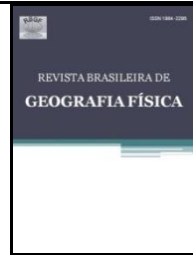




Revista Brasileira de Geografia Física

Homepage: www.ufpe.br/rbgfe



A Complexidade da Distribuição Espacial do Ambiente da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na Região Metropolitana do Recife

Katielle Susane do Nascimento Silva¹, Cláudio Jorge Moura de Castilho²

¹ Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente (PRODEMA) pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

² Professor Adjunto do Departamento de Ciências Geográficas da Universidade Federal de Pernambuco

Artigo recebido em 03/12/2012 e aceito em 15/05/2013

RESUMO

Historicamente, Recife concentrou em seu território unidades públicas de saúde em função da centralidade que ela exerce sobre as demais cidades da Região Metropolitana do Recife (RMR). Mas, a partir de 2010, a atual gestão do Governo de Pernambuco vem implantando, em uma perspectiva desconcentradora da demanda, ação de expansão espacial das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), as quais vêm trazendo “inovações” ao campo da saúde pública, principalmente, no que tange à sua distribuição espacial. Diante desta realidade, temos como objetivo discutir a distribuição espacial dessas UPAs em relação aos assentamentos precários e à rede viária na RMR. Para tanto, foram confeccionados mapas georeferenciados no software Auto Cad 2007 a partir dos quais foi possível interpretar e discutir a localização espacial das UPAs frente as duas escalas consideradas. Assim, conclui-se que as UPAs em funcionamento estão distribuídas de modo a facilitar o acesso, principalmente, das populações pobres. A relevância deste ensaio se dá pelo esforço de pôr em discussão uma política pública de saúde que deveria garantir a universalização dos direitos de cidadania.

Palavras-chave: Unidades de Pronto Atendimento, Região Metropolitana do Recife, Distribuição Espacial.

The Complexity Spatial Distribution of Environment of Emergency Unit in Recife's Metropolitan Region

ABSTRACT

Historically, Recife has concentrated public health units in its territory due to the importance of Recife on other cities in the Recife's Metropolitan Region (RMR). But, the current management of the Government of Pernambuco has been deploying, at a perspective of distributing the demand, the action of spatial expansion of Emergency Units (UPAs), which have been bringing "innovations" to the public health field, mainly, with regards to their spatial distribution. In this context, we aim at discussing the spatial distribution of UPAs related to poor areas and roads in RMR. For that, georeferenced maps were made in Auto Cad 2007 software from which it was possible to interpret and discuss the spatial location of (UPAs) in two scales. Thus, it is concluded that the UPAs operating in RMR are distributed so that their access is facilitated, especially with regard to poor people. The relevance of this paper is given by discussion of the role of public health policy into the universal rights of citizenship.

Keywords: Emergency Units, Recife's Metropolitan Region, Spatial Distributing.

Introdução

A Região Metropolitana do Recife (RMR) é constituída por 14 municípios, situando-se na faixa litorânea nordestina e possuindo população acima de três milhões de habitantes (Bitoun et al., 2006). Desses quatorze municípios, Recife (1.537.704 habitantes), Jaboatão dos Guararapes

(644.620 hab.), Olinda (377.779 hab.) e Paulista (300.466 hab.) destacam-se como os maiores núcleos urbanos (IBGE, 2010) desta região.

A RMR concentra o maior número de indústrias de transformação do estado de Pernambuco, além de exercer o papel de um dos principais centros nacional e internacional de distribuição de mercadorias e de contar

* E-mail para correspondência: katiellesusane@gmail.com.

com a agroindústria também como pilar econômico (Bitoun et al., 2006).

No entanto, é no setor terciário que está o grande destaque da RMR, na medida em que possui um dos mais modernos centros terciários do Nordeste com destaque para os serviços, dentre os quais se sobressaem os de saúde pública e privada.

Historicamente, em função da sua centralidade sobre as demais cidades, Recife concentrou o maior número de unidades de saúde dentro do seu território, incluindo os tradicionais hospitais federais e estaduais. Por isso, esta cidade possui, hoje, segundo discursos dos governos locais, o maior Pólo Médico do Nordeste e o segundo do Brasil no que se refere à qualidade, modernidade e avanços tecnológicos. Posição da qual as iniciativas privadas têm tirado maior proveito, sobretudo, em virtude da visão simples – e não complexa – no lidar com a saúde.

Segundo Fernandes & Lima (2006), este Pólo Médico é fruto de ações espontâneas de médicos, que encontraram na cidade do Recife um lugar de oportunidades para implantar um núcleo concentrado de prestação de serviços privados de saúde, tendo em vista o “[...] modelo de saúde que prevalece no Brasil, onde o SUS cuida dos pacientes de baixa renda, enquanto o chamado sistema de saúde suplementar, privado, cuida dos que podem pagar planos e seguros saúde e/ou ser atendidos como clientes” (Ibidem, p. 30). Ainda, segundo esses autores, esse movimento de implantação do Pólo Médico do Recife acontece também, dentre outros fatores, pelo fato de Recife ter uma tradição na área médica em virtude do funcionamento de grandes e tradicionais hospitais públicos e Faculdades de Medicina, os quais serviram como ímã para uma imensa quantidade de clínicas laboratoriais e terapêuticas que funcionam, hoje, como suporte daquelas unidades.

