

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) E PROMOÇÃO DE SAÚDE: UM OLHAR A PARTIR DO “SISTEMA DE OBJETOS” E “SISTEMA DE AÇÕES”

EMERGENCY AND URGENCY UNITS (UPA) AND THE PROMOTION OF HEALTH: A PERSPECTIVE BASED ON THE “OBJECTS SYSTEM” AND THE “ACTIONS SYSTEM”

Katielle Susane do Nascimento SILVA¹
Solange Laurentino dos SANTOS²

RESUMO

A atual gestão do Governo de Pernambuco vem implantando a ação de expansão espacial das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), as quais vêm trazendo “inovações” ao campo da saúde pública. Mas, considerando que a qualidade de serviço de saúde não diz respeito apenas à existência de unidades de saúde, discutiremos em que medida a atual política pública de saúde, com a implantação das UPAs, está comprometida com a promoção de saúde a partir da abordagem do Sistema de Objetos e Sistema de Ações. A abordagem espacial crítica aqui presente busca o entendimento do papel que as espacialidades desempenham na manutenção de espaços mais ou menos desiguais e isto a partir do objeto espacial e das ações que acontecem a partir dele. Concluiu-se que a espacialização das UPAs parece estar funcionando no sentido de minimizar as desigualdades espaciais, no que tange ao acesso à saúde pública, entretanto a UPA se mostra como uma unidade reprodutora de um serviço público de saúde fragmentado e simplificador, focado apenas na cura de doenças.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento, Promoção de Saúde, Sistema de Objeto, Sistema de Ações

1. Introdução

Desde 2010, o Governo do estado de Pernambuco vem espacializando as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as quais vêm proporcionando, concomitantemente, outras

¹ Doutoranda em Geografia Humana na Universidade de Lisboa. katiellesusane@gmail.com

² Profª Drª Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco
solange.lasantos@ufpe.br

inovações no campo da atenção à saúde pública. Estas inovações vêm concretizando o melhoramento da rede de serviço público de saúde, visando garantir a igualdade dos cidadãos – principalmente os mais pobres – em termos, sobretudo, da 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).

Até o ano de 2013, Pernambuco conta com 16 UPAs, 13 na Região Metropolitana do Recife (RMR) distribuídas em sete municípios (Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Cabo de Santo Agostinho, Igarassu, São Lourenço da Mata e Paulista) (Figura 1), duas em Caruaru e uma em Petrolina (municípios importantes do interior do estado federado)

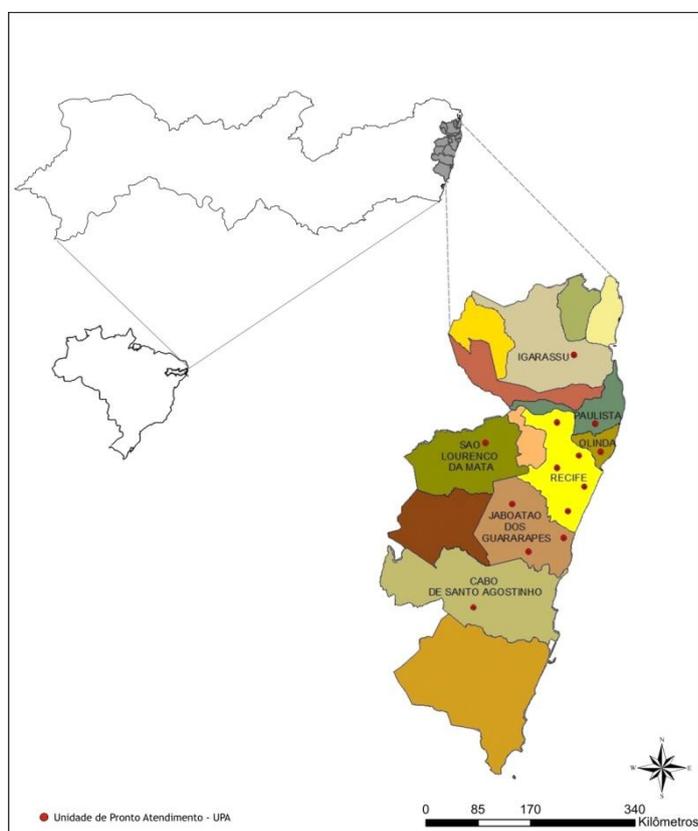


Figura 1: UPAs por Municípios da Região Metropolitana do Recife - RMR, 2013.

Fonte: Adaptado da Secretaria Estadual de Saúde.

Nota: Este não é um mapa georeferenciado. A escala utilizada é para o mapa da RMR.

Em assim sendo, o objetivo deste estudo reside na discussão da implantação das UPAs, como objetos espaciais que se voltam à prestação de serviços de urgências, na RMR,

a partir da abordagem do conjunto dos Sistemas de Objetos (SO) e Sistemas de Ações (SA), proposta, como totalidade em totalização, (SANTOS, 2006).

A análise do SO foi possível através de mapas confeccionados no *software Auto Cad* 2007. Nestes, foi realizada a sobreposição de informações concernentes às bases cartográficas dos assentamentos precários (termo designado pelo Observatório-PE para se referir às áreas de precarização habitacional na RMR) e das localizações georreferenciadas de cada UPA no interior do mesmo recorte espacial considerado.

No que tange à análise do SA, foi escolhida uma UPA para estudo de caso, a fim de aprofundar a discussão proposta. Nesta UPA foram realizadas 110 entrevistas com usuários³ que tinham acabado de receber atendimento médico. As entrevistas realizadas foram do tipo semi-estruturadas, apesar de conterem apenas uma pergunta fechada do tipo múltipla escolha.

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, o critério de representatividade da amostra não foi numérico, pois, para Minayo (1992), em uma pesquisa qualitativa “[...] podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”, isto é, como totalidade complexa.

Assim, a análise volta-se para a espacialização do serviço em epígrafe, uma vez que a disponibilidade de serviços de saúde próximos da população pobre se sobrepõe sobre as características individuais que privam aquela população do acesso a saúde, impulsionando maior uso desse serviço público (SANTANA, 2005). Logo, o fator proximidade “geográfica” ganha relevo na discussão acerca da promoção da saúde, sendo a alocação dos equipamentos de prestação de serviços públicos um componente imprescindível para aproximar as pessoas da condição de cidadão.

