lugar entre as causas externas de mortalidade (SALVADOR, 2006) é importante analisá-los separadamente. Através da figura 25 percebe-se que, além dos Distritos de Liberdade e Subúrbio Ferroviário, aparecem os Distritos Sanitários de Itapoan e Boca do Rio com maiores taxas de morte por homicídios, confirmando o que foi constatado por Paim (2008): “as condições de vida, enquanto acumulações sociais, podem contribuir para a explicação da distribuição desigual das mortes violentas nos espaços urbanos” (PAIM, 2008, pg. 158). Segundo Paim, os moradores de áreas que apresentam piores condições de vida possuem risco duas vezes maior de morrer por

homicídio dos que os habitantes de áreas que possuem melhores condições de vida. A violência tem atingido, principalmente, a população jovem dos bairros populares, como consequência das desigualdades sociais. Segundo Carvalho (2008), em 2005 um jovem estava sendo morto a cada três dias nos Subúrbios Ferroviários. Sabendo-se que a violência tem afetado diretamente os serviços de urgência (BRASIL, 2002b), esse é um dado que não pode ser desprezado pelos planejadores de saúde.

Figura 24 – Coeficiente de mortalidade por causas externas (100.000 hab) por Distrito Sanitário de residência – Salvador, 2005



Fonte: SMS\CRA\SUIS\SIM (apud SALVADOR, 2006)

Figura 25 – Coeficiente de mortalidade por homicídios (100.000 hab) por Distrito Sanitário de residência – Salvador, 2005



Fonte: SMS\CRA\SUIS\SIM (apud SALVADOR, 2006)

O Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (SALVADOR, 2006), analisando a população residente de Salvador, destacou os seguintes problemas de saúde:

- Doenças do aparelho circulatório, hipertensão e diabetes;
- Neoplasias: colo de útero, mama, pele e pulmão;
- Violência em suas diversas formas;
- Depressão e abuso de álcool e drogas;
- Cárie dental e doença periodontal;
- Dengue, raiva (animal) e outras doenças infecciosas e parasitárias;
- Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS

Dentre os problemas listados, os que mais afetam os atendimentos em Urgência são as doenças do aparelho circulatório e as violências que, como dito anteriormente, tem afetado principalmente a população mais carente.

Analisando o quadro-resumo dos aspectos de saúde da população residente de Salvador (Tabela 7), percebem-se os Distritos Sanitários da Liberdade e do Subúrbio Ferroviário com as maiores taxas de mortalidade por causas externas. Já em relação à mortalidade por doenças do aparelho circulatório, os Distritos da Liberdade e Centro Histórico possuem os maiores índices. Quando se analisa a causa externa homicídio separadamente, encontram-se os Distritos de Liberdade, Boca do Rio, Itapoan e Subúrbio Ferroviário em primeiro lugar.

Tabela 7 – Quadro-resumo dos índices de mortalidade da população, por Distrito Sanitário de residência. Salvador, 2005

Distrito Sanitário	População	Maiores coeficientes de mortalidade					
		Geral	Infantil	DAC	Neoplasias	Causas externas	Homicídios
Centro Histórico	69.994	1	2	1	1	3	5
Itapagipe	165.058	3	3	3	3	2	2
São Caetano/Valéria	244.173	4	2	3	3	2	4
Liberdade	175.405	2	1	1	3	1	1
Brotas	212.910	4	2	3	3	4	5
Barra/Rio Vermelho	344.337	3	3	2	2	3	5
Boca do Rio	117.437	4	4	4	3	2	1
Itapoan	208.762	5	4	5	4	2	1
Cabula/Beiru	378.243	5	2	5	4	3	2
Pau da Lima	269.344	5	3	5	5	4	5
Subúrbio Ferroviário	324.931	4	1	3	4	1	1
Cajazeiras	162.963	5	3	5	5	3	3

Fonte: BRASIL, 2000



## 6.5 REDE FÍSICA DA URGÊNCIA

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES (Brasil, 2009a) os EAS são classificados de acordo com o nível de complexidade no atendimento, que variam de 01 a 08 (Tabela 8).

Tabela 8 – Nível de complexidade dos EAS segundo o CNES

<b>01-PAB-PABA</b> -Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza somente Procedimentos de Atenção Básica –PAB e ou Procedimentos de Atenção Básica Ampliada definidos pela NOAS
<b>02-Media - M1</b> -Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 1º nível de referência – M1
<b>03-Media - M2 e M3</b> -Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 2º nível de referência - M2.e /ou de 3º nível de referência – M3
<b>04-Alta AMB</b> -Estabelecimento de Saúde ambulatorial capacitado a realizar procedimentos de Alta Complexidade definidos pelo Ministério da Saúde
<b>05-Baixa - M1 e M2</b> -Estabelecimento de Saúde que realiza além dos procedimentos previstos nos de níveis de hierarquia 01 e 02, efetua primeiro atendimento hospitalar, em pediatria e clínica médica, partos e outros procedimentos hospitalares de menor complexidade em clínica médica, cirúrgica, pediatria e ginecologia/obstetrícia
<b>06-Media - M2 e M3</b> -Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos previstos nos de níveis de hierarquia 02 e 03, além de procedimentos hospitalares de média complexidade.Por definição enquadram-se neste nível os hospitais especializados
<b>07-Media - M3</b> -Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos hospitalares de média complexidade. Realiza procedimentos previstos nos estabelecimentos de níveis de hierarquia 02 e 03, abrangendo SADT ambulatorial de alta complexidade
<b>08-Alta HOSP/AMB</b> -Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos de alta complexidade no âmbito hospitalar e ou ambulatorial

Fonte: BRASIL, 2009a

Os atendimentos de urgência, realizados pelo SUS na cidade de Salvador, acontecem em Unidades pré-hospitalares móveis (SAMU-192), Unidades pré-hospitalares fixas (Unidades de pronto atendimento - UPA), que possuem níveis de complexidade de 03 e 04, e Unidades hospitalares, que possuem níveis de complexidade de 06 a 08, de acordo com o CNES (Tabela 10).

### **6.5.1 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL – SAMU**

Atende aos chamados de urgência da população acometida de agravos de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica, com acesso telefônico gratuito, pelo número nacional 192.

Segundo a portaria 2048/GM de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002b), que regulamenta o atendimento das Urgências e Emergências, cada município ou região, com população a partir de 100.000 habitantes, deve possuir um sistema de atendimento pré-hospitalar móvel vinculado a uma central de regulação. Considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade, que tem se agravado nos últimos anos devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana, o Governo Federal, através da Portaria 1864/GM de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b), instituiu o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência (NEU), em municípios e regiões de todo o território brasileiro. O SAMU-192 funciona 24 horas por dia e atende com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas. O atendimento pode ser realizado em qualquer local: residências, vias públicas ou locais de trabalho, através de ligação gratuita para o número 192. A chamada é identificada e triada por técnicos da Central de Regulação que transferem a ligação para o médico regulador. O médico regulador avalia a situação e começa o atendimento orientando a pessoa que fez a chamada, sobre os primeiros procedimentos. Dependendo da gravidade do caso, o médico pode orientar a pessoa a procurar uma Unidade de Saúde fixa ou pode enviar uma ambulância. O médico regulador pode, ainda, comunicar a urgência aos hospitais públicos, reservando leitos para os pacientes, finalizando o atendimento.

#### **6.5.1.1 CLASSIFICAÇÃO E ATIVIDADES**

De acordo com a portaria MS/GM 2657, de 16 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004b), as principais atribuições da regulação médica das Urgências (centrais SAMU-192). São:

- I- Manter escuta médica permanente e qualificada para este fim, nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, pelo número gratuito nacional das urgências médicas: 192;
- II - Identificar necessidades, por meio da utilização de metodologia adequada, e classificar os pedidos de socorro oriundos da população em geral, a partir de seus domicílios ou de vias e lugares públicos;
- III - Identificar, qualificar e classificar os pedidos de socorro oriundos de unidades de saúde, julgar sua pertinência e exercer a telemedicina sempre que necessário. Discernir sobre a urgência, a gravidade e o risco de todas as solicitações;
- VII - Monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida;
- IX - Notificar as unidades que irão receber pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários; (BRASIL, 2004, p.2 e 3)

### **6.5.1.2 DIMENSIONAMENTO E LOCALIZAÇÃO**

O dimensionamento da quantidade de ambulâncias utilizadas pelo SAMU, segundo a portaria 1864, de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b), é feito utilizando-se os parâmetros de um veículo de suporte básico (USB) à vida para cada 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de suporte avançado (USA) à vida para cada 400.000 a 450.000 habitantes, que deverão ser distribuídos entre a Central de Regulação e suas bases descentralizadas e devem ter padronização uniforme em todo o território nacional (Fotos 1 e 2).

Calculando-se a necessidade de USB para Salvador teríamos 2.592.239 habitantes/150.000 encontrando 17,28 USB. Para calcular a necessidade de USA teríamos 2.592.239 habitantes/450.000 encontrando 5,76 USB.

No Município de Salvador são utilizados 18 USB, 4 USA e 5 USI (Unidade de Suporte Intermediário) distribuídos entre as 14 bases descentralizadas. (Tabela 9). Além desses veículos, Salvador ainda conta com a utilização de 4 motos e uma lancha no socorro às vítimas. Salvador foi uma das primeiras capitais a utilizar motos no atendimento aos pacientes. O socorro, utilizando motos, é mais rápido, quando a chamada é proveniente de locais com congestionamentos e de difícil acesso para veículos comuns.