Concentradas em Recife, essas unidades hospitalares públicas atraíam todas as pessoas que precisavam usar o serviço público de saúde na cidade, a fim de terem suas necessidades atendidas, principalmente para realização de exames, marcação de consultas

para médicos mais especializados, dentre outros serviços procurados.

Contudo, essas unidades públicas de saúde passaram muito tempo sem receberem reformas infraestruturais e estruturais, deixando o setor público de saúde pública abandonado e “sucateado”. O que prejudicou ainda mais as pessoas que não tinham condições de pagar planos privados de saúde.

Esse conjunto de problemas dificultou a prestação do serviço público de saúde com qualidade, tendo em vista a grande e diversificada demanda dentro dos grandes hospitais públicos concentrados na cidade.

Visando a mudar essa situação, começou-se a investir na desconcentração espacial das suas unidades de atendimento. A distribuição dessas unidades de saúde, principalmente aquelas ligadas às urgências, vem, portanto, se alterando na RMR desde o segundo semestre do ano de 2010 com a construção das UPAs, as quais possuem uma distribuição desconcentrada na RMR, estando presente em sete municípios, o que garante o direito de escolha às pessoas que usam a rede pública de saúde (Figura 1).

O objetivo deste estudo é discutir a complexidade da distribuição espacial das UPAs em ambientes da RMR, considerando duas escalas de análise: a da vida das pessoas, através da relação entre a localização das UPAs e os assentamentos precários na RMR (termo designado pelo Observatório-PE para se referir às áreas de precarização habitacional na RMR); e a da rede, pela qual será discutida a localização das UPAs frente aos principais eixos viários na RMR. E isto porque a localização desconcentrada desses objetos espaciais de saúde é sem dúvida uma das suas principais “inovações” no campo da saúde pública, recentemente, no Brasil.

Sendo os objetos espaciais as materialidades construídas pelo homem, através das quais suas ações podem ser executadas, fazendo com que cada lugar tenha uma produção histórica própria (Santos, 2006). Neste caso, as UPAs em si, ou seja, a estrutura física de concreto é um objeto espacial que possibilita que o serviço de saúde seja ali prestado, ação. E este objeto, uma vez territorializado, dá ao lugar onde se instala uma nova configuração territorial.

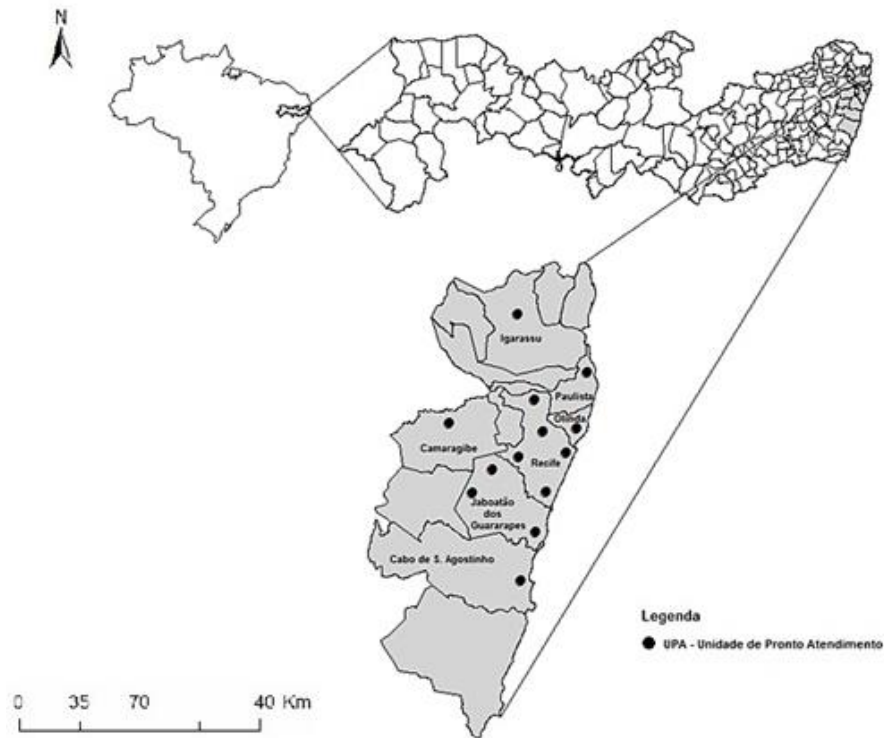


Figura 1. Municípios da Região Metropolitana do Recife que possuem Unidades de Pronto Atendimento, 2012. Fonte: Adaptado da Secretaria Estadual de Saúde. Nota: Este não é um mapa georeferenciado. A escala utilizada é para o mapa da Região Metropolitana do Recife.