Ademais, o olhar totalizador sobre a saúde não se limita apenas à presença do equipamento de saúde, mas, sobretudo ao uso que é feito a partir desse objeto espacial. Tendo em vista que a trama espacial dos objetos de saúde *per se* pode esconder a natureza das práticas sociais que estão sob a égide da política pública.

Essa análise permitiu verificar em que medida as UPAs, principais “inovações” atuais no campo da saúde pública no Brasil, vêm se esboçando como uma iniciativa

³ O emprego do termo usuário, distinto do termo usuário, deu-se em função de compreender que este último é um desdobramento de um mero consumidor, aquele cuja dimensão se esgota no ato da compra, que se alimenta de parcialidades. Enquanto isso, usuário é compreendido como o cidadão, ou seja, como uma pessoa plena de direitos (SANTOS, 2007).

diferenciada no âmbito da saúde pública, garantindo ao mesmo promoção de saúde; ou se não passa de uma estratégia de aproximar objetos espaciais de saúde pública das pessoas mais vulneráveis socioeconomicamente através de um “belo” edifício, cujas práticas sociais internas perpetuam a lógica fragmentadora e simplificadora da saúde, da pessoa e do ambiente.

2. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU) E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

Nos últimos anos no Brasil, vem aumentando a procura por serviços de urgências, fazendo com que as unidades de saúde destinadas a atender esse tipo de demanda fiquem sobrecarregadas dificultando o acesso das pessoas a um serviço de saúde de qualidade. A Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002 da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) aponta o aumento da violência urbana e o número crescente de acidentes como os responsáveis por essa sobrecarga (BRASIL, 2002a). Por isso, os serviços de urgências constituem uma das áreas de maior estrangulamento dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além do que, as necessidades das pessoas por serviço de saúde e a insatisfação delas no âmbito da atenção primária, define o fluxo das demandas, fazendo com que as unidades de urgências, se caracterizem como “portas de entrada” desde os casos mais simples àqueles que de fato se constituem como urgência. “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 na ordem de chegada, sem que haja qualquer triagem quanto à gravidade dos casos, o que vinha acarretando prejuízos à saúde dos usuários em estado grave e, ao mesmo tempo, gerando descontentamento aos usuários de uma maneira geral (O'DWYER, 2010).

É nesse contexto que o Governo Federal através do Ministério da Saúde, associado com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, a fim de organizar os sistemas estaduais de assistência às urgências a partir da redefinição de fluxos, instituiu a PNAU em 2003 (BRASIL, 2006). Embora a meta principal desta Política seja a reorganização dos sistemas estaduais de urgências, ela enxerga que esta organização deve envolver toda a

rede assistencial desde a rede pré-hospitalar à hospitalar de alta complexidade, através do melhoramento de toda rede, a fim de que cada unidade de saúde possa atender uma determinada demanda de acordo com sua capacidade de resolução.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi “[...] escolhido como primeira estratégia de implementação dessa política” (O’DWYER, 2010, p. 2396; BRASIL, 2006). Pois o SAMU possui capacidade de monitorar e redefinir fluxos em tempo real. Em contato com uma central de regulação, dirige-se com o paciente diretamente para uma unidade de saúde que tenha vaga, evitando que o paciente se desloque de hospital em hospital. O SAMU realiza um pré-atendimento onde o paciente estiver e o encaminha para uma unidade de saúde.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) se constituem dentro da PNAU como a componente de destaque ao lado do SAMU, tendo em vista sua ampla distribuição no território nacional e seu funcionamento 24 horas por dia. Assim, esta política possibilitou e facilitou o acesso das pessoas ao serviço público de saúde. As UPAs servem como entrepostos entre as unidades básicas e os grandes hospitais, evitando que toda a demanda se dirija para os hospitais tradicionais, superlotando-os.

As UPAs foram instituídas como unidades não hospitalares de atendimento às urgências pela Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002, mas só se materializou em dezembro de 2008 com o nome de UPA 24h (MACHADO; SALVADOR; O’DWYER, 2011).

O ganho de importância das UPAs dentro da PNAU se deu em virtude da baixa cobertura populacional dos serviços de urgências, tendo em vista, a grande extensão do território brasileiro, bem como a precariedade em termos da oferta de serviço de saúde em unidades pré-hospitalares destinadas a resolver os problemas de média complexidade, resultando na má utilização dos grandes hospitais (O’DWYER, 2010).

As UPAs são caracterizadas como uma estrutura de complexidade intermediária. Isso significa que elas estão localizadas entre as unidades de saúde da família e as unidades hospitalares de atenção às urgências e emergências.

As UPAs não possuem a mesma estrutura física, pois são distribuídas de acordo com seu porte: Porte I, Porte II e Porte III, que são definidos: pelo número de médico por plantão, pelo número de leitos, pela capacidade da sala de urgência e pelo número de atendimento realizado por dia, como reza o artigo sete da Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002.

É interessante tomar nota que o método de atendimento nas UPAs é o da “Triagem Classificatória” baseado no grau de gravidade do paciente e não mais obedecendo a tradicional ordem de chegada, o que vem trazendo grande satisfação aos usuários.

“O atendimento é bom. Tem vários setores de pré-atendimento. Eu acho melhor porque é organizado, tem cadastro, classificação antes de entrar no médico. A pulseira eu acho bom porque já encaminha para um especialista certo” (Usador, 34 anos).

De acordo com a PNAU, as UPAs, uma vez implantadas em um território, devem estar integradas ao SAMU e, ao mesmo tempo, deve haver o melhoramento da atenção básica, de modo que toda a rede esteja apta para atender as suas demandas específicas. Ademais, esta associação de acontecimentos, a qual potencializaria a capacidade resolutive de cada unidade de saúde, promovendo melhoria aos usuários, ainda não funciona em sua plenitude na prática (O'DWYER, 2010).

Não se pode negar que em muito 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 de saúde pois, as UPAs são objetos espaciais que, uma vez territorializados, tornou o serviço público de saúde real para grande número de usuários.

Isto, pelo fato das UPAs se constituírem como uma nova alternativa aos usuários do sistema público de saúde, e também por estarem ligadas às unidades hospitalares, como os Hospitais Metropolitanos (HM), redefinindo fluxos e assim controlando uma parte da demanda.