Foto 1 – Vista externa do Veículo Unidade de Suporte Básico (USB)



Fonte: Salvador, 2009a

Foto 2 – Vista interna do Veículo Unidade de Suporte Básico (USB)



Fonte: Salvador, 2009a

Os veículos que deverão ser utilizados no atendimento pré-hospitalar móvel, segundo a portaria nº 2048/GM de 2002 (BRASIL, 2002b), são:

a) Ambulâncias (terrestre, aéreo ou aquaviário)

Tipo A – Ambulância de transporte com dois profissionais: um motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

Tipo B – Ambulância de suporte básico com dois profissionais: um motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

Tipo C – Ambulância de resgate com três profissionais militares: um motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

Tipo D – Ambulância de suporte avançado com três profissionais: um motorista, um enfermeiro e um médico;

Tipo E – Aeronave de transporte médico com três profissionais: um motorista, um enfermeiro e um médico;

Tipo F – Embarcação de transporte médico com três profissionais: um motorista, um enfermeiro e um médico;

b) Veículos de intervenção rápida – Utilizados para transporte de médicos, com equipamentos para dar suporte às ambulâncias tipo A, B, C e F.

A Central Médica de Regulação SAMU, de acordo com a portaria MS/GM 2657 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004b), deve possuir uma sala com postos de trabalho para telefonista, médico regulador, operador de frota, digitador e supervisor, com mínimo de 2,00m<sup>2</sup> por profissional, além de área para armários, prateleiras, mapas e circulação. Contígua à sala de regulação deve existir a sala de equipamentos (servidores, central telefônica, no break) com área mínima de 4,50m<sup>2</sup>. Além disso, devem existir banheiros com chuveiros, área de conforto e alimentação, área administrativa, local para guarda de materiais e medicamentos, área para esterilização de materiais, área para lavagem e desinfecção de materiais e das ambulâncias, expurgo e garagem para ambulâncias. Todos os ambientes devem ser dimensionados de acordo com a resolução RDC 50/02 da ANVISA (BRASIL, 2002).

Quando o SAMU atende grandes extensões territoriais existe a necessidade de mais de uma base de apoio; são criadas, então, as bases descentralizadas de apoio às equipes e suas respectivas ambulâncias. Essas bases devem conter área para conforto, masculino e feminino, copa, sala de estar, sanitários, feminino e masculino, e abrigo para as ambulâncias.

Figura 26 – Localização das bases descentralizadas do SAMU – Salvador, 2009



Fonte: Salvador, 2009a. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Em Salvador o SAMU possui treze bases descentralizadas e uma Central de regulação localizada na UPA M<sup>a</sup> Conceição Imbassay, no bairro do Pau Miúdo (Distrito Sanitário da Liberdade), onde também se encontra a coordenação e o NEU - Núcleo de Educação em Urgência. (Tabela 9, Figura 26). A localização das bases descentralizadas foi pensada de forma que todos os Distritos Sanitários fossem contemplados com uma base.

Tabela 9 – Bases descentralizadas SAMU e relação de veículos. Salvador, 2009

<b>BASES SAMU 192</b>	<b>VEÍCULOS</b>
Bahia Marina	1 lancha, 1 USB, 2 motos
Hospital São Jorge	1 USB
Estação Ferroviária da Calçada	1 USI, 1 USB
Centro Social Urbano	1 USI, 1 USB
UPA M <sup>a</sup> Conceição Imbassay	1 USB 1 viatura de intervenção rápida
CODESAL	1 USA, 2 USB
5 <sup>o</sup> Centro de Saúde	1 USB
C. S. Adriano Pondé	1 USB
UPA Alfredo Bureau	1 USB, 1 USI, 2 motos
UPA Hélio Machado	1 USB
H. Roberto Santos	1 USA, 2 USB
IAT - Paralela	1 USA, 1 USB, 1 USI
UPA Aldroado Albergaria	1 USA, 2 USB
Maternidade A. Sabin	2 USB

Fonte: SALVADOR, 2009a

### **6.5.2 UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO (U.P.A.)**

As unidades de pronto-atendimento (UPA) são unidades pré-hospitalares fixas que atendem ao primeiro, segundo e terceiro nível da média complexidade (M1, M2 e M3 – Níveis 02 a 04 da tabela 08). A UPA é um EAS que possui complexidade intermediária entre as Unidades básicas de Saúde e a Rede Hospitalar. Devem funcionar 24 h por dia em todos os dias da semana, atendendo qualquer paciente sempre que buscarem atendimento. Devem funcionar, também, como locais de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192, mantendo-os em observação, por período de até 24 h, para que seja elucidado o diagnóstico. Os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas em até 24 h, devem ser encaminhados, através de regulação, para internação em Unidades Hospitalares (BRASIL, 2009).

Segundo a portaria 1020/2009 (BRASIL, 2009) as UPA são classificadas em três diferentes portes, de acordo com a população da região a ser atendida (Tabela 11).

Figura 27 – Localização das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) por nível de complexidade – Salvador, 2009





Fonte: Salvador, 2009a. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Salvador, atualmente, possui 14 (quatorze) Unidades de Pronto Atendimento – UPA, distribuídas conforme tabela 10 e figura 27, sendo 9 (nove) com administração municipal e 5 (cinco) com administração estadual.

### **6.5.3 UNIDADES HOSPITALARES**

Atendem ao primeiro, segundo e terceiro nível da média complexidade e a alta complexidade (Níveis 05 a 08 da tabela 8). A Unidade Hospitalar de atendimento às Urgências, deve possuir infra-estrutura igual ou superior a de uma UPA, e deve possuir centro cirúrgico e enfermarias. São os hospitais de pequeno e médio porte, os hospitais gerais e os especializados.

Os hospitais públicos de Salvador, que atendem Urgência, são onze, sendo quatro maternidades e um especializado em doenças mentais (Hospital Juliano Moreira), conforme tabela 10 e figura 28. Dois hospitais possuem nível 06 de complexidade; são os hospitais São Jorge e Eládio Lasserre, localizados nos Distritos Sanitários de Itapagipe e Cajazeiras, respectivamente. O hospital João Batista Caribé, localizado no Subúrbio Ferroviário, possui nível de complexidade 07. Já os hospitais Ernesto Simões, HGE, Roberto Santos e Juliano Moreira, localizados nos Distritos de Brotas, Liberdade e Cabula/Beiru, respectivamente, possuem nível de complexidade 08, sendo que este último atende urgências especializadas em doenças mentais.

Figura 28 – Localização dos hospitais por nível de complexidade – Salvador, 2009



Fonte: Salvador, 2009a. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Tabela 10 –Distribuição dos EAS públicos que atendem urgência, por distrito sanitário, no Município de Salvador:

<b>DISTRITO SANITÁRIO</b>	<b>HOSPITAIS</b>	<b>U.P.A.</b>	<b>SAMU 192</b>
CENTRO HISTÓRICO	-----	-----	Bahia Marina
ITAPAGIPE	Hospital São Jorge (Nível 06)	-----	Hospital São Jorge
	-----	-----	Estação Ferroviária da Calçada
SÃO CAETANO VALÉRIA	-----	8º Centro de Saúde (Nível 04)	Centro Social Urbano
	-----	Unidade de Emergência Pirajá Velha (Nível 04)	-----
	-----	Cesar Vaz de Carvalho (Nível 03)	-----
LIBERDADE	Hospital Ernesto Simões Filho (Nível 08)	Mª Conceição Imbassay (Nível 03)	UPA Mª Conceição Imbassay
	Maternidade José Mª Magalhães (Nível 07)	Unidade de Emergência Do Curuzú (Nível 04)	-----
	Maternidade Tsyla Balbino (Nível 06)	-----	-----
BROTAS	Hospital Geral do Estado (Nível 08)	-----	CODESAL
	IPERBA (Nível 07)	-----	-----
BARRA RIO VERMELHO	-----	5º Centro de Saúde (Nível 03)	5º Centro de Saúde
	-----	-----	C. S. Adriano Pondé
BOCA DO RIO	-----	Alfredo Bureau (Nível 03)	UPA Alfredo Bureau
	-----	-----	-----
ITAPUÃ	-----	Hélio Machado (Nível 03)	UPA Hélio Machado
CABULA BEIRÚ	Hospital Roberto Santos (Nível 08)	C.S. Pernambués (Dr. Edson T. Barbosa) (Nível 03)	H. Roberto Santos
	Hospital Juliano Moreira (Nível 08)	C.S. Rodrigo Argolo (Nível 03)	-----
PAU DA LIMA	-----	Unidade de Emergência São Marcos (Nível 03)	IAT - Paralela
SUBÚRBIO FERROVIÁRIO	Hospital João Batista Caribe (Nível 07)	17º Centro (Plataforma) (Nível 03)	UPA Aldroado Albergaria
	-----	C.S. Aldroaldo Albergaria (Nível 03)	-----
CAJAZEIRAS	Hospital Eládio Lasserre (Nível 06)	Prof. Hosanah Oliveira (Nível 03)	-----
	Maternidade A. Sabin (Nível 07)	-----	Maternidade A. Sabin

Fonte: BAHIA, 2009a / SALVADOR, 2009a

Figura 29 – Localização dos EAS públicos (Hospitais, Maternidades e UPA) que atendem urgência, por nível de complexidade - Salvador, 2009



Fonte: Salvador, 2009a. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

## **6.5.4 ANÁLISE DA SUFICIÊNCIA**

### **6.5.4.1 MÉDIA COMPLEXIDADE**

#### **6.5.4.1.1 UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO - UPA**

A suficiência da rede física do atendimento em Urgência no nível da média complexidade, na cidade de Salvador, foi verificada de duas maneiras: através dos parâmetros assistenciais do SUS, Portaria MS/MG 1101 de 12/06/2002 (BRASIL, 2002a) e através dos parâmetros de população da área de cobertura e número de atendimentos em vinte e quatro horas de cada UPA, definidos pela Portaria 1020 de 2009 (BRASIL, 2009).