As UPAs, integrantes da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), foram implantadas em Pernambuco, pela atual gestão do governo estadual em parceria com o governo Federal. Assim, a distribuição espacial das UPAs pode ser considerada como uma estratégia de melhoramento da rede de serviço público de saúde, o que já garante o mínimo de cidadania, pois a igualdade dos cidadãos pressupõe igualdade a acessibilidade, tendo em vista que as “[...] desigualdades sociais [...] são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais, porque derivam do lugar onde cada qual se encontra” (Santos, 2007, p. 151).

A relevância das reflexões aqui apresentadas se dá principalmente pelo esforço de pôr em discussão uma política pública de saúde que deveria garantir a universalização dos direitos de cidadania àqueles que a demandam. O que será considerado a partir da lógica de localização espacial das UPAs, uma vez que o acesso ao serviço público de saúde também diz respeito à qualidade.

Material e Métodos

Focalizando a temática da distribuição espacial das UPAs na RMR, procedeu-se à realização de pesquisa de caráter teórico e prático simultaneamente, visando à compreensão da lógica de distribuição das UPAs. O trabalho teórico abrangeu leituras concernentes ao tema das políticas públicas de saúde, analisando com profundidade a PNAU, que foi responsável pela institucionalização das UPAs, a fim de compreender seus objetivos, bem como fez-se leituras referentes ao tema da saúde pública em Recife.

As discussões referentes às relações entre a localização das UPAs, a partir das duas escalas escolhidas, foram possíveis através da análise de mapas confeccionados no software Auto Cad 2007. Na confecção dos mapas foi realizada a sobreposição de informações concernentes às bases cartográficas dos assentamentos precários e principais eixos viários na RMR, juntamente com as localizações georeferenciadas de cada UPA no interior do mesmo recorte.

O Sistema de Informação Georeferenciada dos Assentamentos

Precários da RMR – SIGAP que utilizamos foi montado pelo grupo de pesquisa do Observatório-PE que, por sua vez, baseou-se no mapeamento realizado pela FIDEM em 1998.

Para a tomada das coordenadas de cada UPA foi utilizado como instrumento o GPS da marca GARMIM modelo Etrek. As coordenadas foram tomadas sempre na calçada, em frente a cada UPA da RMR entre os dias 09 e 12 de junho de 2012.

Resultados e discussão

Nos últimos anos, no Brasil, vem ocorrendo um conjunto de reflexões e ações relativas aos serviços de urgências, no sentido de evitar a sobrecarga das unidades públicas de saúde, buscando promover serviços com a qualidade devida (BRASIL, 2002a).

A não satisfação das necessidades das pessoas, no que tange à saúde primária, em unidades de saúde de pequeno porte como os Posto de Saúde da Família (PSF), pode ser apontada como um dos motivos da rede de atenção às urgências ser considerada como uma das áreas mais problemáticas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma vez que, “[...] a Atenção Básica à Saúde ainda não constitui a porta de entrada principal ao sistema de saúde, perdendo este papel para os ambulatorios especializados de média complexidade e para os serviços de urgência (Prontos-socorros)” (BRASIL, 2002b, p. 302).

Desse modo, o que se vivencia nas entradas das unidades de urgências é uma mistura de demanda, associada ao atendimento baseado pela ordem de chegada, sem que haja qualquer triagem quanto à gravidade dos “usadores” – cidadão pleno de direitos e não usuário, pois este último é um desdobramento de consumidor, aquele cuja dimensão se esgota no ato da compra (SANTOS, 2007) - o que vinha acarretando prejuízos à saúde dos pacientes em estado grave e, ao mesmo tempo, gerando descontentamento à população de uma maneira geral, como argumenta O’Dwyer (2010).

Foi nesse contexto que o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, associado com as Secretarias de Saúde dos

estados e municípios, instituiu a PNAU em 2003, a fim de organizar os sistemas estaduais de assistência às urgências a partir da redefinição de fluxos (BRASIL, 2006).

As UPAs constituem-se, dentro da PNAU, como a componente de destaque ao lado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), tendo em vista sua ampla distribuição no território nacional e seu funcionamento durante 24 horas por dia. Esta política possibilitou e facilitou o acesso das pessoas ao serviço público de saúde. Através do SAMU, o qual realiza um pré-atendimento do paciente onde este estiver, encaminhando-o, em seguida, para uma unidade de saúde – inclusive para uma UPA –, evitando que toda a demanda se dirija para os hospitais tradicionais, superlotando-os como antes.

As UPAs foram instituídas como unidades não hospitalares de atendimento às urgências, pela Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002; mas isso só aconteceu de fato em dezembro de 2008 com o nome de UPA 24h (Machado et al., 2011).

O ganho de importância das UPAs no âmbito da PNAU se deu em virtude da baixa cobertura populacional dos serviços de urgências, tendo em vista a significativa extensão do território brasileiro, associada à precária oferta de serviço de saúde em unidades pré-hospitalares destinadas a resolver os problemas de média complexidade, resultando na má utilização dos grandes hospitais, como disse O’Dwyer (2010).