Segundo O'Dwyer (2010), as portarias que fazem parte da PNAU, são coerentes e suas propostas são complementares, projetando uma grande possibilidade de evolução dessa política, o que reforça a sua relevância. Pode ser ainda considerada uma política inovadora, na medida em que tem centralidade nos usuários, pois visa à promoção de saúde a partir da integralidade do indivíduo. O que significa, ao menos no nível do discurso, o interesse de romper com a prática fragmentadora tanto criticada na saúde pública, com vistas a uma prática humanizadora em saúde.

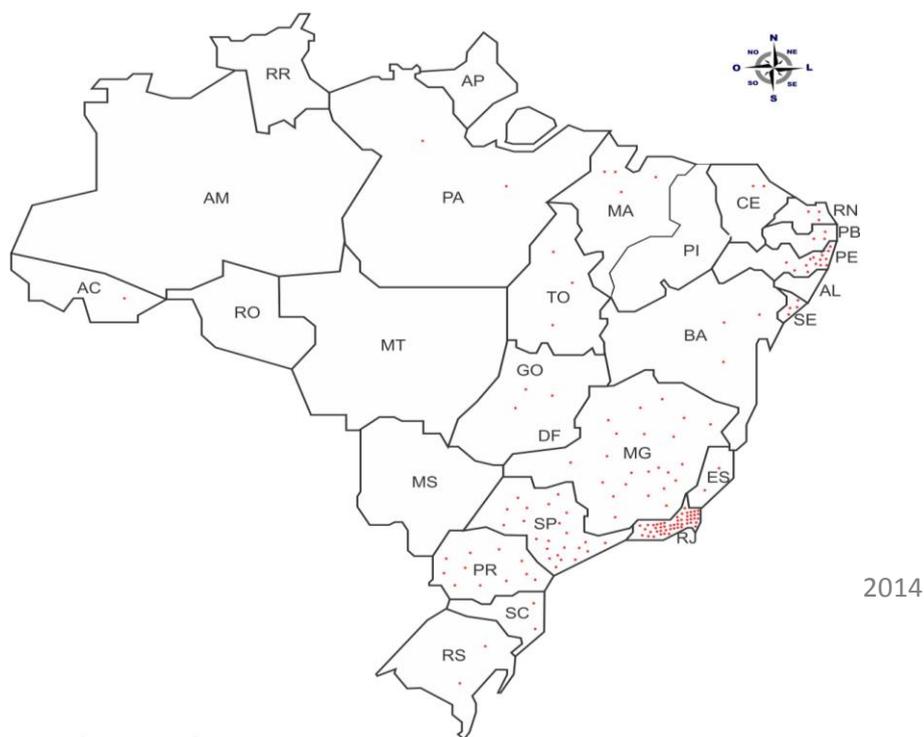
Para tanto, o artigo 2 da Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003, a qual institui que a PNAU deve ser implantada em todas as unidades federadas, reza que a assistência em saúde no âmbito da emergência deve se desenvolver a partir de “[...] estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e

desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividade” (BRASIL, 2006, p. 17, grifo nosso).

Aqui, fica claro que a intenção da prática em saúde no âmbito das urgências não é agir apenas na recuperação, mas na promoção de saúde, o que implica dividir com os usuários a capacidade de promover sua própria saúde reforçando que saúde não se realiza apenas no ambiente médico, nem apenas com números de unidades de saúde. É neste sentido que as UPAs, assim como as demais portas de urgências, podem garantir promoção de saúde, tendo em vista que muitos dos atendimentos realizados nessas unidades são casos de atenção primária. Contrariando a idéia de .que uma política humanizadora em saúde só possa ser posta em prática nas unidades básicas de saúde.

O Brasil em 2010 conta com 154 UPAs em funcionamento, mas não tão bem descentralizadas pelo território nacional, tendo em vista que as regiões Centro-Oeste, Norte e Sul são aquelas que possuem o menor número de UPAs três, seis e 15 respectivamente (PORTAL DA SAÚDE BRASIL, 2010).

Embora a região Nordeste apareça na segunda posição dentre as regiões brasileiras com o maior número de UPAs, 33, a região Sudeste na primeira colocação concentra 97 UPAs, quase três vezes a quantidade de UPAs da região Nordeste. Deve-se destacar, que dentro da região Sudeste o estado do Rio de Janeiro chamou nossa atenção pelo fato de ter 49 vezes mais UPAs do que o Acre, estado com menor quantidade de UPA, apenas uma. Aparecem dentro do Brasil com o segundo maior número de UPAs, os estados de São Paulo e Minas Gerais, ambos com 23 unidades (Figura 2) (PORTAL DA SAÚDE BRASIL, 2010).



Legenda

• UPA

— Limites estaduais

Figura 2. Unidades de Pronto Atendimento no Brasil.

Fonte: Adaptado do Portal da Saúde – Brasil.

Nota: A distribuição espacial das UPAs no Brasil, apresenta tendência a concentrar seus objetos espaciais nas áreas mais populosas do país. O que já se faz interessante enquanto política pública.

Porém, a concentração das UPAs na região Sudeste com destaque para os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, vem demonstrar a força de concentração deste eixo.

Após esta breve apresentação da PNAU, a partir da qual foram enfatizados seus objetivos e apresentado o papel que as UPAs ocupam como um meio para que esta política possa se concretizar em sua plenitude, aproximamos-nos das UPAs territorializadas e em funcionamento na Região Metropolitana do Recife (RMR) no intuito de discutí-las a partir de sua espacialização frente aos assentamentos precários (SO), e do comprometimento das ações realizadas em seu interior com a promoção de saúde (SA).

3. UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: AVANÇOS E RETROCESSOS EM DIREÇÃO A PROMOÇÃO DE SAÚDE

A cidade do Recife, em função da grande centralidade que exerce sobre as demais cidades do estado de Pernambuco, concentrou historicamente o maior número de unidades de saúde dentro do seu território, incluindo a antiga rede de hospitais federais e estaduais localizados na cidade do Recife. Conta ainda com uma grande rede de hospitais privados e, por isso a cidade é considerada hoje o maior Pólo Médico do Nordeste e o segundo do Brasil no que se refere a qualidade, modernidade e avanços tecnológicos. Mas, este Pólo Médico está sobretudo ligado à iniciativa privada.

