

## **A ESPACIALIDADE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA PÚBLICOS NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA NA ÓTICA DA (IN)JUSTIÇA ESPACIAL**

Katielle Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Professora Adjunta da Universidade Federal de Roraima e Investigadora do Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa (CEG-ULisboa)

### **RESUMO:**

As dimensões geográficas do acesso, disponibilidade e acessibilidade, são cruciais para discutir as questões ligadas à justiça espacial, pela razão fundamental de que fatores não monetários como tempo-distância têm uma relação inversa com a utilização e procura de serviços de saúde, sendo esse efeito negativo potenciado nos territórios mais empobrecidos. No quadro das mudanças na geografia das unidades de serviço de urgências, com reflexos diretos no acesso geográfico da população aos equipamentos, este artigo evidencia o papel do espaço no reforço de desigualdades, a partir do acesso geográfico aos serviços de urgência públicos na Área Metropolitana de Lisboa, mobilizando os conceitos de justiça espacial. Concluímos que apesar da melhoria no acesso geográfico da população ao serviço de urgência, ainda subsistem territórios onde o obstáculo constituído pela distância-tempo se associa à privação, constituindo injustiça espacial.

Palavras-chave: Justiça Espacial, Serviço de Urgência, Acesso geográfico

GT – “08”: “Geotecnologias e análise espacial no espaço urbano”

### **1. INTRODUÇÃO**

As ligações entre a dimensão espacial da desigualdade e a saúde têm vindo a ser comprovadas, em diferentes escalas geográficas e tipos de cuidados, verificando-se que a utilização dos vários tipos de serviços de saúde (por exemplo, urgências ou consultas externas) varia inversamente com o aumento da distância e o tempo de viagem (FRIEDMAN *et al.*, 2013; VAZ, RAMOS E SANTANA, 2014). O mesmo acontece nos episódios de internamento (HAYNES *et al.*, 1999) e na utilização de centros de trauma (BRANAS *et al.*, 2005) ou de clínicas de mamografia (ALFORD-TEASTER *et al.*, 2016), corroborando a ideia de que a procura de serviços de saúde também é condicionada por fatores não monetários e que estes também se refletem na condição e nas práticas de saúde (LOVETT, 2002).

Contudo, fatores não monetários de impedância ao acesso geográfico, como a distância-tempo, podem-se associar às condições socioeconômicas desvantajosas na mesma unidade geográfica (REMOALDO E MACHADO, 2008), dando contornos a injustiça espacial, que combina vulnerabilidades de natureza social e espacial (SOJA, 2010; MALHEIROS E ANDRÉ, 2016). No caso particular da saúde, estes espaços configuram riscos potenciais para a saúde, cuja identificação é crucial para informar políticas públicas que procurem contrariar a lógica do “inverse care law” (HART, 1971). Esta foi evidenciada em contextos geográficos distintos (CARLISLE *et al.*, 1998; SHAW E DORLING, 2004), significando que as áreas carentes tendem a ter pior acesso geográfico aos cuidados de saúde.

Deste modo, objetiva-se analisar e discutir a evolução da espacialização dos serviços de urgência públicos na AML e seus reflexos no acesso geográfico da população, tendo conta grupos etários e Privação Material neste recorte geográfico. Para alcançar este desiderato foram georreferenciados serviços de urgência (SU) públicos, nos anos de 1991, 2001, 2011 e 2019 e realizadas análises espaciais da evolução das suas geografias na AML, bem como levantamento e tratamento de dados estatísticos (1991, 2001 e 2011) para construção do Índice de Privação Material (IPM). Seguidamente, efetuou-se uma análise de rede para mensuração do tempo de viagem aos SU públicos na AML e aplicação de medidas estatísticas de tendência central e descrição de séries (média, mediana e quartis) de tempo de viagem por classes de privação material. A espacialização da informação foi realizada usando Sistemas de Informação Geográfica.

O foco no serviço de urgência prende-se, em primeiro lugar, com a relevância do tempo para a manutenção da vida e, em segundo lugar, pelos desconhecidos efeitos das mudanças espaciais dos SU na AML na (re)produção ou minimização de (in)justiças espaciais. Argumentamos que o espaço é, ao mesmo tempo, um produto social e uma potencial força geradora de (in)justiça espacial, cuja leitura pode ser feita através do desnudamento da espacialidade que pode implicar em injustiça.

## 2. O OLHAR GEOGRÁFICO SOBRE A JUSTIÇA ESPACIAL

O entendimento dos processos de produção de (in)justiça territorial está ligado à compreensão do processo de geração de riqueza e a natureza de sua distribuição, contudo sem

menção explícita ao espaço enquanto um elemento operante neste processo, mas às unidades territoriais cuja dimensão social é central. Já a preocupação com a distribuição de riqueza e seu contexto social de produção preserva uma essência semelhante à justiça espacial, estando este conceito ligado à distribuição de recursos e oportunidades, capaz de contrariar desigualdades (MALHEIROS E ANDRÉ, 2016; SOJA, 2010, SOUZA, 2011, HARVEY, 1980 [1973]). Contudo, espaço/espacial é mais abrangente do que território/territorial, sendo o território um aspecto específico da espacialidade social e a justiça territorial um aspecto da justiça espacial, mas não equivalente. Podendo ser utilizados conceitos de justiça ambiental ou territorial, por exemplo, para reforçar aspectos específicos no quadro de uma (in)justiça espacial mais ampla (SOJA, 2011).

Deste modo, a (in)justiça espacial além de chamar atenção para os processos sociais que estão na base da sua produção, o que inclui o entendimento da lógica de produção de um determinado espaço e os interesses subjacentes a esta produção, volta-se para a dimensão material enquanto componente operante da dinâmica social. Englobando, deste modo, as preocupações da justiça territorial, mas “desmistificando” o espaço enquanto mera produção social cristalizada.