Segundo ainda O’Dwyer (2010), a PNAU prevê, como um dos objetivos das UPAs, a sua interiorização, de modo a garantir a ampliação do acesso à saúde pública alcançando o objetivo da garantia da equidade em saúde. Em Pernambuco, as UPAs ainda não estão bem distribuídas do ponto de vista espacial – 13 das 14 UPAs estão localizadas na RMR – embora se veja uma maior localização delas nas áreas onde há maior número da população do estado. O que já pode indicar que essa política vem cumprindo com um papel compensatório, frente à insuficiência também de cobertura das unidades de saúde da família, comprovando o grande déficit na atenção primária.

Cabe ficar atento à natureza da implantação das UPAs, para refletir se estas vieram de fato para atender às necessidades das pessoas por saúde ou atender a interesses políticos, tendo em vista que “[...] como proposta de curto prazo, a UPA tem grande impacto político eleitoral e grande visibilidade” (O’Dwyer, 2010, p. 2401).

Embora sua interiorização não tenha ainda se concretizado na prática, as UPAs são objetos espaciais que, uma vez territorializados, tornou o serviço de saúde público real para grande número de usuários, reduzindo assim a demanda nos grandes hospitais. Não se pode, portanto, negar que se tem avançado, tendo em vista que as UPAs, assim como o SAMU, podem ser acessados por grande parte da população para atender suas necessidades em termos de saúde.

As UPAs reduziram a demanda nos tradicionais hospitais públicos localizados na cidade do Recife. Paralelamente à sua implantação, em Pernambuco, foram construídos, na RMR, três unidades hospitalares: os Hospitais Metropolitanos (HM), sob a mesma lógica empregada na desconcentração espacial das UPAs.

Esses HMs estão localizados nos municípios do Cabo de Santo Agostinho, Recife e Paulista (Figura 2). Eles estão localizados em pontos estratégicos da RMR, facilitando o atendimento às pessoas que residem na Zona da Mata Sul no HM Dóm Helder Câmara, da Zona da Mata Norte no HM Miguel Arraes e a população do interior no HM Pelópidas Silveira. Este último está localizado às margens da BR-232 uma das principais vias de acesso à capital pernambucana.

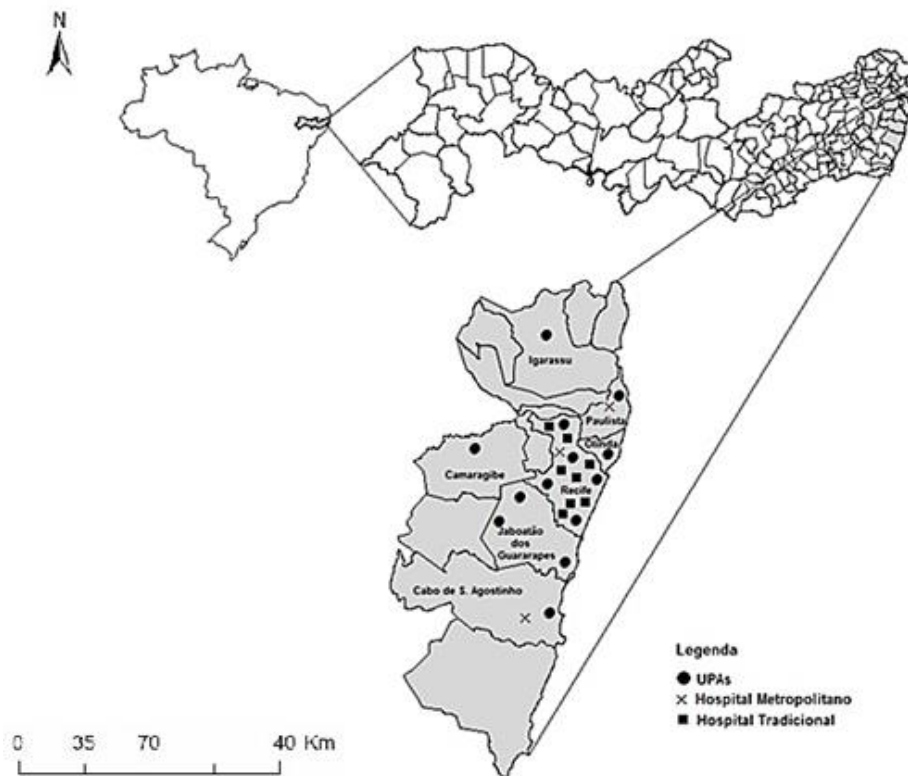


Figura 2. Distribuição espacial das UPAs, Hospitais Metropolitanos e Hospitais Tradicionais Federais e Estaduais na Região Metropolitana do Recife, 2012. Fonte: Adaptado na Secretaria Estadual de Saúde. Nota: Esta figura é apenas ilustrativa, a localização das unidades de saúde não está georreferenciada. A escala utilizada é para o mapa da Região Metropolitana do Recife.

