

Como os usuários do hospital universitário da Universidade Estadual de Londrina lidam com seus problemas de saúde

How users of the university hospital at the State University of Londrina deal with their health problems

Cómo los usuarios del hospital universitario de la Universidad Estadual de Londrina afrontan a sus problemas de salud

José Roberto Machado
Instituto Federal de Santa Catarina
zeroma_uem@hotmail.com

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 17ª Regional de Saúde, no período de 2000 à 2013. Através dela, buscou-se compreender como os usuários do HU lidam com os problemas de saúde. O estudo qualitativo foi realizado com os pacientes que estavam internados ou foram atendidos no Pronto-Socorro no decorrer no ano de 2013, utilizando o método de amostragem não-probabilística por conveniência. Através das entrevistas realizadas com os usuários nas dependências do HU pode-se dizer que 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.

Palavras-chave: Hospital Universitário, Londrina, Geografia da Saúde.

Abstract

The present research was conducted in the city of Londrina- PR, the aim was to analyze the service uses of the University Hospital at the State University of Londrina- UH/ UEL - and its geospatial comprehensiveness, as it was defined by the 17th Health zone from 2000 to 2013. We aim to understand how UH users deal with health problems. A qualitative study was conducted with patients who were hospitalized or treated at the emergency room during the year 2013, the non-probability sampling method for convenience was employed. Interviews conducted with users within the UH premises indicate the following: firstly, they take self-medication and; just secondly, depending on the symptom- they look for the hospital health services to meet their demands. From the simplest needs to the most complex, users seek these services in order to solve their problems and also seek professionals who are technically proficient and creative.

Key words: University Hospital, Londrina, Health Geography.

Resumen

El presente trabajo se refiere a una investigación realizada en la ciudad de Londrina, con el objeto de analizar los usos de los servicios del Hospital Universitario de la Universidad Estadual de Londrina – HU/UEL – y su amplitud geoespacial, definida en la escala de la 17ª Regional de Salud,

en el período de 2000 a 2013. A través de ella, se ha buscado comprender cómo los usuarios del HU hacen frente a los problemas de salud. El estudio cualitativo se realizó con los pacientes que estaban hospitalizados o que habían sido atendidos en servicios de emergencia en el transcurso del año 2013, al utilizarse el método de muestreo no probabilístico por conveniencia. Por medio de las entrevistas realizadas con los usuarios en las dependencias del HU se puede decir que en un primer momento ellos hacen uso de automedicación y solo en un segundo momento – de acuerdo con el síntoma – es que buscan los servicios de salud que atiendan a sus demandas, desde la necesidad más simple hasta las más complejas, y así buscan en esos servicios la resolución para sus problemas, al igual que aptitud y actitudes creativas por parte de los profesionales.

Palabras clave: Hospital Universitario, Londrina, Geografía de la Salud.

Introdução

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.

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.

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 como os usuário lidam com seus problemas de saúde. Para tanto, foi realizada a caracterização dos serviços de saúde da 17ª Regional de Saúde do Paraná, assim como de Londrina, apontando ainda, o perfil socioeconômico dos mesmos.

Trajatória metodológica

Para a realização do presente trabalho, 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. Primeiramente apresentou-se a caracterização socioeconômica e demográfica e das condições dos serviços de saúde disponível, que contribuíram para a contextualização do trabalho. No segundo, foi realizada uma descrição e análise da situação dos serviços de saúde Londrina, demonstrando o perfil socioeconômico e demográfico, as políticas públicas de saúde vigente, o perfil epidemiológico e a rede de serviços de saúde. Por fim, o terceiro compreendeu a descrição e a análise do processo de utilização dos serviços dos serviços de saúde.

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”. Esse tipo de amostragem foi utilizado devido ao pouco tempo para realização da pesquisa e também por esta ser de baixo custo.

A população entrevistada foi composta por usuários do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. O estudo qualitativo foi realizado com os pacientes que estavam internados ou foram atendidos no Pronto-Socorro no decorrer no ano de 2013. 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, num determinado momento a espera de atendimento e/ou internados. 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 250 usuários/pacientes atendidos no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina – UEL. Foi aplicada uma entrevista semi-estruturada com questões fechadas.

Resultados

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.

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.

