

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

JOSÉ ROBERTO MACHADO

**USOS DOS SERVIÇOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA E A
RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DA 17ª
REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

Maringá-PR

2015

JOSÉ ROBERTO MACHADO

**USOS DOS SERVIÇOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA E A
RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DA 17ª
REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Geografia, área de concentração: Análise Regional.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Siqueira de Carvalho.

Maringá-PR

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M149u Machado, José Roberto
Usos dos serviços do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina e a resolução dos problemas de saúde da 17ª regional de saúde do Paraná / José Roberto Machado ; orientadora, Márcia Siqueira de Carvalho – Maringá (PR) , 2015.
216 f. : il. color., figs., tabs., Mapas

Orientadora: Márcia Siqueira de Carvalho.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2015.

1. Geografia. 2. Hospital Universitário. 3. Londrina. 4. Saúde. I. Carvalho, Márcia Siqueira de, orient. II. Universidade e Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Geografia. III. Título.

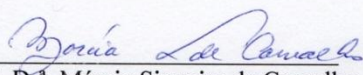
CDD 910

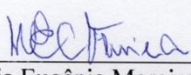
USOS DOS SERVIÇOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA E A RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DA
17ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

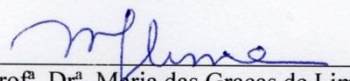
Tese de Doutorado apresentada a Universidade Estadual de
Maringá, como requisito parcial para obtenção do grau de
Doutor em Geografia, área de concentração: Análise
Regional e Ambiental, linha de pesquisa Produção do
Espaço e Dinâmicas Territoriais.

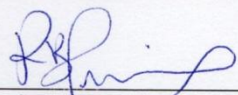
Aprovada em 04 de maio de 2015.

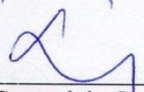
BANCA EXAMINADORA


Prof.ª. Dr.ª. Márcia Siqueira de Carvalho
Orientadora - UEM
Universidade Estadual de Maringá


Prof.ª. Dr.ª. Maria Eugênia Moreira Costa Ferreira
Membro convidado
Universidade Estadual de Maringá


Prof.ª. Dr.ª. Maria das Graças de Lima
Membro convidado
Universidade Estadual de Maringá


Prof. Dr. Raul Borges Guimarães
Membro convidado
UNESP/PP


Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima
Membro convidado

Dedico este trabalho à DEUS, à minha família e,
em especial, à Juliana Marques.

AGRADECIMENTOS

- À DEUS pela saúde e oportunidade de realizar esse trabalho;
- Aos meus pais (Paulo Machado e Maria Aparecida Machado) pela vida e pelo apoio incondicional aos meus estudos;
- À Juliana Marques pela compreensão pelas horas de ausência para a realização do trabalho;
- Especialmente à Prof^{ra}. Dr^a. Márcia Siqueira de Carvalho, uma pessoa fantástica e cheia de surpresas, sempre pronta a ouvir, com ideias auspiciosas, colaborando de forma incrível em todas as etapas com muita dedicação e profissionalismo;
- Ao corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual de Maringá;
- As professoras (Maria Eugenia e Udelysses Janete) pela participação na banca de exame de qualificação, contribuindo com suas críticas construtivas, estimulando para uma melhor qualidade no trabalho;
- Ao amigo Ricardo Töws pela colaboração.
- À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro com a concessão da bolsa;
- Aos professores Ana Cecília e Selomar Claudio Borges pelo abstract e resumen respectivamente;
- Enfim, a todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho, muito obrigado.

RESUMO

O presente trabalho refere-se a uma pesquisa realizada na cidade de Londrina, objetivando a análise dos usos dos serviços do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina – HU/UEL – e sua abrangência geoespacial, definida na escala da 17^a Regional de Saúde, no período de 2000 à 2013. Pretende-se ainda, caracterizar a rede de serviços de saúde existente nesta região e a utilização da mesma, através da identificação dos fluxos de utilização, do acesso aos usuários dos serviços de saúde prestados por pacientes dos municípios da Regional de Saúde onde está inserido o referido HU, assim como também fora dela, por serviços de saúde na área médica/hospitalar e o motivo pela busca dos mesmos. Buscou-se ainda, compreender como ocorreu o processo de formação dos serviços de saúde em Londrina e consequentemente a sua espacialização, assim como identificar o raio de atendimento da saúde pública em Londrina, procurando identificar a relação prefeitura – Sistema Único de Saúde, através dos convênios e a hierarquia de serviços hospitalares e atendimento pelo SUS. Para a realização do presente estudo utilizou-se a perspectiva metodológica de Gerhardt (2000) que apresenta três níveis de análise: o primeiro é formado por uma análise dos diferentes aspectos do contexto da área estudada – Londrina. No segundo, foi realizada uma descrição e análise da situação dos serviços de saúde das cidades de Londrina e dos municípios pertencentes à 17^a Regional de Saúde do Paraná, demonstrando o perfil socioeconômico e demográfico, as políticas públicas de saúde vigentes, o perfil epidemiológico e a rede de serviços de saúde de Londrina. Por fim, o terceiro compreendeu a descrição e a análise do processo de utilização dos serviços de saúde dos HUs, os fluxos e acesso dos usuários assim como os motivos da procura por estes serviços. Dentre os motivos que explicam as razões pelas quais as pessoas buscam os serviços do HU está o fato deste hospital possuir um serviço de emergência com profissionais qualificados em diversas áreas clínicas, cirúrgicas e traumáticas, uma alternativa para a solução dos problemas de saúde que não foram resolvidos pela rede básica de menor complexidade. Outras são a facilidade na acessibilidade, o funcionamento dia a noite ininterruptos, a dificuldade de buscar diretamente os serviços ambulatoriais e de especialidades e ainda a pressa para a resolubilidade de seus sintomas. A pesquisa geográfica tem um importante papel na promoção da saúde, estudando a distribuição dos agravos, dos equipamentos prestadores de serviço, e, principalmente, fornecendo uma visão sintética das diversas variáveis que intervêm no assunto. Por fim, a Geografia da Saúde contribui significativamente para o entendimento da complexidade urbana das cidades brasileiras, as quais apresentam objetos de estudo ainda não pesquisados e, mesmo pesquisas, já realizadas, apresentam, a cada dia, novos elementos de análise.

Palavras-Chave: Londrina; Hospital Universitário; Geografia; Saúde.

ABSTRACT

The present research was conducted in the city of Londrina with the aim of analyzing the uses of medical services provided by the University Hospital of Londrina State University and its geospatial scope. This scope has been defined according to the scale of 17th Health District, from 2000 to 2013. In addition, the aim is also to characterize the local health service network and its use, through identifying flows of use, public access to health services and reasons for seeking health services. The research included the medical/ hospital services provided to patients from the cities within the same Health District of the University Hospital as well as from the outside. Furthermore, the research also sought to understand how the formation process of Health services has taken place in Londrina and, consequently, its spatial distribution. Moreover, it also sought to identify the range of access to public health in Londrina, seeking to identify the relationship between the City Council and the (Brazilian) Unified Public Health System. This relationship was investigated through health insurance services, hierarchy of hospital services and public access to services provided by SUS. The present study adopts Gerhardt's (2000) methodological perspective. According to this framework, there are three levels of analysis, that is: the first consists of an analysis of different contextual aspects of the area under study- Londrina. The second, a description and an analysis of the conditions of health services in the city of Londrina and in the other cities within the 17th Health District, Parana. The latter analysis was carried out with the aim of showing the socioeconomic and demographic profile, the current public health policies, the epidemiological profile and Londrina's health service network. Finally, the third described and analyzed the process of using the University Hospital health services, the flows and the public access as well as the reasons for seeking these services. Among the reasons that explain why people seek the University Hospital services is the fact that this hospital has an emergency department with qualified specialists in various branches of medicine such as clinic, surgery and traumatology areas. It also offers an alternative solution for health problems that are not often solved by the basic (health) network which is less complex. Other reasons are ease of access, open night and day without interruption, difficulties in directly seeking emergency services and specialties and also ones' rush for treating their symptoms. Geographical research has an important role in promoting health, studying the distribution of health damage and injuries, of medical equipment, and, most importantly, providing a concise overview of the diverse variables that come to intervene in this issue. Finally, Health Geography contributes significantly to the understanding of urban complexity of Brazilian cities. The latter perspective presents objects of study which have not been researched yet. In addition, even those pieces of research, which have already been conducted, present new analytical elements every day.

Key-words: Londrina; University Hospital; Geography; Health.

RESUMEN

El presente trabajo se refiere a una investigación realizada en la ciudad de Londrina, objetivando el análisis de los usos de los servicios del Hospital Universitario de la Universidad Estadual de Londrina – HU/UEL – y su alcance geoespacial, definida en la escala de la 17ª Regional de Salud, en el período de 2000 a 2013. Se pretende aun, caracterizar la red de servicios de salud existente en esta región y la utilización de la misma, a través de la identificación de los flujos de utilización, del acceso a los usuarios de los servicios de salud prestados por pacientes de los municipios de la Regional de Salud donde está inserido el referido HU, así como fuera de ella también, por servicios de salud en el área médico/hospitalaria y el motivo por la busca de los mismos. Se buscó además, comprender como ocurrió el proceso de formación de los servicios de salud en Londrina y, consecuentemente, su espacialización, así como identificar el radio de atendimento de la salud pública en Londrina, buscando identificar la relación ayuntamiento a través de los convenios y la jerarquía de servicios hospitalarios y atendimento por el SUS. Para la realización del presente estudio se utilizó la perspectiva metodológica de Gerhardt (2000) que presenta tres niveles de análisis: el primero es formado por un análisis de los diferentes aspectos del contexto del área estudiada – Londrina. En el segundo, fue realizada una descripción y análisis de la situación de los servicios de salud de las ciudades de Londrina y de los municipios pertenecientes a la 17ª Regional de Salud de Paraná, demostrando el perfil socioeconómico y demográfico, las políticas públicas de salud vigentes, el perfil epidemiológico y la red de servicios de salud de Londrina. Por fin, el tercero comprendió la descripción y el análisis del proceso de utilización de los servicios de salud de los HUs, los flujos y acceso de los usuarios, así como los motivos de la procura por estos servicios. De entre los motivos que explican las razones por las cuales las personas buscan los servicios del HU está el hecho de este hospital poseer un servicio de emergencia con profesionales cualificados en diversas áreas clínicas, quirúrgicas y traumáticas, una alternativa para la solución de los problemas de salud que no fueron resueltos por la red básica de menor complejidad. Otras son la facilidad en la accesibilidad o funcionamiento día a noche ininterrumpidos, la dificultad de buscar directamente los servicios ambulatorios y de especialidades y aún la prontitud para la resolución de sus síntomas. La investigación geográfica tiene un importante papel en la promoción de la salud, al estudiar la distribución de los agravios, de los equipos prestadores de servicio, y, principalmente, al fornecer una visión sintética de las diversas variables que intervienen en el asunto. Finalmente, la Geografía de la Salud contribuye significativamente para el entendimiento de la complejidad urbana de las ciudades brasileñas, las cuales presentan objetos de estudio todavía no investigados e, incluso en investigaciones ya realizadas, presentan a cada día nuevos elementos de análisis.

Palabras clave: Londrina; Hospital Universitario; Geografía; Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Organograma teórico-metodológico da pesquisa	38
Figura 2- Localização da cidade de Londrina no contexto da mesorregião Norte Central Paranaense	67
Figura 3 - Londrina. Divisão municipal, distrital e zonal, 2010.....	69
Figura 4 - Primeira sede do Hospital Universitário em Agosto de 1971	89
Figura 5 - Prédio do Noel Nutels inaugurado em 1967 e que foi a segunda sede do Hospital Universitário em 1975.....	90
Figura 6 - Vista aérea do HU de Londrina	91
Figura 7 - Princípios do SUS segundo a Lei 8.080/90.....	119
Figura 8 - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	138
Figura 9 - Mapa político do Estado do Paraná - Divisão por Macrorregionais.....	139
Figura 10 - Regionais de Saúde do Estado do Paraná e Municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde.....	141
Figura 11 - Número de usuários entrevistados por bairro em Londrina, 2013.....	155
Figura 12 - Total de procedimentos de consultas médicas e não médicas realizadas no Pronto Socorro, Ambulatório do HU, AHC e Internações por Estado, 2013.....	159
Figura 13 - Procedimentos de consultas médicas não médicas do Pronto Socorro, Ambulatório do HU, AHC, DASC e Internações de pacientes do Paraná, por RS, 2013.....	161

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População urbana, rural e total de Londrina no período de 1950/2010	72
Gráfico 2 - Leitos de internação em Londrina. Públicos, privados e filantrópicos, 2013.....	80
Gráfico 3 - Coeficiente de mortalidade geral (por 1.000 hab.), residentes em Londrina, 1995 à 2013.....	83
Gráfico 4 - Coeficientes de mortalidade infantil, série histórica de Londrina, 1990 à 2013 ...	85
Gráfico 5 - Sexo dos usuários entrevistados no HU, 2013.....	151
Gráfico 6 - Procedência dos entrevistados no HU, 2013.	154
Gráfico 7 - Número de atendimentos e porcentagem dos pacientes de Londrina e demais municípios atendidos no ambulatório do HU e HC, no PS e internados, no período de 2000 à 2013.....	156

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População urbana, rural e total de Londrina no período de 1950/2010	72
Tabela 2 - Serviços de saúde (SUS) de Londrina. Públicos, privados e filantrópicos, 2013 ...	74
Tabela 3 - Número de consultas médicas por especialidades na saúde pública em Londrina, 2013	75
Tabela 4 - Número de atendimentos realizados por tipo de especialidade nas Policlínicas de Londrina, 2013.....	76
Tabela 5 - Número de atendimento infantil e adulto realizado no Pronto Atendimento em Londrina, 2015	77
Tabela 6 - Número de encaminhamento realizado pela central do SAMU em Londrina, 2012.....	78
Tabela 7 - Leitos de internação públicos, privados e filantrópicos em Londrina, 2013.....	79
Tabela 8 - Produção ambulatorial (SUS) de Londrina, por grupos de procedimentos no período 2009-2013	81
Tabela 9 - Internações hospitalares (SUS) em Londrina, por especialidades médicas no período 2009-2013	81
Tabela 10 - Internação hospitalar (SUS) em Londrina, por complexidade do procedimento no período 2009-2013.....	82
Tabela 11 - Internação hospitalar (SUS) em Londrina, por procedência do paciente no período 2009-2013	83
Tabela 12 - Óbitos segundo grupos de causas (Cap CID10), residência Londrina, 2013.....	84
Tabela 13 - Coeficientes de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos), Brasil, Região Sul, Estado do Paraná e Londrina, 2006 à 2013	85
Tabela 14 - Internações por faixa etária residentes em Londrina, 2013.....	86
Tabela 15 - Municípios e População da 17ª Regional de Saúde do Paraná, 2010.....	142
Tabela 16 - Unidade de serviços públicos de saúde os municípios da 17ª RS, 2013	144
Tabela 17 - Número de hospitais privados e públicos e leitos da 17ª RS, 2013.....	146
Tabela 18 - Distribuição de leitos (SUS) existentes por hospital em Londrina-PR, 2014.....	147
Tabela 19 - Número de leitos no Brasil, Paraná e Londrina segundo a especialidade e sua espacialização, 2014.....	148
Tabela 20 - Número de entrevistados por tipo de serviço procurado no HU, 2013	149
Tabela 21 - Número de leitos segundo a especialidade e sua espacialização, 2014.....	149

Tabela 22 - Distribuição dos entrevistados por faixa etária no HU, 2013	150
Tabela 23 - Origem de nascimentos dos entrevistados no HU, 2013	151
Tabela 24 - Nível de escolaridade dos entrevistados no HU, 2013	152
Tabela 25 - Ocupação dos entrevistados no HU, 2013	153
Tabela 26 - Número de atendimentos e porcentagem dos pacientes de Londrina e demais municípios atendidos no ambulatório do HU e HC, no PS e internados, no período de 2000 à 2012.....	156
Tabela 27 - Número e porcentagem dos pacientes atendidos no ambulatório, PS e internados no HU e HC em Londrina, no período de 2000 à 2012	157
Tabela 28 - Número de atendimentos realizados pelas regionais de Saúde do Estado do Paraná, de acordo com a Regionais do Estado do Paraná, 2013	160
Tabela 29 - Número total de pacientes dos Municípios da 17ª RS atendidos no HU, AHC e DASC, 2013	162
Tabela 30 - Distância percorrida e tempo gasto pelos entrevistados no HU, 2013.....	165
Tabela 31 - Meio de locomoção utilizado, 2013	167
Tabela 32 - Problemas costumeiros, por grupos de doenças, de acordo com os entrevistados, Londrina, 2013	168
Tabela 33 - Medidas e recursos utilizados pelos entrevistados para os problemas de saúde considerados costumeiros, Londrina, 2013.....	170
Tabela 34 - Sintomas graves, por grupos de doenças, de acordo com os entrevistados, Londrina, 2013	171
Tabela 35 - Medidas e recursos utilizados pelos entrevistados para os problemas de saúde considerados graves, Londrina, 2013	172
Tabela 36 - Serviço de saúde normalmente utilizado pelo entrevistado, Londrina, 2013	173
Tabela 37 - Número Servidores e profissionais da saúde por Unidade Básica de Saúde em Londrina, 2014	175
Tabela 38 - Número de profissionais da saúde nas Unidades de Urgência e Emergência em Londrina, 2014	177
Tabela 39 - O que o entrevistado faz quando procura um serviço de saúde e seu problema não é resolvido, Londrina, 2013.....	179
Tabela 40 - Principais problemas de saúde que levou a busca pelos serviços do HU, Londrina, 2013	181

Tabela 41 - Número de vezes que buscou algum serviço de saúde pelo mesmo problema nos últimos 12 meses no HU, 2013	182
Tabela 42 - Quantas vezes procurou o HU nos últimos 12 meses.....	183
Tabela 43 - Tipo de procura pelos serviços do HU, Londrina, 2013.....	184
Tabela 44 - Motivos que explicam à procura pelo HU sem o encaminhamento das UBS de acordo com os entrevistados.	184
Tabela 45 - Lugares que buscou atendimento até chegar no HU, londrina, 2013	186
Tabela 48 - Tempo gasto do primeiro atendimento até o diagnóstico final	186

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - A Geografia da Saúde no Contexto Europeu.....	62
Quadro 2 - Histórico dos Problemas de Saúde no Brasil 1850 – 2013.....	96
Quadro 3: Sistema Único de Saúde: Repartição de Competências de acordo Lei 8080/90...	123

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AHC – Ambulatório do Hospital das Clínicas
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMB – Associação Médica Brasileira
AML – Associação Médica de Londrina
APACS – Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
APS – Atenção Primária em Saúde
BNH – Banco Nacional de Habitação
CAPEC – Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa
CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEF – Caixa Econômica Federal
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CID – Classificação Internacional de Doenças
CISMEPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMNP – Companhia Melhoramentos Norte do Paraná
CPMF – Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira
CS – Centro de Saúde
CTNP – Companhia de Terras Norte do Paraná
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COPEP – Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
DASC – Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade
DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF – Equipe Saúde da Família
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FEGE – Fator de Estímulo à Gestão Estadual
FESULON – Fundação de Ensino Superior de Londrina
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FHP – Fundação Hospital Psiquiátrico
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FPAS – Fundo de Previdência e Assistência Social
FUEL – Fundação Universidade Estadual de Londrina
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNRURAL – Fundo Assistência aos Trabalhadores Rurais
GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
HC – Hospital de Clínicas
HPN – Hemoglobinúria Paroxística Noturna
HUM – Hospital Universitário de Maringá
HU – Hospital Universitário
HURNP – Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
HZN – Hospital Zona Norte
HZS – Hospital Zona Sul
IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência Social
IAPB – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IAPC – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPM – Institutos de Aposentadorias e Pensões Marítimos
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCN – Incentivo de Combate às Carências Nutricionais
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
IVQ – Índice de Valorização de Qualidade
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica

ONU – Organização das Nações Unidas
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM – Pronto Atendimento Municipal
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
PNI – Programa Nacional de Imunização
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PREVSAÚDE – Programa Nacional de Serviços de Saúde
PRORURAL – Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PS – Pronto Socorro
PSF – Programa de Saúde da Família
RS – Regional de Saúde
SALTE – Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SAMPHS – Sistema de Administração Hospitalar e Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento de Urgência Médica
SESA – Secretaria Estadual de Saúde
SESP – Serviço Estadual de Saúde Pública
SETI – Secretaria Estadual de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIATE – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SICAU – Sistema Integrado de Controle das Ações da União
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UAPSF – Atenção Primária à Saúde da Família
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial
UEL – Universidade Estadual de Londrina

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	v
AGRADECIMENTOS	vi
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
RESUMÉN	iv
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE QUADROS	xiii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xiv
INTRODUÇÃO	23
1- BASES TEÓRICAS, METODOLÓGICAS E CONCEITUAIS	30
1.1 O TEMA DA PESQUISA	30
1.2 JUSTIFICATIVA.....	30
1.3 PROBLEMA.....	31
1.4 HIPÓTESE	32
1.5 OS OBJETIVOS DA PESQUISA	32
1.5.1 Objetivo Geral	32
1.5.2 Objetivos Específicos	32
1.6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	32
1.7- UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A GEOGRAFIA DA SAÚDE.....	39
1.7.1 Discussões Preliminares Sobre Alguns Conceitos	39
1.7.2 Espaço, Território e Saúde: Construindo referência para análise	45
1.7.3 Geografia da Saúde e Propostas de Análise da Atuação na Saúde Pública	56
2 A EXPANSÃO URBANA: Interfaces nos Serviços de Saúde de Londrina	66
2.1 DA EXPANSÃO URBANA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE LONDRINA	68
2.2 Conhecendo o Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina	88

3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O SUS: Avanços e Desafios	94
3.1 POLITICAS DE SAUDE: Uma Breve Contextualização.....	95
3.2 SUS: Origem, Desenvolvimento e Contexto Atual	115
4 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA NO CONTEXTO DA 17ª REGIONAL DE SAÚDE	137
4.1 A REDE PÚBLICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA 17ª RS.	137
4.2 PERFIL SOCIAL, ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DO HU	148
4.3 PROCEDÊNCIA E FORMAS DE ACESSO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DO HU.....	153
4.4 COMO OS USUÁRIOS LIDAM COM OS PROBLEMAS DE SAÚDE.....	167
4.5 OS MOTIVOS DA BUSCA PELOS SERVIÇOS DO HU E AHC	180
CONSIDERAÇÕES FINAIS	191
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	199
APÊNDICES	208

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O presente trabalho refere-se a uma pesquisa realizada na cidade de Londrina, objetivando a análise dos usos dos serviços do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina – HU/UEL – e sua abrangência geoespacial, definida na escala da 17ª Regional de Saúde, no período de 2000 à 2013. Através dela, buscou-se compreender o processo de busca de atendimento por pacientes dos municípios da Regional de Saúde onde o HU está inserido, assim como também fora dela, por serviços de saúde na área médica/hospitalar na cidade em função da produção de equipamentos, atividades e serviços da saúde, de consumo coletivo, que acompanhou o desenvolvimento da cidade, que se tornou um polo regional de serviços médicos, verificando o processo de hierarquização da saúde pública – Unidades Básica de Saúde e Hospitais –, ressaltando a análise quanto ao tipo e localização do serviço de Saúde.

Pretendeu-se ainda, caracterizar a rede de serviços de saúde existente na região de Londrina e a utilização de pacientes, através da identificação dos fluxos de utilização, do acesso aos usuários de saúde e o motivo que os levam ao uso destes serviços em Londrina. Buscou-se ainda, compreender como e porque ocorre essa busca pelos serviços especializados desses hospitais por pacientes fora da região Norte Central do Paraná e do próprio Estado do Paraná.

Atualmente para a efetivação da atenção à saúde é preciso visualizar a questão da acessibilidade aos serviços, aqui considerados a partir das características econômicas, da disponibilidade de serviços de atendimento e na capacidade física instalada de atender as unidades básicas de saúde. A acessibilidade pode ser vista ainda como aquela resultante da relação entre a localização dos serviços de atendimento em saúde e a localização dos usuários/pacientes, levando em consideração os recursos disponíveis, a existência de transporte público e/ou privado, condições de trafegabilidade, tempo, distância e custo de viagem – acessibilidade geográfica.

Durante o desenvolvimento do processo de produção dos equipamentos de usos coletivos ligados à área da saúde objetivou-se uma proposta metodológica baseada na geografia urbana, buscando um resgate do processo de espacialização das atividades e serviços de consumo coletivos na cidade citada, articulando-a em seus diferentes momentos histórico, político, social, econômico em consonância com o Estado e o País.

A pesquisa geográfica tem um importante papel na promoção da saúde, estudando a distribuição dos agravos, dos equipamentos prestadores de serviço, e, principalmente, fornecendo uma visão sintética das diversas variáveis que intervêm no assunto. Estas questões vêm sendo abordadas pela Geografia da Saúde, que apresenta interfaces muito próximas com a Epidemiologia e o Planejamento de Saúde.

A saúde não pode ser vista apenas como um cuidado que se presta nos estabelecimentos próprios para a atividade de cura e prevenção. Deve ser multidisciplinar, onde intervêm diversos profissionais. A saúde é, antes de tudo, um estado de equilíbrio com tudo o que nos cerca, estando as desigualdades – econômicas, sociais, culturais, ambientais, acessibilidades aos serviços de saúde, entre outros – na raiz dos problemas coletivos nesta área. A Geografia não poderá, portanto, eximir-se da tarefa de mostrar estas desigualdades, como forma de contribuir para sua redução, trabalhando o espaço e tornando explícitas as condições sociais e físicas que envolvem os problemas humanos.

Os estudos envolvendo a localização de edifícios assistenciais de saúde têm crescido atualmente, portanto em ritmo lento se comparado à outros temas da Geografia da Saúde. Acresce-se a isto a discussão sobre a validade do papel da distância, quando os meios de transporte encurtam sensivelmente os trajetos. As preferências individuais, qualidade do serviço prestado, acidentes geográficos, poder aquisitivo, hábitos e costumes, devem ser consideradas na decisão da escolha do equipamento a ser utilizado. A análise, no entanto, da distribuição dos edifícios assistenciais de saúde na malha urbana fornece importantes subsídios para a compreensão de aspectos de segregação social e seu rebatimento no espaço.

Diversas são as variáveis intervenientes na questão da localização de serviços de saúde. Iniciada a abordagem do tema, ficou nitidamente demonstrada sua complexidade e caráter multidisciplinar. Questões de ordem médica, epidemiológica, política, social, física e histórica se mostraram da mais alta importância para o perfeito entendimento do problema. Pela necessidade, no entanto, de restringirmos nosso estudo ao campo próprio de nossa formação, escolhemos áreas que julgamos suficientes para o entendimento, ainda que parcial, do problema da localização e acessibilidade, tendo o cuidado de demonstrar a interdependência entre as variáveis.

Assim, elegeu-se como troncos básicos de nossa análise a questão espacial da localização, acessibilidade e suas condicionantes em termos históricos e políticos específicos da área da saúde, ou seja, as políticas públicas de saúde. Intencionalmente, não deteve-se em

pontos como epidemiologia, sendo esta uma lacuna a ser preenchida em trabalhos posteriores, juntamente com profissionais da área.

Em uma administração pública as políticas públicas, em princípio, se revestem de fundamental importância para os governantes nas diversas escalas do poder público. No meio dessas políticas, a saúde se destaca nos programas de governo e isso não é diferente no caso de Londrina. Contudo, em vários lugares, nas diversas escalas do território, há diversos aspectos problemáticos a respeito desse tema. Dessa forma, pode sobressair entre esses problemas a distribuição desigual dos serviços de saúde no país. Nesse caso, pode-se citar para ilustrar tal fato, a alta concentração de clínicas e centros médicos especializados e hospitais em determinados estados, assim como em determinados bairros de várias cidades brasileiras, como Londrina.

Essa desigualdade territorial nos serviços de saúde pode ser explicada pelo poder econômico de algumas cidades adquirido ao longo do seu processo de formação e evolução populacional, territorial e econômico, como também pela otimização de recursos, levando a concentração dos serviços médico-hospitalar públicos e privados especializados, fazendo com que milhares de pessoas dessas cidades ou de outras da região a busquem os serviços desses hospitais, levando aos “gargalos” enfrentados pelos Hospitais Universitários de todo o país, como em Londrina.

Nesse sentido, fez-se uma análise do Sistema Único da Saúde, com o intuito de demonstrar os avanços da saúde pública brasileira e paranaense, os principais desafios a serem enfrentando – inclusive a crise dos hospitais universitários.

O referencial teórico que auxilia a reflexão proposta foi baseado na produção da Geografia e da Geografia da Saúde de diferentes momentos históricos, tais como as décadas de 1930, 1950, 1960 e na análise contemporânea vinculada à Geografia Crítica através de autores que abordam a questão social, através da sociologia médica, saúde coletiva, saúde pública, entre outros. Destarte se faça a referência a este conjunto teórico, importa referir que outras abordagens foram lidas e analisadas como parte do processo de conhecimento e análise das diferentes concepções teóricas sobre o processo urbano e a saúde. Trata-se, pois, de um percurso de aprendizagem onde preconceitos – de que a geografia não se mistura com a área médica – devem ser de antemão banidos, como forma de construir um percurso analítico.

Nas discussões teóricas percorreu-se um caminho reflexivo sobre a construção e implementação do sistema de saúde vigente atualmente no Brasil, o SUS. Nesse sentido,

ênfatiou-se alguns aspectos importantes que dão sustentação à implantação do modelo de saúde através da regionalização, que é umas das estratégias de organização do espaço geográfico e do atual modelo que está sendo debatido nas secretarias de saúde em diferentes escalas – Federal, Estadual e Municipal –, que são as redes de atenção à saúde. O acesso aos serviços de saúde condiciona a uma reflexão sobre o acesso geográfico, cultural, econômico e funcional, aos fluxos de utilização e as desigualdades socioespaciais em saúde.

No estudo da Geografia da Saúde encontra-se uma literatura bastante vasta e diversificada. Nem por isso se pode dizer que este tema esteja esgotado, até porque as contradições do próprio sistema, bem como a complexidade urbana das cidades brasileiras, apresentam objetos de estudo ainda não pesquisados e, mesmo pesquisados, já realizadas, apresentam, a cada dia, novos elementos de análise.

Ainda para o enriquecimento da análise foi trabalhado a questão dos usos dos serviços do Hospital Universitário de Londrina, apontando alguns dados e reflexões sobre a saúde privada nesta cidade.

Nesse estudo, o termo Geografia da Saúde é o que mais se ajusta para a investigação proposta, pois este se enquadra em uma das cinco abordagens propostas por Curtis e Taket (1996) para demonstrar o pluralismo enfrentado pela Geografia da Saúde a partir dos anos de 1980, que é a abordagem da análise espacial dos recursos da saúde, nos quais incluem a estrutura organizacional e geográfica dos recursos médico-hospitalares, as diferenças entre a demanda de serviços e de cuidados e, finalmente, o papel dos fatores comportamentais que interferem ou não nos recursos de atenção à saúde.

O município de Londrina caracteriza-se como polo regional de crescimento urbano, econômico e de serviços. Nesse aspecto, há um grande fluxo de pessoas que buscam por serviços de saúde especializados de média e alta complexidade em Londrina, visto que suas necessidades não são supridas em seus municípios de origem, conforme previsto no Plano Diretor de Regionalização – PDR – e na pactuação do sistema de saúde sobre a oferta dos serviços de acordo com os níveis de complexidade. Diante disso, escolheu-se o HU de Londrina para a realização desta pesquisa, caracterizando o perfil destes serviços, dos usuários e sua trajetória utilizada para a utilização destes serviços.

A tese que se defende é que as constantes filas de pacientes no HU são ocasionadas por diferenças estruturais no atendimento prestado na rede básica de saúde resultando em baixa resolubilidade e pela desconfiança dos usuários aos serviços prestados na Atenção

Primária à Saúde de Londrina e dos municípios da 17ª Regional de Saúde, o que leva a demanda espontânea ao HU – que deveria ser atendida na APS – para um atendimento mais rápido e pela confiança nos serviços prestados pelo hospital.

A tese apresenta-se por capítulos: bases teóricas, metodológicas e conceituais; a expansão urbana: interfaces nos serviços de saúde de Londrina; as políticas de saúde e o SUS: avanços e desafios; o hospital universitário da universidade estadual de Londrina no contexto da 17ª regional de saúde e, por fim, as considerações finais.

No capítulo I, iniciou-se por discorrer sobre os pressupostos teórico, metodológicos e conceituais, apresentando o tema da pesquisa, seguido dos objetivos, justificativa, problema, hipótese e metodologia. Na sequência, para sustentar e apresentar a reflexão, foi realizado a revisão de literatura, abordando alguns conceitos da geografia que estão inter-relacionados (in)diretamente com as condições de saúde da população. Finalizou-se esta parte caracterizando a evolução dos estudos de Geografia da Saúde, apontando algumas propostas de análise de atuação para a saúde pública.

No capítulo II, fez-se uma contextualização da área estudada, apresentando breves comentários sobre os aspectos históricos e políticos de Londrina, sua evolução urbana e populacional, para se entender de uma forma mais pormenorizada como ela se tornou um polo regional de prestação de serviços público-privados na área da saúde, caracterizando a rede pública de saúde assim como também mostrar a gênese, evolução e condição atual do HU e AHC de Londrina.

No capítulo III, a primeira parte trata das políticas de saúde. Analisou-se primordialmente, como se desenvolveu, historicamente a implementação das políticas de assistência à saúde no Brasil. Tal conhecimento é de suma importância para compreender-se o estado atual em que se encontra a prestação de serviços de saúde no país e nos Hospitais Universitários. Nesse contexto, discutiu-se ainda, a formação do SUS e o seu papel na saúde brasileira, apontando os avanços e os seus principais desafios. Não pretendeu-se, contudo, nem seria possível, esgotar o assunto, mas apenas apresentar algumas reflexões a respeito do tema, que deve ser aprofundado a partir da literatura analisada, para se ter dessa forma, uma visão mais ampla sobre a realidade da saúde pública na cidade de Londrina, a partir dos serviços prestados pelos Hospitais Universitários e pelas redes municipais de saúde.

No capítulo IV, fez-se uma análise sobre os usuários dos serviços de saúde do HU de Londrina. Para tanto, caracteriza-se a rede municipal de saúde dos municípios que pertencem

a 17ª Regional de Saúde. Com relação aos usuários, foram analisadas as informações sobre o perfil social, demográfico e econômico, assim como o meio utilizado para o acesso aos serviços do HU, distância e tempo utilizado, serviços de saúde costumeiramente utilizados entre outros aspectos importantes para a compreensão da busca pelos serviços de saúde do HU e AHC de Londrina.

Este estudo apontará os efeitos das desigualdades socioespaciais na saúde, o modo como os serviços de saúde estão sendo utilizados pelos usuários, facilitando o desenvolvimento de políticas públicas de saúde com intervenções mais específicas e equitativas. Assim, pretendeu-se que o mesmo contribua no planejamento da oferta aos usuários no contexto do modelo de atuação em saúde desde à Atenção Primária em Saúde – APS –, na atuação dos serviços complementares de média e alta complexidade e suas inter-relações como acesso ofertado aos usuários.

CAPÍTULO 1

BASES TEÓRICAS, METODOLÓGICAS E CONCEITUAIS

1 BASES TEÓRICAS, METODOLÓGICAS E CONCEITUAIS

1.1 O TEMA DA PESQUISA

Ao estudar as dinâmicas que se territorializam e se expressam no espaço urbano, realiza-se diferentes leituras da cidade seja na descrição de suas características, dados socioeconômicos e formas, seja por meio de uma análise cultural de seus costumes, ou ainda, a partir das políticas públicas adotadas para o desenvolvimento de um determinado centro urbano, um aglomerado urbano, uma cidade – dentre outros aspectos.

A importância do estudo do espaço urbano decorre do fato de as cidades concentrarem grande parte da população mundial e volume de investimentos do capital. É também nas cidades que acontecem os conflitos sociais, dos mais diversos segmentos da sociedade. Buscar identificar e analisar os problemas gerados pelos conflitos de classe ou pela falta de uma política pública adequada que vise contribuir para redução dos problemas de saúde, educação e habitação, além de transportes, de água, de iluminação, dentre outros, é tarefa básica do geógrafo. Nem por isso deve-se esquecer da importância do área rural nesse processo, visto que as pessoas que aí residem, também necessitam de cuidados da saúde.

Nesse contexto, um dos principais problemas que o geógrafo ou demais pesquisadores da área da saúde deve pesquisar, refere-se às condições de saúde da população, pois com o crescimento vegetativo da população aliada ao processo migratório, há uma maior demanda por atendimento médico/hospitalar. Assim, condições, fatos, fatores, investimentos, entre outros devem ser levados em consideração no sentido de entender melhor os determinantes e os condicionantes do processo saúde-doença e o acesso dos usuários aos serviços médicos/hospitalares, como também, dos investimentos e/ou ações dos gestores públicos no setor de saúde e suas interfaces.

Nesse contexto, a Geografia da Saúde contribui significativamente para o entendimento da complexidade urbana das cidades brasileiras, as quais apresentam objetos de estudo ainda não pesquisados e, mesmo pesquisas, já realizadas, apresentam, a cada dia, novos elementos de análise.

1.2 JUSTIFICATIVA

A inexistência de estudos mais aprofundados sobre a organização espacial da área da saúde (médica/hospitalar) de Londrina por pesquisadores da Geografia e Geografia da Saúde.

Os estudos recentes sobre os equipamentos de consumo coletivos (área da saúde) têm mostrado a atuação do poder público na elaboração de políticas públicas para suprir demandas de atendimentos à saúde. Acresce-se a isto a discussão sobre a importância do papel da distância, quando os meios de transporte dão maior rapidez na realização do trajeto dos pacientes, as preferências individuais, qualidade do serviço prestado, poder aquisitivo, hábitos e costumes, devem ser considerados na decisão da escolha – que dependerá do tipo do procedimento buscado – do equipamento a ser utilizado.

Também, pela importância que os serviços urbanos da saúde representam para as cidades e como estes estão espacializados e concentrados em determinadas cidades, levando centenas de pessoas – incluindo as pessoas que residem no espaço rural – dos municípios menores a buscarem os serviços nas cidades que são referência na prestação dos atendimentos de média e alta complexidade na sua respectiva macrorregional de Saúde – escala espacial administrativa – utilizada e determinada pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, pactuada com os gestores municipais de Saúde nas instâncias das CIBs – Comissão Intergestores Bipartite – regional e estadual, como também, especificamente dos municípios de abrangência da 17ª Regional de Saúde, tendo Londrina como polo sede.

1.3 PROBLEMA

Compreender a escala dos serviços de saúde de Londrina e da 17ª Regional de saúde e o processo pela busca dos serviços especializados do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina – HU/UEL – por pessoas das cidades pertencentes à 17ª Regional de Saúde, assim como de outras regionais e até de fora do estado do Paraná – ocasionado a falta de leitos para internações e as intermináveis filas à espera de consultas e exames especializados, assim como analisar o atendimento e o nível de complexidade dentro de Londrina, procurando, ainda, identificar a relação prefeitura – Sistema Único de Saúde, através dos convênios e a hierarquia de serviços hospitalares e atendimento pelo SUS.

1.4 HIPÓTESE

Nos municípios da 17ª Regional de Saúde e principalmente em Londrina, centenas de usuários da rede pública de saúde, que por problemas estruturais no atendimento, não estão satisfeitos com os serviços de atenção primária prestados pelas unidades de saúde, buscam diretamente o pronto socorro e/ou pronto atendimento do HU. Ou seja, os usuários estão buscando os serviços de urgência e emergência do HU em função dos problemas conjunturais e estruturais desencadeados na Atenção Primária à Saúde de seus municípios reflexo da gestão de saúde local ofertada à população.

1.5 OS OBJETIVOS DA PESQUISA

1.5.1 Objetivo Geral

A presente pesquisa tem como objetivo à análise geoespacial dos serviços prestados pelo HU de Londrina na respectiva abrangência dos municípios da 17ª Regional de Saúde no período de 2000 a 2013. Pretende-se ainda, caracterizar a rede de serviços de saúde existente nesta região e a utilização da mesma, através da identificação dos fluxos de utilização, do acesso aos usuários dos serviços de saúde prestados e o motivo pela busca dos mesmos.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Analisar a atuação do HU e AHC de Londrina referente ao atendimento à população, além, do vínculo desses hospitais com outras prefeituras da região Noroeste do Paraná;
- Analisar o processo de criação do SUS para entender o atual sistema de saúde brasileiro, no que diz respeito aos avanços, aos problemas e aos principais desafios;
- Caracterizar a rede de serviço de saúde em Londrina bem com o fluxo e o acesso dos usuários a estes serviços;
- Entender os motivos que levam as pessoas a preterir os serviços prestados nas Unidades Básicas de saúde pelo HU, fazendo com que procurem diretamente os serviços do Hospital Universitário sem terem sido encaminhadas por órgãos públicos de saúde municipal;

1.6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

No presente estudo sobre a utilização, os fluxos e acesso aos serviços públicos de saúde do HU de Londrina utilizou-se a perspectiva metodológica de Gerhardt (2000) que apresenta três níveis de análise: o primeiro é formado por uma análise dos diferentes aspectos do contexto da área estudada – Londrina. Primeiramente apresentou-se a caracterização socioeconômica e demográfica e das condições dos serviços de saúde disponíveis, que contribuíram para a contextualização da pesquisa. No segundo, realizou-se uma descrição e análise da situação dos serviços de saúde da cidade de Londrina e dos municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Paraná, demonstrando o perfil socioeconômico e demográfico, as políticas públicas de saúde vigente, o perfil epidemiológico e a rede de serviços de saúde de Londrina. Por fim, o terceiro compreendeu-se a descrição e a análise do processo de utilização dos serviços de saúde do HU e AHC, os fluxos e acesso dos usuários assim como os motivos da procura por estes serviços.

Para a descrição e análise da utilização dos serviços realizou-se uma abordagem metodológica qualitativa. A definição por esta abordagem metodológica partiu da necessidade de se aproximar de uma realidade multifacetada, sobretudo na área de serviços de saúde, de forma que esta forneça conhecimento sobre o problema pesquisado. Dessa forma, Briceño-León (2003, p. 180-181) salienta sobre a importância do método para a compreensão do problema ao dizer que “a capacidade de dar respostas aos objetivos da investigação, a capacidade para compreender um processo social ou o comportamento dos indivíduos, a integração dos métodos quase se converte em uma necessidade”. Nesse contexto, o bom método é aquele que auxiliará na busca por respostas aos problemas propostos.

Quanto aos meios de investigação, se classifica como sendo do tipo estudo de caso do tipo descritivo e exploratório. De acordo com Gil (2008 p.72), o estudo de caso “é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permite o seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante os outros delineamentos considerados”.

Gil (2008) ainda mostra que o estudo de caso tem sido utilizado com uma frequência cada vez maior pelos pesquisadores, pois ele facilita explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação; e explicar as variáveis causais de determinados fenômenos em

situações complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos. Nesse sentido, pretendendo descrever uma aplicação prática das principais abordagens fundamentadas nessa pesquisa, escolheu-se o HU e o AHC de Londrina para *locus* de investigação.

O estudo descritivo para Gil (2008) permite ao pesquisador observar, registrar, analisar, correlacionar fatos ou fenômenos sociais e estabelecer relações entre as variáveis sem manipulá-las através de técnicas padronizadas e coleta de dados como questionário e observação sistemática. Para o autor estas duas técnicas de coletas de dados são fundamentais para o desenvolvimento de uma pesquisa descritiva de qualidade. Segundo o autor a pesquisa descritiva possibilita narrar minuciosamente determinados acontecimentos, situações e depoimentos que melhoram a análise das informações.

A pesquisa exploratória tem por finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema, aproximando o pesquisador do fenômeno, ou seja, têm a intenção de torná-lo mais claro para poder desvendá-lo, tendo enfoques, percepções, ideias desconhecidas e inovadoras, concepções e terminologias novas sobre os fatos ou fenômenos pesquisados. Nessa perspectiva, contribui para modificar paulatinamente a maneira de pensar do pesquisador conforme o modo que a realidade vai se apresentando (TOBAR; YALOUR, 2001; GIL, 2008).

A pesquisa exploratória fornece uma visão global aproximativa. Ela é costumeiramente utilizada quando o tema é pouco explorado com dificuldades nas formulações mais precisas dos problemas e hipóteses operacionalizáveis. Tem por objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para estudos futuros. Apresenta um planejamento mais flexível e tem as entrevistas e as observações como possíveis técnicas de pesquisa (GIL, 2008).

Segundo Pereira (1995), os estudos descritivos visam à observação, descrição e exploração de determinados aspectos de uma situação ou a distribuição de um evento, na população em termos quantitativos. Já o estudo exploratório auxilia no aumento da experiência do pesquisador sobre a problemática que esta sendo investigada.

O objeto da pesquisa foi o Hospital Universitário de Londrina, que é referência na região Norte Central Paranaense e que possui o Hospital das Clínicas como extensão. A escolha desses serviços foi em função da demanda e fluxo de pacientes de Londrina e assim como também, àqueles oriundos de outros municípios.

O método de amostragem escolhido foi definido como uma amostra não-probabilística, pois para Mattar (1997, p. 76), é “aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende, ao menos em parte, do julgamento do pesquisador”. Dentre os tipos de amostra não-probabilística optou-se pela amostra por conveniência ou acidental, onde segundo Mattar (1997, p. 77), “o elemento pesquisado foi auto-selecionado, ou selecionado por estar disponível no local e no momento em que a pesquisa estava sendo realizada”.

A população entrevistada foi composta por usuários dos dois serviços de saúde. O estudo qualitativo foi realizado com os pacientes que estavam internados ou foram atendidos ou aguardavam atendimento no Pronto-Socorro do HU no decorrer no ano de 2013 ou que aguardavam o atendimento no AHC. O número de usuários se manteve constante ao longo do período de coleta de dados, pois não ocorreu nenhuma sazonalidade que pudesse interferir substancialmente. A opção foi entrevistar todos os usuários que se prontificaram a colaborar com a pesquisa, no momento da espera de atendimento, internados ou liberados após atendimento. Os usuários/pacientes que estavam impossibilitados de responder às questões, pela própria condição física ou no caso de crianças, foram representados por seus responsáveis.

A amostra foi selecionada por conveniência, determinando-se a quantidade de entrevistas em função dos fatores como tempo, recursos, logística, entre outros. A amostra totalizou 250¹ usuários/pacientes atendidos no HU e AHC da UEL, através da aplicação de questionário com questões abertas e fechadas. Ainda compondo a amostra, foram realizadas 15 entrevistas no HU e AHC de Londrina, assim como 30 entrevistas semi-estruturada com questões abertas nas unidades de saúde do Município.

Para alcance do objetivo do estudo, desenvolveu-se como instrumento de pesquisa um questionário com questões objetivas (APÊNDICE 1) para os usuários do HU de Londrina, assim como um roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE 2), como também para os usuários das unidades de saúde do município de Londrina (APÊNDICE 3).

Com relação às condições éticas da pesquisa, todos os mecanismos foram utilizados, respeitando as considerações bioéticas quanto ao acesso e análise dos dados, de acordo com a resolução nº196/1996, do Conselho Nacional de Saúde.

¹ Esse número foi acordado no sentido de ter um número suficiente de casos e ao mesmo tempo considerar sua representatividade, já que o nível de significância não faz muito sentido para este caso.

Todos os entrevistados foram informados oralmente sobre os objetivos da pesquisa e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 4) para confirmar sua aceitação na participação no estudo, através de assinatura própria ou por seu representante legal. Ainda foi garantida a privacidade e a confidencialidade quanto às informações prestadas assim como o direito de não participar ou desistir em qualquer momento.

O projeto de pesquisa do presente estudo foi submetido à avaliação da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa – CAPEC – do Hospital Universitário de Londrina (APÊNDICE 5). Tendo a sua aprovação, o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá², através da Plataforma Brasil (APÊNDICE 6) ao qual também se obteve aprovação. Com relação aos dados de saúde municipal, conseguimos autorização verbal dos representantes da autarquia municipal de saúde para o acesso às informações de saúde, a coleta de dados e a visita nas dependências da secretaria assim como na rede de serviços de saúde do município, nos eximindo da parte burocrática dos procedimentos protocolares.

A metodologia consistiu ainda dos seguintes instrumentais: referencial teórico, referencial empírico e referencial técnico.

A primeira fase teve início com o levantamento do referencial teórico, no sentido de ter um melhor embasamento referente à temática estudada. Consistiu no levantamento bibliográfico e documental. O primeiro viabilizou a análise da literatura atinente aos temas em questão: geografia da saúde, políticas públicas de saúde, equipamento urbano da saúde, acesso e acessibilidade, regionalização e a categoria de análise Estado – Poder Público – no sentido de nortear o gerenciamento e a produção dos serviços de saúde. Tais aspectos revelam com bastante nitidez a temática enfatizada nesta pesquisa, para que desta forma haja melhor compreensão e diagnóstico da área. O levantamento documental possibilitará acesso a outras fontes, como relatórios, planos e projetos dos gestores públicos relacionados à área da saúde.

A categoria de análise Estado – Poder Público – foi estudada conforme sua atuação na organização social. Essa categoria tende a se concretizar pela formulação ou aprimoramento de políticas e de outros mecanismos de controle, que tendem a se tornar cada vez mais rígidos, com o decorrer do tempo, a fim de consolidar os serviços públicos de saúde para classe ou grupo que não pode pagar pelos serviços da saúde privada. Para isto, ela dispõe de

² Foi submetido ao Comitê de Ética – COPEP – da Universidade Estadual de Maringá em razão do projeto estar sendo desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual de Maringá.

um conjunto de instrumentos que pode empregar em relação à busca pela equalização dos serviços da saúde.

O referencial empírico consistiu na realização de investigação “in loco”: pesquisas ao setor de Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME – do HU de Londrina, levantamento da legislação referente à saúde pública, de consultas à Secretaria de Saúde Municipal e Estadual, ao Hospital Universitário, entrevistas com usuários dos serviços públicos de saúde – Hospital Universitário, Unidades de Pronto Atendimento, Unidade Básicas de Saúde – através de um questionário, gravações de entrevista semi-estruturada com alguns usuários, entre outros; de dados históricos, além de observações da própria realidade.

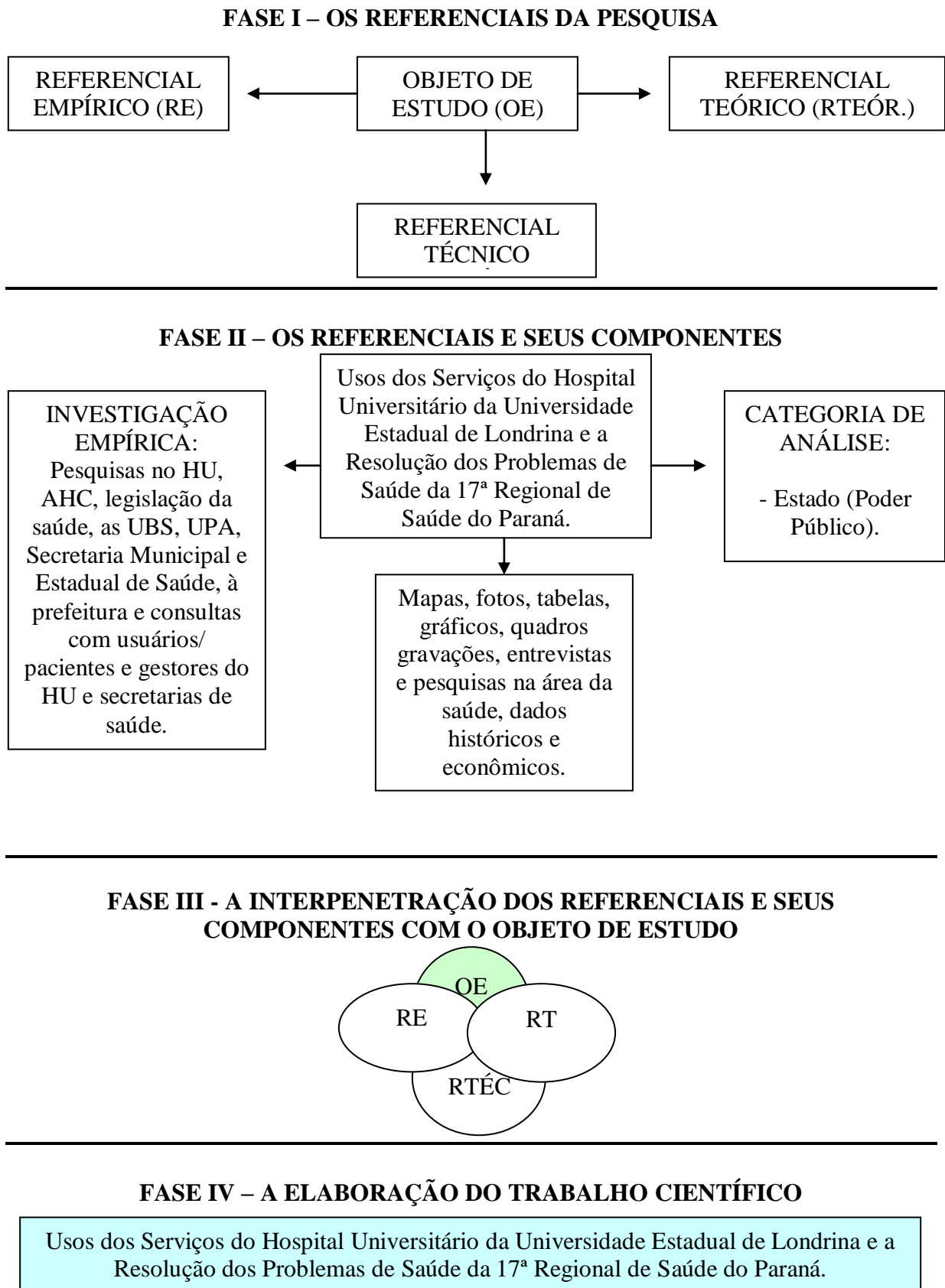
Após, veio à etapa da tabulação e quantificação – referencial técnico–, a qual permitiu obter resultados significativos para a apreensão do objeto estudado. Concomitantemente com a quantificação, foi realizado o mapeamento dos fluxos de usuários do sistema público de saúde para a cidade de Londrina.

Aqui, utilizou-se a cartografia para melhor demonstrar as informações obtidas, com a elaboração e confecção de mapas, fotos, tabelas, gráficos, quadros, leis, entre outros, que vieram a contribuir de forma expressiva para a concretização deste trabalho.

Concluídas essas fases, vieram as duas últimas, que compreenderam a união da investigação empírica, teórica e técnica envolta do objeto de análise, dando liberdade a uma imagem holística do objeto estudado, através dos dados adquiridos, transformados em material de base para a finalização do trabalho. A última etapa corresponde à análise final dos dados obtidos na realização dos três referenciais da pesquisa, dando uma visão dos usos dos serviços do HU e AHC de Londrina.

A seguir, apresenta-se o organograma teórico-metodológico (Figura 1) para melhor visualizar toda a metodologia anteriormente citada, composta de quatro fases:

- Fase I: os referenciais da pesquisa;
- Fase II: os referenciais e seus componentes;
- Fase III: a interpenetração dos referenciais e seus componentes com o objeto de estudo;
- Fase IV: Usos dos Serviços do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina e a Resolução dos Problemas de Saúde da 17ª Regional de Saúde do Paraná.

Figura 1: Organograma Teórico-Methodológico da Pesquisa

Fonte: MENDES, 1992. Adaptado pelo autor.

