



Conflitos e Convergências da Geografia 2

Gustavo Henrique Cepolini Ferreira
(Organizador)

 **Atena**
Editora

Ano 2019

Gustavo Henrique Cepolini Ferreira
(Organizador)

Conflitos e Convergências da Geografia 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C748 Conflitos e convergências da geografia 2 [recurso eletrônico] /
Organizador Gustavo Henrique Cepolini Ferreira. – Ponta Grossa
(PR): Atena Editora, 2019. – (Conflitos e Convergências da
Geografia; v. 2)

Formato: PDF
Requisitos de sistemas: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-7247-333-0
DOI 10.22533/at.ed.330191504

1. Geografia – Pesquisa – Brasil. 2. Geografia urbana. I. Ferreira,
Gustavo Henrique Cepolini. II. Série.

CDD 910.7

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Nesse segundo volume da Coletânea – “Conflitos e Convergências da Geografia”, publicado pela Atena Editora, realçamos o compromisso inalienável para um debate plural e democrático a partir de diferentes análises geográficas centradas no Brasil. Trata-se de vinte e quatro contribuições oriundas de quinze estados brasileiros, os quais estão vinculados à vinte e uma instituição de ensino, pesquisa, extensão e inovação. No decorrer desse volume as reflexões propostas pelos autores retratam um panorama sobre Geografia Urbana e sua relação e interação com os Estudos Ambientais, Geotecnologias e Cartografia e as possibilidades de inclusão enfatizando o Ensino de Geografia.

Nesse contexto, as discussões e proposições sobre a urbanização, planejamento e normatização do território, segregação socioespacial, uso do espaço público, segurança e insegurança pública, desigualdades sociais, vulnerabilidade socioambiental, mobilidade urbana, acidentes de trânsito, mercado imobiliário, inundações e dinâmica fluvial, permitem inferir a relevância das pesquisas e seus desdobramentos para compreensão de diferentes realidades que convergem ao refletirmos sobre os desafios atuais do planejamento urbano e ambiental no país, cujo direito à moradia digna e a cidade são violados cotidianamente.

Esperamos que as análises publicadas nessa Coletânea propiciem uma leitura crítica e prazerosa, assim como despertem novos e frutíferos debates geográficos que desvendem os caminhos e descaminhos para compreender a realidade brasileira e sua indissociável conexão no bojo da mundialização.

Gustavo Henrique Cepolini Ferreira
Montes Claros-MG
Outono de 2019

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
O PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO E A NORMATIZAÇÃO DO TERRITÓRIO NO RIO GRANDE DO NORTE	
Matheus Lucena de Macedo Guedes Celso Donizete Locatell	
DOI 10.22533/at.ed.3301915041	
CAPÍTULO 2	13
OS ESPAÇO OPACOS CAICOENSES: DISCUTINDO A SEGREGAÇÃO SOCIOESPACIAL DO BAIRRO NOVA CAICÓ	
Iapony Rodrigues Galvão Djalma Amâncio da Silva Neto Lucas Henrique Lima Alves Ricardo Araújo de Lemos	
DOI 10.22533/at.ed.3301915042	
CAPÍTULO 3	22
CONDOMÍNIOS CLUBE EM TERESINA/PIAUÍ: PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO E (DES) TERRITORIALIZAÇÃO DA CIDADE	
Elisabeth Mary de Carvalho Baptista Edileia Barbosa Reis	
DOI 10.22533/at.ed.3301915043	
CAPÍTULO 4	32
AS MULTITERRITORIALIDADES NA PRAÇA DA BANDEIRA-CAMPINA GRANDE- E SUAS INFLUÊNCIAS NO DEBATE SOBRE A CONCEPÇÃO DE ESPAÇO PÚBLICO	
Leticia Barbosa Bomfim Xisto Serafim de Santana de Souza Júnior	
DOI 10.22533/at.ed.3301915044	
CAPÍTULO 5	41
TERRITÓRIOS DO MEDO: UMA ANÁLISE SOBRE A SENSAÇÃO DE INSEGURANÇA NOS ESPAÇOS PÚBLICOS DE CAMPINA GRANDE	
Pedro de Farias Leite e Silva Xisto Serafim de Santana de Souza Júnior	
DOI 10.22533/at.ed.3301915045	
CAPÍTULO 6	56
UMA REFLEXÃO SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES DO CENTRO COMERCIAL DE SUMÉ-PB DIANTE DO ATUAL CONTEXTO LOCAL/REGIONAL	
Gustavo dos Santos Costa Lincoln da Silva Diniz	
DOI 10.22533/at.ed.3301915046	
CAPÍTULO 7	67
A IMPORTÂNCIA DA CRIAÇÃO DO CADASTRO TERRITORIAL MULTIFINALITÁRIO PARA CIDADE DE SOBRAL-CE	
José Antônio Alves Lino	

