

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

NESTOR ALEXANDRE PEREHOUSKEI

ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – A PERCEPÇÃO DA
COMUNIDADE NOS BAIROS UNIVERSO E PINHEIROS NO MUNICÍPIO DE
MARINGÁ-PR. – 2001 A 2005

MARINGÁ
2005

NESTOR ALEXANDRE PEREHOUSKEI

ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE - A PERCEPÇÃO DA
COMUNIDADE NOS BAIROS UNIVERSO E PINHEIROS NO MUNICÍPIO DE
MARINGÁ-PR. – 2001 A 2005

Dissertação apresentada à Universidade
Estadual de Maringá, como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre em
Geografia.

Orientadora: Dra. Gilda Maria Cabral Benaduce

MARINGÁ
2005

NESTOR ALEXANDRE PEREHOUSKEI

ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE - A PERCEPÇÃO DA
COMUNIDADE NOS BAIROS UNIVERSO E PINHEIROS NO MUNICÍPIO DE
MARINGÁ-PR. – 2001 A 2005

Dissertação apresentada à Universidade
Estadual de Maringá, como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre em
Geografia.

Aprovado em 24 de março de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Gilda Maria Cabral Benaduce
Universidade Federal de Santa Maria

Prof. (a) Dr. (a) Dorotheia de Fátima Pelissari de Paula Soares
Universidade Estadual de Maringá

Prof. (a) Dr. (a) Lúcia Helena Batista Gratão
Universidade Estadual de Londrina

***Este trabalho é dedicado à memória do Sr.
Nestor Perekouski***

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, saúde, sabedoria e discernimento.

A orientadora e amiga, Dra. Gilda Maria Cabral Benaduce, pelo acolhimento, sensibilidade, carinho e dedicação dispensados a este trabalho. Não tenho palavras para agradecer, apenas, muito obrigado por acreditar!

A Dra. Maria Eugênia Moreira Costa Ferreira pelo início deste trabalho no curso de bacharelado.

A Mestre e amiga Udelysses Janete Veltrini Fonzar, por sempre acreditar!

Ao Mestre e amigo Fernando Luis de Paula Santil, pelo incentivo e participação no início deste trabalho.

Aos professores que contribuíram para meu aprimoramento nesse período de mestrado: Dra. Maria Teresa da Nóbrega, Dra. Gilda Maria Cabral Benaduce, Dr. Bruno Luiz Domingos de Angelis, Dr. Márcio Mendes Rocha e Dra. Celene Tonella.

Ao conhecimento adquirido na participação em cursos e congressos, com os professores: Dr. Christovam de Castro Barcellos Neto, Dra. Maria de Fátima R. P. de Pina, Dr. Raul Borges Guimarães, Dr. Wolf-Dietrich Sahr, Dr. Rogério Haesbaert, Dra. Lívia de Oliveira e Dra. Luisa Iñiguez Rojas.

A minha equipe técnica: Keila Fernanda Gonçalves, William Ricardo Cardoso e Rogério Galdino de Oliveira, que contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Sr. João Freitas, que também faz parte de minha equipe técnica: amigo e motorista da Secretaria Municipal de Saúde, que ajudou em meu transporte até às UBS, com muito carinho e esforço.

As equipes de saúde dos NIS Universo e Pinheiros, que muito contribuíram para a realização desta pesquisa.

Ao casal: D. Helena Mendes Perehouskei (grande amiga e companheira de vida) e Sr. Bernardo Sanches Gomes que participaram de meu dia a dia nesse processo de criação.

Ao eterno carinho de minhas irmãs: Teresa Perehouskei Albuquerque, Vera Isabel Gonçalves e Helena Lúcia Perehouskei da Costa.

A meus grandes amigos de vida: André Luiz Rodrigues Lopes, Jaqueline Rodrigues do Nascimento, Paulo César Alves de Oliveira e Rositânia Alves Cabral.

A meu amigo Ricardo de Jesus Martins, toda minha saudade e admiração.

Aos meus companheiros de militância contra a Aids e pelos Direitos Humanos: William Ricardo Cardoso, D. Maria Domingues, Avanilson Alves de Araújo e Elias Brandão.

A Dra. Maria Teresa de Melo Cerqueira Coimbra, grande médica, cantora e minha amiga querida.