1.7 UMA CONTRIBUIÇÃO DA GEOGRAFIA DA SAÚDE

Este capítulo apresenta uma discussão sobre alguns conceitos importantes da Geografia que estão inter-relacionados direta ou indiretamente ao estudo das condições de saúde da população. Mostra ainda, uma relação entre algumas bases conceituais da Geografia e sua relação com a saúde das pessoas. Por fim, aborda a evolução dos estudos de Geografia da Saúde sem o objetivo de entrar a fundo nas discussões de suas correntes epistemológicas, ou seja, busca conceituar a Geografia da Saúde e caracterizar a sua evolução no Brasil, assim como aponta algumas propostas de análise de atuação para a saúde pública.

1.7.1 Discussões Preliminares Sobre Alguns Conceitos

A maioria das pessoas que estuda ou trabalha nas áreas relacionadas com a Geografia e a Saúde precisam reconhecer a proximidade entre os marcos teóricos dos dois campos científicos. Entretanto, verifica-se ainda, a necessidade de mais estudos por parte dos pesquisadores vinculados as duas áreas citadas com a devida intensidade como poderiam de fato.

A noção de espaço³ foi utilizada por muito tempo e ainda está presente nos trabalhos envolvendo a questão das doenças nas ciências sociais. Nos meados do século XIX e quase todo o século XX, vários estudos foram sendo sistematizados nesta área. Até então o espaço era reduzido às dimensões físicas e cartográficas, pois seu embasamento teórico era baseado no positivismo.

Para Corrêa (2009), o espaço se tornou um conceito importante para a Geografia, sem, entretanto, ignorar a sua utilização cada vez mais acentuada em outras ciências.

Eis o espaço geográfico, a morada do Homem. Absoluto, relativo, concebido com planície isotrópica, representado através de matrizes e grafos, descrito através de diversas metáforas, reflexo e condição social, experienciado de diversos modos, rico em simbolismos e campo de lutas, o espaço geográfico é multidimensional (CORRÊA, 2009, p. 44).

³ O conceito de espaço será trabalhado com mais detalhes na relação entre espaço, território e saúde no subtítulo 1.7.2, um pouco mais adiante.

Para a Geografia, o espaço é mais que um simples receptáculo local pormenorizado de características físicas e humanas, transformando-se em lugar, ao articular relações informacionais de pertencimento, exclusão ou anomia, ao adquirir um significado que não permite erro.

Ressalta-se a importância do conhecimento cartográfico e da própria cartografia, assim como das análises físicas e humanas do espaço para os trabalhos de geografia médica e da saúde. Com os conhecimentos geográficos é possível uma análise mais apurada dos estudos relacionados ao ambiente e saúde. A elaboração e a utilização de mapas contribuem para a análise espacial desses fenômenos e permitem determinar as condições de representatividade dos locais na amostragem, assim como na definição e preparação de critérios para a identificação de regiões ou unidades espaciais de análise, formas e processos que se difundem no espaço, lugar⁴ e modos de vida das pessoas numa combinação de escalas espaciais/temporais.

Os trabalhos acerca do espaço na área da saúde vem adquirindo novamente a sua importância e a literatura científica cumprindo o seu papel, vem aos poucos resgatando o espaço para estudos das necessidades e das desigualdades sociais da saúde.

Várias são as abordagens do espaço que têm sido utilizadas nos estudos em saúde, fruto das diferentes concepções do próprio conceito de espaço. Por isso, a utilização do espaço como categoria de análise admite o estabelecimento do contexto socioambiental em que ocorrem os fenômenos que interferem na qualidade da saúde.

A utilização da categoria espaço na análise de situações de saúde não está limitado à simples localização de eventos de saúde, visto que o lugar atribui a cada elemento que constitui o espaço um valor singular. Por isso, a utilização do espaço como categoria de análise admite o estabelecimento do contexto socioambiental em que ocorrem os fenômenos que interferem na qualidade da saúde. Assim, "o espaço é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais, processo que tem importantes reflexos sobre a saúde dos grupos sociais envolvidos" (BARCELOS, 2002, p. 131).

Entre os seus diferentes conceitos, a Geografia traz em evidência o conceito de região servindo como ferramenta fundamental para os estudos na área de saúde. No caso do

⁴ O lugar é entendido aqui como um conceito espacial de análise e não apenas como simples instrumento de localização ou uma base física, mas enquanto um espaço vivido, uma construção socioespacial e as mudanças (sociais, econômicas, culturais e políticas) que acontecem no seu interior, edificada nas relações entre os indivíduos e a base territorial em que se vive e sobrevive (SANTOS, 1996).

planejamento e gestão dos serviços de saúde de uma determinada localidade, a região é criada como uma realidade concreta, construída intelectual e baseados em parâmetros estatísticos que a defina em razão de objetivos preestabelecidos.

O entendimento de região como área homogênea fundamenta-se na demarcação de um território a partir da igualdade de determinadas características, em detrimento de outras, sendo as regionalizações configuradas através de determinadas variáveis que são indicadas após a definição de critérios e objetivos de trabalhos.

Dessa forma, tal posicionamento presume a abordagem de micro unidades interdependentes. Esta é composta por um conjunto de dados, que podem ser agrupados e analisados por diferentes variáveis, como por exemplo, o perfil social, econômico e administrativo. O conceito de região abordado nos estudos de saúde pública esteve ligado à identificação de fatores causadores de aumento de doenças e, mais recentemente, é utilizado para definir limites administrativos, que ajuda no estabelecimento de políticas públicas pelos gestores das três esferas administrativas – Federal, Estadual e Municipal. A “região” tem sido utilizada por muitos gestores de saúde para fins administrativos nos serviços públicos de saúde como uma simples delimitação espacial para oferta e gerência destes serviços, como no caso da 17ª Regional de Saúde do Paraná.

No Brasil, em razão das diferentes especificidades encontradas nos estados da Federação, não existe apenas um modelo para a regionalização da saúde no país, estados e municípios, pois o próprio processo de regionalização vigente demonstra a obrigação de trabalhar com maior coerência e efetividade com as diferenças existentes entre os lugares.

De outro modo, a região de saúde, por sua essência, também possui uma determinada autossuficiência nas suas ações e serviços criado no próprio processo de planejamento. Esta autossuficiência demonstra o maior nível de complexidade a ser assegurado pela política local-regional. Ou seja, o quanto a rede criada e organizada nesse território é eficiente para suprir as demandas de saúde da população residente, com o mais alto grau de resolubilidade para os problemas constatados.

Contudo, numa rede a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação entre as unidades deve ser efetiva, para garantir não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado. Ela pressupõe que os usuários sejam encaminhados e atendidos em unidades mais complexas do sistema quando necessário e que possam retornar à sua unidade de origem – correspondente a um nível mais básico do sistema – para acompanhamento – mecanismo de

referência e contrarreferência. Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais ou postos de saúde, públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados.

A definição das regiões de saúde podem ser influenciadas por diferentes fatores, tais como: área total; distâncias geográficas a serem percorridas pelos usuários dos serviços de saúde; características viárias que repercutem nas condições de acesso às unidades de saúde; tamanho, perfil demográfico e epidemiológico e características culturais e socioeconômicas das populações; história e características de ocupação do território; infraestrutura de bens e serviços existentes; fluxos populacionais e relações de dependência e complementaridade entre os lugares.

Já o lugar permite o entendimento da escala macro espacial para a micro, percebendo as matrizes específicas desse conceito. Sua análise nos estudos sobre saúde admite à existência de indicadores de um determinado território, assim como, as possíveis complicações ambientais decorrentes de dinâmicas demográficas emergentes. O uso desta concepção encontra-se restringida nas suas próprias premissas, que, por considerar as individualidades do processo de produção de doenças, limita seus resultados às condições singulares de cada lugar, não sendo passíveis de reprodução em quaisquer outras condições socioambientais (MONKEN, 2008). É nesta escala que se pode produzir intervenções para mudar a realidade da saúde no contexto cotidiano das populações e individuais.

A acentuada modificação do meio natural em meio humanizado, ou seja, em meio técnico-científico-informacional, agravado pelas diferentes formas de produção, assim como aponta Santos (1996), agrava a desarmonia entre o homem e o meio e entre os homens. A deterioração do espaço no âmbito das condições de vida, da saúde e do bem-estar acaba forçando a mudança profissional de objetivos, abordagens e metodologias.

A movimentação de pessoas no espaço é considerada de grande importância para a questão da acessibilidade aos serviços de atendimento em saúde, pois segundo Becker (1995, p.15)

(...) os deslocamentos de populações em contextos variados e envolvendo ao longo do tempo escalas espaciais diferenciadas conferiram complexidade crescente ao conceito de mobilidade como expressão de organizações sociais, situações conjunturais e relações de trabalho particulares.

No contexto deste estudo, para a Geografia da saúde, o conceito de mobilidade espacial significa o deslocamento do cidadão em relação a um determinado atendimento,

decorrente de uma escala temporal pequena, a nível local. A mobilidade do indivíduo na busca por um atendimento médico pode estar atrelada ao tipo de serviço prestado pelo setor de saúde, ao meio de transporte utilizado pelo paciente, assim como a distância. Desta forma, destaca-se o papel dos meios de transporte públicos/privados e o ganho que estes podem trazer às pessoas em situações de risco em saúde, no sentido de diminuir a distância e o tempo.

A mobilidade espacial está atrelada aos meios de produção e a dinâmica produtiva, visto que a mobilidade do capital é que vai definir as localizações. Corrêa (1997) diz que as redes estão associadas aos processos produtivos, o que indica a formação das redes territorialmente interligadas à reprodução do capital. Esta dinâmica pode ser influenciada em razão da localização das unidades de atendimento dos serviços de saúde. Isto ocorre em função da dificuldade em conseguir a equidade⁵ na distribuição das unidades de serviços de atendimento de saúde, uma vez que, políticas na área de saúde levam em conta fatores variáveis na elaboração do planejamento da construção destas unidades.

Frequentemente as investigações sobre mobilidade espacial estão ligadas aos processos migratórios, com ênfase aos deslocamentos da população em suas diversas interpretações⁶. Outra concepção de grande valor nos estudos de Geografia da saúde, contudo, de complicada conceituação, é o de acessibilidade, como diz Remoaldo (2002, p. 3):

A acessibilidade aos cuidados de saúde constitui um conceito muito complexo, multidimensional, de certo modo até movediço, encerrando várias vertentes, que, quase nunca, são consideradas nos trabalhos que têm sido realizados desde, essencialmente, aos anos oitenta do século XX.

Remoaldo (2003) mostra os percalços da acessibilidade aos cuidados de saúde em seus estudos. Fundamentam-se, principalmente, nas características econômicas, na disponibilidade

⁵ A equidade é um dos princípios assegurados pelo SUS em que as ações e serviços devem ser oferecidos aos cidadãos, independente do nível de complexidade que cada caso requeira, independente da região em que o indivíduo possui residência. A todos os brasileiros deverá ser dado atendimento igualitário na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, uma vez que o olhar que o sistema tem perante o seu usuário é de igualdade e a estes deverá ser oferecido atendimento conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos os membros de uma dada sociedade (BRASIL, 2011).

⁶ A **concepção neoclássica** de estudo dos deslocamentos da população caracteriza-se por pensarem os movimentos populacionais como mobilidade *geográfica* dos trabalhadores em um espaço econômico *isomórfico*, motivados nomeadamente pelos desequilíbrios existentes na oferta de emprego e renda. A **perspectiva histórico-estrutural** interpretaria as migrações não como resultado dos atos soberanos dos indivíduos, mas como uma relação produzida por estruturas sociais historicamente determinadas e geograficamente delimitadas. E a **mobilidade da força de trabalho**, onde a migração deixaria de ser apenas reflexo de diferenciações de um espaço pensado como pressuposto, para atuar no mesmo como agente de sua transformação (BECKER, 1997).

de serviços de atendimento de saúde e na capacidade física de atendimento nas unidades de saúde. Para essa autora a palavra acessibilidade surge associada com à ideia de continuidade dos cuidados de saúde, podendo ser considerada como requisito primordial para que possa existir uma continuidade.

As pessoas utilizam os serviços de saúde proporcionais e apropriadas à sua necessidade de cuidados (acessibilidade organizacional). Portanto, a acessibilidade pode ser vista de outra forma como aquela resultante da relação entre a localização dos serviços de atendimento em saúde e a localização dos usuários/pacientes, levando em consideração os recursos disponíveis, a existência de transporte público e/ou privado, condições de trafegabilidade, tempo, distância e custo de viagem – acessibilidade geográfica.

A Geografia da Saúde é uma área de pesquisa que engloba vários conhecimentos, uma vez que, se utilizam de diferentes tipos de informações, como por exemplo, economia, sociologia, saúde pública e também, da própria medicina, para a sistematização de seus estudos. Dessa forma, para Remoaldo (2005, p. 36) “quem investiga em Geografia da saúde desde logo constata o atraso que durante muitas décadas se fez sentir na conceituação do seu objeto de estudo e nos seus campos de interesse, comparativamente com o seu desenvolvimento empírico”.

Os geógrafos da saúde possuem conhecimento para exercer uma função peculiar nas ciências da saúde. Isto se faz como consequência de aspectos metodológicos inseparáveis à ciência geográfica, como por exemplo, a abordagem da dinâmica espacial ou ainda da sua habilidade para representar espacialmente – cartografar –, somada à sua capacidade para analisar, dissociada e simultaneamente a dinâmica e a dimensão espacial de manifestações como as epidemias.

A área da saúde para os geógrafos constituem-se dessa maneira num campo fértil de estudos a serem produzidos. Isso é possível, mediante a maneira como a saúde exprime a realidade da sociedade, isto é, as variáveis que podem ser estipuladas, tais como a intensidade da mobilidade da população, desigualdades socioespaciais e sua influência.

1.7.2 Referências conceituais: Espaço, Território e Saúde

Na análise do espaço geográfico, não se deve considerar apenas a compreensão do real fruto de uma avaliação objetiva, pois a mesma está subordinada a uma avaliação subjetiva do espaço como meio percebido.

Para tentar compreender o mundo atual em face às mudanças econômicas, culturais, sociais e políticas, faz-se necessário uma busca por novas ferramentas teóricas, conceituais e metodológicas. Nesta procura, vários obstáculos que dividiam as diferentes ciências são vencidos, visto que o desenvolvimento do conhecimento tende a organizar-se em função de temas e/ou problemas. Para pensar sobre esses temas e/ou problemas surgem conceitos ou termos que, tornados amplos, procuram dar respostas às recentes necessidades das várias disciplinas ou ciências.

Nos estudos relacionados à Saúde e principalmente sobre a Saúde Coletiva, grande importância está sendo destinada novamente à incorporação de alguns importantes conceitos geográficos, tais como espaço e território. Dessa forma, apresentam-se novos termos e adjetivos que são incorporados aos termos já existentes, muitas vezes sem a devida preocupação com a definição da ciência materna e, por isso, acabam surgindo conflitos lógicos entre as várias interpretações ou conteúdos teóricos ao qual eles estão subordinados.

Essa maneira de agir se torna ainda mais problemática quando se trata de termos polissêmicos da própria disciplina ou ciência de origem, como é o caso dos conceitos geográficos, como espaço e território. Embora, mesmo diante dessa dificuldade da polissemia de alguns termos geográficos, muitos pesquisadores vindos de outras ciências, portanto, de diferentes e “antes remotos” conhecimentos estão incorporando com determinada simplicidade o arcabouço teórico, conceitual e procedimental na investigação em espaço, território e saúde.

O campo da saúde vem utilizando enfaticamente a categoria espaço geográfico em seus estudos, em razão das várias possibilidades que se tem em localizar populações, objetos e fluxos, e também, de mostrar a situação de saúde de forma espacializada através da distribuição de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais que mostram os verdadeiros modos de vida das pessoas dentro desse espaço, território vivido e percebido.

Segundo Barcellos *et al* (2002), a utilização da categoria espaço na análise da situação de saúde não fica limitado exclusivamente à simples localização de ocorrências em saúde. Suas possibilidades e limites vão estar sujeitas à variedade de seus próprios conteúdos e concepções, onde o espaço é, simultaneamente, produto e produtor de diversidades ambientais e sociais.

Os espaços são o conjuntos de territórios e lugares onde fatos ocorrem ao mesmo tempo, e, suas consequências são notadas de diversas maneiras. Cada fato é visto com variações de intensidade, a qual, dependerá da organização sócio-espacial, econômico, político, cultural de cada indivíduo dos diferentes grupos sociais que aí residem e (re)produzem cada um desses lugares.

A cidade tem a capacidade de gerar espaços heterogêneos, antagônicos como os lugares dos ricos e lugares dos pobres, dos comércios, das indústrias, dos lazeres, dos fluxos e circulação de pessoas e mercadorias, bens e serviços, dentre outros, e também, de proporcionar perigos individualmente ou para o grupo social de modo diferenciado. A estrutura espacial da cidade é essencialmente heterogênea, fruto da constante ação da sociedade sobre a natureza. Nesse sentido, o espaço socialmente produzido é representado como um território que ao mesmo tempo está sujeito às pressões econômicas e políticas perante a sociedade, formando condições específicas para seu uso por determinado agente social.

Diante desse contexto é de suma importância enfatizar que, ao mesmo tempo em que se tem um progresso no uso de variadas ferramentas para se examinar e perceber o que acontece no espaço, há uma vocação de se usar dessa mesma categoria de análise como sinônimo de território.

O território é igualmente um espaço, entretanto especificado: pois estes sempre vão ter limites, os quais podem ser de ordem político-administrativa ou resultante de ações de determinados grupos de agentes sociais; há uma relativa homogeneidade interna, com uma identidade que é dependente da evolução de sua construção, e o mais importante, é detentor de poder, pois a atuação do Estado, das agências e da própria população é construída e exercida sobre ele. Nesse sentido, fica evidente a importância estratégica que o território possui para as políticas públicas na concretização de ações para o questionamento de problemas e necessidades, da sociedade que nele vive e o produz socialmente.

Para Barcelos *et al.*, (2002), o território é fruto do acúmulo de situações históricas, ambientais e sociais que favorecem condições específicas para o surgimento de doenças. A não negação desse território é um avanço básico para se conhecer as principais características dessa população e seus problemas de saúde, assim como para avaliar os impactos dos serviços perante a situação de saúde dessa população.

Segundo Barcellos e Rojas (2004), o espaço-território vai muito além de um mero recorte político-operacional do sistema de saúde, ele é o *locus* no qual se encontra a interação população-serviço no nível local. Identifica-se por uma população específica, aquelas que existindo em tempo e espaço únicos, com problemas e necessidades de saúde definidos, os quais para serem solucionados, devem ser entendidos e visualizados espacialmente por gestores e os distintos profissionais das diferentes unidades que prestam serviços de saúde. Assim, esse território apresenta, muito além de uma extensão geométrica, outrossim um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e expressa num território em constante construção.

O espaço geográfico segundo as diferentes abordagens e pontos de vista, às vezes está associado a uma determinada porção da Terra, caracterizada pela natureza, pelas rugosidades que a sociedade ali imprime, outrora como base à pura localização, situando-se indiscriminadamente em diversas escalas, desde a global até uma casa apenas (CORRÊA, 1997).

Para Santos (1988, p. 28) o espaço geográfico é “um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente”. Aqui, são caracterizados como categorias do espaço, os objetos, as formas e os fixos gerados pelo homem ou naturais. Os movimentos, a circulação de pessoas, mercadorias e ideias correspondem às ações, funções ou fluxos.

A estrutura do espaço geográfico é percebida através do reflexo da inter-relação entre fixos e fluxos, como estes estão distribuídos, sua respectiva forma de organização, como estão dispostos e são construídos, das mudanças através dos processos e sua continuidade a partir de diferentes velocidades.

Assim, é de fundamental importância identificar e localizar os objetos, como estes são utilizados pela sociedade e sua relevância para os fluxos das pessoas e matérias, são determinantes no processo de conhecimento da dinâmica social, dos hábitos e costumes e para

a determinação de vulnerabilidade de saúde ocasionadas pelas interações dos diversos grupos sociais no espaço geográfico.

Para Geiger (1994, p. 236) “o espaço transcende fronteiras e psicologicamente transmite a sensação de abertura”. De outro modo, identifica-se, de maneira intuitiva, diferentes formas de delimitações do espaço como, por exemplo, os bairros das cidades ou localidades rurais que tenham certa organização espacial e relativa homogeneidade interna.

Teoricamente, seria provável a identificação de subespaços em toda parte em que o planeta fosse habitado. Mesmo diante do aperfeiçoamento de diversos recursos metodológicos para a sistematização do reconhecimento das divisões do espaço e para a sua representação cartográfica, na prática, pouco foi incorporado aos serviços de saúde, em função do alto teor de sofisticação dos modelos disponíveis. Porém, ainda existe certo obstáculo em aceitar recortes espaciais que não são os territórios político-administrativos.

Na realidade, entre as várias diferenças existentes entre os conceitos de espaço e território, talvez aquela que mais se destaca, seja a ideia de espaço não fazendo referência a limites e ao acesso, ao passo que a de território instantaneamente nos lembra dos limites e das restrições ao acesso dos que não pertencem a ele.

O conceito de território não é utilizado exclusivamente pela Geografia, tem sido empregado e desenvolvido em diferentes áreas do conhecimento como a Sociologia, a Ciência Política, a Antropologia, as Ciências Sociais, a Ecologia, entre outros, por isso, julgou-se ser de grande interesse fazer um breve resgate de sua formulação.

Baseados nos estudos da biologia dos naturalistas, que datam do final do século XVIII, o território aparece ligado primeiramente à vida de uma espécie, onde esta cumpre todas as suas funções fundamentais no decorrer do seu desenvolvimento.

No ramo da Geografia, pode-se identificar duas grandes vertentes da origem da terminologia do território: a jurídica-política – derivada da geografia política clássica, estabelecendo uma conexão crucial entre Estado e território; e a comportamental – que considera a territorialidade humana a base da formação dos territórios.

Foi grande a contribuição de Ratzel para a vertente da Geografia política clássica, pois a partir de seus pensamentos surgiu uma concepção de território originada através da ligação do homem com o meio. Para Ratzel *apud* Mendonza, Jiménez, Cantero (1982, p. 198) “o Estado é o único grupo que pode receber uma extensão territorial contínua”. Assim, o

território é dessa maneira, uma área demarcada pelas fronteiras de um Estado-Nação. Foi esta a concepção mais utilizada na Geografia e a que mais consistentemente influenciou o pensamento dos leigos.

Aqui, procurou-se ampliar o conceito de território a partir desta vertente, no sentido de introduzir outros agentes atuantes como produtores do território, além do Estado. Raffestin (1993), buscou trazer esse conceito à discussão novamente. Este faz uma crítica à geografia política clássica, entretanto, propõe que o poder é princípio para os estudos sobre o território, não apenas o poder do Estado, todavia, aquele praticado por agentes que emergem da sociedade.

Para Sack (1986, p.1), a “territorialidade em seres humanos é melhor compreendida como uma estratégia espacial para afetar, influenciar, ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área; e, como territorialidade pode ser ativada e desativada”. Desta maneira, a territorialidade estaria diretamente ligado ao jeito de como as população se apropriaram da Terra, como elas se organizam no espaço e o significado que dão ao lugar. Assim, a territorialidade de Sack possui conexão com as relações de poder, como elemento estratégico que pode ser utilizado em conformidade com o grupo social e o seu contexto histórico e geográfico.

Os atuais debates sobre o conceito de território introduzem a componente cultural, considerando que o território leva sempre, de forma que não se pode dissociar, uma dimensão simbólica ou cultural no sentido exato, e uma dimensão material, de natureza preponderantemente econômica-política.

A noção de território tomaria a direção do político para o cultural, ou melhor, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas. Isto caminharia para novas concepções teórico-metodológicas, do qual a base está na perspectiva da utilização do conceito de território usado de Santos e Silveira (2001) no cotidiano das pessoas. Esta nova maneira de abordar o território, com grande apelo antropológico, abre novas oportunidades para as investigações em saúde, principalmente para a Atenção Primária, assim como para a compreensão de todo o contexto do processo saúde-doença, particularmente em espaços comunitários.

A vizinhança, a co-presença, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização, tendo a proximidade como base, são características utilizadas por Mesquita e Brandão (1995) como parâmetros dos denominados “territórios do cotidiano”, reunindo todos os seus

elementos na mesma lógica interna: empresas, pessoas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas. Para Santos (1996) o cotidiano próximo, localmente vivido, sinal de união de todas essas características, é a garantia da comunicação.

A força dessa sociabilidade no cotidiano vai depender exponencialmente da proximidade das pessoas envolvidas, sendo mais forte quanto maior for essa aproximação. Dessa forma, essa relação de proximidade vai ser útil principalmente para a área da saúde, não somente como uma distância cartesiana entre pessoas e objetos no espaço, contudo como certa proximidade física entre as pessoas dentro da mesma extensão territorial, ligados a um mesmo conjunto de pontos ininterruptos vivendo com a veemência de suas inter-relações (SANTOS, 1996).

Analisar a “dimensão espacial do cotidiano” ou do “conteúdo geográfico do cotidiano” de Santos (1996) acarreta, principalmente, em ações e práticas sociais concretas, levando a compreensão diferenciada dos diferentes usos do território, assim como das ações e das formas geográficas que podem mostrar realidades vulneráveis para a saúde, contribuindo, assim, para se chegar a uma decisão (MONKEN, 2003).

Para Haesbaert (2004) é importante que se procure superar a dicotomia material/ideal que envolve o conceito de território, considerando este de forma integrada, envolvendo, simultaneamente, as relações sociais materializadas no espaço e o conjunto de representações sobre o espaço. O autor indica duas possibilidades para conceituar o território atualmente: a primeira seria aceitar os diferentes tipos de territórios que existiriam mutuamente no mundo contemporâneo, ou seja, os territórios políticos, econômicos e culturais, onde cada um possui sua própria dinamicidade; já a segunda, seria trabalhar com a concepção de uma nova maneira de construir o território, se não de maneira global, pelo menos de maneira integrada.

As questões ligadas ao controle, ordenamento e gestão do espaço, onde se inserem também as chamadas questões ambientais, têm sido cada vez mais centrais para alimentar estes debates. Elas nos ajudam, de certa forma, a repensar o conceito de território. A implementação das chamadas políticas de ordenamento territorial deixa mais clara a necessidade de se considerar duas características básicas do território: em primeiro lugar, seu caráter político – no jogo entre os macro-poderes políticos institucionalizados e os ‘micro-poderes’, muitas vezes mais simbólicos, produzidos e vividos no cotidiano das populações –, em segundo lugar, seu caráter integrador – o Estado em seu papel gestor redistributivo e os indivíduos e grupos sociais em sua vivência concreta como os ‘ambientes’ capazes de reconhecer e de tratar o espaço social em todas as suas múltiplas dimensões (Haesbaert, 2004, p.76).

Segundo Raffestin (1993), os territórios foram formados a partir da relação espaço e trabalho, marcado profundamente pelas relações de poder existente em qualquer nível e pelos diferentes modos de produção que os caracterizam. “O poder é intrínseco a toda relação e ocorre em qualquer um dos níveis de agregação e desagregação territorial e em qualquer uma das relações humanas que se estabelecem nos territórios” (RAFFESTIN, 1993, p. 52).

Os subsídios teóricos de Sack (1986) e Raffestin (1993) permite diferenciar território e territorialidade e compreender a formação do território com um processo, onde existem sobreposições de interesses de diversos agentes e conflitos. Um mesmo espaço pode apresentar distintas territorialidades que podem resultar em territórios com representação, temporalidade e objetivos diferentes. Entretanto, para Souza (2000), estas temporalidades podem gerar territórios provisórios, definitivos, intermitentes, estáveis, instáveis, contínuos, descontínuos, expresso em distintas escalas. Nesse contexto, não se pode pensar o território sem considerar seus principais fundamentos, que são os seguintes: intenção, apropriação, poder, identidade e delimitação.

É interessantes frisar que a produção territorial combina sempre malhas, nós e redes, a que Raffestin (1988) chama de invariantes territoriais. Estes instrumentos cumprem distintas funções, cuja importância relativa muda de acordo com o contexto histórico e social vigente. O autor traz o exemplo desta afirmação, demonstrando como a combinação e importância de cada uma das invariantes territoriais foram se modificando no decorrer da evolução das civilizações, sendo que naquelas mais tradicionais, baseada na caça e coleta, as malhas tiveram função primordial, já para as civilizações tradicionalistas e racionalistas, os nós adquiriram grande importância e, por fim, para as civilizações racionais as redes são mais importantes.

Até por volta da década de 1980, quando se referia à rede, falara-se, na maioria das vezes, às redes urbanas, isto é, aos estudos de geografia urbana. Para Corrêa (1999, p. 5), nestes estudos os centros urbanos eram vistos como

os principais nós das diversas redes geográficas, como a das grandes corporações, das religiões, do Estado, dos partidos políticos, de comunicação instantânea, entre outras. Por ser o resultado da reunião de diversas redes geográficas, a rede urbana é necessariamente complexa, assumindo diversas formas e conteúdos. É, assim, ela própria, uma rede geográfica, a mais complexa de todas.

Outros campos do conhecimento vêm valorizando o estudo das redes sobre uma nova ótica, como aquela que diz respeito às redes sociais⁷, desenvolvidas pela Sociologia, a Antropologia, a Etnografia e acabou influenciando também a Geografia. Segundo Parrochia (1993, p. 3) “as redes são técnicas, mas também são sociais. Elas são materiais, mas também são viventes”, de maneira que é necessário unir o conteúdo político e social que valorizam as redes técnicas, para que desse modo, possa ir além de uma análise puramente empiricista.

Formando-se em importante patrimônio dos diferentes grupos sociais, as redes sociais se tornam territórios afetivos ou os territórios solidários. Assim, na maioria das vezes, elas assumem maior importância para a população que as redes técnicas, preenchendo necessidades conjunturais e remediando as estruturais, e são, também, maneiras de apropriação do território. A instituição das redes de solidariedade nas comunidades pode ser determinante na promoção de saúde.

O objetivo dos agentes sociais no espaço vai além da realização de ligações ou facilitá-las, dessa forma, toda rede também é uma combinação de projetos de ligações e de obstruções, de facilidade de acesso e de limites/obstáculos, de aproximação e distanciamento, pois o espaço é heterogêneo permitindo a existência da rede.

Surgiram novas conotações a partir da utilização das noções de rede na área da saúde, tais como: “malha de serviços, sistema articulado de serviços e ações, articulação sistêmica e ascendente de atenção e cuidados da saúde” (MONKEN, 2008, p. 8). Esses entendimentos são permeados pelo pensamento de que as redes permitem a fixação, as ramificações, o cobertura e a introdução de territórios, revelada em uma capacidade de alcance e abrangência de distintos tipos de serviços e produtos de saúde.

Nos dias atuais, percebe-se um grande interesse pelos estudos da categoria território como nova variante levando a uma aproximação histórica entre Geografia e saúde. Em épocas passadas, esta aproximação só foi possível a partir dos estudos de Silva (1985, 1997), Sabroza (1991), Czeresnia (2000) entre outros, através do resgate do conceito de espaço. Para Czeresnia (2000) mesmo constituindo numa importante categoria da epidemiologia, o espaço é entendido nessa área do conhecimento desconexo do tempo e das pessoas, como o lugar geográfico que influencia a ocorrência de doenças. A relação existente entre espaço e doença

⁷ Rede social desenvolvida nesse período não diz respeito às mesmas redes sociais encontradas na internet nos dias atuais.

abordada nos estudos de doenças transmissíveis por vetores apenas pôde ser melhor norteadada a partir da concepção de circulação de agentes⁸ que originou a Epidemiologia Paisagística.

Em meados do século XX, a abordagem ecológica das doenças possibilitou um maior relacionamento entre os conceitos de espaço na Geografia e na epidemiologia, numa circunstância preciosa em que acontecia o fortalecimento mútuo destes campos do conhecimento. Contudo, esses trabalhos não tiveram um alcance desejado, pois foram superados pela teoria da multicausalidade e o conceito de risco. Assim, a conceito de espaço, nas investigações da ecologia das doenças era parecido ao conceito de meio geográfico, inserindo-se nele o Homem e relação Homem/Meio.

Em fins dos anos de 1970, empenhados num processo de luta para a transformação social, um grupo de pesquisadores sanitaristas fazem enérgicas críticas à epidemiologia dos fatores de risco e as ideias ecológicas das doenças, em especial à teoria da História Natural das Doenças (LEAVELL & CLARCK, 1965), disseminando um movimento denominado como Epidemiologia Social ou Epidemiologia Crítica chefiado por Breilh (1977), Breilh & Granda (1989) e Castellanos (1990), dentre outros, com ampla repercussão na América Latina.

No Brasil, especialmente na Saúde Coletiva, este movimento conquistou vários seguidores, promovendo a difusão do conceito de espaço geográfico, substituindo o tradicional espaço geométrico amplamente usado pela epidemiologia. A seguir, o trecho configura bem a maneira como se passou a compreender o espaço na Epidemiologia Social e a importância despendida às desigualdades:

Si el espacio geográfico se considera como mediador para la distribución de los daños en un espacio social concreto (Breilh & Granda, 1989), también las condiciones de vida se consideran mediadoras de las diferencias de los problemas de salud y constituyen la expresión concreta de la forma en que cada grupo de población participa en el proceso general de reproducción de la sociedad, en un lugar, y un momento histórico determinado (CASTELLANOS, 1991, *apud* ROJAS, 1998, p. 707)⁹.

Esta nova percepção foi muito utilizada nas investigações de Situação de Saúde que buscavam difundir a utilização da categoria espaço. Nestas investigações, buscou-se mostrar

⁸ Teoria dos Focos Naturais de Pavlovsky (1939) e dos Complexos Patogênicos de Sorre (1945).

⁹ Se o espaço geográfico se considera como mediador para a distribuição dos danos no espaço social concreto, também as condições de vida se consideram mediadoras das diferenças dos problemas de saúde e constituem a expressão concreta da forma em que o processo geral de reprodução da sociedade, em um lugar, e num determinado momento histórico (Tradução nossa).

as condições próprias de determinados grupos da sociedade, ligadas à maneira como estes se introduzem socialmente em certo momento histórico.

Rojas (1998) seguindo essa mesma linha de raciocínio sustenta que a situação de um determinado espaço populacional, num certo momento, está influenciada pelas transformações das formações econômicas, das insistências originalmente naturais, com também pela própria experiência das pessoas em contato com diferentes agentes patológicos.

Dessa forma, para Rojas (1998, p. 704)¹⁰ “todo espacio geográfico poblacional, portará una historia ecológica, biológica, económica, conductual, cultural, en síntesis social, que inobjetablemente ha de orientar el conocimiento del proceso salud-enfermedad”.

Este novo conceito de espaço era, dessa maneira, proveniente da Geografia Crítica, inicialmente desenvolvida na França e países Anglo-Saxões, por Pierre George (1972, 1983), David Harvey (1980, 1993) entre outros, com a contribuição de pensadores de outros ramos do conhecimento tais como Henry Lefebvre (1968, 1976), Manuel Castells (1976), Michel Foucault (1986).

O conceito de espaço geográfico foi incorporado nos estudos de saúde que passa a conceber o espaço como fruto de um processo, de uma construção da sociedade, sendo propagado no Brasil por Barreto (1982), Silva (1985)¹¹, Sabroza (1991)¹², dentre outros. Assim, buscaram implementar o aporte teórico da Geografia Crítica em suas investigações sobre a distribuição das doenças endêmicas e epidêmicas como fruto da organização social do espaço.

Percebe-se, assim, que a escolha do espaço geográfico na Saúde Coletiva vem ao encontro de uma vontade de transformação social e mostrar os resultados danosos das desigualdades sociais na saúde das pessoas, numa forma de reação aos ideais da epidemiologia clássica¹³.

O conceito de espaço geográfico foi largamente utilizado pelos sanitaristas em seus estudos, entretanto, o mesmo não ocorreu com o conceito de território. O crescimento do

¹⁰ Todo espaço geográfico populacional, portará una historia ecológica, biológica, económica, comportamental, cultural, em síntese social, que necessariamente tem que orientar o conhecimento do processo saúde-doença (Tradução nossa).

¹¹ Silva qualifica o espaço socialmente organizado como um recurso teórico e um potente instrumento de análise, ressaltando, como seu aporte mais importante, o brindar a visão histórico-dinâmica, que exige o conhecimento do processo saúde-doença.

¹² Para Sabroza o espaço socialmente organizado, integrado e profundamente desigual, não apenas possibilita, mas determina a ocorrência de endemias e sua distribuição.

¹³ Ainda que não se possa desprezar o valor de seus métodos e rigor técnico.

interesse pelo uso do território nos estudos de saúde iniciou principalmente com os gestores de saúde e pesquisadores em administração dos serviços e dos próprios trabalhadores destes serviços¹⁴. Portanto, este fato gera uma possível colaboração recíproca entre a saúde coletiva e a Geografia.

Diversos motivos contribuíram para este fato. De um lado, verifica-se que a reforma sanitária brasileira, principalmente o projeto de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS –, causou uma reflexão a respeito dos mecanismos de funcionamento dos serviços e, dessa forma, de sua base territorial, acarretando um maior interesse sobre os critérios para fixar os limites de territórios para o campo da saúde. É sob essa perspectiva gerencial que se recorre ao conceito de território, entendido, assim, como área político-administrativa, enfatizando com veemência na repartição do espaço do que nos processos aí desenvolvidos. O principal objetivo da retomada dessa reflexão foi à operacionalização do conceito de território. Por outro lado, esta discussão favoreceu a redefinição do próprio conceito de território utilizado nas políticas de saúde, cedendo espaço para outras propostas além daquela de território político-administrativo, outorgando-lhe maior densidade teórico-metodológica.

O território da saúde coletiva onde ocorrem ações dos serviços de saúde, é resultado do trabalho coletivo, com materialidade histórica e social e configurações espaciais próprias, existindo conjuntamente com a organização político-administrativa e institucional do setor. O objetivo é a promoção e prevenção como medida para evitar danos à saúde, por meio de um diagnóstico das condições de vida de populações em áreas definidas e de suas condições de saúde. Por esta razão, utilizam os limites, a organização e participação para se formarem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar (MONKEN, 2008). Assim, o território aqui referido é simultaneamente: a base de sustentação da organização das práticas em saúde; apoio da organização dos serviços de saúde; suporte da vida da população; da configuração dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem-estar; e da responsabilidade e da atuação compartilhada.

Pode-se afirmar que a Geografia abrange, por meio de suas diferentes variáveis que integram a relação homem-meio ou sociedade-natureza, um estudo sistêmico sobre os processos de saúde-doença da população, assim como pode dar subsídios para a busca da eficiência dos serviços de saúde, a previsão de recursos e o planejamento em saúde, bem como identificar os padrões de morbidade e mortalidade e reconhecer a distribuição espacial

¹⁴ Principalmente os que atuam na franja do atendimento.

de determinado agravamento à saúde humana, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida da população nas interfaces de suas relações com o meio em que habitam.

1.7.3 Contribuição da Geografia da Saúde para a Saúde Coletiva

A seguir, apresenta-se a contextualização da Geografia da Saúde para embasamento teórico e apontamento de algumas propostas de sua atuação na saúde pública. O objetivo do presente texto é fazer essa contextualização no sentido de nortear a linha de pesquisa em que o trabalho se enquadra, não buscando um aprofundamento do estudo no sentido de investigar e esclarecer quais são as correntes epistemológicas da Geografia da Saúde e nem sua correlação com as Escolas da Ciência Geográfica¹⁵.

Segundo Moraes (1999) encontra-se diversas definições para a Geografia tais como o estudo da paisagem, o estudo da superfície da terra, o estudo dos espaços, o estudo da individualidade dos lugares, o estudo das relações entre o homem e o meio ou mesmo, o estudo da sociedade e da natureza. Entretanto, a intenção é mostrar e evolução de outra vertente da Geografia, que é a Geografia da Saúde.

Para Lacaz (1972), os estudos ligados a relação da doença com o espaço teve sua gênese com Hipócrates, quando este publicou sua grande obra *Dos Ares, Das Águas e Dos Lugares*, a aproximadamente 480 a.C., sendo conflituosa com o nascimento da Medicina. Neste período, o referido autor já demonstrava algumas relações entre os fatores naturais com o surgimento de determinadas doenças. Hipócrates reconhecia a presença ininterrupta de determinadas doenças, que ele convencionou chamá-las de endêmicas, e a ocorrência de outras doenças por vezes ausentes, mas que às vezes aumentam excessivamente, chamadas de epidêmicas. Atualmente estas duas terminologias são utilizadas pelos profissionais da área da saúde. Portanto, Hipócrates já distinguia uma dualidade, que deveria ser necessariamente complementar entre a saúde individual e coletiva.

Nesse contexto a Geografia da Saúde é uma construção resultante da interligação dos conhecimentos geográficos e médicos, apontando a relevância do espaço geográfico no surgimento e distribuição das doenças. Ela busca também proporcionar bases concretas à

¹⁵ Para maior aprofundamento sobre os estudos das correntes epistemológicas da Geografia da Saúde e sua correlação com as Escolas da Ciência Geográfica, consultar: DUTRA, Denecir de Almeida. **Geografia da Saúde no Brasil: arcabouço teórico-epistemológicos, temáticas e desafios**. 2011. 177 f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

Epidemiologia, no sentido de que esta possa criar programas de vigilância em saúde nos aspectos de promoção e prevenção e de controle de doenças endêmicas.

A contribuição da Geografia da Saúde nos estudos de Epidemiologia pode ser evidenciado desde o higienismo na Europa no século XVIII, buscando lugares insalubres para a sanitização do lugar. A Geografia da Saúde ao procurar identificar os lugares onde ocorrem determinadas doenças, procura assim, descrever e explicar as diferenças que existem na superfície da Terra e a relação da sociedade com o meio em que vivem, proporcionando dessa forma, subsídios para as investigações em Epidemiologia, que é a ciência que estuda a distribuição das doenças ou agravos de saúde na coletividade.

No Brasil, os estudos relacionados à Geografia das doenças ainda são bem menores se comparados a outros países do mundo, onde são expressivas as produções de pesquisas nessa área.

Atualmente, encontra-se determinado que para um melhor entendimento do processo saúde-doença em qualquer espaço socialmente construído, torna-se imprescindível compreender o ser humano no seu meio físico, biológico, social e econômico. Estes meios são considerados como fatores determinantes e condicionantes deste processo, estabelecendo a ocorrência e à predominância das doenças infecto-parasitárias nas paisagens terrestres, assim como seus comportamentos que sofrem influência através desses fatores. Dessa forma, o agente infeccioso é, um dos fatores para a ocorrência das doenças transmissíveis.

As interações que ocorrem entre os diversos segmentos da sociedade e desta com a natureza se desenvolvem no espaço geográfico. Se estas interações não acontecerem de forma harmoniosa, pode aparecer endemias ou reaparecer endemias que já haviam sido controladas no passado.

Diante desse contexto, pode-se dizer que entender o processo de organização do espaço geográfico, pela sociedade, em diferentes épocas e lugares, é uma maneira singular de compreender as doenças. Contudo, para a Geografia da Saúde, o entendimento desse processo é de fundamental importância, pois permite compreender o papel da organização do espaço geográfico na origem e na distribuição das doenças, para que se possam determinar programas de vigilância em saúde.

Com o progresso da Geografia da Saúde, surge um novo contexto para os estudos, em função das inquietações com o bem estar, das desigualdades sociais e com os serviços de saúde disponíveis para o uso. Diante disso, Pickenhayn (2006, p. 262)¹⁶ ressalta que,

Uma generación contemporânea de geógrafos comenzó a plantear el concepto mas completo de geografia de la salud. David Philips, Peter Haggett, Ana Olivera, Yola Verhasselt y Rais Akhtar, entre otros, marcaron, um nuevo rumbo em los estudios geográficos, valorizando conceptos como la prevención, el mantenimiento de la vida, el bienestar y sus connotaciones sociales para estudiar sus relaciones com el paisaje.

Pereira (2008, p. 8) diz que o empenho da Geografia da Saúde é voltado para a “questão política e social relacionada à Saúde Pública”.

Para Akhtar (1991) os estudos de Geografia da Saúde Contemporânea são baseados nas análises do espaço e na Geografia aplicada ao acesso e utilização dos serviços de saúde, apontando metodologicamente o uso de modelos para compreender melhor a ação dos indivíduos e suas relações. Em determinados casos, os estudos sociais e o enfoque dos processos de difusão são vinculados tanto à ciência tradicional quanto à contemporânea.

Para Peiter (2005) os países de língua inglesa concentram a maioria dos estudos desenvolvidos na área da Geografia da Saúde, tais como o Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, sendo menos frequente na Alemanha e Bélgica.

Na América Latina, as investigações em Geografia da Saúde vêm crescendo progressivamente e tem sido apoiada em vários países sendo que, dentre estes, Venezuela, Panamá, México e Cuba apresentam grupos de longa trajetória, além do Brasil (ROJAS, 1998).

A abordagem de Santos (1980) sobre a heterogeneidade do espaço se tornou muito importante para a Geografia da Saúde, visto que as análises das doenças ou suas circunstâncias passaram a ser relacionadas, não somente aos fatores biológicos ou climáticos, todavia com os recursos empregados na melhoria das condições da saúde pública, seu planejamento, a qualidade de vida e outros aspectos importantes que antes não eram levados em consideração.

¹⁶ Uma geração contemporânea de geógrafos começaram a plantar um conceito mais completo de geografia da saúde. David Philips, Peter Haggett, Ana Olivera, Yola Verhasselt y Rais Akhtar, entre outros, marcaram, um novo rumbo nos estudos geográficos, valorizando conceitos como a prevenção, a manutenção da vida, o bem estar e suas conotações sociais para estudar suas relações com a paisagem (Tradução nossa).

Segundo Rojas (2003), na América Latina os países liderados, consideravelmente pelo Brasil, obtiveram destaque nos estudos relacionados à Geografia da Saúde em função da incorporação dessas bases teóricas da Geografia e particularmente à organização do espaço geográfico, encontrados nos estudos de epidemiologistas e sanitaristas, o que culminou, para Lima Neto (2000), numa época de assimilação das condições sociais no processo de saúde-doença, em razão dos conceitos provenientes das ciências sociais, posto que esse período ainda seja marcado por uma maior inquietação relacionado às questões ambientais e fatores sociais que ajudam para a ocorrência ou ausência das endemias.

Em função da necessidade de se ter uma interpretação mais pormenorizada à respeito dos fenômenos de saúde, a Geografia da Saúde vem sendo relacionada cada dia mais com os processos de globalização, especialmente a ausência de saúde, o que vem resultando em uma nova tendência, ou seja, em novo paradigma no contexto da Geografia e Saúde em que a segunda se relaciona diretamente com qualidade de vida, índice de desenvolvimento humano e o acesso a infraestrutura, como o transporte, educação, equipamentos urbanos, dentre outros, valorizando consecutivamente a sua relação com a saúde da população.

Pode-se afirmar, fundamentado em Peiter (2005) que dentre os principais objetivos da Geografia da Saúde, destaca-se o de propiciar novos conhecimentos e desenvolver uma proposta teórico-metodológica para o estudo das relações espaciais do processo saúde-enfermidade; e produzir novos resultados de valor prático às investigações epidemiológicas, à administração e, em geral, à racionalidade das ações de melhoramento do bem-estar da população.

A Geografia da Saúde possui duas vertentes principais a saber, a Nosogeografia – mais tradicional – que tem como proposta identificar e analisar os diferentes padrões de distribuição das doenças no espaço, e a Geografia da Atenção em Saúde – mais recente –, que se empenha aos estudos da distribuição e do planejamento dos componentes pertencentes à infraestrutura e aos recursos humanos do Sistema de Atenção à Saúde. Dessa forma, com uma percepção mais integradora dos estudos de Geografia da Saúde, novas propostas surgem no sentido de buscar conjugar as condições de vida com seus determinantes e condicionantes com o enfoque de risco – aqui, incluem-se o acesso aos serviços de saúde – e a situação da saúde numa perspectiva de promoção de saúde.

No decurso de renovação e introdução de novos métodos e temas pelos geógrafos, a Geografia da Saúde vai buscar desenvolver modelos teóricos de difusão, principalmente,

aquele que se adequavam as novas mudanças de conhecimentos científicos, adaptando-se com perfeição à investigação da transmissão de patologias infecciosas no espaço. Os estudos eram realizados no sentido de buscar as regularidades nas maneiras de proliferação das doenças no tempo e no espaço (PEITER, 2005). Essa vertente da Geografia da Saúde foi bem mais desenvolvida nos países de língua inglesa. Essas linhas de estudos baseados na teoria da difusão e localização que se popularizaram nas décadas de 1950 e 1960 foram aplicadas à saúde.

Nesse sentido, na década de 1980 o movimento adquire força considerável com os grandes avanços da Informática e as novas ferramentas (softwares) para estatística e para o mapeamento digital – Sistema de Informação Digital –, o que levou muitos especialistas da área como os epidemiologistas e geógrafos ligados a saúde a investir nessa nova área assim como também, em treinamentos nas áreas de matemática e estatística, como pode-se perceber nas palavras de Peiter (2005, p. 11-12):

Epidemiologistas e geógrafos ligados à área da saúde passam a investir maciçamente no desenvolvimento e aplicação dessas técnicas (análise espacial e geoprocessamento), obtendo avanços no campo da geografia da saúde e da Epidemiologia, o que exige dos geógrafos da saúde um treinamento em disciplinas como Matemática e Estatística Avançada. Entretanto, a euforia inicial da aplicação e desenvolvimento destas novas técnicas e ferramentas levou a um menor ímpeto no desenvolvimento de estudos teóricos em Geografia da Saúde, quadro esse que só recentemente começa a ser revertido.

No que se refere à Geografia da Saúde, para Tobar, *et al* (2001), esta tem obtido um intenso impulso ultimamente, servido como base para decisões políticas e econômicas em saúde, como é o caso da problemática da distribuição territorial de recursos que, com o avanço da epidemiologia, vem estimular a formulação de modelos econômicos para a distribuição territorial de tais recursos.

Para Barcelos (2008, p. 11) a “Geografia da Saúde pode ajudar a entender e intervir sobre os problemas de saúde se perceber a complexidade das relações entre ambiente, sociedade e território”. Consequentemente, deve contribuir com novas metodologias que permitam captar e analisar as condições de vida e as situações de saúde que apresentam diferentes configurações nos lugares. Portanto, são utilizados mapas, determinadas ferramentas para estatística espacial, entrevistas no sentido de compreender a relação dos indivíduos com os seus lugares, registros fotográficos ou qualquer outra metodologia que

permita entender como esta relação determina a maneira como as pessoas se expõem a riscos, se tornam enfermas e são assistidas – ou não – pelo sistema de saúde.

Em razão do fato de que após a instituição da Lei Complementar nº 8.080 de 19/09/1990 que regulamenta o SUS no Brasil, a disposição legal vem dando sustentação para que se ampliem os debates dentro da Geografia da Saúde, principalmente na definição do campo de atuação dos programas de saúde pública implantados e implementados nas três esferas de gestão, Federal, Estadual e Municipal.

No contexto europeu, Picheral (2001, p. 131) em seu dicionário de Geografia da Saúde, diz que a mesma está estruturada em quatro objetivos: “a definição de território de saúde, a quantificação da gestão populacional e a equidade de recursos e a avaliação das políticas de cuidados à saúde” (Quadro 1).

Para o autor, os estudos em Geografia da Saúde devem envolver os fatos de saúde sob a ótica metodológica da análise espacial – escalas, fronteiras, polos, gradientes, distâncias, fluxos, saúde, etc – da sociedade território – gestão do espaço, planejamento territorial dos sistemas de cuidado – e sob o ponto de vista dos estados de saúde – mortalidade, morbidade, equipamentos e cobertura dos serviços de saúde.

Por outro lado, Picheral (2001) define a Geografia da Saúde Aplicada a partir da evolução da situação sanitária e equidade, e que esta ajuda na decisão e planejamento sanitário do território e, considera como método de investigação o planejamento sanitário e a alocação dos recursos.

Para Nunes (1994) a valorização do componente social, nas investigações em Geografia da Saúde no Brasil ganha importante espaço no processo de saúde-doença, na medida em que esta se torna ligada à ideia de coletivo. A questão social é incorporada como sendo de suma importância na distribuição das endemias e conseqüentemente, dessa forma, desenvolvem-se, notadamente na América Latina, novas abordagens de análise, tendo como subsídio a análise histórico-estrutural.

A Geografia da Saúde, como o próprio nome diz, é direcionada para a saúde, de modo que as preocupações com a saúde, doença e com o espaço geográfico é o grande desafio. Cabe aos profissionais, seja geógrafo, professores e outros profissionais que tenham interesse por essa área de conhecimento, pesquisar esse processo.

Quadro 1 - A Geografia da Saúde no Contexto Europeu.

DEMARCHE	CONCEPTS	METHODES
GEOGRAPHIE	L'ESPACE GEOGRAPHIE l'espace comme support, produit et enjeu des rapports sociaux	<p>ESPACE ↔ SYSTEME SOCIAL</p> <p>échelles, frontières, pôles, gradients, distance, flux... gestion de l'espace encadrement territorial</p> <p>INDICATEURS - MARQUEURS DE L'ESPACE</p>
GEOGRAPHIE DE LA SANTE	GEOGRAPHIE DES FAITS DE SANTE ↓	<p>ESPACE ↔ SOCIETE-TERRITOIRE</p> <p>échelles, frontières, pôles, gradients, distance, flux... et santé gestion de l'espace encadrement territorial (système de soins)</p> <p>INDICATEURS - MARQUEURS DE SANTE DE L'ESPACE</p>
LA SANTE	GEOGRAPHIE DES MALADIES GEOGRAPHIE DES SOINS PROFIL DE SANTE DES LIEUX ET DES POPULATIONS	<p>ESPACE ↔ SOCIETE-TERRITOIRE</p> <p>risques, espaces et populations à risque gestion de l'espace encadrement territorial (système de soins)</p> <p>INDICATEURS - MARQUEURS DE SANTE DE L'ESPACE</p>
GEOGRAPHIE DE LA SANTE APLIQUEE SANTE PUBLIQUE	EVALUATION DE LA SITUATION SANITAIRE EQUITE AIDE À LA DECISION Aménagement sanitaire du territoire	<p>PLANIFICATION SANITAIRE</p> <p>ALLOCATION DES RESSOURCES</p>

Fonte: Picheral (2001, p. 131).

Dessa maneira, compreender como os diferentes lugares, com características ambientais, econômicas, sociais e culturais diferentes, influenciam na saúde dos indivíduos, se torna primordial para a geografia da Saúde, como afirma Pickenhym (2008) ao dizer que a

Geografia da Saúde como reivindicaram seus principais teóricos, não é um ramo da medicina. É voltada para a saúde e não para a doença.

Atualmente no Brasil, a Geografia da Saúde vem conquistando espaço em todo o seu território, o que tem contribuído para o grande sucesso do Simpósio Nacional de Geografia da Saúde que acontece a cada dois anos, congregando estudiosos e especialistas da área, ampliando os debates sobre essa temática, colaborando para a disseminação de vários trabalhos científicos.

A partir do que foi exposto acima, utilizou-se nesse estudo o termo Geografia da Saúde, por julgar que é mais adequado para a investigação aqui realizada, pois esta se enquadra em uma das cinco abordagens propostas por Curtis e Taket (1996) para demonstrar o pluralismo enfrentado pela Geografia da Saúde a partir dos anos de 1980 que é a abordagem da análise espacial dos recursos em saúde. Nelas estão incluídas a estrutura organizacional e geográfica dos recursos médico-hospitalares, as diferenças entre a demanda de serviços e de cuidados e, finalmente, o papel dos fatores comportamentais que interferem ou não dos recursos destinados à atenção em saúde.