- **Portaria MS/MG 1101 de 12/06/2002**

Calculando-se a quantidade de consultas médicas necessárias, através da Portaria MS/MG 1101 de 12/06/2002 (BRASIL, 2002a), que estabelece duas consultas médicas para cada habitante por ano, obtém-se 5.184.478 consultas por ano ( $2 \times 2.592.239$ ), sendo que as consultas básicas de urgência equivalem a 12% desse total, e consultas pré-hospitalares e trauma seriam 3%. Considerando a população de Salvador, estimada pelo IBGE, com 2.592.239 habitantes em 2005 (apud SALVADOR, 2006), a quantidade de consultas de urgências e trauma necessária seria 777.671 consultas por ano (15% de 5.184.478). Sabendo-se que as consultas básicas de urgência devem ser realizadas em unidades de pronto-atendimento (UPA) e que cada UPA, em Salvador, realiza em média 228 consultas por dia (Tabela 12), pode-se concluir que seriam necessário dez UPA no município de Salvador ( $777.671 \text{ consultas} / 365 \text{ dias} / 228$ ). Encontrou-se a média das consultas somando-se o número de atendimentos em 24 horas de cada UPA, informados na tabela 12, e dividindo-se pela quantidade de UPA.

- **Portaria 1020 de 2009**

A portaria 1020/2009 “estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a política nacional de atenção às urgências” (BRASIL, 2009, p.3). Calculando-se a necessidade de unidades de pronto atendimento (UPA) através do número de população da região de cobertura, estabelecida pela portaria 1020/2009 (Tabela 11), obtém-se vinte e seis unidades de pronto atendimento de porte 1, considerando uma UPA para cada 100.000 habitantes ( $2.592.239 / 100.000$  habitantes); ou treze unidades de porte 2,

considerando uma UPA para cada 200.000 habitantes (2.592.239/200.000 habitantes); ou ainda, nove unidades de porte 3, considerando uma UPA para cada 300.000 habitantes (2.592.239/300.000 habitantes).

Tabela 11 – Classificação das UPA de acordo com a população e nº de atendimentos médicos em 24h (Portaria 1020 de 2009)

UPA	COBERTURA (hab.)	Nº ATENDIMENTOS EM 24hs
Porte 1	50.000 a 100.000	50 a 150
Porte 2	100.001 a 200.000	151 a 300
Porte3	200.001 a 300.000	301 a 450

Fonte: BRASIL, 2009

A análise mais desfavorável é a efetuada pela Portaria 1020/2009, que estabelece nove unidades de pronto atendimento, porte 3, para o município, além de ser a Portaria mais atual.

Salvador, atualmente, possui quatorze UPA distribuídas conforme tabelas 10 e 12 e figura 27, que não atendem aos parâmetros exigidos pela portaria 1020/2009, pois, analisando-se o porte das UPA existentes, a partir da quantidade de atendimentos em 24 horas de cada UPA, apenas quatro são classificadas como porte 3, seis são classificadas como porte 2 e quatro são classificadas como porte 1 (Tabela 12). A classificação dos portes foi estabelecida a partir da quantidade de atendimentos cadastrados por cada UPA no TABNET da Secretaria da Saúde do Município (SALVADOR, 2009b). O TABNET é uma ferramenta, utilizada pela SMS, que disponibiliza os dados de atendimentos dos estabelecimentos de saúde do Município. Como a SMS de Salvador é gestora plena, ela é a responsável pelos dados de cadastro e de produção de todos os serviços SUS do seu território (públicos de qualquer esfera, privados e filantrópicos).

Os atendimentos em 24 horas foram encontrados calculando-se a média dos atendimentos realizados pelas UPA, nos últimos três meses, encontrados no TABNET, dividindo-se em seguida por trinta dias. O porte recomendado foi encontrado comparando-se o número da população residente de cada distrito sanitário com o recomendado para cada porte, na Portaria 1020/2009. Já o porte atual foi encontrado relacionando-se a quantidade de atendimentos realizados em 24 horas por cada UPA com as recomendadas pela portaria 1020/2009.

Para que a quantidade existente de UPA seja suficiente é necessário que exista resolutividade nas unidades e que elas sejam acessíveis a todos. E não é isso que acontece no Município de Salvador. A resolutividade da unidade é afetada pela falta de equipamentos, espaços físicos e de pessoal adequado para o atendimento. É o caso da UPA Rodrigo Argolo, localizada no Distrito Cabula/Beiru, que realiza, em média, vinte e um atendimentos por dia, sendo classificada como de porte 1 (Tabela 12).

Outra análise que deve ser levada em consideração é a distribuição geográfica das UPA. Não basta ter número suficiente se a distribuição não é feita proporcionalmente à dimensão territorial, às necessidades da população e à densidade demográfica. Nota-se que existem distritos sanitários com grandes extensões territoriais, mas que possuem apenas uma UPA, ficando grandes áreas sem cobertura, como é o caso dos distritos de Barra/Rio Vermelho e Itapoan (Figura 27).

Nota-se ainda que, se a análise é feita por distrito sanitário, existem três distritos com déficit de UPA. São os distritos de Brotas, Itapagipe e Centro Histórico.

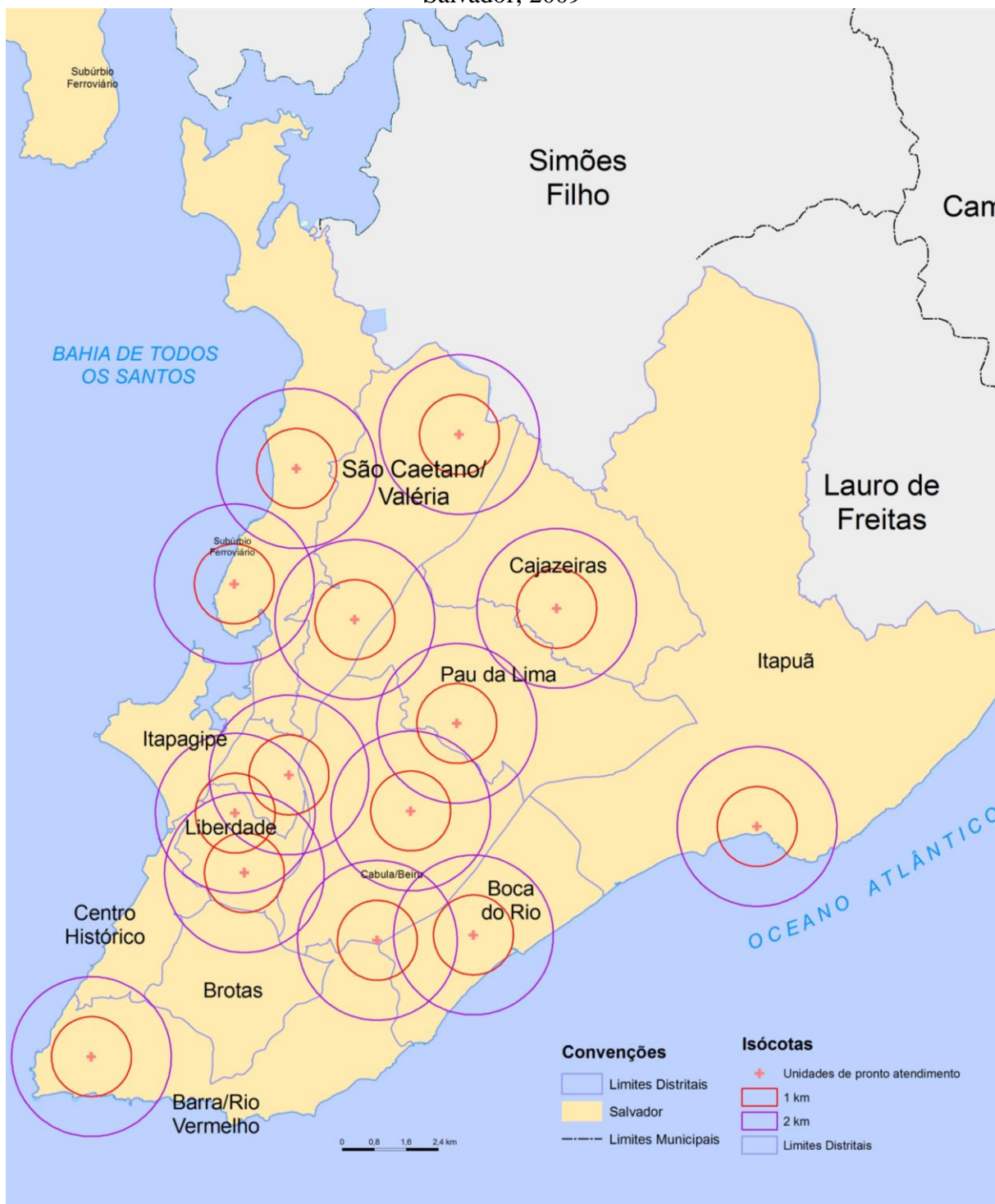
Outra análise a ser considerada é sobre a área de influência ou de cobertura de cada UPA. Área de influência pode ser entendida como “a delimitação física do alcance do atendimento da maior parte de sua demanda” (SILVEIRA apud SILVA L., KNEIB e SILVA P., 2006, p.112). Esta análise pode ser feita utilizando-se o traçado de isócotas (Figura 30). Isócotas são linhas, em forma de círculo, que possuem mesma distância a partir de um ponto central. São utilizadas na área de transportes, nos estudos da área de influência de Pólos Geradores de Tráfego - PGT (ANDRADE e SOARES, 2006). Os PGT são empreendimentos que possuem a capacidade de atrair deslocamentos de pessoas segundo as facilidades de acesso e de transportes. Podem ser shopping centers, escolas, EAS, hotéis, escolas, igrejas, etc. O presente trabalho adotou isócotas com distâncias de um quilômetro entre si, atingindo a isógota máxima com dois quilômetros, por considerar que esta é uma distância máxima que uma pessoa possa se deslocar à pé, para obter atendimento médico. As isócotas foram traçadas utilizando-se um Sistema de Informações Geográficas, o arcGIS. Foram traçadas circunferências com raios de 1 km e 2 km com centro em cada UPA.

Analisando as áreas de influência de cada UPA (Figura 30) pode-se detectar muitos vazios assistenciais: nos Distritos do Centro Histórico, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria, Cajazeiras, Pau da Lima e em grande parte do Distrito de Itapoan.