A Dra. Ana Cristina Medeiros Gurgel, médica e amiga, que vêm acompanhando minha saúde nestes últimos anos, com muita atenção e carinho.

A todos que lutam pelos Direitos Humanos, em especial a minha grande amiga Ana Paula Scramin, meu carinho e admiração!

Aos perceptivos, que me mostraram novos caminhos dentro da Geografia.

***“Com meus cinco, ou seis sentidos,
me dispo, respiro o clima ao seu redor.”
(Cícero; Lima, 1982)***

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - CAMINHOS DA SAÚDE NO BRASIL.....	7
1.1. DINÂMICA DO SETOR DE SAÚDE EM MARINGÁ.....	14
CAPÍTULO II - GEOGRAFIA DA SAÚDE E A REPRESENTAÇÃO DO TERRITÓRIO	21
CAPÍTULO III – A PERCEPÇÃO E A COGNIÇÃO DO MEIO AMBIENTE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A DEFINIÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	37
CAPÍTULO IV - O LUGAR NA DEFINIÇÃO DOS RECORTES TERRITORIAIS DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA – UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NOS BAIRROS JARDIM UNIVERSO E PINHEIROS	58
4.1. DIAGNÓSTICO DO NIS II UNIVERSO.....	60
4.2. DIAGNÓSTICO DO NIS II PINHEIROS.....	71
CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	88
ANEXOS.....	102

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMEPAR – Associação Paranaense de Municípios do Médio Paranapanema
ANA – Agência Nacional de Águas
APS – Atenção Primária à Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CISAMUSEP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CTA – Centro de Testagem Anônima
DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
ESF – Equipe Saúde da Família
FAZ – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FUNABEM – Fundação Nacional de Bem-estar do menor
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBAM – Instituto Brasileiro de Administração Municipal – Rio de Janeiro
IBAMA – Instituto Brasileiro de Meio Ambiente
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
LBA – Fundação Legião Brasileira de Assistência
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NIS – Núcleo Integrado de Saúde
NOB/96 – Norma Operacional de 1996
ONG – Organização Não Governamental
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PEC – Programa de Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde
PLANO CONASP – Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social
PPA – Plano de Pronta Ação
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAE – Serviço de Atendimento Especializado
SAI – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica
SIG – Sistema de Informação Geográfica

SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação sobre Agravos Notificados
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da família

RESUMO

Este trabalho constitui-se em uma investigação sobre os territórios áreas de abrangência das unidades básicas de saúde a partir da percepção da comunidade usuária. Com a aplicação de um questionário misto diretamente à população pôde-se avaliar que as áreas de abrangência pré-estabelecidas pelas equipes de saúde para atuação do Programa Saúde da Família, não atendem a todos os bairros adscritos. As áreas coerentes para as atuais localizações dos Núcleos Integrados de Saúde (NIS) são determinadas naturalmente pela acessibilidade da população, que também contribuiu para a identificação de barreiras geográficas existentes nos trajetos aos serviços, bem como, de deficiências existentes nos bairros. Concluímos com esta pesquisa ser fundamental a participação popular das comunidades na execução de projetos dessa natureza, no sentido de implementar estratégias baseadas no cotidiano vivido pelos próprios atores sociais, na busca de melhores condições de atendimento por parte dos setores de saúde.

Palavras chave: saúde – território – participação - percepção

ABSTRACT

This work constitute in an investigation about the wide-ranging of health service to from of user community. With the application of sample straight the population can assess who the ranging pre-establish by health team to performance of family health program not serve the all districts. The wide-hangings coherence to the locality current of health service in certain of course by population of accessibly who also contribute to the identification of geographies barriers existing in services of routes, as well as, of problems existing of districts. Concluded with this research be fundamental the community popular participation in carry of projects by nature, direction of introduce strategies joint in a every other days living by himself social actors, in pick up of better conditions of serve by health sectors.

Key words: health – territory – participation - perception

INTRODUÇÃO

Os estudos geográficos nas últimas décadas têm destacado em suas discussões as temáticas territorial e espacial e assim tem estado na pauta das principais discussões geográficas. Pela importância que a temática apresenta, outras ciências têm recorrido, com frequência, a estas discussões, engajando a mesma em seus estudos.