A ciência geográfica tem contribuído para as discussões sobre (in)justiça, sobretudo no ambiente urbano, embora grande parte das atuais reflexões intelectuais acerca deste tema venha da filosofia, da sociologia urbana, da ciência política, através de pensadores como Peter Marcuse (2009), Susan Fainstein (2009a; 2009b, 2010), Jon Liss (2010), Núria Benach (2011), Iris Marion Young (1990; 2009) e Nancy Fraser (2009, 2012). Na geografia, os maiores nomes são, indiscutivelmente, David Harvey e Edward Soja, este último fortemente inspirado pelas contribuições do filósofo e sociólogo Henri Lefebvre (1991 [1974]).

As contribuições do pensamento de Edward Soja dizem respeito não apenas ao tema da (in)justiça, mas em maior grau à ciência geográfica, pela afirmação da dialética socioespacial que procurou, a partir do que ele chamou de pensamento espacial crítico, um “rebalanço ontológico”, buscando centralizar o espaço como fator explicativo de fenômenos sociais, no qual se inclui a (in)justiça espacial, contrariando o historicismo social hegemônico no pensamento ocidental.

Esta breve passagem sobre o tema da (in)justiça espacial demonstra a proximidade com o debate que envolve direito à cidade, justiça territorial, justiça social, sendo o uso do

termo (in)justiça espacial um reforço do papel do espaço na teoria crítica. Deste modo, a reflexão acerca dos princípios do pensamento espacial crítico a partir da (in)justiça espacial aponta, até aqui, para a análise das geografias desiguais (dada a inescapável espacialidade do ser), procurando identificar os espaços de (des)vantagens (e a quem atingem) e sua permanência no tempo, a partir do entendimento de que a espacialidade é ao mesmo tempo socialmente produzida (detendo uma dose de injustiça incorporada) e causal na (re)produção de (in)justiças (Soja, 2010), o que será lido a partir da espacialidade dos serviços de urgência público na AML.

### 3. CAMINHO METODOLÓGICO

O recorte espacial desta tese foi a Área Metropolitana de Lisboa (AML). A AML em 2011 detinha 2,8 milhões de habitantes, concentrando 27% da população nacional, sendo o processo de reestruturação urbana marcada pela dispersão e fragmentação (Barata-Salgueiro, 1997, 1998). Apesar de ser uma área, que na lógica da seletividade espacial concentra não apenas mais pessoas, mas serviços e investimentos públicos e privados, guarda profundas desigualdades socioespaciais.

O recorte temporal para a análise foram os anos de 1991, 2001, 2011 e 2019, possibilitando a compatibilidade com as informações dos Censos.

Tem-se como objeto de estudo as unidades de saúde públicas em funcionamento 24h, comportando três níveis de urgência: Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Despacho nº 18459/2006, de 30 de julho, do Ministério da Saúde).

O Índice de Privação Material (IPM) foi construído com dados do censo e agregou três variáveis: a % de população sem saber e escrever (população com 10 e mais anos), a % de população desempregada (indivíduos com 15 e mais anos à procura de emprego e de novo emprego) e a % de alojamentos sem banho. A escolha das variáveis deu-se posteriormente a revisão sistemática de literatura sobre IPM em Portugal. O IPM foi categorizado em cinco classes: Muito Baixa, Baixa, Média, Alta e Muito Alta. Essa classificação foi construída com base nos valores da média e do desvio padrão em cada ano (Quadros 1 e 2).

**Quadro 1** - Definição das classes de Privação Material

<b>Fórmula</b>	<b>Classes de Privação Material</b>
Mínimo e média – 1 DP*	Muito Baixa
média – 1 DP e média	Baixa
Média e média + 1 DP	Média
Média +1 DP média + 2 DP	Alta
média + 2 DP e máximo	Muito Alta

\*Desvio Padrão

**Quadro 2** - Variação do Índice de Privação, 1991-2011/2019

<b>Índice de Privação Material</b>	<b>1991</b>	<b>2001</b>	<b>2011</b>	<b>2019</b>
Mínimo	-1,51281	-1,85878	-1,43403	-1,43403
Máximo	4,1101	6,542147	8,860226	8,860226
Média	-0,00075	0,001034	0,000177	0,000177
Desvio Padrão	0,693374	0,677207	0,74479	0,74479

**Fonte:** INE. Cálculos da autora

**Notas:** Os valores do IPM para 2011 foi repetido para 2019.

Não foi realizada análise não-paramétrica de variância para examinar as diferenças entre as várias classes de privação material criadas em comparação com o tempo de viagem.

Os SU públicos foram georreferenciadas para os anos de 1991, 2001, 2011 e 2019 a partir da obtenção das coordenadas de cada ponto através do “Google Maps”. Para medição do tempo de viagem foi utilizada a ferramenta Network Analyst do programa ArcGIS 10.2, tendo como base a rede rodoviária previamente modelada (CORREIA, 2019), que inclui as principais estradas urbanas e a rede de estradas locais. Os tempos de viagem foram estimados em minutos, com base nas velocidades máximas legais de todas as infraestruturas: rodovias (120 km/h), estradas nacionais (90 km/h), estradas principais (50 km/h) e estradas locais (30km/h). Foram definidos como critérios para análise: veículo automóvel, menor tempo de viagem em minutos entre o centroide de cada secção estatística da AML (unidade de análise) e as unidades de saúde com serviço de urgência. O centróide foi ponderado pela população inserida em cada secção. A análise considerou os tempos de viagem em função da população geral, por grupos etários e por classes do IPM das secções estatísticas da AML.

#### 4. A GEOGRAFIA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA PÚBLICO NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA

Na Área Metropolitana de Lisboa (AML), a geografia dos serviços de urgências (SU) públicos vem sofrendo mudanças profundas nos últimos trinta anos. Essas mudanças estão vinculadas a processos de reestruturação assentes em decisões políticas no âmbito do planeamento em saúde e estão relacionadas com a escolha de espaços para abertura e/ou encerramento de unidades de saúde com prestação de SU nos três níveis existentes, já mencionados.