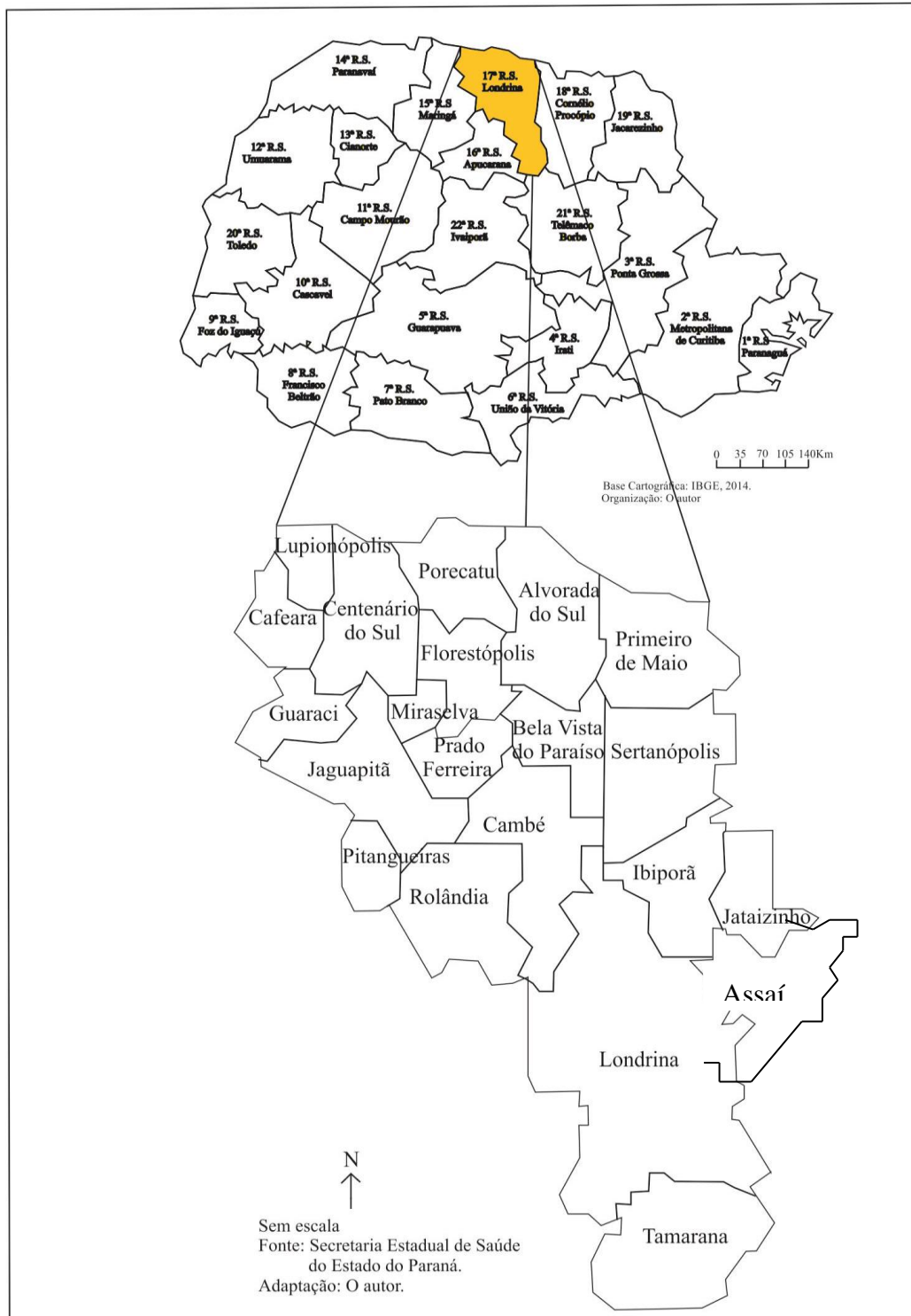
Sobre a otimização dos recursos, as redes de atenção em saúde têm sido consideradas um grande fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamentos da oferta assistencial disponível. Em sistemas com essa organização, os recursos podem ser mais bem aproveitados desde que sejam melhorados os mecanismos 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.

A 17ª Regional de Saúde do Paraná (Figura 01) 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 Ibiporã com 5,53%. Todos os demais não superam individualmente 2% variando de 1.862 a 16.354 pessoas (Tabela 01).

Figura 01 - Regionais de Saúde do Estado do Paraná e Municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde.



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

Tabela 01 – 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 02 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 primária¹, 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 02 - 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.

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.

¹ 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.

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 Clínicas² – 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 par 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 entres 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 "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.

² O AHC só atende pacientes que são encaminhados pelas secretarias de saúde.

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.

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 03).

Tabela 03 - 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 tamanho³, 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 04).

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.

Tabela 04 - 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
Uniorie C. Ortopedia	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	13
Clínica das Palmeiras	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-	40	-	40
Clínica 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.

³ 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

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 ao 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.

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 05 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 05 - 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 06 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 06 - 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 07 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 07 - 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 08 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 08 - 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.