Portanto, o trabalho buscou caracterizar a rede pública de saúde – desde a atenção primária aos serviços especializados – da cidade de Londrina, no sentido de identificar os fluxos de usuários dos diferentes municípios que integram a 17ª Regional de Saúde do Paraná, que buscam atendimento nos serviços de saúde ofertados pela cidade, principalmente no HU, em função de preterir as UBS devido ao tipo de atendimento prestado, conforme pactuação do sistema de saúde brasileiro, ou seja, por ser de baixa complexidade. Diante do grande fluxo de pacientes, baixo orçamento estadual e federal, falta de mão de obra e infraestrutura, os HUs estão passando por grandes problemas, não apenas no Paraná, como se apresenta também em outros lugares do Brasil. Porém, mesmo assim, eles são de grande relevância na prestação de serviços de saúde para a população tanto nas suas regionais de saúde, quanto para outros municípios da região norte Central Paranaense, e também para outras regiões do estado do Paraná, como em outros estados.

A temática do presente estudo sobre o acesso de usuários e fluxos de utilização de serviços de saúde em Londrina surgiu através de outras leituras e de observações da situação dos fluxos de milhares de pacientes que buscam os serviços de atendimento público em saúde nessa cidade e no HU. Essa busca é definida através do acesso geográfico, localização, distância, econômico, cultural e funcional dos usuários dos serviços de saúde, que acaba

refletindo nas desigualdades sociais e espaciais em saúde. Assim, o trabalho pretende caracterizar a rede de serviços de saúde existente em Londrina e mostrar a utilização da mesma, através da identificação dos fluxos de utilização, do acesso aos usuários aos serviços de saúde e os motivos que os levaram a utilização do HU.

Diante desse contexto, para Travassos e Martins (2004, p. 190), “a utilização dos serviços de saúde representa o centro de funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde”. Para as autoras, embasando-se em Pineault e Daveluy (1986), diz de maneira geral que

os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190-191).

No próximo capítulo, contextualiza-se a área de estudo no sentido de mostrar como a cidade de Londrina, na região do Norte Central Paranaense se desenvolveu espacial, populacional, social e economicamente ao longo dos anos com o objetivo de compreender como se tornou polo na prestação de serviços de saúde. Ela polariza centenas de municípios do Paraná, e até de outros estados brasileiros, pois ao longo de seu processo de desenvolvimento a população da cidade foi acometida por diferentes tipos de doenças, que sem o tratamento adequado, levou centenas de pessoas ao óbito prematuro. Assim, com o próprio desenvolvimento e organização da cidade como polo de produção, os setores de saúde pública e privada foram se adaptando e se moldando frente ao perfil epidemiológico de morbimortalidade que se configuraram ao longo dos anos, propiciando a migração de novos profissionais e serviços, com a implantação de clínicas, consultórios, hospitais, laboratórios e associações médicas. Assim, busca ainda, identificar os serviços de saúde públicos disponíveis.

CAPÍTULO 2

A EXPANSÃO URBANA: Interfaces nos Serviços de Saúde de Londrina

2 A EXPANSÃO URBANA: Interfaces nos Serviços de Saúde de Londrina

A intenção deste capítulo é fazer uma contextualização de Londrina no contexto regional, para entender de uma forma mais pormenorizada como a cidade se tornou um polo regional de prestação de serviços público-privados na área da saúde, caracterizando a rede pública de saúde assim como também mostrar a gênese, evolução e condição atual do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina.

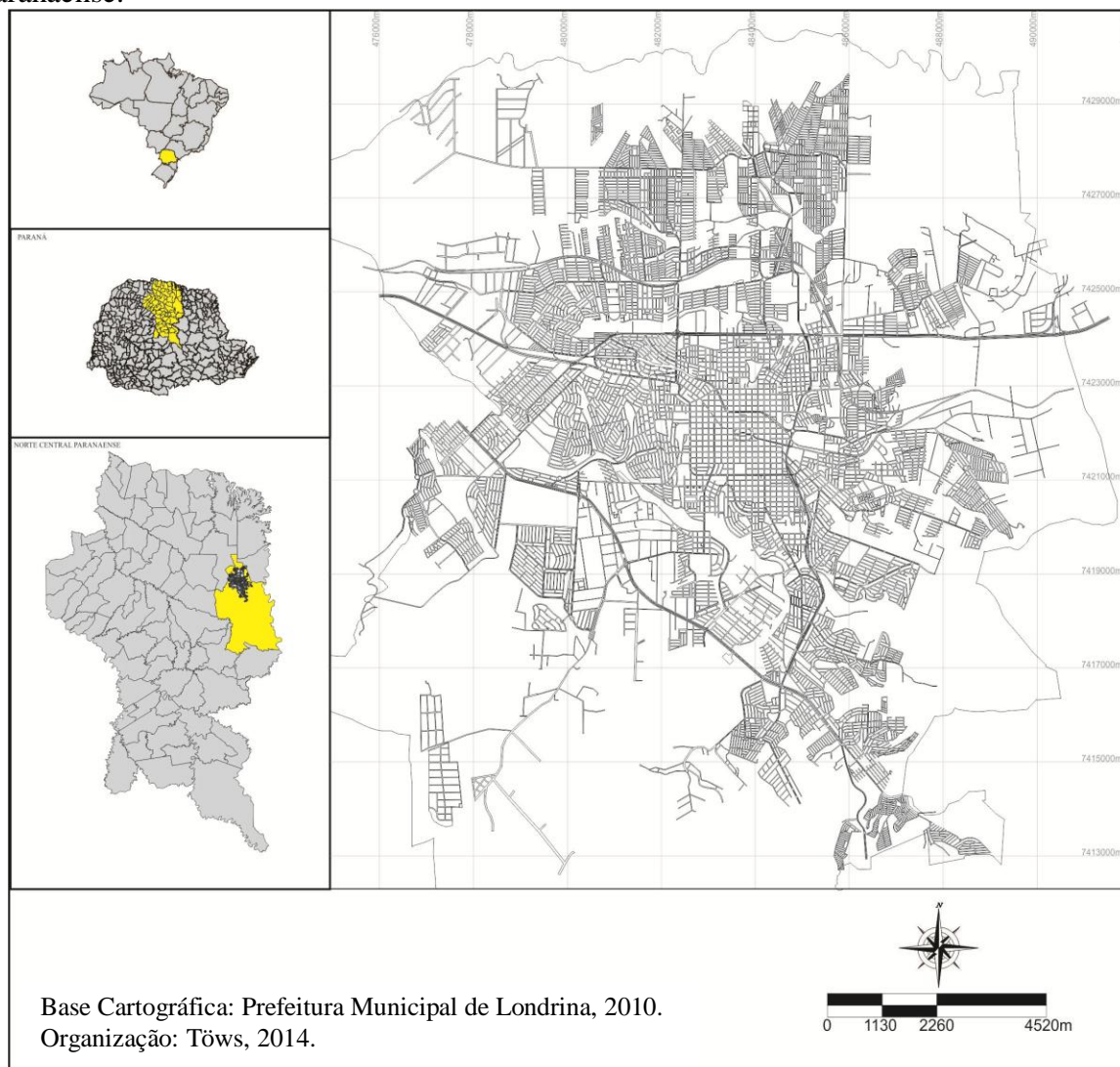
Com arquitetura moderna, amplas ruas, avenidas e praças – características de cidades planejadas –, Londrina localiza-se no subsistema hidrográfico que corre no sentido predominante de Oeste para Leste, uma vez que o relevo está genericamente inclinado da região de Londrina para o Rio Tibagi, que tem sentido Sul-Norte, desaguando no Rio Paranapanema.

A cidade foi privilegiada no que se refere ao sítio urbano. Londrina apresenta maior parte de sua área urbana formada por locais de baixas declividades, variando de 5% e 12%. Dispõe de boas paisagens – bosques, lagos e praças – com aproximadamente 7.711.227 m² de área verde, quase o dobro de área verde recomendado pela ONU – Organização das Nações Unidas –, e mais de 240 praças públicas.

Localizada no Norte Central Paranaense (Figura 2), mesmo sendo cidade grande do interior do Brasil¹⁷, que foi planejada pela Companhia de Terras Norte do Paraná – CTNP–, está passando por problemas característicos como os existente principalmente nas grandes cidades dos países subdesenvolvidos, tais como, segregação sócio-espacial, violência, ocupação de fundos de vale, saúde pública com problemas, desemprego, trânsito caótico, especulação imobiliária, entre outros.

¹⁷ Deve-se deixar claro que possuem diferentes correntes teóricas que vão definir conceitualmente o termo cidade média, cidade de porte médio e cidade grande do interior do Brasil, muito bem discutidos por Maria Encarnação Beltrão Sposito, Tânia Fresca, Roberto Lobato Corrêa, entre outros, tão importantes quanto estes. Salientamos, no entanto, que não é objetivo do mesmo debruçar-se sobre esses conceitos. Mas nesse momento, optamos por utilizar o termo cidade grande do interior do Brasil, utilizado por Corrêa (2007), pois Londrina e Maringá apresentam características, funções e serviços de metrópoles, mas não podemos classificá-las como cidades médias apenas pela sua população, mas sim pelos serviços que ambas oferecem, incluindo os serviços de saúde. Essas cidades possuem uma dinâmica que as diferencia perante a sua localização, o que as tornam polos regionais e nós da rede urbana paranaense.

Figura 2 - Localização da Cidade de Londrina no Contexto da Mesorregião Norte Central Paranaense.



Londrina demonstra estrutura de serviços superior em relação a outras cidades de mesmo tamanho. Sobressaem-se áreas como a da saúde – privada –, com uma infinidade de especialidades, das Universidades e Centros Universitários. Apresenta inúmeras qualidades que a habilita como cidade melhor para se viver. Mas há de outro lado da cidade que não se pode esconder. É aquele dos que não possuem condições de consumir os serviços dos hospitais e clínicas especializadas particulares; dos ausentes das universidades e centros de ensinos superiores; dos que habitam em bairros sem o acesso à saúde pública com qualidade, às melhores escolas, sem oportunidades de emprego, sem habitação e alimentação capaz de suprir suas necessidades, sem saneamento básico, entre outros.

Existe em Londrina outra cidade oculta onde prevalece a desigualdade social, a ausência da infraestrutura condizente às necessidades das pessoas e cujos trabalhadores

ganham salários miseravelmente tão baixos que outros grupos de profissionais mais abastados são vistos como elite. Há uma Londrina rica em bens e serviços e acessível à classe média alta e inacessível para boa parte da população e, harmoniosa que mascara uma Londrina carregada de contradições, comandada pelos interesses da iniciativa privada na incessante procura pelo capital.

Mesmo para um trabalho que almeja compreender os diferentes usos dos serviços dos Hospital Universitário da cidade de Londrina e os fluxos dos usuários que buscam por este serviço, este, não pode ser compreendido fora do seu contexto histórico e de suas contradições sociais e políticas. Nenhuma análise geográfica será de fato consequente se não tratar da evolução dos problemas que examina. Cada aglomerado urbano possui suas especificidades, que somente podem ser absolutamente compreendidas se confrontadas com a evolução de suas condicionantes econômicas, políticas e naturais. Nesta análise, antes de tudo, julgou-se necessário fazer um rápido retrospecto histórico do município, traçando dessa maneira, a trajetória de sua evolução espacial, econômica, social e demográfica, assim como caracterizar os serviços de saúde.

2.1 DA EXPANSÃO URBANA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE LONDRINA

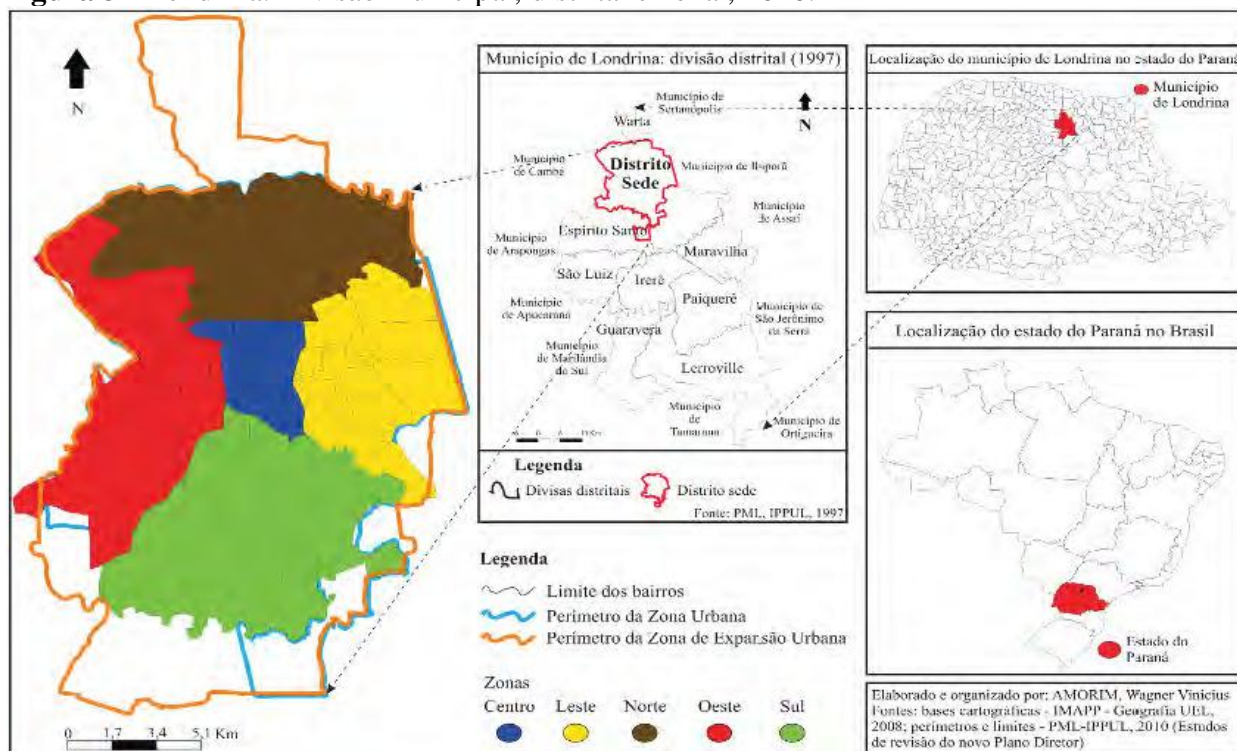
O município de Londrina localiza-se no Norte do Estado do Paraná, na mesorregião norte central Paranaense, sendo cortada pelo Trópico de Capricórnio a 23°18'38"S e 51°09'46"O. Atualmente, com 80 anos de existência e com uma população superando os 505 mil habitantes (IBGE, 2010), ocupa uma posição estratégica no que diz respeito ao sistema de transporte e em termos geoeconômicos, estabelecendo-se em um centro de referência na região.

Com uma área aproximada de 1.656,606 km² e densidade demográfica de 305.87 hab/km² (IPARDES, 2013) o município é constituído por 8 distritos administrativos: São Luiz, Paiquerê, Maravilha, Lerrovile, Warta, Irerê, Espírito Santo e Guaravera (Figura 3). A área urbana de Londrina possui cerca de 118,504 km², situados a 378 km da capital Curitiba, com altitude média de 585 m e clima subtropical.

Assim como em todas as cidades, o processo de crescimento urbano detêm determinadas peculiaridades, em Londrina não podia ser diferente. Para Schwartz (1997), Londrina foi oficialmente fundada em agosto de 1929, no contexto histórico do café,

momento em que a Companhia de Terras Norte do Paraná – CTNP – deu seguimento ao loteamento e vendas das terras rurais, no local denominado de Patrimônio Três Bocas¹⁸. Para Almeida (2004, p. 11) “a instalação do município se daria apenas cinco anos mais tarde, por meio, do Decreto Estadual assinado pelo interventor Manoel Ribas, em três de Dezembro de 1934”. Entretanto, sua instalação só ocorreu sete dias mais tarde.

Figura 3 - Londrina. Divisão municipal, distrital e zonal, 2010.



Fonte: Amorim, 2011, p. 24.

Desde a compra de terras pela CTNP¹⁹ aconteceram diversas negociações com o Governo Federal e governo estadual e como já se sabia por parte dos diferentes níveis de governo, o desbravamento de florestas nativas provocaria problemas de saúde tais como a febre amarela silvestre, a malária e outras doenças (OBERDIEK, 2011). Em razão disso, com a implantação do projeto de colonização pela CTNP, além da construção do escritório da companhia, a casa para abrigar os seus funcionários e o hotel, ainda foi erguido um hospital e

¹⁸ Segundo Takeda (2004) o primeiro acampamento construído pela CTNP localizava-se nas adjacências do Córrego Água das Pedras. Entretanto, este local não foi o mesmo escolhido para a construção da cidade. Foi escolhida para acolher a cidade, uma área mais favorável no topo de um espigão no sentido leste-noroeste, com altitude média variando de 570 a 610 metros, com melhor topografia, além da presença de nascentes de vários córregos que garantiriam acesso a água.

¹⁹ Diante de algumas questões de contexto internacional – Segunda Guerra Mundial – a Inglaterra precisava cada vez mais de divisas em grande escala, por isso, o governo britânico instalou uma política de retorno de capitais investido fora do país. Dessa maneira, em 1944, a CTNP foi vendida ao grupo Vidigal/Mesquita de São Paulo mudando o nome para Companhia Melhoramentos Norte do Paraná – CMNP.

contratado um único médico. O fato é que com a construção do hospital e a contratação de um médico acabou facilitando a vinda de outros médicos para a cidade e a construção dos serviços “necessários e adequados”.

O primeiro hospital de Londrina foi de iniciativa da CTNP, que, por força de contrato com o governo do Paraná, tinha a responsabilidade de oferecer atendimento médico, entre outros serviços aos colonos. O Hospital da Companhia que também era denominado de Hospital do Doutor Anísio, em referência a Anísio Figueiredo, médico que teve importante destaque como diretor. Esta instituição tinha um terceiro nome ao qual também era conhecido por Hospitalzinho. Esse hospital, criado em 1933 foi o centro exclusivo de atendimento médico durante os cinco anos seguintes, quando surgiram mais um hospital, uma clínica médica cirúrgica e de partos, equipada com laboratório de Raios-X.

Contudo, esses centros de atendimentos, incluindo o Hospitalzinho dos Indigentes inaugurado em 1937, eram insuficientes diante da demanda por serviços médicos, de uma população que crescia em um ritmo vertiginoso assim como também das doenças endêmicas, dos surtos epidêmicos²⁰, das enfermidades naturais de um centro populacional que se expandia em meio à floresta e dos acidentes de trabalho²¹. Em 1942, Londrina ganhou o seu maior centro hospitalar até então instalado, a Casa de Saúde Santa Cecília que, assim como os demais, à exceção do Hospitalzinho dos Indigentes, era destinado aos pacientes com poder aquisitivo suficiente para pagarem por seus serviços médicos, demonstrando um caráter de uma medicina privatista mercantilista, visando à obtenção do lucro, restando aos enfermos sem condições de pagar por estes serviços, as filas do hospitalzinho dos Indigentes.

Da população que chegava à cidade, muitos investiam em terras agricultáveis e lotes urbanos, para tentar a agricultura ou estabelecer atividades urbanas com os serviços que foram sendo implantados. Muitos médicos adquiriram propriedades rurais quando chegaram à cidade ou no decorrer dos primeiros anos de trabalho em Londrina após conseguir o capital social²². Alguns médicos se tornaram fazendeiros ficando a carreira na medicina em segundo plano.

Londrina começou a ser chamada de cidade moderna no final da década de 1940 e início da década de 1950 em razão da substituição da cidade de madeira pela cidade de

²⁰ Febre amarela silvestre em 1936, tifo em 1938 e malária em 1941.

²¹ A derrubada da mata e seu transporte liderava os acidentes de trabalho na época.

²² Termo utilizado por Oberdiek (2011) para se referir aos médicos que tinham que conseguir clientela para conseguir firmar capital.

alvenaria, que condiz mais com seu título de cidade moderna. Período este, coincidente com o apogeu da produção cafeeira.

As transformações ocorridas na forma de construção também foram verificadas no setor terciário. O comércio e a prestação de serviço não ficavam restringidos ao atendimento da demanda local e regional por produtos agrícolas, mas abrangia uma burguesia local cada vez mais importante e com poder aquisitivo que demandavam outros produtos.

Não se resumia tal expansão apenas nas lojas grã-finas, em salões de chás e outras formas de consumo moderno, mas também perpassavam pelo aumento da melhoria dos serviços médico-hospitalares; de transporte – com movimento diário em torno de 100 aviões no aeroporto em 1954 e cerca de 300 ônibus/dia no terminal rodoviário; no ensino superior com a criação em 1956, da faculdade Estadual de Direito de Londrina; nos vários jornais e revistas locais; nos prédios públicos e privados elaborados por arquitetos de renome nacional, que também marcavam a modernidade de Londrina (FRESCA, 2002, p. 245)

Nesse período os serviços médico-hospitalares já estavam consolidados na cidade que era vista como um ótimo lugar para se trabalhar além de ser uma nova fronteira agrícola, o que atraíam muitos migrantes e imigrantes que necessitariam de serviços médicos, o que levou muitos médicos recém formados a se dirigirem para Londrina.

Em razão da existência de várias pessoas com alto poder aquisitivo na cidade, muitos médicos que já estava em Londrina e outros que iam chegando foram fundando instituições privadas de serviços de atendimentos médicos. Entretanto, existiam ainda, pessoas de alto poder aquisitivo que buscavam cidades maiores, como São Paulo, e muitas vezes, recomendados pelos próprios médicos de Londrina, em razão da maior quantidade de recursos médicos nessa cidade.

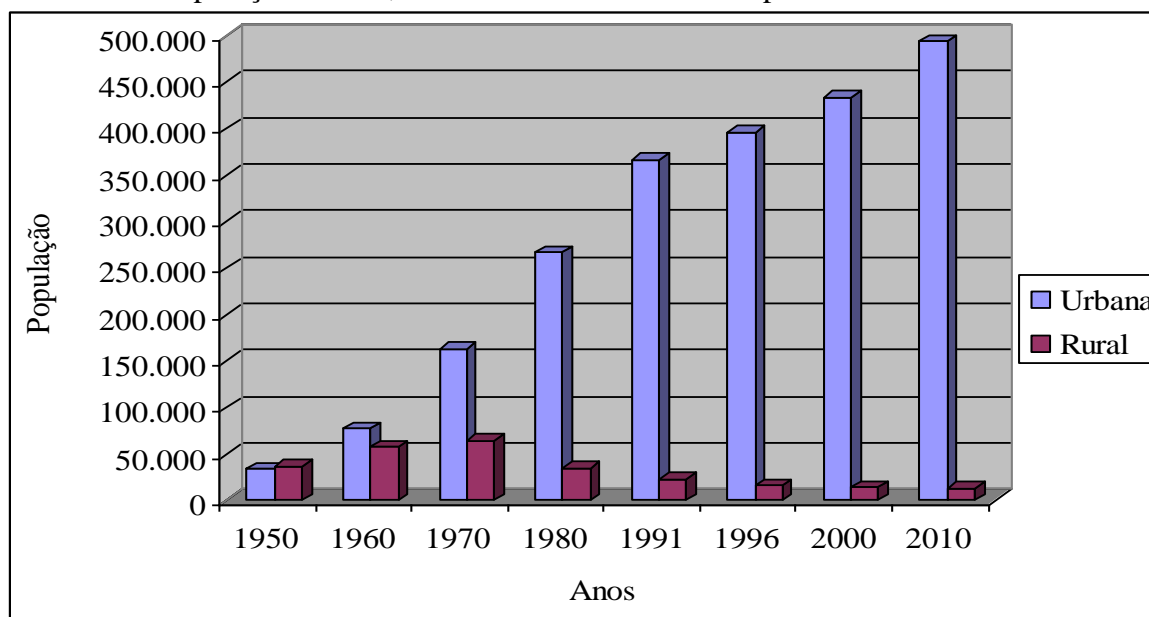
Vale lembrar ainda, que nesse período, já existiam na cidade a Associação Médica de Londrina – AML –, o Hospital Santa Casa e o Hospital Evangélico, além de várias instituições de atendimento médico privado.

No período compreendido entre 1950 e 1960 Londrina passou por um impetuoso crescimento populacional onde a área urbana foi mais procurada que a área rural (Tabela 1 e Gráfico 1). Marcada na década de 1950 por grandes obras de implantação de infraestrutura, serviços públicos e crescimento, a cidade começa a conhecer os problemas urbanos na medida em que esse rápido crescimento populacional na cidade não foi proporcional ao crescimento de obras de infraestrutura, habitação e serviços.

Tabela 1 - População urbana, rural e total de Londrina no período de 1950/2010.

	1950	1960	1970	1980	1991	1996	2000	2010
Urbana	34.320	77.382	163.528	266.940	366.676	396.121	433.369	493.520
Rural	37.182	57.439	64.573	34.771	23.424	16.432	13.696	13.181
Total	71.412	134.821	228.101	301.711	390.100	412.553	447.065	506.701

Fonte: BRASIL, Censos Demográficos de 1950, 1960, 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010; e contagem da população em 1996.

Gráfico 1 - População urbana, rural e total de Londrina no período de 1950/2010.

Fonte: BRASIL – Censos Demográficos de 1950, 1960, 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010; e contagem da população em 1996.

A partir do início da década de 1970 houve uma grande expansão urbana em Londrina, em razão das grandes transformações ocorridas no campo na década de 1960, em função de vários fatores conjunturais e estruturais, que culminou em massiva expulsão da população rural para as cidades. Diante disso, em franco desenvolvimento, nessa década, a cidade já se aproximava dos 230.000 habitantes e uma produção agrícola voltada agora para o mercado externo.

Nesse período, foram criados os primeiros centros industriais que visavam ao incentivo e à coordenação do desenvolvimento industrial da cidade. Houve uma ampliação na prestação de serviços, como educação, sistema de água e esgoto, pavimentação, energia elétrica, comunicação e a criação do Parque Arthur Thomas, a construção da nova Catedral,

Ginásio de Esportes Moringão, entre outras obras. Nesse período, o Hospital Universitário²³ Regional Norte do Paraná foi construído e inaugurado.

Na década de 1990, Londrina se estabeleceu como Polo Regional de bens e serviços e se tornou, definitivamente, umas das mais importantes cidades do Sul do Brasil. Nesse período, a cidade apresentava uma estrutura voltada para áreas residenciais, em praticamente todo seu território, destacando a região central, em razão do desenvolvimento da construção civil, refletida em inúmeros edifícios de padrão médio e alto. A região Norte da cidade que, nas décadas anteriores, se enquadrava como região rural, revelou-se como maior área residencial da cidade, apresentando uma concentração de conjuntos habitacionais financiados pelo Banco Nacional de Habitação – BNH. Nesse período, Londrina intensificou o seu papel de polo regional disponibilizando bens e serviços, com destaque para os serviços médicos, educacional, transporte e comunicação.

Londrina está na modalidade de Gestão Plena do Sistema, conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 1/ NOAS-SUS 2001, gerindo os recursos do Fundo Municipal de Saúde, executando diretamente ações de saúde na atenção básica, programas prioritários, vigilâncias epidemiológica e sanitária, entre outras, e através de prestadores de serviços de saúde filantrópicos e privados principalmente nas ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Fazem parte do SUS em Londrina, hospitais estaduais e de ensino e também o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema – CISMENPAR. Londrina é sede de uma regional de saúde e tem programação de serviços pactuada na Comissão Intergestores Bipartite do Paraná para atender a região e em algumas referências na assistência à macrorregião da 17ª Regional de Saúde.

A rede pública de saúde de Londrina conta com serviços de atenção primária até os mais especializados, ficando sobre a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde a coordenação e a execução de ações de saúde. Fazem parte dessa rede alguns programas de vigilância em saúde desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde – UBS –, assim como de

²³ Segundo o MEC, o Hospital Universitário é um equipamento geralmente vinculado a universidades e utilizado por escolas de ciências de saúde como centro de formação profissional e de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde, prestando atendimentos somente a usuários do SUS. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde. Apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. Todos desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos, possuindo um grande alcance espacial.

prestadores de serviços de saúde filantrópicos e privados, contratados pelos SUS, que oferecem serviços notadamente de média e alta complexidade à população no atendimento tanto ambulatorial quanto hospitalar, tais como os hospitais estaduais Zona Norte e o Zona Sul – HZN e HZS – e de ensino – HU –, policlínicas, consultórios isolados e também o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema – CISMEPAR. A rede de assistência no âmbito do SUS em Londrina é composta por 139 serviços de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Serviços de saúde (SUS) de Londrina. Públicos, privados e filantrópicos, 2013.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Centro de Saúde/Unidade Básica	52
Clinica/Centro de Especialidade	27
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SadT Isolado)	18
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar - Urgência	17
Policlínica	10
Hospital Geral	6
Consultório Isolado	5
Hospital Especializado	4
Centro de Atenção Psicossocial	3
Cooperativa	3
Secretaria de Saúde	3
Polo Academia da Saúde	2
Central de Regulação Médica das Urgências	1
Centro de Atenção Hemoterapia e/ou Hematológica	2
Hospital/Dia - Isolado	1
Pronto Atendimento	1
Pronto Socorro Geral	2
Unidade de Atenção a Saúde Indígena	1
Unidade De Vigilância em Saúde	1
TOTAL	139

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2013.

Atualmente na gestão local a Atenção Primária à Saúde – APS – tem de ser visualizada como ordenadora e coordenadora para a hierarquização dos sistemas de saúde, e a partir dos pressupostos da territorialização como princípio primordial para a efetivação da estratégia à Saúde da Família – ESF – deve ir de encontro às necessidades que englobam demandas sanitárias de determinadas ordens.

A Atenção Primária em Londrina contava em 2012 com 52 UBS. Nesse mesmo ano, atuaram 76 Equipes de Saúde da Família – ESF – e 13 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS –, distribuídos em todas as regiões da cidade. Manteve-se 10

equipes do NASF – Núcleos de Apoio a Saúde da Família – implantadas em 2008, como equipe de matriciamento, formada por diferentes profissionais da área da saúde – nutrição, fisioterapia, farmácia, educação física, psicologia –, que atuam junto às ESF.

As UBSs são a porta de entrada da rede de saúde baseado no SUS e procura dar assistência integral às necessidades básicas de saúde, realizar ações de promoção de saúde e prevenção de agravos. Essas Unidades desenvolvem ações em diferentes áreas, assim como consultas de clínica geral, pediátricas e ginecológicas. Essas especialidades realizaram juntas, mais de 580 mil consultas no ano de 2013 (Tabela 3). A assistência odontológica é desenvolvida em 45 UBS, priorizando a faixa etária infanto-juvenil e gestante. Já os exames de patologia clínica solicitados pela rede básica são realizados pelo laboratório municipal CENTROLAB ou nos laboratórios credenciados.

Tabela 3 - Número de consultas médicas por especialidades na Unidades Básicas de Saúde em Londrina, 2013.

Especialidade	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	Total
Urgência /Emergência	3.693	5.139	5.343	4.105	18.280
Clínica Geral	28.171	19.471	25.556	25.135	98.333
Pediatria	12.860	12.533	15.689	16.987	58.069
Ginecologia - Obstetrícia	11.176	12.403	14.635	6.163	44.377
Programa Saúde da Família	73.131	86.606	100.629	103.722	364.088
Total	129.031	136.152	161.852	156.112	583.147

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2013.

O trabalho desenvolvido pelas equipes das UBS objetiva, além do atendimento a demanda espontânea e o atendimento ao seu território de responsabilidade, a organizar a atenção a determinadas áreas e/ou grupos de população considerados de maior risco ou de interesse epidemiológico.

As UBS têm assumido progressivamente a assistência aos pacientes que procuram espontaneamente os serviços de saúde no município. De outro lado, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – e o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência – SIATE – de atenção referenciada, assim como os pronto-atendimentos municipais estão encaminhando os pacientes para os prontos-socorros dos hospitais de nível terciário.

A estrutura de serviços ambulatoriais especializados existentes em Londrina é referência para os municípios da 17ª Regional da Saúde, assim como para a região Norte do Paraná como para outras regiões do Estado, que buscam atendimento integral nos serviços de

média e alta complexidade nas diversas áreas, incluindo oncologia, ortopedia, neurologia, endocrinologia, dermatologia, pequenas cirurgias, hemodiálise, cardiovascular, hematologia, oftalmologia, transplantes e reabilitação funcional global.

A Policlínica surgiu com a função de oferecer maior grau de segurança para a solução de problemas que são identificados nos atendimentos realizados na atenção primária nas UBS, através do suporte e apoio técnico. As especialidades existentes foram selecionadas, no sentido de dar apoio para equipes da ESF que, adquiriram um conhecimento maior e melhor da clientela sob o espaço territorial de sua responsabilidade, identificando alguns grupos de pacientes com agravos prioritários. Todas essas especialidades somadas atenderam mais de 10 mil pacientes no ano de 2013, sobressaindo endocrinologia com 17,5% dos atendimentos, seguido por cardiologia com 15,1% e dermatologia com 13,3%, conforme a tabela 4. Dessa forma, percebe-se que apenas Endocrinologia e Cardiologia juntas corresponde a 32,6% dos atendimentos, comprovado a baixa resultividade da APS.

Tabela 4 - Número de atendimentos realizados por tipo de especialidade nas Policlínicas de Londrina, 2013

ESPECIALIDADE	1º QUAD	2º QUAD	3º QUAD	TOTAL	%
Acupuntura	115	40	0	155	1,4%
Alzheimer	306	451	4307	1064	10,0%
Cardiologia	610	623	375	1608	15,1%
Dermatologia	167	493	760	1420	13,3 %
Dermatologia Sanitária	295	221	264	780	7,3%
Endocrinologia	611	669	583	1863	17,5%
Nefrologia Inf.	247	251	267	765	7,1%
Pneumologia Asma	156	177	141	474	4,4%
Pneumologia Dpoc	139	172	147	458	4,3%
Pediatria Respiratória	98	154	124	376	3,5%
Reumatologia	131	345	367	843	7,9%
Endócrino Infantil	66	206	0	272	2,5%
Neuro TDAH	159	281	124	564	5,3%
TOTAL	3100	4083	7459	10642	100,0%

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2013.

O acesso aos serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar através de encaminhamento no município ocorre a partir das Unidades Básicas de Saúde e serviços de pronto atendimento que contam com apoio de um complexo regulador.

Em 2012 houve um grande avanço no acesso aos procedimentos especializados – consultas, exames, terapias entre outros –, nos diversos pontos de atenção à saúde. O município colocou em prática as ações de regulação da atenção à saúde, iniciando desde a UBS até os serviços hospitalares.

O Município conta com Unidades de Saúde que prestam atendimento pré-hospitalar fixo prioritariamente de Urgências e Emergências, entre elas o Pronto Atendimento Infantil, Pronto Atendimento Adulto na região Central e a UBS Leonor na região Oeste, que atendem 24 horas, Maria Cecília na região Norte e União da Vitória na região Sul, que são unidades mistas que atendem 16 horas, juntamente com a UPA Sabará que atende 24 horas, com serviço de urgência (Tabela 5).

Estas unidades compõem a rede de assistência de urgência e emergência adulta e infantil de Londrina, servindo de apoio às UBS, ao SAMU, além do atendimento a procura espontânea de usuários de Londrina e região, realizando mais de 950 mil atendimentos no ano de 2013.

Tabela 5 - Número de atendimento infantil e adulto realizado no Pronto Atendimento e UPA Sabará em Londrina, 2013.

TIPO DE ATENDIMENTO	INFANTIL	ADULTO	UPA-Sabará*	TOTAL
Consultas	96.638	90.826	43.748	231.212
Central de observação	5.444	45.497	3.744	54.685
Consulta emergência c/remoção	1.974	4.091	1.612	7.677
Curativo	2.297	5.000	3.967	11.264
Terapia de Reidratação Oral	11.299	0	0	11.299
Inalação	20.784	19.622	16.576	56.982
Sutura	1.429	2.061	1.357	4.847
Disp. de Medicamentos	117.028	186.589	34.447	338.064
Drenagem	207	440	235	882
Verificação de P.A.	7.499	135.740	73.343	216.582
Raio X serviço adulto e infantil	0	0	17.841	17.841
Consulta Ortopedista	0	0	5.633	5.633
TOTAL	264.549	490.685	202.533	956.968

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2013. *Inaugura em Junho de 2013.

A exceção das unidades pré-hospitalares fixas, citadas anteriormente, Londrina apresenta ainda com o Complexo Regulador de Urgência e Emergência que conta com uma estrutura do SAMU regional. Esta unidade foi implantada pelo Ministério da Saúde em 2012,

ampliando a área de abrangência espacial assistencial para os 21 municípios pertencentes a 17ª RS, incorporando mais seis bases descentralizadas do SAMU as três já existentes na região, ampliando a cobertura para 850.000 habitantes.

A regionalização do SAMU-192 vem de encontro ao conceito da saúde como direito social e de cidadania, direcionando a intervenção e resposta às necessidades de saúde da população, conforme disposto no Artigo II da Lei n 8.080/1990²⁴ de criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Diante disso, a implantação da Central SAMU/192 Regional foi à medida realizada por Londrina ao chamado do Ministério da Saúde – MS – e da Secretaria Estadual de Saúde – SESA –, assumindo responsabilidade enquanto polo macrorregional de atendimento e realizando regulação assistencial de urgência e emergência dos municípios da 17ª RS. A importância do SAMU pode ser verificada na tabela 6, onde este realizou mais de 35 mil encaminhamentos de pacientes principalmente aos hospitais de Londrina. Destes, 7.228 foi encaminhado ao Hospital Zona Norte, 6.135 ao Hospital Zona Sul e 4.248 ao Pronto Atendimento Municipal Adulto e Infantil, o que vem reforçar o que foi dito acima sobre a importância do PAM.

Tabela 6 - Número de encaminhamento realizado pela central do SAMU em Londrina, 2012.

ENCAMINHAMENTOS	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM	TOTAL	%
Hospital Zona Norte	1.535	2.011	1.993	1.689	7.228	20,3%
Hospital Universitário	854	871	928	791	3.444	9,6%
Hospital Zona Sul	1.542	1.626	1.627	1.340	6.135	17,2%
Hospital Evangélico de Londrina	652	758	790	675	2.875	8,1%
Hospital Infantil de Londrina	98	138	103	102	441	1,2%
Hospital Ortopédico	62	67	87	59	275	0,7%
I. Santa Casa de Londrina (PAM\PAI)	1.055	1.034	1.092	1.067	4.248	11,9%
Maternidade Mun. L. Balallai	174	202	234	184	794	2,2%
Hospital do Coração	91	96	90	108	385	1,1%
Outros Hospitais de Londrina	455	368	643	472	1.938	5,4%
Hospitais Fora de Londrina	621	813	566	754	2.754	7,7%
UBS	473	621	410	534	2.038	5,7%
TOTAL	8.370	9.357	9.341	8.537	35.605	100,0%

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2012.

Com relação ao atendimento de urgência/emergência hospitalar este é realizado pelos prontos-socorros existente na cidade que são diferenciados pela complexidade dos serviços

²⁴ A referida Lei será discutida no capítulo 3.

oferecidos. Os hospitais estaduais Eulalino Andrade – Hospital Zona Norte – e Anísio Figueiredo – Hospital Zona Sul – são gerais de média complexidade de nível secundário e atendem a procura espontânea assim como os atendimentos referenciados pelas unidades básicas de saúde, pronto-atendimentos e SAMU/SIATE. Eles se destacam nas cirurgias eletivas que resultam em internações de curta permanência e internações na área de clínica médica e pediatria.

Os Hospitais Santa Casa, Evangélico e Universitário recebem principalmente os pacientes de alta complexidade encaminhados pelos SIATE/SAMU e pronto-atendimentos. Esses três hospitais são considerados hospitais terciários com atendimentos de alta complexidade nas áreas de cardiologia, ortopedia, transplantes, neurologia, obesidade mórbida e UTIs incorporando tecnologia avançada em procedimentos para os pacientes do encaminhados para atendimento pelo SUS.

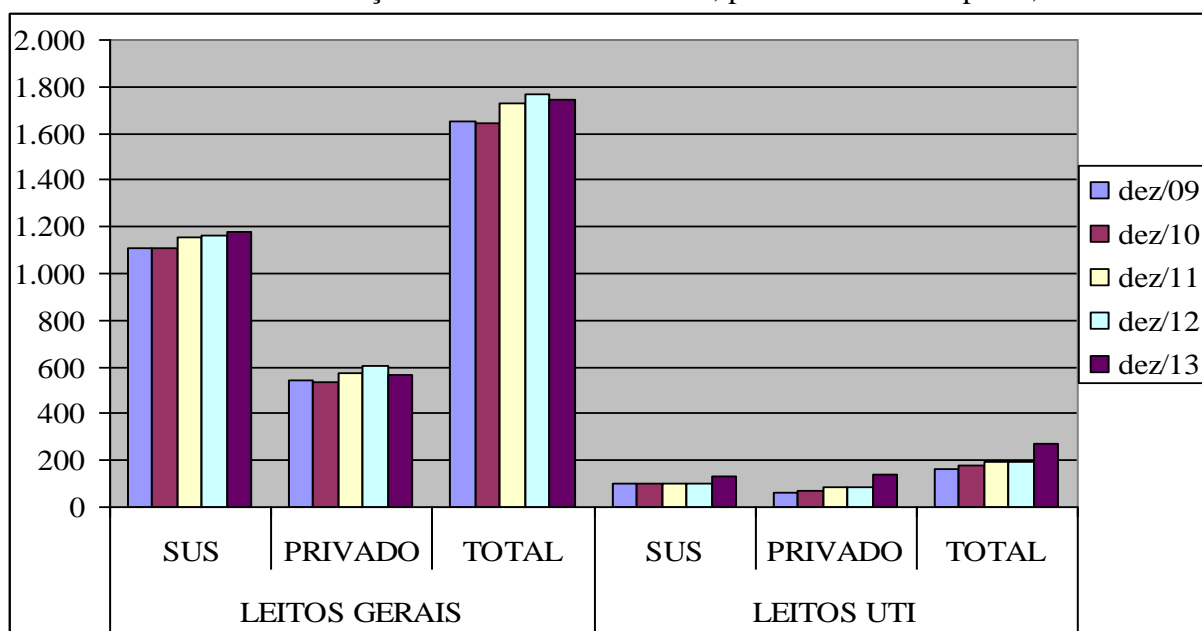
Os pacientes de oncologia são encaminhados para o Instituto de Câncer de Londrina que é o hospital especializado de referência macrorregional, sendo muito procurado por pacientes de outros municípios.

Conforme a tabela 7 e gráfico 2 pode-se observar um que houve um aumento na quantidade total de leitos gerais existentes e oferecidos ao SUS. O mesmo não aconteceu em relação aos leitos de UTI, pois houve um aumento na quantidade disponível, entretanto sem ampliação de oferta para os pacientes internados pelos SUS. Com relação aos dados de Dezembro de 2013, percebe-se que os leitos gerais do SUS são 37,3% a mais que os leitos privados. Por outro lado, os leitos de UTI dos hospitais privados são 2,5% superior aos públicos.

Tabela 7 - Leitos de internação públicos, privados e filantrópicos em Londrina, 2013.

ANO/COMP	LEITOS GERAIS			LEITOS UTI		
	SUS	PRIVADO	TOTAL	SUS	PRIVADO	TOTAL
dez/09	1.109	543	1.652	104	62	166
dez/10	1.106	537	1.643	104	72	176
dez/11	1.155	577	1.732	104	86	190
dez/12	1.161	604	1.765	104	87	191
dez/13	1.191	545	1.736	133	140	273

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2013.

Gráfico 2 - Leitos de internação em Londrina. Públicos, privados e filantrópicos, 2013.

Fonte: MS/CNES/DATASUS.

Com relação ao número de hospitais tanto públicos, privados, beneficentes e/ou filantrópicos, Londrina conta com 24 estabelecimentos com as mais variadas especialidades médicas, um total de 1.736 leitos sendo que 1.191 são atendidos pelo SUS, isto sem contar os leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI – e atendimentos de clínicas médicas, considerados apenas ambulatoriais.

Na área de psiquiatria a capacidade instalada é de 214 leitos para pacientes de ambos os sexos com transtornos mentais severos e 06 leitos para adolescentes na Clínica Psiquiátrica de Londrina e 65 leitos para pacientes do sexo masculino com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas na Vila Normanda Clínica Psiquiátrica Comunitária.

O atendimento para gestantes de alto-risco são realizados no ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina. As pacientes são acompanhadas desde o pré-natal e o parto é realizado no HU e no Hospital Evangélico, pois ambos estão habilitados no SUS para parto de alto-risco.

No que diz respeito a todos os procedimentos realizados pelos serviços ambulatoriais no âmbito do SUS em Londrina, nos últimos cinco anos, observa-se um aumento no total final nos grupos de procedimentos, na ordem de 12% se comparado o ano de 2009 à 2013 (Tabela 8). Contudo, o grupo de 03 – Procedimentos Clínicos – foi o que apresentou o maior número anual de procedimentos realizados em todos os anos, mas se comparado o período, teve uma redução de 202.663 procedimentos. O grupo 02 – Procedimentos com finalidade

Diagnóstica – foi o grupo com o maior crescimento, com aumento de 956.191 procedimentos. Por outro lado, os grupos 01, 04, 05 e 08 e tiveram redução nesse período.

Tabela 8 - Produção ambulatorial (SUS) de Londrina, por grupos de procedimentos no período 2009-2013.

GRUPO/PROCEDIMENTO	2009	2010	2011	2012	2013
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	1.251.842	1.281.560	1.399.886	1.316.482	1.080.940
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	3.144.613	3.221.298	3.392.904	3.868.836	4.100.804
03 Procedimentos clínicos	4.903.042	5.092.569	5.099.695	5.078.404	5.127.134
04 Procedimentos cirúrgicos	147.112	143.446	128.191	123.305	131.635
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	14.486	14.580	14.578	10.681	9.506
06 Medicamentos	4.267.167	4.079.374	4.264.236	4.856.386	5.118.164
07 Órteses, próteses e materiais especiais	28.391	34.381	37.801	38.939	35.615
08 Ações complementares da atenção à saúde	20.506	15.978	19.570	22.491	17.919
TOTAL	13.777.159	13.883.186	14.356.861	15.315.524	15.621.717

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2013.

Na atenção hospitalar, as internações são realizadas a partir do atendimento de urgência/emergência referenciado ou de forma eletiva, encaminhadas a partir da atenção ambulatorial de serviços especializados. O Município conta com três hospitais estaduais, sendo dois – HZN e HZS – de média complexidade e um – HU – de alta complexidade, além de outros três hospitais filantrópicos de alta complexidade – Hospital do Câncer, Hospital Evangélico e Santa Casa. Esses atendimentos são disponibilizados à população correspondente da área de abrangência regional e/ou macrorregional, de acordo com a pactuação estabelecida pelas Comissões Gestoras do SUS.

Com a disponibilização dos serviços desses hospitais como também dos demais hospitais privados com fins lucrativos, observara-se um aumento significativo – 15,6% – das internações hospitalares no período de cinco anos (Tabela 9) na totalidade das especialidades.

Tabela 9 - Internações hospitalares (SUS) em Londrina, por especialidades médicas no período 2009-2013.

Especialidade	2009	2010	2011	2012	2013	%
Clínica cirúrgica	16.294	16.903	18.963	19.293	19.756	17,5%
Obstetrícia	4.944	4.826	5.090	5.067	5.076	2,6%
Clínica médica	13.374	14.759	17.253	17.113	17.054	21,5%
Psiquiatria	3.933	3.896	4.679	4.992	4.831	18,5%
Pneumologia sanitária	23	21	17	16	12	-91,6%
Pediatria	4.228	3.550	3.775	4.115	3.999	-5,7%
Intercorrência pós-transplante - hosp-dia	0	2	5	5	8	100%
Saúde mental - hosp-dia	246	265	238	262	276	10,8%
TOTAL	43.042	44.222	50.020	50.863	51.012	15,6%

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2013.

Quando analisado por especialidades, na clínica cirúrgica observou-se um aumento na ordem de 17,5%, já na clínica médica observou-se um aumento na ordem de 21,5% e psiquiatria com 18,5% se comparado o ano de 2009 à 2013. Por outro lado, houve uma redução das internações na pneumologia sanitária e na pediatria.

Quando analisada a complexidade das internações no período de 2009 à 2013, pode-se perceber que ocorreu um aumento nas internações de média complexidade na ordem de 15,1%, com uma média mensal variando de 3.186 à 3.757 atendimentos respectivamente. Na alta complexidade o aumento foi de 18,9% no período analisado, com uma média mensal de 401 a 494. No total geral houve um aumento de 15,6% nas internações no período analisado. Estes resultados comprovam que Londrina vem se consolidando como polo de referência para procedimentos hospitalares, principalmente na área de alta complexidade (Tabela 10).

Tabela 10 - Internação hospitalar (SUS) em Londrina, por complexidade do procedimento no período 2009-2013.

COMPLEXIDADE	2009	2010	2011	2012	2013	%
Média	38.236	39.012	44.306	44.843	45.082	15,1%
Alta	4.806	5.210	5.714	6.020	5.930	18,9%
TOTAL	43.042	44.222	50.020	50.863	51.012	15,6%

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2013.

Londrina tornou-se nos últimos anos um polo de atendimento nos serviços de saúde incluindo desde a atenção primária até aos procedimentos de média e alta complexidade, onde milhares de pacientes se deslocam para a cidade na busca atendimento em determinadas especialidades médicas. Mesmo diante dessa procura, pode-se perceber de acordo com a tabela 15 que a procedência total dos pacientes internados em Londrina sofreu pouca variação para o período de 2009 à 2013. Entretanto, ao comparar individualmente a procedência dos pacientes, percebe-se que a sua grande maioria é de Londrina com 67,6% com média de 2.876 internamentos por mês, seguida por pacientes dos municípios que fazem parte da 17ª RS com 20,9% e a média de 888 internamentos por mês, de outras regionais de saúde do Paraná com 11,3% e média de 479 internamentos por mês e de outros estados com 0,2% e média de 8 internamentos por mês (Tabela 11).

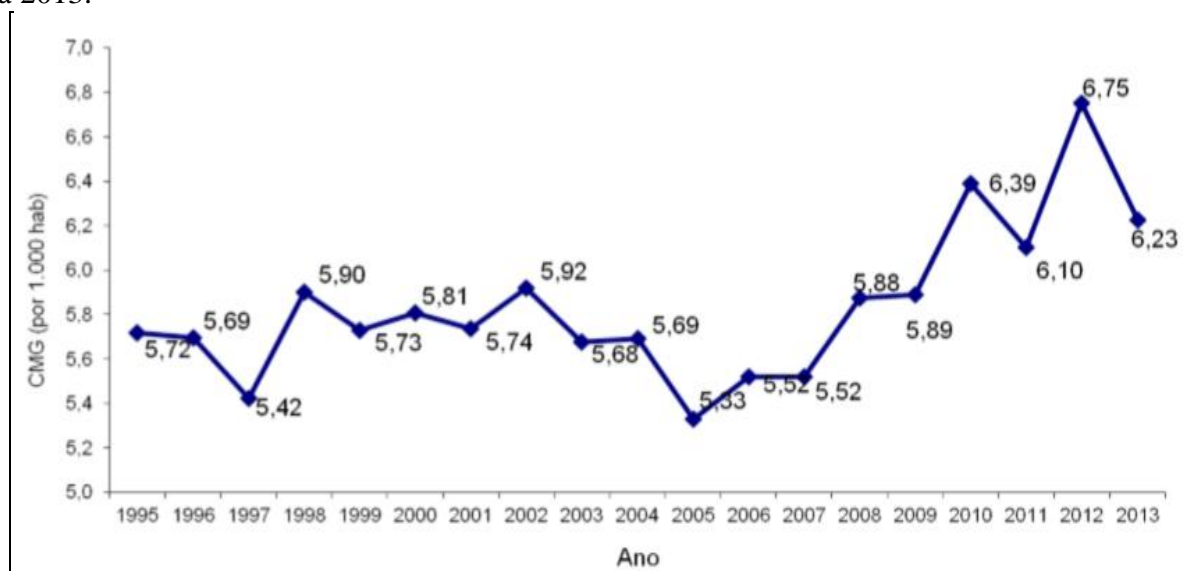
Comparando os percentuais de crescimento para o período de 2009 à 2013 houve um crescimento no número de internações em todos os grupos de procedência, porém analisando individualmente, os pacientes de outros estados foi o que teve o maior crescimento com 23,4%, seguido pelos pacientes oriundos da 17ª RS com 20,0%.

Tabela 11 - Internação hospitalar (SUS) em Londrina, por procedência do paciente no período 2009-2013.

Município de Residência	2009	2010	2011	2012	2013	% *	%**
Londrina	29.397	30.291	34.824	35.140	34.515	14,8%	67,6%
17ª RS (menos Londrina)	8.517	8.614	9.393	9.840	10.658	20,0%	20,9%
Outras Regionais-PR	5.056	5.265	5.698	5.800	5.745	11,9%	11,3%
Outros Estados	72	524	100	83	94	23,4%	0,2%
TOTAL	43.042	44.222	50.015	50.863	51.012	15,6%	100,0%

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2013. * Crescimento referente ao período de 2009 a 2013. ** Referente apenas ao ano de 2013.

Com relação ao perfil epidemiológico de mortalidade, a cidade de Londrina registrou em 2013, 3.337 óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade, de ocorrência e residência. No entanto, o Coeficiente de Mortalidade Geral²⁵ foi de 6,23/1000 habitantes em 2013, valor este que ficou entre os três maiores para o período de 1995 à 2013, perdendo apenas para 2010 e 2012 (Gráfico 3), porém, representa uma queda relacionado ao ano anterior.

Gráfico 3 - Coeficiente de Mortalidade Geral (por 1.000 hab.), residentes em Londrina, 1995 à 2013.

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2013.

Os óbitos de 2012 estão relacionados às diversas causas, sendo as doenças do aparelho circulatório responsáveis por 29,9% do total das mortes, seguido pelas neoplasias com 20,6% e causas externas de morbidade e mortalidade com 13,2% (Tabela 12). Já em 2013 houve

²⁵ Expressa o número de óbitos para cada grupo de 1.000 habitantes.

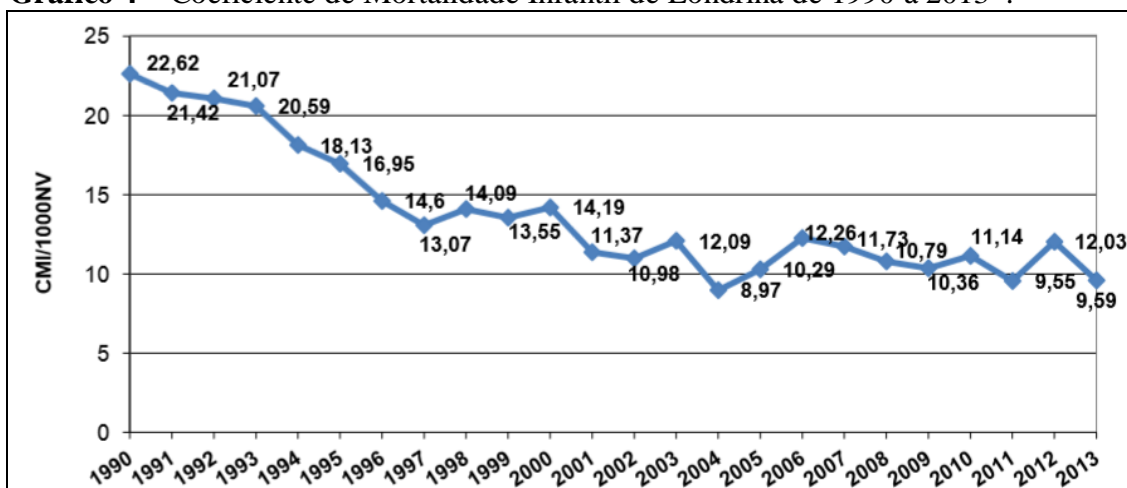
redução na grande maioria das causas de mortalidade em Londrina, mantendo as causas do aparelho circulatório com 26,0%, neoplasias com 20,7 e aparecendo em terceira causa as endócrinas com 12,1% com maior crescimento em todas as causas ultrapassando as externas. Deve-se destacar que entre as quatro maiores causas de óbitos, aparecem os agravos de causas evitáveis e preveníveis e, os óbitos por causas externas frequentemente ocorrem com a população mais jovem.