Como pode ser observado na figura, há ainda uma significativa concentração espacial dos objetos espaciais de saúde pública no município de Recife. Desse modo,

as pessoas podem dispor hoje das UPAs para os casos de baixa e média complexidade e dos HMs para os de alta complexidade, estando ambos os tipos de unidades de saúde

desconcentrados espacialmente e, ao mesmo tempo, interligados dentro da RMR. Assim, não se pode negligenciar que o sistema público de saúde vem dando passos largos no sentido de melhorar a saúde pública, ao menos no que tange ao acesso ao serviço público de urgência.

Debruçando-nos especificamente sobre as UPAs na RMR e relacionando-as aos principais eixos viários da região, percebe-se que essas unidades de saúde estão localizadas às margens ou bem próximas a importantes vias de circulação dentro da RMR (Figura 3).

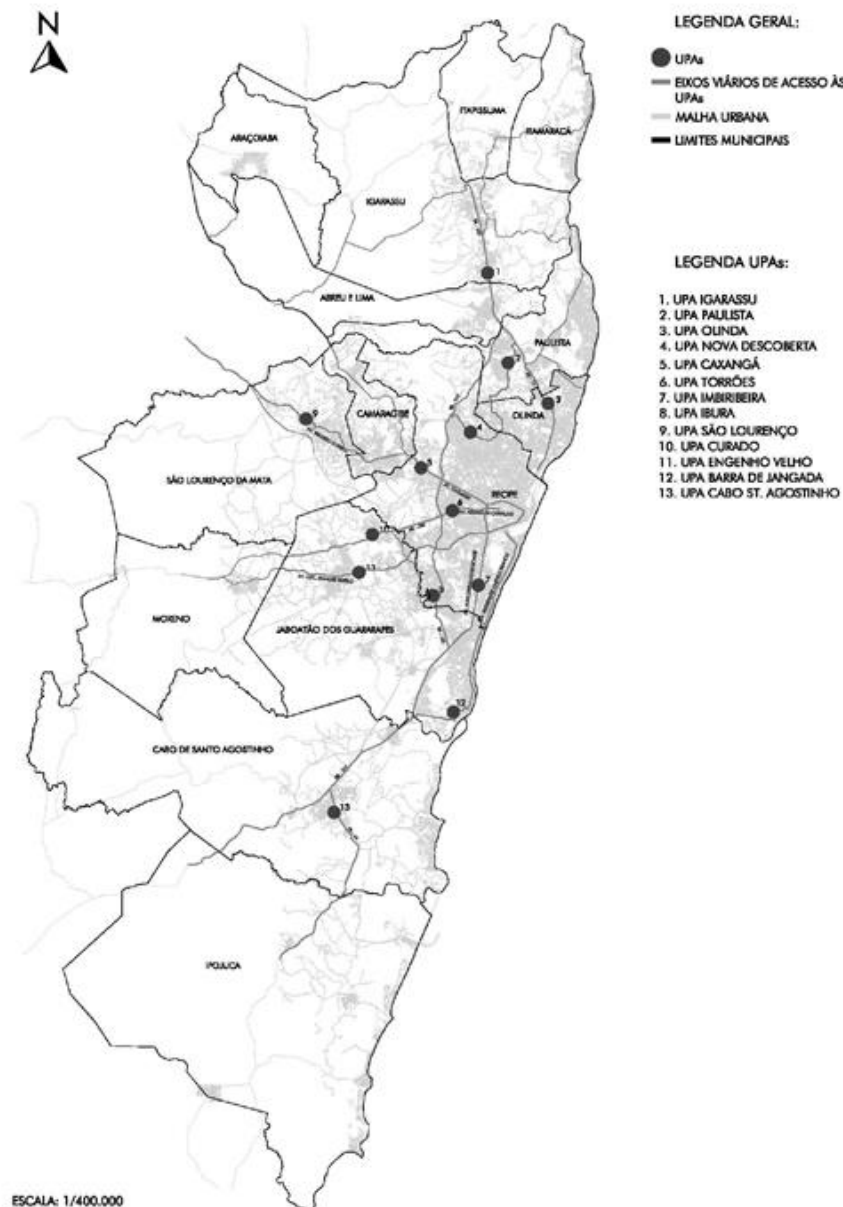


Figura 3. Distribuição das UPAs em relação aos principais eixos viários na RMR, 2012. Fonte: Observatório PE. Edição: Sofia Mahmood.

As UPAs Igarassu e Cabo de Santo Agostinho são aquelas que se encontram nas posições mais ao norte e ao sul, respectivamente, da RMR. Além de atender

as populações locais e de cidades adjacentes, essas UPAs servem de entrepostos para aqueles usuários que vêm da Zona da Mata Norte e Sul com destino à capital em busca de

serviço público de saúde de urgência, impedindo que toda demanda alcance os hospitais tradicionais, tal como acontecia antes.

As UPAs Imbiribeira, Torrões, Caxangá, Igarassu, Olinda e Paulista estão localizadas às margens de importantes eixos viários como as vias Mascarenhas de Moraes, Abdias de Carvalho, Caxangá, BR-101 e PE-15, respectivamente. Essas são vias de intenso fluxo e algumas delas estão interligadas entre elas, o que garante o fácil acesso às referidas UPAs, de qualquer ponto da RMR.