DOI 10.22533/at.ed.3301915047

CAPÍTULO 8 75

VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL À DENGUE NO RECIFE – PE

Caio Américo Pereira de Almeida
Rafael Silva dos Anjos
Henrique dos Santos Ferreira
Ranyére Silva Nóbrega

DOI 10.22533/at.ed.3301915048

CAPÍTULO 9 83

A IMPOSSIBILIDADE DA OPERAÇÃO URBANA CONSORCIADA COMO UM INSTRUMENTO DE DISTRIBUIÇÃO DE RENDA E DE REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS: UM ESTUDO DE CASO DA OUC-ACLO REALIZADA PELA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE

Pablo Maia Barbosa
Linda Clara Oliveira Pontes

DOI 10.22533/at.ed.3301915049

CAPÍTULO 10 92

A PRODUÇÃO DO ESPAÇO DIANTE DO LIMITE ESTRUTURAL DO CAPITAL: RENDA DA TERRA URBANA, AMBIENTE CONSTRUÍDO E DESSUBSTANCIALIZAÇÃO DO CAPITAL

Thiago Teixeira da Cunha Coelho

DOI 10.22533/at.ed.33019150410

CAPÍTULO 11 105

O BRT COMO UMA ALTERNATIVA PARA A MOBILIDADE URBANA: O CASO BOGOTÁ E DO RIO DE JANEIRO

Ricardo Maia de Almeida Junior
Renato Paiva Rega
Saullo Diniz dos Santos Macedo
Felipe da Rocha Santos

DOI 10.22533/at.ed.33019150411

CAPÍTULO 12 115

O PROCESSO DE URBANIZAÇÃO EM MOÇAMBIQUE – ÁFRICA

Ester Tomás Natal Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.33019150412

CAPÍTULO 13 127

A DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO NA CIDADE DE JARAGUÁ DO SUL-SC NO PERÍODO DE 2012 À 2015

José Roberto Machado
Larissa dos Santos
Pamela Aline Gorges

DOI 10.22533/at.ed.33019150413

CAPÍTULO 14	140
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA: OS MOTIVOS DA SUA PROCURA SEGUNDO SEUS USUÁRIOS	
José Roberto Machado	
DOI 10.22533/at.ed.33019150414	
CAPÍTULO 15	157
O PROCESSO DE URBANIZAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM A DENSIDADE DA ARBORIZAÇÃO NO CENTRO DE PONTA GROSSA – PR	
Sandra Stocker Kremer Tadenuma Silvia Meri Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.33019150415	
CAPÍTULO 16	166
ESPAÇO, TERRITÓRIO E LAZER: UM ESTUDO SOBRE A LAGOA MAIOR EM TRÊS LAGOAS/MS	
Matheus Guimarães Lima	
DOI 10.22533/at.ed.33019150416	
CAPÍTULO 17	179
PRODUÇÃO DA HABITAÇÃO EM UMA CIDADE MÉDIA: ANÁLISE DO PROGRAMA MINHA CASA MINHA VIDA-PMCMV EM DOURADOS-MS	
Lidiane Cristina Lopes Garcia de Souza	
DOI 10.22533/at.ed.33019150417	
CAPÍTULO 18	186
NOVAS ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO DO MERCADO IMOBILIÁRIO E PRODUÇÃO DO ESPAÇO URBANO EM MACAPÁ-AMAPÁ	
Eliane Aparecida Cabral da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.33019150418	
CAPÍTULO 19	194
ESCOLAS SITIADAS E NOVO URBANISMO MILITAR: UM OLHAR SOBRE MILITARIZAÇÃO DAS ESCOLAS NO SUDESTE GOIANO	
Raul Castro Brandão Estevane De Paula Pontes Mendes	
DOI 10.22533/at.ed.33019150419	
CAPÍTULO 20	202
OS EVENTOS DE INUNDAÇÕES NA BACIA HIDROGRÁFICA DO RIO ITABAPOANA – RIO DE JANEIRO, BRASIL	
Yago de Souza Verling Vinicius de Amorim Silva	
DOI 10.22533/at.ed.33019150420	