Quanto às unidades hospitalares públicas, não é verificado em Recife o que poderia ser chamado de um Pólo Médico público, mas os tradicionais hospitais públicos estão fortemente concentrados naquela cidade, definindo fluxos, ou seja, fazendo com que as pessoas que precisem usar o serviço público de saúde se dirijam para Recife, a fim de terem suas necessidades atendidas, principalmente para os casos mais graves, realização de exames, marcação de consultas para médicos, especialistas, etc.

Recife, enquanto um centro urbano de grande influência na região Nordeste, sempre atraiu pessoas de localidades próximas e distantes que buscavam solução para as suas necessidades de saúde. A concentração espacial de unidades de saúde destinadas às urgências, com a implantação das UPAs, vem alterando essa situação, uma vez que garante o direito de escolha das pessoas, no que se refere ao destino para satisfação dessas necessidades.

Segundo o Ministério da Saúde, as UPAs vêm, de fato, reduzindo a demanda e as filas nos grandes hospitais. Isto porque, segundo o Ministério, 97% das pessoas que as procuram têm seu problema resolvido, sem que seja necessário seu encaminhamento para uma unidade hospitalar.

Tabela 1. Número de atendimentos de urgência nos principais hospitais públicos da cidade do Recife entre 2008 e 2012.

Hospitais Região Metropolitana do Recife	2008	2009	2010	2011	2012
Agamenon Magalhaes	84.257	87.469	128.908	77.631	62.491
Otávio de Freitas	83.291	62.216	133.584	61.730	45.519
Restauração	54.007	43.388	47.959	28.671	31.223
Barão de Lucena	67.734	88.126	91.938	49.217	50.827
Getúlio Vargas	39.276	36.300	59.333	33.061	20.735

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2013

Assim sendo, esta distribuição espacial constitui, também, uma estratégia inicial visando ao melhoramento do acesso e funcionamento dos serviços na rede de atenção à saúde pública no estado federado de Pernambuco.

A partir de agora nos aproximaremos da escala da vida das pessoas através da análise da espacialização das UPAs na RMR frente as pessoas que mais precisam delas, e em seguida voltaremos nossa atenção a natureza das práticas médicas realizadas no interior da UPA Barra de Jangada, reforçando a tese de que saúde não se alcança apenas com a presença de objetos espaciais.

3.1 Olhar sobre o Sistema de Objeto

De acordo com o Cadastro de Áreas Pobres da RMR, em 2000 esta região contava com 720 comunidades pobres abrangendo favelas, pontas de ruas e loteamentos precários, estando 426 delas localizadas na cidade do Recife, o que correspondia a 42% da população recifense vivendo sob condições precárias de vida (BITOUN; MIRANDA; SOUZA, 2006).

Esses são ambientes fragilizados do ponto de vista socioeconômico e ambiental, ou seja, onde as condições do ambiente não são satisfatórias ao desenvolvimento da vida humana com qualidade e bem-estar.

Esses ambientes podem se tornar adequados ao desenvolvimento da vida humana com qualidade, desde que sejam executados serviços públicos de saneamento, abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo, dentre outros, os quais garantem as condições ideais de salubridade das moradias e, conseqüentemente, saúde às pessoas.

Mas, paradoxalmente, são justamente nos ambientes onde a população tem baixíssimo poder aquisitivo frente ao modelo econômico vigente, que os serviços públicos - os quais deveriam minimizar a precarização de vida das pessoas - não se realizam. E assim, somam-se precárias condições econômicas a precárias condições ambientais. Como se o pobre, por estar na condição de pobreza, não merecesse desfrutar de serviços públicos de boa qualidade.

Entretanto, no que diz respeito à localização do serviço público de saúde de urgência, essa realidade vem se alterando. Isto porque onze das treze UPAs em funcionamento na RMR estão localizadas dentro de áreas classificadas como assentamentos precários. Apenas as UPAs Curado e Engenho Velho no município de Jaboatão dos Guararapes não se localizam nesses assentamentos, mas ambas localizam-se próximas às áreas de assentamentos precários (Figura 3).

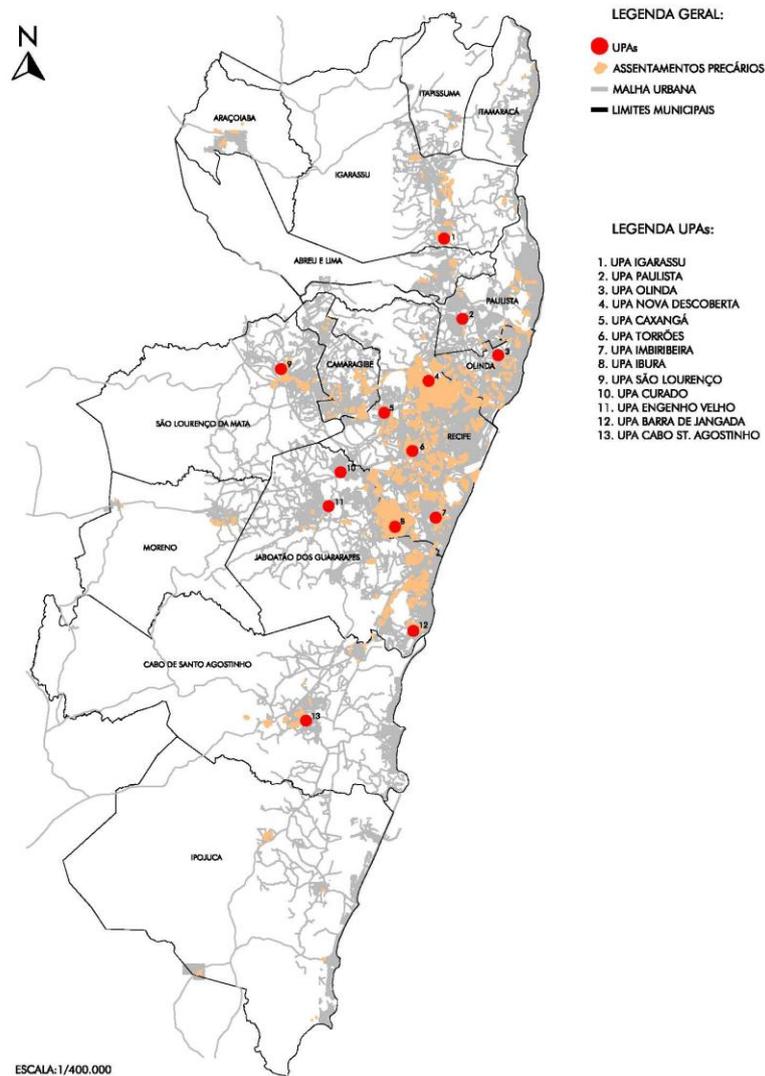


Figura 3. Localização georreferenciada das Unidades de Pronto Atendimento em relação aos assentamentos precários na Região Metropolitana de Recife, 2012.