Ainda que não estejam localizadas exatamente às margens de um desses eixos viários, as UPAs Cabo de Santo Agostinho, Ibura, Curado, Engenho Velho, Nova Descoberta, Barra de Jangada e São Lourenço da Mata, estão localizadas nas proximidades de importantes vias de acesso como a PE-60 e as BRs 101, 232 e 408. Esta última dá acesso à UPA de São Lourenço da Mata, ligando-se diretamente à BR-232. Através da PE-27, a BR-408 liga-se à BR-101.

Como pode ser observado, as UPAs estão distribuídas ao longo de importantes eixos viários, os quais, muitas vezes, confluem para uma mesma via de circulação, tendo em vista a grande extensão de alguns eixos, como é o caso da BR-101. Esta via tem grande importância, no que concerne à circulação viária dentro da RMR, tanto para aqueles que já estão na RMR quanto para aqueles que se dirigem a esta região para as suas diversas necessidades quanto aos serviços aqui prestados.

Assim, as pessoas podem usar as UPAs e podem ter seus problemas de saúde resolvidos, sem que seja necessário serem encaminhados para uma unidade mais longínqua. Segundo o Ministério da Saúde, as UPAs vem de fato reduzindo a demanda e as filas nos grandes hospitais, tendo em vista que 97% das pessoas que as procuram têm seu problema resolvido, sem que seja necessário seu encaminhamento para uma unidade hospitalar.

É importante reforçar que, embora essa rede de serviços ainda não esteja presente em todos os municípios e que seu objetivo de interiorização ainda não tenha se consolidado como prevê a PNAU, não se pode negar o

esforço realizado em duas frentes: por um lado “impedindo” o acesso imediato aos grandes hospitais da cidade do Recife, ao mesmo tempo em que está aproximando o serviço público de urgência daqueles que precisam deles.

Isto foi constatado pela nossa pesquisa, quando 60 das 110 pessoas entrevistadas disseram que, antes da UPA Barra de Jangada ter sido construída, dirigiam-se, sobretudo, para o Hospital Novo de Prazeres, mesmo não gostando dos serviços ali prestados; mas era a unidade de saúde mais próxima delas. O mesmo acontecia quando iam aos hospitais Otávio de Freitas, Pan de Areias, Oswaldo Cruz, Restauração, Geral de Prazeres, Português, Infantil e Policlínica do Curado.

Assim, o funcionamento das UPAs pode resultar na percepção de um estado de bem-estar para os usuários, tendo em vista a proximidade do serviço de urgência e a rapidez no que se refere à resolução dos seus problemas.

Desse modo, a forma como as UPAs foram distribuídas, além de tornar o serviço público de saúde mais real para os moradores de muitos municípios, facilitou o acesso daqueles que vêm de outros municípios e regiões do estado. Quanto aos moradores do entorno imediato ou mesmo da cidade onde há uma UPA, estes são de fato os mais contemplados em função da sua proximidade.

Agora aproximar-nos-emos da escala da vida das pessoas a partir da discussão da localização das UPAs junto às pessoas que mais precisam desses objetos espaciais.

De acordo com o Cadastro de Áreas Pobres da RMR, em 2000, esta região contava com 720 assentamentos pobres, abrangendo favelas, pontas de ruas e loteamentos precários. Desses 426 estavam localizados na cidade do Recife, correspondendo a 42% da população recifense vivendo sob condições precárias de vida (Bitoun et al., 2006).

Tratam-se de ambientes fragilizados do ponto de vista socioeconômico e ambiental, onde as condições ambientais não são satisfatórias ao desenvolvimento da vida humana com qualidade e bem-estar. Situação que, entretanto, pode mudar na direção do desenvolvimento socioambiental.

Esses ambientes podem se tornar adequados ao desenvolvimento da vida humana com qualidade e bem estar, desde que sejam objeto de políticas públicas complexas em termos de serviços públicos de saneamento, abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo, dentre outros, os quais garantem, em seu conjunto, as condições ideais de salubridade das moradias e, conseqüentemente, de saúde as pessoas.

Paradoxalmente, é justamente nos ambientes onde a população tem baixíssimo poder aquisitivo que os serviços públicos não

funcionam como deveriam, minimizando a precarização de vida das pessoas. Como se o pobre, por estar nessa condição, não merecesse desfrutar de serviços públicos de qualidade. Todavia, pressões dos movimentos sociais, associados a um contexto político e econômico favorável, têm suscitado a implementação de políticas mais coerentes com as demandas sociais.

Do ponto de vista da localização dos objetos espaciais desse serviço público de saúde de urgência, essa realidade vem se alterando (Figura 4).