A distribuição geográfica dos SU revela uma concentração relativa destas unidades na área central da Grande Lisboa e na zona ribeirinha a sul do Tejo, coincidindo com a distribuição da população. No entanto, mudanças mais recentes na distribuição também mostram uma tendência de "periferização", que parece acompanhar o quadro de expansão metropolitano, em grande medida facilitada pela exploração de atributos espaciais como as acessibilidades. Um dos efeitos das mudanças na geografia dos serviços de urgência reflete-se diretamente no acesso geográfico da população aos equipamentos, podendo as novas geografias eliminar ou levantar barreiras ao acesso, sendo imprescindível associar isto ao conteúdo social dos territórios, daí justificar o nosso olhar para a Privação Material.

Os serviços públicos de urgência na Área Metropolitana de Lisboa (AML) passaram por mudanças espaciais, em todos os níveis, entre 1991 e 2019. As mudanças na geografia desses serviços implicaram também alterações no acesso aos mesmos, porventura com melhorias para uns e deterioração para outros.

Ao analisarmos o desenvolvimento da geografia dos serviços de urgência na AML, a partir de 1991, verifica-se que a expansão desta rede se deu através de uma "desconcentração" espacial em direção ao primeiro anel suburbano da AML, acontecimento ao qual não é estranho o crescimento populacional verificado nestas áreas. Em 1991, a AML contava com 9 SU (1SUB, 4 SUMC e 4 SUP).

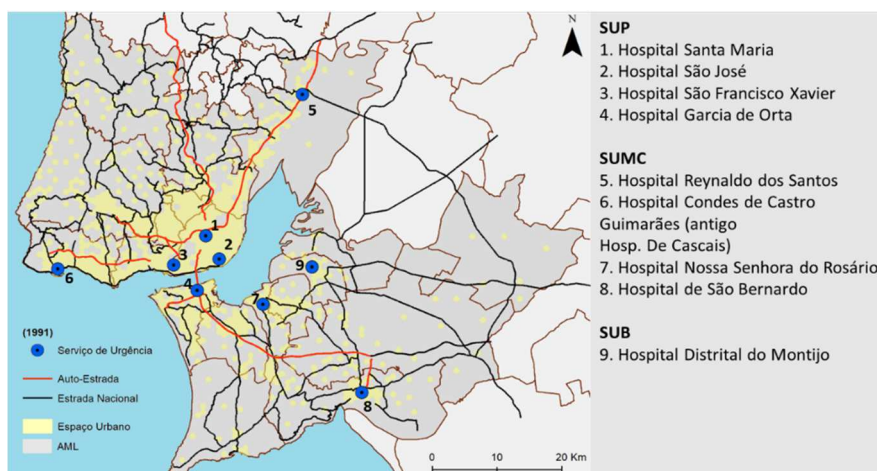
Entre 1991 e 2001, a geografia da rede sofreu uma expansão com a abertura de dois novos postos, 2 SUMC (Hospital Dr. Fernando da Fonseca, em 1995, na Amadora, e a abertura do serviço de urgência no Hospital Curry Cabral, em Lisboa).



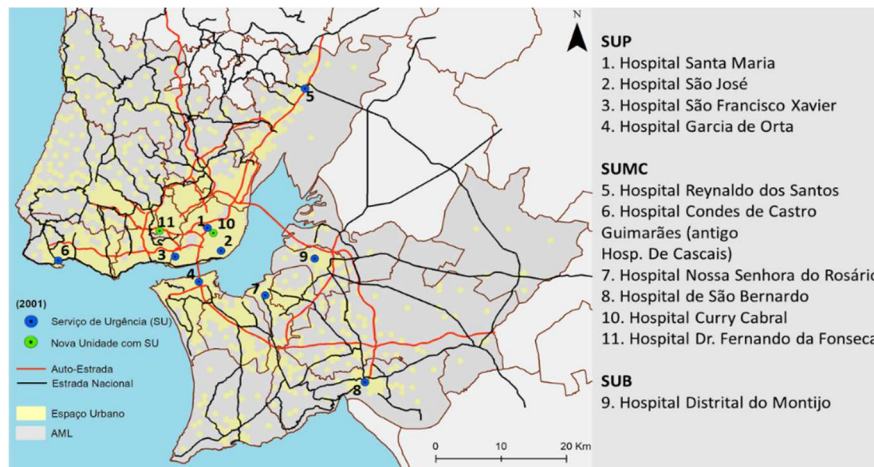
Entre 2001 e 2011, a expansão da rede deu-se através do aumento no número de SUBs. Entrou em funcionamento o Serviço de Urgência Básico (SUB) no Centro de Saúde Algueirão-Mem Martins, freguesia Algueirão-Mem Martins (Sintra), e no Centro de Saúde de Santo António dos Cavaleiros (SUB Lisboa Norte, em Loures). Neste período, para além do aumento da rede, outra mudança que se processou foi uma deslocalização espacial, referente ao antigo hospital de Cascais, o Hospital Conde de Castro Guimarães, no concelho de Cascais.

A partir de 2011, a rede de serviço de urgência continuou a sofrer algumas modificações. Em 2012, a rede ganhou um novo ponto de nível SUMC com a abertura do Hospital Beatriz Ângelo. No corolário desta abertura foram encerrados os serviços de urgência SUB Loures e a urgência SUMC do Hospital Curry Cabral, no concelho de Lisboa, em dezembro de 2011. Outra mudança na rede que se junta às acima mencionadas é a deslocalização do Hospital Reynaldo dos Santos, no concelho de Vila Franca de Xira. A nova localização mais periférica do Hospital de Vila Franca de Xira é potenciada pelas acessibilidades viárias que servem e/ou passam em sua proximidade, como por exemplo as autoestradas A1 e A10 e a Nacional N1, permitindo o acesso menos congestionado como é comum nos principais centros das cidades.