CAPÍTULO 21	215
ABORDAGENS SOBRE A DINÂMICA FLUVIAL E DE SEDIMENTOS DO RIO TABOCO EM MATO GROSSO DO SUL	
Rennan Villhena Pirajá Diego da Silva Borges Mauro Henrique Soares da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.33019150421	
CAPÍTULO 22	231
GEOTECNOLOGIAS E MAPAS ONLINE: CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICAS SOBRE NOVAS POSSIBILIDADES DE REPRESENTAÇÃO CARTOGRÁFICAS	
José Alves de Jesus	
DOI 10.22533/at.ed.33019150422	
CAPÍTULO 23	239
O USO DA CARTOGRAFIA TÁTIL COMO FERRAMENTA DE INCLUSÃO PARA OS DEFICIENTES VISUAIS	
Mateus Gouveia Alves Divino José Lemes de Oliveira Silvaci Gonçalves Santiano Rodrigues Heider Danilo de Oliveira Bruno Nascimento Duarte	
DOI 10.22533/at.ed.33019150422	
CAPÍTULO 24	246
O ENSINO DE GEOGRAFIA PARA ALUNO COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (DI) E AS DIFICULDADES DOS PROFESSORES DE GEOGRAFIA. UM ENSAIO	
Dayane Caroline Gomes da Silva Dias	
DOI 10.22533/at.ed.33019150424	
SOBRE O ORGANIZADOR	256

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA: OS MOTIVOS DA SUA PROCURA SEGUNDO SEUS USUÁRIOS

José Roberto Machado

Doutor em Geografia e Docente do Instituto Federal de Santa Catarina, Câmpus Jaraguá do Sul-Centro

RESUMO: O presente trabalho refere-se a uma pesquisa realizada na cidade de Londrina, visando identificar os motivos que levam as pessoas a buscarem os serviços 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, utilizando o método de amostragem não-probabilística por conveniência. 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.

PALAVRAS-CHAVE: Londrina; Hospital Universitário; Geografia; Saúde.

ABSTRACT: This paper deals with a research conducted in the city of Londrina, it aims to identify the reasons why people seek the services of Londrina University Hospital (UH). The qualitative study was conducted with patients who were hospitalized or were treated at the Emergency Room during the year 2013. We use the convenience non-probability sampling method. Results indicate that there are several reasons why people seek the UH services, namely this hospital has an emergency department with qualified professionals in various clinical, surgical and traumatic specialties; it is also an alternative to solve health problems that were not solved by the basic network, which is less complex. Other reasons are ease of access, day-to-night opening without interruption, difficulty in directly seeking outpatient services and specialties and, in addition, rush to suppress symptoms.

KEYWORDS: Londrina, University Hospital, Geography, Health.

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado na cidade de Londrina, objetivando identificar os motivos que levam as pessoas a buscarem os serviços do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina – HU/UEL. Através deste, busca-

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.

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.

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, visto que suas necessidades não são supridas em seus municípios de origem. Diante disso, escolheu-se o HU de Londrina para a realização deste trabalho, caracterizando o perfil destes serviços, dos usuários e sua trajetória utilizada para a utilização destes serviços.

2 | 2 ENCAMINHAMENTO METODOLÓGICOS

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 contribuiriam 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.

3 | OS MOTIVOS DA BUSCA PELOS SERVIÇOS DO HU DE LONDRINA SEGUNDO SEUS USUÁRIOS

O município de Londrina localiza-se no Norte do Estado do Paraná, na mesorregião norte central Paranaense (Figura 1), sendo cortada pelo Trópico de Capricórnio a 23°18'38"S e 51°09'46"O. Atualmente, com 84 anos de existência e com uma população superando os 564 mil habitantes (IBGE, 2018), 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.