Se a análise for feita juntamente com o mapa de densidade demográfica por setor censitário (Figura 11), encontram-se alguns setores dos Distritos Sanitários de Barra/Rio Vermelho, Itapagipe, Centro Histórico, Brotas, Itapoan e Subúrbio Ferroviário com alta densidade, que necessitariam da implantação de Unidades de Pronto Atendimento.

Figura 30 – Representação das isócotas para as Unidades de Pronto-atendimento (UPA) Salvador, 2009



Fonte: Salvador, 2009a. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Tabela 12 – Tabela da distribuição e classificação dos EAS públicos que atendem urgência (UPA), por distrito sanitário, no município de Salvador, de acordo com portaria 1020/2009

Distrito sanitário	População	U.P.A.	Atendimentos em 24h	Porte atual	Porte recomendado
CENTRO HISTÓRICO	69.994	-----	0	0	1
ITAPAGIPE	165.058	-----	0	0	2
SÃO CAETANO VALÉRIA	244.173	8º Centro de Saúde	123	1	3
		Unidade de Emergência Pirajá	183	2	
		Cesar Vaz de Carvalho	92	1	
LIBERDADE	175.405	Mª Conceição Imbassay	315	3	2
		Unidade de Emergência Do Curuzú	448	3	
BROTAS	212.910	-----	0	0	3
BARRA RIO VERMELHO	344.337	5º Centro de Saúde	312	3	3+1
BOCA DO RIO	117.437	Alfredo Bureau	292	2	2
ITAPUÃ	208.762	Hélio Machado	123	1	3
CABULA BEIRÚ	378.243	C.S. Pernambués (Dr. Edson T. Barbosa)	519	3	3+1
		C.S. Rodrigo Argolo	21	1	
PAU DA LIMA	269.344	Unidade de Emergência São Marcos	240	2	3
SUBÚRBIO FERROVIÁRIO	324.931	17º Centro (Plataforma)	84	1	3+1
		C.S. Aldroaldo Albergaria	154	2	
CAJAZEIRAS	162.963	Prof. Hosannah Oliveira	182	2	2

Fonte: SALVADOR, 2009a / SALVADOR, 2009b / Salvador, 2006

#### 6.5.4.1.2 MATERNIDADES PÚBLICAS

Após análise do mapa da localização (Figura 31), percebe-se como é insuficiente a quantidade das Maternidades públicas no Município de Salvador. Existem apenas cinco unidades, sendo duas no Distrito Sanitário da Liberdade (Maternidade Tsyla Balbino e Maternidade José Maria Magalhães Neto), uma no Distrito de Brotas (IPERBA) e outra no Distrito de Cajazeiras (Maternidade Albert Sabin). Além dessas unidades, outros três hospitais da rede pública estadual oferecem serviços de obstetrícia na capital: hospital Manoel Vitorino (Distrito Centro Histórico), hospital João Batista Caribé (Distrito Subúrbio Ferroviário) e o hospital Roberto Santos (Distrito Cabula/Beiru), considerado referência no acompanhamento de gestações de alto risco, além da Maternidade Climério de Oliveira pertencente à UFBA, localizada no Distrito da Liberdade. A maternidade José Maria Magalhães Neto possui serviços de urgência especializados para a gestante de risco, funcionando em regime de 24

horas. A carência de maternidades públicas é constatada pela superlotação da rede, o que tem gerado peregrinações por parte das gestantes que procuram atendimento (UOL, 2009).

Figura 31 – Localização das Maternidades públicas – Salvador, 2009



Fonte: Salvador, 2009a. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

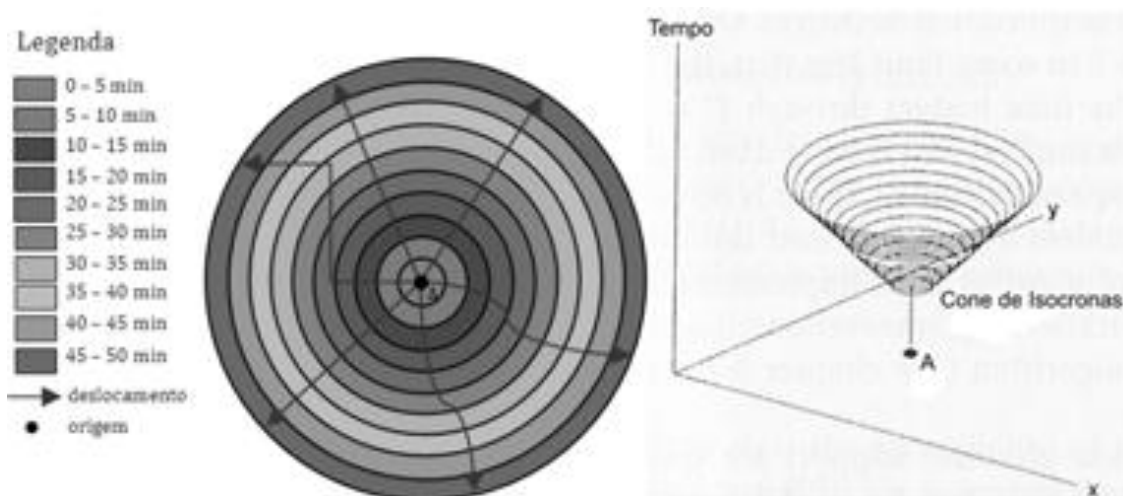
#### **6.5.4.2 ALTA COMPLEXIDADE**

Para implantação de um hospital em uma área urbana, vários fatores devem ser analisados, entre eles o sistema viário e o de transporte. Um empreendimento desse porte gera necessidades de infra-estrutura viária e de sistema de transportes, interferindo na dinâmica do espaço ao seu redor. São denominados, pela literatura de transportes, de Pólos Geradores de Tráfego - PGT (ANDRADE e SOARES, 2006). Segundo Andrade e Soares (2006) a falta de planejamento adequado na implantação de um PGT pode gerar impactos indesejáveis. No caso de um hospital que atende à urgência, a situação é mais delicada, pois a infra-estrutura viária afeta diretamente a acessibilidade geográfica, que é fundamental no socorro das vítimas. A localização de um hospital que atende urgência deve ser pensada para que o mesmo seja acessível à maior distância possível que se possa alcançar em quinze minutos. De acordo com Souza e Novaes (2006), quinze minutos é o tempo adotado no planejamento da localização de unidades de emergência em áreas urbanas, na maioria dos países desenvolvidos. É um valor razoável para que uma vítima possa esperar sem atendimento médico. Em casos de urgência de alta complexidade, como as do aparelho circulatório, o óbito pode acontecer se a vítima não for atendida em quinze minutos (MANO, 1999).

Geralmente em estudos de localização e impactos de PGT são utilizados, além das isócotas, os traçados de isócronas (ANDRADE e SOARES, 2006). Isócronas são linhas que unem os pontos que possuem mesmo valor de tempo de viagem a um PGT (Figura 32). Pode servir também para medir a acessibilidade: quanto maior a distância da isócrona, maior a acessibilidade. A acessibilidade pode variar em função de alguns fatores como: a utilização de diferentes modos de viagem (a pé, de carro, de bicicleta), horário do percurso ou vias utilizadas.

Em Salvador só existem três hospitais públicos que atendem a alta complexidade da Urgência: Hospital Geral do Estado, Hospital Geral Roberto Santos e Hospital Ernesto Simões, localizados nos Distritos Sanitários de Brotas, Cabula e Liberdade, respectivamente. Para analisar a área de cobertura desses hospitais, optou-se por utilizar isócronas com espaços de tempo de quinze minutos. Assim como a teoria das localidades centrais, de Christaller, para simplificar o estudo de cobertura, optou-se por abstrair algumas características do entorno. Considerou-se que qualquer ponto que possui a mesma distância, medida em qualquer direção, a partir do hospital, possui as mesmas características de acessibilidade. Sendo assim, o desenho das isócronas será em forma de circunferência, onde o centro será o hospital em estudo.

Figura 32 – Projeção das isócronas



Fonte: SILVA; TACO, 2009

Para as isócronas obtidas dos três hospitais foram considerados percursos de carro, adotando-se as vias mais livres. Os percursos foram realizados utilizando-se automóvel particular partindo no horário de 11:00, sempre as quintas-feiras, de pontos aleatórios (Tabela 13). Depois de coletados os dados, estes foram georeferenciados em um Sistema de informações geográficas (SIG), o ARCGIS, e foram geradas as isócronas de 15 minutos para cada hospital (Figura 30).

Tabela 13 – Localização dos pontos que possuem mesmo tempo de percurso

PONTO DE SAIDA	DESTINO	TEMPO (Min)
SHOPPING BABEL, COSTA AZUL	HOSPITAL ROBERTO SANTOS	15
CJ. VALE DOS RIOS, STIEP	HGE	15
RODOVIÁRIA	HOSPITAL ERNESTO SIMÕES	15

Fonte: Coleta de dados efetuada por Lucianne Fialho Batista.

Figura 33 – Representação das isócronas para os hospitais de alta complexidade Salvador, 2009



Fonte: Salvador, 2009a. Mapa elaborado por Lucianne Fialho Batista.

Analisando a área de cobertura desses três hospitais, através das isócronas (Figura 33), verifica-se que os Distritos Sanitários de Barra/Rio Vermelho, Brotas, Centro Histórico,

Liberdade, Cabula/Beiru e parte dos Distritos de Boca do Rio e Itapagipe estão cobertos para um período de quinze minutos, entretanto o Distrito de Barra/Rio Vermelho é onde se concentra a maior parte dos EAS privados que atendem Urgência, pois é onde se concentra a população com maiores índices de renda. Percebe-se, também, que o HGE e o hospital Roberto Santos possuem as maiores áreas de cobertura, representando maiores acessibilidades.