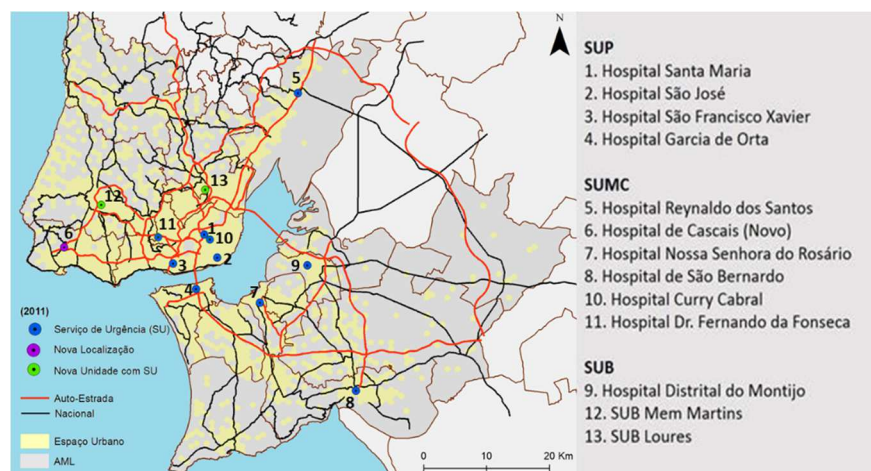
Como se viu, os pontos de serviço de urgência voltados para o atendimento da população da AML foram crescentes, passando de dez em 1991 para treze em 2019, mas com a diminuição de uma unidade entre 2011 e 2019. O ano de 2011 foi o ano com o maior número de pontos de serviço de urgência na AML em todo período analisado, apresentando 14 unidades (contando com o Hospital de Torres Vedras). (Figuras 1, 2, 3 e 4).



**Figura 1** - Distribuição espacial das unidades de saúde com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 1991

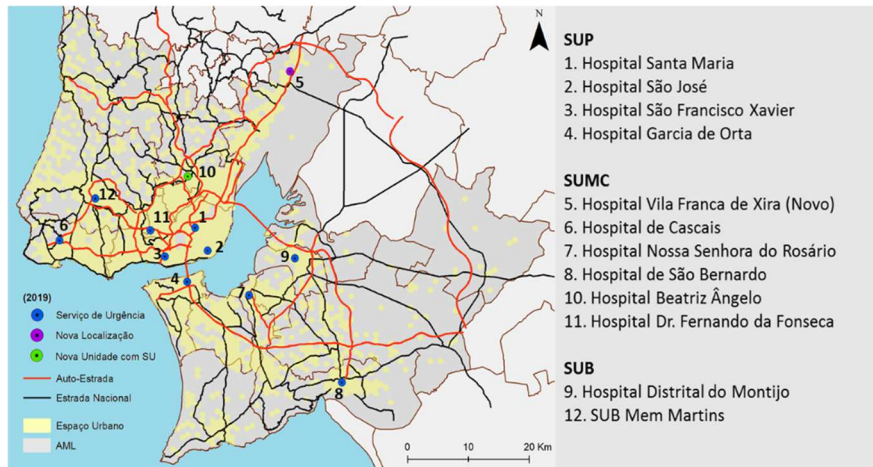


**Figura 2** - Distribuição espacial das unidades de saúde com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 2001



**Figura 3** - Distribuição espacial das unidades de saúde com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 2011





**Figura 4** - Distribuição espacial das unidades de saúde com serviço de urgência na Área Metropolitana de Lisboa, 2019

## 5. ACESSO GEOGRÁFICO AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E PRIVAÇÃO MATERIAL

No que respeita aos tempos máximos, mínimos e médios, o tempo de viagem a todas as unidades de saúde com serviço de urgência na AML, incluindo o Hospital de Torres Vedras (fora da AML, mas com população da AML sob a sua área de influência), não sofreu alterações significativas, dentro do período analisado (1991-2019), embora a geografia dos serviços de urgência, como vimos, tenha passado por mudanças significativas, no que respeita aos encerramentos, aberturas e deslocalizações das urgências (Quadro 3).

**Quadro 3** - Evolução do tempo de viagem aos serviços de urgência na AML, 1991-2019

Tempo de viagem (min)	1991	2001	2011	2019
<b>Mínimo</b>	0,04155	0,04155	0,015806	0,015806
<b>Máxima</b>	36,09628	36,09627	35,047207	35,047207
<b>Média</b>	6,81159	6,431602	6,029449	6,068146

- Os anos de 1991 e 2001 apresentaram exatamente o mesmo tempo máximo de viagem (36 minutos), embora neste período a AML tenha ganho duas novas unidades com serviço de urgência;