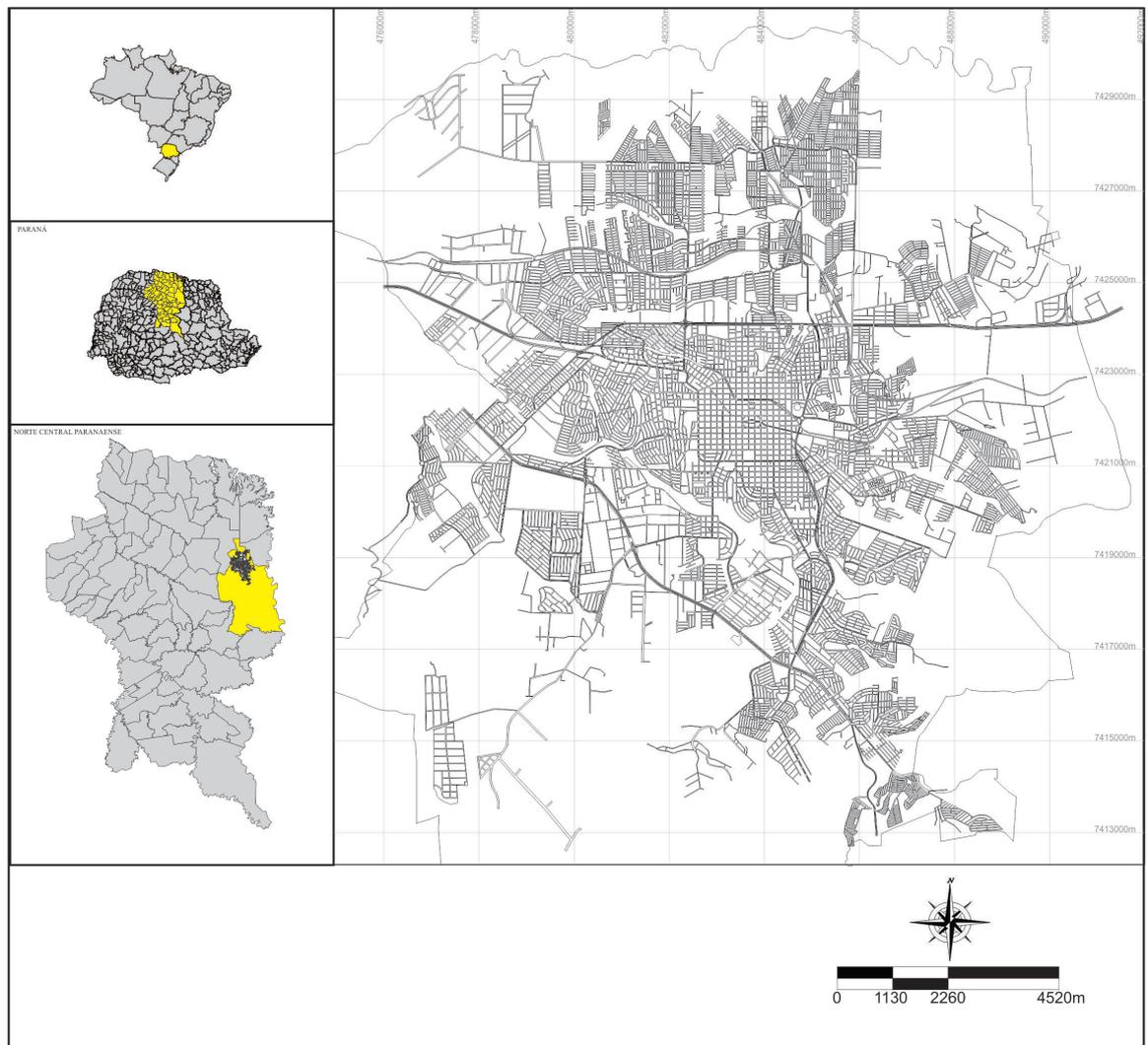


Figura 1 - Localização da Cidade de Londrina no Contexto da Mesorregião Norte Central Paranaense.

Base Cartográfica: Prefeitura Municipal de Londrina, 2010.

Organização: O autor.