Através da figura 33 verifica-se que mais da metade da área do município (Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria, Cajazeiras, Pau da Lima e Itapoan) está descoberta para os atendimentos de urgência de alta complexidade para um período de quinze minutos, necessitando de mais Unidades distribuídas pelos Distritos de Itapoan, próximo à Avenida Paralela, e Distrito do Subúrbio Ferroviário, onde foram encontrados altos índices de carências em todos os aspectos.

Segundo dados fornecidos pelo SAMU (SALVADOR, 2009a) a Avenida Luiz Viana Filho (Paralela) possui um alto índice de acidentes de trânsito. Nota-se que, apesar de existir uma base descentralizada do SAMU no IAT (Instituto Anísio Teixeira), próximo à Avenida Paralela, existe um grande vazio de hospitais no Distrito de Itapoan, tornando necessária a implantação de um EAS com atendimento em Urgência nessa área.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O município de Salvador é marcado por grandes desigualdades, com índices sócio-econômicos representando a extrema pobreza da população. Dados mostram que mais da



metade da população ganha até dois salários mínimos e que grande parte dessa população encontra-se nos Distritos Sanitários de São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário. Percebe-se claramente a divisão da cidade em três partes: a orla marítima, representada pelos Distritos de Barra/Rio Vermelho e Itapoan, onde se encontra a população com melhores condições de vida (nível de instrução e renda) e onde se concentram os investimentos públicos; o miolo, representado pelos Distritos de Cabula/Beiru, Pau da Lima, Cajazeiras e São Caetano/Valéria, onde se encontra a população de classes média e baixa e onde os investimentos públicos são poucos; e o Subúrbio Ferroviário que se destaca por possuir os piores índices sócio-econômicos e de infra-estrutura: maiores taxas de desemprego, maior número de pessoas sem instrução, maior número de habitações precárias, menores taxas de remuneração, maiores taxas de violência.

Sabe-se que a saúde não é apenas um estado físico, resultado da falta de doenças, e sim, uma consequência do meio em que se vive. Fatores sociais e econômicos são responsáveis pela qualidade de vida que afeta diretamente a saúde do indivíduo. Além disso, as desigualdades sociais têm sido apontadas como uma das principais causas do aumento da violência nas grandes cidades. Os atendimentos de Urgência na cidade de Salvador têm sido afetados pela morbidade e mortalidade resultante do aumento das violências e dos acidentes, que fazem parte das causas externas de morbimortalidade.

De acordo com a política nacional de atenção às urgências (BRASIL, 2003), o adequado atendimento pré-hospitalar (APH) e hospitalar diminui consideravelmente a morbimortalidade por causas externas, por isso o Ministério da Saúde tem editado portarias com o intuito de ordenar, ampliar e estruturar a rede assistencial do atendimento às Urgências e Emergências.

A situação dos atendimentos de urgência, na cidade de Salvador, não se diferencia da maioria das capitais brasileiras: esperas e salas de atendimento lotadas, pacientes sendo atendidos nos corredores, atendimento por ordem de chegada, sem triagem de risco. Essa situação pode ser agravada por vários fatores e nem sempre significa número insuficiente de EAS. Vale destacar que, muitas vezes, o paciente não encontra médico ou equipamento necessário para elucidação do seu caso em unidades que atendem à média complexidade, fazendo com que o mesmo procure atendimento em um EAS da alta complexidade, superlotando-o, pois lá, certamente, ele encontrará os recursos necessários. Além disso, os EAS que atendem a alta complexidade também são referência para outros municípios, fazendo com que muitos pacientes se desloquem do interior para serem atendidos na capital.

Dando seguimento à política nacional de atenção às urgências, a última portaria a ser editada, para os atendimentos de urgência da média complexidade foi a 1020/2009. Em Salvador verificou-se que os EAS públicos que atendem urgência de média complexidade (UPA) não estão de acordo com os parâmetros estabelecidos por esta portaria. Após análise feita por distrito sanitário encontram-se os distritos de Brotas com déficit de uma UPA de porte 3, para atender a população de 212.910 habitantes; Centro Histórico com déficit de uma UPA de porte 1, para atender uma população de 69.994 habitantes e o distrito de Itapagipe necessitando de uma UPA de porte 2, para atender a uma população de 165.058.

Além desses déficits encontraram-se as UPA dos distritos sanitários de Barra/Rio Vermelho, Itapuã, Pau da Lima e Subúrbio Ferroviário com portes abaixo do recomendado pela portaria 1020/2009.

Um fator muito importante, que não é levado em consideração pelas portarias, é a necessidade da população. Pelo levantamento dos dados sócio-econômicos e de saúde da população, encontram-se alguns distritos, como Subúrbio Ferroviário, Itapopan, São Caetano/Valéria, Liberdade e Centro Histórico com grandes carências em todas as áreas. Os acidentes e as violências, que têm afetado diretamente o atendimento das urgências, possuem índices maiores nos distritos de Subúrbio Ferroviário e Liberdade. Os homicídios possuem incidência maior nos distritos de Subúrbio Ferroviário, Liberdade, Itapopan e Boca do Rio. No planejamento da implantação das UPA, esses distritos deveriam ter prioridade e vantagens sobre os outros. Além do que, são Distritos que possuem altos índices de pobreza, com população que realmente precisa de atendimento gratuito.

Outro dado importante é a dimensão territorial dos distritos. Nota-se que a distribuição das UPA no espaço geográfico não é uniforme. Existem distritos com grandes dimensões que necessitariam de mais unidades para que a população fosse coberta uniformemente. Na análise das áreas de influência, através das isócotas, detectou-se vários vazios assistenciais nos Distritos do Centro Histórico, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria, Cajazeiras, Pau da Lima e em grande parte do Distrito de Itapopan.

A situação dos EAS públicos que atendem Urgência de alta complexidade, na cidade de Salvador, também é crítica. O município possui três hospitais que atendem à alta complexidade, localizados em Distritos Sanitários próximos. Percebeu-se, através do desenho das isócronas para 15 minutos, que os distritos sanitários de Subúrbio Ferroviário, São

Caetano / Valéria, Cajazeiras, Pau da Lima e Itapoã encontram-se totalmente descobertos em relação ao atendimento destes hospitais. Seria necessária a implantação de mais hospitais próximos aos Distritos do Subúrbio Ferroviário e Itapoan, onde se verifica grandes vazios em relação à EAS.

Percebeu-se, ainda, pela análise dos mapas, que a quantidade de maternidades públicas também é insuficiente para atender à população de Salvador. Seria necessária a implantação de mais maternidades distribuídas, de preferência, pelos Distritos sanitários de Boca do Rio, Itapoan e Subúrbio Ferroviário.

Um dado que interfere no planejamento de saúde são as grandes extensões territoriais dos Distritos Sanitários. Os limites dos distritos deveriam ser compatíveis com o perfil demográfico, epidemiológico, sócio-econômico e do meio-ambiente. No planejamento de localização dos EAS, dados como as necessidades da população e a dimensão territorial dos Distritos Sanitários devem ser analisados, além do número da população. Os EAS devem ser localizados em locais mais populosos e mais carentes, para que sejam acessíveis à maior parte da população, aquela que realmente necessita do atendimento público.

Notou-se que a área de urgência, no planejamento de implantação de EAS, é muito carente de pesquisas. Os dados e as referências encontradas são muito escassos. Não existem estatísticas de incidência de acidentes nem metodologias baseadas em dados científicos que possam auxiliar no planejamento. Percebe-se que não existem investimentos por parte do poder público e privado no Estado da Bahia.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para o planejamento da localização dos EAS que atendem urgência no Município de Salvador, como também seja apenas um primeiro passo para o desenvolvimento de pesquisas posteriores por se tratar de uma área muito carente de pesquisadores.

Torna-se necessário que os planejadores estudem a distribuição dos EAS existentes, principalmente os que atendem Urgência, para que sejam implantadas novas unidades em locais onde as necessidades sejam detectadas. Além disso, torna-se necessária a capacitação dos funcionários (inclusive gestores) para que o sistema tenha resolutividade, contribuindo para a promoção da qualidade de vida da população, pois, segundo Carvalho (1991), “Os equipamentos de uso coletivo determinam o nível de vida de uma população e, portanto, merecem todo esforço quanto à melhoria de suas condições de atendimento.” (CARVALHO, 1991).

## **8 REFERÊNCIAS**

ANDRADE, Caroline P. Soares; SOARES, Beatriz Ribeiro. **Shopping center e seus impactos na circulação urbana: o caso do center shopping, Uberlândia (MG)**. Caminhos da geografia, revista on line. Uberlândia, fev/2006. Disponível em: < [www.ig.ufu.br/revista/caminhos](http://www.ig.ufu.br/revista/caminhos) >. Acesso em outubro de 2009.

BAHIA. SESAB. **Plano Estadual de Saúde: gestão 2007/2010**. Salvador: SESAB, 2009b. Disponível em: < [www.saude.ba.gov.br](http://www.saude.ba.gov.br) >. Acesso em outubro de 2009.

\_\_\_\_\_. **Coordenação das Urgências**. Salvador: SESAB, 2009a.

\_\_\_\_\_. CONDER. **INFORMS – Sistema de Informações Geográficas do Estado da Bahia**. Salvador: SESAB, 2009. Disponível em: <<http://www.informs.conder.ba.gov.br> > Acesso em julho de 2009.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor de Regionalização**. Salvador: SESAB, 2008. Disponível em: < [www.saude.ba.gov.br](http://www.saude.ba.gov.br) >. Acesso em julho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1020, de 13 de maio de 2009**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a política nacional de atenção às urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em julho de 2009.

\_\_\_\_\_. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em julho de 2009.

\_\_\_\_\_. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em março de 2008.

\_\_\_\_\_. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2006. 126 p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em agosto de 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº. 2.657/GM de 16 de dezembro de 2004**. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em março de 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº. 2.023/GM de 23 de setembro de 2004**. Define que o município e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em março de 2009.