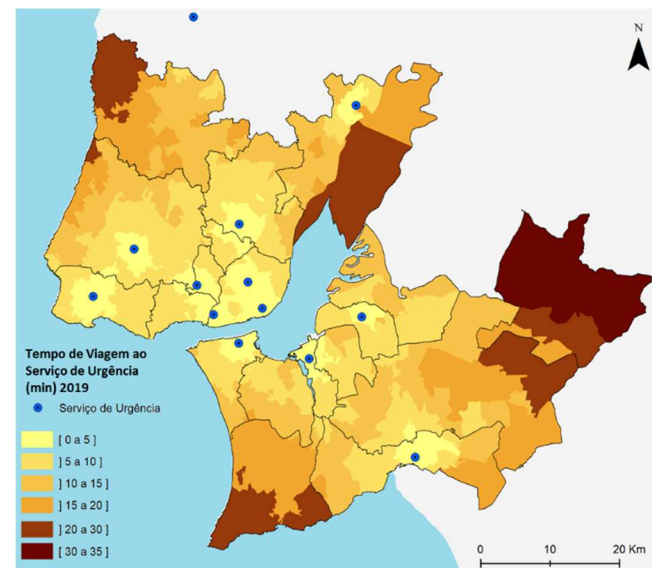
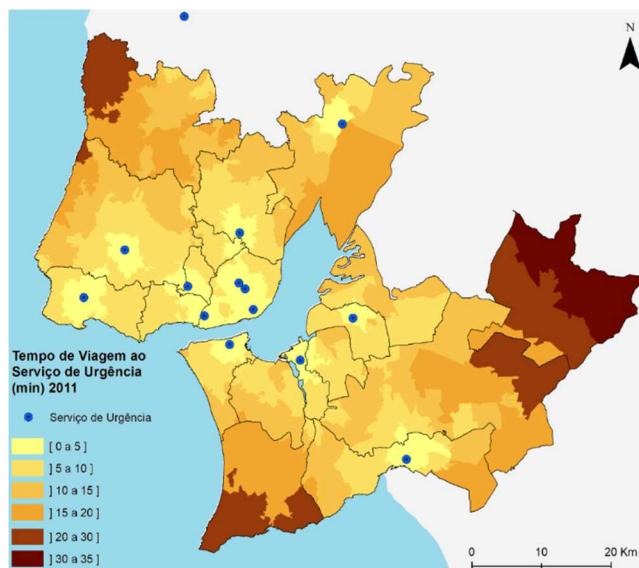
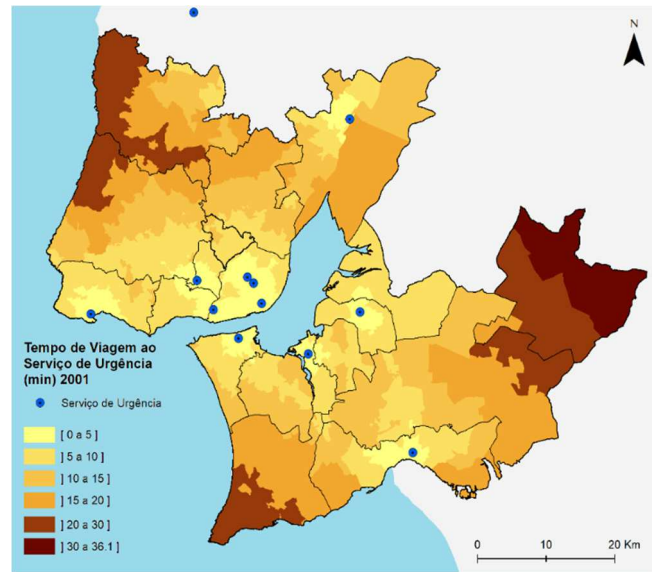
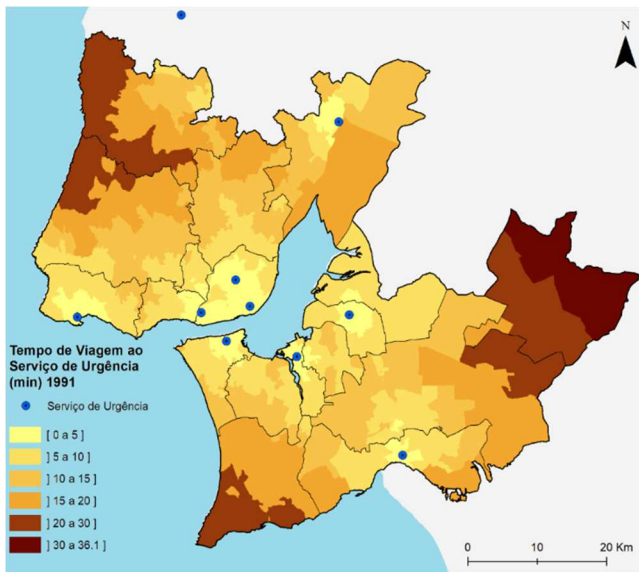
- Entre 2001 e 2011 houve a redução de um minuto no tempo máximo de viagem, tendo neste período a rede ganho duas unidades de saúde (SUB Loures e SUB Mem Martins);
- Mantem-se o tempo de viagem máximo em 35 minutos em 2019, período marcado pela abertura do Hospital Beatriz Ângelo e encerramento do serviço de urgência do Hospital Curry Cabral e do SUB Loures;
- No que respeita aos tempos médios, estes mantiveram-se sempre na ordem dos 6 minutos, com alterações ligeiras e com o ano de 2011 apresentando o menor tempo médio, ano com o maior número de unidades com serviço de urgência na AML.

Ao analisarmos o tempo de viagem pelas classes de tempo para o conjunto da população da AML verificamos que entre 1991 e 2019, a população com acesso até 5 minutos de um serviço de urgência passou de aproximadamente 42% para 47%, sendo o maior incremento populacional também nesta faixa. (Quadro 4).

**Quadro 4** – População por classe de tempo de viagem aos serviços de urgências na AML, 1991-2019

Tempo de viagem	1991		2001		2011		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
até 5 min	1066996	42,33	1168533	43,87	1331344	47,18	1325190	46,96
5-10min	1017185	40,35	1071531	40,23	1085758	38,48	1095299	38,81
10-15min	326102	12,94	308158	11,57	309214	10,96	309571	10,97
15-20min	67775	2,69	68286	2,56	60772	2,15	57413	2,03
20-30min	41019	1,63	45686	1,72	33667	1,19	32714	1,16
>30min	1619	0,06	1418	0,05	1121	0,04	1689	0,06

Embora seja reduzida a percentagem de pessoas que vivem em áreas com tempos de viagem superiores a 30 minutos a um serviço de urgência, entendido aqui como as áreas com pior tempo de viagem, é relevante descortinar esses territórios do ponto de vista geográfico e social. Ao examinarmos essas áreas constatamos que houve uma crescente melhoria entre 1991 e 2011, mas um agravamento, entre 2011 e 2019, passando a população inserida nessas áreas de 1.619, para 1.689 em 2019, todas pertencentes ao concelho do Montijo. (Figuras 5, 6, 7 e 8).