Tabela 12 - Óbitos segundo grupos de causas (Cap CID10), residência Londrina, 2012-2013.

CAUSA (Cap CID10)	2012		2013*	
	Frequência	%	Frequência	%
Doenças do aparelho circulatório	1041	29,9	871	26,0
Neoplasias (tumores)	716	20,6	692	20,7
Causas externas de morbidade e mortalidade	458	13,2	353	10,5
Doenças do aparelho respiratório	333	9,6	315	9,4
Doenças do aparelho digestivo	198	5,7	178	5,3
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	182	5,2	406	12,1
Doenças do sistema nervoso	151	4,3	149	4,5
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	105	3,0	112	3,3
Transtornos mentais e comportamentais	75	2,2	73	2,2
Doenças do aparelho geniturinário	61	1,8	44	1,3
Algumas afec originadas no período perinatal	51	1,5	43	1,3
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	40	1,1	34	1,0
Malf cong deformid e anom cromossômicas	33	0,9	33	1,0
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	22	0,6	16	0,5
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	8	0,2	25	0,7
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	0,1	2	0,1
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,0	1	0,0
Total	3.480	100,0	3.347	100,0

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2012 e 2013. * Dados preliminares sujeitos a retificação.

Os avanços na área médica/hospitalar de Londrina podem ser verificados também na área infantil, onde no ano de 2013 ocorreram 66 óbitos de crianças menores de 1 ano residentes apenas em Londrina. O Coeficiente de Mortalidade Infantil – CMI – para 2013 foi de 9,59 óbitos por 1000 nascidos vivos (Gráfico 4). Isso corresponde a quase à metade do valor de 1990, que era de 22,62 óbitos infantis por 1000 nascidos vivos.

Gráfico 4 – Coeficiente de Mortalidade Infantil de Londrina de 1990 à 2013*.

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2013.

* 2013- Dados preliminares, sujeitos a alterações.

No período analisado houve uma redução de 57,6% devido ao acesso aos serviços do SUS, ao PNI – programa nacional de Imunização – e a melhoria das condições do saneamento da cidade. As principais causas desses óbitos foram as afecções do período perinatal, as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e causas externas.

Considerando a classificação²⁶ da OMS – Organização Mundial da Saúde – sobre a mortalidade infantil, podemos afirmar que Londrina apresenta um índice de mortalidade considerado baixo como parâmetro aceitável, pois possui um CMI de apenas 9,59 em 2013, ficando à frente do CMI do país, da região Sul, do próprio estado e da 17ª Regional de Saúde (Tabela 13).

Tabela 13 - Coeficientes de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos), Brasil, Região Sul, Estado do Paraná e Londrina, 2006 a 2013.

ORIGEM	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Brasil	16,4	15,7	15,0	14,8	13,8	13,49	12,9	10,93
Região Sul	13,3	12,9	12,6	11,8	11,3	11,57	*	*
Paraná	14,0	13,2	13,1	12,4	12,0	11,57	11,63	10,97
17ª RS	*	*	11,57	10,41	11,40	11,19	11,83	9,7
Londrina	12,2	11,7	10,7	10,3	11,1	9,55	12,03	9,59

Fonte: LONDRINA, Secretaria de Saúde, 2013. * Dados não disponíveis

²⁶ Classifica mortalidade infantil como alta quando ocorre uma média de 50 mortes de criança de até um ano de idade ou mais por mil nascidos vivos; média quando fica entre 20 a 49 por mil nascidos e, baixo quando o índice fica em menos de 20 mortes.

Com relação às causas que determinaram as internações hospitalares de pacientes exclusivamente do SUS residentes em Londrina, estas tiveram um total de 33.734 casos em 2013. As principais causas do total das internações foram por doenças do aparelho circulatório com 4.178 internações representando 13,2% do total, seguido pelas internações por internações por parto e gravidez com 4.226 casos, representando 12,5% do total. As doenças do aparelho respiratório totalizaram outros 4.071 casos o que representa 12,0% do total das internações (Tabela 14).

As internações por doenças do aparelho respiratório de residentes em Londrina foram a principal causa de 2000 a 2010, porém, as internações por doenças do aparelho circulatório aparecem como importante grupo de causas desde 2009, atingindo 4.478 internações em 2013.

Tabela 14 - Internações por Faixa Etária segundo Capítulo CID-10, residentes em Londrina, 2013.

Capítulo CID 10	< 1a	1-14a	15-29a	30-44a	45-59a	60-79a	80e+a	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	68	162	145	183	286	377	216	1.437
Neoplasias (tumores)	8	76	118	390	729	862	178	2.361
Doenças sangue órgãos hemat e transt imuni	2	31	23	33	42	54	24	209
Doenças endócrinas nutricionais e metab	13	50	75	113	163	151	42	607
Transtornos mentais e comportamentais	0	4	326	632	430	88	1	1.481
Doenças do sistema nervoso	42	76	116	126	255	270	83	968
Doenças do olho e anexos	5	10	16	18	54	122	29	254
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	20	8	9	3	3	1	44
Doenças do aparelho circulatório	26	35	136	536	1.278	1.945	522	4.478
Doenças do aparelho respiratório	450	1.104	314	298	417	952	536	4.071
Doenças do aparelho digestivo	62	335	434	686	878	918	200	3.513
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	15	139	139	163	186	165	54	861
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo		57	146	169	239	212	49	872
Doenças do aparelho geniturinário	106	312	451	563	599	637	234	2.902
Gravidez parto e puerpério	0	48	3.107	1.067	3	1	0	4.226
Algumas afec originadas no período perinatal	498	0	1	0	2	4	1	506
Malf cong deformid e anomalias cromos	50	114	41	11	14	2	0	232
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5	28	53	52	70	81	28	317
Lesões enven e alg out conseq causas ext.	25	324	887	801	638	559	179	3.413
Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	1	0	3	2	0	6
Contatos com serviços de saúde	9	40	258	438	105	103	23	976
Total	1.384	2.965	6.795	6.288	6.394	7.508	2.400	33.734

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2013.

Em relação à distribuição por sexo, para os homens prevaleceram as internações por causas externas e doenças do aparelho respiratório e, para as mulheres a principal causa foi decorrente de internações por doenças do aparelho circulatório seguido das doenças do aparelho respiratório.

Quanto à idade nas internações, as doenças do aparelho respiratório foram mais frequentes em crianças até 4 anos de idade, e as internações por doenças do aparelho circulatório foram predominantes em pessoas de 50 e mais anos. Já as complicações por causas externas tiveram concentração das internações em indivíduos de 15 a 49 anos. As complicações por gravidez, parto e puerpério ocorreram na faixa dos 15 aos 34 anos. As doenças do aparelho digestivo ocorreram principalmente nas pessoas na faixa de 30 a 45 anos e as lesões e demais causas externas tiveram o ápice das internações em indivíduos de 15 a 24 anos.

2.2 Conhecendo o Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina

Conhecer a organização hospitalar na qual o estudo foi desenvolvido, torna-se fator importante, favorecendo a identificação da liderança do hospital perante os demais hospitais da região no que diz respeito à procura por seus serviços. Buscou-se, apresentar o HU de Londrina, quanto ao tipo de atendimento realizado, programas, projetos, área de abrangência dos atendimentos, leitos, assim como o seu processo histórico de desenvolvimento.

Em 1967 como apoio da Associação Médica de Londrina – AML – foi criado a faculdade de Medicina e três anos mais tarde, da Universidade Estadual de Londrina – UEL –, através do Decreto n.º 18.110 de 28/01/70, integrando a Faculdade de Medicina e as demais mantenedores de curso superior estadual existente até então em Londrina.

Nesse contexto, o que se pretendia, é que o curso de medicina assim com os demais cursos da Universidade se consubstanciasse sob o regime de fundação, com a participação da iniciativa privada, principalmente da AML. Contudo, para a Associação, houve uma interpretação equivocada, pois “atrelou-se a Universidade ao Estado, sem efetivar sua concepção original de fundação em vez de autarquia, como acabou se tornando” (AML, 1991, p. 41).

Um mutirão ajudou a funcionar o curso sem instalações próprias em 1967: a diocese cedeu os fundos da catedral onde a Faculdade de Odontologia já funcionava provisoriamente, enquanto os hospitais forneciam condições para o ensino prático. O Conselho de Curadores da Fundação de Ensino Superior de Londrina, FESULON, administrava e mantinha o curso com recursos de alunos (mensalidades), do Estado, convênios, etc. no conselho da FESULON participavam representantes do Estado, do Município, da comunidade, da AML e do Curso de Medicina (AML, 1991, p. 42).

Diante disso, pode-se afirmar que a AML tentou impor suas características ao curso e depois a Universidade, para que ambos utilizassem a autonomia no sentido de tornar a estrutura administrativa mais flexível, o que aparentemente não é um ponto forte da administração pública. Essa percepção de autonomia da Associação estava diretamente ligada à sua interpretação de autonomia do trabalho médico, isto é, poderes emanados de fora, principalmente o público, não era passível de controlar ou serem donos de serviços de atendimentos médicos. Segundo a AML, o que deveria predominar na assistência médica à população de Londrina e cidades do seu entorno era a chamada medicina liberal. Para eles, o curso de Medicina e até mesmo a Universidade deveriam ser fundamentados pelos mesmos princípios liberais. Assim, nota-se a força que a Associação teve e ainda tem na cidade de Londrina.

A UEL antes de ter um hospital próprio já se articulava com a sociedade para promover a integração de seus serviços, firmando convênios com diversos hospitais, institutos e também com a Prefeitura Municipal de Londrina, encontrando dessa maneira, condições para o desenvolvimento da aprendizagem de seus alunos e professores dos cursos ligados a área da saúde, na medida em que participavam com frequência dos programas de atendimento à saúde da população.

Pelo convênio estabelecido entre a UEL e a Prefeitura Municipal de Londrina em 21/03/70, era de responsabilidade do hospital-escola a prestação de serviços de pronto-socorro médico e ambulatorial em diferentes especialidades para todas as pessoas do município que procurassem por este tipo de serviço, desconfigurando a real função do Hospital Universitário.

A assinatura em 24/03/70 de um convênio com o pronto-socorro municipal de Londrina trouxe as condições de que a Universidade necessitava para a implantação de seu hospital, que passou a funcionar em agosto de 1971 em um edifício cedido pela Sociedade Evangélica de Londrina que já era utilizado pelo pronto-socorro, localizado na rua Pernambuco, esquina com a rua Alagoas (Figura 4), sendo a primeira sede do Hospital Universitário para o curso de Medicina.

Cabia a UEL executar reformas físicas no prédio assim como a estruturação do quadro de funcionários no sentido de dar continuidade ao funcionamento do hospital, que iniciou com 39 leitos e após passar por grandes reformas passou a operar com 100 leitos, 140 funcionários,

ampla equipe médica e vários estudantes de Medicina, assim como detinha uma quantidade considerável de equipamentos, chegando ao ano de 1972 com 150 leitos.

Figura 4 - Primeira sede do Hospital Universitário em Agosto de 1971.



Fonte: <http://www.hu.uel.br>. Acessado em 25/07/2013.

A inauguração do hospital-escola da Universidade acabou trazendo incomensuráveis benefícios à comunidade londrinense e da região, em razão de estender os seus serviços à população que não detinha recursos para buscar atendimentos nos hospitais particulares assim como àqueles que não eram beneficiários da previdência social. Assim, estes viam neste hospital uma possibilidade de receber os cuidados médico-hospitalares necessários, pois contava com uma excelente equipe médica, detinha recursos técnicos e contava com uma infraestrutura compatível com as necessidades de um estabelecimento dessa magnitude.

Em fevereiro de 1975 foi firmado um acordo com a Universidade Estadual de Londrina para a ocupação de parte do espaço físico do antigo Sanatório por aproximadamente cinco anos. Em março de 1975 o Hospital Universitário foi transferido para as instalações do Sanatório Noel Nutels, localizado na Av. Robert Koch, passando a denominar-se Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – HURNP (Figura 5). Dos 350 leitos disponíveis na época, o Sanatório ficou com 180 e o restante constituiu o HURNP.

Em 1979 o Sanatório Noel Nutels encerrou suas atividades. Assim, o HU incorporou todo o prédio. Diante disso, o hospital ampliou o seu espaço assim como os seus equipamentos, pois ambos já não condiziam com a população que o procurava. Entretanto, como ali funcionava um sanatório para tuberculosos equipados com equipamentos da década

de 1950, foram realizadas diversas reformas para adequar o edifício as novas funções. Assim, o hospital passou a ter 228 leitos divididos em diversas especialidades.

Figura 5 - Prédio do Noel Nutels inaugurado em 1967 e que foi a segunda sede do Hospital Universitário em 1975.



Fonte: <http://www.hu.uel.br>. Acessado em 25/07/2013.

Nos anos seguintes aconteceram diversas reformas em sua infraestrutura e obras de ampliação para viabilizar a continuidade dos programas de assistência a comunidade em geral, assim como dar seguimento ao ensino e pesquisa, chegando ao final de 1985 com 241 leitos.

Em novembro de 1986, o Hospital ganhou mais 22 leitos em função de terem realizados novas adaptações nas enfermarias e a instalação da primeira UTI, passando o HURNP a ter um total de 263 leitos.

Com a inclusão da base de dados da Maternidade Municipal de Londrina no cadastro do HURNP junto ao SUS em Outubro de 1994, juntamente com o convênio de cooperação e integração de serviço assinado entre a Universidade e a Prefeitura de Londrina, o Hospital Universitário passou a contar com 308 leitos, já incluídos os 39 da Maternidade Municipal. Nesse mesmo ano, foi inaugurado no Campus Universitário da UEL, o Ambulatório do Hospital de Clínicas – AHC – com aproximadamente 10.500 m² que foi vinculado ao HURNP, atendendo ambulatorialmente os pacientes de maneira integral e integrada (bio-psico-social). Para atender esse objetivo, apresenta equipes formadas por profissionais das áreas de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Farmácia e Bioquímica

e Fisioterapia, realizando atendimento em várias especialidades, contando ainda, com a realização de exames e diagnósticos.

Em razão da última atualização executada pelo SUS em Janeiro de 1998, o Hospital chegou a ter a capacidade de internação de 339 leitos, já inclusos os 45 leitos da Maternidade Municipal, que passou a ser administrada pelo HURNP.

A partir do ano de 2004 em função das discussões e aprovação do novo regimento interno da Universidade o hospital voltou a ser chamado de Hospital Universitário – HU.

Em 2013 a capacidade de internação do HU era de 313 leitos, distribuídos pelas diversas especialidades médicas, todos à disposição do SUS. Isso o torna uma referência não apenas para a população dos 21 municípios pertencentes à 17ª Regional da Saúde à qual o Hospital está vinculado, mas para mais de 250 municípios de outras regionais do Estado e de mais de 100 cidades de outros Estados brasileiros, principalmente São Paulo, Mato Grosso do Sul e Rondônia. O HU (Figura 6) é o único hospital de grande porte de nível terciário da região Norte Central Paranaense, considerado também como o terceiro maior hospital-escola da região sul do Brasil.

Figura 6 - Vista aérea do atual HU de Londrina.



Fonte: <http://www.uel.br>. Acessado em: 28/07/2013.

O Hospital serve de base para a formação dos alunos de graduação da área da saúde da UEL – Medicina, Farmácia, Enfermagem e Fisioterapia – e oferece estágio para os cursos de graduação em Serviço Social, Administração, Psicologia e Odontologia. O HU recebe, ainda, os alunos que cursam pós-graduação *latu sensu* e *strictu sensu*, na Universidade Estadual de Londrina, nas áreas de Medicina e Ciências da Saúde.

O HU conta com um Serviço de Arquivo Médico e Estatístico²⁷ – SAME – que tem como responsabilidade fazer o registro dos pacientes, agendamentos de consultas, internação de pacientes mediante solicitação, controle e armazenamento de prontuários dos pacientes, além de coletar as informações sobre o movimento diário dos pacientes que foram atendidos no pronto-socorro, ambulatórios, enfermarias, entre outras. Aqui, cabe destacar a importância da informática no Same, para o armazenamento e fornecimento de dados sobre a movimentação de pacientes.

O Hospital conta com serviço de atendimento de emergência/urgência através de um pronto-socorro regional, composto por uma estrutura peculiar de atendimento em diversas especialidades, com recursos de diagnósticos e tratamento, em regime de plantão permanente. Outros elementos ainda compõem a complexa estrutura do HU, tais como: hemocentro, laboratórios, diagnóstico por imagem, endoscopia, diagnóstico cardiológico (eletrocardiograma-ECG, Doppler) e a eletroencefalografia (EEG).

De acordo com o trabalho empírico de observação, aplicação de questionários aos pacientes, pode-se afirmar que a maioria dos pacientes que procura os serviços do HU são desprovidos de condições financeiras suficientes para pagar um plano de saúde ou consultas especializadas. A gratuidade do serviço é o fator crucial para a busca do atendimento. Assim, os pacientes que chegam ao Hospital, o fazem de forma espontânea (conforme relatado acima), por encaminhamentos realizados pelos municípios pertencentes a 17ª Regional da Saúde ou pelas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento Municipal, hospitais municipal e estadual, entre outros serviços públicos de saúde.

Diante das informações apresentadas anteriormente, verifica-se que em Londrina há uma estrutura considerável na rede de serviços públicos de saúde, com atendimento e programas de atenção primária nas UBS até os serviços especializados ofertados nas Unidades de Pronto Atendimento Municipal, nos hospitais gerais e especializados no setor público, privado e filantrópico com serviços de média e alta complexidade em diferentes especialidades, gerando um fluxo de usuários da cidade de Londrina como de outras cidades do estado e do país, que buscam atendimento de saúde na cidade, que é reconhecida macrorregionalmente como polo de serviços de saúde.

²⁷ O SAME faz atendimento ao público interno, tais como preceptores, médicos residentes, acadêmicos e outros alunos de diversas áreas no que se refere às pesquisas de prontuários médicos e dados estatísticos.

CAPÍTULO 3

AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL E O SUS: Avanços e Desafios

3- AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL E O SUS: Avanços e Desafios

Os problemas do sistema de saúde no Brasil estão frequentes em nosso cotidiano, tais como: filas frequentes de usuários nos serviços de saúde; falta de leitos hospitalares para atender a demanda dos pacientes; falta de recursos financeiros, materiais e humanos, necessidade de maior eficiência; atrasos no repasse das verbas do Ministério da Saúde para os serviços conveniados; valores dos procedimentos relativamente baixos pagos pelo SUS para determinados procedimentos médico-hospitalares; denúncia de abusos aplicados pelos planos privados e pela medicina de grupo; ressurgimento de doenças transmissíveis e o aparecimento de novas, entre outros.

Diante disso, surge um questionamento para nortear a discussão: como analisar e compreender a complexidade da realidade do setor de saúde no Brasil?

Para a análise, é fundamental conhecer os fatos históricos que foram determinantes nesse processo. É preciso visualizar o setor de saúde a partir do contexto histórico, político e social produzido e reproduzido ao longo da história, suas influências, seus embates em consonância com as políticas de governo imposta no país ao longo do tempo.

Nesse contexto, o presente capítulo procura fazer uma reflexão histórica da evolução das políticas de saúde no Brasil, políticas essas muitas vezes ligadas a aspectos econômicos e analisar a saúde pública brasileira após a institucionalização do SUS.

O Estado brasileiro possui um importante papel como indicador dos movimentos econômicos e sociais com o transcorrer do tempo, levando em consideração que suas políticas direcionadas para a área da saúde acabam refletindo no tipo de equipamento implantando e sua respectiva localização, ou ainda, na ausência destes equipamentos.

Analisar a história destas políticas de atenção a saúde é importante, pois fornece um entendimento de sua adaptação às conquistas e retrocessos nas condições de reprodução da força de trabalho e dos meios de produção, levando a uma melhor compreensão, por exemplo, por que atualmente se tem um predomínio da hospitalização privada.

Pretende-se neste estudo, analisar primordialmente, como se desenvolveu, historicamente a implementação das políticas de assistência à saúde no Brasil. Tal conhecimento é de suma importância para a compreensão do estado atual em que se encontra a prestação de serviços de saúde no país e nos Hospitais Universitários. Nesse contexto, será

apontado a formação do SUS e o seu papel na saúde brasileira, mostrando os avanços e os seus principais desafios. Com este estudo, pretende-se apresentar algumas reflexões a respeito do tema, que deve ser aprofundado a partir da literatura analisada, para uma leitura ampliada sobre a realidade da saúde pública na cidade de Londrina, a partir dos serviços prestados pelo Hospital Universitário e pelas redes de atenção em saúde dos municípios.

3.1- POLÍTICAS DE SAÚDE: Uma breve contextualização

Há diferentes autores²⁸ que mostram através de suas pesquisas que os problemas de saúde no Brasil sempre foram abordados de maneira extremamente desigual pelo poder público. Assim, apenas as classes mais abastadas da sociedade, corporativistas, recebem uma assistência médica e sanitária nos hospitais privados, restando à imensa maioria da população desprovida de recursos financeiros a espera em intermináveis filas de unidade de saúde, as quais, muitas com condições mínimas de funcionamento e a escassez de médicos em diferentes especialidades ou dos hospitais públicos como os Universitários, que apesar de suas qualidades, sofrem por falta de investimentos.

Na sequência, pode-se observar de acordo com o quadro 3, de forma resumida, o histórico dos principais problemas de saúde ocorrido no Brasil, para o período compreendido entre 1850 e 2013, relacionando a situação política e econômica, os principais problemas de saúde e as políticas adotadas para conter tais problemas, assim como os seus respectivos períodos históricos.

O Estado brasileiro até aproximadamente o final do século XIX não tinha um modelo sistematizado de atuação sobre os problemas relacionados à saúde de seus habitantes. Atuava apenas esporadicamente e de maneira pontual e localizada em determinadas situações como, por exemplo, em casos de epidemias.

²⁸ Cohn; Elias (2003); Oliveira JR (1998); Médici (1994); Silva (1996); entre outros.

Quadro 2 - Histórico dos Problemas de Saúde no Brasil 1850 – 2013.

Período	Situação Política /Econômica	Principais Problemas de Saúde	Políticas de Saúde Adotada
1850-1888	<ul style="list-style-type: none"> - Império - Sistema escravista - Economia Agro-Exportadora, baseada no cultivo de poucos produtos (café, algodão e cana) 	<ul style="list-style-type: none"> - Predomínio de doenças pestilenciais (varíola e febre Amarela) 	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas sanitárias contra epidemias - Medida oficial para militares e corte - Asilos ligados a ordem religiosas localizados nas periferias dos centros urbanos
1889-1929	<ul style="list-style-type: none"> - República - Trabalho assalariado - Políticas de imigração - Início da industrialização - Política do “café com leite” com predomínio da oligarquia rural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Predomínio de doenças pestilenciais (varíola e febre Amarela) - Doenças de massa (Tb e sífilis) - Endemias rurais (chagas, esquistossomose, ancilostomíase e malária) 	<ul style="list-style-type: none"> - Unidades de saúde vinculadas à entidades filantrópicas e ao governo dos Estados, localizados em locais isolados. - 1897: Criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, ligada ao Ministério da Justiça, para o saneamento de portos e zonas urbanas, favorecendo políticas de exportação e imigração. - 1903: Reforma sanitária do Rio de Janeiro. - 1923: Reforma Carlos Chagas, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, estabelecendo como atribuições federais: saneamento rural e urbano, propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional. - Criação da “CAPS” (Caixas de Aposentadorias e Pensões) pela lei Elói Chaves (24/01/1923).
1930-1945	<ul style="list-style-type: none"> - Revolução de 1930 – primeiro governo Vargas. - Hegemonia da indústria. - Criação de um mercado da força de trabalho. - Organização trabalhista. - Ditadura do Estado Novo. - Repressão aos movimentos populares. - 2ª Guerra Mundial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Doenças de massa (Tb e sífilis) - Endemias rurais (chagas, esquistossomose, ancilostomíase e malária). - Doenças carências. - Emergência da morbidade moderna (doenças crônico-degenerativas, acidentes de trânsito e de trabalho). 	<ul style="list-style-type: none"> - 1930: Criação do Ministério da Educação e Saúde. - 1933: As CAPs são ampliadas para o atendimento de categorias a nível nacional, criando-se os IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões). - 1934: O Departamento Nacional de Saúde passou a ser chamado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Hospitalar. - Centralização das políticas de saúde. - Organização da política de saúde em dois sub-setores: saúde pública e previdência. Devido às reivindicações dos trabalhadores urbanos mais organizados e aos interesses de reprodução da força de trabalho, o sub-setor da previdência social vai ganhando mais importância em termos de política estatal. - 1942: Criação do SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública), com recursos da Fundação Rockefeller – Primeiros hospitais públicos localizados nas grandes cidades.
1946-1963	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição de 1946. - Período liberal com eleições de Eurico Dutra (1946-1950), Getúlio Vargas (1950-1954), Juscelino (1955-1960) e Jânio Quadros. - Entrada de empresas Multinacionais - Migrações. - Urbanização acelerada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Convivência entre doenças de massa (Tb e sífilis) e da morbidade moderna. - Apesar de melhoria das condições sanitárias da população, permanece o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> 1953: Criação do Ministério da Saúde mantendo-se a estrutura do Depto Nacional de Saúde. 1956: Criação do Depto Nacional de Endemias Rurais (DNERU). 1960: O SESP passa como Fundação ao Ministério da Saúde. Crescimento da medicina previdenciária, com a maioria dos serviços de saúde privados localizados em áreas de concentração de riquezas.

Quadro 2(continuação) - Histórico dos Problemas de Saúde no Brasil 1850 – 2013.

Período	Situação Política /Econômica	Principais Problemas de Saúde	Políticas de Saúde Adotada
1964-1973	<ul style="list-style-type: none"> - Golpe Militar. - Governo Castelo Branco e Costa e Silva. - AI-5 repressão. - Governo Médici. - “Milagre” econômico. - Maior concentração de renda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Predomínio da morbidade moderna. - Manutenção das endemias rurais e sua urbanização. - Deficiências nutricionais, alta mortalidade infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1967:Criação do INPS com aumento do grau de controle do Estado e de escola econômicas nas operações com a saúde. - Contribuição tributaria aumentada. - Agrava-se o abandono da saúde pública. - O hospital assume a posição central na prestação de serviços de saúde, sendo na sua maioria privados e localizados nas grandes cidades. - 1969: A SUCAN (Superintendência de Campanhas) substitui o DNERU. - Importância dos seguros privados de saúde.
1974-1979	<ul style="list-style-type: none"> - Governo Geisel – abertura política “lenta e gradual”. - Crise do Petróleo. - Crise econômica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Altas taxas de mortalidade infantil. - Morbidade moderna. - Doenças preveníveis por vacina. - Endemias Rurais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior investimento na área de saúde pública como fim de diminuir altas taxas de mortalidade infantil, sendo estes canalizados em sua maioria ao setor privado. - Plano de Pronta Ação, com o fim de desburocratizar o atendimento de emergência. - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAZ) e Central de Medicamentos (CEME). - Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, juntamente com os órgãos de controle como a (DATAPREV). - 1975: Lei 6229 cria o Sistema Nacional de Saúde com o fim de contenção de demanda pela priorização de medidas coletivas: Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAM). - 1976: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) com a implantação de grande número de estabelecimentos públicos para atender o nível primário. - 1977: Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINAMPS). Lei 6349/77 cria o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).
1979-1985	<ul style="list-style-type: none"> - Governo Figueiredo – Redemocratização. - Agravamento da crise econômica. - “Diretas Já”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Altas taxas de mortalidade infantil. - Morbidade moderna. - Doenças preveníveis por vacinas. - Desnutrição. - Meningite. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1980: PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – Elaborados por técnicos do Ministério da Saúde e do MPAS, propondo: hierarquização, regionalização e participação comunitária. - Crise financeira da previdência enfrentada com aumento de contribuições, diminuição de aposentadorias e emissões do tesouro. - 1981: Criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP).

Quadro 2 (continuação) - Histórico dos Problemas de Saúde no Brasil 1850 – 2013.

Período	Situação Política /Econômica	<i>Principais Problemas de Saúde</i>	<i>Políticas de Saúde Adotada</i>
1986-1989	<ul style="list-style-type: none"> - Governo Sarney, “Nova República”. - Plano Cruzado: Trégua na crise. - 1988: Constituição. - 1989: Constituição dos Estados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbidade moderna. - Quadro de endemias é mantido. - Questões das “infecções hospitalares” é levantada. - Surgimento da AIDS. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1986: VII Conferência Nacional de Saúde como marco na discussão sobre a saúde no Brasil A saúde como direito do cidadão. - 1987: Decreto nº 94657 criando o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, (SUDS), implantando-se o conceito de Distrito Sanitário. - Avanço dos Seguros-Saúde, boicote ao SUDS por parte dos empresários da saúde. - Busca da descentralização do gerenciamento dos serviços de saúde. - Aprofundamento da crise no setor saúde pela retração do setor público.
1990-1997	<ul style="list-style-type: none"> - Governo Collor e a radicalização do neoliberalismo. - Governo Itamar e a estabilização da moeda, com conseqüente melhoria na distribuição de renda. - Governo FHC e nova radicalização do neoliberalismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbidade moderna - Graves epidemias de cólera e dengue no Nordeste. - Novas esperanças na cura da AIDS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crise no sistema de atendimento hospitalar, tentativa de se implantar imposto específico para a saúde. - fechamento da CEME. - Programa de “publicização” dos estabelecimentos de saúde ligados ao Estado.
1998-2003	<ul style="list-style-type: none"> - Governo FHC: instabilidade econômica, crise fiscal, aumento dos juros. - Implantação de programas assistências do governo. - Governo Lula: retomada da política econômica, redução das taxas de juros. - Implantação de programas sociais. - Reforma tributária e previdenciária. 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbidade moderna. - Epidemias de dengue no Nordeste e Sudeste. - Avanços na pesquisa da cura da AIDS. - Distribuição de coquetel pra AIDS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crise no sistema hospitalar público. - Aumento vertiginoso de estabelecimentos privados. - 2001: Implantação do Programa de Saúde da Família – PSF , Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Incentivo de Combate às Carências Nutricionais – ICCN. - Retorno da Reforma Sanitária. - Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde
2004-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Governo Lula: retomada da política econômica. - Crescimento econômico. - Implantação de programas sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemias de dengue em todas as regiões Brasileiras; - Surto de H1N1 no Sul e Sudeste; 	<ul style="list-style-type: none"> - Crise no sistema hospitalar público. - Crescimento da medicina suplementar. - Implantação da UPAs 24 horas. - Programa Mais Médicos. - Saúde da Família.

Fonte: Adaptado de Paim (1989) in Carvalho, 1997. Organizado e Adaptado: O autor.

No começo do século XX, não existiam hospitais públicos, mesmo levando em consideração o número excessivo de mortalidade, apenas o que se tinha eram as entidades ligadas à filantropia, mantida por contribuições²⁹ e auxílios governamentais com as Santas Casas.

Segundo Iyda (1994), para as pessoas com alto poder aquisitivo existia a assistência médica familiar. Dessa forma, para Scliar (1987) o hospital existente até então contava apenas com trabalho voluntário, sendo um depósito de doentes que eram isolados da sociedade com o objetivo de não "contagiá-la", como por exemplo, os sanatórios para leprosos.

As primeiras ações relacionadas as questões de saúde da população foram tomadas pelo então presidente Rodrigues Alves, que, em 1902, lançou o programa de saneamento do Rio de Janeiro e o combate à febre amarela urbana em São Paulo, pois era importante para o Estado oferecer condições para melhorar a política de imigração, incentivando a utilização de mão de obra imigrante para as culturas cafeeiras.

Esse contexto pode ser percebido também em Braga & Paula (1986), pois para eles, a saúde passou a emergir como questão social no bojo da economia capitalista cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho implícito nessa fase. Assim, os problemas relacionados à saúde e suas formas de atendimento estavam diretamente relacionados a determinadas doenças endêmicas e problemas gerais relativo ao saneamento nos principais núcleos urbanos.

O Brasil passou por um grande desenvolvimento econômico nas primeiras décadas do século XIX. Contudo, este período não foi apenas de glórias, pois o país atravessou uma grave crise socioeconômica e sanitária, porém, algumas doenças pestilenciais³⁰, endemias rurais³¹, entre outras, ameaçavam a economia exportadora de produtos primários ligados a agricultura, primordialmente à exportação de café, em função da recusa dos navios estrangeiros em aportar nos portos brasileiros, levando, conseqüentemente, à diminuição da mão de obra imigrante. Na tentativa de contornar tal situação, segundo Scliar (1987) o governo criou medidas se comprometendo em cuidar da saúde da população trabalhadora através de campanhas sanitárias de caráter autoritário.

²⁹ Foi esse contexto que surgiu a Santa Casa de Londrina em 1930, pois segundo Pedriali (2012), para a construção do hospital foi necessário contar com a ajuda de milhares de pessoas que doaram dinheiro ou animais para serem vendidos; rifas, sorteios de prêmios, desfiles, quermesses, festas, entre outros foram organizados; os que não podiam doar dinheiro ou animais doavam sacos de alimentos ou ajudavam doando areia ou mesmo realizavam serviços braçais na própria construção.

³⁰ Febre amarela e a varíola.

³¹ Chagas, esquistossomose, ancilostomíase e malária.

Durante o período pré-industrial, o Brasil teve suas ações relacionadas à saúde pública bastante limitada, em razão dos seguintes fatores: desenvolvimento capitalista tardio, o que implicava em baixa divisão do trabalho, índice relativamente reduzido de pessoas assalariadas e mercado de trabalho limitado; Estado marcado por estreitas bases sociais e financeiras; poder político de barganha dos setores assalariados restrito; e fraca autonomia do poder central, decorrente do excessivo federalismo. Além disso,

o reduzido patamar do conhecimento científico e tecnológico referente ao diagnóstico, prevenção e terapia de várias enfermidades envolvia uma insuficiência técnica de limites praticamente intransponíveis para a ação de saúde pública. Por outro lado, buscando atrair e reter mão de obra, algumas empresas passaram a desenvolver práticas de higiene e saúde pública, tanto por iniciativa pública quanto por estratégia das empresas maiores, as quais, em alguns casos, adotavam medidas de proteção e recuperação da saúde de seus trabalhadores, oferecendo determinados tipos de benefícios e auxílios (SILVA, 1996, p. 6).

Desta forma, os primeiros passos do poder público no campo de atenção à saúde aconteceram a partir de interesses exclusivamente comerciais. Entretanto, as áreas que não correspondiam estrategicamente aos interesses econômicos do país, ficavam relegadas à própria sorte no que diz respeito às práticas de saúde. Não se pode afirmar, em tal caso, que àquela altura se tinha uma política nacional de saúde pública, objetivando claramente, em melhorar as condições de vida da população.

As campanhas de saúde pública eram organizadas de tal modo que ficavam muito parecidas com as campanhas militares. As cidades eram divididas em distritos, onde as pessoas portadoras de doenças contagiosas eram encarceradas e obrigadas através da força, a se submetem ao emprego de práticas sanitárias. Assim, segundo Scliar (1987), esta situação levou, em 1904, no Rio de Janeiro, à "Revolta da Vacina", quando a população indignada com a obrigatoriedade da vacina contra a varíola, revoltou-se, indo às ruas da cidade, em clara manifestação de protesto.

O marco do início da atuação do Governo Federal no campo da saúde pública aconteceu somente em 1929, com a Reforma Carlos Chagas, a qual, na busca por ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, acabou criando o DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública. Destarte, foram assim estabelecidas as áreas de atuação do governo na saúde: o saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, a saúde dos portos e o combate às endemias rurais. Estas eram ações que se davam no campo coletivo, isto é, as

chamadas ações de saúde pública. No campo da assistência individual, as práticas de assistência à saúde eram inexistentes e a atenção médica e odontológica ainda era preponderantemente liberal, ou seja, adquiridas pelos próprios consumidores.

No entanto, ainda em 1923, o governo central, apreensivo com as proporções que a insatisfação da classe operária urbana estava tomando, iniciou o processo de regulamentação do trabalho, instituindo a Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs – com a lei Elói Chaves, considerado por Silva (1996) e muitos outros especialistas na área, como a origem do sistema previdenciário. Assim, seus benefícios³² eram diretamente proporcionais às contribuições e, portanto, ao salário. Para Luz (1991) esta era a primeira vez que o Estado interviria no sentido de estabelecer um novo mecanismo proposto a garantir algum tipo de assistência ao trabalhador. Entretanto, o direito às CAPs é desigual, pois elas eram organizadas nas empresas³³ e financiadas pela União. As CAPs funcionavam como uma espécie de seguro social³⁴, que assegurava determinados benefícios, tais como aposentadoria e, especialmente a assistência médica.

A Diretoria Geral de Saúde Pública foi organizada pelo médico sanitário Oswaldo Cruz, o qual foi efetivando, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde, com o objetivo de suprimir os problemas sanitários. Para Luz (1991), Oswaldo Cruz adotou o modelo das campanhas sanitárias³⁵, no sentido de combater num primeiro momento, as epidemias urbanas e, num segundo momento, as endemias rurais.

Considerados o marco da medicina previdenciária no Brasil, foram criados nos anos 1930 os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), já que as CAPs apresentavam claras limitações políticas e estruturais. Diferentemente das antigas Caixas, são organizados por categorias profissionais, não mais por empresas. Todavia, os IAPs não podem ser entendidos como mera evolução do sistema de CAPs, cuja existência permaneceu ainda por muito tempo, mas foi reflexo do conjunto de reformas e alterações no aparelho do Estado ocorrido a partir de 1930.

Diante desse contexto, pode-se afirmar que as transformações não aconteceram apenas nas siglas, mas também no modo de administração. À medida que a CAP era constituída por

³² Assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensões para os dependentes dos empregados; auxílio pecuniário para funeral.

³³ Somente nas empresas ligadas à exportação e ao comércio (ferroviárias, marítimas e bancárias), atividades que na época eram fundamentais para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil.

³⁴ Tinha direito aquele que pagava contribuição.

³⁵ Inspirado no modelo americano, mas importado de Cuba.

um colegiado de empregados e empregadores, o cargo de diretor dos IAPs, segundo Cohn e Elias (2003), cabia a um representante do Estado, sendo assistido por um colegiado sem poder deliberativo, o qual ainda era escolhido pelos sindicatos reconhecidos pelo governo.

Silva (1996, p. 15) resume as diferenças existentes entre as Caixas e os Institutos da seguinte maneira:

a- a organização dos Institutos era feita segundo categorias profissionais e não por empresas, de modo que os trabalhadores de pequenas empresas, antes excluídos do sistema, passaram a auferir os benefícios; b- os IAPs foram constituídos como autarquias, com maior controle por parte do Estado. A vinculação entre sindicatos e Institutos, por sua vez, criou espaço para manifestações dos interesses dos trabalhadores; c- dentro da mesma categoria, os benefícios recebidos em todo o território nacional eram iguados, obedecendo-se às diferenças salariais; d- cada instituto era dirigido por um presidente escolhido e nomeado pelo Presidente da República, mediante decreto referendado pelo Ministério do Trabalho. Além disso, cada presidente era auxiliado por um Conselho de Administração, com representação paritária de empregados e empregadores.

Na década de 1930 o Estado fundamentou suas ações no setor de saúde em duas vertentes, caracterizando uma estrutura desintegrada e dicotômica: saúde pública – principalmente até 1965 – de natureza preventiva e conduzida através de campanhas; e medicina previdenciária – por sua vez, a partir de 1965 – caracterizada por assistência médica, de caráter meramente curativo aos assegurados, apoiado na rede ambulatorial e hospitalar, conduzida através da ação da previdência social.

Em 1931 o estado brasileiro, cedendo às fortes pressões exercidas por parte de militares e intelectuais para a melhoria nos serviços na área de saúde pública, criou o Ministério de Educação e Saúde. Neste período, a saúde pública teve o seu papel determinado. Campanhas sanitárias passaram a ser realizadas de forma centralizada pelo Governo Federal. Contudo, o interior do país só teve uma significativa melhora na atenção à saúde a partir de 1937, quando o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social assumiu a coordenação dos departamentos estaduais de saúde, padronizando sua estrutura.

Por razões de ordem estratégica, em 1942 foi instituído o Serviço Estadual de Saúde Pública – SESP – que organizou importantes campanhas no interior do país. Essas campanhas eram direcionadas essencialmente para as regiões Norte e Nordeste³⁶, abrangendo educação

³⁶ Principalmente nas áreas produtoras de borracha na Amazônia e na extração do manganês no Vale do Rio Doce.

sanitária, saneamento e assistência médica às populações desprovidas de recursos financeiros, no sentido de conter a proliferação das endemias rurais, tais como a febre amarela e a malária, que estava matando centenas de milhares de trabalhadores.

Nesse sentido, percebe-se que a saúde pública caracterizou-se, nesse período, pelo centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, enquanto as instituições de previdência social tinham no clientelismo, populismo e paternalismo uma fórmula que deixou seus resquícios na atual estrutura social.

Em 1948 o então presidente Eurico Gaspar Dutra criou o Plano SALTE – Saúde, Alimentação, Transporte e Energia – colocando a questão da saúde, pelo menos em termos de discurso, como prioridade nacional. Apesar do reconhecimento pelo governo sobre a importância da questão da saúde evidenciada pelo Plano SALTE, alguns fatores foram fundamentais no sentido de contribuir para que a saúde pública não estivesse na prática, entre as prioridades da política de gastos do governo: recursos financeiros limitado do Estado, fruto do pequeno desenvolvimento industrial e falta de condições mínimas para a realização de uma reforma tributária; prioridade dos recursos para constituição de requisitos básicos no processo de industrialização; modelo sanitário oneroso demais e conflitante com a realidade econômico-social do país.

A partir de 1950³⁷ foram construídos grandes hospitais e equipamentos, destes que se tornam referência no atendimento médico, pois recebe grande fluxo de pessoas da região, deixando a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios em segundo plano, cujos custos de implementação e manutenção são bem menores. Havia uma tendência de construção de hospitais cada vez maiores em quantidade e extensão, ficando aparentemente clara a influência norte-americana nesta área, com a adoção do modelo semelhante aos padrões estadunidenses.

Alguns IAPs em função do grande número de associados estavam acumulando muito dinheiro e começaram então a construir seus próprios hospitais. Entretanto, algumas empresas não estavam satisfeitas com os serviços médicos prestados. Diante desse fato, surge então, a medicina de grupo – convênios.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que manteve basicamente a estrutura do antigo e extinto Departamento Nacional de Saúde. Já em 1956 foi criado o Departamento

³⁷ No período compreendido entre 1945 e 1950 alguns fatos são importantes serem destacados: término da Segunda Guerra Mundial, deposição de Getúlio Vargas, promulgação da constituição de 1945, o General Dutra assume a presidência e Vargas volta ao poder em 1950.

Nacional de Endemias Rurais – DNERu – que tinha como objetivo atuar em pontos críticos do país, os quais estava trazendo problemas para o processo de desenvolvimento do país em função das doenças endêmicas. Alguns autores tendem, inclusive, a interpretar a criação do DNERu como o “ponto final” na estruturação dos organismos de saúde pública, ou seja, a centralizar os serviços de combate às enfermidades endêmicas, incluindo também outros serviços.

No ano de 1960, o SESP foi incorporado, como fundação, ao Ministério da Saúde, deixando de receber financiamento e manutenção internacional – fundação Rockefeller. Dessa incorporação emergiu a aquisição e montagem de aparelhos complexos e diversificados de atenção à saúde.

No ano de 1966 numa tentativa de melhorar as políticas de assistência à saúde no país, o Governo criou o INPS³⁸ – Instituto Nacional de Previdência Social – em função da fusão dos antigos IAPs, passando o novo órgão a centralizar todas as políticas de assistência médica previdenciária, previdência e assistência social. Com esta fusão, segundo Cohn e Elias (2003), a arrecadação da previdência cresceu tanto quase se igualando à do orçamento nacional, porém permaneceu com caráter assistencialista e sem ter qualquer tipo controle das classes assalariadas.

Para estes autores, em 1968 o governo definiu linhas de financiamento a fundo perdido para a construção de hospitais particulares, visando aumentar o número de leitos disponíveis e oferecer atendimento aos trabalhadores inscritos na Previdência Social.

Na década de 1970 a Previdência Social teve um grande aumento em número de leitos disponíveis, em cobertura e na quantidade de recursos arrecadados e ainda, o maior orçamento da história. Entretanto, os recursos eram utilizados pelo governo militar sem um controle específico, financiando a construção de hospitais particulares e obras faraônicas e permitindo fraudes, pois não havia qualquer tipo de fiscalização dos serviços médicos prestados pela rede particular. Por outro lado, os diversos serviços da rede prestadora de serviços de saúde pública eram obrigados a encerrar suas atividades ou trabalhar com a escassez de recursos, ficando impossibilitado de oferecer atendimento adequado.

³⁸ A instituição do INPS significou um rompimento histórico no sentido da unificação dos IAPs e exclusão dos trabalhadores e sindicatos da participação no processo de tomada de decisões, uma vez que a Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS – já sinalizava para a uniformização da cobertura e estabelecia a forma de financiamento.

Em 1971 foi criado o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural – PRORURAL – cujo gerenciamento era realizado através do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL – ligado ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Este foi instituído com o objetivo de estender a cobertura de assistência médica, assim como alguns benefícios assistenciais aos trabalhadores rurais, sem exigência de ter contribuído ou não à Previdência Social. Na verdade, as medidas adotadas com vistas à universalização foram se ampliando continuamente, até que, a partir de 1972, os benefícios previdenciários foram expandidos aos empregados domésticos e, aos trabalhadores autônomos em 1973.

Em 1974, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS – como instrumento de fornecer assistência financeira aos programas de projetos de cunho social, devendo respeitar às prioridades e estratégias de desenvolvimento social do II Plano Nacional de Desenvolvimento – PND. Os recursos destinados para esse fim eram provenientes especialmente da renda líquida obtida através dos jogos das loterias esportivas e federal, da Caixa Econômica Federal – CEF –, de dotações orçamentárias da União e de outros repasses. Estes recursos, por conseguinte, deveriam ser aplicados em financiamento de projetos de interesse do setor público nas áreas de saúde e saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social, assim como em projetos de interesse do setor privado ligados a estas áreas e programas sociais para atendimento de pessoas físicas.

Mesma diante da normativa do Fundo, enquanto várias áreas prioritárias, principalmente a da educação, recebiam os recursos destinados ao desenvolvimento de projetos no setor público, na área da saúde não ocorreu o mesmo, pois o FAS acabou sendo destinado para o financiamento, remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada assim como também, para adquirir equipamentos médicos de alta complexidade técnica e custo elevado. Dessa maneira, a atuação da FAS na área da saúde serviu como apoio, subsidiando financiamento, à rede privada de prestação de serviços, ressaltando de modo mais expressivo o caráter curativo e hospitalar da assistência médica no período.

Percebendo que muitos estados do interior do país necessitavam de uma rede de saúde de pública, o Governo criou em 1976 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS – com o objetivo de dar suporte a uma estruturação definitiva da rede de saúde pública nas regiões mais longínquas e desprovidas de condições básicas. Portanto, este programa não era de levar médicos ao interior do país, porém de mobilização de recursos humanos de maneira rápida e de baixo custo para o Estado.

Para Médici (1994), a concepção do PIASS não se limitava à expansão da rede pública de saúde, mas contemplava todo um novo sistema organizacional da prestação de serviços, reflexo do pensamento sanitário brasileiro da época.

Com o propósito de realizar uma reforma da estrutura previdenciária, foi criado em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS –, dividindo as ações pertinentes à previdência e a assistência médica. O SINPAS é, então, constituído por seis instituições:

O SINPAS é, então, formado por seis instituições: o Instituto de Administração Financeira da Previdência Social – IAPAS –, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV –, a Legião Brasileira de Assistência – LBA –, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM –, o Fundo de Previdência e Assistência Social – FPAS – e o antigo INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Este passou dessa forma, a ser o grande catalisador das ações de assistência médica no Brasil, permanecendo com a mesma política de beneficiamento do setor privado.

As faculdades particulares de medicina começaram a se multiplicar por todo o país em razão do acesso ao financiamento³⁹ obtido junto à Previdência Social para a construção ou reforma de centenas de clínicas e hospitais privados, alimentado também pelo enfoque dado à medicina curativa. Nesse contexto, o ensino médico passou a ser direcionado para a especialização e a sofisticação tecnológica, totalmente dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, sendo desvinculados da realidade sanitária da população.

Para Luz (1991), no final da década de 1970 e início da década de 1980 a saúde e as políticas de saúde existentes no Brasil foram severamente questionados pelos sindicatos e partidos políticos. Vários encontros, seminários e congressos foram organizados, onde acadêmicos, cientistas e "tecnocratas progressistas" debatiam as epidemias, as endemias e a degradação das condições de vida da população. Os debates ganharam força com os

³⁹ Quando o INPS foi criado, em 1966, o governo liberou verba a fundo perdido para empresas privadas construírem hospitais, depois o INPS enviou seus segurados para estes hospitais, isto é, a Previdência financiou e sustentou estes hospitais por 20 anos. Posteriormente estes proprietários consideraram-se capitalizados e se descredenciaram do INPS. O dinheiro da previdência não era mais suficiente para cobrir os gastos com assistência médica e o número de leitos diminuiu; portanto, um dos motivos da falência da Previdência foram os custos crescentes, determinados pela privatização da rede.

movimentos populares⁴⁰, que passaram a exigir soluções em curto prazo para os problemas da saúde criados pelo regime político autoritário.

Diante disso, na década de 1980 no sentido de melhorar o acesso da população a saúde surgiram vários projetos que tinham a pretensão de estender a cobertura dos serviços de saúde para toda a população, enfatizando a saúde pública. Em todos os projetos elaborados, um ponto era comum, pois havia uma ideia de integrar a Saúde Pública com a assistência médica individual. Por terem esse ponto em comum, foram ferrenhamente combatidos pelos grupos médicos privados e pela própria burocracia do INAMPS, pois nos últimos anos da década de 1970 e início da década de 1980, foram também anos gloriosos para as indústrias médicas e da medicina de grupo, cujo interesse visava uma assistência médica privatizada, onde elas pudessem agir sem maiores escrúpulos, e não de um sistema público de saúde que funcionasse.

A partir da VII Conferência Nacional de Saúde ocorrido no início dos anos de 1980, foi o plano chamado de PREVSAÚDE – Programa Nacional de Serviços de Saúde –, cujas propostas seguiam a mesma linha que orientou o surgimento do PIASS, evidenciando a prioridade dos serviços elementares de assistência médica realizados pelos agentes comunitários.

Mesmo diante do inegável avanço de suas propostas, o PREVSAÚDE, em função da péssima situação macroeconômica da época e de conflitos de interesses, nunca chegou a ser implantado, pois dar prioridades as populações mais necessitadas significava redirecionar recursos para o sistema público de saúde, reduzindo em contrapartida a parcela do financiamento destinado à rede privada, desagradando os interesses privatistas de vários segmentos importantes do setor de saúde. Por esta razão, o PREVSAÚDE foi peremptoriamente abandonado.

Para dar uma maior transparência na transferência de recursos para os Estados e Municípios, o Governo Federal criou, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP –, visto que a crise econômica necessitava de alternativas de racionalização dos programas, ações e gastos de assistência médica. Este conselho tinha como objetivos principais: usar de maneira crescente a rede de assistência de saúde, tanto nos níveis regional como local; redução dos gastos do complexo previdenciário; e, conseguir reformular a organização dos serviços de atenção à saúde, aperfeiçoando os níveis de atendimento, porém

⁴⁰ Associações de moradores, de mulheres, sindicatos, igrejas e partidos políticos.

sem conflitar com as normas e diretrizes da política econômica vigente. Assim, a principal contribuição do CONASP foi dar início ao desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde – AIS.

O plano CONASP, elaborado pelo referido conselho, resultou na implantação do SAMPHS – Sistema de Administração Hospitalar e Saúde (Portaria nº 3.046), que estabelecia um limite para os valores pagos por agravo/atendimento dentro de um mesmo procedimento e na formulação das AIS – Ações Integradas de Saúde –, que propunham “descentralizar a atenção médica, integrar, regionalizar e hierarquizar as ações e serviços de saúde” (COSTA & MAEDA, 2001, p. 18).

Não deve-se esquecer que a AIS refletiu na melhora no processo de democratização do acesso à saúde da sociedade brasileira, cujas eleições governamentais de 1982 são um momento importante, possibilitando a constituição de uma agenda alternativa para a política de saúde. Dentre os seus objetivos mais importantes, destac-se:

o desenvolvimento de capacidade gerencial dos serviços nos níveis local e regional; transferência de recursos para as redes públicas estaduais de saúde; integração da alocação de recursos oriundos de diversas fontes; planejamento da intervenção mediante o desenvolvimento de parâmetros técnica e financeiramente viáveis e adaptados às condições locais; valorização dos recursos humanos da equidade de saúde; orientação da pesquisa e das atividades das instituições de ensino para as necessidades de saúde em cada região (SILVA, 1996, p. 37).

As AISs representaram uma pretensão de concretizar a descentralização administrativa com maior poder de decisão dos setores envolvidos, tanto na prestação de serviços quanto na sua utilização. Elas foram como uma precursora do SUDS/SUS, como pode ser visto nas palavras de Viana (1994, p. 31), quando diz que

As Ações Integradas de Saúde apareceram como um momento de transição para a constituição de um sistema integrado de assistência à saúde, segundo um modelo descentralizador e de cobertura universal, pois não foram capazes de substituir o modelo anterior, correspondendo a uma convivência entre ambos os modelos (o centralizado privatista e o descentralizado estadista). A importância das AIS, nesse sentido mais geral, consistiu justamente em ter preparado o terreno para o surgimento do SUDS/SUS.

A partir de 1983, insatisfeita com as condições do sistema de saúde pública no país, a sociedade civil organizada exigiu, juntamente com o congresso, novas políticas sociais no

sentido de assegurar plenos direitos de cidadania aos cidadãos, inclusive o direito à saúde, entendido também como dever do Estado. Para Luz (1991, p. 84) pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como um direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania.

Percebendo os muitos gargalos da situação da saúde no Brasil, os profissionais da área da saúde numa tentativa de melhorar essa situação de uma maneira geral, reivindicaram a transferência efetiva da responsabilidade, com poder de decisão, para estados, municípios e distritos, indo contra a tendência centralizadora, constituída historicamente desde o início do século, caminhando-se assim para a descentralização institucional da saúde. Nesse processo ocorreram resistências, mas houve firme envolvimento do CONASS e do Conselho Municipal de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS – na condução do SUDS como movimento descentralizador.

Diante dessa nova visão e percepção social da descentralização institucional em saúde, tem-se a possibilidade de superar a concepção puramente geopolítica do processo e a tendência a limitar a descentralização aos aspectos meramente executivos da política institucional. Para evitar esses limites, o projeto de reforma sanitária propunha, em 1986 a criação de "conselhos municipais" e "interinstitucionais" de gestão dos serviços de atenção médica. Esses conselhos supunham participação popular, através de representantes da "comunidade organizada", no planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde (LUZ, 1991).

Os anos oitenta constituíram um período de transição para o modelo de seguridade social calcado no tripé saúde, previdência e assistência social, mais tarde evidenciado na Constituição de 1988, haja vista a constatação, nos anos precedentes, da inevitável necessidade de segregação dos recursos destinados a custear benefícios previdenciários e a prestação de serviços de assistência à saúde. Posta estava a crise do modelo médico-assistencial privatista, com o simultâneo crescimento da demanda da população por serviços de saúde *vis à vis* a diminuição das receitas públicas e privadas (SOUZA, 2004, p. 46).