BRASIL. **Portaria nº 1864/GM, em 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em março de 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1863/GM, em 29 de setembro de 2003**. Institui a política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas nas competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2048/GM, em 5 de novembro de 2002.** Regulamenta o atendimento das Urgências e Emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em setembro de 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS/GM 1101 de 12/06/2002.** Parâmetros Assistenciais do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em agosto de 2009.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 50,** de 21 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf)>. Acesso em setembro de 2008.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional da Assistência à saúde / NOAS-SUS 01/02.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 73p.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS nº 737, de 16 de maio de 2001.** Define a política nacional de redução da morbimortalidade/acidentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em setembro de 2008.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 1998. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao)>. Acesso em outubro de 2008.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 96.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34p.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. **RESOLUÇÃO CFM nº 1451/1995.** São Paulo, 1995.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira. Trabalho, Renda e pobreza na região Metropolitana de Salvador. In: CARVALHO, Inaiá; PEREIRA Gilberto Corso (Org.). **Como Anda Salvador.** Salvador: EDUFBA, 2008. p. 109-135.

CARVALHO, Antônio Pedro Alves. **Equipamentos de saúde no Estado da Bahia: a questão locacional.** Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). FAUFBA, Salvador, 1991. 205p.

CLARK, David. **Introdução à geografia urbana.** São Paulo: DIFEL, 1985. 286 p.

CORREA, Roberto Lobato. **A rede urbana.** São Paulo: Ática, 1989. 96 p.

CUNHA, Alexandre Mendes; SIMÕES, Rodrigo Ferreira; PAULA, João Antônio de. **Regionalização e história: uma contribuição introdutória ao debate teórico-metodológico.** Belo-Horizonte: UFMG. Cedeplar, 2005.

CUNHA, Alcione B. Oliveira. **Acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007. 128p.

FEKETE, M<sup>a</sup> Christina. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde.** Texto elaborado para a bibliografia do projeto GERUS (Especialização em gerência de Unidades Básicas do SUS). 1997. Disponível em: <[www.opas.org.br/rh/publicações/textos\\_apoio](http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio)>. Acesso em 06/06/2009.

FERNANDES, Cláudia Monteiro. Condições demográficas. In: CARVALHO, Inaiá; PEREIRA Gilberto Corso (Org.). **Como Anda Salvador.** Salvador:EDUFBA, 2008. p.53-79.

GOTO, Massa. **Uma análise de acessibilidade sob a ótica da equidade – o caso da região metropolitana de Belém.** Dissertação. Escola de engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo. São Carlos, 2000.

GUIMARÃES, José R. Soares. **Envelhecimento populacional e oportunidades denegócio: o potencial mercado da população idosa.** In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2006, Caxambu – MG. Disponível em: < [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006\\_540.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_540.pdf) >. Acesso em novembro de 2009.

HADDAD, Eduardo Amaral. **Notas sobre a teoria da localização.** NEREUS – Núcleo de Economia Regional e Urbana da USP. São Paulo, 2005. Disponível em : <[www.econ.fea.usp.br/nereus](http://www.econ.fea.usp.br/nereus) >. Acesso em: julho de 2009.

LORA, Adriano Peres. **Acessibilidade aos serviços de saúde: estudo sobre o tema no enfoque da Saúde da Família no município de Pedreira-SP.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004. 101p. Disponível em: < <http://libdigi.unicamp.br/document> >. Acesso em abril de 2008.

MANO, Reinaldo. **Manuais de cardiologia. Temas comuns da cardiologia para médicos de todas as especialidades.** Livro virtual. 1999. Disponível em: <[www.manuaisdecardiologia.med.br](http://www.manuaisdecardiologia.med.br) >. Acesso em novembro de 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS.** São Paulo – Rio de Janeiro, HUCITEC – ABRASCO, 1993.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Água e Saúde.** Coleção Autoridades Locais, Ambiente e Saúde. [S. I.]: 1999. 23 p.

PAIM, Jairnilson Silva. Condições de vida, violências e extermínio. In: CARVALHO, Inaiá; PEREIRA Gilberto Corso (Org.). **Como Anda Salvador.** Salvador:EDUFBA, 2008. p. 157-169.

PEREIRA, Gilberto Corso. Habitação e infra-estrutura urbana em Salvador e região Metropolitana. In: CARVALHO, Inaiá; PEREIRA Gilberto Corso (Org.). **Como Anda Salvador**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 137-155.

RUIZ, Ricardo Machado. Políticas regionais na nova geografia econômica. In: DINIZ, Clélio Campolina; CROCCO, Marco. **Economia regional e urbana: contribuições teóricas recentes**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. p. 143-157.

SALVADOR. SMS. **Coordenação das urgências**. Salvador: SMS, 2009a.

\_\_\_\_\_. **TABNET – Salvador**. SMS. Subcoordenação de informações em saúde. 2009b. Disponível em: < <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br> >. Acesso em outubro de 2009.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde – 2006/2009**. Salvador: SMS, 2006. 139 p.

SANTOS, Alexandre André. **Configuração espacial da rede de atenção à saúde em cidades médias do Brasil e a efetivação da universalidade do acesso à saúde. Estudo de caso de Joinville - 1988 a 2004**. Dissertação (Mestrado em geografia) –Universidade de Brasília - UnB. Brasília, 2007. 110p. Disponível em: < <http://repositorio.bce.unb.br> >. Acesso em agosto de 2009.

SILVA, Antônio Nelson Rodrigues; SOUZA, Lea Cristina. **Planejamento urbano, regional, integrado e sustentável. Desenvolvimentos recentes no Brasil e em Portugal**. São Carlos, SP, 2005.

SILVA, Alexandre Henrique; TACO, Pastor Willy Gonzalez. **Utilização de isócronas e padrões de deslocamento para determinação da área de captura de uma estação do metrô de Brasília DF – Brasil**. Disponível em: < <http://redpgv.coppe.ufrj.br> >. Acesso em agosto de 2009.

SILVA, Leandro R., KNEIB, Erika C. , SILVA, Paulo C. M.. Proposta metodológica para definição da área de influência de pólos geradores de viagens considerando características próprias e aspectos dinâmicos de seu entorno. **Engenharia Civil • UM**, Brasília, n. 27, 2006. Universidade de Brasília, Departamento de Engenharia Civil e Ambiental – Brasília. Disponível em: <<http://redpgv.coppe.ufrj.br/arquivos/>>. Acesso em outubro de 2009.

SOUZA, João Carlos; NOVAES, Antônio G. N. **Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Dimensionamento espacial em áreas urbanas**. Engenharia Civil. UM, Florianópolis, n. 27, p. 87-98, 2006. Disponível em: <<http://civil.uminho.pt/cec/revista>>. Acesso em março de 2008.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador: ISC, 2001.

UNGLERT, Carmem Vieira de Souza. **O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde**. Revista Saúde Pública. São Paulo, 24(6): 445-52, 1990.



UOL . **Maternidades públicas de Salvador estão lotadas.** UOL Notícias, Salvador, abr. 2009. Disponível em : <<http://noticias.uol.com.br> >. Acesso em: out. 2009.

## ANEXOS

Tabela 1 – Relação dos bairros de Salvador por Distrito Sanitário

<b>DISTRITO SANITÁRIO: CENTRO HISTÓRICO</b>			
POPULAÇÃO - 2005: 69.994 habitantes			
Água de Meninos	Comércio	Mercado do Ouro	Santa Tereza
Aflitos	Conceição da Praia	Mercês	Santana
Ajuda	Curva Grande	Misericórdia	Santo Antônio

Alto da Esperança	Desterro	Mouraria	São Bento
Aquidabã	Djalma Dutra	Nazaré	São Francisco
Baixa dos Sapateiros	Faisca	Paço	São Joaquim
Barbalho	Fonte Nova	Palma	São José
Barris	Forte de São Pedro	Pelourinho	São Pedro
Barroquinha	Gamboá	Piedade	São Raimundo
Boulevard Suisso	Jardim Bahiano	Pilar	Saúde
Campo da Pólvora	Lapa	Poeira	Sé
Campo Grande	Largo Dois de Julho	Politeama	Taboão
Carmo	Loteamento Lanat	Rosário	Tororó
Centro	Macaúbas		
<b>DISTRITO SANITÁRIO: ITAPAGIPE</b>			
POPULAÇÃO - 2005: 165.058 Habitantes			
Mares	Boa Viagem	Jardim Cruzeiro	Penha
Alagados	Bonfim	Largo do Papagaio	Península do Joanes
Bairro Machado	Calçada	Madragoa	Ribeira
Baixa da Mangueira	Caminho de Areia	Massaranduba	Roma
Baixa do Bonfim	Dendezeiros	Mirante do Bonfim	Uruguaí
Baixa Do Fiscal	Itapagipe	Mont Serrat	Vila Rui Barbosa
Baixa do Petróleo	Jardim Belvedere	Pedra Furada	
<b>DISTRITO SANITÁRIO: SÃO CAETANO VALÉRIA</b>			
POPULAÇÃO - 2005: 244.173 Habitantes			
Alto da Boa Vista	Calafate	Jardim Lobato	Retiro
Alto do Bom Viver	Campinas de Pirajá	Largo do Retiro	San Martin
Alto do Peru	Capelinha de São Caetano	Largo do Tanque	Santa Luzia do Lobato
Baixa do Cacau	Cj. Dos Rodoviários	Loteamento Profilurb	São Bartolomeu
Baixa do Camurugipe	Fazenda Grande do Retiro	Marechal Rondon	São Caetano
Bentivi	Fiais	Marotinho	Sussunga
Boa Vista São Caetano	Formiga	Para	Usiba
Bom Juá	Goméia	Parque Schindler	Valéria
Brasilgás	Jaqueira do Carneiro	Pirajá	Vila Leal
<b>DISTRITO SANITÁRIO: LIBERDADE</b>			
POPULAÇÃO - 2005: 175.405 Habitantes			
Baixa de Quintas	Curuzú	Jardim Joana D'Arc	Pero Vaz
Bairro Guarani	Estrada da Rainha	Jardim Vera Cruz	Queimadinho
Baixa dos Frades	Freitas Henrique	Lapinha	Rocinha do IAPI
Barros Reis	IAPI	Liberdade	Santa Mônica
Caixa D'Água	Japão	Nova Divinéia	Sertanejo
Cidade Nova	Jardim Eldorado	Pau Miúdo	Sieiro