Fonte: Observatório-PE. Edição: Sofia Mahmood.

A presença dessas UPAs nesses ambientes vem imprimindo melhoria tanto aos lugares onde elas estão instaladas como aos moradores. Por um lado, esses moradores 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 de cuidar da sua saúde. Por outro lado, os ambientes onde há UPAs podem se tornarem lugares que receberão mais atenção por parte do governo municipal quanto ao abastecimento de

outros serviços públicos, melhorando, ainda que minimamente, a qualidade de vida naquele lugar.

“Famílias carentes passam de madrugada a pé sem precisar alugar táxi, incomodar vizinho, isso foi uma mudança, com certeza” (Usador, 39 anos).

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

Tinha razão Santos quando dizia que a proximidade dos serviços é importante para aproximar os indivíduos da sua condição de cidadão, isto porque a localização dos objetos espaciais de prestação de serviços sociais, por ser tão diferencial e contrastante no território brasileiro, exige grande número de pessoas do seu uso. “Às vezes, tais bens e serviços simplesmente não existem na área, às vezes não podem ser alcançados por questão de tempo ou de dinheiro. [...] os pobres de recursos, são prisioneiros do lugar, isto é, dos preços e das carências do lugar” (SANTOS, 2007, p. 139-140).

Após o funcionamento da UPA Barra de Jangada, os usuários que moravam no entorno imediato relataram, através de entrevistas, que, paralelamente ao seu funcionamento, aquela área está bem mais servida em termos de serviços públicos, principalmente os de limpeza, iluminação urbana e coleta de lixo. O que acarretou aumento da segurança de morar no lugar e diminuição de insetos vetores de doenças, garantindo bem estar e saúde à população que ali vive.

“Com certeza limpeza urbana [referindo-se à principal mudança no local após a implantação da UPA Barra de Jangada], coleta de lixo, diminuiu os insetos, iluminação pública. Melhorou o esgoto, estão [referindo-se à Prefeitura] tendo cuidado melhor” (Usador, 34 anos).

“O bem estar daqui da rua em relação a segurança [referindo-se à principal mudança no local]. A rua ficou mais bonita, iluminada e a Prefeitura não deixa essa rua mais suja” (Usador, 79 anos).

“Ali era um campo, era lixo, e não é mais” (Usador, 63 anos).

“Limpeza da rua, cuidado com o lugar” (Usador, 36 anos).

Como dito anteriormente, essas entrevistas foram realizadas com usuários da UPA Barra de Jangada, mas a realidade desta UPA pode também ser a realidade dos outros ambientes onde estão as outras UPAs.

A localização das UPAs na RMR está de fato mais próxima das pessoas que mais precisam dos serviços públicos de saúde. Recife, como dito anteriormente, destaca-se na RMR pelo número de comunidades pobres; as cinco UPAs 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 que deram nome as suas UPAs.

Embora as UPAs possam fazer parte de um grande jogo político, por trás do qual está o interesse do governo para alcançar áreas de menor popularidade e para reforçar acordos entre as diversas escalas do poder (Federal-Estadual-Municipal), não se pode negligenciar que muitas pessoas estão sendo beneficiadas. O que foi observado a partir da análise das localizações das UPAs frente aos assentamento precários.

No entanto, não se pode negar que o alcance da promoção de saúde ora idealizada aqui não pode concretizar-se sem a materialidade que dá forma ao objeto espacial UPA. Mas é necessário pensar as dimensões, ao mesmo tempo, materiais e imateriais para se esboçar o planejamento e a gestão em saúde comprometida com o direito inalienável à saúde pública de qualidade.

Restando-nos discutir essas unidades de saúde mais profundamente, a fim de verificar se as melhorias no que tange ao acesso e à localização vieram acompanhadas da prestação de serviço público comprometido com a promoção de saúde.

3.2 Olhar sobre o Sistema de Ações

Embora as UPAs, como vimos, estejam de fato mais próximas das pessoas que mais precisam elas não vem garantindo satisfação a todos os seus usuários. Quando os usuários da UPA Barra de Jangada foram questionados se o serviço de saúde por ele experienciado naquela unidade de saúde havia sido melhor, pior ou igual com relação aos serviços por eles usado antes da implantação daquela UPA 62% apontaram que o atendimento na UPA era melhor enquanto 21% e 17% disseram que era pior e igual, respectivamente.

Quando perguntados sobre o porquê do atendimento na UPA Barra de Jangada ter sido melhor ou pior do que em outras unidades já usadas pelas pessoas elas responderam:

“Melhor. Porque eles examinam direitinho e dá a medicação. É por dia. Tem plantão que é bom tem plantão ruim” (Usador, 60 anos, entrevista concedida em 11/07/2012).

“Melhor. Quando cheguei logo não fui bem atendida pelas enfermeiras. Hoje o médico é bom. É melhor porque eles ficam em cima, a higiene. Eu to aqui há três dias e eles só liberaram quando ele [referindo-se ao filho de 2 anos] ele tava bom” (Usador, 33 anos, entrevista concedida em 06/07/2012).

“Pior porque cheguei às 4h da manhã fui atendido às 8h da manhã. Muita demora” (Usador, 27 anos, entrevista concedida em 03/07/2012).

“Pior. A primeira vez, segunda, terceira foi bom e hoje cheguei com dor e mandaram pra casa. A nota hoje é zero” (Usador, 53 anos, entrevista concedida em 03/07/2012).

“Igual. A mesma coisa. As pessoas não se preocupam com a saúde da gente... porque a gente não tá pagando trata a gente como cachorro” (Usador, 29 anos, entrevista concedida em 11/06/2012).