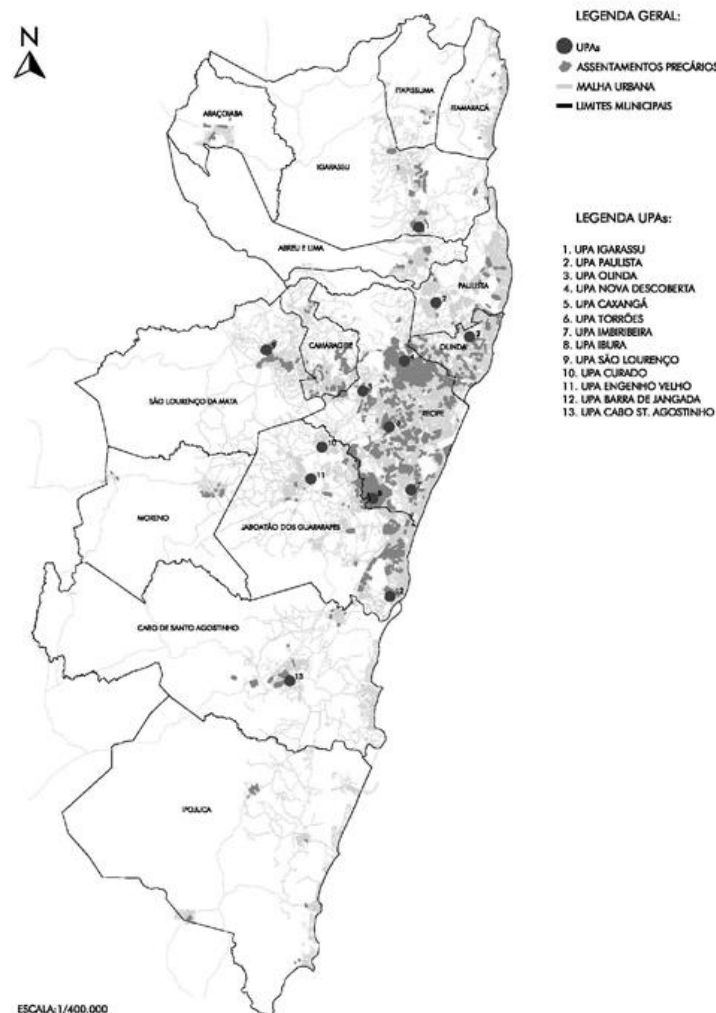


Figura 4. Distribuição espacial das UPAs frente aos assentamentos precários na RMR, 2012. Fonte: Observatório-PE. Edição: Sofia Mahmood.

A presença das UPAs nessas áreas vem imprimindo melhoria tanto nos ambientes onde elas estão instaladas como na vida dos seus moradores. Por um lado, as pessoas

residentes nessas áreas pobres têm à sua disposição um serviço público de saúde que pode ser usado sem que haja nenhum gasto financeiro com passagens, o que muitas vezes

impedia as pessoas pobres de cuidarem de sua saúde. Por outro lado, as áreas onde há UPAs podem se tornar ambientes que receberão mais atenção do governo municipal quanto ao oferecimento de outros serviços públicos em sua complexidade, melhorando a qualidade de vida naquele lugar.

Após o funcionamento da UPA Barra de Jangada, por exemplo, os moradores do entorno imediato relataram, através de entrevistas, que, paralelamente ao seu funcionamento, aquela área está mais bem servida em termos de serviços públicos, principalmente os de limpeza, iluminação urbana e coleta de lixo. O que vem acarretando no aumento da segurança no que diz respeito ao morar naquele lugar e na diminuição do número dos insetos vetores de doenças, garantindo, assim, bem estar e saúde às pessoas que ali vivem.

“Com certeza limpeza urbana [referindo-se à principal mudança no local], coleta de lixo, diminuiu os insetos, iluminação pública. Melhorou o esgoto, estão [referindo-se à Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes] tendo cuidado melhor” (Dona de Casa, 34 anos, moradora da rua Humaitá).

“A rua ficou mais bonita, iluminada e a Prefeitura não deixa essa rua mais suja” (Dona de Casa, 79 anos, moradora da rua Humaitá).

Esta realidade da UPA Barra de Jangada pode também ser a dos outros ambientes onde há outras UPAs, embora saibamos que estamos correndo o risco de uma generalização.

O município de Recife, como dito anteriormente, destaca-se dentro da RMR pelo número de assentamentos pobres que possui. As cinco UPAs presentes neste município estão localizadas dentro dessas áreas, com destaque para as UPAs Curado e Nova Descoberta, ambas localizadas em dois dos maiores assentamentos precários do Recife, de mesmo nome das UPAs.

Embora as UPAs possam fazer parte de um jogo político, por trás do qual existem da parte dos governos interesses para alcançar áreas de menor popularidade, ou mesmo para fazer parte de acordos entre as diversas escalas de poder (Federal-Estadual-Municipal), não se pode negligenciar que muitas pessoas estão sendo beneficiadas.