Continuação Tabela 1 – Relação dos bairros de Salvador por Distrito Sanitário

<b>DISTRITO SANITÁRIO: BROTAS</b>			
POPULAÇÃO - 2005: 212.910 Habitantes			
Acupe	Brotas	Engenho Velho de Brotas	Parque Bela Vista
Alto do Formoso	Buraco da Gia	Galés	Parque Florestal

Alto do Saldanha	Campinas de Brotas	Invasão Ogunjá	Pepino
Baixa Candeal Pequeno	Candeal	Invasão Pela Porco	Pitangueiras
Baixa do Cacau - 2	Castro Neves	Invasão Polêmica	Santa Rita
Baixa do Tubo -1	Cosme de Farias	Jardim Caiçara	Santo Agostinho
Bandeirantes	Cruz da Redenção	Luís Anselmo	Sete Portas
Boa Vista de Brotas	Daniel Lisboa	Matatu	Vila América
Bonocô	Dois Leões	Ogunjá	Vila Laura
<b>DISTRITO SANITÁRIO: BARRA RIO VERMELHO</b>			
POPULAÇÃO - 2005: 344.337 Habitantes			
Alto da Bola	Canela	Jardim Brasil	Parque São Vicente
Alto da Santa Cruz	Centenário	Jardim Zoológico	Pedra da Sereia
Alto da Sereia	Chame-Chame	Loteamento Aquários	Pituba
Alto das Pombas	Chapada do Rio Vermelho	Loteamento IAPSEB	Ponto da Mangueira
Alto do Areal	Engenho Velho Federação	Morro do Conselho	Porto da Barra
Alto do Gantois	Farol da Barra	Morro do Cristo	Rio Vermelho
Alto do Sobradinho	Federação	Morro do Gato	Roça da Sabina
Amaralina	Gantois	Morro Ipiranga	Santa Cruz
Avenida Brandão	Garcia	Nordeste Amaralina	São Gonçalo Federação
Baixa Vai quem quer	Garibaldi	Ondina	São Lázaro
Banco dos Ingleses	Graça	Paciência	Ubaranas
Barra	Iguatemi	Parque Cruz Aguiar	Vale da Muriçoca
Barra Avenida	Invasão do Cai Duro	Parque Flamboyants	Vale das Pedrinhas
Binóculo	Invasão do Tubo	Parque João XXIII	Vale dos Barris
Cardeal da Silva	Invasão São Lázaro	Parque Júlio César	Vasco da Gama
Calabar	Itaigara	Parque Nossa Sra. da Luz	Vila Matos
Caminho das Arvores	Jardim América	Parque São Braz	Vitória
Campo Santo	Jardim Apípema	Parque São Paulo	
<b>DISTRITO SANITÁRIO: BOCA DO RIO</b>			
POPULAÇÃO - 2005: 117.437 Habitantes			
Armação	Caxundé	Imbui	Invasão Kwuit
Aeroclube	Bolandeira	Invasão Alto de São João	Invasão Novo Paraíso
Alto da Alegria	Conjunto Marback	Invasão Baixa Cajueiro	Invasão Sonho Dourado
Alto do São Francisco	Conjunto Rio das Pedras	Invasão Bananal	Jardim Imperial
Baixa Fria	Conjunto Solarium	Invasão da Rocinha	Loteamento vela Branca
Barreiro	Conjunto Vale dos Rios	Invasão Golfo Pérsico	Pituaçu
Bate Facho	Corsário	Invasão Irmã Dulce	Stiep
Boca do Rio	Costa Azul		

Continuação Tabela 1 – Relação dos bairros de Salvador por Distrito Sanitário

**DISTRITO SANITÁRIO: ITAPUÃ**

POPULAÇÃO - 2005: 208.762 Habitantes

Abaeté	Cajueiro	Jardim tropical	Nova Brasília
Aeroporto	Campinas	Loteamento Alameda Paia	Paralela
Aldeia Jaguaribe	Capelão	Loteamento Cassangê	Patamares
Alto do Coqueiro	Ceasa	Loteamento Colina Fonte	Piatã
Alto do Girassol	Costa Verde	Loteamento Farol Itapuã	Placaford
Alto do São João	Itapuã	Loteamento Pedra do Sal	São Cristóvão
Areia Branca	Jardim Atalaia	Loteamento Praia do Flamengo	Vila Ex Combatentes
Bairro da Paz	Jardim das Margaridas	Loteamento Stela Maris	Nova Esperança
Baixa do Dendê	Jardim Jaguaribe	Malvinas	
Barro Duro	Jardim Piatã	Mussurunga	
<b>DISTRITO SANITÁRIO: CABULA BEIRÚ</b>			
POPULAÇÃO – 2005: 378.243 Habitantes			
Alto da Ventosa	Beirú-Tancredo Neves	Invasão Barreiras	João Caldas
Alto do Arraial	Bom Futuro	Invasão CAB	Loteamento Jardim Brasília
Alto do Calabetão	CAB	Invasão Narandiba	Loteamento Jardim Iara
Alto do Cruzeiro - 1	Cabula	Cj. Baia de Todos os Santos	Mata Escura
Arenoso	Cabula I	Conjunto J. S. Cavalcante	Narandiba
Arraial do Retiro	Cabula II	Conjunto Jardim Cabula	Nova Sussuarana
Baixa da Paz	Cabula III	Conjunto João Durval	Parque Jacélia
Baixa de Santo Antônio	Cabula IV	Conjunto Novo Horizonte	Parque Residencial Vale Mangueira
Baixa do Calabetão	Cabula VI	Conjunto Parque Flamengo	Pedreira S. G. Retiro
Baixa do Cruzeiro	Cabula VII	Conjunto Salvador	Pernambúes
Baixa do Manú	Cabula IX	Conjunto Santa Edwrigens	Saboeiro
Baixa do Sapo	Cabula X	Doron	São Gonçalo
Baixa do Tubo - 2	Calabetão	Engomadeira	Saramandaia
Baixinha Santo Antônio	Campo Seco	Fazenda Pompilio Bittencourt	Sussuarana
Barreiras	Chácara Perseverança	Jardim Guiomar	Tesoura
Bate Folha	Chácara Senhor do Bonfim	Jardim Pampulha	Vila Aberlado Magalhães
Beco da Coruja	Cocheira	Jardim Santo Inácio	Vila Dois Irmãos
Beco do Fuxico			
<b>DISTRITO SANITÁRIO: PAU DA LIMA</b>			
POPULAÇÃO – 2005: 269.344Habitantes			
Canabrava	Fazenda Mocambo	Mansão do Caminho	São Marcos
Castelo Branco	Invasão Brasilgás	Mata dos Oitis	Sete de Abril
Colina de Pituacú	Invasão Caraíba Metais	Moradas do Campo	Tabela
Conjunto Recanto das Ilhas	Invasão São Rafael	Nova Brasília Ipitanga	Vale dos Lagos
Conjunto Trobogy	Jaguaribe II	Novo Marotinho	Vila Canária
Coroado	Jardim Cajazeira	Pau da Lima	Vila dos Flamboyants
Dom Avelar	Jardim Nova Esperança	Porto Seco Pirajá	Vivenda dos Pássaros
Estrada Velha do Aeroporto	Loteamento São José		

Continuação Tabela 1 – Relação dos bairros de Salvador por Distrito Sanitário

**DISTRITO SANITÁRIO: SUBURBIO FERROVIÁRIO**

POPULAÇÃO – 2005: 324.931Habitantes

Alto da Boa Vista do Lobato	Bela Vista do Lobato	Lobato	Plataforma
Alto do Cabrito	Bela Vista Periperi	Loteamento Fazenda Coutos	Ponta da Sapoca
Alto do Cruzeiro - 2	Coutos	Mirantes de Periperi	Praia Grande
Alto do Lobato	Escada	Novos Alagados	Rio Sena
Alto Santa Terezinha	Felicidade	Paripe	São Tomé de Paripe
Baixa da Boa Vista do Lobato	Gameleira	Parque São Bartolomeu	Setúbal
Bariri	Ilha Amarela	Pedrinhas	Tubarão
Base Naval de Aratu	Ilha de Maré	Periperi	Vista Alegre
Beira Mangue	Itacaranha		
<b>DISTRITO SANITÁRIO: CAJAZEIRAS</b>			
POPULAÇÃO – 2005: 162.963 Habitantes			
Águas Claras	Cajazeiras VII	Fazenda Grande III	
Boca da Mata	Cajazeiras VIII	Fazenda Grande IV	
Cajazeiras III	Cajazeiras X	Loteamento Nogueira	
Cajazeiras IV	Cajazeiras XI	Palestina	
Cajazeiras V	Fazenda Grande I		
Cajazeiras VI	Fazenda Grande II		

Fonte: SMS – Coordenação do SAMU

**ANEXO 2 (NOAS-SUS 01/2002)**  
**ELENCO DE PROCEDIMENTOS A SEREM ACRESCENTADOS AOS DA**  
**RELAÇÃO ATUAL DE ATENÇÃO BÁSICA**

**Grupo 02** – Ações Médicas Básicas:

Atendimento médico de urgência com observação – (até 8 horas). 02.011.04-2

**Grupo 04** – Ações Executadas por Outros Profissionais de Nível Superior:

Assistência domiciliar em atenção básica por profissional de nível superior do programa saúde da família - 04.012.04-6

**Grupo 07** – Proced. Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio:

131 Atend. específico p/ alta do paciente em trat. auto-administrado 07.011.05-9

132 Atend. específico para alta do paciente em trat. supervisionado 07.011.06-7

136 Teste específico para d. *Mellitus* – glicemia capilar 07.031.03-3

137 Teste específico para d. *Mellitus* – glicosúria 07.031.04-1

138 Teste específico para d. *Mellitus* – cetonúria 07.031.05-0

139 Coleta de material para exame citopatológico 07.051.01-8

**Grupo 08** – Cirurgias Ambulatoriais Especializadas:

Debridamento e curativo escara ou ulceração 08.011.07-9

Sutura de ferida de cavidade bucal e face 08.011.31-1

141 Exerese de calo 08.011.34-6

142 Curativo com debridamento em pé diabético 08.012.02-4

Redução manual de prolapso de reto 08.021.11-2

Remoção manual de fecaloma 08.021.12-0

149 Primeiro atendimento a paciente com pequena queimadura 08.151.01-6

**Grupo 10** – Ações Especializadas em Odontologia:

Restauração com ionômero de vidro de duas ou mais faces 10.011.01-3

Restauração com ionômero de vidro de uma face 10.011.02-1

Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente 10.041.01-0

Glossorrafia 10.051.15

Ulectomia 10.051.36-8

**Grupo 11** – Patologia Clínica:

Gravidez, teste imunológico (látex) 11.061.31-6

**Grupo 17** – Diagnose:

225 Eletrocardiograma 17.031.01-0

Nota: Além dos procedimentos relacionados, o nível ampliado deve compreender posto de coleta laboratorial devidamente equipado, seguindo normas técnicas do Ministério da Saúde.