No que se refere aos trabalhos em relação à saúde, especialmente no planejamento da mesma, os especialistas nesta área tem notado a interferência significativa do território em suas ações. Isso posto, os estudos têm se desenvolvido de tal maneira que a Geografia tem contribuído em muito, com os estudos geográficos no âmbito da saúde no Brasil.

Um destes estudos, que chama atenção é a delimitação dos recortes territoriais das áreas de atuação da saúde junto à comunidade. Os critérios para estabelecer os limites destas áreas são os mais variados e por isso poucos atingem o objetivo.

Quando surge o Programa Saúde da Família (PSF), a definição das áreas de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) teve como base uma estratégia de “estimativa rápida”, considerando a experiência das equipes de saúde das UBS, e as populações moradoras nos bairros localizados no entorno dos Núcleos Integrados de Saúde (NIS). A delimitação baseada apenas nesse critério resultou em algumas deficiências nos serviços de saúde, como por exemplo: áreas descobertas de atendimento do PSF, áreas de conflito: atuação de duas equipes saúde da família (ESF) numa mesma rua; algumas UBS com áreas muito extensas e atendendo um expressivo contingente populacional podendo ocasionar a ociosidade de outras UBS.

Para delimitar os recortes territoriais das áreas de abrangência dessas UBS, é necessário conhecer o território, as relações espaciais que comandam as dinâmicas da área estudada. É preciso também conhecer a comunidade, entendê-la a partir do seu lugar, do seu interior, das formas como a comunidade se movimenta, como usa e transforma o território para então estabelecer recortes territoriais gerando as áreas de abrangência.

Comentário: Justificativa do trabalho.

Perehouskei, 2001 estudou os critérios adotados para a definição da atual delimitação das áreas de abrangência, considerando as opiniões emitidas pelas ESF. A partir desse estudo estruturaram-se critérios para delimitação das áreas de atuação da saúde, estabelecendo-se alguns, como por exemplo: os fluxos e a mobilidade de população, na busca de atendimento nos serviços de saúde; a distribuição dos equipamentos urbanos no território; a acessibilidade formada pelos meios de transporte e pelas barreiras geográficas existentes nos trajetos até as UBS; à distância entre o local de moradia e a UBS e por fim, a estrutura dos serviços oferecidos pelos NIS à comunidade usuária.

Esta pesquisa propõe critérios para delimitar os recortes territoriais das áreas de abrangência dos NIS para o município de Maringá levando em conta a comunidade usuária do serviço de saúde, com base nos paradigmas de sustentabilidade e endogenização e da percepção espacial.

Comentário: Objetivo

Nesta perspectiva, objetiva-se investigar a comunidade a partir da percepção espacial em relação à acessibilidade (transporte e barreiras geográficas) aos serviços de saúde que, quando comparados com os já identificados junto as ESF, poderão apontar elementos para se definir a delimitação de área de abrangência coerente com a capacidade resolutive da UBS e dentro de um cotidiano vivenciado, proporcionando desta forma, uma racionalidade e permitindo o atendimento à comunidade usuária.

Comentário: objetivo

Algumas abordagens teórico-metodológicas serviram de base à referida pesquisa. Importante se faz entender o sentido de sustentabilidade como traduz Dallabrida (1999): “A expressão endogenização pretende qualificar um processo de desenvolvimento germinado no interior [...], que contemple as necessidades e aspirações da coletividade [...] e resulte de uma sólida e ativa consciência de territorialidade, o que exige a participação consciente e ativa dos atores sociais locais, na construção de um projeto sócio-econômico-político e cultural próprio”.

Comentário: teórico-metodológico

Destaca ainda que ela pode estar representada por, no mínimo, seis dimensões: a físico-natural, que representa a manutenção dos ecossistemas, ou seja, manter iguais ou melhores condições de reprodução da vida nos ecossistemas. A social, buscando a melhoria de qualidade de vida de toda a população, respeitando os limites dos ecossistemas. A cultural, significando o respeito aos aspectos da diversidade, às

diferenças étnicas e culturais, objetivando uma convivência harmoniosa. A científico-tecnológica, procurando introduzir conhecimentos e técnicas que considerem um ambiente finito, para a produção de bens e serviços em prol às necessidades do homem e não objetive somente o capital. A econômica, que preconiza não utilizar recursos naturais, a um ritmo acelerado, a ponto do meio ambiente não ter condições de se regenerar. E a sustentabilidade política recomendando a busca da cidadania e recusa a qualquer forma de exclusão.