Dois eventos tiveram participação crucial no processo de modificação do modelo assistencial em saúde e demonstraram o caráter de urgência da implantação da Reforma Sanitária, que foram a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a instalação da Assembleia Nacional Constituinte, que incluiu os princípios fundamentais da Reforma Sanitária na Constituição brasileira, sancionada dois anos depois.

A consolidação de um novo modelo de política de saúde só foi possível, contudo, com a criação em 1987 do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS – que tinha a missão de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS.

O surgimento do SUDS se desenvolveu através de convênios assinado entre o INAMPS e as secretarias estaduais de saúde, delegando a estas, grande parte do poder decisório que antes era de sua competência. Dentre os seus principais objetivos, destacam-se: superar a dicotomia existente no modelo de saúde anterior, mediante a unificação institucional; descentralizar as decisões políticas e seus desdobramentos operacionais; obter melhor desempenho do setor público e controle privado; regionalizar e hierarquizar as redes de atendimento; conferir maior resolubilidade e integralidade aos serviços; e universalizar o atendimento.

Segundo Noronha & Levcovitz (1994), o SUDS buscava a democratização do acesso aos serviços de saúde, acabando com as categorias diversificadas de cidadãos e a organização da rede sob padrões técnicos apropriados. Sua objetivação principal era limitar o nível federal às atividades de coordenação política, planejamento, supervisão, normatização e regulamentação das relações com o setor privado.

Apesar de todos os avanços conseguidos com o estabelecimento do SUDS, os recursos transferidos às esferas locais demonstram uma inconsistência nos critérios técnicos, impedindo a constituição de maior equidade no desenvolvimento dos sistemas regionais de saúde, pois os repasses financeiros privilegiavam algumas regiões do país em detrimento de outras, conforme diz Silva (1996, p. 42).

(...) parece ter havido um esforço inicial para privilegiar, através dos repasses, as regiões mais carentes do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste). De fato, em 1986 e 1987, essas regiões receberam repasses do SUDS proporcionalmente maiores que suas populações, enquanto as regiões mais desenvolvidas (Sul e Sudeste) apresentaram comportamento inverso. Contudo, a partir de 1988, ocorreu um movimento de aumento da participação das regiões Sul e Sudeste, invertendo a tendência anterior.

O aumento da oferta pública, aliado a integração/unificação e descentralização das ações de saúde e a universalidade – direito à saúde como direito de todos – constituíram um novo marco legal que, associado aos movimentos pela reforma sanitária – no bojo da sociedade ou no aparelho estatal – e ao impulso proporcionado pela VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 e a criação do SUDS, culminou com a formulação do novo pacto social. A saúde passou a ser compreendida como direito de todos os cidadãos e

dever do Estado, e a equidade como referência no acesso aos serviços de assistência à saúde. Nesse sentido, para Souza (2004, p. 49) “estava instalado um novo arcabouço político-institucional da saúde pública no Brasil, com a configuração técnica e legal do SUS, modelo que ganhou *status* constitucional, com a promulgação da Carta Magna em 1988”.

A constituição de 1988 ampliou os direitos políticos, sociais e civis, de modo nunca visto antes no país. Nesse sentido, a saúde teve o seu reconhecimento e passou, então, a fazer parte da mesma. Segundo o texto constitucional o SUS passou a agregar ações e serviços públicos de saúde numa rede organizada e hierarquizada, obedecendo às seguintes diretrizes básicas: descentralização administrativa, com delegação de poderes únicos para cada nível de governo; o atendimento integral com maior enfoque a atividades preventivas; e participação da comunidade (BRASIL, Constituição de 1988, art. 198). Oferecendo assistência médica integral à população principalmente nos aspectos preventivos e promocionais, através da rede de saúde pública, o SUS conta ainda com a participação das instituições privadas, de forma a complementar os serviços.

Segundo Costa e Maeda (2001), a década de 1980 terminou sem uma concretização efetiva na transformação no sistema de saúde, mas pelo menos, nesse período, os princípios da Reforma Sanitária foram garantidos com a nova Constituição. Uma de suas conquistas foi à reorganização do sistema de saúde do país e a implantação do SUS em 1990, visto que embora explicitada na Constituição de 1988, a implementação do SUS começou depois da criação das Leis Orgânicas da Saúde – LOS – de 1990 (Leis nº 8080/90 e 8142/90) e de muitas normas e portarias editadas pelo Ministério da Saúde que eram utilizadas como meios de regulação do sistema.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ampliou a definição de saúde atribuída na Constituição de 1988, identificando a universalidade de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, compreendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso em todos os níveis e complexidade do sistema e a equidade (SOUZA, 2004).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, incorpora a participação da sociedade, garantindo a participação dos cidadãos, através de suas entidades representativas. Estas poderiam participar do processo de formulação das políticas de saúde e também, atuar na fiscalização de sua execução nos diferentes níveis do sistema, tanto local quanto federal.

O sistema de saúde brasileiro vinha passando por um processo de descentralização no que diz respeito às questões políticas e administrativas desde 1985, ou seja, desde as AIS. Entretanto, a partir da promulgação da Constituição de 1988 e das LOS nº 8.080/90 e 4.142/90, os municípios aparecem como agentes privilegiados e responsáveis pela execução das principais ações e serviços de saúde. Estas LOS possibilitaram o estabelecimento de critérios do repasse dos recursos, e ainda serviu de base legal para a implantação da seguridade social e do SUS, conforme Souza (2004, p. 51):

A edição das Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142 estabeleceu os critérios de repasse de recursos do nível federal para estados e municípios, definindo instâncias colegiadas e deliberativas (Conselhos de Saúde, nacional, estaduais e municipais) com a participação de representantes de governo e da sociedade civil (prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários do sistema). Forneceu ainda a base legal para implantação da seguridade social e do SUS, com o desenvolvimento de novo modelo técnico-assistencial, trazendo um conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção.

Nesse contexto, pela primeira vez no país, implantaram-se práticas que antecederam o próprio modelo de implementação, antes mesmo que as diretrizes propostas fossem amadurecidas e fossem de encontro às tendências dominantes.

Durante a década de 1990, aconteceram importantes reformas no sistema de saúde brasileiro. As propostas para a saúde fazem parte da agenda global e a implantação da agenda de reformas e os resultados conquistados dependem de alguns fatores, tais como: exigências econômicas, interesses organizados e dimensão política. Diante disso, percebe-se que desde o começo da implantação do SUS, alguns problemas que estiveram presentes foram: o financiamento das ações de saúde, a definição clara para as três esferas governamentais – Federal, Estadual e Municipal –, as formas de articulação entre o público e o privado e a resistência do antigo modelo assistencial – baseado na doença e nas ações curativas individuais.

Com o resultado do movimento de Reforma Sanitária ocorreram transformações expressivas no sistema de saúde brasileiro: considerou-se a Previdência estritamente responsável pelos benefícios de tipo securitário, dela excluindo-se relações com a saúde e assistência social; além do mais, houve a criação da estrutura constitucional para a saúde e grandes avanços no processo de descentralização.

Todavia, o processo ainda precisa ser mantido, para que os princípios garantidos no texto constitucional se efetivem na prática. Durante sua implantação, nota-se um aumento da consciência social, tornando a luta pela saúde, parte da construção da cidadania.

Não é muito prudente fazer comparação do setor de saúde do Brasil com qualquer outro país em função das diferenças históricas, geográficas, territoriais, econômicas, culturais e políticas. Mas aqui, apenas será demonstrado alguns exemplo do sistema de saúde de outros países, como o do Canadá, Cuba e Inglaterra.

As bem sucedidas políticas de atenção à saúde da população estão ligadas ao sistema político, econômico, cultural e social do país, mas também à participação ativa da comunidade, que influencia nos investimentos e nas melhorias do atendimento.

Segundo as Nações Unidas, o sistema de saúde de Cuba serve de exemplo para todos os países do mundo. Pois para um país com recursos escassos e limitados Cuba conseguiu universalizar o acesso à saúde para todas as categorias da população, obtendo resultados muito parecidos aos das nações mais desenvolvidas.

Cuba conseguiu reduzir a taxa de mortalidade, elevar a expectativa de vida e melhorar a qualidade de vida da população utilizando a estratégia de trabalhar de forma efetiva no tratamento preventivo de doenças e problemas de saúde em geral. No país, não existe medicina privada e os serviços de saúde devem ser acessíveis a todos e desenvolvidos com a participação ativa da sociedade civil organizada.

O Sistema Nacional de Saúde em Cuba é um conjunto de unidades administrativas de produção e de serviços responsabilizados com atenção integral da Saúde de toda população, divididos em nível central, nacional e provincial.

O sistema possui um rede que conta com serviços ambulatoriais, de emergência, assistência social para idosos e deficientes, educação sanitária e de saúde e higiene, produção de medicamentos, especialização profissional e acadêmica, acompanhamento de dados e planejamento estratégico.

A atenção médica de nível primário é realizada, principalmente, por atividades e procedimentos que promovem a garantia da saúde de toda a população, com apoio especial à família. Só depois que são priorizadas as atividades de atendimento aos pacientes com internações através da atenção de nível secundário. A atenção médica de nível terciário acontece nos institutos de cardiologia, neurologia e endocrinologia.

O programa de assistência à família busca concretizar a priorização da garantia à saúde, com o desenvolvimento das gestões preventivo-curativo e habilitatórias. As equipes responsáveis pelo Programa são formadas por médicos e enfermeiros, cada equipe mora na área de atuação e é responsável por, no máximo, 250 famílias, de forma a permitir maior relacionamento entre a equipe e a comunidade por ela atendida. Entre as atividades da equipe estão: promoção da saúde e prevenção, atenção medida e reabilitação, educação de higiene e atividades sociais, pesquisa e controle, promoção de hábitos de saúde – esporte e alimentação, principalmente de idosos e gestantes.

Por outro lado, o sistema de saúde no Canadá é diferente de Cuba e do Brasil. Existe a saúde pública usada por 90% da população e a saúde privada, que é usada pela minoria, e geralmente somente em casos para internação em hospitais particulares.

A saúde pública no Canadá é organizada a partir da Legislação que a suporta, denominada *Health Act*, estruturada em cada província do país. Portanto, as províncias tem sua própria organização quanto aos investimentos, estrutura e financiamento. O sistema é financiado com fundos públicos provenientes do imposto de renda⁴¹ e repassado proporcionalmente às províncias⁴². Cada província e território tem seus próprios regulamentos e regras de saúde, porém todos oferecem um sistema de assistência médica pública.

A Lei de Saúde do Canadá – *Canadian Health Act* – é a legislação federal para o financiamento público de seguro saúde. O objetivo da Lei é garantir que todos os residentes do país tenham acesso aos serviços de saúde segurados em uma base pré-paga, sem encargos diretos para os serviços e exigindo um padrão mínimo de qualidade e assistência que as províncias e territórios seguem.

O Programa Nacional de Seguro de Saúde chama-se *Medicare*⁴³ e destina-se a garantir o acesso aos cidadãos canadenses aos serviços hospitalares, médicos e medicamentos. Porém, o país não tem um único plano nacional, existem 13 planos de saúde entrelaçados nas

⁴¹ Todas as "pessoas seguradas" - basicamente, todos os residentes legais do país, incluindo imigrantes recentes sem cidadania canadense, possuem o direito de receber serviços médicos, sem precisar pagar diretamente pelos mesmos. Esses são serviços médicos necessários e básicos. Os valores a ser pagos pela assistência médica, variam de acordo com a idade.

⁴² As províncias através de Conselhos de Saúde, com a participação da cidadania, têm uma grande autonomia no planejamento do atendimento, à saúde, determinando prioridades e negociando com as Associações Médicas e hospitais os seus honorários médicos e custos hospitalares. O cidadão de uma província tem cobertura em todas as demais. Ele também tem também cobertura fora do país para os tratamentos não oferecidos dentro do país. É interessante notar que poucos canadenses precisam de sair do país para receberem tratamentos adequados.

⁴³ Não confundir o *Medicare* canadense com o *Medicare* americano que é também um seguro federal mas só para os cidadãos acima de 65 anos de idade.

províncias, as quais compartilham características e padrões de cobertura. As funções e responsabilidades para com o Sistema de Saúde são compartilhadas entre os governos Federal e Provincial-Territorial. Os governos provinciais e territoriais são responsáveis pela gestão, organização e prestação de serviços de saúde para os seus residentes. Emoldurado pela Lei de Saúde do Canadá, os princípios que regem o sistema de saúde são símbolos dos valores canadenses subjacentes de equidade e solidariedade.

Os serviços são estruturados por especialidades e complexidade, como ocorre no Brasil. Atenção primária à saúde se baseia na experiência de que a saúde, bem estar e qualidade de vida são influenciados pelas situações econômicas, culturais e físicas, e crenças espirituais.

O sistema tem a participação ativa da comunidade e é influenciado por ela no que diz respeito às prioridades, investimentos, melhoria no atendimento e acesso aos serviços. Este é um interessante aspecto para se refletir, pois uma comunidade consciente de sua cidadania, de sua importância na sociedade busca melhorá-la, contribui para que tudo funcione da melhor forma possível, o que não significa que somente os problemas sejam evidenciados, mas, os aspectos positivos também são discutidos.

A grande diferença no comportamento dos cidadãos canadenses e dos brasileiros é a responsabilidade sobre a saúde, pois no Canadá é primeiramente do cidadão e o estado dá suporte para sua manutenção. No Brasil, o cidadão deposita esta responsabilidade no outro, seja ele o estado, o Sistema Público de Saúde ou outra pessoa. É preciso compreender existencialmente os espaços, os direitos e deveres e seu papel na vida de cada um, para que ao criticarmos possamos contribuir para sua melhoria e aperfeiçoamento.

3.2- SUS: origem, desenvolvimento e contexto atual

O Sistema Único de Saúde – SUS – é constituído, segundo Brasil (2011, p. 24)

(...) pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

Ele foi regulamentado com a edição da Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90, criado pela constituição de 1988, com a finalidade de modificar as condições de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando o atendimento público obrigatório a qualquer cidadão, proibindo todo e qualquer tipo de cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

A constituição de 1988 em seu Título VIII “da ordem social” e Seção II referente à Saúde, estabelece no artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS é definido pelo artigo 198 da seguinte maneira:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Diante disso, fica claro que o texto demonstra que a percepção do SUS estava fundamentando na construção de um modelo de saúde direcionado para as necessidades da população, buscando recuperar o compromisso do estado para o bem estar social, primordialmente no que diz respeito à saúde coletiva, estabelecendo-o como um dos direitos da cidadania. Esta forma de pensamento era reflexo do contexto político pelo qual a sociedade brasileira estava passando, pois acabara de sair de um regime militar onde a cidadania nunca foi um ponto basilar de governo.

O SUS é formado por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Os órgãos privados também poderão participar do SUS, desde que seja em caráter complementar. Assim, do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais – incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Vital Brasil.

Através do SUS, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas – da esfera municipal, estadual e federal – ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. O setor privado participa do SUS de forma complementar, através de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado, somente quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda à população de uma determinada região.

A primeira e grande novidade do SUS é seu conceito de saúde. Este conceito ampliado de saúde fruto de um processo constante de discussões e embates teóricos e políticos, traz consigo um panorama dos problemas pelo qual o setor saúde passou ao longo de sua história e a certeza de que a reversão deste quadro extrapolava os limites restritivos da noção vigente. Ver a saúde apenas como ausência de doenças nos legou um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional.

Para enfrentar este contexto, era essencial modificar a concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, de sociedade. Pois uma coisa era se deparar com a necessidade de novas unidades, contratar profissionais, comprar medicamentos. Outra tarefa é conceber a atenção à saúde como um projeto que iguala saúde com condições de vida. O direito à saúde, nesta perspectiva, acaba se confundindo com o direito à vida.

Assim, para se ter saúde, é necessário possuir um conjunto de fatores que suprem as necessidades básicas, tais como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação entre outros. A saúde se manifesta como um reflexo das condições de vida. Contudo, a ausência de saúde não se relaciona apenas com a inexistência ou a baixa qualidade dos serviços de saúde, porém com todo este rol de determinantes.

Diante desse contexto, Cunha e Cunha (2001, p. 299), diz que

A saúde precisa, desta forma, incorporar novas dimensões e se torna responsável por conquistas que, até então, se colocavam externas a ela. O sistema de saúde deve-se relacionar com todas as forças políticas que caminhem na mesma direção, como a defesa do meio ambiente, o movimento contra a fome, as manifestações pela cidadania, contra a violência no trânsito, pela reforma agrária etc. O SUS, ao abraçar este conceito, pressupõe ainda a democratização interna da gestão dos serviços e dos sistemas de saúde como um elemento a mais no movimento de construção da cidadania.

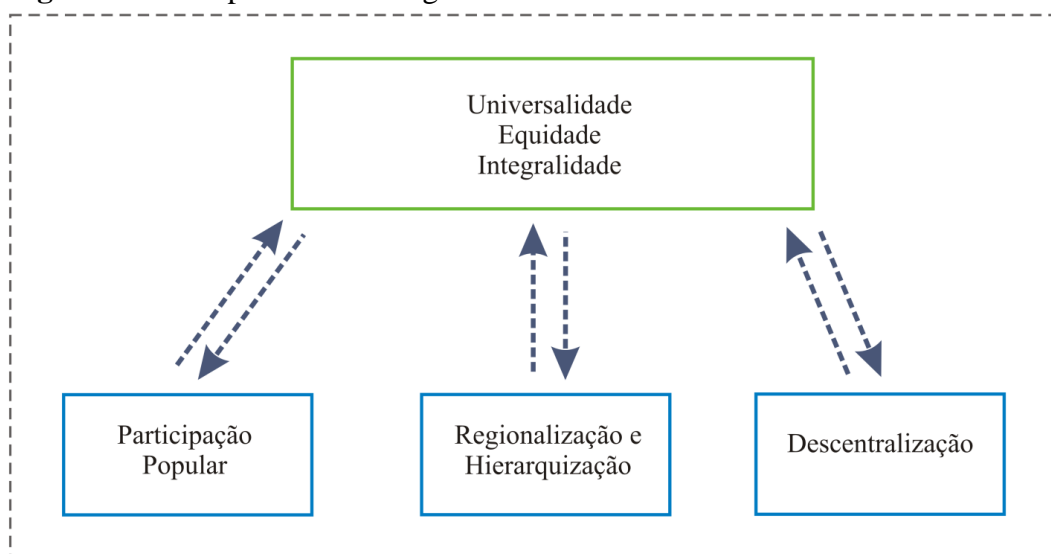
Antes de abordar os princípios determinantes e organizativos do SUS, é importante destacar dois pontos. Em primeiro lugar, o SUS pertence às ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, ou seja, é dever do estado fazer a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independentemente da execução direta do mesmo. Em segundo lugar, a saúde faz parte de um sistema mais amplo, o Sistema da Seguridade Social. De acordo com o artigo 194 da Constituição, a Seguridade Social “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

O SUS traz dois outros conceitos importantes, além do conceito ampliado de saúde, que é o de sistema e a ideia de unicidade. A noção de sistema significa que não se está referindo a um tipo novo de serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um objetivo comum. Na lógica do sistema público, os serviços contratados e conveniados devem seguir os mesmos preceitos e as mesmas normas do serviço público. Os elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Dessa maneira, este sistema é único, ou melhor, deve ter os mesmos princípios doutrinários e a mesma forma de organização no país todo. Contudo, a ideia de unidade deve ser melhor compreendida, pois num país com uma diversidade cultural, econômica e social tão grande como o Brasil, pensar em organizar um sistema sem considerar estas diferenças seria uma grande imprudência. O que é definido como único na Constituição, segundo Cunha e Cunha (2001, p. 300) é “um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular”. Todos estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, seja através de formas previstas de aproximação da gerência aos cidadãos, seja com a descentralização político-administrativa, seja através do controle social do sistema.

O SUS pode, então, ser compreendido a partir da seguinte maneira (Figura 7): um núcleo comum (único), englobando os princípios doutrinários, uma forma de organização e operacionalização e, os princípios organizativos.

Figura 7 - Princípios do SUS segundo a Lei 8.080/90.



Fonte: Cunha & Cunha (2001, p. 300).

Os princípios norteadores do SUS foram definidos pela Lei n.º 8080/90 como:

- **Universalidade** – o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas e em todos os níveis de assistência, independentemente de sexo, cor, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais;
- **Integralidade** – significa considerar a pessoas como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à toda as suas necessidades;
- **Equidade** – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral. É um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidade reais da população a ser atendida;
- **Hierarquização** – entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, referência e contra-referência;
- **Participação popular** – democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;
- **Descentralização político-administrativa** – com direção única em cada esfera de governo, consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o

município gestor administrativo e financeiro do SUS, através da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

A Lei n.º 8080/90 estabelecem os objetivos e as atribuições do SUS da seguinte forma:

- Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- Formulação de política destinada a promoção da saúde;
- Assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- Execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, visando à saúde do trabalhador.
- Participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- Participar na ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- Desenvolver atividade de vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- Participar de ações direcionadas para a proteção do meio ambiente;
- Formular políticas de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- Fazer o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- Realizar a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- Participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- Incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico em sua área;
- Formular e executar políticas de sangue e seus derivados.

A implantação do SUS tem ocorrido de maneira disforme em todos os estados e municípios brasileiros em função da existência de desequilíbrios sociais e econômicos nas diferentes regiões do país e pela abrangência dos objetivos propostos. Para que ocorra de maneira uniforme é indispensável ter uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de profissional qualificado e uma verdadeira política a nível Federal, Estadual e Municipal para tornar o sistema exequível.

O SUS é destinado a todos os cidadãos, sendo, portanto, segundo a Lei 8.080/90, financiado com recursos do Orçamento da Seguridade social, que são arrecadados através de

impostos e contribuições sociais pagos pela população, ou seja, são recursos provenientes dos governos Federal, Estaduais e Municipais.

Ainda de acordo com a referida lei, em seu artigo 35 que trata do estabelecimento de valores a serem transferidos para os estados e municípios, onde será utilizada de alguns critérios, tais como: perfil demográfico; perfil epidemiológico; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. Este artigo foi drasticamente modificado com a edição das NOBs⁴⁴ que regulamentaram a aplicação desta lei.

A municipalização da saúde é uma das etapas cruciais para a efetiva implementação do SUS no Brasil, onde o município tem a responsabilidade de administrar os recursos para este fim, promovendo ações na saúde. Portanto, existem três grandes empecilhos à concretização deste processo. Em primeiro lugar aparece a questão financeira, em razão de os gastos com a saúde no país ser incompatível com a necessidade real da população, além da grande variação no destino dos recursos em épocas de crise. Em segundo lugar, diz respeito à capitalização da saúde, existindo enorme expansão dos seguros privados de saúde, que segundo Paim (1994) pode desfigurar os serviços públicos e expandir a mercantilização da saúde. Por último, é relacionada à ambiguidade dos textos legais, ao não deixar visível, em determinados momentos das NOBs, quais são os reais compromissos e responsabilidades destas instituições privadas para a com a população.

No entanto, enquanto estes problemas não forem sanados, o modelo médico-assistencial continuará predominando sobre o país. Para Paim (1994, p. 40) eles “conspiram contra os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde consagrados na Constituição”. Uma das alternativas para reverter o quadro é a participação efetiva da comunidade nos conselhos de saúde, existentes nos estados e municípios.

O sistema de saúde brasileiro, de acordo com o texto constitucional de 1988, deveria ser regulamentado pela chamada Lei Orgânica da Saúde, foi continuamente deixado em

⁴⁴ Trata da edição de normas operacionais para o funcionamento e operacionalização do SUS de competência do Ministério da Saúde, tendo sido editadas até hoje a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96.

segundo plano durante o início do Governo neoliberal de Fernando Collor⁴⁵, a qual foi promulgada depois de muita negociação do Ministério da Saúde com o movimento de Reforma Sanitária. Ainda diante desse fato, a Lei Orgânica, instrumentalizada nas leis 8080 e 8142, foi editada com várias restrições. Mesmo depois de sua aprovação, vários empecilhos dificultaram a sua implantação, tais como as claras e constantes resistências do próprio Ministério da Saúde aos processos de descentralização e repasse automático de recursos para os estados e municípios. Mesmo assim, manteve-se a prática dos convênios e outros expedientes centralizadores, que facilitavam o continuísmo do exercício do clientelismo e da corrupção.

A Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990 operacionaliza as disposições constitucionais. Para ela, o SUS deveria em seus três níveis de governo, além de outras, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. No que diz respeito à distribuição de competência entre as três esferas de governo, a LOS determinou tanto as atribuições comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, quanto às atribuições específicas para cada uma delas. O quadro 3 fornece um comparativo de repartição de competências, de acordo com os artigos 16, 17, 18 e 19 da Lei 8080/90.

Para Oliveira JR (1998), apesar de ser constitucionalmente democrático, o SUS já com receio por parte da população, por temer o mesmo caminho do fraudulento INAMPS. No entanto, o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas – NOB – que são instrumentos normativos. Assim, o que realmente iria impedir o SUS de funcionar seria a NOB-SUS 01/91⁴⁶, editada pelo presidente do INAMPS, restringindo a criação deste, prevendo que os recursos financeiros deveriam ser transferidos automaticamente da União para os estados e municípios, seguindo a critérios populacionais – 50% –, o perfil epidemiológico e demográfico – 50% –, a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, entre outros.

⁴⁵ No período de 1991 a 1994, com a eleição do Fernando Collor de Mello é implementada com toda a força uma política neoliberal-privatizante, com um discurso de *reduzir o estado ao mínimo*. Embora no discurso as limitações dos gastos públicos devessem ser efetivadas com a privatização de empresas estatais, na prática a redução de gastos atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde.

⁴⁶ No plano executivo, ocorreram atos normativos e administrativos que têm relações e implicações com a implantação e operacionalização da política de saúde, particularmente quanto ao seu eixo de descentralização/municipalização. Em 1990, o Ministério da Saúde, incumbiu o INAMPS, por meio da Portaria GM 1.481, de 31/12/90, de implantar a nova política de financiamento do SUS para 1991, surgindo, assim, a Norma Operacional Básica/SUS Nº 1, NOB SUS 01/91, aprovada e instituída pela Resolução INAMPS Nº. 258, de 07/01/91.

Quadro 3 - Sistema Único de Saúde: Repartição de Competências entre a União, os Estados, os Distrito Federal e os Municípios de acordo com os artigos 16, 17, 18 e 19 da Lei 8080/90.

MATÉRIA	UNIÃO	ESTADO	MUNICÍPIO
Alimentação e Nutrição	Formula, avalia e apoia políticas	Coordena e, em caráter complementar, executa	Executa serviços
Avaliação técnica e financeira	Coordena, com a cooperação dos Estados e Municípios	Coopera com a União	Coopera com a União
Condições e ambiente de trabalho	Participa na formulação e implementação	Participa nas ações de controle e avaliação	Participa da execução, do controle e da avaliação
Consórcio Intermunicipal	-	-	Pode formar
Contrato de Convênios com entidades privadas (participação complementar)	-	Celebra, em caráter complementar	Celebra, em caráter principal, observado o art. 26
Controle e avaliação	Acompanha, controla e avalia as ações, respeitada às competências dos Estados e Municípios	Estabelece normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação. Acompanha, controla e avalia as redes hierarquizadas	Controla e avalia os serviços de saúde
Controle de qualidade sanitária dos produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano	Estabelece critérios, parâmetros e métodos para o controle	Formula normas, estabelece padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle e exerce o poder de polícia sanitária	Controla e avalia os serviços de saúde
Descentralização dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal	Promove a descentralização para os Estados e Municípios, conforme a abrangência	Formula normas, estabelece padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle e exerce o poder de polícia sanitária	Controla e avalia os serviços de saúde
Indicadores de natalidade e mortalidade	Organiza o sistema nacional de informação em saúde	Articula-se com a União e os Municípios, acompanha, avalia e divulga no seu âmbito administrativo	Articula-se com o Estado e a União
Meio ambiente: Agressões e agravos que tenham repercussão na saúde humana	Participa na formulação e implementação das políticas de controle das agressões e participa da definição e mecanismos de controle de agravo com os órgãos afins	Participa, com os órgãos afins, do controle	Colabora na fiscalização e atua, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las
Órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional; entidades representativas de formação de recursos humanos na área da saúde	Promove a articulação em âmbito nacional	Integra a articulação	Integra a articulação
Órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional; entidades representativas de formação de recursos humanos na área da saúde	Promove a articulação em âmbito nacional	Integra a articulação	Integra a articulação

Quadro 3 (continuação) - SUS: Repartição de Competências entre a União, os Estados, os Distrito Federal e os Municípios de acordo com os artigos 16, 17, 18 e 19 da Lei 8080/90.

MATÉRIA	UNIÃO	ESTADO	MUNICÍPIO
Planejamento estratégico nacional	Elabora em cooperação com os Estados e Municípios	Coopera tecnicamente com a União	Coopera com a União
Procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde	Controla e fiscaliza: poder de polícia	Exerce, também, o poder de polícia	Exerce, também, o poder de polícia
Produção de insumos e equipamentos para a saúde	Formula, avalia, elabora normas e participa na execução da política nacional, em articulação com os demais órgãos do governo	Formula, executa, acompanha e avalia a política, em caráter suplementar	Dá execução, em âmbito municipal, à política
Relação entre o SUS e os serviços privados contratados e conveniados de assistência à saúde	Elabora normas para regular as relações	Complementa as normas reguladoras	Na ausência de normas nacionais e estaduais, suplementa para atender ao interesse local
Remuneração dos serviços privados de saúde	Estabelece os critérios e valores para a remuneração e os parâmetros de cobertura assistencial	Complementa os critérios, valores e parâmetros	Complementa os critérios, valores e parâmetros no estrito interesse local
Saneamento básico	Participa na formulação e na implementação de políticas	Participa na formulação da política e da execução de ações de saneamento básico	Executa serviços de saneamento básico
Saúde do trabalhador	Coordena a política	Coordena e, em caráter complementar, executa ações	Executa serviços
Serviços estaduais e municipais de referência nacional	Identifica e estabelece padrões técnicos de assistência a saúde	Identifica e gera os serviços de referência estadual e regional	Controla e fiscaliza os procedimentos
Serviços privados de saúde	Elabora normas para regular o serviço	Estabelece normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação	Controla e fiscaliza os procedimentos
Sistema nacional de auditoria	Estabelece o sistema	-	-
Sistema nacional de sangue, componentes e derivados	Normatiza e coordena nacionalmente	Coordena a rede estadual de hemocentros	Gera hemocentros
Sistema de rede de assistência de alta complexidade	Define e coordena	Identifica o estabelecimento de referência e gera sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional	Executa serviços
Sistema de rede de laboratórios de saúde pública e hemocentros	Define e coordena	Coordena a rede estadual e gera unidades que permaneçam em sua organização administrativa	Gera laboratórios
Sistema de vigilância epidemiológica	Define e coordena; participa da execução em circunstâncias especiais	Coordena e, em caráter suplementar, executa ações e serviços	Executa serviços
Sistema de vigilância sanitária	Define e coordena e, em circunstâncias especiais, executa	Coordena e, em caráter suplementar, executa ações e serviços	Executa serviços
Vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras	Estabelece normas e executa à vigilância	Colabora com a União na execução da vigilância	Colabora com a União e com o Estado na execução da vigilância

Fonte: BRASIL, Lei 8.090/1990. Adaptação: O autor, 2013.

Diante disso, o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080/90, redefiniu toda a lógica de funcionamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, criando um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece em prática até hoje, em grande parte do Brasil. Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos realizados, independentemente da qualidade e dos resultados obtidos.

Outras NOBs foram editadas e o processo de descentralização começou a tomar vulto, além de aumentar significativamente a participação popular nos Conselhos de Saúde. Estas regulamentações jurídicas e reformulações institucionais são, evidentemente, reflexos e instrumentos de decisões políticas maiores, das relações de poder no aparelho estatal e na sociedade. De qualquer modo, todo este processo, com seus avanços e recuos, acordos e conflitos, foi mudando a realidade política e institucional do SUS, particularmente com a ampliação e articulação das Secretarias Municipais de Saúde e a revisão dos papéis e poderes das Secretarias Estaduais de Saúde e do próprio Ministério da Saúde.

Em fevereiro de 1992, foi editada a NOB-SUS 01/92, como resultado de consenso entre o Ministério da Saúde, o CONASS e Conasems, representando na realidade o "acordo possível" naquele momento. Tinha como objetivos: normatizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e fornecer instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.

Os pontos mais importantes da NOB 01/92 foram: planejamento; financiamento da assistência à saúde no SUS; estímulo à “municipalização” do SUS e às ações de saúde coletiva; investimentos na Rede; sistemas de informação; controle e avaliação; processo de municipalização para repasse de recursos e produtividade e qualidade.

A NOB 01/92 criou o Índice de Valorização de Qualidade – IVQ – a ser concedido e repassado aos hospitais integrantes da rede do SUS – públicos, contratados e conveniados. Instituiu ainda, o Fator de Estímulo à Gestão Estadual – Fege –, no sentido de definir e reajustar os valores a serem transferidos todo mês, de maneira regular e automática, aos estados habilitados para a reposição e modernização dos equipamentos da rede pública estadual e municipal. Ainda por meio dessa NOB, foi criado o Pró-Saúde, caracterizado como

um programa que tinha como principal objetivo a reorganização dos serviços de saúde com a participação das três esferas de governo.

Em 1993, numa tentativa de buscar um caminho de transição entre o obsoleto sistema implementado pela NOB 01/91 e NOB 01/92 e o que era preconizado na Constituição Federal e nas Leis que regulamentaram o SUS, foi editada a NOB-SUS 01/93⁴⁷. Esta estabeleceu critérios e categorias diferenciadas no modelo de gestão para a habilitação dos municípios em três condições de gestão: incipiente, parcial e simplena; e para os estados, duas: parcial e simplena, com critérios também diferenciados no modo de transferência dos recursos financeiros. Para a coordenação, gerenciamento e controle deste processo, foram criadas as Comissões Intergestoras Bipartite – CIB – e Tripartite – CIT –, como foros permanentes de negociação e deliberações.

As principais contribuições da NOB-SUS 01/93 foram: criou a transferência regular e automática – fundo a fundo – do teto global da assistência para municípios em gestão simplena; descentralizou a gestão das ações e serviços de saúde para os municípios, possibilitando a habilitação para o recebimento de recursos fundo a fundo; definiu o papel dos estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passaram a assumir o papel de gestores do sistema estadual de saúde; criou as Comissões Intergestoras Bipartite – de âmbito estadual – e referendou a Comissão Técnica criada em 1991, denominando-a de Comissão Intergestoras Tripartite – de âmbito nacional –, como importante espaço de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores – União, Estados e Municípios.

Uma das principais inovações implantadas em relação à política pública de saúde vigente no período 1990/1992, no que diz respeito ao financiamento da assistência médica ambulatorial e hospitalar, foi a habilitação imediata de municípios na condição de gestão simplena, rompendo a relação financeira do Governo Federal com estados e municípios caracterizada pelo pagamento de serviços prestados, substituindo-a pelo repasse fundo a fundo de recursos.

⁴⁷ A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB-SUS 01/93) foi editada pela Portaria GM/MS n. 545, de 20 de maio de 1993. Como estratégia, foi o referencial do processo de implantação do SUS desde aquele momento, tendo procurado sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e serviços, num esquema de transição, com diferentes níveis de responsabilidades para os estados e municípios e, por relação, do próprio Governo Federal. Neste sentido, houve alteração no quadro encontrado de 1992 até dezembro de 1994, tendo como eixo central o processo de formulação e implantação da NOB SUS 01/93, expressão prática de decisão política da "Ousadia de Cumprir a Lei", ou seja, a Constituição e as Leis do SUS.

Em razão da instituição do SUS e da centralização do sistema de saúde no Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se arcaico e extingue-se em 1993, através da Lei 8.689 de 27 de julho.

O bom resultado das transformações promovidas pela NOB-SUS 01/93 desencadeou um grande debate no setor saúde, levando à construção de uma nova NOB que configurasse um grande salto de qualidade dos serviços e ações desenvolvidas pelo SUS em todo o país. Assim, dada a complexidade do processo, a necessidade de seu aprimoramento e o momento político de novas gestões Federal e Estaduais, começou a ser estudada e formulada a NOB-SUS 01/96⁴⁸, que avançou o processo de municipalização do setor saúde, não obstante as dificuldades referentes ao financiamento do SUS.

Para que as barreiras da descentralização fossem superadas, a NOB 01/96 surgiu para mudar as formas de repasse das verbas, além de incentivar novos modelos de atendimento à saúde, a melhoria de qualidade e a mensuração das ações desenvolvidas, o que substituiu a avaliação quantitativa arcaica de procedimentos de saúde. Ela criou a gestão plena, onde os municípios assumem, além da assistência, ações da Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

A NOB-SUS 01/96 representou um avanço no processo de descentralização, estabelecendo novas categorias de gestão para os municípios e estados, determinando responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de estados e municípios.

Os objetivos principais da NOB 01/96 foram: promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, Distrito Federal e União; caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde; reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde; aumentar a participação percentual da transferência regular e automática dos recursos federais a estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos; fortalecer a gestão do SUS,

⁴⁸ A NOB-SUS 01/96, publicada no Diário Oficial da União, através da Portaria GM/MS, de 06/11/96, permite o estabelecimento do princípio constitucional do comando único em cada nível de governo, descentralizando os instrumentos gerenciais necessários por meio das formas de gestão propostas; caracteriza as responsabilidades sanitárias de cada gestor, definindo como principal operador da rede de serviços do SUS o Sistema Municipal de Saúde, permitindo aos usuários ter visibilidade dos responsáveis pelas políticas públicas que determinam o seu estado de saúde e condições de vida.

compartilhada e pactuada entre os governos municipais, estaduais e federal, por meio das CIB e CIT como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores.

Dentre as principais alterações introduzidas na NOB-SUS 01/96, destacam-se: a modificação do conceito original do PAB. Deixou de ser Piso Assistencial Básico e passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, ampliando sua abrangência; a Portaria/GM n. 1.882/97 definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB; o valor nacional da parte fixa do PAB foi definido em R\$ 10 *per capita*/ano a ser transferido fundo a fundo de forma regular e automática aos municípios habilitados na NOB-SUS 01/96; foi criado o “valor máximo” da parte fixa do PAB, estipulado em R\$ 18 por habitante/ano, na reunião da CIT de 27 de janeiro de 1998; foi criada a parte variável do PAB, que correspondia a incentivos destinados às ações e programas tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, Programa de Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Assistência Farmacêutica Básica, Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental; como Incentivo às Ações de Vigilância Sanitária, foi definido um valor R\$ 0,25 por habitante/ ano para complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB; foi definida uma nova tabela do SIA/SUS.

Em 1998 a partir das primeiras reuniões da CIT, centenas de municípios foram habilitados na gestão plena básica e o PAB começou a ser transferido fundo a fundo aos municípios.

Uma dificuldade que ainda precisa ser vencida é a definição prática que cada esfera tem. A real função da União não é tutelar as verbas, mas sim avaliar os resultados das ações de saúde e sua qualidade. Nos municípios de gestão semiplena sua função é atuar como gestores da assistência à saúde e não como meros prestadores de serviços. Contudo, Oliveira Jr. (1998) considera que, apesar dos problemas, as mudanças começaram a ocorrer no SUS em 1993, sendo normal este período de adaptação a mudanças.

A implementação da NOB-SUS 01/96 entre os anos de 1998 e 2000, foi um período marcado por uma série de avanços fundamentais no processo de descentralização do SUS. Entretanto, também foram detectados vários problemas nesse período, dentre os quais, àqueles relativos à definição das responsabilidades, do planejamento e organização do sistema e à resolução e acesso a serviços. No sentido de buscar soluções para esses problemas, foi

promovido um grande debate entre os gestores, que acabou resultando na publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 – NOAS-SUS 01/01⁴⁹.

O leque de medidas estratégicas apresentadas na NOAS-SUS 01/2001 vinculou-se em torno da conjectura de que, naquele momento da implantação do SUS, o aumento das responsabilidades dos municípios na oferta de serviços de atenção básica, a regionalização e organização funcional do sistema eram elementos cruciais para o desenvolvimento do processo.

O objetivo central da NOAS-SUS 01/2001 era promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Para isso, ela estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; instituiu o Plano Diretor de Regionalização – PDR – como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal; definiu que cabe às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, com aprovação da CIB e pelo Conselho Estadual de Saúde.

Sobre a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, a NOAS-SUS 01/2001 instaurou a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, definindo algumas áreas estratégicas de atuação mínimas para a habilitação nesta condição. Para o financiamento dos procedimentos da atenção básica ampliada, foi instituído o PAB-Ampliado, fixando na época o valor de R\$ 10,50 habitante/ano.

Na parte que trata do Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS, é definido que as Unidades Federativas deveriam encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada – PPI – cabendo às secretarias estaduais a sua coordenação no âmbito estadual. A PPI aprovada pela CIB devia orientar a destinação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros concisos para todos os municípios do estado. Esse limite financeiro era composto por duas partes: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

⁴⁹ Instituída pela Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001. A publicação da NOAS-SUS 01/2001 foi o resultado de um longo processo de negociação que envolveu o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A partir da publicação da NOAS-SUS 01/2001, os municípios puderam habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde. Os estados puderam habilitar-se em duas condições: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena de Sistema Estadual.

Assim, a NOAS-SUS 01/2001 ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definiu o processo de regionalização da assistência, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizou os critérios de habilitação de estados e municípios.

A NOAS-SUS 01/02⁵⁰ foi fruto dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da CIT realizada em 22 de novembro de 2001, onde foi acordado entre CONASS e Conasems, um conjunto de propostas que diz respeito ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidades e fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, principalmente sobre a explicitação e aos mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população que não reside nos municípios que são referências, mas que buscam os serviços de saúde ofertados por eles, como é o caso de Londrina.

O objetivo da NOAS-SUS 01/2002 era promover maior isonomia na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção, por meio de três grupos de estratégias associadas: regionalização e organização da assistência; fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; revisão de critérios de habilitação estados e municípios.

Com essa Norma, a descentralização passa a ser associada à regionalização da assistência, que requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e a pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação de cada estado, através da programação pactuada e integrada. Ademais, faz-se preciso o aumento da capacidade gestora do estado e dos municípios para exercerem as funções de regulação, controle e avaliação do sistema, em um novo panorama.

Alguns pontos da NOAS-SUS 01/2002 que merecem destaque são: o processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização – PDR – e da Programação Pactuada e Integrada – PPI –, com a participação dos municípios e sob a coordenação do gestor estadual; a ampliação da atenção básica através do aumento do componente de financiamento federal; a

⁵⁰ Foi instituída pela Portaria GM/MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002.

criação do PAB–A; a qualificação das regiões/microrregiões; a política para a alta complexidade.

Após muitos debates ocorridos em 2003 entre representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e Conasems e diferentes órgãos e representantes de movimentos sociais no sentido de que o SUS precisava de uma nova norma capaz de abranger a grande diversidade regional existente no país considerando os seus princípios. Assim, dentre as principais prioridades abordadas, pode-se citar:

o compromisso com o SUS e seus princípios, o fortalecimento da atenção primária, a valorização da saúde e a necessária articulação intersetorial, o fortalecimento do papel dos estados e a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 e por mais recursos financeiros para a área da saúde (BRASIL, 2011, p. 62).

As discussões seguiram nos anos de 2004 e 2005 em diversas reuniões dos grupos de trabalho. Entretanto, seus frutos começaram a aparecer em 2006, através da Portaria GM/ 399, de 22/02/06 e 699, de 30/03/06, que tratam do Pacto pela Saúde. Nesse pacto, foram estabelecidas três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão.

O Pacto em Defesa do SUS tem o compromisso de refazer a política do SUS, no sentido de fazer ações sólidas e articuladas pelas três instâncias da federação visando reforçar o SUS como uma política de Estado e não apenas uma política de governos. As prioridades do Pacto em Defesa do SUS e seus objetivos são: colocar em prática um projeto permanente de mobilização social e elaborar e divulgar uma carta dos direitos dos usuários do SUS.

O Pacto pela Vida foi uma transformação severa na maneira de pactuação do SUS vigente até hoje. O estabelecimento desse Pacto representa duas mudanças importantes na reforma do SUS. Se por um lado, ele substitui pactos casuais por acordos anuais obrigatórios, por outro, altera o foco, de mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas para resultados sanitários. É formado por um conjunto de compromissos sanitários, explícito em objetivos e metas, frutos da análise da condição de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos Federal, Estaduais e Municipais.

O Pacto de Gestão está de acordo com os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei n. 8.080/90. Institui as responsabilidades solidárias dos gestores visando à redução das competências concorrentes, contribuindo, dessa forma, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. O Pacto progride na

regionalização e descentralização do SUS, através da proposição de algumas diretrizes, permitindo uma diversidade operativa respeitando as singularidades e adversidades regionais. Propõe ainda, a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos e reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Em síntese, pode-se dizer que, no encaminhamento do processo de implantação do SUS, em termos de concretizar ou pôr em prática os seus princípios e diretrizes, o da descentralização das ações e serviços de saúde foi o que teve maior presença e avanço. A ideia, portanto, da descentralização/municipalização da saúde parece ter um potencial significativo, no sentido de que o município pode assumir e atuar como base da Federação, com maior agilidade para provocar as devidas transformações, principalmente na área das políticas sociais, particularmente na saúde, enquanto política pública. Isso significa uma progressiva e permanente articulação e integração com os níveis Estadual e Federal, nos seus respectivos e competentes papéis constitucionais e das legislações complementares.

Mesmo diante das NOBs, das NOAS e dos Pactos pela Saúde, o setor de saúde enfrentou e ainda enfrenta algumas crises na oferta de serviços. Essas crises se iniciaram com as políticas neoliberais-privatizantes implementadas pelo Governo Fernando Collor de Mello, na qual se reduzia os gastos públicos com a privatização de empresas estatais. Essa redução atingiu todos os setores, inclusive o de saúde.

Diante desse cenário, o Ministro da Saúde na tentativa de buscar uma nova fonte de recursos para repassar exclusivamente ao setor de saúde, propôs a criação da Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira – CPMF – que foi implantado a partir de 1997. Cabe destacar que, o imposto foi criado para vigorar aproximadamente por dois anos e todos os recursos obtidos seriam aplicados apenas na área de saúde⁵¹. Entretanto, o imposto durou dez anos, e o que se viu foi à continuidade da utilização de parte dos recursos para outros fins que não a saúde conforme proposto na lei.

⁵¹ Vale mencionar que no final de 1996, antes mesmo da CPMF entrar em vigor, o ministro da saúde sentiu que os seus esforços para aumentar a captação de recursos para a saúde tinham sido em vão, visto que o setor econômico do governo deduziu dos recursos do orçamento da união destinados para a saúde os valores previstos com a arrecadação da CPMF, o que acabou ocasionando o seu pedido de demissão do cargo neste mesmo ano. Desde que começou a vigorar a CPMF, foram frequentes as denúncias de desvios, por parte do governo, na utilização dos recursos arrecadados para cobrir outros déficits do tesouro.

Assim, a crise por falta de recursos para financiar o SUS acabou agravando a operacionalização do sistema, notadamente no que se refere ao atendimento hospitalar, como podemos ver nas palavras de Polignano (2001, p. 28):

A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, de todo o país tomam a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva (...) o que implica numa diminuição de leitos disponíveis para o SUS.

Diante do contexto político e econômico da época, os hospitais universitários, importantes para a população por prestar serviços de excelência pelo SUS em diferentes áreas da saúde, também são afetados pela crise. Crise esta, que fez em 1997 com que muitos HUs fossem “forçados” a diminuir o número de atendimento, persuadidos pelo próprio governo à privatização, como alternativa para resolver a crise⁵² financeira do sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, muitos deles foram sucateados e as referências foram sendo transferidas para os hospitais privados, com acesso restrito.

Pode-se acrescentar ainda, outras causas que contribuíram para a crise dos Hospitais Universitários no Brasil, como por exemplo, as constantes e irracionais mudanças dos critérios de financiamento, sobretudo com a manutenção de um "teto" do faturamento SUS, que acaba gerando um convite à ociosidade. Além é claro, de a tabela SUS não pagar o custo dos procedimentos, ainda estabelece-se um limite de atendimentos que impede os hospitais universitários de usar e ampliar sua capacidade instalada.

Os hospitais universitários precisam voltar a ser referência da saúde no país, não só para cumprirem a sua função assistencial de atender os usuários do SUS, que têm neles a única possibilidade de assistência de maior complexidade, como também para manter o nível de ensino e pesquisa, essenciais para a qualidade e o desenvolvimento dos profissionais de saúde no país.

Entre os problemas dos hospitais ligados às universidades estaduais está o grande aumento da demanda pelos serviços desses hospitais não ter sido acompanhado por uma reelaboração de seu modelo de financiamento.

No estado do Paraná, os três HUs existentes, contava em março de 2013 com capacidade total para 645 leitos. Entretanto, têm funcionado de maneira precária em função da

⁵² Um dos motivos a crise foi o baixo valor pago pelos serviços prestados aos hospitais conveniados ao SUS e a demora na liberação desses recursos.

falta de recursos humanos, financeiros e físicos. Entre os principais problemas enfrentados pelos HUs de Londrina, Maringá e Cascavel, pode-se citar a ausência de leitos de UTI, salas de cirurgias fechadas, leitos desativados, superlotação de enfermarias e de prontos-socorros – PS –, recurso orçamentário deficitário e falta de pessoal. A situação enfrentada pelo Hospital de Clínicas – HC – da Universidade Federal do Paraná – UFPR – é muito parecida com a dos HUs estaduais, onde 150 dos 550 leitos – 27% – estavam desativados nesse mesmo período por falta de funcionários, inviabilizando o atendimento de pacientes.

Em razão da falta de leitos, pessoal e equipamentos especializados, o Hospital Universitário de Maringá – HUM – chegou a cogitar o fechamento provisório ou mesmo restringir o número de atendimentos no final de 2011 em função do término do contrato temporário de cerca de 141 servidores, inviabilizando o pleno andamento do hospital. Os problemas frequentes terminaram, em agosto de 2012, culminando a mudança do gestor hospitalar. Nesse mesmo ano, o HUM anunciou que o prédio seria ampliado, passando dos atuais 9,7 mil m² para 27,8 mil m², o que deve dobrar a sua capacidade de leitos. Contudo, a conclusão da obra está prevista somente para o ano de 2020.

Complicada há alguns anos, a situação do HUM deve melhorar com as obras de ampliação, que dobrarão a capacidade de atendimento, conforme dito anteriormente. A atual gestora do hospital, relata que seis edificações que integram a obra começaram a ser construídas em 2012. “Neste espaço serão implantados 30 leitos semi-intensivos, de enfermaria e clínica cirúrgica. Além do bloco administrativo, que está instalado em uma área provisória há 20 anos”. Segundo a gestora, as obras⁵³ estão sendo realizadas com recursos do governo estadual e através de convênios com os ministérios da Saúde e Educação.

O HU de Londrina ficou mais de um ano com um déficit diário de no mínimo treze leitos de UTI, embora conta com uma ala nova com dez leitos, que estava fechada em função de problemas com a contratação de setenta funcionários, que são de responsabilidade da superintendência do Hospital em consonância com a SETI – Secretaria Estadual de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

A superlotação também é um problema diário no HU de Londrina, pois o hospital centraliza o atendimento de milhares de pessoas da 17ª Regional de Saúde, além de outras regionais do Estado e até de pessoas de outros Estados do Brasil. Em fevereiro de 2013, o PS

⁵³ Parte dessa obra encontrava-se em novembro de 2013 paralisada em função da falta de verba repassada pelo governo estadual.

obstétrico chegou a fechar por causa da superlotação da maternidade, chegando a 25 leitos neonatal com a capacidade instalada de 17 leitos.

Segundo a gestora hospitalar há dificuldades orçamentárias e de contratação de recursos humanos eminentes por falta de recursos públicos o que gera o contrato temporário de funcionários, culminando em dificuldades jurídicas e administrativas na gestão hospitalar.

CAPÍTULO 4

**O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
E SUA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ESPACIAL**

4 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA E SUA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ESPACIAL

Este capítulo dedicou-se à identificação e análise da área de influência do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina e a leitura de sua rede de serviços ao SUS. Para isso foi realizada a caracterização da rede dos serviços de saúde dos municípios de sua área de abrangência da 17ª Regional de Saúde, tendo sido avaliados o acesso, os fluxos, usos e motivos da procura por assistência.

4.1- A REDE PÚBLICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA 17ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

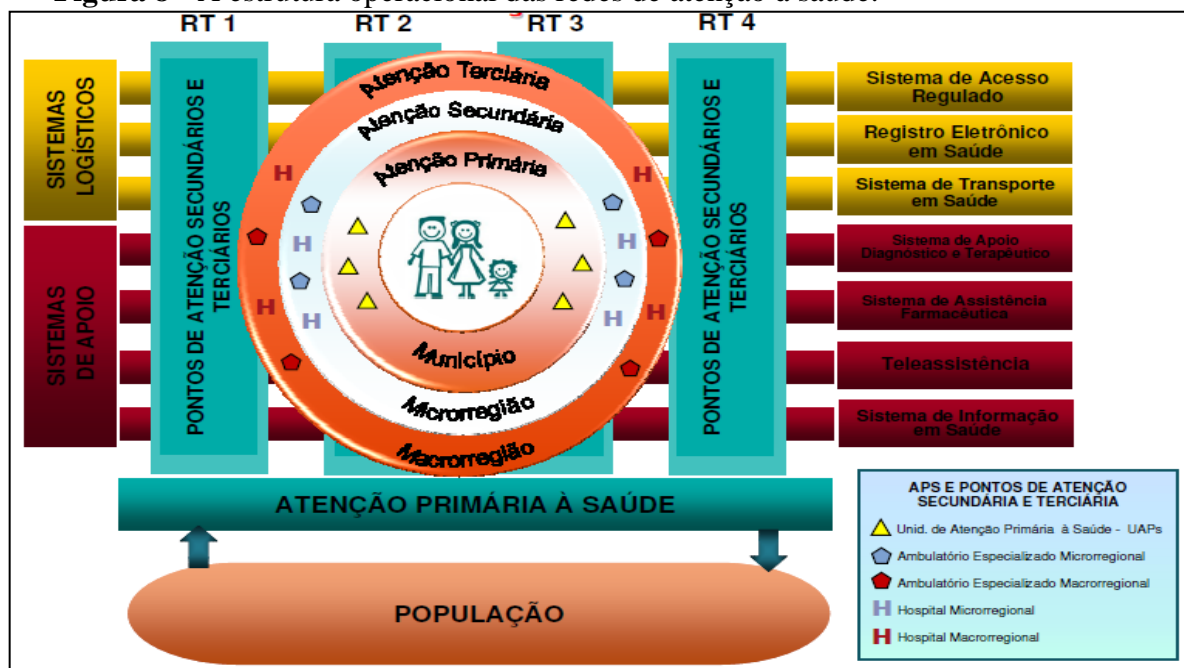
A rede de saúde pública do Estado do Paraná está organizada por centros de atendimento de baixa, média e alta complexidade. Essa organização reflete a regionalização realizada pelo SUS visando uma melhor distribuição e hierarquização dos serviços.

No Paraná a organização dos fluxos dos usuários tem especial significado nas áreas de assistência de alta complexidade de urgência e emergência. Na medida em que esses serviços não estão disponíveis em todos os municípios – devido à pactuação do SUS – ou mesmo regiões do Estado, a estruturação das redes de atenção à saúde, a definição tanto nos níveis crescentes de complexidade assistencial quanto a definição de fluxos de referência e contra-referência de pacientes, apresenta expressiva importância na organização da assistência a ser prestada e, especialmente, na garantia do acesso do cidadão aos serviços, independentemente do local de sua procedência.