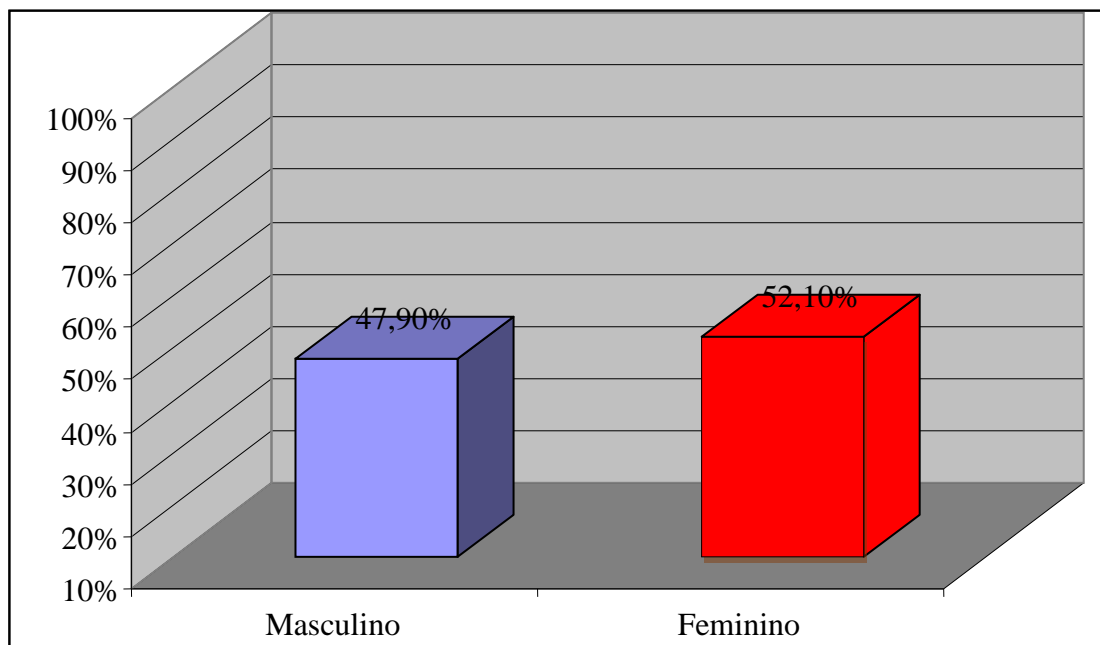
Nos últimos anos ocorreu uma mudança no perfil dessa faixa etária da população. Se até a década de 1990 predominavam as doenças agudas e normalmente de alta letalidade, agora são as doenças crônicas de longa duração ocasionando assim um aumento de doenças na população, principalmente entre os mais idosos.

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 01), o que pode ter contribuído para que houvesse um resultado próximo do apresentado nesta pesquisa.

Gráfico 01 - 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 09 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 09 - 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 analfabeta⁴ 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 10) 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 10 - 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 8ª 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, 67,2% possui emprego, 18,8% são aposentados e somente 14% estavam desempregados (Tabela 11). Do total de empregados, 91,1% tinham emprego formal⁵ 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.

⁴ 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.

⁵ Carteira de trabalho assinado pelo empregador.

Tabela 11 - 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.

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 obteve-se 362 respostas que foram agrupadas por doenças ou problemas apontados pelos entrevistados assim como também por categorias de doenças (Tabela 12).

Tabela 12 - 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 automedicação⁶, cuidados tradicionais⁷ e serviços de

⁶ 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.

⁷ Recorre a um curandeiro, benzedeiro, balconista de farmácia, massagista, entre outros, consultado fora da família.

saúde⁸, 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 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 13).

Tabela 13 - 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.

⁸ Todos os cuidados prestados ao doente por uma pessoa “qualificada”, médico, enfermeiro, pessoal da enfermagem, dentista, entre outros dentro de serviços formais de saúde.

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 resolveram 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 14).

Tabela 14 - 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 15).

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 necessárias 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 15 - 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 endeuamento 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 16, 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 16 - 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.

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 17). 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 17 - 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.

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 busca por serviços de saúde está ligada 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.

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.

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.

Referências

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, Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de Outubro de 1988*. 22ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.

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.

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.

HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2003, 408p.

MATTAR, Fauze Najib. *Projeto de pesquisa: metodologia, planejamento, execução e análise*. 2º ed. São Paulo: Atlas, 1997.

NOVAKOSKI, Lourdes Emília Ruviano. *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.

SANTOS, Milton. & SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

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.

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; RESENBURG, Cornélio Pedrosa. *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.

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.