**Figuras 5, 6, 7 e 8** - Tempo de Viagem ao Serviço de Urgência na AML, 1991, 2001, 2011 e 2019

Quando analisamos o tempo de viagem a um ponto do serviço de urgência para a população idosa (65 e mais anos), verificamos um comportamento muito parecido com o apresentado pela população na globalidade. Na escala temporal analisada, um pouco mais de 50% da população idosa estava até 5 minutos de uma unidade de saúde com serviço público de urgência. Contudo, embora o peso da população idosa tenha reduzido na primeira classe de tempo, houve um aumento no número absoluto (Quadro 5).

**Quadro 3** - População com 65 e mais anos por classe de tempo de viagem aos serviços de urgências na AML, 1991-2019

Tempo de viagem	1991		2001		2011		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
até 5 min	172741	55,78	221938	54,13	267984	52,15	266381	51,84
5-10min	92775	29,96	133684	32,60	182677	35,55	184339	35,87
10-15min	29106	9,40	35583	8,68	46452	9,04	46984	9,14
15-20min	8802	2,84	10565	2,58	9861	1,92	9274	1,80
20-30min	5911	1,91	7874	1,92	6502	1,27	6353	1,24
>30min	324	0,10	390	0,10	366	0,07	511	0,10

Ressaltamos que até 15 minutos, aproximadamente, 95% da população idosa conseguia alcançar um serviço de urgência na AML.

O fato relevante para esta investigação é que é robusta a literatura que evidencia o efeito negativo da distância-tempo na procura e utilização de serviços de saúde, sendo esses efeitos acentuados nas áreas de privação. Evidências de que o uso dos serviços de saúde varia inversamente com o aumento da distância e do tempo de viagem foram encontradas em diferentes escalas geográficas e com diferentes tipos de assistência (Henneman *et al.*, 2011; Haynes *et al.*, 1999; Sanz-Barbero, Otero García and Blasco Hernández, 2012) e em, Portugal como já mencionamos (Santana, 1996; Vaz, Ramos & Santana, 2014).

Em Portugal a privação material e/ou sociomaterial vem sendo cada vez mais incorporada nos estudos em saúde, destacando-se os trabalhos que buscaram relacionar a privação com mortalidade prematura (Nogueira, 2016), os territórios amplificadores de risco ou promotores de saúde (Nogueira, 2009), a saúde autoavaliada (Nogueira, Santana e Santos, 2006; Nogueira, Santos e Santana, 2007), a mortalidade por suicídio (Santana, *et al.*, 2015b) e a prevalência da Diabetes Mellitus (Santana *et al.*, 2014a).

Como foi demonstrado, a situação de vulnerabilidade condiciona a capacidade de acesso aos cuidados de saúde (Remoaldo & Machado, 2008), assim como a disponibilidade de equipamentos com prestação de serviço de saúde, podendo as barreiras ao acesso serem minimizadas, exercendo os aspectos espaciais uma importante função neste processo.

Ao analisarmos os tempos de viagem ao primeiro ponto do serviço de urgência (SUP, SUMC ou SUB) para as classes de privação material em 1991, verificamos que as secções que apresentaram o maior tempo de viagem pertenciam às classes de privação Alta e Muito Alta, 36 minutos e 31 minutos, respectivamente. Resultados similares foram encontrados para 2001.



Já em 2011 e 2019, a classe de privação Muito Alta é aquela que apresenta o maior tempo de viagem, ocupando a classe de privação Média a segunda posição, seguida da Baixa (Quadro 6).

**Quadro 6** - Tempo de viagem máximo a qualquer ponto de serviço de urgência na AML por classes de Privação Material, 1991-2019

Privação Material	Tempo de Viagem Máximo (minutos)			
	1991	2001	2011	2019
1 Muito baixa	25,7	25,2	19,3	19,0
2 Baixa	25,7	28,6	26,5	26,5
3 Média	28,9	31,2	28,6	28,6
4 Alta	36,1	36,1	26,0	26,0
5 Muito Alta	31,1	31,1	35,0	35,0

**Fonte:** Análise de rede

**Nota:** Os valores de 2011 e 2019 repetem-se em todas as classes, com exceção da classe Muito Baixa. Essa semelhança se dá pelo fato de nos dois anos os dados utilizados (rede viária e IPM) referirem-se a 2011. A diferença na classe Muito Baixa deveu-se ao encerramento do SUB Loures e abertura do Hospital Beatriz Ângelo (2012), fazendo com que a secção que apresentou tempo de viagem máximo em 2011 tenha reduzido em um minuto seu tempo de viagem e outra secção tenha ocupado o primeiro lugar, com tempo de viagem ligeiramente mais baixo do que aquele que apresentava em 2011.

Nota-se que a classe de privação Muito Alta, em 2011 e 2019 apresentou tempo de viagem máximo mais elevado do que o tempo de viagem máximo no ano de partida da análise. Além disso, apenas nestes dois anos, a classe de privação Muito Alta apresentou secções com tempo de viagem superior a 30 minutos.

Ao se espacializar as áreas com tempo de viagem máximo em todas as classes de privação verificamos que as secções pertenciam a apenas dois concelhos: Mafra e Montijo. As secções nas classes de privação Muito Baixa, Baixa e Média pertenciam sobretudo ao concelho de Mafra. Já as secções que apresentaram tempo de viagem máximo nas classes de privação Alta e Muito Alta, em todos os anos, pertenciam apenas ao concelho do Montijo. Deste modo, a partir de 2011, apenas este concelho da AML detinha áreas com tempo de viagem superior a 30 minutos a um serviço de urgência.