Organização: Töws, 2014.

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 Bocas.

Desde a compra de terras pela CTNP 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 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 Companhia, 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. Possuía ainda, 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 de 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 epidêmicos, das enfermidades naturais de um centro populacional que se expandia em meio à floresta e dos acidentes de trabalho. 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 social. Alguns médicos se tornaram fazendeiros deixando a profissão um pouco em segundo plano.

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 ta 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 médicos-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 médicos-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 poder aquisitivo muito grande que buscavam cidades maiores, como São Paulo, e muitas vezes, recomendados pelos próprios médicos de Londrina, em razão da maior quantidade de recursos médicos nessas cidades.

Vale lembrar ainda, que nesse período, já existiam na cidade a Associação Médica de Londrina – AML –, a 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).

	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

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

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

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.

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 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 – CISMENPAR. A rede de assistência no âmbito do SUS em Londrina é composta por 139 serviços de saúde (Tabela 2).

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

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

Fonte: Relatório Anual de Gestão da Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Londrina, 2013.

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 2012.

A utilização dos serviços de saúde do Hospital Universitário (HU) e do Ambulatório

do Hospital das Clínicas (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 as mais diferentes possíveis. Tanto os residentes dos municípios da 17ª Regional de Saúde (R.S.) quanto o 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 seu problema de saúde.

Dos principais problemas de saúde apontados pelos entrevistados que os motivaram a buscar os serviços do HU, se destacam os ortopédicos, com 19,6%, os neonatológicos, com 14,4% e os obstétricos com 12,4% (Tabela 3).

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%
Neonatológico	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%

Tabela 3 - Principais problemas de saúde que levou a busca pelos serviços do HU, Londrina, 2013.

Fonte: Pesquisa de campo realizada no ano de 2013. Org.: O autor.

Esses dados representam um grau de especialização dos serviços procurados pelos usuários entrevistado 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 unidade 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 resolutividade 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 no Brasil 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 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 4). 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 resolutividade dos serviços prestados nas unidades básicas de saúde.

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

Tabela 4 - Número de vezes que buscou algum serviço de saúde pelo mesmo problema nos últimos 12 meses.

Fonte: Pesquisa de campo realizada no ano de 2013. Org.: 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 resolutividade de seu problema são casos mais graves e que não seriam resolvidos na unidade ou centro de saúde. Determinadas especialidades da medicina só são encontradas no SUS da região no 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 5. 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.

QUANTIDADE	NÚMERO	%
1	234	93,6%
2	14	5,6%
3	4	1,6%
TOTAL	250	100,0%

Tabela 5 - Quantas vezes procurou o HU nos últimos 12 meses.

Fonte: Pesquisa de campo realizada no ano de 2013. Org.: 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 resolutividade 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 determinada complexidade 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 6) 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.

TIPO DE PROCURA	NÚMERO	%
Escolha Própria	138	55,2%
Encaminhamento	112	44,8%
TOTAL	250	100,0%

Tabela 6 - Tipo de procura pelos serviços do HU, Londrina, 2013.

Fonte: Pesquisa de campo realizada no ano de 2013. Org.: 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 ter passado pela 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, 56,2% não acreditaram veementemente que seus problemas de saúde seriam sanados nas UBS (Tabela 7).

MOTIVOS	NÚMERO	%
Falta de Médico	32	11,1%
Atendimento Ineficiente	48	16,7%
Desconfiança dos serviços prestados nas UBS	161	56,2%
Não pedem exames e só receitam remédios	46	16,0%
TOTAL	287	100,0%

Tabela 7 - Número de pessoas que procuraram o HU sem ter passado pela UBS, 2013.

Fonte: Pesquisa de campo realizada no ano de 2013. Org.: 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 prestadas 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 resolutividade 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 8) 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 baixa eficiência resolutiva dos problemas de saúde pelas UBS.

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%

Tabela 8 - Lugares que buscou atendimento até chegar no HU, Londrina, 2013.

Fonte: Pesquisa de campo realizada no ano de 2013. Org.: 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 a 3 meses, 20,5% de 4 a 6 meses e 15,2% de 7 a 8 meses,

além de casos onde o tempo de espera foi superior a 12 meses (Tabela 9). Dessa forma, deve-se lembrar ainda, 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.