“A mesma coisa, não tem muita diferença não. Depende muito do plantão, tem plantão que você sofre” (Usador, 22 anos, entrevista concedida em 06/06/2012).

Com isto, podemos afirmar que, apesar de toda “inovação” estética promovida pelas UPAs, os serviços de saúde ainda não são prestados com a qualidade almejada e de direito dos usuários. E vale reforçar que as carências da rede pública de saúde para garantir promoção de saúde não são encobertas pela boa aparência física daquele objeto espacial.

A aprovação da UPA Barra de Jangada, como um serviço público de saúde de qualidade, pelos usuários, está relacionada à forma como se deu o atendimento: se o usuário foi atendido pelo médico ou liberado na triagem, ao tempo de espera pelo atendimento, à forma como foram tratados pelos profissionais que trabalham na UPA, dentre outros fatores.

Desse modo, a prestação de um serviço público de saúde satisfatório, de qualidade aos usuários, pela UPA Barra de Jangada, pode de fato estar relacionado à equipe de plantão, a um profissional específico, tendo em vista que cada plantão conta com mais de um clínico e um pediatra no período noturno e diurno e muitos enfermeiros, técnicos de enfermagem, porteiros, atendentes, bem como ao volume da demanda pelo serviço de saúde em um determinado dia naquela UPA, dentre outros.

Quando perguntamos aos usuários se eles ficaram satisfeitos com o procedimento realizado pelo médico para descobrir quais os seus respectivos problemas de saúde, constatamos que 75,5% responderam “sim”, ou seja, que estavam satisfeitos, enquanto 24,5% responderam “não” estarem satisfeitos.

Embora a maioria dos usuários tenha ficado satisfeita com o procedimento realizado pelo médico para diagnosticar os problemas de saúde, é importante salientar que a maioria das pessoas que disse não estar satisfeitas justificaram suas insatisfações em função de uma prática médica fragmentadora, sem diálogo entre médico e paciente.

“Não. Ele [referindo-se ao médico] devia orientar o paciente, explicando ao paciente a doença e encaminhar pra outro especialista” (Usador, 26 anos, entrevista concedida em 19/07/2012).

“Mais ou menos. Porque ele não falou o que eu tinha só passou o remédio” (Usador, 25 anos, entrevista concedida em 04/07/2012).

“Não. Porque ele nem tocou em mim, ele tem que examinar, diagnosticar. Parece que ele tem nojo da gente. O médico mandou abrir a boca e pronto e disse o que era. Se o paciente veio era porque tava doente” (Usador, 24 anos, entrevista concedida em 04/07/2012).

“Não. Ele nem olha pra cara da gente. Quando você escolhe uma profissão tem que saber o que tá fazendo, se é médico tem que estudar e saber o que o paciente tem” (Usador, 35 anos, entrevista concedida em 12/07/2012).

“Ele nem olhou pra mim olhou. Começou a escrever e pronto. Não fica nem satisfeito nem não satisfeito, nem é água nem é vinho. Porque eu acho que coisa do governo é uma porcaria, o plano olha pra você e cuida mais. Quando eu tinha plano era outra coisa” (Usador, 44 anos, 17/07/2012).

Enfim, a UPA aproxima-se das pessoas, mas os médicos continuam afastados. O que nos remete ao problema da sua formação acadêmica. Porém, a maioria das pessoas que disse estar satisfeita com o procedimento médico demonstrou essa satisfação exatamente pelo contrário das falas acima, ou seja, pelo fato do médico ter feito exames e ter demonstrado preocupação com elas.

“Fiquei satisfeito com o atendimento hoje porque esse médico que chegou foi ótimo ele brinca com as crianças e tudo é todo alegre” (Usador, 33 anos, entrevista concedida em 06/07/2012).

“Sim. Porque ele me explicou tudo direitinho e disse o que eu não poderia fazer” (Usador, 24 anos, entrevista concedida em 06/07/2012).

“Fiquei. Porque ele não me enganou explicou o que eu tinha e mandou tirar raio x três vezes” (Usador, 44 anos, entrevista concedida em 19/07/2012).

“Sim. Porque eles são bem atenciosos” (Usador, 20 anos, entrevista concedida em 19/07/2012).

Assim, constatamos que, embora as UPAs venham garantindo satisfação à maioria dos seus usuários - seja pela boa estrutura física e pela localização dentro da RMR - , somente isto não basta para que as pessoas desfrutem de um serviço público de saúde pleno, aquele que não se limita apenas à existência do objeto espacial em si.

Isto porque percebemos que as pessoas não se deixam enganar pela boa aparência da UPA Barra de Jangada, embora elas reconheçam o conforto que o prédio tem proporcionado quando comparado com outras unidades de saúde públicas como foi demonstrado. Pois as satisfações ou insatisfações dos usuários em relação à UPA sempre foram postas pelos entrevistados, levando em conta todo processo de atendimento, desde o cadastro até a saída do atendimento médico. Assim, o conforto, a higiene, as chamadas pelas senhas através de visores eletrônico presentes na UPA Barra de Jangada não são os únicos fatores responsáveis pela satisfação plena de seus usuários, nem pela promoção de saúde.

Apesar da maioria dos usuários reconhecer que a UPA Barra de Jangada trouxe melhorias para suas vidas (76% dos entrevistados), também não deixaram de reconhecer que ela ainda precisa melhorar em muitos aspectos para garantir satisfação plena aos seus usuários.

Quando os usuários foram perguntados o que poderia ser feito para melhorar os serviços prestados na UPA Barra de Jangada, aproximadamente, 19% responderam que “não precisa de nada” que estavam muito satisfeitos com os serviços prestado na UPA analisada.

A resposta com o segundo maior percentual foi “não sei”, apontado por aproximadamente 16% dos entrevistados, os quais disseram não perceber o quê a UPA precisaria para melhorar, pelo fato, principalmente, de tê-la usado apenas uma vez.

Logo após as respostas “nada” e “não sei”, apareceu em primeiro lugar entre as sugestões dos usuários para melhorar os serviços de saúde prestados na UPA Barra de

Jangada “humanização no atendimento” apontado por aproximadamente 14,5% dos usuários. Em alguns casos, as pessoas não falaram diretamente a palavra humanização. Mas, agrupamos nesta classificação sugestões e pedidos como: médicos e enfermeiros mais atenciosos, médicos que conversassem mais com os pacientes, dentre outros, como pode ser visto nas citações abaixo.