As redes de atenção à saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que quando integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Figura 8).

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010, p. 2300).

Figura 8 - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes, 2010.

A partir dessa estrutura operacional, surgem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde que

(...) apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2010, p. 2300).

As redes de atenção à saúde melhoram os resultados sanitários nas condições crônicas, diminuem as referências a especialistas e a hospitais, aumentam a eficiência dos sistemas de atenção à saúde, produzem serviços mais efetivos e aumentam a satisfação das pessoas usuárias.

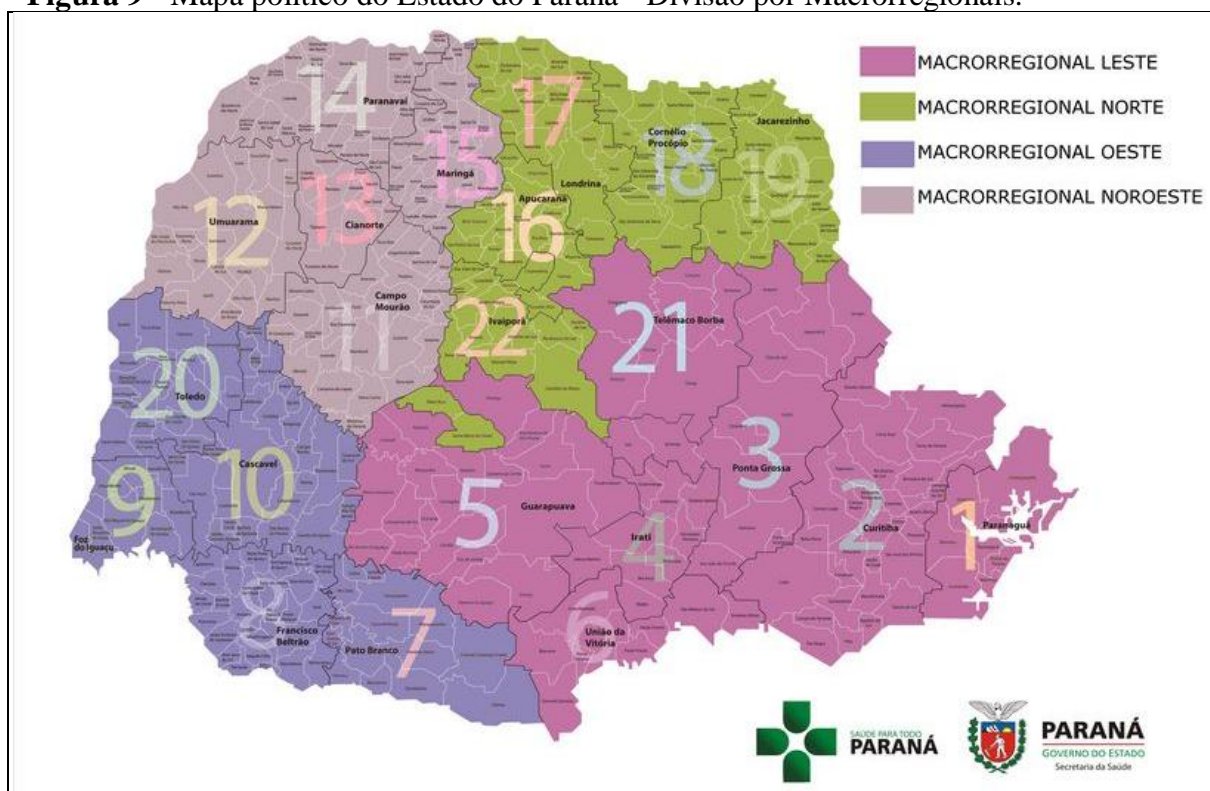
As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde possui uma estrutura mais adequada para a efetivação da integralidade da atenção com redução dos custos dos serviços por ter uma maior racionalidade sistêmica nos recursos utilizados.

Sobre a otimização dos recursos, as redes de atenção em saúde têm sido consideradas um grande fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamentos da oferta assistencial disponível. Em sistemas com essa organização, os recursos podem ser mais bem aproveitados desde que sejam melhorados os mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços, e de obtenção de economias de escala e escopo na composição e organização deles (SILVA, 2011).

A implantação de redes de atenção de atendimento permitiu uma melhor organização da assistência, articulando os serviços, definindo fluxos e referências hierarquizadas e resolutivas, sendo elemento indispensável na promoção da universalidade de acesso, na equidade na alocação de recursos e na integralidade da atenção prestada.

Em 2013 essa rede regionalizada e hierarquizada para a assistência ambulatorial especializada contava com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, totalizando 20 em todo o Estado. Apenas as Regiões do Litoral, Metropolitana de Curitiba e Telêmaco Borba, não se organizaram com o modelo de consórcio intermunicipal de saúde. A assistência hospitalar no Estado apresentava 513 hospitais com 27.988 leitos, dos quais 19.963 – 71,3% – são credenciados pelo SUS. O estado conta com 22 instâncias administrativas denominadas regionais de saúde agrupadas em 4 Macrorregionais de Saúde (Figura 9).

Figura 9 - Mapa político do Estado do Paraná - Divisão por Macrorregionais.



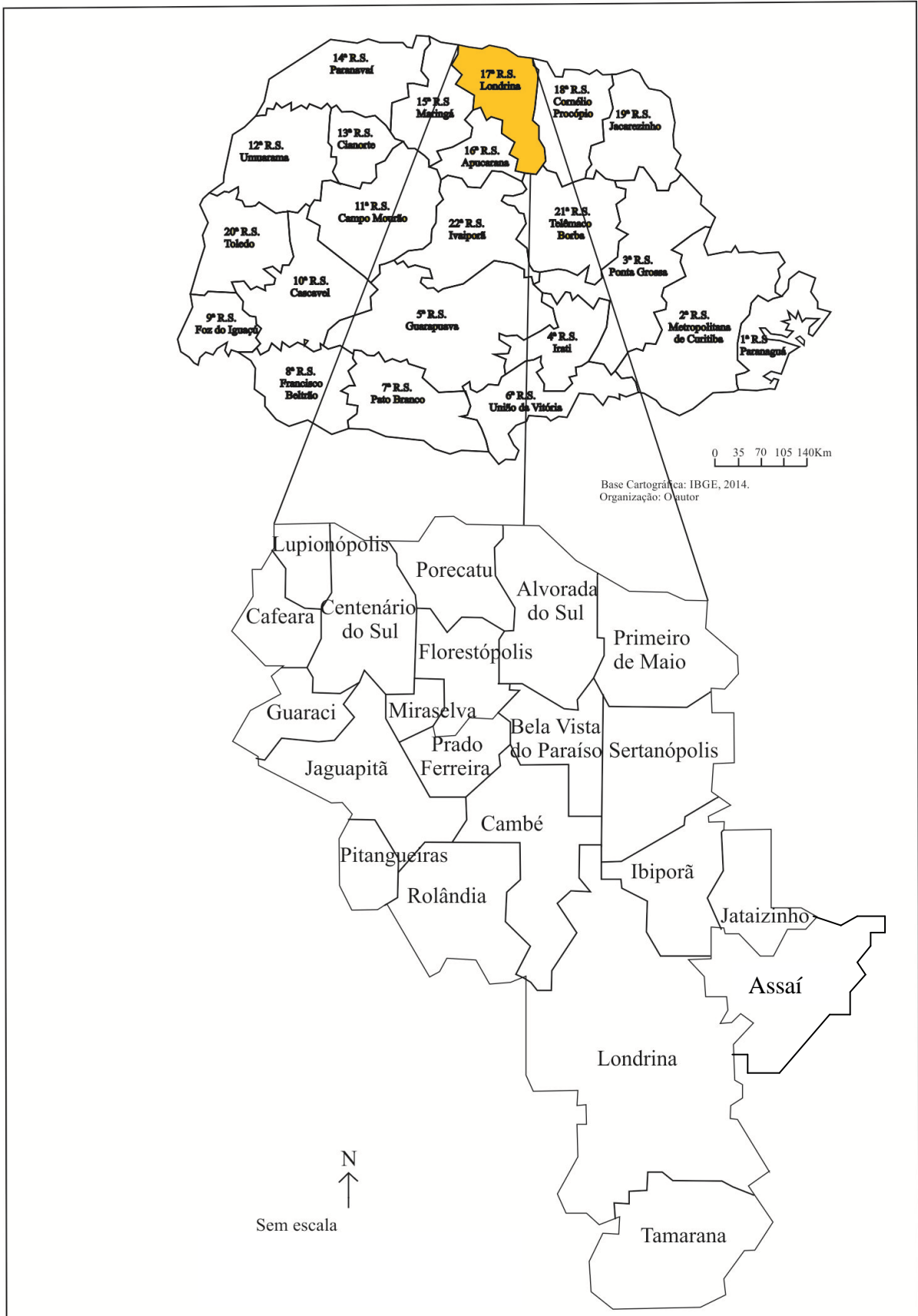
Fonte: <http://www.saude.pr.gov.br>. Acesso em 21 de Setembro de 2014.

De acordo com o Decreto 9.921/2014 que dispõe sobre o regulamento da Secretaria de Estado da Saúde em sua Seção I, sobre a Regional de Saúde em seu Art 64. diz que compete à Regional de Saúde:

- I.** a coordenação, o acompanhamento e a avaliação da implementação das diretrizes do SUS e suas políticas, em âmbito regional;
- II.** a articulação com os gestores e equipes municipais de saúde, os prestadores de serviços, sociedades científicas e representativas de classe, universidades e outras instituições;
- III.** o apoio técnico aos municípios na gestão da saúde;
- IV.** o desenvolvimento do processo de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS em âmbito regional e o apoio aos municípios;
- V.** a coordenação do processo de construção das redes de atenção à saúde, em âmbito regional, de forma cooperativa com os municípios;
- VI.** a realização de controle, avaliação e auditoria de processos relacionados a gestão e atenção à saúde, incluindo a assistência farmacêutica em seu âmbito de atuação;
- VII.** o apoio aos municípios na qualificação da atenção primária em saúde;
- VIII.** o recebimento, o armazenamento, e a distribuição de medicamentos e insumos estratégicos aos municípios de sua área de abrangência;
- IX.** o recebimento, o armazenamento, e a dispensação de medicamentos e insumos aos usuários da Farmácia Regional;
- X.** o desenvolvimento das atividades de assistência farmacêutica sob sua responsabilidade;
- XI.** o desenvolvimento das atividades de vigilância em saúde sob sua responsabilidade;
- XII.** a cooperação técnica com as Superintendências e demais unidades da SESA;
- XIII.** a promoção, o estímulo e o apoio à política estadual de educação permanente em saúde e em processos relativos à mesma no âmbito da Regional de Saúde;
- XIV.** o desenvolvimento das atividades de suporte administrativo-financeiro necessário ao desenvolvimento de ações e serviços da Regional de Saúde;
- XV.** o desenvolvimento de atividades relacionadas à administração de recursos humanos de competência da SESA no âmbito da Regional;

A 17ª Regional de Saúde do Paraná (Figura 10) com sede em Londrina compreende 21 municípios totalizando 871.267 habitantes segundo o Censo do IBGE de 2010, agrupados em 260.278 famílias. A maior parte dessa população se concentra nos municípios de Londrina com 58,15%, Cambé com 11,10%, Rolândia com 6,64% e Iporã com 5,53%. Todos os demais não superam individualmente 2% variando de 1.862 a 16.354 pessoas (Tabela 15).

Figura 10 - Regionais de Saúde do Estado do Paraná e Municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde.



Fonte: PARANÁ, Secretaria de Saúde. Adaptação: O autor

Tabela 15 – Municípios e população da 17ª Regional de Saúde do Paraná, 2010.

Cidades	Número de Famílias	População	% da pop da 17ª
Alvorada do Sul	3.034	10.283	1,18%
Assai	5.018	16.354	1,87%
Bela Vista do Paraíso	4.636	15.075	1,73%
Cafeara	793	2.695	0,30%
Cambé	28.980	96.733	11,10%
Centenário do Sul	3.414	11.190	1,28%
Florestópolis	3.377	11.222	1,28%
Guaraci	1.608	5.227	0,59%
Ibiporã	14.415	48.198	5,53%
Jaguapitã	3.679	12.225	1,40%
Jataizinho	3.411	11.875	1,36%
Londrina	150.797	506.701	58,15%
Lupionópolis	1.418	4.592	0,52%
Miraselva	585	1.862	0,21%
Pitangueiras	831	2.814	0,32%
Porecatu	4.160	14.189	1,62%
Prado Ferreira	1.036	3.434	0,39%
Primeiro de Maio	3.244	10.832	1,24%
Rolândia	17.896	57.862	6,64%
Sertanópolis	4.756	15.638	1,79%
Tamarana	3.190	12.262	1,40%
TOTAL	260.278	871.267	100,00%

Fonte: BRASIL, Censo Demográfico de 2010.

Todo cidadão – independentemente de suas condições financeiras – tem direito à saúde pública, mas para a população desses municípios que não apresentam condições financeiras adequadas para utilizarem os serviços privados de saúde, utilizam-se dos serviços públicos ofertados em seus respectivos municípios. Muitos desses municípios ofertam apenas os serviços de atenção primária, demandando aos usuários o acesso aos outros serviços como os oferecidos pelo HU, estabelecendo determinados fluxos de acesso. Entretanto, verificou-se que os serviços do HU não são utilizados apenas por usuários de Londrina ou dos municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde, mas também de outros estados brasileiros e até de fora do País.

Dos diferentes níveis de atenção assistencial nos municípios avaliados, nota-se uma concentração dos serviços em todos os níveis de complexidade em Londrina perante os demais, o que explica a cidade ser reconhecida como um polo regional na prestação de serviços de saúde, conforme pactuação estabelecida. Por esse motivo sempre há aumento no

fluxo dos pacientes que buscam por serviços públicos, como também o fluxo por serviços privados.

A tabela 16 fornece um panorama geral da rede de saúde pública dos municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde. Observa-se que o principal tipo de serviço disponível na rede de saúde destes municípios – exceto os de Londrina, Cambé e Ibiporã – é de atenção primária⁵⁴, compreendidos pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família-NASF, Unidades de Atenção Primária à Saúde da Família-UAPSF, Postos de Saúde-PS, Unidades Básica de Saúde-UBS e Centros de Saúde-CS. Essas unidades são a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e oferecem assistência integral às necessidades básicas de saúde, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.

Tabela 16 - Unidade de serviços públicos de saúde os municípios da 17ª RS, 2013.

CIDADES	UNIDADES DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE									
	NASF	UAPSF	PS	UBS	CS	POL	UPA	PSG	HOSP	TOTAL
Alvorada do Sul	0	1	2	0	0	0	0	0	1	4
Assai	0	1	3	0	1	0	0	0	0	5
Bela V. do Paraíso	1	0	2	0	2	0	0	0	1	6
Cafeara	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
Cambé	1	2	1	10	1	1	1	0	0	17
Centenário do Sul	0	1	3	0	0	0	1	0	1	6
Florestópolis	1	0	0	1	3	1	0	0	1	7
Guaraci	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
Ibiporã	1	1	1	6	1	0	0	0	0	10
Jaguapitã	0	1	0	2	1	0	0	0	1	5
Jataizinho	0	0	0	0	3	0	0	0	1	4
Londrina	10	75	3	49	0	1	1	2	4	145
Lupionópolis	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3
Miraselva	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
Pitangueiras	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Porecatu	0	0	0	3	1	0	0	0	1	5
Prado Ferreira	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3
Primeiro de Maio	0	0	2	0	1	0	0	0	1	4
Rolândia	1	0	8	0	1	0	0	1	0	11
Sertanópolis	0	0	0	1	2	0	0	0	1	4
Tamarana	0	1	3	1	0	1	0	0	1	7
Total	15	86	29	74	22	4	3	3	17	253

Fonte: MS/CNES/DATASUS.

⁵⁴ É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. Orienta-se, segundo Brasil (2011), pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Existe uma disparidade muito grande entre a quantidade de unidades de saúde e os tipos de serviços oferecidos pelos diferentes municípios, que está relacionado ao tamanho populacional de cada um, estabelecido na rede hierarquizada do sistema de saúde brasileiro através de suas pactuações, representado pelos níveis de complexidade. Pitangueira com 2.814 habitantes possui apenas uma unidade de saúde – centro de saúde –, pois de acordo com a pactuação, vai oferecer APS visto que não tem escala suficiente instalar em seu município os serviços de média e alta complexidade, enquanto em Londrina, com 506.701 habitantes, são 145 unidades distribuídas desde NASF até o hospital de alta complexidade, ou seja, oferece todos os níveis de complexidade. Dos vinte e um municípios, dezesseis apresentam Centro de Saúde e apenas três Prontos Socorro Gerais.

Essa distribuição dos serviços de saúde prevista na pactuação regional, faz com que os usuários busquem os serviços de média e alta complexidade em outros municípios, situação semelhante com as consultas e exames especializados pois não são ofertados nesses municípios. Nesse sentido, muitos pacientes buscam por esse tipo de serviço em Londrina – principalmente no Hospital Universitário – de forma espontânea, transitando com recursos próprios ou encaminhados, assim como para o Ambulatório do Hospital das Clínicas⁵⁵ – AHC/UEL – pelas unidades básicas de saúde nos carros e/ou ambulâncias da própria secretaria e dos municípios, ou através do CISMENPAR.

Nesse contexto percebe-se a contradição com o Artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988 que afirma que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços por sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 33). Isso não é observado em algumas localidades e também para determinadas classes da sociedade. Tudo isso vem comprovar que no Brasil, no que se refere a distribuição dos serviços de saúde, existem desigualdades territoriais entre os estados, municípios e no próprio município.

Para Santos e Silveira (2001) há então “espaços luminosos” e “espaços opacos” nos territórios, e quando se analisa a distribuição relativa aos serviços de saúde, eles estão presentes tanto em escala nacional como municipal. Os espaços “luminosos” acumulam densidades técnicas e informacionais e por isso acabam funcionando como um ímã para os grupos hegemônicos, como empresas farmacêuticas e grupos coletivos em saúde. Esses

⁵⁵ O AHC só atende pacientes que são encaminhados pelas secretarias de saúde.

"espaços" luminosos são aqui representados pelos polos das micro e macro regionais de saúde.

Por outro lado, os espaços opacos concentram a população rural e aquela dos pequenos municípios, que não pode contar com uma infraestrutura como as encontradas nas cidades sedes das regiões metropolitanas. Para essas localidades, como na maioria dos municípios da 17ª RS, encontram-se apenas centros ou unidades de atenção primária à saúde, que na maioria das vezes estão em condições precárias em vários aspectos, como de infraestrutura, de funcionários, de segurança e orçamentos. Os níveis de baixa complexidade – ocasionado pela pactuação da saúde – em razão de possuírem apenas atenção primária à saúde destes municípios se refletem diretamente na procura por assistência ao HU, e se deve levar também em consideração o processo regulador de leitos tanto do próprio HU quanto dos hospitais locais conveniados ao SUS.

Seguindo-se essa linha de pensamento, o território deve ser entendido como “território usado”, pois só com as ações e com os objetos presentes nessas localidades podem ser efetuadas algumas análises, não bastando somente as linhas limítrofes de territórios. Com isso o território usado apresenta sistemas de engenharia, de próteses, que em sua maioria são fabricados para atender aos interesses da classe dominante e setores ligados prestação de serviços médicos privados. Dessa forma, o território é usado como recurso pelos empresários, grupos médicos, cooperativas médicas e profissionais liberais ligados ao setor da medicina privada. É nesse contexto, que encontram-se as demandas e necessidade da população em relação à atenção em saúde pública, de forma integral e que muitas vezes também utilizam-se da automedicação e/ou remédios caseiros.

A natureza da organização hospitalar dos municípios da 17ª RS difere de acordo com a administração a qual está vinculado, podendo ser público – Municipal, Estadual ou Federal –, privado, beneficente ou filantrópico. Os hospitais diferem na modalidade administrativa, sendo alguns com a administração direta da saúde – Ministério da Saúde-MS, Secretaria Estadual da Saúde-SESA e Secretaria Municipal da Saúde-SMS –, por empresa privada, por entidades filantrópicas ou administração indireta – autarquia.

Em relação apenas ao número de hospitais existentes nos municípios da 17ª RS verificou-se que o Município de Londrina concentra 55,8% de todos os hospitais, com 24 dos 43. Destes, 20 são privados e 4 são públicos (Tabela 17).

Tabela 17 - Número de hospitais privados e públicos e leitos hospitalares da 17ª RS, 2013.

CIDADES	HOSPITAL			LEITOS		
	PRIVADO	PÚBLICO	TOTAL	PRIVADOS	SUS	TOTAL
Alvorada do Sul	0	1	1	0	21	21
Assai	1	0	1	4	54	58
Bela V. do Paraíso	0	1	1	0	26	26
Cafeara	0	0	0	0	0	0
Cambé	2	0	2	53	63	116
Centenário do Sul	0	1	1	0	25	25
Florestópolis	0	1	1	0	22	22
Guaraci	0	0	0	0	0	0
Ibiporã	2	0	2	47	80	127
Jaguapitã	0	1	1	0	29	29
Jataizinho	0	1	1	1	18	19
Londrina	20	4	24	545	1.191	1.736
Lupionópolis	0	1	1	0	16	16
Miraselva	0	1	1	0	10	10
Pitangueiras	0	0	0	0	0	0
Porecatu	0	1	1	0	49	49
Prado Ferreira	0	1	1	0	20	20
Primeiro de Maio	0	1	1	0	24	24
Rolândia	1	0	1	15	40	55
Sertanópolis	0	1	1	2	25	27
Tamarana	0	1	1	0	21	21
Total	26	17	43	680	1.799	2.479

Fonte: MS/CNES/DATASUS.

Dos hospitais privados de Londrina, 13 (65%) não oferecem leitos ao SUS. Quanto ao tamanho⁵⁶, com exceção do Hospital Araucária e das Palmeiras que dispõe de 41 e 40 leitos respectivamente, os outros são de pequeno porte não ultrapassando os 10 leitos (Tabela 18).

Tanto os hospitais privados que oferecem leitos ao SUS quanto os hospitais públicos são de porte médio a grande. O HU é o hospital com o maior número de leitos oferecidos à população totalizando 263 – 15% dos leitos públicos de Londrina – em diversas especialidades. Do total de leitos oferecidos ao SUS, o clínico é o que apresenta a maior representatividade com 368, correspondendo a 21,1% do total.

⁵⁶ de acordo com o Ministério da Saúde, hospital de pequeno porte é o hospital que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos; de médio porte é o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 51 a 151 leitos; e grande porte é o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 151 à 500 leitos). Acima de 500 leitos considera-se hospital de capacidade extra. Os termos pequeno, médio, grande e extra referem-se unicamente ao número de leitos, não tendo qualquer relação com a qualidade e complexidade da assistência prestada

Tabela 18 - Distribuição de leitos (SUS) existentes por hospital em Londrina-PR, 2014.

	Cirúrgico		Clínico		Obstétrico		Pediátrico		Psiquiátrico		TOTAL		
	Part.	SUS	Part.	SUS	Part.	SUS	Part.	SUS	Part.	SUS	Part	SUS	Total
H. Araucária	24	-	-	-	15	-	02	-	-	-	41	-	41
H. de Otorrino	8	-	-	-	-	-	02	-	-	-	10	-	10
H. do Coração	49	-	51	-	-	-	-	-	-	-	100	-	100
H. Zona Norte	-	24	-	68	-	-	-	13	-	-	-	105	105
H. Zona Sul	-	30	-	63	-	-	-	24	-	-	-	117	117
H. Evangélico	43	44	16	34	11	09	05	18	-	-	75	105	180
H. Mater Dei	36	-	22	-	12	-	-	-	-	-	70	-	70
H. Otocentro	23	-	-	-	-	-	2	-	-	-	25	-	25
H. Universitário	-	99	-	96	-	19	-	34	-	15	-	263	263
Instituto da visão	06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	06	-	06
Santa Casa	37	55	25	39	-	-	19	25	-	-	81	119	200
Uniorde C. Ortopedia	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	13
Clínica das Palmeiras	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-	40	-	40
Clinica Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	220	-	220	220
H. do Câncer	18	51	15	49	-	-	-	06	-	-	33	106	139
H. Ortopédico	16	-	01	-	-	-	-	-	-	-	17	-	17
M. Municipal	-	-	-	8	-	37	-	5	-	-	-	50	50
C. P. Villa Normanda	-	-	-	-	-	-	-	-	0	65	-	65	65
Maxwell H. dia Psiq.	-	-	-	-	-	-	-	-	10	30	10	30	40
Urolit	08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	08	-	08
Hoftalon H. de Olhos	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	11	11
H. Mafalda Kallas	06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	06	-	06
Instituto da visão	06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	06	-	06
H. Gastroclínica	04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04	-	04
Total de Leitos	297	303	130	368	38	65	30	125	50	330	545	1.191	1.736

Fonte: MS/CNES/DATASUS.

Em Londrina as ações e os serviços de saúde estão integrados em redes regionalizadas e hierarquizadas, pelas quais a assistência à saúde é organizada em níveis crescentes de complexidade. Isso traz o entendimento de que a estruturação das redes assistenciais e a hierarquização dos serviços é a forma mais eficiente e eficaz de organizar a assistência à saúde garantindo o pleno acesso da população aos serviços.

Há em Londrina uma concentração de serviços de alta complexidade, o que pode ser um parâmetro para o município ou para o hospital de sua capacidade de resolução e do seu grau de especialização. Estes fatos podem explicar em parte o fluxo de pacientes vindo dos demais municípios da 17ª RS, da região norte do Paraná, de outras regiões do estado e de outros estados brasileiros em busca por determinados serviços de saúde nesta cidade.

Quando se trata de equipamentos mais sofisticados que precisam de uma equipe multiprofissional especializada para os procedimentos, elas são encontradas apenas na cidade de Londrina. Cada hospital de Londrina apresentam um conjunto de equipamentos próprios

que somados aos dos outros hospitais dos municípios da 17ª RS, que são otimizados pela terceirização ou contratados, totalizam os equipamentos necessários para realizar os diagnósticos e tratamentos dos usuários dos serviços de saúde.

4.2- O PERFIL SOCIAL, ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DO HU

Com o objetivo de conhecer brevemente a população em estudo, na sequência será apresentado o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários dos serviços do HU através de informações obtidas mediante a aplicação dos questionários com os usuários. Foram avaliadas as variáveis: idade, sexo, escolaridade, ocupação, procedência e tipo de serviço de saúde procurado.

Comparativamente, pode-se observar na tabela 19 que de todos os leitos existentes em janeiro de 2014 no Brasil, 39,7% correspondiam ao clínico. No Paraná o maior número também é do clínico com 39,1%. Destoando dessa divisão, mas com pouca diferença, aparece em Londrina o cirúrgico com 44,4% dos leitos existentes assim como também no HU com 39,9%. Esses dados deixam claro que a grande maioria dos leitos existentes no Brasil seja público ou privado são clínicos e cirúrgicos.

Tabela 19 - Número de leitos no Brasil, Paraná e Londrina segundo a especialidade e sua espacialização, 2014.

Leitos	Brasil	%	Paraná	%	Londrina	%	HU	%
Cirúrgico	116.392	30,6	7.550	31,5	600	44,3	99	39,9
Clínico	151.059	39,7	9.352	39,1	498	36,7	96	38,7
Obstétrico	56.787	14,9	3.494	14,6	103	7,6	19	7,6
Pediátrico	56.694	14,8	3.544	14,8	155	11,4	34	13,8
TOTAL	380.932	100,0	23.940	100,0	1.356	100,0	248	100,0

Fonte: MS/CNES/DATASUS.

A tabela 20 apresenta o resultado das entrevistas dos 250 usuários atendidos em 2013, nas enfermarias e no PS do HU e ambulatório do AHC. Observou-se, que 29,2% foram devido aos procedimentos cirúrgicos, 22,8% pela clínica médica e 20,4% na urgência e emergência do Pronto Socorro, independentemente ser residente ou não no Município de Londrina, dos municípios da 17ª RS ou de qualquer outro município do estado ou Brasil. A intenção é apenas mostrar o serviço mais procurado no HU no ano de 2013 através dos pacientes que espontaneamente se propuseram a participar.

Tabela 20 - Número de entrevistados por tipo de serviço procurado no HU, 2013,

Especialidade	Número	%
Clínico	57	22,8%
Cirúrgico	73	29,2%
Obstétrico	23	9,2%
Pediátrico	46	18,4%
Pronto Socorro	51	20,4%
TOTAL	250	100,0%

Fonte: O autor.

Nota-se conforme a tabela 23 que os serviços clínicos e cirúrgicos corresponderam a mais da metade dos entrevistados que procuraram os serviços do hospital. Esse fato que pode estar associado ao número maior de leitos oferecidos no HU por essas duas especialidades, em razão da característica da maioria dos municípios em oferecer apenas unidades de Atenção Primária à Saúde, além de serem atendidos sem agendamento prévio pela procura espontânea pelos usuários dos diferentes municípios que buscam os serviços do HU.

Proporcionalmente, o Paraná apresenta 6,4% dos leitos cirúrgicos do Brasil, Londrina apresenta 7,9% dos leitos cirúrgicos do Paraná e o HU tem de 16,5% destes leitos de Londrina. Por outro lado, o Paraná consta com 6,1% dos leitos clínicos do país, Londrina tem 5,3% dos leitos clínicos do Paraná e o HU concentra 19,2% dos leitos clínicos de Londrina. De forma geral, analisando todas as especialidades elencadas na tabela 21, verificou-se no HU uma variação em torno de 16,5% a 21,9% dependendo da especialidade. Assim, destacou-se no HU uma representatividade significativa dos leitos clínicos e cirúrgicos de Londrina o que pode explicar parcialmente o fluxo intenso de usuários para este hospital.

Tabela 21 - Número de leitos segundo a especialidade e sua espacialização, 2014.

	Cirúrgico	%	Clínico	%	Obstétrico	%	Pediátrico	%
Brasil	116.392	100,0	151.059	100,0	56.787	100,0	56.694	100,0
Paraná	7.550	6,4	9.352	6,1	3.494	6,1	3.544	6,2
Londrina	600	7,9	498	5,3	103	2,9	155	4,3
HU	99	16,5	96	19,2	19	18,4	34	21,9

Fonte: MS/CNES/DATASUS.

Para compreender a população estudada pela variável idade, optou-se nesta pesquisa por não utilizar as três faixas etárias que definem a população economicamente ativa, ou os três intervalos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) muito utilizados nos

trabalhos de saúde coletiva ou epidemiologia. No presente trabalho essas formas não permitiriam uma comparação mais apurada dos dados de acordo com outras faixas de idade de qualquer grupo populacional independentemente do tamanho de sua amostra. A idade foi agrupada em oito intervalos pela possibilidade de comparação com os dados levantados nas entrevistas.

A partir dos dados da tabela 22 se pode constatar que 20% do total dos entrevistados estão no intervalo de 51 à 60 anos enquanto o intervalo de 0 à 10 anos representa apenas 4%. Os demais intervalos de idades possuem pouca variação não representando menos que 9,6% e nem mais que 16,8%. Acredita-se que a baixa porcentagem no número de entrevistados na faixa do 0 à 10 anos seja fruto da baixa quantidade de leitos pediátricos disponíveis no HU em relação aos demais leitos disponíveis e pelo fato da Atenção Primária à Saúde-APS dos municípios fazer o atendimento à saúde infantil.

Tabela 22 - Distribuição dos entrevistados por faixa etária no HU, 2013.

FAIXA DE IDADE	Número	%
De 0 à 10 anos	10	4,0%
De 11 à 20 anos	24	9,6%
De 21 à 30 anos	28	11,2%
De 31 à 40 anos	35	14,0%
De 41 à 50 anos	42	16,8%
De 51 à 60 anos	50	20,0%
De 61 à 70 anos	29	11,6%
+ de 71 anos	32	12,8%
TOTAL	250	100,0%

Fonte: O autor.

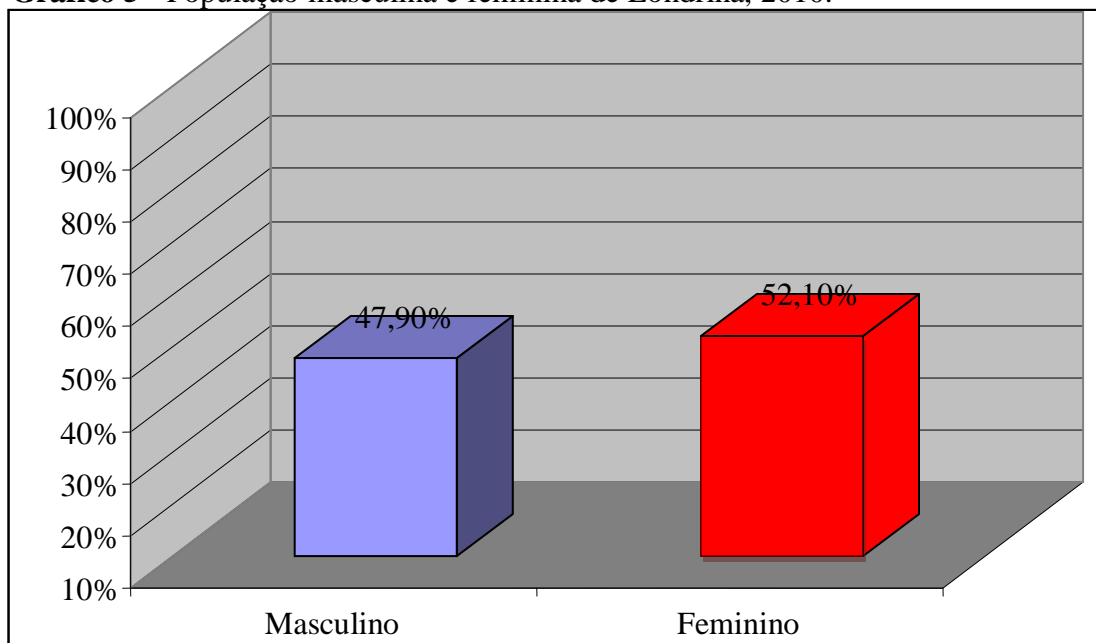
Nos últimos anos ocorreu uma mudança no perfil dessa faixa etária da população. Se até a década de 1990 predominavam as doenças agudas e normalmente de alta letalidade, agora são as doenças crônicas de longa duração ocasionando assim um aumento de doenças na população, principalmente entre os mais idosos.

Independente da faixa etária dos entrevistados todos apresentam a mesma probabilidade de buscar os serviços de saúde oferecidos pelo HU. Ou seja, o acesso aos serviços médicos deste hospital é garantido a todos que o procuram ou são encaminhados independente da idade, sexo e onde residem.

Do total das 250 entrevistas realizadas com os usuários dos serviços de saúde do HU, 55% são de pessoas do sexo masculino e 45% do sexo feminino.

Segundo o Censo Demográfico do IBGE de 2010 o município de Londrina apresenta 47,9% de população masculina e 52,1% feminina (Gráfico 5), o que pode ter contribuído para que houvesse um resultado próximo do apresentado nesta pesquisa.

Gráfico 5 - População masculina e feminina de Londrina, 2010.



Fonte: BRASIL, Censo Demográfico de 2010..

No que diz respeito ao local de nascimento dos usuários entrevistados percebe-se de acordo com a tabela 23 que 45,6% nasceram no município de Londrina. Os municípios que compõem a 17ª RS representaram 21,2%. Os nascidos em outros municípios do Paraná somaram 10,8% e 22,4% nasceram em outros estados brasileiros. Isso não quer dizer que 56 pessoas entrevistadas moram em outros estados, pois não se estamos trabalhando com a procedência dos usuários nesse momento, apenas com a origem de nascimento independente se mora em Londrina ou em outros municípios.

Tabela 23 - Origem de nascimentos dos entrevistados no HU, 2013.

ORIGEM DO NASCIMENTO	NÚMERO	%
Município de Londrina	114	45,6%
Municípios da 17ª RS	53	21,2%
Outros Municípios do Paraná	27	10,8%
De outros Estados do Brasil	56	22,4%
TOTAL	250	100,0%

Fonte: O autor.

Através dessa informação afirma-se a importância da migração para o desenvolvimento da região norte do Paraná aqui representado pelos municípios a 17ª RS incluindo Londrina, como observado no processo de desenvolvimento da cidade de Londrina, no capítulo 2, principalmente a presença de paulistas e mineiros.

Segundo o IBGE (2012) a população analfabeta⁵⁷ de 15 anos acima era de 8,7% no Brasil, 4,4% na Região Sul, 4,4% no Paraná e de 4,5% em Londrina. Entretanto, esse índice foi de 8% (Tabela 24) do total dos usuários entrevistados nos serviços de saúde do HU. Destaca-se essa diferença nos resultados pelo fato dos 44% dos entrevistados apresentarem mais de 50 anos de idade. Possivelmente não tiveram oportunidades de estudar, principalmente na área rural, exercendo o trabalho braçal na lavoura ou por outras dificuldades não elencadas.

Tabela 24 - Nível de escolaridade dos entrevistados no HU, 2013.

ESCOLARIDADE	NÚMERO	%
Nenhum	20	8,0%
Ensino Fundamental Incompleto (1º ao 5º ano)	52	20,8%
Ensino Fundamental Completo (6º ao 8º ano)	41	16,4%
Ensino Médio Incompleto	39	15,6%
Ensino Médio Completo	68	27,2%
Superior Incompleto	10	4,0%
Superior Completo	20	8,0%
TOTAL	250	100,0%

Fonte: O autor.

Esses resultados comprovam ainda que os serviços do HU também são utilizados pela população com grau de instrução variado, sendo que 27,2% dos usuários entrevistados têm o Ensino Médio completo, 4% o Superior incompleto e 8% com Graduação e Pós-graduação, demonstrando a acessibilidade dos usuários ao HU.

A questão do grau de escolaridade se reflete nas condições socioeconômicas da população de modo geral e não podia ser diferente com os usuários entrevistados. Destes,

⁵⁷ As pessoas que não sabem ler ou escrever foram consideradas analfabetas na presente pesquisa. Estamos desconsiderando os analfabetos funcionais, que segundo a UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – analfabeto funcional é a denominação dada à pessoa que, mesmo com a capacidade de decodificar minimamente as letras, geralmente frases, sentenças, textos curtos e os números, não desenvolve a habilidade de interpretação de textos e de fazer as operações matemáticas. Também é definido como analfabeto funcional o indivíduo maior de quinze anos e que possui escolaridade inferior a quatro anos, embora essa definição não seja muito precisa, já que existem analfabetos funcionais com nível superior de escolaridade.

67,2% possui emprego, 18,8% são aposentados e somente 14% estavam desempregados (Tabela 25). Do total de empregados, 91,1% tinham emprego formal⁵⁸ e 8,9% estavam trabalhando na informalidade. Deve-se, destacar ainda, que dos aposentados entrevistados muitos ainda exerciam algum tipo de atividade remunerada, tais como jardineiro, pedreiro, caseiro, entre outras, ou mesmo faziam "bicos" ou trabalhos temporários.

Tabela 25 - Ocupação dos entrevistados no HU, 2013.

OCUPAÇÃO	Número	%	Carteira Assinada	Número	%
Empregado	168	67,2%	Sim	153	91,1
Desempregado	35	14,0%	Não	15	8,9
Aposentado	47	18,8%	-	-	-
TOTAL	250	100,0%	-	168	100,0

Fonte: O autor.

Esses trabalhadores exerciam diferentes profissões, tais como: pedreiro com ensino fundamental completo, auxiliar de marcenaria com fundamental incompleto, auxiliar administrativo com médio completo, funcionário público com ensino superior, autônomo com médio completo, entre outros, o que demonstra estatisticamente mais uma vez que a probabilidade de as pessoas ativas e inativas economicamente de buscar os serviços de saúde do HU é a mesma para todos, não tendo preferência para este ou aquele.

4.3 PROCEDÊNCIA E FORMAS DE ACESSO DOS USUÁRIOS AOS SERVIÇOS DO HU

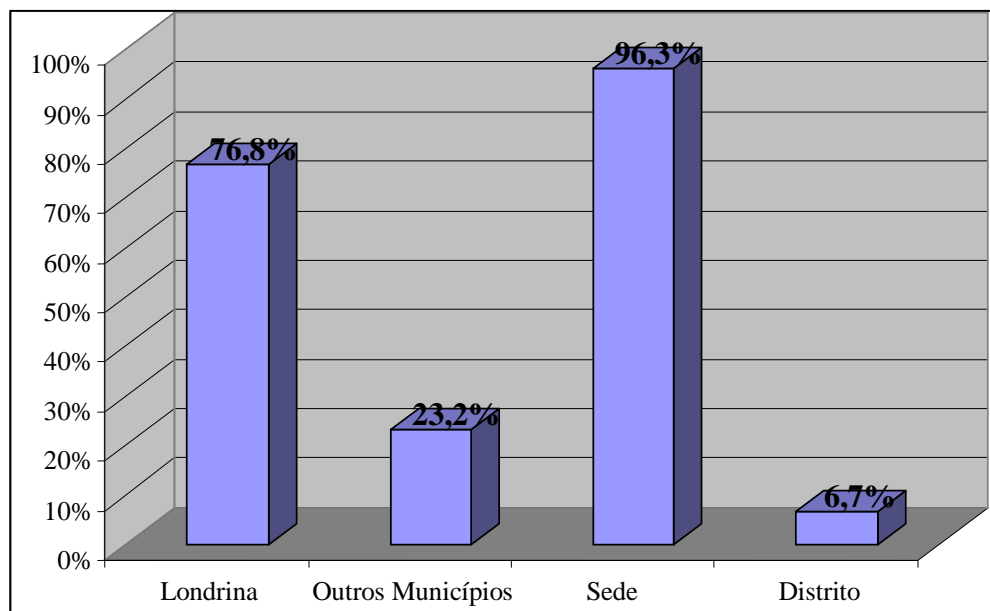
Para entender os motivos da busca pelos serviços do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, julgou-se importante num primeiro momento identificar a procedência e as formas de acesso dos usuários ao referido hospital. Para atingir esse objetivo, foi aplicado um questionário na qual seu resultado foi tabulado, quantificado e analisado.

O gráfico 6 apresenta a procedência dos usuários entrevistados, onde se observa que a maioria, 76,8%, é de Londrina, enquanto 23,2% são de outros municípios – incluídos os da 17ª RS e também de outras regionais de saúde do Paraná. Ao buscarem em Londrina os serviços de média e alta complexidade do HU confirmam que a cidade é vista como polo de referência em serviços de saúde nas diferentes complexidades. Assim, o congestionamento no

⁵⁸ Carteira de trabalho assinado pelo empregador.

atendimento do HU é causado principalmente por usuários que residem na própria cidade onde está inserido o hospital, ocasionando o aumento da espera por atendimento.

Gráfico 6 - Procedência dos Entrevistados no HU, 2013.



Fonte: O autor.

Entre os entrevistados, 96,3% residem na sede municipal de Londrina enquanto 6,7% residem na área rural ou nos distritos pertencentes ao município. Os residentes na sede estão distribuídos por diferentes bairros pela cidade, porém, houve um maior número de entrevistado no bairro Cinco Conjuntos (Figura 11). Essa grande quantidade de usuários residentes na cidade de Londrina ocorreu devido à proporção de habitantes na área urbana em relação à área rural, aos distritos e demais municípios da 17ª RS como também pela facilidade de acesso aos serviços do HU.

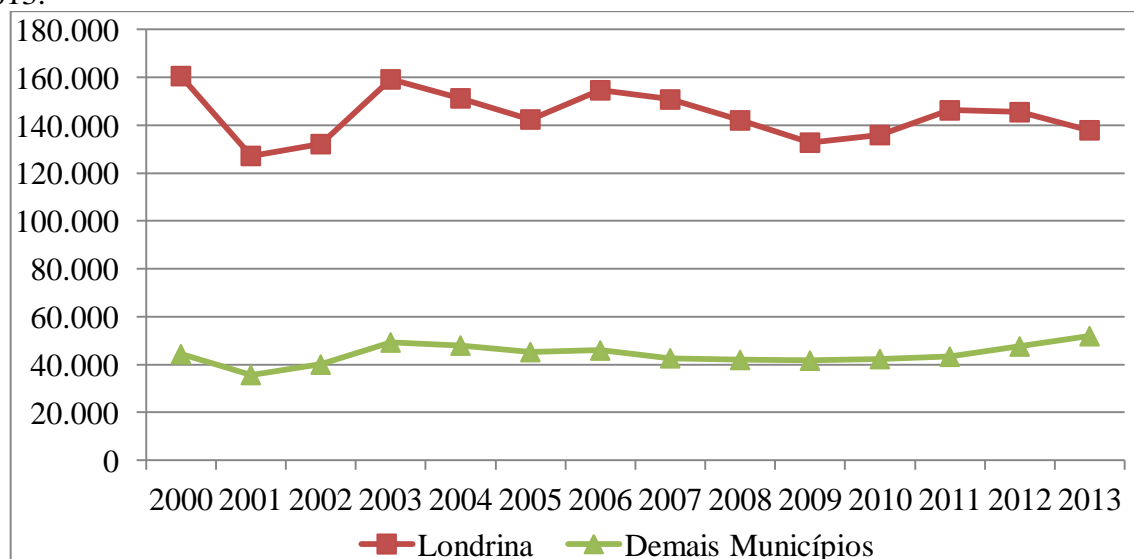
Localizado na Zona Norte de Londrina, o Cinco Conjuntos teve seu início a partir de um projeto habitacional financiado pelo Banco Nacional de Habitação – BNH – no final da década de 1970. Atualmente, é a região mais populosa de Londrina. No local, segundo o IBGE (2010) moram 41.285 londrinenses. Formado por 23 jardins, conjuntos habitacionais e loteamentos, o Cinco Conjuntos foi criado como alternativa de expansão de Londrina para a zona norte.

Tabela 26 - Número de atendimentos e porcentagem dos pacientes de Londrina e demais municípios atendidos no ambulatório do HU e HC, no PS e internados, no período de 2000 à 2013.

ANOS	LONDRINA		DEMAIS MUNICÍPIOS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2000	160.566	78,3%	44.364	21,7%	204.930	100,0%
2001	127.228	78,1%	35.713	21,9%	162.941	100,0%
2002	132.151	76,7%	40.052	23,3%	172.203	100,0%
2003	159.202	76,1%	49.287	23,9%	208.489	100,0%
2004	151.276	75,9%	48.007	24,1%	199.283	100,0%
2005	142.444	75,8%	45.294	24,2%	187.738	100,0%
2006	154.640	77,1%	45.952	22,9%	200.592	100,0%
2007	150.800	77,9%	42.694	22,1%	193.494	100,0%
2008	142.059	77,1%	42.000	22,9%	184.059	100,0%
2009	132.762	76,1%	41.695	23,9%	174.457	100,0%
2010	135.939	76,2%	42.365	23,8%	178.304	100,0%
2011	146.257	77,1%	43.338	22,9%	189.595	100,0%
2012	145.493	75,3%	47.620	24,7%	193.113	100,0%
2013	137.938	72,6%	51.924	27,3%	189.862	100,0%
TOTAL	2.018.755	76,4%	620.305	23,6%	2.639.060	100,0%

Fonte: SAME, Hospital Universitário de Londrina. Org.: O autor.

Gráfico 7 - Número de atendimentos e porcentagem dos pacientes de Londrina e demais municípios atendidos no ambulatório do HU e HC, no PS e internados, no período de 2000 a 2013.



Fonte: SAME, Hospital Universitário de Londrina.

Tal fato pode ser explicado em função da expansão do Hospital nos últimos anos, pela melhoria na rede de serviços da gestão de saúde de Londrina, com a ampliação do Hospital Zona Norte para 4,9 mil m², iniciada em 2007 aumentando a capacidade de atendimento, o número de leitos de internação subiu dos 30 para 65 e novas especialidades e do Hospital

Zonal Sul que foi ampliado em 2009, onde sua área construída passou de 1,5 mil para 5,6 mil m², resultando também no acréscimo de leitos, que passam de 41 para 130.

Por outro lado, houve um aumento de 7% no número de atendimentos de pacientes provenientes de outros municípios. Esse fato pode ser explicado em razão de serem municípios pequenos com recursos limitados, onde a população tem acesso às UBS, Centro de Saúde ou um hospital Municipal ou particular com leitos pelo SUS com poucas especialidades, fazendo com que a população se dirija ou seja encaminhada para o HU, como afirma a usuária A:

Olha meu filho, a gente mora em cidade pequena, lá só tem um postinho de saúde e faz o atendimento geral e não tem nenhum hospital. Então quando a gente fica doente e que precisa de um atendimento melhor a gente vem pra Londrina. Eu mesma vim pro HU, mas conheço pessoas que vão pro HZN ou HZS. Lá é mais fácil de conseguir atendimento. Aqui só se for mais grave mesmo ou se tiver encaminhamento do posto de saúde.

Analisando a questão da procedência dos usuários dos serviços do HU para o período compreendido entre 2000 à 2013, percebe-se um incremento dos pacientes provenientes dos municípios pertencentes a 17^a RS, perante os demais municípios de outras regionais do estado do Paraná e até de outros estados brasileiros (Tabela 27).

Tabela 27 - Número e porcentagem dos pacientes atendidos no ambulatório, PS e internados no HU e HC em Londrina, no período de 2000 a 2013.

ANOS	17 ^a RS	%	Outras Regionais	%	Outros Estados	%	TOTAL	%
2000	189.846	92,6%	14.700	7,2%	384	0,2%	204.930	100%
2001	151.284	92,9%	11.269	6,9%	388	0,2%	162.941	100%
2002	158.194	91,9%	13.667	7,9%	342	0,2%	172.203	100%
2003	191.946	92,1%	16.211	7,8%	332	0,1%	208.489	100%
2004	184.702	92,7%	14.319	7,2%	262	0,1%	199.283	100%
2005	175.138	93,3%	12.426	6,6%	174	0,1%	187.738	100%
2006	188.206	93,8%	12.163	6,1%	223	0,1%	200.592	100%
2007	182.045	94,1%	11.275	5,8%	174	0,1%	193.494	100%
2008	171.434	93,1%	12.434	6,8%	161	0,1%	184.059	100%
2009	163.391	93,7%	10.927	6,2%	139	0,1%	174.457	100%
2010	167.786	94,1%	10.389	5,8%	129	0,1%	178.304	100%
2011	178.210	94,0%	11.213	5,9%	172	0,1%	189.595	100%
2012	180.058	93,2%	12.913	7,6%	142	0,1%	193.113	100%
2013	174.768	92,1%	14.952	7,8%	142	0,1%	189.862	100%
TOTAL	2.457.008	93,1%	178.858	6,8%	3.164	0,1%	2.639.606	100%

Fonte: SAME, Hospital Universitário de Londrina. Org.: O autor.

Do total dos 2.639.606 milhões de atendimentos realizados pelo HU no período estudado, os municípios da 17ª RS representaram 93,1% com pouca variação para mais ou para menos ao longo dos 13 anos, atendendo entre 151 a 191 mil atendimento por ano, demonstrando a importância que o hospital possui para a região. Entretanto, considerando o período analisado, houve uma redução de 8% no número de atendimento dos pacientes da 17ª RS, passando de 189.846 em 2000 para 174.768 em 2013.

Essa redução pode ser explicada pela alteração na política de atendimento do SUS pelos municípios, implicando maior rigor no respeito à regionalização estabelecida. Exige-se uma autorização dos pacientes de uma regional de saúde que vai ser transferido ou encaminhado para outra regional onde será realizado o procedimento ou tratamento estabelecendo dessa forma uma adequação dos recursos que financiam a saúde, assim como os motivos elencados anteriormente, como a ampliação do HZN e HZS.

Por outro lado, em função dos acordos – pactos pela saúde – estabelecidos pelo SUS entre os municípios e entre as regionais de saúde, há um número razoável de pacientes de outras RS, tais como a de 15ª RS de Maringá, 16ª RS de Apucarana, 18ª RS de Cornélio Procopio, 19ª RS de Jacarezinho, 22ª RS de Ivaiporã, entre outras, que buscam por serviços médicos no HU como também são encaminhados por suas RS com variação para mais ou para menos de 10 à 16 mil por ano.

De um modo geral, para pacientes oriundo de outras regionais do estado, houve algumas oscilações para o período analisado, saindo de 14.700 no ano de 2000, para 16.211 em 2003, 10.389 em 2010 e terminando com 14.952 em 2013. Percebe-se um pequeno aumento no número de atendimentos realizados pelo HU em pacientes de outras regionais de saúde do Paraná, correspondendo à 1,6% em todo o período. Para os municípios de outros estados brasileiros houve uma redução de 63%, passando de 384 atendimentos em 2000 para 142 em 2013, devido à pactuações das Comissões Intergestoras Bipartite-CIBs, Tripartite-CITs e Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade-APACS.

Os pacientes de outros estados não tem representatividade expressiva considerando o total dos atendimentos. Porém é importante analisar esses deslocamentos, pois alguns desses usuários residem a mais de dois mil quilômetros de distância de Londrina, como no caso dos residentes nos estados do Acre, de Rondônia e do Ceará (Figura 12) que buscaram no Hospital serviços mais complexos e especializados.

ou que fizeram residência médica no HU, e ao retornarem para suas cidades, encaminham ou indicam o HU para seus pacientes pela quantidade de especialidades e qualidade dos serviços prestados, assim como também pelos serviços de alta complexidade encontrados no hospital.

O Estado do Paraná é regionalizado em 22 Regionais de Saúde (Tabela 28), que administram os recursos e os atendimentos de saúde pelo território dos seus 399 municípios. Como apresentado nas tabelas 22, 23 e 24, muitos municípios da 17ª RS contam com baixo número populacional e conseqüentemente poucos serviços de saúde, principalmente voltados à Atenção Primária à Saúde.

Tabela 28 - Número de atendimentos realizados pelo HU de Londrina de acordo com as regionais de Saúde do Estado do Paraná, 2013.