Verificamos que as secções com tempo de viagem máximo das classes Alta e Muito Alta são praticamente as mesmas em todo o período. O número de secções com tempos de viagem superiores a 30 minutos a um serviço de urgência pertencente às classes de privação Alta e Muito Alta é reduzido, três secções em 1991 e 2001, duas secções em 2011 e novamente três secções em 2019. Uma dimensão fundamental do estudo da (in)justiça espacial é a identificação de espaços de “opressão” que são sobretudo mantidos por longos períodos e que



são conjugados espacialmente com diferenças de classe, gênero e raça (SOJA, 2010). Na análise, destas interseccionalidades nos aproximamos daquela ligada à classe, uma vez que o IPM é entendido como um *proxy* de condição socioeconômica.

Importa dizer que sabemos que a análise única e exclusivamente da rede dos serviços de urgência é limitada e apenas “acende luz vermelha” para indícios da existência de injustiça espacial. Esta análise necessita de ser complementada por outra que incida especialmente sobre os espaços que há muito tempo se encontram em condições de empobrecimento, no sentido de averiguar a prevalência de doenças e rede de serviços públicos de saúde disponíveis e acessíveis à população desses espaços.

A relação tempo de viagem e privação material reforça a relevância de analisar estas duas informações em conjunto. Embora seja reduzida a população com tempo de viagem superior a 30 minutos, o fato desta pertencer a classes de privação máxima exige um olhar mais aproximado dada a presença de mais determinantes da saúde que neste caso “jogam” a favor da degradação do estado da saúde.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A redução ou aniquilação das barreiras ao acesso aos serviços de saúde é uma chave para uma aproximação da igualdade na procura e na utilização daqueles, refletindo-se, por sua vez, em melhores resultados de saúde. Têm sido cada vez mais reforçadas e comprovadas as evidências de que a condição de saúde depende da combinação de determinantes individuais e contextuais de natureza monetária e não monetária. Daí o papel das barreiras espaciais, examinadas a partir da disponibilidade e acessibilidade a equipamentos de prestação de serviço de saúde, constituir um contributo relevante para discutir desigualdades e injustiças espaciais a partir da saúde.

A análise da evolução dos serviços de urgência, considerando todos os níveis e seus efeitos no acesso geográfico, permitiu concluir que o planejamento do SU público tem contribuído para um avanço no sentido da minimização de desigualdades no acesso no contexto da AML. Isto significa que a barreira espacial distância-tempo se reduziu para um conjunto cada vez maior de pessoas entre 1991 e 2011. No entanto, o período de transição temporal mais

recente, 2011-2019, apresentou uma inflexão neste movimento, uma vez que se verificou o aumento de população em áreas com tempo de viagem superior a 30 minutos a um SU.

Acrescentamos ainda que a mobilização do atributo espacial ligado à concentração geográfica de pessoas é uma estratégia que está na base do planejamento público de saúde, pois estando os SU “onde as pessoas estão”, têm refletido o baixo número de indivíduos na classe de tempo de viagem mais elevada, desde o ano inicial da nossa análise. Contudo, é um fato que a evolução dos SU ainda não conseguiu eliminar as áreas com maior tempo de viagem (superior a 30 minutos), “persistindo” os mesmos territórios nesta condição durante todo o período analisado.

Com o desvendamento do conteúdo social dos territórios ficou patente que as desigualdades no acesso ao SU que ainda persistem na AML se traduzem em injustiças espaciais, na medida em que as áreas com piores resultados no acesso geográfico são também coincidentes com áreas de Média, Alta e Muito Alta privação material. Concomitantemente, não se registam áreas classificadas com privação Muito Baixa e Baixa na classe de tempo de viagem mais elevada, verificando-se uma sobreposição de camadas de vulnerabilidade ligadas às dimensões social e espacial, contribuindo o espaço para aprofundar desigualdades.

Decerto, é reduzido o número de pessoas em espaços de injustiça face aos SU na AML. Contudo, isto se torna particularmente relevante quando se pensa que, apesar da larga maioria da população ter acesso a SU em menos de 30 minutos, ainda subsistem territórios onde o obstáculo constituído pela distância-tempo se associa a concentração de pessoas empobrecidas, com saúde potencialmente mais frágil e um perfil que reforça a tendência para procurar e utilizar menos serviços de saúde, para além de possuírem um maior risco de contrair enfermidades para as quais o tempo de alcance a um SU pode ser crucial. Ora a aniquilação destas condições negativas é fundamental para a construção de uma sociedade igualitária e socioespacialmente justa.

Se torna assim crucial chamar a atenção para a importância de considerar nos estudos do acesso geográfico, o conteúdo social dos espaços, atendendo a que uma análise generalista da população dominante pode encobrir injustiças espaciais associadas, em vários casos, a grupos minoritários.