TIPO DO SERVIÇO	NÚMERO	%
1 a 3 meses	58	51,7%
4 a 6 meses	23	20,5%
7 a 8 meses	17	15,2%
9 a 12 meses	6	5,4%
+ de 12 meses	8	7,2%
TOTAL	112	100,0%

Tabela 9 - Tempo gasto do primeiro atendimento até o diagnóstico final.

Fonte: Pesquisa de campo realizada no ano de 2013. Org.: O autor.

De um modo geral, pode-se afirmar que dos usuários entrevistados, a principal queixa apontado foi a dificuldade de conseguir atendimento na rede básica em razão da espera em filas, o tempo de demora a 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 resolutividade.

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 citadas, 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 de saúde, 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 resolutividade 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 de saúde, 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 resolutividade.

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 busca 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 resolutividade 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 resolutividade dos serviços ofertados na influência 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 resolutividade das ações.

De acordo com os usuários entrevistados o HU 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 resolutividade polarizando a região.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se que a maioria dos pacientes atendidos pelo HU é de Londrina em razão 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 como nos demais municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde. 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.

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 resolutividade 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.

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 resolutividade de seus sintomas.

REFERÊNCIAS

COHN, Amélia; et al. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, 1991, 164p.

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.

FRESCA, Tânia Maria. Mudanças Recentes na Expansão Físico-Territorial de Londrina. In: *Geografia*. Londrina, v. 11, n. 2, p. 251-274, jul./dez., 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.

IBGE. *Censo Demográfico*. Rio de Janeiro, IBGE, 2010.

IPARDES. *Caderno Estatístico do Município de Londrina*. 2013.

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.

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, F. N. Projeto de pesquisa: metodologia, planejamento, execução e análise. 2º ed. São Paulo: Atlas, 1997. OBERDIEK, Hermann I. *Serviços Médicos em Londrina (1933 a 1971): responsabilidade e compromissos*. Londrina: Eduel, 2011. 248 p.

PAUL, S. A; REDDY, M. C; DEFLITCH, C. J. A Systematic Review of Simulation Studies Investigating Emergency. Department Overcrowding. *Simulation*. Vol. 86, n. 9, p. 559-568, 2010.

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.

OBERDIEK, Hermann I. *Serviços Médicos em Londrina (1933 a 1971): responsabilidade e compromissos*. Londrina: Eduel, 2011. 248 p.

SCHWARTZ, W. *Poder Emergente no Sertão*. Londrina: Midiograf, 1997.

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.

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.

SOBRE O ORGANIZADOR

Gustavo Henrique Cepolini Ferreira

Graduado em Geografia (Bacharelado e Licenciatura) pela PUC -Campinas, Mestre e Doutor em Geografia Humana pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Professor do Departamento de Geociências e do Programa de Pós-Graduação em Geografia -PPGEO na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), onde coordena o Núcleo de Estudos e Pesquisas Regionais e Agrários (NEPRA-UNIMONTES) e o Subprojeto de Geografia - "Cinema, comunicação e regionalização" no âmbito do PIBID/CAPES. Exerce também a função de Coordenador Didático do Curso de Bacharelado em Geografia -UNIMONTES. Tem experiência na área de Geografia Humana, atuando principalmente nos seguintes temas: Geografia Agrária, Regularização Fundiária, Amazônia, Ensino de Geografia, Educação do Campo e Conflitos Socioambientais e Territoriais. Participação como avaliador no Programa Nacional do Livro e do Material Didático-PNLD de Geografia e no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), vinculado ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). É autor e organizador das seguintes obras: No chão e na Educação: o MST e suas reformas (2011), Cenas & cenários geográficos e históricos no processo de ensino e aprendizagem (2013), Práticas de Ensino: Teoria e Prática em Ambientes Formais e Informais (2016), Geografia Agrária no Brasil: disputas, conflitos e alternativas territoriais (2016), Geografia Agrária em debate: das lutas históricas às práticas agroecológicas (2017), Atlas de Conflitos na Amazônia (2017), Serra da Canastra território em disputa: uma análise sobre a regularização fundiária do Parque e a expropriação camponesa (2018), entre outras publicações.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-333-0