**ANEXO 3A (NOAS-SUS 01/2002)**

## **ELENCO MÍNIMO DE PROCEDIMENTOS DA MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL, A SER OFERTADO NOS MUNICÍPIOS-SEDE DE MÓDULOS ASSISTENCIAIS**

**Grupo 07** – Procedimentos Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio:

- 130 Atendimento médico de urgência com observação até 24 horas 07.011.01-6
- 134 Terapias em grupo executadas por prof. de nível superior 07.021.05-4
- 135 Terapias individuais executadas por prof. de nível superior 07.021.06-2

**Grupo 08** – Cirurgias Ambulatoriais Especializadas:

- 143 Extirpação lesão de vulva/períneo (eletrocoagulação/ fulguração) 08.031.07-0
- 144 Extração de corpo estranho na vagina 08.031.08-8
- 145 Himenotomia 08.031.09-6
- 146 Incisão e drenagem de glândula de *Bartholine* ou *Skene* 08.031.10-0
- 147 Ressutura de episiorrafia pós-parto 08.031.12-6

**Grupo 09** – Procedimentos Traumato-ortopédicos:

- Atendimento ortopédico com imobilização provisória 09.011.08-0

**Grupo 10** – Ações Especializadas em Odontologia:

- Retratamento endodôntico em dente permanente uniradicular 10.041.02-8
- Tratamento endodôntico em dente decíduo uniradicular 10.041.03-6
- Retratamento endodôntico em dente decíduo uniradicular 10.041.04-4
- Tratamento endodôntico em dente permanente uniradicular 10.041.05-2
- Retratamento endodôntico em dente biradicular 10.042.01-6
- Tratamento endodôntico em dente permanente biradicular 10.042.02-4
- Retratamento endodôntico em dente permanente triradicular 10.043.01-2
- Tratamento de perfuração radicular 10.043.02-0
- Tratamento endodôntico em dente permanente triradicular 10.043.03-9
- Tratamento endodôntico em dente decíduo multiradicular 10.044.01-9
- Retratamento endodôntico em dente decíduo multiradicular 10.044.02-7
- Radiografia peri-apical, interproximal (*bite-wing*) 10.101.02-0

**Grupo 11** – Patologia Clínica:

- 160 Ácido úrico (dosagem sanguínea) 11.011.03-3
- 161 Bilirrubina total e frações (dosagem sanguínea) 11.011.08-4
- 162 Colesterol total (dosagem sanguínea) 11.011.12-2
- 163 Creatinina (dosagem sanguínea) 11.011.14-9
- Fosfatase alcalina 11.011.15-7
- 164 Glicose (dosagem sanguínea) 11.011.20-3
- Potássio 11.011.27-047
- Sódio 11.011.33-5
- 165 Transaminase oxalacética – TGO (aspartato amino transferase) 11.011.36-0
- 166 Transaminase pirúvica – TGP (alamina amino transferase) 11.011.37-8
- 167 Uréia (dosagem sanguínea) 11.011.38-6
- Gama-glutamil transferase – gama gt 11.012.17-0
- Triglicerídeos 11.012.24-2



168 Colesterol (LDL) 11.013.09-5  
169 Colesterol (HDL) 11.013.10-9  
170 Colesterol (VLDL) 11.013.11-7  
Curva glicêmica – 2 dosagens – oral 11.015.04-7  
Curva glicêmica clássica 5 dosagens – oral 11.015.05-5  
171 Pesquisa de larvas (método de *Baermann* ou *Rugai*) 11.031.06-9  
172 Pesquisa de oxiurus com coleta por *swab* anal 11.031.09-3  
173 Pesquisa de protozoários pelo método da hematoxilina férrica 11.031.10-7  
174 Pesquisa de sangue oculto nas fezes 11.031.11-5  
175 Parasitológico de fezes (métodos de concentração) 11.032.07-3  
176 Parasitológico de fezes – coleta múltipla com líquido conservante 11.032.08-1  
Fator Rh (inclui *du Fraco*) 11.041.01  
Grupo ABO – determinação 11.041.03  
Fração do hemograma – plaquetas – contagem 11.041.13-7  
Prova do laço 11.041.15  
Retração do coágulo 11.041.18  
Tempo de coagulação (*Celite*) 11.041.20  
Tempo de coagulação (*Lee White*) 11.041.21  
Tempo de sangramento (*Duke*) 11.041.26  
177 Teste de falcização 11.041.29-3  
178 Tripanossoma – pesquisa 11.041.32-3  
179 Velocidade de hemossedimentação (VHS) 11.041.33-1  
180 Hematócrito 11.041.34-0  
Dosagem de hemoglobina 11.041.36  
Eritrograma (eritrócitos, hemoglobina, hematócrito) 11.042.04  
181 Tipagem sanguínea – grupo ABO fator Rh (inclui *du Fraco*) 11.042.06-0  
Leucograma 11.042.08  
Tempo de sangramento de IVY 11.042.10  
182 Hemograma completo 11.043.20-2  
Coagulograma (t. Sangue, t. Coagulação, p. Laço, ret. do coag. E cont. Plaquetas) 11.044.02  
Fator reumatóide, teste do latex 11.061.27-8  
183 Proteína reativa (pesquisa) 11.061.51-048  
Toxoplasmose, HA 11.061.56  
Treponema pallidum, reação de hemaglutinação 11.061.58-8  
184 VDRL (inclusive quantitativo) 11.061.59-6  
Citomegalovirus, EIE 11.062.24-0  
Rubéola, anticorpos IGG 11.062.40-1  
Rubéola, HA 11.062.41  
185 Pesquisa sorológica para anti-HBS (Elisa) 11.063.07-6  
186 Pesquisa sorológica para anti-HCV (Elisa) 11.063.08-4  
Toxoplasmose, IFI-IGG 11.063.36  
Toxoplasmose, IFI (IGM) 11.063.37  
187 Anticorpos anti-HIV1 + HIV2 (Elisa) 11.064.01-3  
188 Baciloscopia direta para pesquisa de BAAR (diagnóstico da tuberculose) 11.111.02-0  
189 Baciloscopia direta para pesquisa de BAAR (controle do tratamento) 11.111.03-8  
190 Baciloscopia direta para pesquisa de BAAR (diagnóstico da hanseníase) 11.111.05-4  
Bacterioscopia (por lâmina) 11.111.06-2

Exame a fresco 11.111.08  
194 Secreção vaginal (bacterioscopia) 11.111.15-1  
195 Secreção vaginal (exame a fresco) 11.111.16-0  
196 Cultura para identificação de bactérias 11.112.01-8  
198 Cultura de urina com contagem de colônias 11.112.05-0  
199 *Streptococcus beta* – hemolítico do grupo A (pesquisa) 11.112.17-4  
200 Antibiograma 11.112.19-0  
202 Elementos anormais e sedimento da urina 11.142.14-6  
203 Fungos (exame direto) 11.161.01-9  
205 Monília (exame direto) 11.161.05-1

### **Grupo 13 – Radiodiagnóstico**

Crânio: PA + lateral 13.011.02-2  
Seios da face: F.N. + M.N. + lateral 13.011.06-5  
Adenóides: lateral 13.012.01-0  
Coluna cervical: AP + LATERAL + T.O ou flexão 13.021.01-0  
Coluna dorsal: AP + lateral 13.021.02-8  
Coluna lombo-sacra 13.022.04-0  
209 Braço (Rx simples) 13.031.04-0  
210 Antebraço (Rx simples) 13.032.01-1  
211 Cotovelo (Rx simples) 13.032.02-0  
212 Mão: duas incidências (Rx simples) 13.032.03-8  
213 Punho: APap + lateral + oblíquos 13.032.05-4  
214 Coxa (Rx simples) 13.041.04-549  
215 Perna (Rx simples) 13.041.06-1  
216 Articulação tíbio-társica (Rx simples) 13.042.01-7  
217 Calcâneo (Rx simples) 13.042.02-5  
218 Joelho (Rx simples) 13.042.03-3  
219 Pé ou pododáctilos (Rx simples) 13.042.06-8  
220 Tórax (PA) 13.051.03-2  
221 Tórax (PA e perfil) 13.052.03-9  
222 Abdomen simples (AP) 13.081.01-2

### **Grupo 14 – Exames Ultra-sonográficos**

223 Ecografia ginecológica 14.011.01-8  
224 Ecografia obstétrica 14.012.01-4

### **Grupo 18 – Fisioterapia (por sessão)**

226 Atendimento a alterações motoras (fisioterapia por sessão) 18.011.01-2  
227 Alterações sensitivas (fisioterapia por sessão) 18.011.02-0  
Reeducação ventilatória em doenças pulmonares 18.031.02-1