Regional de Saúde/Sede	Núm Mun	Mun. Atend	Ambulatório			PS	Inter.	Total	%
			AHC	HU	DASC				
1ª Paranaguá	07	3	2	1	0	0	0	3	0,00%
2ª Curitiba	29	8	8	10	1	12	4	35	0,02%
3ª Ponta Grossa	12	7	5	19	0	1	9	34	0,02%
4ª Irati	09	1	0	2	0	0	1	3	0,00%
5ª Guarapuava	22	9	3	11	0	1	4	19	0,01%
6ª União da Vitória	09	2	0	0	0	2	2	4	0,00%
7ª Pato Branco	15	4	3	19	0	0	6	28	0,02%
8ª Francisco Beltrão	27	4	3	11	0	2	4	20	0,01%
9ª Foz do Iguaçu	09	5	2	9	0	1	5	17	0,01%
10ª Cascavel	23	6	9	42	0	11	15	77	0,05%
11ª Campo Mourão	25	12	97	82	0	12	31	222	0,14%
12ª R.S. Umuarama	21	19	86	40	0	15	32	173	0,11%
13ª R.S. Cianorte	11	10	117	101	0	27	50	295	0,19%
14ª R.S. Paranaíba	20	21	192	124	0	42	59	417	0,27%
15ª R.S. Maringá	29	28	381	361	0	106	182	1.030	0,66%
16ª Apucarana	16	16	1212	900	1	286	311	2.710	1,74%
17ª Londrina	19	21	69.264	20.065	11.436	32.064	10.236	143.065	91,78%
18ª Cornélio Procopio	23	21	2345	1017	1	352	338	4053	2,60%
19ª Jacarezinho	22	22	1145	727	2	332	325	2.531	1,62%
20ª Toledo	18	9	28	42	0	3	16	89	0,06%
21ª Telêmaco Borba	07	6	90	49	0	14	11	164	0,11%
22ª Ivaiporã	17	17	544	196	0	78	76	894	0,57%
TOTAL		263	75.536	23.828	11.441	33.361	11.717	155.883	100,0%

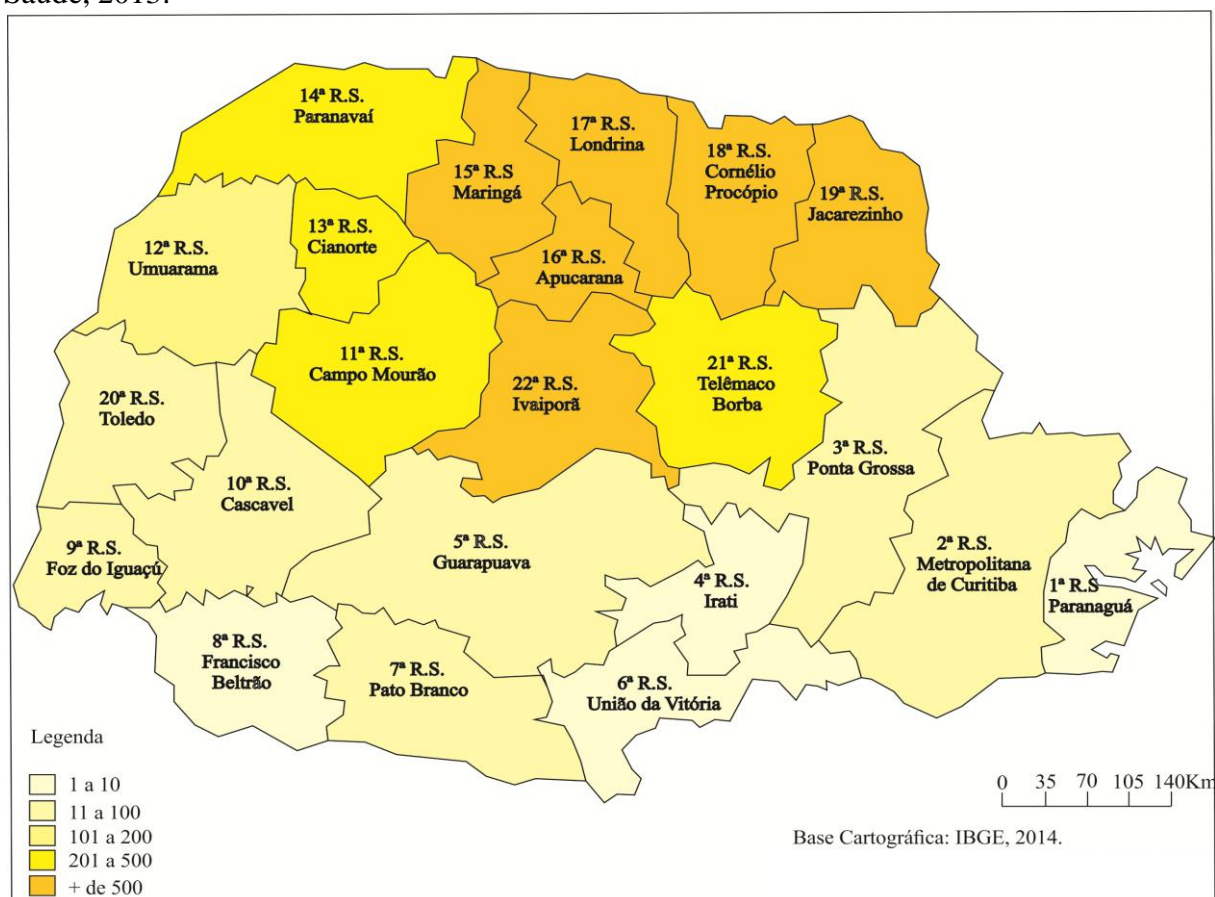
Fonte: SAME, Hospital Universitário de Londrina. Org.: O autor.

Essa é a realidade enfrentada por centenas de municípios do Paraná como também de milhares do Brasil. Esse fato acaba gerando um fluxo de pessoas em busca por serviços mais especializados e complexos nas cidades maiores que oferecem determinados tipos de serviços de saúde. Há ainda, algumas regiões no Paraná que não contam com estrutura física, humana

e de materiais para determinados procedimentos, levando-as a encaminharem centenas de pacientes que necessitam de cuidados mais especializados e complexos em outras regionais, como a de Londrina.

As informações contidas na tabela 28 demonstram que a grande maioria dos pacientes que buscam atendimento no HU é oriunda dos municípios no perímetro regionalizado pela 17ª RS, com 91,78% do total de atendimentos. Contudo, a 17ª RS recebeu pacientes de todas as RS do Paraná no ano de 2013 (Figura 13).

Figura 13 - Procedimentos de consultas médicas não médicas do Pronto Socorro, Ambulatório do HU, AHC, DAS e Internações de pacientes do Paraná, por Regional de Saúde, 2013.



Fonte: SAME, Hospital Universitário de Londrina. Org.: O autor.

Obs.: Os números referem-se ao total de procedimentos realizados, ou seja: soma todos os procedimentos de cada paciente.

As regionais de Cornélio Procopio e Apucarana que são vizinhas de Londrina foram as mais representadas, com 4.053 e 2.710 respectivamente. Interessante destacar ainda, que embora Curitiba seja considerada excelência em saúde, foi representada por 35 pacientes. Talvez não fosse o fato de terem encaminhado todos estes pacientes, mas alguns estavam na

cidade e necessitaram de atendimento médico. Mesmo a regional de Maringá que também é um grande centro houve um número significativo de encaminhamentos.

Analisando o número de atendimentos de pacientes apenas da 17ª RS pode-se perceber que 78,92% são de pacientes residentes no município de Londrina. Depois aparece Cambe com 6,96% e Ibiporã com 2,54%. Aqui, a questão da distância e a quantidade de habitantes dessas duas cidades podem auxiliar na explicação para tal fato. Os três municípios juntos totalizam mais de 88% dos atendimentos realizados no HU, AHC, DASC do ano de 2013 (Tabela 29).

Tabela 29 - Número total de pacientes dos Municípios da 17ª RS atendidos no HU, AHC e DASC, 2013.

Cidades	AHC	HU	DASC	PS	INT.	TOTAL	%
Alvorada do Sul	389	150	0	87	52	678	0,38%
Assaí	597	254	0	93	91	1.035	0,59%
Bela Vista do Paraíso	817	284	4	153	119	1.377	0,78%
Cafeara	152	32	0	28	18	230	0,13%
Cambe	7.306	2.607	62	1.415	790	12.180	6,96%
Centenário do Sul	1.117	238	0	131	83	1.569	0,89%
Florestópolis	570	172	0	125	83	950	0,54%
Guaraci	322	98	0	61	52	533	0,30%
Ibiporã	2.157	1.278	8	621	388	4.452	2,54%
Jaguapitã	1.062	487	0	134	117	1.800	1,02%
Jataizinho	816	261	0	226	111	1.414	0,80%
Londrina	56.599	30.100	15.440	28.317	7.482	137.938	78,92%
Lupionópolis	293	87	0	39	29	448	0,25%
Miraselva	112	40	0	27	27	206	0,11%
Pitangueiras	85	7	0	8	7	107	0,06%
Porecatu	633	281	0	121	94	1.129	0,64%
Prado Ferreira	471	88	0	54	38	651	0,37%
Primeiro de Maio	766	129	0	106	93	1.094	0,62%
Rolândia	2.126	937	15	400	261	3.739	2,13%
Sertanópolis	1.301	368	0	217	148	2.034	1,16%
Tamarana	651	167	0	233	153	1.204	0,68%
TOTAL 17ª R.S.	78.342	38.065	15.529	32.596	10.236	174.768	100,00%

Fonte: SAME, Hospital Universitário de Londrina. Org.: O autor.

Os números de Londrina mencionados acima permite-se dizer que não há diferença no atendimento das pessoas que residem na área urbana ou na área rural nos serviços de saúde do Hospital. O fato de as pessoas morarem na área rural do município de Londrina não as impedem de transpor as dificuldades impostas – acesso geográfico – criando diferentes estratégias para buscar na cidade o atendimento necessário aos cuidados de saúde.

Nesse sentido, é importante a questão do uso, do acesso e da acessibilidade aos serviços de saúde. O uso compreende qualquer contato direto com os serviços médicos, através das consultas médicas e hospitalizações, ou também o indireto, na realização de prevenções e diagnósticos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Para os autores o conceito de acesso é bastante complexo, utilizado em vários casos de maneira errônea e pouco claro quando empregado relacionado ao uso dos serviços de saúde. É um conceito que possui diferentes abordagens e que foi se modificando no decorrer no tempo e de acordo com o contexto. Segundo Donabedian (1973) a acessibilidade é resultado da oferta de serviços relativo à competência de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Neste sentido, a acessibilidade compreende mais que uma simples disponibilidade de recursos num determinado lugar. Diz respeito às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam a sua utilização.

A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 191).

Contudo, o uso de serviços depende de fatores predisponentes, das necessidades de saúde e de fatores contextuais e seu uso completo – efetivo e eficiente – está relacionado aos fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde que interferem na qualidade dos serviços prestados.

A utilização dos serviços de saúde é fruto da interação entre o comportamento do usuário que busca por cuidados e do profissional que o conduz no sistema de saúde. Essa busca entendida como comportamento do indivíduo é o responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde e os diferentes profissionais da área serão os responsáveis por possíveis contatos futuros. São os profissionais juntamente com o Conselho Municipal de Saúde que vão definir o tipo e o grau de intensidade dos recursos a serem utilizados na resolução dos problemas de saúde dos pacientes.

Para Pineault R, Daveluy (1986) *apud* Travassos; Martins (2004, p. 190-191) os fatores determinantes para a utilização dos serviços de saúde estão relacionados:

(a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.

O acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores que podem ser divididos em determinantes da oferta e determinantes da demanda. De um lado, a oferta é a pré-condição mais importante para a existência dos serviços. A partir da existência física dos serviços de saúde, passam a modular a oferta de acordo com os determinantes citados acima. De outro lado, o que determina a demanda pelo uso dos serviços é condição ou a necessidade de saúde.

O ponto mais importante da demanda acontece quando é percebida pelo usuário a necessidade de cuidados de saúde através da identificação de um problema e se sobrepõe, normalmente, a outras conotações de ordem demográfica e social. A idade é uma das características demográficas mais consideráveis na determinação da utilização das ações e atividade de saúde, fator profundamente relacionado ao estado de saúde, enquanto as questões de gênero, etnia, renda, escolaridade e classe social estão entre os aspectos sociais. Esses fatores conjuntamente determinam (in)diretamente a maneira e quantidade que os serviços de saúde são utilizados no contexto populacional (BALLANTYNE, 1999; MENDONZA-SASSI & BÉRIA, 2001; BARATA et al., 2007a). Esses estudos apontam o acesso como o grau de facilidade que os indivíduos conseguem a utilização dos serviços de cuidados à saúde.

A população que reside nas áreas rurais dos municípios da 17ª RS ou do Município de Londrina procuram estratégias para transpor alguns obstáculos para ter acesso aos serviços médicos. A questão da distância do local de residência até o Hospital interferiu na procura por serviços de saúde, pois 58%, dos usuários entrevistados moram no máximo a 20 km de distância (Tabela 30). Isso demonstra que a maioria dos usuários é residente em Londrina ou nos municípios próximos. Vinte quilômetros não é uma distância muito grande considerando o tamanho do perímetro urbano da cidade de Londrina. Por outro lado, 26% estão no intervalo de 21 a 40 km de distância do HU e outros 13,2% no intervalo de 41 a 50 km, que são principalmente os usuários que residem nos municípios da 17ª RS demonstrando a

importância da facilidade geográfica e a questão do transporte, como também as falhas da Atenção Primária à saúde na procura por serviços de saúde.

Tabela 30 - Distância percorrida e tempo gasto pelos entrevistados no HU, 2013.

DISTÂNCIA	NÚMERO	%	TEMPO	NÚMERO	%
0 à 10 km	37	14,8%	0 à 30 min	53	21,2%
11 à 20 km	108	43,2%	31 à 60 min	157	62,8%
21 à 40 km	65	26,0%	61 à 120 min	33	13,2%
41 à 50 km	33	13,2%	+ de 121 min	7	2,8%
TOTAL	250	100,0%		250	100,0%

Fonte: O autor.

Existe uma estreita relação entre o acesso geográfico e a utilização dos serviços de saúde, mas isso não quer dizer que a facilidade do acesso ao serviço de saúde significa sua plena utilização. Por mais próximos que estejam os serviços de saúde da residência do cidadão, este leva em consideração os tipos de serviços oferecidos, ou seja, o nível de complexidade, a qualidade do atendimento e o grau de eficiência que esse serviço proporciona. Caso contrário, o usuário vai procurar outro serviço que lhe agrade, mesmo que seja mais longe. O reconhecimento da qualidade do serviço recai sobre a comunidade, através da manifestação de amigos e parentes sobre determinados serviços.

Eu fui no postinho lá perto de casa, mas o médico clínico geral me atendeu bem rápido sabe. Tirou minha pressão, olhou minha garganta e fez mais umas perguntinhas lá me indicou um remédio. Não pediu exame e nada. Daí nos primeiros dias quando eu tomei os remédios, até que melhorou. Mas depois voltou a doer de novo. Nisso, conversando com meu vizinho ele disse que no HC é bom. Mas vim aqui e não fui atendido. Disseram que era só com encaminhamento. Fui no postinho e consegui o encaminhamento. Agora to aqui né, vamos ver se esse hospital é bom mesmo (Usuário B)

Isso concorda com afirmação de Adami (1993) ao atestar que a proximidade geográfica entre a residência do usuário e o serviço de saúde procurado não se constitui no elemento determinante de sua escolha, em virtude de que esse fator pode não significar acesso efetivo, ou seja, garantia de que será atendido e que este será de acordo com suas expectativas.

Porém, a distância a ser percorrida pelos usuários até os serviços de saúde é um fator importante, pois segundo Ramos (2001, p. 68)

quanto menor esta distância for, mais prática e econômica será a forma de deslocamento e menor será o tempo gasto. Quanto mais rápido o deslocamento, mais chance tem o serviço de ser escolhido pelo usuário. Porém, embora estes fatores sejam inegáveis na opção por um serviço de saúde, não serão decisivos, se não estiverem acompanhados de um bom acolhimento e boa resolubilidade, o que demonstra a interface entre esses elementos e o acesso geográfico.

A distância está atrelada à questão do deslocamento. O deslocamento realizado pelo usuário de sua residência até o serviço de saúde pretendido é entendido como um modo de acesso tanto geográfico quanto econômico. Ramos e Lima (2003, p. 29) propuseram o estudo do acesso geográfico através de três elementos: o modo e o tempo de deslocamento e o tipo de serviço de saúde estudado. Para a autora, “a forma de deslocamento utilizada pelo usuário é, sem dúvida, fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde”. A autora diz que além da questão do deslocamento ainda se deve levar em consideração o custo financeiro, pois todo deslocamento gera gastos. Por isso um dos primeiros aspectos a se considerar é o custo do deslocamento do usuário, que é proporcional à distância de sua moradia e à forma como ele se desloca.

Adami (1993) citando Santos (1980) diz que o acesso dos usuários aos serviços de saúde, independente de ser na área urbana ou na área rural, deveria acontecer de preferência caminhando, em no máximo 20 minutos. O mesmo autor citando Bravo (1974) ressalta que o tempo gasto com o deslocamento através de meios de transporte, de sua residência até os serviços de saúde, não deveria ser maior que 20 ou 30 minutos.

Devido à maioria dos usuários entrevistados residirem no máximo 20 km de distância do HU, o tempo de deslocamento de 21,2% está na média proposta pelos autores acima e outros 62,8% não ultrapassam os 60 minutos. Esse fato comprova a importância da proximidade do serviço de saúde na escolha dos pacientes assim como da facilidade do acesso tornando o deslocamento mais fácil, através da utilização de diferentes meios de locomoção.

O meio de locomoção (Tabela 31) mais utilizado pelos usuários para chegar aos serviços de saúde do HU foi o carro próprio, de parentes ou de amigos – 65,2%. Essa possibilidade do uso do carro pode ser explicada pelas vantagens da rapidez no deslocamento, o conforto diante de questões climáticas, oferecendo maior chance de atendimento ou não permitindo atrasos nas consultas e/ou procedimentos agendados. Outros 9,2% utilizaram ônibus da Secretaria de Saúde ou da Educação, ônibus de linha ou interurbanos – no caso dos municípios da 17ª RS que encaminharam os pacientes. Os demais, 8,4% utilizaram

ambulâncias da Secretaria Municipal de Saúde, SIATE e SAMU, e 17,2% utilizaram os diferentes veículos das Secretarias Municipais de Saúde, significando os pacientes que foram encaminhados pelas Secretarias de Saúde para o HU.

Tabela 31 - Meio de locomoção utilizado, 2013.

VEÍCULO	NÚMERO	%
Carro próprio	163	65,2%
Ônibus	23	9,2%
Ambulância	21	8,4%
Veículo da Secretaria de Saúde	43	17,2%
TOTAL	250	100,0%

Fonte: O autor.

Assim, a questão do meio de locomoção é muito importante na escolha dos serviços de saúde a ser utilizado, como podemos ver nas palavras da usuária C:

Na cidade onde eu moro não tem hospital, daí quando a gente precisa a gente vai até o postinho para ser encaminhado. Conseguindo esse encaminhamento a gente dá um jeito de vim pro HU. Da pra vim com o ônibus que traz o pessoal para as consultas aqui em Londrina, mas tem que sair de lá de madrugada. Qualquer coisa, a gente vem de ônibus mesmo ou pede pra um vizinho trazer, porque a gente não tem carro. Mas a gente dá um jeito moço. Perder a consulta é que não pode.

Os fatores que facilitam ou dificultam o acesso geográfico dos usuários aos serviços de saúde podem estar relacionados aos aspectos econômicos, dentre os quais como os usuários se deslocam até aos serviços de saúde pretendidos, o qual influenciará sobre o tempo gasto nesse deslocamento, no horário de chegada ao hospital e, por consequência, sobre a probabilidade de atendimento.

4.4 COMO OS USUÁRIOS LIDAM COM OS PROBLEMAS DE SAÚDE

A utilização dos serviços hospitalares de saúde da população é o objetivo principal desse estudo, porém não se pode deixar de compreender como a população classifica o que é uma doença rotineira ou uma doença grave e o que fazem para solucionar o problema da doença percebida. Assim, o que se pretende é demonstrar independentemente do tipo da doença apresentado a medida corriqueira que o usuário toma para resolver o problema

identificado. Para isso formulou-se a pergunta sobre quais medidas ou recursos terapêuticos buscavam para solucionar os problemas identificados como costumeiros e graves e quando essas medidas não trouxessem resolubilidade quais serviços normalmente ele buscava.

Os usuários entrevistados responderam sobre o que fazem quando percebem algum problema de saúde costumeiro ou considerado grave, considerando quais as medidas tomadas em ordem de importância. Contudo, antes de serem submetidos a esses questionamentos, os usuários apontaram quais os problemas de saúde que consideram serem costumeiros ou graves. Esse procedimento foi realizado para saber o que os entrevistados entendiam como costumeiros ou graves, oferecendo assim, subsídios para se entender se as pessoas procuram as unidades de saúde com frequência e em que situação ao se sentirem doentes.

Das 250 entrevistas realizadas com usuários do HU obtive-se 362 respostas que foram agrupadas por doenças ou problemas apontados pelos entrevistados assim como também por categorias de doenças (Tabela 32).

Tabela 32 - Problemas costumeiros, por grupos de doenças, de acordo com os entrevistados, Londrina, 2013.

GRUPO DE DOENÇAS	DOENÇAS OU PROBLEMAS	Nº	SUBTOTAL
Digestivos	Dor de barriga	14	29
	Vômito	08	
	Dor no fígado	07	
Cardiovascular	Pressão alta	32	32
Endocrinológico	Diabetes	05	05
Respiratórios	Asma	08	15
	Bronquite	07	
Otorrinolaringológicos	Resfriado	21	128
	Gripe	35	
	Dor de garganta	29	
	Dor de ouvido	20	
	Sinusite	23	
Neurológico	Tontura	03	03
Locomotor	Dor nas costas	07	07
Gerais	Dor de cabeça	55	143
	Febre	49	
	Dor de dente	15	
	Alergia	24	
TOTAL			362

Fonte: O autor.

Do total dos entrevistados, 143 usuários indicaram o grupo de doenças gerais como os problemas costumeiros, seguidos por sintomas classificados como otorrinolaringológicos com 128 e cardiovasculares com 32. Os demais grupos tiveram uma soma pouca expressiva. Isso demonstra problemas de saúde habitual na população, como apontando em outros estudos sobre a saúde da população em outros estados brasileiros.

Nesse contexto, Tanaka e Resenburg (1990) ao estudar a utilização dos serviços ambulatoriais de saúde nos PAs, identificaram que um dos motivos mais frequentes que levam os pacientes a buscar por estes serviços diz respeito principalmente a problemas relacionados ao aparelho digestivo e respiratórios. Contudo, alguns usuários apontaram problemas de saúde crônico-degenerativos, demonstrando que o entendimento do problema costumeiro pode variar de pessoa para pessoa. Uma pessoa pode ter uma doença crônica e conviver com esta pensando estar controlada e não sentir-se doente.

Após o entendimento de problemas costumeiros, o usuário foi questionado sobre os meios utilizados por ele na tentativa de resolver o problema quando estes ocorrem. Nesse sentido, utilizou-se os conceitos de Novakoski (1999) de automedicação⁵⁹, cuidados tradicionais⁶⁰ e serviços de saúde⁶¹, pois acredita-se que este vem de encontro com os objetivos da pergunta investigada, salientando um indicativo de histórico dos usuários com problemas de saúde considerados costumeiros.

Para Helman (2003, p. 71) a complexidade da sociedade contemporânea reflete na multiplicidade de serviços de saúde oferecidos. Segundo ele,

as pessoas que sofrem algum desconforto fisiológico ou emocional contam com diversas formas de ajuda, por conta própria ou por meio de outras pessoas. Elas podem, por exemplo, decidir descansar ou tomar um remédio caseiro, pedir ajuda a um amigo, parente ou vizinho, consultar um sacerdote local, um curandeiro ou uma “pessoa sábia” ou, então, consultar um médico desde que exista um disponível. Essas pessoas podem, também, tomar todas essas medidas ou apenas uma ou duas e podem torná-la em qualquer ordem.

Questionados sobre as medidas e/ou recursos utilizados quando os problemas considerados costumeiros aparecem, dos 250 entrevistados a primeira medida tomada por 214

⁵⁹ Envolve todos os recursos e cuidados ao doente por uma pessoa da família, com uso de ervas e remédios caseiros, inclusive a utilização de medicamentos por conta própria.

⁶⁰ Recorre a um curandeiro, benzedeiro, balconista de farmácia, massagista, entre outros, consultado fora da família.

⁶¹ Todos os cuidados prestados ao doente por uma pessoa “qualificada”, médico, enfermeiro, pessoal da enfermagem, dentista, entre outros dentro de serviços formais de saúde.

foi a opção pela automedicação, 31 procuraram os serviços de saúde, 4 fizeram uso dos cuidados tradicionais e somente 1 respondeu não fazer nada (Tabela 33).

Tabela 33 - Medidas e recursos utilizados pelos entrevistados para os problemas de saúde considerados costumeiros, Londrina, 2013.

ENTREVISTADOS	1ª MEDIDA	2ª MEDIDA	3ª MEDIDA
250	214 A	191 SS	-
		23 CT	23 SS
	31 SS	2 A	-
	4 CT	3 A	2 SS
	1 N	-	-

A: Automedicação; CT: Cuidados Tradicionais; SS: Serviços de Saúde; N: Nada

Fonte: O autor.

O número de pessoas que se automedicaram como primeira medida para um problema costumeiro é muito grande, pois dos 214 que utilizaram a automedicação, 191 procuraram um serviço de saúde logo após a primeira medida não surtir efeito, 23 recorreram aos cuidados tradicionais, que também não resolveu o problema levando-os a buscar os serviços de saúde.

Sobre o número baixo de pessoas que declararam fazer uso de cuidados tradicionais acredita-se que pode ser explicado pela descrença de grande parte da população por esse tipo de cuidados de saúde, visto que a maioria é creditada a pessoas mais idosas que acreditam em determinados meios para a cura de algumas doenças, como as benzedadeiras ou curandeiros, ou com a utilização de ervas para curar algumas dores ou incômodos fisiológicos.

Por outro lado, dos usuários que disseram utilizar os serviços de saúde como primeira medida, apenas 2 relataram que podem fazer uso da automedicação se os serviços de saúde não resolverem seus problemas. Os demais pensam não ser necessário o uso de automedicação, pois seus problemas serão resolvidos pelos serviços de saúde. Um fato preocupante é que a maioria respondeu que os serviços de saúde são o recurso final que pode ser utilizado para resolver os problemas costumeiros de saúde. Entretanto sabe-se que muitas vezes isso não ocorre, podendo ser buscado a qualquer momento.

Também foram feitas questões para os problemas considerados graves e os entrevistados exemplificaram relacionando os recursos utilizados. Na relação dos problemas graves apontados pelos usuários entrevistados no HU e AHC, tivemos 435 respostas do total das 250 entrevistas (Tabela 34).

Tabela 34 - Sintomas graves, por grupos de doenças, de acordo com os entrevistados, Londrina, 2013.

GRUPO DE DOENÇAS	DOENÇAS OU PROBLEMAS	Nº	SUB-TOTAL	%
Digestivos	Dor no fígado	6	10	2,2%
	Úlcera no estômago	4		
Cardiovascular	Derrame/AVC	17	28	6,4%
	Problema no coração	07		
	Pressão alta	04		
Endocrinológico	Diabete	38	38	8,7%
Neurológico	Parkinson	01	03	0,7%
	Alzheimer	02		
Locomotor	Artrite	03	07	1,7%
	Artrose	02		
	Hérnia de disco	01		
	Dor na coluna	01		
Infecciosas	AIDS	147	151	34,8%
	Meningite	04		
Neoplásicos	Câncer	156	156	35,9%
Geniturinários	Pedra no rim	05	05	1,1%
Mentais e comportamentais	Depressão	16	12	2,8%
Respiratórios	Pneumonia	25	25	5,7%
TOTAL		435	435	100%

Fonte: O autor.

De acordo com os dados, percebe-se que 35,9% dos entrevistados indicaram as neoplasias como doença graves, seguidos pelos problemas infecciosos com 34,8%, sendo a Aids a mais lembrada, aparecendo, ainda, o endócrino com 8,7%. Essas informações apontam para graves problemas de saúde muito lembrados como a Aids e o câncer, mostrando em parte a preocupação das pessoas com esses tipos de doenças. Dessa maneira, assim como foi apontado pelos entrevistados como problemas costumeiros alguns mais graves, aqui também houve a lembrança de problemas mais simples como os digestivos.

Indicados os problemas considerados mais graves, os entrevistados também foram questionados sobre o modo de tratamento e/ou recursos utilizados por estes para tais doenças (Tabela 35).

Dos 250 entrevistados, 234 procuraram diretamente os serviços de saúde como primeira medida e 16 tentaram resolver o problema com automedicação. Porém, os 16 que fizeram uso da automedicação não obtiveram resultados satisfatórios, tendo que recorrer posteriormente aos serviços de saúde. As pessoas que buscaram diretamente os serviços de saúde como primeira medida conseguiram resolver o problema, não sendo necessários outras

medidas. Aqui, cabe lembrar, que não houve nenhuma referência aos cuidados tradicionais, o que permite inferir, que isso tenha ocorrido em razão da baixa eficácia deste tipo de cuidados para doenças consideradas graves.

Tabela 35 - Medidas e recursos utilizados pelos entrevistados para os problemas de saúde considerados graves, Londrina, 2013.

ENTREVISTADOS	1ª MEDIDA	2ª MEDIDA	3ª MEDIDA
250	16 A	16 SS	resolve na 2ª medida
	234 SS	resolve na 1ª medida	-
	0 CT	-	-
	0 N	-	-

A: Automedicação; CT: Cuidados Tradicionais; SS: Serviços de Saúde; N: Nada

Fonte: O autor.

Deve-se frisar que muitas pessoas procuram os serviços de saúde esperando que seu problema seja resolvido de imediato, porém, sabe-se que dependendo do caso isso não ocorrerá no primeiro atendimento. Há casos em que o paciente é transferido para outros serviços de saúde – média e alta complexidade – para seu problema ser diagnosticado e tratado.

Muitos usuários/pacientes que procuram os serviços de saúde tem o costume frequente de potencializar determinados profissionais, gerando a mitificação e o endeusamento destes (CAMPOS, 1997). Dessa maneira, o usuário tem esperança – baseada nessa confiança – de que esse médico trará resolubilidade ao problema de saúde apresentado. Entretanto, pode-se dizer que o usuário tem a confiança de que o seu quadro de saúde será diagnosticado e resolvido no serviço de saúde procurado.

Esse contexto vem de encontro a outro questionamento realizado durante a entrevista, que versava sobre os tipos de serviços geralmente utilizados pelos usuários, onde estes podiam apontar um ou mais serviços independente do tipo e gravidade do problema de saúde.

De acordo com os dados da tabela 36, percebe-se que os serviços de saúde costumeiramente utilizados pelo entrevistado, indiferente do tipo de problema, a maioria – 53,1% – recorre num primeiro instante ao atendimento primário das UBS, buscando por serviços mais complexos do sistema de saúde da rede dependendo da gravidade de seu problema. Outros 30,7% buscaram diretamente serviços mais complexos como os oferecidos nos pronto-socorro/emergência e hospitais, pelo sintoma – gravidade – apresentado ou ainda, pela facilidade de atendimento. Dessa maneira, infere-se que os usuários buscam pelos

serviços de atenção primária das UBS num primeiro momento e, quando estes não são resolvidos, buscam os serviços de maior complexidade como segunda opção.

Tabela 36 - Serviço de saúde normalmente utilizado pelo entrevistado, Londrina, 2013.

SERVIÇOS DE SAÚDE	NÚMERO	PORCENTAGEM
Programa de Saúde da Família	0	0,0%
Posto de Saúde/Unidade Básica de Saúde	178	53,1%
Pronto-Atendimento	15	4,5%
Pronto-Socorro/Emergência	52	15,5%
Hospital	51	15,2%
Consultório Particular	16	4,8%
Outros	23	6,9%
TOTAL	335	100,0%

Fonte: O autor.

Com relação aos usuários (15,2%) que buscam o atendimento de média complexidade – hospital –, isso se deve principalmente ao fato da questão locacional, ou seja, facilidade de acesso geográfico, como também pela estrutura oferecida por esse tipo de serviço e até da "tendência hospitalocêntrica impregnada na política e na prática de saúde" (NOVAKOSKI, 1999, p. 172).

Sobre os motivos que levam as pessoas a procurar os serviços de saúde das emergências e dos hospitais, mesmo não sendo situações de emergência, foram apontados os seguintes: para que não aconteça o pior; pelas UBS não atenderem à noite; os serviços prestados são melhores que os das UBS; pela proximidade de sua casa; pela dificuldade de marcar consulta; para conseguir realizar exames; foi encaminhado pelo médico. Por outro lado, houve dores agudas e necessidade de conseguir atendimento complementar que não são realizados nas UBS e UPA. São estratégias de sobrevivência, mesmo que embora sobrecarregue as UPAs e o HU.

Nesse contexto, observa-se que a população de modo geral considera que a prática mais acertada seria buscar primeiramente uma unidade de APS para consulta preventiva e posterior encaminhamento para outro serviço da rede de acordo com sua complexidade. Entretanto, não é isso o que vem ocorrendo, pois muitos usuários se utilizam da estratégia de procurar diretamente os serviços de emergência no sentido de conseguir o atendimento mais rápido. Assim, ocorre que muitas vezes o que se pensava que era um caso de emergência não o era, e que poderia ser resolvido na unidade básica de saúde, levando em muitos casos, a

lotação nas salas de emergência. Essa são estratégias utilizadas pelos usuários para superar a falta de resolubilidade da APS.

Também, não se pode criticar os usuários envolvidos nesse tipo de situação descrita acima, pois as pessoas merecem o melhor atendimento possível, mais digno e humano e nos melhores serviços de saúde, pois buscam pela solução definitiva para seus problemas de saúde. Os motivos dessa escolha podem ser variados e envolvem fatores que não são o objeto da pesquisa, mas é uma questão importante saber os motivos que levam a população a procurar por serviços de saúde de acordo com suas necessidades e a estrutura de atendimento da rede de saúde.

É importante destacar a importância das equipes de saúde da família no trabalho preventivo e do vínculo com o médico no serviço de atenção primária resultaria na diminuição da procura por serviços emergenciais por pessoas com sintomas e/ou problemas não emergenciais. Dessa maneira, o uso aleatório das emergências por qualquer sintoma traz problemas sérios para esse tipo de serviço, tais como: falta de leitos, sobrecarga de trabalho, redução da qualidade do serviço além de gerar um custo maior para o sistema de saúde.

Londrina contava em 2014 com 53 unidades básicas de saúde, entretanto esse número não é suficiente, levando em conta que nem todos os problemas de saúde da população são resolvidos com quantidade e sim com qualidade do serviço ofertado, para esse tipo de serviço. A maioria das UBS não possuem estrutura física, humana e técnica para suprir às necessidades que lhes chegam, mesmo porque, não são preparadas para isso.

Analisando o contexto das UBS, nota-se conforme a tabela 37 que totalizam 100 médicos com regime de trabalho variando de 8h, 12h, 24h e 40h diárias com vínculo empregatício estatutário – há ainda alguns com contrato temporário, bolsa ou residência. Há, ainda, outros 104 atuando pelo ESF. Estes atuam nas especialidades de clínico geral, pediatria e ginecologia e obstetrícia. Juntamente a estes profissionais, estão 26 enfermeiros e 346 auxiliares de enfermagem mais os 105 enfermeiros da ESF e 192 auxiliares de enfermagem da ESF.

O fato dessas UBS possuir poucos profissionais médicos de apenas três especialidades médicas e enfermeiros e de ser um serviço de promoção de saúde e prevenção de agravos, pode ser um fator que explique a demanda espontânea dos usuários ao HU.

Tabela 37- Número Servidores e profissionais da saúde por Unidade Básica de Saúde em Londrina, 2014

UBS	A E	A E ESF	E	E ESF	F	M	M ESF	TSB	ASB	ASB ESF	CD	CD ESF	P	FO	FA	N	AA	ACS	TOTAL
Guairaça	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Patrimônio Selva	1	6	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
São Luiz	3	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	10
Três Bocas	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Cafezal	11	6	0	2	4	2	3	1	2	0	2	1	2	1	1	1	2	4	45
Novo Amparo	5	2	0	1	2	2	1	0	2	0	1	1	1	0	1	1	2	0	22
Guaravera	1	3	0	2	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	8	20
Piza Roseira	6	7	0	3	0	2	4	2	4	0	2	0	0	1	0	0	3	2	36
Cabo Frio	5	3	1	3	0	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	2	7	29
Mora Lima	4	3	0	2	2	0	2	0	3	0	1	1	1	0	1	1	2	2	25
JD Eldorado	6	4	0	2	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3	3	24
Maria Cecília	29	6	5	4	0	9	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	5	3	65
CSU	8	4	1	2	0	2	2	1	2	0	2	0	0	0	0	0	3	2	29
Milton Gavetti	7	2	0	2	0	1	1	1	3	0	1	0	0	0	0	0	2	2	22
Mister Thomas	4	2	0	1	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	16
Alvorada	8	2	0	2	0	3	1	1	5	0	2	0	0	0	0	0	2	2	28
Maravilha	0	3	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1	11
Patrimônio Regina	4	0	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	14
Taquaruna	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Ideal Armando	4	3	0	1	0	1	1	0	1	0	2	0	0	1	0	0	2	1	17
PQ Guanabara	5	4	0	2	2	2	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	3	2	25
Vila Fraternidade	4	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	12
Aquiles Stenghel	10	5	0	4	0	2	3	1	3	1	2	0	0	1	0	0	3	3	38
Vila Nova	8	4	2	2	2	2	2	1	0	1	1	1	2	0	1	1	3	2	35
Lerrovile	4	3	0	2	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	2	18
Warta	2	2	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	12
Vila Brasil	5	3	0	2	0	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	2	20
CJ João Paz	8	4	1	1	2	1	2	1	3	1	2	1	0	0	0	1	3	2	33
Panissa	11	4	1	3	0	3	3	1	2	1	1	0	0	1	0	0	4	4	39
JD do Sol	6	3	0	2	0	2	1	2	3	0	1	0	0	0	0	0	2	1	23

UBS	A E	A E ESF	E	E ESF	F	M	M ESF	TSB	ASB	ASB ESF	CD	CD ESF	P	FO	FA	N	AA	ACS	TOTAL
JD Bandeirantes	9	7	0	2	0	1	4	2	3	2	0	1	0	0	0	0	2	5	38
Paiquere	4	3	0	1	1	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	5	19
JD Tokio	8	2	1	0	3	2	2	2	3	0	2	0	1	0	1	1	0	3	31
JD Leonor	17	2	2	2	3	5	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	4	2	49
Irere	2	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	16
Dr W Zamarian	5	5	0	4	1	3	3	0	4	0	3	0	1	0	0	1	3	2	35
Itapoa	11	6	0	4	0	4	3	1	3	1	2	0	0	0	0	0	3	3	41
Ouro Branco	8	3	1	3	0	2	2	1	5	0	5	0	1	0	1	1	3	3	39
Campos Verdes	0	8	0	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	3	18
União da Vitória	13	6	1	4	0	6	3	0	2	1	2	1	0	1	0	0	3	4	47
JD Marabá	11	6	3	3	3	3	4	2	3	1	2	1	0	0	2	2	2	3	51
Chefe Newton	10	7	1	4	3	4	3	1	2	0	3	0	0	1	0	0	3	5	47
Vila Casone	7	3	0	2	0	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	24
San Izidro	4	3	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	14
Vivi Xavier	9	5	0	3	0	2	4	1	3	0	2	0	0	0	0	0	2	7	38
Centro	8	4	1	2	0	3	3	2	2	2	1	0	0	1	0	0	3	2	34
Parigot de Souza	5	6	0	3	0	2	3	2	0	0	2	0	0	1	0	0	2	3	29
Giovane Lunardelli	11	5	0	3	0	3	3	1	3	1	2	1	0	0	0	0	2	10	45
Vila Ricardo	5	4	1	2	0	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	8	27
Lindoia	10	2	0	3	0	3	3	1	3	0	2	0	0	0	0	0	2	7	36
JD Santiago	7	5	1	3	0	1	4	1	4	0	2	0	0	0	0	0	3	4	35
Carnascialli	7	2	0	2	0	3	2	1	3	0	1	0	0	0	0	0	3	6	30
Jamile Dequech	3	2	0	1	0	2	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	2	1	15
TOTAL	346	192	26	105	39	100	104	36	88	20	66	12	11	10	10	12	118	150	1445

Fonte: CNES/DATASUS.

UBS: Unidade Básica de Saúde; AE: Auxiliar de Enfermagem; AE-ESF: Auxiliar de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família; E: Enfermeiro; E-ESF: Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família; F: Fisioterapeuta; M: Médico; M-ESF: Médico da Estratégia de Saúde da Família; TSB: Técnico em Saúde Bucal; ASB: Auxiliar em saúde Bucal; ASB-ESF: Auxiliar em saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família; CD: Cirurgião Dentista; CD-ESF: Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família; PC: Psicólogo Clínico; FO: Fonoaudiologia; N: Nutricionista; AA: Assistente Administrativo; ACS: Agente Comunitário de Saúde.

No ano de 2013, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina foram realizados 583.147 consultas médicas o que corresponde a 48.595 consultas por mês e 171.319 consultas enfermeiro, representando a média mensal de 14.276 consultas. Isso representa um número muito alto de consultas pelo número de médicos e enfermeiros existente na rede pública do município de Londrina.

Em um levantamento realizado em todas as UBS de Londrina pela Comissão de Seguridade Social da Câmara de Vereadores, foi encontrado diversos problemas como a falta de equipamentos básicos, como termômetros, a falta de equipamentos médicos, materiais de trabalho e profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros. Segundo o presidente da comissão, não é raro encontrar UBS onde os esfigmomanômetros⁸⁸ são compartilhados entre os médicos.

A carência de profissionais atuando nas unidades também foi identificada pelo levantamento da comissão. Em cada UBS os vereadores perguntavam qual era a escala atual e qual seria o número ideal de médicos, enfermeiros e agentes de saúde. “Não sei se por medo, mas em uma UBS nos disseram que estava tudo bem, sem a necessidade de mais ninguém. Já em outras, nos disseram que seria ideal ter mais três médicos, pelo menos”, disse o vereador ao JL do dia 11/07/2014.

Já nas unidade de saúde com atendimento de urgência e emergência há um número maior de médicos – 111 – do que nas UBS, porém mesmo assim há dificuldades no atendimento em função da grande quantidade de pessoas que a procuram e pela falta de profissionais médicos (Tabela 38).

Tabela 38 - Número de profissionais da saúde nas Unidades de Urgência e Emergência em Londrina, 2014.

US	AE	TE	E	F	M	TRI	FO	AS	N	FA	PC	TOTAL
SAD	16	1	4	3	6	0	0	2	1	1	1	35
PAM	95	1	10	0	40	6	0	0	0	2	0	154
POLICLINICA	4	1	8	2	25	1	3	1	4	0	1	50
UPA SABARA	32	3	11	0	20	8	0	1	0	1	0	76
PA JD LEONOR	22	18	5	0	20	3	0	0	0	0	0	68
TOTAL	169	24	38	5	111	18	3	4	5	4	2	383

Fonte: CNES/DATASUS.

US: Unidade de Saúde; AE: Auxiliar de Enfermagem; TE: Técnico em enfermagem; E: Enfermeiro; F: Fisioterapeuta; M: Médico; TRI: Técnico em Radiologia e Imagenologia; AS: Assistente Social; N: Nutricionista; PC: Psicólogo Clínico.

⁸⁸ Nome oficial dos aparelhos utilizados para medir a pressão arterial.

Muito se fala sobre o índice ideal de médicos por habitantes e citam que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como parâmetro ideal de atenção à saúde da população a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. Porém sabe-se que não há como estabelecer um índice ideal e muito menos comparar esses índices com outros estados ou países, pois cada um possui suas especificidades, dimensões territoriais, condições sociais e econômicas, cultura, entre outros. É impossível estabelecer-se um parâmetro ou meta ideal de número de médicos necessários, pois isso implicaria responder ao questionamento de qual o tipo de médico, quais as especialidades, em função da facilidade de acesso da população, recursos existentes, distâncias a percorrer, tecnologia disponível, etc., para então estabelecer-se um indicador ideal.

Embora não haja um parâmetro para estabelecer um número ideal de médicos para um grupo de habitantes conforme dito acima e avaliar as condições de atendimento, mas há em Londrina a relação de 0,62 médico para cada grupo de 1.000 habitantes atendendo nas Unidades de Saúde do município, excetuando os demais médicos do SUS que atendem no município assim como os médicos particulares.

Existe, indubitavelmente, falta de médicos em determinados municípios do País e mesmo na periferia das grandes cidades, porque essas carecem de mínimos atrativos para a fixação dos novos profissionais. Algumas das dificuldades apontadas para estes problemas são: ausência de carreira de cargos e salários promovidos por concurso pelo governo com estabilidade, melhores recursos financeiros, humanos, segurança e materiais adequados, com apoio e sustentabilidade política, fomento de opções tecnológicas para educação continuada e para o exercício em atendimento básico à saúde.

Outro ponto importante a destacar sobre a grande procura da população por serviços de emergência está intrinsecamente ligado com a cultura das pessoas que se acostumaram a buscar diretamente por estes serviços, com um sistema de saúde com recursos escassos, em muitos casos com baixa resolução e com encaminhamentos muitas vezes sem critérios predeterminados.

Os fatores que realmente são fundamentais para a utilização de consultas nos serviços de emergência são: a dedução da gravidade do problema pelo paciente, tempo do sintoma, aspectos socioeconômicos, características demográficas, meio de transporte utilizado e o tempo de deslocamento (STEIN, 1998). Para ele, a grande quantidade de procura por estes serviços de saúde acaba dificultando o acesso às verdadeiras emergências.

A relação entre o serviço de saúde costumeiramente utilizado pelo entrevistado e o município onde busca pelo mesmo mostrou-se significativo, pois a população usuária do sistema de saúde dos municípios da 17ª RS buscam pelos serviços de atenção primária nas UBS de seus municípios e, posteriormente, os serviços mais especializados ou de urgência e emergência existente em Londrina – Hospital Zona Norte, Hospital Zona Sul, Hospital Universitário – como os serviços habitualmente utilizados quando necessários, o que confirma o Município como polo de serviços de saúde de média e alta complexidade, sendo referência para os demais municípios da região, com constante fluxo de utilização destes serviços.

Sobre a relação procura pelos serviços de saúde/resolubilidade dos problemas, sejam eles considerados costumeiros ou graves, todos os entrevistados foram enfáticos em suas respostas ao apontar que não retornam aos mesmos serviços uma vez procurados e não resolvido o problema (Tabela 39). Estes disseram que quando o problema não era resolvido, pediam encaminhamento para outro serviço de saúde e, quando não conseguiam, buscavam por conta própria.

Tabela 39 - O que o entrevistado faz quando procura um serviço de saúde e seu problema não é resolvido, Londrina, 2013.

SERVIÇOS DE SAÚDE	NÚMERO	PORCENTAGEM
Retorna ao mesmo serviço	0	0,0%
Procura outro serviço: 250	250	100,0%
Procura alternativas de tratamento	0	0,0%
TOTAL	335	100,0%

Fonte: O autor.

Por outro lado, aqueles que buscaram os serviços privados e também não conseguiram a resolução de seus sintomas, também buscaram por outros serviços não retornando ao mesmo. Destaque para o fato de que nenhum entrevistado procurou por tratamentos alternativos quando não conseguiram resolver seus problemas numa primeira tentativa.

Dessa maneira, fica evidente que as pessoas usam de diferentes estratégias para conseguir sanar seus problemas de saúde. Assim, em função de não conseguir a resolução de seus problemas em determinados serviços de saúde, os usuários acabam se submetendo a mais de um atendimento.

Diante disso, os entrevistados procuraram o HU em razão de não terem ficados satisfeitos com os serviços prestados nas UBS e UPAs. Isso aconteceu em razão de seus

problemas permanecerem mesmo após a utilização dos serviços de saúde dessas unidades, levando-os a procurar por um novo serviço.

Para Degani (2002), a demora do atendimento e a escassez de recursos – tecnológicos ou profissionais – são alguns dos motivos que fazem com que muitos usuários busquem por outro serviço de saúde. A demora pode ser causada por falha na organização dos serviços, que acaba implicando em, baixa e/ou ausência de resolubilidade, o que é crucial para afastar o usuário de sua área geográfica – UBS de seu bairro – e dificulta o vínculo com a ESF. Já a escassez de recursos pode estabelecer a procura para outros serviços que, para Degani (2002), culturalmente é marcada pela valorização do modelo médico-privatista, o que acaba por comprometer a resolubilidade e a qualidade do atendimento.

Os motivos elencados pelo autor mostram a dificuldade no acesso funcional que compromete o acesso geográfico e econômico, refletindo no acesso cultural. Dessa forma, constata-se que, segundo Unglert (1990, p. 445), "o acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde", abrangendo fatores culturais e socioeconômicos agindo mutuamente com a estrutura política do país.

4.5 OS MOTIVOS DA BUSCA PELOS SERVIÇOS DO HU E AHC

A utilização dos serviços de saúde do HU e do AHC, no que diz respeito ao problema de saúde apresentado pelos usuários na internação hospitalar ou pela busca da emergência do hospital, foi analisada pelo contexto da trajetória dos usuários, conhecendo desde o primeiro contato até o presente, demonstrando, assim, os diferentes fluxos dos serviços e o acesso a eles.

O caminho percorrido pelos usuários entrevistados foram os mais diferentes possíveis. Tanto os residentes dos municípios da 17ª RS quanto os de Londrina, buscaram diversos tipos de atendimento, desde as unidades básicas de saúde, consultórios particulares, unidades de pronto atendimento, automedicação, convênios médicos, demonstrando as estratégias utilizadas pela população para resolver seus problemas de saúde.

Dos principais problemas de saúde apontados pelos entrevistados que os motivaram a buscar os serviços do HU, destacam-se os ortopédicos, com 19,6%, os neonatológicos, com 14,4% e os obstétricos com 12,4% (Tabela 40).

Tabela 40 - Principais problemas de saúde que levou a busca pelos serviços do HU, Londrina.

Especialidade	Número	%
Cardiológico	10	4,0%
Dermatológico	2	0,8%
Endocrinológico	4	1,6%
Gastroenterológico	7	2,8%
Ginecológico	3	1,2%
Hematológico	6	2,4%
Nefrológico	5	2,0%
Neonatalógico	36	14,4%
Neurológico	15	6,0%
Obstétrico	31	12,4%
Oftalmológico	19	7,6%
Ortopédico	49	19,6%
Otorrinolaringológico	10	4,0%
Pediátrico	9	3,6%
Pneumológico	5	2,0%
Psiquiátrico	2	0,8%
Reumatológico	8	3,2%
Urológico	29	11,6%
TOTAL	250	100,0%

Fonte: O autor.

Esses dados representam um grau de especialização dos serviços procurados pelos usuários entrevistados em razão da baixa especialização dos serviços oferecidos nas unidades básicas de saúde e/ou centro de saúde. Em ambos, na maioria das vezes conseguem consultas, frequentemente para após alguns dias ou podem demorar até meses dependendo da especialidade. Diante da demora e dos sintomas apresentados, buscam diretamente os serviços do HU ou esperam a consulta para tentar o encaminhamento.

Há também que destacar, que muitas unidades de saúde possuem um caráter de priorizar consultas e medicamentos, o que faz com que o paciente busque por outros serviços que diagnostique sua doença, já que não busca apenas receitas médicas. Isso repercute na falta de resolubilidade do sistema, pois consegue apenas "minimizar sintomas e sinais individuais para o alívio do sofrimento de seus usuários, o que, muitas vezes, pode até não ocorrer, pois o acesso equânime não é uma realidade nos serviços, protelando o atendimento integral e a ação coletiva" (DEGANI, 2002, p. 129).

Como a rede hierarquizada de saúde pública é onerosa, muitos municípios priorizam o atendimento de atenção primária prioritariamente oferecidos nas unidade básicas de saúde e equipes de saúde da família por ser menos onerosa aos seus cofres públicos – baixo

investimento em equipamentos tecnológicos de alta complexidade – não investindo em unidade de emergência ou hospital geral. Dessa forma, para a população desses municípios que necessitam de atendimento mais especializado, fica a alternativa de esperar o encaminhamento para o HU de Londrina ou buscá-lo diretamente em sua ala de emergência.

O reflexo desse tipo de política de saúde é a saturação dos serviços do hospital universitário, oneração dos custos do hospital, sobrecarga de trabalho, entre outros. De outro lado, muitos prefeitos e secretários de saúde ficam livres de oferecer serviços mais especializados e/ou maior investimento no setor, disponibilizando em muitos casos, seus veículos do setor para transportar pacientes até Londrina.

Do total de usuários entrevistados, 55,2% já haviam procurado por duas vezes os serviços de saúde, mas permaneceram apresentando o mesmo sintoma, o que motivou sua procura pelo HU (Tabela 41). Outros 18% buscaram três vezes os serviços para o mesmo sintoma e 1,6% buscou cinco vezes serviços diferentes pelo mesmo problema de saúde, o que demonstra a baixa resolubilidade dos serviços prestados nas unidades básicas de saúde.

Tabela 41 - Número de vezes que buscou algum serviço de saúde pelo mesmo problema nos últimos 12 meses.

QUANTIDADE	NÚMERO	%
1	52	20,8%
2	138	55,2%
3	45	18,0%
4	11	4,4%
5	4	1,6%
TOTAL	250	100

Fonte: O autor.

Isso suscita uma preocupação com os serviços de atenção primária das unidades básicas de saúde, pois não estão cumprindo seu papel de investigação e diagnóstico da doença e posterior encaminhamento para o especialista adequado. Há ainda que considerar o gênero medicamentoso de algumas unidades de saúde assim como o tempo gasto pelo médico na consulta, como podemos ver nas palavras do usuário D:

"a gente demora uns dias para conseguir uma consulta com um especialista. Passa hora e mais hora na fila, as vezes a gente vem até de madrugada para pegar senha e quando chega o dia da consulta o doutor fica com a gente cinco minutos? Vê se pode isso. Tira a pressão da gente, pergunta o que to sentindo, não me pede exames e me dá uma receita de remédio".

Deve-se considerar também, que o número de pessoas que procuram por quatro ou cinco vezes os serviços de saúde na tentativa de obter a identificação e posterior resolubilidade de seu problema são casos mais graves e que não seriam resolvidos nas unidades ou centros de saúde. Determinadas especialidades da medicina só são oferecidas pelo SUS na região onde está inserido o HU de Londrina. Nesses casos, os pacientes perderam tempo buscando por serviços errados que podem até comprometer a sua saúde em função de determinadas doenças.

Por outro lado, ao analisar a quantidade de vezes que os usuários entrevistados procuraram os serviços do HU nos últimos doze meses, a grande maioria, 93,6% estavam sendo assistidos no HU pela primeira vez, conforme a tabela 42. Muitos elencaram a importância que o hospital tem na região, a sua estrutura, boa qualidade dos médicos, recomendações de amigos e encaminhamentos pelas secretarias municipais e consórcios de saúde, como motivos para essa procura.

Tabela 42 - Quantas vezes procurou o HU nos últimos 12 meses.

QUANTIDADE	NÚMERO	%
1	234	93,6%
2	14	5,6%
3	4	1,6%
TOTAL	250	100,0%

Fonte: O autor

Os casos em que houve mais de uma procura podem ser explicados por ser novos procedimentos e/ou acompanhamento de tratamento, ou ainda, por sintomas diferentes dos anteriores. Assim, esses pacientes procuraram diretamente os serviços do HU sem passar pelas unidades básicas de saúde por saberem do grau de resolubilidade do hospital perante as UBS, assim como pela complexidade dos seus sintomas e pelas diferentes especialidade médicas encontradas no HU.

Registra-se ainda, que muitos usuários entrevistados tentaram outros serviços de saúde da rede pública – municipal ou estadual – existentes em seus municípios e em Londrina, mas que não tiveram seus problemas de saúde resolvidos e que buscaram por conta própria o HU ou acabaram sendo encaminhados para ele, por seus sintomas apresentarem determinadas complexidades não existente nessas redes de saúde.

Pelas dificuldades de sanar seus problemas de saúde e também pela pressa do paciente em cuidar de sua saúde, a maioria dos usuários entrevistados, 55,2% (Tabela 43) buscaram os

serviços do HU de Londrina por conta própria, ou seja, por demanda espontânea e 44,8% foram encaminhados ou pelas secretarias municipais de saúde ou pelos consórcios de saúde, nesse caso, o CISMENPAR.

Tabela 43 - Tipo de procura pelos serviços do HU, Londrina, 2013.

TIPO DE PROCURA	NÚMERO	%
Escolha Própria	138	55,2%
Encaminhamento	112	44,8%
TOTAL	250	100,0%

Fonte: O autor

Desse modo, deve-se destacar que quando há muita demanda espontânea, muitas vezes dificulta o bom atendimento a esses pacientes, pela quantidade de pessoas que buscam por esses serviços, principalmente os serviços de emergência do HU, no sentido de conseguir o atendimento e posterior internação ou exames laboratoriais, que demorariam muito mais tempo se recorressem às unidades básicas de saúde.

Os usuários que buscaram os serviços do HU por escolha própria sem o encaminhamento da unidade básica de saúde, justificaram essa opção pelo número insuficiente de médicos para a demanda de pacientes, atendimento ineficiente, desconfiança nos serviços prestados e medicalização do paciente, identificados em outros atendimentos realizados pela atenção primária. Dessa forma, 52,3% não acreditaram veementemente que seus problemas de saúde seriam sanados nas UBS (Tabela 44).