“Enfermeiro ser mais educado, não sei se o salário deles é pouco e eles descontam na gente” (Usador, 23 anos, entrevista concedida em 02/07/2012).

“Atendimento melhor dos médicos, examinar mais a criança, porque ele só olha e diagnostica pelo que a gente fala” (Usador, 31 anos, entrevista concedida em 05/07/2012).

“Deveria melhorar. Deveria ter gente mais educado, porque a gente né cachorro não. Quando a gente dá uma mãozada a gente não é ruim não. Já morreu 82 pessoas com essa virose e eles estão esperando a gente morrer” (Usador, 35 anos, entrevista concedida em 06/07/2012).

“Melhorar toda a equipe de médico e enfermeira porque tem equipe que não trata bem” (Usador, 33 anos, entrevista concedida em 06/07/2012).

“Ter mais humanidade, mais amor. Vi gente chorando e eles nada... uma pulseira verde pra quem tá com dor não existe” (Usador, 52 anos, entrevista concedida em 11/07/2012).

“Não falta nada. A gente vai falando e eles nem olham pra cara da gente direito ficam só escrevendo” (Usador, 41 anos, entrevista concedida em 06/07/2012).

“Bom atendimento. Mas, são mal humorados, são péssimos em tudo. Eles tratam a gente como se tivesse fazendo um favor” (Usador, 29 anos, entrevista concedida em 10/07/2012).

Desse modo, vê-se que embora as pessoas não tenham enunciado diretamente a palavra “humanização” nem mesmo a necessidade de uma visão complexa na prática médica inter-relacionando as múltiplas dimensões da vida humana, suas falas expressam o desejo de troca de informação entre médico e paciente a partir de seus problemas de saúde, os quais muitas vezes estão diretamente ligados ao meio socioambiental nos quais as pessoas estão inseridas.

Em seguida foram apontadas as seguintes sugestões: agilidade na triagem 13%. Muitos destes reclamaram do longo tempo de espera entre a chegada e atendimento médico propriamente dito.

“Como é emergência deveria ser mais rápido pra segurança da sua saúde. Tinha gente com dor, braço quebrado e foi atendido junto comigo eu achei um absurdo [esta paciente foi diagnosticada com gripe]” (Usador, 24 anos, entrevista concedida em 04/07/2012).

A terceira sugestão mais apontada pelos usuários para melhorar os serviços de saúde prestados na UPA Barra de Jangada refere-se ao fato desta unidade dispor de “mais especialidades médicas” apontada por 12% dos entrevistados.

“Ter mais especialidade médica pra resolver qualquer problema” (Usador, 39 anos, entrevista concedida em 04/07/2012).

Muitas outras sugestões foram apontadas espontaneamente pelos usuários da UPA Barra de Jangada tais como: mais ambulâncias, médicos experientes, eliminação da triagem, mais leitos, diagnosticar através de exames, dentre outros.

Embora as UPAs venham garantindo, aos usuários, um serviço público de saúde com mais qualidade em função das inovações materiais disponíveis (boa estrutura, conforto, presença de equipamentos para exames, dentre outros), parece-nos que a qualidade almejada também pelos usuários no âmbito da imaterialidade ainda está longe de ser alcançada. Isto porque a prática da equipe de saúde comprometida com a promoção de saúde, a partir da política pública de saúde, depende de uma transformação cultural no ambiente de atenção à saúde, o qual deve voltar-se para a promoção da saúde em sua complexidade, com base em procedimentos interdisciplinares.

Isto porque uma prática de saúde diferenciada e complexa que busca compreender o indivíduo em suas múltiplas dimensões não atingiu a todos os usuários da UPA Barra de Jangada.

Constatou-se que, dos 110 entrevistados, 94% (quando questionados se o médico havia feito alguma pergunta referente ao seu espaço vivido: condições sanitárias, acesso a água tratada, coleta de lixo) relataram que não houve qualquer preocupação médica com essas questões socioambientais. Embora tenham sido diagnosticados problemas de saúde

que estão também diretamente ligados às condições socioambientais das pessoas como: dengue (1 usador), infecção intestinal (2 usadores), verminose (2 usadores).

Sete usadores disseram que o médico tinha demonstrado preocupação com outras dimensões de suas vidas que não a puramente biológica. Quatro dos sete foram diagnosticados com problemas ósseos e foram questionados sobre as atividades que realizam cotidianamente e como as realizavam, intervindo não apenas na cura imediata mas também na prevenção. Os outros três utentes foram diagnosticados com hipertensão, infecção intestinal e tendinite. No caso particular do segundo diagnóstico, foi perguntado ao utente sobre a origem da água que era consumida, podendo ser essas ações médicas consideradas casos isolados no universo da amostra estudada.

Quando perguntamos aos usadores se o médico havia feito alguma questão sobre as condições de seus ambientes de vida, elas disseram:

“Não. E na minha rua a fossa do vizinho tá aberta e só tem gente doente e muito mosquito” (Usador não diagnosticado, 35 anos, entrevista concedida em 12/07/2012).

“Não. Ele [referindo-se ao médico] falou o mínimo eu que falei demais. E na minha casa atrás tem uma água parada... algum mosquito pode ter me picado e infectado” (Usador diagnosticado com virose, 31 anos, entrevista concedida em 05/07/2012).

“Não. Nunca vão fazer essa pergunta porque eles não se interessam por isso” (Usador, diagnosticado com virose e anemia, 26 anos, entrevista concedida em 30/06/2012).

Doenças diagnosticadas como dengue, verminose, infecção intestinal, são alguns exemplos de problemas de saúde que são de alguma forma provenientes ou agravados pelas condições socioambientais do indivíduo. No entanto, nenhuma dessas doenças foi abordada pelos médicos dentro de uma perspectiva abrangente, ou seja, não houve preocupação médica em dividir com os usadores informações que pudessem prevenir a reincidência dos problemas de saúde apresentados.