## 7. REFERÊNCIAS

- ALFORD-TEASTER, Jennifer et al. Is the closest facility the one actually used? An assessment of travel time estimation based on mammography facilities. *International journal of health geographics*, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2016.
- BARATA-SALGUEIRO, T. Cidade pós-moderna: espaço fragmentado. *Inforgeo* 12/13, 225-235, 1998.
- BRANAS, Charles C. et al. Access to trauma centers in the United States. *Jama*, v. 293, n. 21, p. 2626-2633, 2005.
- BENACH, Núria. The spatial perspective in action. *City*, v. 15, n. 1, p. 66-68, 2011.
- CARLISLE, Robin et al. Relation of out of hours activity by general practice and accident and emergency services with deprivation in Nottingham: longitudinal survey. *Bmj*, v. 316, n. 7130, p. 520, 1998.
- CORREIA, M. The influence of transportation Infrastructures and policies on urban sprawl expansion. A longitudinal study of the Lisbon metropolitan area. 2019.
- Despacho Ministerial nº 18 459/2006, de 30 de julho – Definidas as características da Rede de Serviços de Urgência, bem como os níveis de resposta que a integram. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/1518280> Acesso: 19/08/2017.
- FAINSTEIN, Susan S. Planning and the just city. In: *Searching for the just city*. Routledge, 2009a. p. 39-59.
- FAINSTEIN, Susan. Spatial justice and planning. *Justice Spatiale/Spatial Justice*, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2009b.
- FAINSTEIN, Susan. *The just city*. Ithaca: Cornell University Press. 2010.
- FRASER, Nancy. Scales of justice: Reimagining political space in a globalizing world. Columbia University Press, 2009.
- FRASER, Nancy. ON JUSTICE Lessons from Plato, Rawls and Ishiguro. *New Left Review*, n. 74, p. 41-+, 2012.
- FRIEDMAN, James M. et al. Distance to hospital and utilization of surgical services in Haiti: do children, delivering mothers, and patients with emergent surgical conditions experience greater geographical barriers to surgical care?. *The International Journal of Health Planning and Management*, v. 28, n. 3, p. 248-256, 2013.
- LISS, Jon. In Virginia... desperately seeking spatial justice. *City*, v. 14, n. 6, p. 612-615, 2010.
- HART, Julian Tudor. The inverse care law. *The Lancet*, v. 297, n. 7696, p. 405-412, 1971.
- HARVEY, David. *A justiça social e a cidade*. São Paulo: Hucitec, 291p. 1980 [1973].
- HAYNES, Robin et al. Effects of distances to hospital and GP surgery on hospital inpatient episodes, controlling for needs and provision. *Social science & medicine*, v. 49, n. 3, p. 425-433, 1999.
- HENNEMAN, Philip L. et al. Geography and travel distance impact emergency department visits. *The Journal of emergency medicine*, v. 40, n. 3, p. 333-339, 2011.
- LEFEBVRE, Henri. *The Production of Space*. Oxford: Blackwell. 1991 [1974].
- LOVETT, Andrew et al. Car travel time and accessibility by bus to general practitioner services: a study using patient registers and GIS. *Social science & medicine*, v. 55, n. 1, p. 97-111, 2002.
- MALHEIROS, Jorge., e André, Isabel. Justiça Espacial. In: Fernandes, J. A. R., Trigo, L. L., Sposito, E. S. (org.) *Dicionário de Geografia Aplicada*. Porto: Porto Editora, 281p. 2016.
- MARCUSE, Peter. Spatial justice: derivative but causal of social injustice. *Spatial Justice*, v. 1, n. 4, p. 1-6, 2009.
- NOGUEIRA, Helena. What is happening to health in the economic downturn? A view of the Lisbon Metropolitan Area, Portugal. *Annals of human biology*, v. 43, n. 2, p. 164-168, 2016.
- NOGUEIRA, H. Pessoas pobres, lugares pobres, saúde pobre. Territórios amplificadores do risco na Área Metropolitana de Lisboa. *Revista de Estudos Demográficos*, v. 45, p. 29-47, 2009.
- NOGUEIRA, H.; SANTANA, P.; SANTOS, R. Linking perceptions of health to neighbourhood environment in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal. *WIT Transactions on Ecology and the Environment*, v. 93, 2006.

- NOGUEIRA, Helena; SANTANA, Paula; SANTOS, Rita. Saúde: vulnerabilidade e oportunidade na Área Metropolitana de Lisboa. *A Cidade e a Saúde*, Coimbra, Edições Almedina, p. 119-132, 2007.
- REMOALDO, Paula Cristina Almeida; MACHADO, Helena. **O sofrimento oculto: causas, cenários e vivências da infertilidade**. Edições Afrontamento, 2008.
- SANTANA, P. Utilização dos cuidados hospitalares: uma abordagem da geografia da saúde. **VAZ, A.; RAMOS, F.; PEREIRA, J. As reformas dos sistemas de saúde**. Lisboa: APES, p. 182-208, 1996.
- SANTANA, Paula et al. Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. **Health & place**, v. 35, p. 85-94, 2015b. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.07.001>.
- SANTANA, Paula et al. Geografias da diabetes mellitus em Portugal: como as condições do contexto influenciam o risco de morrer. **Acta Médica Portuguesa**, v. 27, n. 3, p. 309-317, 2014a.
- SANZ-BARBERO, Belén; GARCÍA, Laura Otero; HERNÁNDEZ, Teresa Blasco. The effect of distance on the use of emergency hospital services in a Spanish region with high population dispersion: a multilevel analysis. **Medical care**, p. 27-34, 2012.
- SHAW, Mary; DORLING, Danny. Who cares in England and Wales? The positive care law: cross-sectional study. **British Journal of General Practice**, v. 54, n. 509, p. 899-903, 2004.
- SOJA, Edward W. **Seeking spatial justice**. U of Minnesota Press, 2010.
- SOJA, Edward. Spatializing justice—Part II. **City**, v. 15, n. 1, p. 96-102, 2011.
- SOUZA, M. L. The words and the things, *City*, v. 15, n. 1, 73-7, 2011. <https://doi.org/10.1080/13604813.2011.539022>.
- VAZ, Sofia; RAMOS, Pedro; SANTANA, Paula. Efeito da distância na acessibilidade aos serviços de urgência em Portugal. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1154-1161, 2014.
- YOUNG, I. M. Structural Injustice and the Politics of Difference. In: Christiano T, Christman J (eds) *Contemporary Debates in Political Philosophy*. Wiley-Blackwell, Oxford, 362-383, 2009
- YOUNG, Iris Marion. **Justice and the Politics of Difference**. Princeton University Press, 1990.