A comunidade certamente trará elementos reais para essa investigação e essa participação coletiva, quando consciente de pertencer ao local, numa perspectiva de responsabilidade e apego, independente de ser ou não proprietário do imóvel onde reside, ou sem pretensão de permanecer muito tempo no local ou mesmo sem ter raízes com o lugar, permitirá a este processo ganhar uma estrutura cada vez mais voltada para a população.

Atualmente, o município de Maringá, no estado do Paraná, é formado por uma rede de 23 UBS, chamadas NIS.

Comentário: caracterização da área de estudo

No final de 2000, quando ocorreu a implantação do PSF, houve uma reorganização nos serviços de saúde oferecidos à população, objetivando trabalhar a medicina preventiva com ESF formadas por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS), para atender a comunidade em suas próprias residências, num território estabelecido, de modo que cada ESF deveria se responsabilizar dentro do limite da área de abrangência da UBS onde atuava com no mínimo 2400 e no máximo 4500 pessoas, na proporção de um ACS para cada 100 famílias ou 750 pessoas.

Nessa pesquisa, foram analisadas duas UBS: NIS II Universo e NIS II Pinheiros representando respectivamente as UBS com menor número de famílias cadastradas no PSF (1.073 famílias) e maior número (7.490 famílias), de acordo com o relatório da Prefeitura do Município de Maringá, Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB, 2003), não considerando os distritos Floriano e Iguatemi. Cabe aqui ressaltar que o número de famílias servidas pelo sistema UBS foi um dos critérios, para a seleção das mesmas, utilizado na tentativa de mostrar se o número de famílias atendidas interfere ou não nas distorções em relação ao recorte territorial da área de abrangência do NIS.

Comentário: recorte territorial

Portanto, não se estabelece e não há nenhuma tentativa de comparação entre estas duas UBS, no presente trabalho.

Para a realização desta pesquisa foi elaborada entrevista aplicada junto à comunidade usuária ocorrida no período de março a julho de 2004, sobre as áreas de abrangência das UBS, também chamadas Unidades de Saúde da Família (USF). A participação da comunidade usuária dos serviços de saúde refere-se a do NIS II Universo e do NIS II Pinheiros, correspondendo respectivamente as UBS com menor e maior número de famílias cadastradas no Programa Saúde da Família (PSF) respectivamente. A determinação do tamanho da amostragem da pesquisa baseou-se no estudo de Gerardi e Silva (1981, p. 20).

Comentário: técnicas-trabalho de campo

A aplicação das entrevistas se deu de forma diferenciada de um NIS para o outro. No NIS II Pinheiros ocorreu em qualquer horário de funcionamento da UBS, (07h00 às 19h00), uma vez que o número de pessoas circulando é muito grande, seja para consultar, participar de algum grupo de saúde, buscar medicamento ou mesmo realizar procedimentos de enfermagem; ao contrário do NIS II Universo cujas entrevistas foram aplicadas em horários pontuais, normalmente nos momentos que antecediam as consultas. Fato que gerou um tempo maior no trabalho de campo do NIS II Universo desenvolvido no período de março a julho de 2004, enquanto no NIS II Pinheiros ocorreu entre março e junho do mesmo ano.

A realização das entrevistas foi feita por apenas um entrevistador e apresentou intervalos de pelo menos uma semana para então retornar ao NIS, isso para evitar o encontro com as mesmas pessoas. Normalmente quando a pessoa já havia sido entrevistada, ocorria algum tipo de manifestação, como: “já, participei!” ou “você já me entrevistou!”. Isso mostra que as pessoas entrevistadas são diferentes, apresentando amostragem monolítica, composta por indivíduos que expressam suas opiniões uma única vez.

Para o mapeamento digital das áreas, utilizou-se uma das técnicas do Sistema de Informação Geográfica (SIG), aplicativo Arcview, versão 3.1, onde se localizou a distribuição espacial das UBS do município de Maringá, bem como, os recortes territoriais das áreas de abrangência previamente estabelecidos pelas equipes de

saúde nos NIS II Universo e NIS II Pinheiros e também, essas áreas com identificação dos bairros que a compõem.