4. DESAFIOS A PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO SINÔNIMO DE POSSIBILIDADES

Como vimos, a medicina convencional, em função das inúmeras influências sofridas ao longo do tempo, apresenta, na atualidade, grande dificuldade para lidar com variáveis

múltiplas, capazes de dar conta da compreensão do indivíduo como um todo e não só da sua doença.

Daí resulta uma prática médica homogênea incapaz de perceber como as diferenças individuais poderão influenciar a evolução de uma determinada enfermidade. Uma vez que para a ciência médica, hoje em dia, “[...] todas as pessoas são tratadas como iguais e recebem exatamente o mesmo tipo de tratamento” (BOTSARIS, 2011, p. 93).

Para Botsaris (2011), a procura médica por uma causa específica deve-se à visão mecanicista do corpo humano, ainda muito arraigada no modelo hegemônico biologicista da formação médica. Concomitantemente, trabalhar com múltiplas variáveis exige muito tempo em função da necessidade de grandes amostragens e análise de dados muito complexos.

No entanto, este mesmo autor não pensa uma prática médica transformadora como algo no plano do inalcançável. Para ele um sistema inteligente de coleta e processamento de dados alimentado em tempo real pelos médicos, permitiria que os profissionais da saúde aprendessem ativamente com as experiências de seus pares. “Um sistema seguindo esse modelo seria um passo imenso na qualidade do trato à informação e significaria uma nova arrancada em termos de avanço científico e tecnológico” (BOTSARIS, 2011, p. 93). Além de promover saúde aos usuários, o que está além da cura da doença.

Isto porque a implementação e a prática de uma política pública de saúde não significa proporcionar de todo mudanças em termos de melhoria de vida para as pessoas alvo dessas políticas. Como vimos, o discurso da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) traz em seu bojo a preocupação em potencializar a autonomia do indivíduo para promover sua própria saúde, o que se insere dentro de uma visão humanizadora dentro do campo médico.

Na prática, a partir dos principais atores, desvelamos que não há consonância entre o que foi planejado no âmbito da PNAU e as ações cotidianas realizadas no interior da UPA Barra de Jangada. Embora tenha sido reconhecido algum avanço, este indica, no entanto, um desafio que precisa ser transposto, para que possamos desfrutar de um serviço público de saúde capaz de melhorar nossas condições de vida, como já prevê a PNAU.

Acredita-se que um serviço público de saúde capaz de promover melhorias de vida às pessoas, satisfazendo suas necessidades não somente básicas em termos de saúde, somente poderá se concretizar a partir de uma prática médica capaz de perceber o

indivíduo e sua condição de saúde ligados às dimensões sociais, econômicas e culturais, ou seja, praticando uma visão global da pessoa (BOTSARIS, 2011).

Daí a emergência de uma olhar “multifocal” em detrimento do “tradicional” olhar linear no campo médico, o que deveria fazer parte da formação curricular do profissional de saúde.

É válido ainda registrar, como uma recomendação àqueles que se debruçam ou se debruçarão sobre o tema das políticas públicas, que, uma vez escolhida a avaliação de política pública como caminho metodológico, não se pode deixar de investigar a opinião dos principais atores alvo dessas políticas. E isto porque somente eles podem revelar a natureza das práticas sociais e em que medida elas estão atingindo seus objetivos e trazendo de fato mudanças em termos de melhoria de vida.

Para tanto faz-se necessário perceber a saúde além da ausência de doença e presença de objetos espaciais de saúde. É, então, compreender que cada indivíduo é único, que sua doença não depende apenas de sua natureza, mas também de seus hábitos de vida. Enquanto tentarmos resolver os problemas da saúde pública apenas a partir do sistema de objeto, sem nos preocupar com o sistema de ações estaremos perpetuando os problemas, bem como tentando resolvê-los apenas na aparência.

ALGUMAS PALAVRAS...

A espacialização das UPAs, no âmbito da Política Nacional de Atenção às Urgências, parece estar funcionando no sentido de minimizar as desigualdades espaciais, no que tange ao acesso à saúde pública, tendo em vista suas posições geográficas estratégicas frente aos assentamentos precários na RMR.

Entretanto, essas unidades de saúde não vieram acompanhadas de inovações imateriais, ou seja, a UPA não passa de mais uma unidade reprodutora de um serviço público de saúde fragmentado e simplificador, focado apenas na cura de doenças.

Daí a tentativa de re-pensá-las em sua natureza mais profunda, aquela capaz de não apenas curar, mas educar para a prevenção de doenças, reforçar a autonomia do indivíduo como um “cuidador” da sua própria saúde, apesar das conquistas atingidas em termos de espacialização dos objetos espaciais.

Embora muitos dos desafios que precisam ser superados sejam fruto de influências seculares de antigas práticas de saúde, as quais percebiam separadamente a saúde e seus múltiplos condicionantes, é necessário vislumbrar, ainda que em uma dimensão utópica -

sendo esta palavra muito mais sinônimo de esperança -, uma prática em saúde capaz de suplantar a técnica e alcançar a essencialidade do ser (MORIN, 2004).

Isto pode ser possível, uma vez que o despertar para a necessidade de uma nova roupagem para o campo da saúde já vem acontecendo, na medida em que a crítica a uma prática fragmentadora e simplificadora da saúde vem tomando conta dos debates acadêmicos. E, por outro lado, as atuais políticas públicas de saúde, ainda que não saibam como pôr em prática uma prestação de serviço público de saúde diferente, já imprime nos escritos de suas políticas o desejo de promover uma saúde muito mais humanizadora.

REFERÊNCIAS

BITOUN, J.; MIRANDA, L.; SOUZA, M. A. **Como anda a Região Metropolitana do Recife**. Observatório Pernambuco de Políticas Públicas e Práticas Socioambientais, 2006. Disponível em: http://www.observatoriodasmetropoles.ufri.br/como_anda/como_anda_RM_recife.pdf. Acesso em: 08/jun/2012.

BRASIL. 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, n. 62, p. 295- 310, 2002b.

BRASIL. 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** 2002a; 12 nov.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção as Urgências e Emergências**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519- 528, jun/abr 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal.

Revista Ciência e Saúde, Rio Grande do Sul, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010.

SANTANA, P. **Geografias da Saúde e do Desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal**. Coimbra, Editora Almedina, 2005.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. 4.ed. 2.reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. 259p.

_____. **O Espaço do Cidadão**. 7. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007. 176p.