Quando percebemos que as populações pobres estão sendo beneficiadas, isso louva a iniciativa. Muito embora tenhamos que considerar que apenas a promoção do acesso a esses objetos espaciais não resolve uma problemática socioambiental que é secular. E isto, sobretudo, quando constatamos que ainda persistem problemas para consolidação de posturas interdisciplinares no planejar e gerir a saúde pública das pessoas em sua complexidade, sem as quais não se pode entender melhor e resolver a complexidade ambiental dos lugares em que as políticas públicas acontecem, tais como: a prática médica fragmentadora focada na cura de doenças e a formação médica estritamente disciplinar assentada no trabalho individualizado sem vivências interdisciplinares.

Ademais, embora tenhamos sempre nos referido às populações pobres, as UPAs podem e são usadas também por pessoas de qualquer classe social, tendo em vista que sua lógica de distribuição acha-se vinculada à perspectiva de universalização do acesso às pessoas.

Considerações Finais

Segundo Santos (2007), as pessoas já nascem imbuídas do direito de ter um teto, educação, saúde, trabalho, justiça e liberdade, ou seja, a uma existência digna. E é a partir da garantia desses direitos que se discute a vivência humana sob os princípios da cidadania, a qual, por sua vez, deveria atingir a todos e em qualquer circunstância.

Parte desta vida mais humana, a qual se deseja para as pessoas, pode e deve ser provida pelo Estado através das políticas públicas, isto é, aquelas que devem fazer das pessoas verdadeiros cidadãos, garantindo os interesses coletivos e não os individuais, frente aos serviços públicos (Smith, 1973 *apud* Santos, 2007).

A ação de implantação das UPAs, no âmbito da PNAU, parece estar funcionando no sentido de minimizar as desigualdades territoriais, no que tange ao acesso à saúde pública, tendo em vista suas posições geográficas estratégicas frente aos assentamentos precários dentro da RMR; bem

como aos eixos viários que dão acesso a esses objetos espaciais.

As UPAs estão localizadas às margens ou bem próximas a importantes eixos viários, garantindo que populações de dentro e de fora da RMR possam ter seu acesso facilitado aos serviços públicos de urgência, o que garante segurança e conforto àqueles que precisam de um atendimento imediato para a manutenção da vida.

No que diz respeito à localização das UPAs junto aos assentamentos precários, pôde-se constatar que a maioria das UPAs está encravada dentro de áreas consideradas pobres da RMR, minimizando as desigualdades socioambientais. Essas áreas pobres são também aquelas carentes em termos de infraestrutura urbana capaz de garantir condições de vida digna às pessoas.

“Famílias carentes passam de madrugada a pé sem precisar alugar táxi, incomodar vizinho, isso foi uma mudança, com certeza” (Dona de Casa, 39 anos, moradora da rua Dois Irmãos).

Com relação ao acesso a saúde melhorou, porque antes tinha que recorrer para o Recife, principalmente, para a classe inferior porque não tem condições [...]” (Dona de casa,, 53 anos).

Embora a qualidade dos serviços públicos de saúde não possa ser avaliada apenas a partir da distribuição espacial dos objetos espaciais de prestação de serviços, esta variável não deixa, também, de ser um importante indicador da natureza da política ora estudada.

Isto porque as políticas públicas, de uma maneira geral, devem incidir sobre o espaço geográfico na perspectiva de promover melhoria de vida às pessoas que mais precisam delas. E nessa perspectiva as UPAs em funcionamento na RMR estão garantindo melhoria de vida às pessoas, a partir do momento em que tem facilitado o acesso aos serviços objeto daquelas políticas.

Agradecimentos

Agradecemos à CAPES, pelo apoio financeiro para o desenvolvimento da pesquisa de mestrado; bem como ao Programa de Desenvolvimento e Meio Ambiente (PRODEMA-UFPE), pelo espaço para aprofundamento das discussões acerca

das temáticas socioambientais. Castilho, C.J.M. é Bolsista de Produtividade do CNPq.

Referências

Bitoun, J.; Miranda, L.; Souza, M.A. (2006). Como anda a Região Metropolitana do Recife. 1ª Ed. Recife, FASE, p. 128p.

BRASIL. (2002a). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Diário Oficial da União; 12 nov.

Brasil. (2002b). Desenvolvimento do sistema único de saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes. Conselho Nacional de Saúde. Revista Saúde em Debate, São Paulo, v. 26, p. 295- 310.

Brasil. (2006). Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Fernandes, A.C.; Lima, J.P.R. (2006). Cluster de serviços: contribuições conceituais com base em evidências do pólo médico do Recife. Revista Nova Economia, v. 16, p. 11-47.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Área da unidade territorial, 2010. Rio de Janeiro: IBGE – CIDADES. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20/jan/2012.

Machado, C.V.; Salvador, F.G.F.; O’Dwyer, G. (2011). Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 45, p. 519- 528.

O’Dwyer, G. (2010) A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. Revista Ciência e Saúde, Rio Grande do Sul, v. 15, p. 2395-2404.

Santos, M. (2006). A natureza do espaço. 4ª Ed. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 259p.

_____. (2007). O Espaço do Cidadão.
7ª Ed. São Paulo, Editora da Universidade de
São Paulo. 176p.