Tabela 44 - Motivos que explicam à procura pelo HU sem o encaminhamento das UBS de acordo com os entrevistados.

MOTIVOS	NÚMERO	%
Falta de Médico	32	12,1%
Atendimento Ineficiente	48	18,2%
Desconfiança dos serviços prestados nas UBS	138	52,3%
Não pedem exames e só receitam remédios	46	17,4%
TOTAL	264	100,0%

Fonte: O autor.

Um dos motivos que acarretam na utilização inadequada dos serviços de urgência dos hospitais que prestam esses serviços – HZN, HZS, HM, PAM – é a assistência prestada nas UBS e CS, que de maneira geral são em muitos casos insuficientes para dar conta da demanda ou são ineficientes e de difícil acesso (PAUL; REDDY; DEFLITCH, 2010).

Outro importante fato é o usuário que historicamente e culturalmente, prefere os serviços de emergência das UPAs e hospitais porque possuem uma visão que estes possuem melhor acessibilidade e resolubilidade ao seu sintoma, pois nas UBS e CS a oferta é, na maioria das vezes restrita, ou por desconhecimento da legítima função dos serviços de emergência ou porque ele realmente acredita que seu caso é urgente sem ter o real conhecimento do que realmente é urgência (KOVACS, 2005). Nesse caso, deve-se salientar que quando o paciente possui determinado sintoma, este pensa em primeiro lugar em resolubilidade de seu problema, ficando muitas vezes sem condições psicológicas de analisar ou entender se é urgente ou não ou mesmo o que é o conceito de urgência.

Os serviços de Pronto Atendimento de um Centro de Saúde ou de uma Unidade de Pronto Atendimento-UPA, é normalmente utilizado pela população como a porta da urgência não só para os casos mais graves, mas também, de forma eletiva, para complementar os atendimentos das UBS.

Também há uma constante no discurso dos servidores de saúde que a utilização incorreta nos casos eletivos descaracterizava a missão de atendimento de urgência, colocando o usuário em uma situação de ter que justificar a sua necessidade para a obtenção do atendimento. Quando o serviço é utilizado desta maneira pode acarretar na sobrecarga da equipe profissional, interferindo na qualidade da assistência prestada aos que realmente necessitam de atendimento de urgência.

Pode se perceber que as UBS e os serviços de urgência das UPAs de nível intermediário e clínico são utilizados pela população como porta de entrada do sistema de saúde, como concluíram os estudos em outras regiões brasileiras e países (KOVACS, 2005).

Questionados sobre o tipo de estabelecimento buscado (Tabela 45) antes de procurarem os serviços do HU e AHC, 75,6% dos usuários afirmaram terem ido às Unidades Básicas de Saúde, não apenas pelo problema de saúde apresentado, mas também por outros sintomas. Dessa forma, justifica-se a procura espontânea ao HU pela maior rapidez no atendimento, diferentes especialistas e exames, resultando em maiores perspectivas para a resolubilidade dos seus problemas.

Tabela 45 - Lugares que buscou atendimento até chegar no HU, londrina, 2013.

TIPO DO SERVIÇO	NÚMERO	%
PSF	0	0,0%
Posto de Saúde/Unidade Básica de Saúde	189	75,6%
Centro de Saúde	12	4,8%
UPA	7	2,8%
Hospital Municipal	9	3,6%
Outros	33	13,2%
TOTAL	250	100,0%

Fonte: O autor.

Dos usuários que foram encaminhados pela rede pública – municipal ou estadual – para o HU e AHC, 51,7% apontaram que o tempo médio desde a primeira consulta até o diagnóstico final do tipo de problema de saúde enfrentado pelo paciente, é de aproximadamente 1 à 3 meses, 20,5% de 4 à 6 meses e 15,2% de 7 à 8 meses, além de casos onde o tempo de espera foi superior a 12 meses (Tabela 46).

Tabela 46 - Tempo gasto do primeiro atendimento até o diagnóstico final.

TIPO DO SERVIÇO	NÚMERO	%
1 à 3 meses	58	51,7%
4 à 6 meses	23	20,5%
7 à 8 meses	17	15,2%
9 à 12 meses	6	5,4%
+ de 12 meses	8	7,2%
TOTAL	112	100,0%

Fonte: O autor.

Dessa forma, deve-se lembrar ainda, que essa foi a média para as especialidades dos usuários entrevistados, pois há outras especialidades que o tempo de espera é bem superior a 12 meses, levando em alguns casos o óbito do paciente antes mesmo de chegar o dia de sua consulta, como em casos de leucemia, cirurgia bariátrica, entre outros.

De um modo geral, pode-se afirmar que dos usuários entrevistados, a principal queixa apontada foi a dificuldade de conseguir atendimento na rede básica em razão da espera em filas, o tempo de demora e espera para agendamentos de consultas, resultado de problemas conjunturais, como aponta Unglert (1995) *apud* Roese (2005, p. 144):

[...] este problema seria caracterizado como a falta de acesso funcional, visto que as ações de saúde oferecidas pelo serviço de saúde não estão sendo suficientes para atender à população. Essa dificuldade pode ser apontada por meio de insuficiente número de unidade de saúde, bem como de profissionais, pela falta de planejamento e organização dos serviços, gerando, desta forma, uma rede básica insuficiente e de baixa resolubilidade.

Ou ponto a ser destacado se refere a consequência dessa demanda que deveriam ter um primeiro acesso nas UBS mas não o fazem e procuram diretamente os serviços de urgência e emergência do PAM, UPAs e Hospitais de Londrina, gerando a superlotação destes apresentando problemas que poderiam ser solucionados nas primeiras cidades, com procedimentos simples como curativos. Nesse sentido, não que o usuário não saiba qual serviço buscar de acordo com seu sintoma, mas ele busca o serviço de saúde que possui a maior facilidade e/ou possibilidade de entrar no sistema.

Ademais, concorda-se com Gerhardt (2000), ao referir-se à população que busca os serviços de saúde e para isso criam diferentes estratégias para suprir suas demandas, buscando articulações individuais ou coletivas. Há ainda, aqueles que mesmo possuindo condições financeiras de pagar por uma consulta particular mas que procuram internação no SUS, utilizando o seu direito constitucional. Para isso, algumas pessoas pagam por consultas particulares para conseguir o encaminhamento à internação hospitalar.

Outro ponto importante a ser destacado é a questão da resolubilidade dos problemas de saúde, que acaba aumentando o percurso dos usuários que buscam os serviços de saúde, seja ele de atenção primária, de média complexidade ou ainda nos consultórios privados. Há um certo "empurra-empurra" dentro do sistema público de saúde e até mesmo na privado, onde o paciente passa de médico em médico para resolver o seu problema, que as vezes não é solucionado. Pode-se dizer dessa maneira que a população busca a resolução do seu problema no nível de atenção que for necessário, mesmo que para isso, seja preciso buscar várias vezes e diferentes serviços de saúde para conseguir essa resolubilidade.

Marques (2004) estudando o acesso dos usuários aos serviços de um pronto atendimento em Porto Alegre identificou que o atendimento de alguns casos mais graves eram realizados no serviço do pronto atendimento e, num outro momento, se fosse necessário, o usuário era orientado a buscar os serviços de atenção básica ou secundária para nova investigação ou sequência do tratamento e/ou acompanhamento do problema.

Stein (1998, p. 163), elenca alguns problemas ocorridos em função da desorganização do sistema de saúde:

[...] má estrutura dos serviços públicos; duplicidade de atendimento (os pacientes podem ser atendidos em qualquer serviço quantas vezes acharem necessário, sem hierarquização); não comprometimento do serviço pelo atendimento continuado (atendimento fragmentado carente de organização que permita referência e contra-referência); atendimento curativo com enfoque apenas na queixa principal (o recurso humano no setor de saúde não está preparado para lidar com a complexidade da situação); o modelo não privilegia o atendimento integral com ênfase na prevenção.

Pode-se supor que um grande número dos usuários que buscam os serviços de saúde do SUS não o reconhecem como um sistema hierarquizado, onde a atenção básica lhe forneça o acesso aos demais níveis do sistema. Isso acaba fazendo com que busquem o serviço que lhe proporcione um atendimento mais rápido, concentrado em um mesmo local, que a seu ver ofereça um nível de resolubilidade mais alto que os demais serviços da rede pública de saúde. Assim, para Cohn *et al.* (1991), o usuário efetivo ou em potencial só consegue entender a regionalização e a hierarquização do Sistema de Saúde quando ele próprio enfrenta as dificuldades encontradas entre a possibilidade de acesso e sua real utilização.

Para Ludwig (2000), a procura pelos serviços de saúde ocorre por diagnóstico que o usuário faz da sua situação de saúde. Assim, sua escolha ocorrerá segundo sua percepção do que é simples ou grave e sempre resultará em uma procura espontânea aos serviços, confirmando o que foi citado por vários usuários entrevistados no HU.

De acordo com Degani (2002), a procura por serviços de saúde não acontece somente pelo desejo ou pela esperança do atendimento, mas é construída através de uma avaliação de experiência passadas pelo usuário, vizinhos ou familiares, que acabam influenciando na escolha do serviço que deverá ser acessado. Acrescenta-se ainda, a facilidade de acesso, a tecnologia disponível e maior resolubilidade dos serviços ofertados na influencia de sua escolha. Essa escolha poderá ocorrer independentemente de encaminhamentos feitos pelos profissionais ou pelos serviços de saúde.

Deve-se destacar ainda, que o não acesso também ocorre em função das desistências ocorridas em função do tempo de espera no atendimento, pela restrição do número de atendimentos imputada aos usuários, pela quantidade de recursos humanos e materiais, na maioria dos casos limitados, pelo acolhimento as vezes inadequado realizado pelos

trabalhadores da saúde por falta de capacitação técnica e pela ausência de vínculo com os serviços, em razão da baixa resolubilidade das ações.

De acordo com os usuários entrevistados o HU e AHC de Londrina possuem os melhores recursos técnicos, materiais, físicos e humanos da região entre os hospitais públicos, tornando-se um polo de serviços de referência no atendimento especializado e emergencial no Estado do Paraná, motivando a sua procura. Mesmo assim, está aquém de suprir as demandas da população, que sem muitas alternativas de atendimento especializado em seus municípios visualizam em Londrina uma oportunidade de suprir suas necessidades médicas em razão dos serviços prestados. Isso não ocorre apenas com a população de outros municípios, mas também com os moradores de Londrina que não satisfeitos com os serviços das Unidades de Saúde do Município, procuram diretamente o HU por ser referência em diversas especialidades e procedimentos médicos, com altos índices de resolubilidade polarizando a região.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública do Brasil passou por grandes transformações ao longo dos anos. No passado ela era caótica, com frequentes endemias e epidemias, sem um controle permanente das doenças e o combate irrestrito às suas causas. Já com a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve uma evolução nas condições de saúde e na assistência prestada à população, não visando apenas à doença, mas também o indivíduo de forma global e humanizada.

A criação e a implantação do SUS no Brasil tiveram como objetivo organizar a saúde de modo geral, fortalecer a atenção básica de saúde, instituir uma doutrina de cuidados primários no sentido de prover o cuidado especializado para atender as necessidades dos usuários. Nesse contexto, observa-se que as políticas públicas de atenção à saúde têm melhorado consideravelmente sua atuação no decorrer dos últimos anos. Entretanto, há muito que melhorar.

Atualmente o sistema público de saúde tem passado por problemas de ordem estrutural, econômico, gestão, infraestrutura física e humana e, nesse contexto, encontram-se os Hospitais Universitários em relação à falta de recursos financeiros e humanos para fornecer um atendimento adequado aos usuários do SUS. Acresce-se a isso, a demanda espontânea da população em busca dos serviços hospitalares. Desses problemas resulta a inadequação na prestação dos serviços, causando filas para as consultas e exames especializados, a falta de leitos nas enfermarias e, pacientes em macas nos corredores. Isso é agravado pela falta de verbas, pela política de vaga zero implementada pelo governo estadual em parceria com o Siate, e pela baixa confiabilidade dos usuários nos serviços prestados pela rede pública municipal de saúde, o que faz o paciente buscar atendimento direto no Hospital Universitário.

Verifica-se que a maioria - 76,8% - dos pacientes atendidos pelo HU é de Londrina em razão da número populacional que a cidade possui em relação as demais da 17ª RS, das diferentes especialidades oferecidas pelo Hospital, pela facilidade do acesso assim como pela falta de confiança nos serviços de saúde da rede municipal do município de Londrina, motivo este, também compartilhado pelos demais municípios pertencentes RS. Outros buscam em Londrina o atendimento adequado para as suas necessidades, visto que muitos de seus municípios de origem não possuem hospitais especializados ou gerais e outros apenas

oferecem uma unidade ou centro de saúde. Assim, resta ao cidadão buscar atendimento nas cidades “polos”, como é o caso de Londrina.

Com base nos resultados, pode-se afirmar que as estatísticas hospitalares são importantes no sentido de contribuir para melhorar o conhecimento dos gestores públicos sobre os aspectos sanitários, epidemiológicos e administrativos dos usuários dos serviços de saúde, visando equalizar os serviços prestados pelo hospital.

Os dados estatísticos do HU, transformados em informações, são ferramentas importantes que podem instrumentalizar os gestores para o planejamento de ações dos serviços de saúde com vistas à adequação das ações individuais e coletivas e atendimento adequado, às necessidades de saúde da população de Londrina e região.

A procura por serviços de saúde em Londrina expressa as necessidades do usuário através de consultas, acesso a exames, utilização de medicamentos, realização de procedimentos, pois é dessa maneira que rede pública de saúde organizam serviços e sua oferta. Contraditoriamente, as necessidades dos usuários podem ser outras. Elas podem ser a busca de respostas às questões socioeconômicas, às péssimas condições de vida, à solidão, violência, à necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou, ainda, o acesso a alguma tecnologia específica que lhe possa proporcionar qualidade de vida.

A busca por serviços de saúde estão ligados aos fatores e, dependendo da ordem de como estão dispostos, definem a escolha do usuário por determinado serviço. Os fatos que contribuem para isso são a gravidade ou urgência do problema, a resolubilidade do serviço, a tecnologia disponível, a acolhida, as condições de acesso – distância, as formas, o tempo e o custo do transporte –, a rapidez no atendimento, as experiências vividas por familiares ou amigos, agilidade no agendamento ou encaminhamento para serviços de outras especialidades ou complexidades, assim como o vínculo que alguns usuários possuem com determinados profissionais e serviços ofertados pelo Sistema de Saúde.

A baixa oferta de serviços de saúde em diferentes especialidades faz com que os usuários excedentes busquem atendimentos em lugares com maior possibilidade de entrar no sistema. Esse é o caso das UPAs e emergências hospitalares por terem o perfil adequado para atender essas demandas de maneira mais rápida e concentrada. Mesmo superlotados, esses locais concentram um grande número de recursos, quais sejam consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, enquanto as unidades de atenção básica oferecem apenas a consulta médica.

Deve-se lembrar também que muitos usuários criticam os serviços do SUS, principalmente os prestados nas UBS, mas muitos usuários deixam as consultas sem compreender o que os médicos lhes disseram, ou compreendem equivocadamente as orientações recebidas pelos médicos ou não foram capazes de entender as prescrições de medicamentos.

O modelo de saúde implementado pós-SUS teve uma significativa mudança na forma de organização do sistema de saúde, reordenando hierarquicamente os serviços, implementando uma nova maneira de inserção tanto dos trabalhadores como dos usuários. Mesmo assim, anos após sua implantação, vê-se que pouco mudou na forma de como o usuário é atendido nas UBS. Vê-se que a integralidade do cuidado ainda é dada pelo usuário. Pela trajetória analisada, ele ainda percorre sozinho, de acordo com seu critério e risco, e se utiliza de diferentes estratégias junto aos diferentes serviços em busca de resolubilidade de seus sintomas. Note-se que isso é de responsabilidade do Sistema de Saúde.

A hierarquização dos serviços, em vez de facilitar a vida dos usuários que buscam por um atendimento e racionalizar a sua utilização, tem servido para dificultar ainda mais o acesso aos serviços, pois a maneira burocratizada de como os encaminhamentos são feitos pouco evoluiu. Essa burocratização do acesso culminou com desresponsabilização pela sequência dos serviços por muitos profissionais e serviços em nome da hierarquização, negando ao usuário o direito de lutar, mesmo que sozinho, pelo seu acesso.

Dessa forma, não se afirma que o modelo é ruim e que deva ser substituído, mas que poderá ser melhorado com elementos que o facilitem e o qualifiquem, destacando-se o vínculo, o acolhimento, a responsabilização e a humanização do atendimento. Estes elementos serão tratados adequadamente a não se perder de vista a dimensão do indivíduo, que é construído social e historicamente, pouco explorado no modelo de saúde vigente.

Através das entrevistas realizadas com os usuários nas dependências do HU, AHC e UBS pode-se dizer num primeiro momento eles fazem uso de automedicação e apenas num segundo momento – de acordo com o sintoma – que eles buscam por serviços de saúde que atendam às suas demandas, desde necessidade mais simples como as mais complexas e que buscam nesses serviços a resolubilidade para seus problemas, assim como competência e atitudes criativas por parte dos profissionais.

A finalidade da busca por um serviço de saúde para o usuário não é a mesma identificada pelo profissional, que será definida baseada no modelo biomédico assim como na

organização do sistema. Para o usuário, o objetivo da procura pelo atendimento é a resolubilidade de suas necessidades, sejam elas agudas ou não. No segundo caso, mesmo não sendo agudas, mas que no momento está lhe causando determinada dificuldade e desconforto.

É necessário que os hospitais universitários voltem a ser referência na saúde no país, não só para cumprirem a sua função assistencial de atender os usuários do SUS, que têm neles a única possibilidade de assistência de maior complexidade, mas também sua verdadeira função para manter o nível de ensino e pesquisa e o desenvolvimento dos profissionais de saúde no país o qual está se perdendo devido a quantidade de pacientes atendidos pelo HU.

Um resultado positivo para resolutividade hospitalar poder ser conquistado através de medidas aparentemente simples sem a necessidade de muito investimentos financeiros em incorporação tecnológica. Está relacionado à melhoria do desempenho dos procedimentos de rotina que já executam, à dedicação e empenho dos gestores, dos prestadores de serviços e dos profissionais da saúde, enfim, de todos que participam direta ou indiretamente na execução dos serviços de saúde do hospital.

No que diz respeito a regionalização da área estudada, propõe-se superar a esfera administrativa regional e vislumbrar os territórios regionais enquanto espaços construídos socialmente a partir das relações entre os vários agentes. No processo de construção de microrregiões de saúde devem-se levar em consideração o entendimento do perfil epidemiológico, da rede de serviços que existe, da capacidade de produção de serviços e de fluxo de usuários. Porém, o diferencial será a consideração da relação entre as várias instâncias e agentes para que a regionalização da saúde seja realmente uma estratégia para a garantia do acesso aos serviços de integralidade da atenção.

A avaliação e classificação de risco dos pacientes no HU segue a padronização por cores recomendada pelo Ministério da Saúde que é o azul, verde, amarelo e vermelho. Suas características são: VERMELHO: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato; AMARELO: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível; VERDE: prioridade 2 – prioridade não urgente; AZUL: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

Utilizando essa classificação, observou-se que há uma grande frequência – 78% – dos pacientes classificados como verde e azul e que muitos desses casos poderiam ter buscado outros serviços de menor complexidade tecnológica. Essa procura pelos serviços do HU pode ser explicado pela baixa concentração de recursos tecnológicos e humanos existentes na

prestação de serviços primário e secundário nas redes municipais e mais ainda, pela eficiência dos procedimentos médicos-assistenciais prestado no HU.

Os casos menos graves classificados como verde e azul poderiam utilizar os serviços da rede de saúde municipal, ocasionando assim uma redução da superlotação existentes nos serviços de urgência e emergência, refletindo numa melhora na qualidade do serviço prestado, principalmente no que diz respeito à acomodação dos pacientes e da quantidade de profissionais disponíveis para o atendimento.

Dentre os motivos que explicam as razões pelas quais as pessoas busquem os serviços do HU está o fato deste hospital possuir um serviço de emergência com profissionais qualificados em diversas áreas clínicas, cirúrgicas e traumáticas, uma alternativa para a solução dos problemas de saúde que não foram resolvidos pela rede básica de menor complexidade. Outras são a facilidade na acessibilidade, o funcionamento dia a noite ininterruptos, a dificuldade de buscar diretamente os serviços ambulatoriais e de especialidades e ainda a pressa para a resolubilidade de seus sintomas.

Cumprindo o seu papel, os casos referenciados originários de outros serviços de saúde após atendimento médico, em sua maioria, estão condizentes ao serviço de alta complexidade do HU. O adensamento tecnológico da média e baixa complexidade acabaram em razão da condição clínica do paciente, sendo necessárias intervenções que só estão disponíveis na alta complexidade, e que só é viável através dos mecanismos de referência e contra-referência existentes na rede de saúde local.

Os usuários que precisam de atendimento médico mas que não apresentam prioridade de urgência, juntamente com a demanda de urgência e emergência, modifica a verdadeira proposta de funcionamento da emergência do HU.

Os pacientes encaminhados para o HU ou já acompanhados nesse serviço acabam sendo acolhidos e absorvidos para atendimento médico, devido à dificuldade de acesso e demora nos agendamentos dos procedimentos e das consultas de especialidades pelas UBS.

Dessa forma, é imprescindível reorganizar o fluxo atual de atendimento aos usuários do SUS no município de Londrina assim como naqueles pertencentes a 17ª Regional de Saúde e criar propostas que contribuam para o melhor direcionamento dos pacientes de menor prioridade, já acompanhados nesse serviço ou não, com a finalidade de reduzir a entrada dos mesmos pelo serviço de urgência e emergência, contribuindo na organização do trabalho, na administração da superlotação e demanda adequada.

Pode-se dizer que a maneira como os serviços de saúde estão organizados e a precária articulação entre os serviços da rede de atenção refletem na necessidade de reestruturação dos serviços no município de Londrina por parte das autoridades de saúde local e Estadual, com o objetivo de melhorar as condições de acessibilidade ao atendimento médico especializado. Para isso é necessário maior número de profissionais, disponibilidade de recursos tecnológicos, para aumentar o atendimento e melhorar a resolubilidade dos problemas de menor gravidade, evitando complicações futuras para os usuários e superlotação nas unidades de alta complexidade.

Outro ponto a ser destacado sobre a superlotação dos leitos do HU está relacionado ao fato dele ser o único hospital de complexidade terciário que atende exclusivamente a demanda do SUS como referência na maioria das especialidades médicas. Essa superlotação poderia ser reduzida se o poder público aumentasse a quantidade de leitos no HU ou nos hospitais privados com contratos com o SUS assim como melhorar a resolubilidade da APS.

A procura direta foi a forma mais frequente de se obter atendimento no HU, que pode ser explicada pela facilidade de acesso ao atendimento médico especializado, menor burocracia, maior rapidez e resolubilidade dos casos, acompanhado da autopercepção da gravidade do caso. Esses fatores contribuíram diretamente para o uso dos serviços de emergência do hospital na forma espontânea.

A superlotação nos serviços de urgência e emergência não acontece apenas no HU de Londrina, mas na maioria dos hospitais públicos de grande porte do Brasil. Medidas gerenciais mais amplas são imprescindíveis e devem ser tomadas pelo gestor de saúde local, envolvendo os três níveis de assistência básica, secundária e terciária, principalmente aquelas relacionadas à organização da rede de atenção municipal, viabilizando o aumento da oferta de serviços, organização no real acolhimento de acordo com sua gravidade e o estabelecimento de fluxo organizado nos serviços já existentes.

No que se refere a estrutura física na prestação dos serviços de saúde, há falta de leitos disponíveis para internação que vai ao encontro da necessidade da demanda, sendo insuficiente para acomodar de forma desejada e adequada todos que necessitam. Na falta de leitos, os pacientes acabam por permanecer internados em macas e nos corredores dos serviços de emergência, sobrecarregando-os.

Para tentar reduzir o número de usuários que buscam o HU, além melhorar a APS com mais NASF nas UBS para fazer um trabalho de base, deve-se trabalhar a conscientização

da população quanto ao uso adequado dos serviços de saúde, acarretando em melhorias na qualidade de atendimento e assistência em todas as complexidades, pois a demanda será redirecionada aos serviços de sua competência dentro das diretrizes do SUS relacionadas à hierarquização e regionalização da saúde. Medidas simples como essas contribuirão para otimizar os serviços de saúde já existentes e diminuindo a superlotação nos serviços de urgência e emergência.

Como possíveis soluções para amenizar os problemas da Atenção Básica à Saúde seria melhorar o financiamento e a organização do serviço para ter uma melhor resolubilidade, que será possível através da intersetorialidade, da territorialização das UBS, com projeto do poder público – obras de saneamento básico, conscientização através da educação, meio ambiente, entre outros –, complementada pela mobilização social auxiliando os conselhos municipais nas decisões e também nas ESF e NASF, juntamente com a promoção e prevenção da saúde.

Investigar as possíveis causas do uso inadequado nos serviços de urgência e emergência pelos usuários do HU permite desenvolver um planejamento mais otimizado de intervenções de gestão que busquem melhorar a eficiência do atendimento à saúde da população.

Espera-se que essa pesquisa traga subsídios para profissionais e gestores para a construção do SUS que se quer, ampliando-se o âmbito de participação e de responsabilização dos profissionais, através da cogestão de seu processo de trabalho e no que se refere aos usuários, abrindo-se o acesso, na perspectiva da universalidade equidade, integralidade, intersetorialidade e de participação, alargando-se, assim, os espaços de cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMI, Nilce Piva. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Revista Paulista de Enfermagem*. São Paulo, Vol. 2, n. 2, p. 82-86, 1993.

AKTHAR, Rais. *Environmental and health – themes in medical geography*. New Delhi: South Asia Books, Ashish Publishing House, 1991.

ALMEIDA, Idalto José de. *Presença Negra em Londrina: história da caminhada de um povo*. Londrina: Promic, 2004.

AMORIM, Wagner Vinicius. *A Produção Social do Espaço Urbano em Londrina - Pr: a valorização Imobiliária e a reestruturação urbana*. 2011. 287 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Presidente Prudente, 2011.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE LONDRINA. *Boletim de comemoração de seus 50 anos*, 1991.

BALLANTYNE, Philippa. The social determinants of health: a contribution to analysis of gender differences in health and illness. *Scand. J. Public Health*, v. 27, n. 4, p. 290-295, 1999.

BARATA, Rita Barradas. *et al.* Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 305-313, 2007a.

BARCELLOS, Christovam.; *et al.* Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: a análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. In: *Informe Epidemiológico do SUS*. V.11, nº 3, p. 129-138, 2002.

BARCELLOS, Christovam. Os indicadores da Pobreza e a Pobreza dos Indicadores: Uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde. In: BARCELLOS, Christovam. (Org.) *Saúde e Movimento: a geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

BARCELLOS, Christovam.; ROJAS, Luiza Iñiguez. O Território e a Vigilância da Saúde. In: *EPSJV: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III*. Rio de Janeiro, 2004.

BARRETO, Maurício Lima. *Esquistossomose Mansônica: Distribuição da doença e organização social do espaço*, 1982. 102 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.

BECKER, Olga Maria Schild. Mobilidade espacial da população: conceitos, tipologia, contextos. In: CASTRO, Iná E. de; GOMES, Paulo C. da C. & CORRÊA, Roberto L. (orgs.). *Explorações geográficas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997, p. 319-367.

BECKER, Koiffmann. A Geopolítica na Virada do Milênio: Logística e Desenvolvimento Sustentável. In: Castro, I. E.; Gomes, P. C. C.; Corrêa, R. L. (Org.). *Geografia: Conceitos e Temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1ª Ed., 1995, p. 271-308.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes de. *Saúde e previdência - estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 2ª ed. 1986.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1)

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários da Saúde. *Legislação Estruturante do SUS*. Brasília: CONASS, 2011. 534 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 13)

BRASIL, Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de Outubro de 1988*. 22ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, 1990.
<<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 20 novembro de 2012

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DATASUS. Acesso em 28 de Janeiro de 2014.

BRAVO, Alfredo Leonardo. regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales e urbanas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington. v. 77, n. 3, p. 231-243, 1974.

BREILH, Jaime. Community Medicine Under Imperialism. In: *International Journal of Health Services*. 9(1), 1977.

BREILH Jaime; GRANDA, Edmundo. *Investigação da saúde na Sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico*. 2º ed. São Paulo: Cortez, 1989.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (Orgs.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.157-183.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. 2ª ed. São Paulo; Hucitec; 1997, 220p.

CARVALHO, Antonio Pedro Alves. *Meio Ambiente Urbano e Saúde o Município de Salvador*. Rio Claro: Unesp. 1997. 245 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 1997.

CARVALHO, Márcia Siqueira de. A pequena Produção do Café no Paraná. 1991. 330 f. (Doutorado) – Departamento de Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

CARVALHO, Márcia Siqueira de; FRESCA, Tânia Maria. *Geografia e o Norte do Paraná: um resgate histórico*. Londrina: Edições Humanidades, 2007. 220 p.

CASTELLANOS, Pedro Luis. Avances Metodológicos en Epidemiologia. In: *Congresso Brasileiro de Epidemiologia e Desigualdade Social. Desafios do final do Século*. ABRASCO, Anais. Campinas, São Paulo, 1990.

CASTELLS, Manuel. *A Questão Urbana*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo. *Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços*. 5ª ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 2003, 120p.

COHN, Amélia; et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991, 164p.

CORRÊA, Roberto Lobato. Construindo o Conceito de Cidades Média. In: Org. M.E.B. Spósito. *Cidades Médias: Espaços em Transição*. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 23-34.

CORRÊA, Roberto Lobato. *Redes Geográficas e Teoria dos Grafos*. Textos LAGET, n. 1, UFRJ, mar. 1999.

CORRÊA, Roberto Lobato. Espaço: conceito-chave da Geografia. In: *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 12ª Ed., 2009, p. 15-48.

CORRÊA, Roberto Lobato. Dimensões de análise das redes geográficas. In: SILVA, J. B. da. (org.). *A cidade e o urbano: temas para debates*. Fortaleza: EUFC, 1997, p. 131-136.

COSTA, Wildce Graça Araújo da.; MAEDA, Sayuri Tanaka. Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, Vol. 25, nº. 57, p.15-29, jan./abr. 2001.

CUNHA, João Paulo Pinto da.; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001, p. 285-304.

CZERESNIA, Dina. O conceito de Espaço na Epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. In. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol. 16 n.3, 2000, p. 595-617.

CURTIS, Sarah; TAKET, Ann. *Health and Societies: Changing Perspectives*. London: Hodder Arnold, 1996.

DEGANI, Vera Catarina. *A resolutividade dos problemas de saúde : opinião de usuários em uma unidade básica de saúde*. 2002, 197f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

DUTRA, Denecir de Almeida. *Geografia da Saúde no Brasil: arcabouço teórico-epistemológicos, temáticas e desafios*. 2011. 177 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

FRESCA, Tânia Maria. Mudanças Recentes na Expansão Físico-Territorial de Londrina. In: *Geografia*. Londrina, v. 11, n. 2, p. 251-274, jul./dez., 2002.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

GEIGER, Pedro Pinchas. Des-territorialização e espacialização. In: *Território, globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec-ANPUR, 1994, p. 233-246.

GEORGE, Pierre. *Geografia Urbana*. São Paulo: Difel, 1983.

GEORGE, Pierre. *Os Métodos da Geografia*. São Paulo: Difel, 1972.

GERHARDT, Tatiana Engel. *Anthropologie et santé publique: approche interdisciplinaire. Pauvreté, situations de vie et santé à Paranaguá, Paraná, Brésil*. 2000. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Departamento de Antropologia Social e Cultural, Université de Bordeaux 2, Bordeaux. 2000.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HAESBAERT, Rogério. *O Mito da Desterritorialização: do “Fim dos Territórios” à Multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HARVEY, David. *Condição Pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1993.

HARVEY, David. *A Justiça Social e a Cidade*. São Paulo: Hucitec, 1980.

HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2003, 408p.

IBGE. *Censo Demográfico*. Rio de Janeiro, IBGE, 2010.

IPARDES. *Caderno Estatístico do Município de Londrina*. 2013.

IYDA, Massako. *Cem Anos de Saúde Pública: a cidadania negada*. São Paulo: Editora da UNESP, 1994.

KOVACS, Maria Helena; Et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *Jornal Pediatria (Rio de Janeiro)*. Porto Alegre, Vol. 81, n. 3, mai/jun, 2005, p. 251-258.

LACAZ, Carlos da Silva. *Introdução a Geografia Médica no Brasil*. São Paulo: EDUSP, 1972.

LEFEBVRE, Henri. *La révolution urbaine*. Paris: Gallimard, 1976.

LEFEBVRE, Henri. *Le Droit à la ville*, Paris: Anthropos, 1968.

LEAVELL Hugh Rodman; CLARCK, E. Gurney. *Preventive Medicine for the Doctors in the Community*. New York, MacGraw Hill, 1965.

LIMA NETO, J. E. *Geografia e Saúde*. 2000. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

- LUDWIG, Maria Luisa Machado. *O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário*. 2000. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.
- LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. In: *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*. São Paulo. v.1, n.1, p. 77-96, 1991.
- MARQUES, Giselda Quintana. *Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta*. 2004. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004.
- MATTAR, Fauze Najib. *Projeto de pesquisa: metodologia, planejamento, execução e análise*. 2º ed. São Paulo: Atlas, 1997.
- MÉDICI, André Cesar. *Economia e financiamento do setor de saúde no Brasil: balanços e perspectiva do processo de descentralização*. São Paulo: USP-FSP, 1994. 216p.
- MENDES, César Miranda. *O Edifício no Jardim: um Plano Destruído. A Verticalização de Maringá*. 1992. 364 f. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde. Ciência e saúde coletiva*. Vol.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.
- MENDONZA, J. G.; JIMÉNEZ, J. M.; CANTERO, N. O. *El Pensamiento geográfico*. Madri: Alianza Universidad, 1982.
- MENDONZA-SASSI, Raul; BÉRIA, Jorge U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cuadernos Médicos Sociales*, v. 81, p. 43-60, 2001.
- MESQUITA, Zilá e BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências*. Porto Alegre: UFRGS, 1995.
- MONKEN, Maurício. *Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da Saúde*. 2003. 170 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- MONKEN, Maurício. *et al.* O Território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: *Território, Ambiente e Saúde*. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 23-41.
- MORAES, Antonio Carlos Roberto de. *Geografia: pequena história crítica*. 17 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- NORONHA, José de Carvalho; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo. (Org.). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumara. 1994, p. 73-111.

NOVAKOSKI, Lourdes Emília Ruviaro. *As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde*. Curitiba, 1999. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) - Universidade Federal do Paraná e Université Bordeaux 2, Curitiba, 1999.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, Vol. 3, n. 2, p.5-21, 1994.

OBERDIEK, Hermann Iark. *Serviços Médicos em Londrina (1933 a 1971): responsabilidade e compromissos*. Londrina: Eduel, 2011. 248 p.

OLIVEIRA JR, Marcio. O financiamento da área social e do SUS no Brasil. In: *Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde*. Vol. 1, Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

PAIM, Jamilson Silva. *Saúde e Estrutura Social: determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da República*. Salvador: ICS-UFBA, 1989.

PAIM, Jamilson Silva. Saúde e estrutura social: introdução ao estudo dos determinantes sociais da saúde. In: SÍLVIA, Lígia Maria Vieira. (org.) *Saúde Coletiva: textos didáticos*. Salvador: Ed. UFBA, 1994, p. 35-45.

PARROCHIA, Daniel. *Philosophie des Réseaux*. Paris: PUF, 1993.

PAUL, Sharoda A; REDDY, Madhu C; DEFLITCH, Christopher J. A Systematic Review of Simulation Studies Investigating Emergency. Department Overcrowding. *Simulation*. Vol. 86, n. 9, p. 559-568, 2010.

PAVLOVSKY, Eduardo. *Natural nidity of transmissible diseases*. Moscou, Peace Publishers, 1939.

PEDRIALI, José Antonio. *A santa luta da nossa casa*. Londrina: Midiograf, 212, 384p.

PEITER, Paulo Cesar. *Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio*. 2005. 314 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. *Conhecimento geográfico do agente de saúde: competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife – PE*. 2008. 255f. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências e Tecnologia/ Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2008.

PEREIRA, Mauricio Gomes. *Epidemiologia: Teoria e prática*. São Paulo: Guanabara Koogan. 1995. 598p.

PICHERAL, Henri. *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Université Paul Valéry de Montpellier III. 2001.

PICKENHAYN, Jorge Amancio. Geografia para la Salud: uma transición algunos ejemplos del caso argentino. In: LEMOS, G.A.I.; SILVEIRA, M.L, ARROYO M.. (Orgs.) *Questões Territoriais na América Latina*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociales – CLACSO; São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006. Terceira parte, 227-248.

- PICKENHAYN, Jorge Amancio. Geografia de la Salud: el camino de las aulas. In: BARCELLOS, C. (Org.) A Geografia e o contexto dos problemas de saúde. *Coleção Saúde e Movimento*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.
- PINEAULT, R.; DAVELUY, C. Les indicateurs d'utilisation des services de santé. In: PINEAULT, R.; DAVELUY, C., editors. *La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies*. Montréal: Agence d'Arc; 1986. p. 191-202.
- POLIGNANO, Marcus Vinícius. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Cadernos do Internato Rural, Faculdade de Medicina/UFGM, 2001. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf> Acesso em: 22/12/2013.
- RAFFESTIN, Claude. *Por uma Geografia do Poder*. São Paulo: Ática, 1993.
- RAFFESTIN, Claude. Repères pour une théorie de La territorialité humaine. In: *Réseaux Territoriaux – Transports & Communication*. Paris: Paradigme, n. 14, 1988, p. 263-279.
- RAMOS, Donatela Dourado. *Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, RS no contexto da municipalização da saúde*. 2001. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2001.
- RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol.19, n.1, p. 27-34. 2003.
- REMOALDO, Paula Cristina. Acessibilidade física, funcional e econômica aos cuidados de saúde. In: CD-ROM das Actas do IV Congresso da Geografia Portuguesa - Geografia: Territórios de Inovação. Lisboa: Associação Portuguesa de Geógrafos, 2002, p. 1-15.
- REMOALDO, Paula Cristina. A Geografia da Saúde Portuguesa – Sonhos e Realidades. In: *Territoris*. Universitat de les Illes Balears, nº 5, 2005, p. 33-48.
- REMOALDO, Paula Cristina. Acessibilidade aos cuidados de saúde dos conselhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto. In: *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Lisboa, nº 19, 2003, p.107-119.
- ROJAS, Luisa Iñigues. Geografía y Salud: temas y perspectivas en América Latina. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v. 14, nº 4, p. 701-711, out/dez, 1998.
- ROJAS, Luisa Iñigues. Geografía y Salud. Entre Historias, Realidades y Utopias. In. *Caderno Prudentino de Geografia*. v. 1, n. 25, p. 9-28, Dez. 2003.
- ROESE, Adriana. *Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS*. 2005. 193f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.
- SABROZA, Paulo. *Espaço e Produção de Endemias*. II taller de La Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Caracas, 1991.
- SACK, R. D. *Human Territoriality*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

PARANÁ, Hospital Universitário. SAME, Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, 2013.

SANTOS, Milton. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, Milton. *Por uma Nova Geografia*. São Paulo: Hucitec, 1980.

SANTOS, Milton. *Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico internacional*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. & SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCHWARTZ, Wilson. *Poder Emergente no Sertão*. Londrina: Midiograf, 1997.

SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: a trajetória da Saúde Pública*. Porto Alegre: L&PM Editores, 1987.

SILVA, Hudson Pacífico da. *SUS: a questão do financiamento nas propostas de universalização e descentralização de Saúde*. Campinas: NEPP-UNICAMP, 1996.

SILVA, Kleber Pinto. *A Cidade, Uma Região, O Sistema de Saúde: para uma história da saúde e da urbanização em Campinas - SP*. Campinas: CMU/UNICAMP, 1996, 128p.

SILVA, Luiz Jacinto. Organização do Espaço e Doença. In: Textos de Apoio: Epidemiologia 1. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ABRASCO, 1985.

SILVA, Sílvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciências & Saúde Coletiva*. Vol. 16, nº. 6, p. 2753-2762, 2011.

SORRE, Maximilian. *Les Fondements de la Géographie Humaine*. Paris: Armand Colin, 1945.

SOUZA, Ândrea Cardoso de. *Em tempos de PSF...Novos rumos para atenção em saúde mental?*. 2004. 164 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, Marcelo José Lopes. O Território: sobre o espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: *Geografia: conceitos e temas*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000, p. 77-116.

STEIN, Airton Tetelbom. *Acesso a atendimento médico continuado : uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência*. 1998, 211F. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1998.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RESENBERG, Cornélio Pedroso. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP

(Brasil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 60–68, 1990. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v24n1/10.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

TAKEDA, Marcos. *As transformações da área central de Londrina: uma outra centralidade*. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Geografia) – Departamento de Geociências, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.

TOBAR, Frederico; *et al.* Modelos de equitativos de distribución de recursos sanitarios. Resultado parcial del proyecto de investigación. Propuestas para un modelo de Federalismo sanitario en Argentina. Buenos Aires. 2001. Disponível em: <www.ops.org.br/servico/arquivo/sala5420.pdf> Acesso em 28/02/2013.

TOBAR, Frederico.; YALOUR, Margot Romano. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRAVASSOS, Claudia.; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. In.: *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 20, n. 2, p. 190–198, 2004.

UNGLERT, Carmen Vieira de Souza. Territorialização em Sistema de Saúde. In: *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4ª ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999, p. 221-235.

VIANA, Ana Luisa d'Avila. *Sistema e Descentralização: Política de saúde no estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões*. 1994, 188f. Tese (Doutorado) Instituto de Economia, Universidade de Campinas, Campinas, 1994.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
DOCTORANDO: JOSÉ ROBERTO MACHADO
ORIENTADORA: PROF^a DR^a MÁRCIA SIQUEIRA DE CARVALHO

**Usos dos Serviços do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina e a
 Resolução dos Problemas de Saúde da 17ª Regional de Saúde do Paraná**

Entrevista: _____
 Data do Preenchimento: ___/___/___
 Serviço: _____

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - USUÁRIOS	TABULAÇÃO
Informações Gerais	
1) Nome (iniciais): _____	
2) Idade: _____ anos	Idade: _____
3) Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	Sexo: _____
4) Local de Nascimento: Cidade _____ Estado: _____	
5) Escolaridade (anos de estudo): (1) Nenhum (2) Ensino Fundamental Incompleto (1ª a 4ª série)- _____ (3) Ensino Fundamental Completo (5ª a 8ª série)- _____ (4) Ensino Médio Incompleto (2º grau incompleto)- _____ (5) Ensino Médio Completo (2º grau completo)- _____ (6) Superior Incompleto- _____ (7) Superior Completo- _____	Anoest _____
6) Ocupação: (1) Empregado (2) Desempregado (3) Aposentado	Ocup _____
7) Tem carteira assinada? (1) Sim (2) Não	Cart _____
8) Procedência: <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">Distância</div> Maringá: (1) Sim (2) Não. Se sim: (1) Sede (2) Distrito- _____ Se for Sede, qual bairro? _____ Outro Município: (1) Sim (2) Não. Se sim, qual? _____ Tempo de moradia/residência neste local (município) _____	Mun _____ Sim _____ Outro _____ Tempo _____
9) Qual o problema de saúde fez com que o Sr(a) viesse ao HU/AHC? _____	
10) Quantas vezes o(a) sr(a) procurou algum serviço de saúde por este problema, nos últimos 12 meses? _____	Procurou _____
11) E o HU, quantos vezes já foi procurado pelo(a) sr(a), nos últimos 12 meses? _____	Procurado _____
12) Procurou algum serviço antes deste? Por quê? _____	
13) O Sr(a) que escolheu o HU ou foi encaminhado? (1) Escolha própria (2) Encaminhamento	Hum _____
14) Se foi escolha própria, por que não passou pela Unidade Básica? (1) Falta de médico (2) Atendimento Ineficiente (3) Desconfiança dos serviços prestados nas Unidades Básicas (4) Não pedem exames e só receitam remédios.	

15) O(a) sr(a) recebeu algum tipo de encaminhamento? (1) Sim (2) Não Qual? _____				
16) Até chegar aqui, quais foram os lugares que o Sr (a) foi atendido (1) PSF (2) Posto de Saúde (3) Centro de Saúde (4) UPA (5) Hospital Municipal (6) Outros. Qual? _____				Lugar _____
17) Histórico dos Atendimentos:				
MUNICÍPIO	TIPO	ESPECIALIDADE	TEMPO GASTO (do atendimento ao diagnóstico)	DIAGNÓSTICO
	PSF			
	Posto de Saúde			
	UPA			
	H. Municipal			
18) Quanto tempo o(a) sr(a) levou para se deslocar de sua casa até aqui? _____ horas; Saída: _____ Chegada no HU: _____ Km: _____				
19) Qual foi o meio de locomoção utilizado? (1) Carro próprio (2) Ônibus (3) Ambulância (4) Veículo da Secretaria de Saúde.				Locomoção _____
Trajetórias Terapêuticas				
20) O que, geralmente, o sr(a) costuma fazer quando fica doente?				
O que faz geralmente, no caso de	Automedicação	Cuidados Tradicionais	Serviços de Saúde	
Problemas costumeiros				
Problemas considerados graves				
Registrar: 1 = 1ª medida / 2 = 2ª medida / 3 = 3ª medida				
Quais problemas de saúde o(a) sr(a) considera “costumeiro” ou sem gravidade? _____ _____				Cost. _____ Grav. _____
Quais problemas de saúde o(a) sr(a) considera como “graves”? _____ _____				
<u>Automedicação</u> = envolve todos os recursos e cuidados ao doente por uma pessoa da família, com uso de ervas e remédios caseiros, inclusive a utilização de medicamentos por conta própria. <u>Cuidados tradicionais</u> = recurso a um prático, curandeiro, benzedeiro, balconista de farmácia, massagista, entre outros, consultado fora da família. <u>Serviços de saúde</u> = todos os cuidados prestados ao doente por uma pessoa “qualificada”, médico, enfermeiro, pessoal da enfermagem, dentista, entre outros dentro de serviços formais de saúde.				
21) Quando procura por serviços de saúde, normalmente dirige-se a qual? (1) Programa de Saúde da Família. Onde? _____ (2) Posto de saúde. Onde? _____ (3) Pronto-Atendimento. Onde? _____ (4) Pronto-Socorro/Emergência. Onde? _____ (5) Hospital. Onde? _____ (6) Consultório Particular. Onde? _____ (7) Outros: _____ Onde? _____				Sersa _____
22) O que o(a) sr(a) faz quando procura um serviço de saúde e seu problema não é resolvido? (1) Retorna ao mesmo serviço. (2) Procura outro serviço. Qual e onde? _____ (3) Procura outras alternativas de tratamento. Quais e onde? _____				Pnre _____

APÊNDICE 2 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DO HU DE LONDRINA

Nome:

- 1- É a primeira vez que utiliza esse serviço de saúde?
- 2- Mora onde? Que bairro?
- 3- Que motivo trouxe-o até o HU?
- 4- Quais os pontos positivos desse hospital?
- 5- E os pontos negativos?
- 6- Recomenda o atendimento prestado a você para qualquer outro usuário? Por quê?
- 7- Está satisfeito com os serviços de saúde prestados pelo HU?
- 8- Está satisfeito com os serviços prestados pela rede de saúde do seu município?
- 8- Por que veio até o HU e não procurou uma unidade de saúde?
- 9- Confia nos serviços prestados pela rede municipal de saúde?
- 10- E no HU?

APÊNDICE 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA

Nome:

- 1- É a primeira vez que utiliza esse serviço de saúde?
- 2- Mora nesse bairro?
- 3- Que motivo trouxe-o até essa unidade de saúde?
- 4- Quais os pontos positivos dessa unidade de saúde?
- 5- E os pontos negativos dessa unidade de saúde?
- 6- Recomenda o atendimento prestado a você para qualquer outro usuário? Porque?
- 7- Está satisfeito os serviços de saúde prestados na rede municipal?
- 8- Por que veio até a unidade de saúde e não procurou o HU?
- 9- Confia nos serviços prestados pelo HU?

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada Usos dos Serviços do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina e a Resolução dos Problemas de Saúde da 17ª Regional de Saúde do Paraná, que faz parte do curso de Doutorado em Geografia da Universidade Estadual de Maringá e é orientada pelo Profª Drª Márcia Siqueira de Carvalho da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é fazer uma análise dos usos dos serviços do HU e AHC de Londrina e sua abrangência geoespacial no período de 2000 e 2013. Busca ainda, caracterizar a rede de serviços de saúde existente na região de Londrina e a utilização da mesma, através da identificação dos fluxos de utilização, do acesso aos usuários de saúde estudados, e o motivo que os levam ao uso destes serviços em Londrina. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: respondendo as perguntas do questionário por mim fornecida. Informamos que os dados serão utilizados exclusivamente para os fins estabelecidos na presente pesquisa, e após a análise, os registros efetuados para o estudo serão devidamente descartados. Informamos que não ocorrerá nenhum desconfortos/riscos, pois a participação do paciente se limita apenas a fornecer dados através de perguntas do questionário ou feitos pelo pesquisador.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu,....., declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof. José Roberto Machado.

_____ Data: ___/___/_____.
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, **José Roberto Machado**, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

APÊNDICE 5 – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELOS ÓRGÃOS COMPETENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA SUPERINTENDENTE

PARECER PROCESSO 275 . 2013 . 38

Ao Pesquisador
José Roberto Machado

Considerando o Projeto de Pesquisa intitulado "A GEOGRAFIA DOS SERVIÇOS DA SAÚDE DE LONDRINA E MARINGÁ: UMA ANÁLISE DOS USOS DOS SERVIÇOS HURNP E AHC EM LONDRINA E HUM EM MARINGÁ" apresentado a esse Hospital Universitário, estando vinculado ao Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá;

Considerando os esclarecimentos solicitados pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa (CAPEC) sobre os seguintes pontos: I) Ausência da Folha de Rosto que comprove o cadastro do projeto junto a Plataforma Brasil; II) Quais as informações que serão obtidas dos prontuários dos pacientes; III) Qual o período que será utilizado para análise da informações solicitadas; IV) Necessidade de um docente da UEL que atue no HU, ou servidor técnico administrativo lotado no Hospital com a titulação mínima de Mestre na equipe que conduzirá o projeto;

Considerando que Vossa Senhoria:

- I) Enviou a Folha de Rosto com o cadastro do projeto junto a Plataforma Brasil;
- II) Informou que os dados obtidos dos prontuários serão: a origem do paciente (Cidade/Estado), sexo, idade e a especialidade do atendimento;
- III) Informou que o período utilizado será de 2000 a 2010;
- IV) Teve o aceite de uma docente da UEL lotada no Centro de Ciências da Saúde/UEL na equipe que conduzirá o estudo;

Considerando o parecer favorável apresentado nas instâncias administrativas que envolvem a realização do estudo;

Considerando que o projeto, na versão atualizada, deverá ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL para posterior operacionalização, atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa;

Vimos informar que **somos de parecer favorável à sua realização, resguardando-se o atendimento da legislação vigente.**

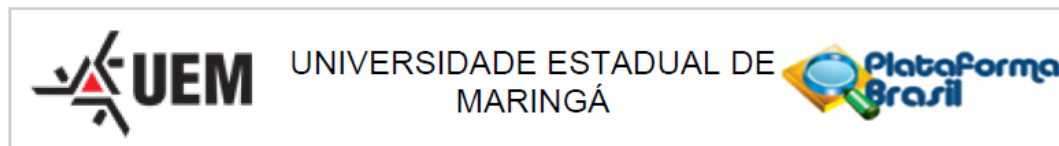
Solicitamos que, tão logo o Comitê de Ética emita parecer, que essa Diretoria Superintendente seja notificada, para os procedimentos cabíveis relacionados à documentação do estudo.

Solicitamos também que, uma vez realizada a pesquisa, **uma cópia seja apresentada a esta Diretoria Superintendente**, para ciência e divulgação.

Em 27/03/2013.

Profa. Dra. Margarida de Fátima Fernandes Carvalho
Diretora Superintendente

APÊNDICE 6 – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÉ DE ÉTICA ATRAVÉS DA PLATAFORMA BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A GEOGRAFIA DOS SERVIÇOS DA SAÚDE DE LONDRINA E MARINGÁ

Pesquisador: Marcia Siqueira de Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12604213.1.0000.0104

Instituição Proponente: CCH - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 248.321

Data da Relatoria: 08/04/2013

Apresentação do Projeto:

A pesquisa se refere a uma análise dos usos dos serviços dos hospitais universitários de Londrina e de Maringá (HURNP e HUM) no que diz respeito aos usuários, pois a oferta a pacientes de outros municípios é um fato importante desse atendimento, não se limitando apenas aos municípios de suas regionais. Além disso, será focado também, a produção do espaço dessas cidades em função da construção desses hospitais e outros equipamentos para atender aos pacientes e seus acompanhantes.

Objetivo da Pesquisa:

Nesta pesquisa pretende-se fazer uma análise dos usos dos serviços do HURNP e AHC de Londrina e do HUM de Maringá e sua abrangência geoespacial no período de 2000 e 2010. Pretende-se ainda, caracterizar a rede de serviços de saúde existente na região de Londrina e Maringá e a utilização da mesma, através da identificação dos fluxos de utilização, do acesso aos usuários de saúde, e o motivo que os levam ao uso destes serviços em Londrina e Maringá. Busca ainda, compreender como ocorreu essa busca paulatina pelos serviços especializados desses hospitais por pacientes fora da região Noroeste do Paraná e do próprio Estado do Paraná, levando os agentes públicos/privados a produzir o espaço urbano e transformar a paisagem destas cidades segundo estas demandas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Apenas o incômodo das perguntas do questionário.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG		CEP: 87.020-900
Bairro: Jardim Universitário		
UF: PR	Município: MARINGÁ	
Telefone: (44)3011-4444	Fax: (44)3011-4518	E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Benefícios: Identificar os principais problemas das cidades que integram a Regional da Saúde desses hospitais, podendo demonstrar onde os agentes públicos deveriam aplicar corretamente os recursos para fazer com que esses pacientes que procuram os hospitais universitários pudessem ser atendidos por hospitais ou centros de saúde (UPAS) de seus próprios municípios, evitando o desgaste psicológico de se deslocar (certas distâncias) para ser atendido nos Hospitais Universitários de Londrina e Maringá.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Serão investigados 150 indivíduos sobre seus dados, tais como (Questionário apresentado no corpo do projeto): cidade/estado, sexo, idade e especialidade do atendimento e entrevista. Busca no setor de prontuário de paciente ou no banco de dados informações sobre a origem, idade, sexo e tipo de atendimento. O valor descrito no orçamento do projeto é de R\$ 500,00 por recursos do proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos e documentos de apresentação obrigatória estão devidamente assinados e anexados ao protocolo.

Recomendações:

Recomenda-se que na avaliação dos Riscos, acrescente-se a frase "Não são previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis à participação no estudo, entretanto quaisquer danos de ordens físicas, morais, emocionais ou psicológicas serão garantidos os cuidados do pesquisador para contornar ou dirimir os mesmos."

Recomenda-se adequar o cronograma de execução visto que a coleta de dados não pode ser iniciada antes do parecer do Comitê de Ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer pela aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face o exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê de Ética em Pesquisa se manifesta pela aprovação do protocolo em tela.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br

MARINGÁ, 17 de Abril de 2013

Assinador por:
 Ricardo Cesar Gardiolo
 (Coordenador)