Atendendo o principal objetivo proposto, foi realizado também o mapeamento do recorte territorial da área de abrangência determinado pelo acesso da comunidade usuária, bem como, registradas algumas considerações em relação à percepção espacial das pessoas sobre barreiras geográficas existentes nos trajetos aos serviços de saúde ou mesmo problemas relacionados à estrutura dos serviços oferecidos pelos NIS, isto é, se esses aspectos podem ou não ser representativos no tocante à delimitação da área de abrangência.

Utilizando-se de “mapas inteligentes” organizados pelas ESF e também o SIG, aplicativo Arcview, versão 3.1. foi possível realizar o mapeamento digital das barreiras geográficas identificadas pela comunidade usuária dos NIS.

A participação nas “oficinas de territorialização” junto às ESF dos NIS em estudo, fortaleceu as concepções sobre o território, em especial, a identificação das barreiras geográficas existentes nas áreas. Essas oficinas foram realizadas nos dias 14, 16, 27 e 28 de setembro de 2005, no NIS Universo e NIS Pinheiros.

Para atender ao proposto, este trabalho foi estruturado da seguinte maneira:

O primeiro capítulo intitulado: “Caminhos da saúde no Brasil”, destaca a trajetória do setor de saúde desde o período de crise da previdência social nos anos 1970 até a atualidade, procurando identificar a evolução das discussões, no que tange ao direito universal de acesso do cidadão aos serviços de saúde, vindo de encontro aos interesses da Geografia, pois ela apresenta em diversas pesquisas e inúmeros trabalhos publicados.

O segundo capítulo: “Geografia da Saúde e a representação do território”, destaca o papel da Geografia no desenvolvimento de linhas de pesquisa direcionadas à Geografia da Saúde, com estudos ligados à utilização do Sistema de Informação Geográfica (SIG); estudos sobre a localização, identificação e avaliação de populações expostas à riscos de contrair doenças, algumas inclusive relacionadas ao meio ambiente e estudos sobre o planejamento dos serviços de saúde (incluindo pesquisas sobre a acessibilidade) vindo de encontro às discussões sobre o território (território-área

de abrangência, território-área de influência, território-rede), fortemente debatido por geógrafos e outros pesquisadores, em busca de um conceito integrado.

O terceiro capítulo “A percepção e a cognição do meio ambiente e sua contribuição para a definição da área de abrangência das unidades básicas de saúde” explora alguns conceitos dentro da Psicologia sobre a percepção do indivíduo, que através dos cinco sentidos, associada à experiência do lugar onde vive seu cotidiano e sua inteligência, possui a capacidade de identificar problemas ligados ao acesso nos serviços de saúde, como por exemplo, barreiras geográficas e questões funcionais, porém, também poderá demonstrar algumas sensações como a de pertencer ao bairro onde mora, a de gostar desse lugar e por isso almejar um lugar para viver melhor, enfim, através da percepção espacial surgem elementos que poderão auxiliar na melhor definição das áreas de abrangência em estudo.

O quarto capítulo “O lugar na definição dos recortes territoriais das áreas de abrangência - unidades básicas de saúde nos bairros Jardim Universo e Pinheiros” apresenta os resultados da pesquisa em campo junto às comunidades usuárias dos serviços de saúde.

O quinto e último capítulo apresenta algumas considerações sobre esta pesquisa, bem como, discute a importância da participação popular da comunidade na concepção, discussão, ação e fiscalização de projetos objetivando o desenvolvimento local.

CAPÍTULO I

CAMINHOS DA SAÚDE NO BRASIL

A dinâmica do setor de saúde no Brasil será pautada desde a crise da previdência social na década de 1970, cuja prática centrava-se na medicina curativa e assistencialista. Posteriormente passa a ampliar a cobertura de seguridade a diversas classes de trabalhadores, permitindo espaços para a ocorrência de intensas corrupções no setor; até os dias atuais. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), surgem propostas preventivas de promoção à saúde e ações programadas, como o Programa Saúde da Família, cujo objetivo é oferecer um atendimento domiciliar às comunidades, em um território estabelecido.

Essa dinâmica está relacionada às diretrizes ligadas ao direito de acesso aos serviços de saúde, como a participação da comunidade na construção de projetos; como também a equidade: todos os cidadãos tenham a mesma qualidade de assistência; ainda a universalidade: que todos tenham acesso à essa assistência; a integralidade: superação da dicotomia – serviços preventivos e curativos, e por último, a adequação à diversas mudanças ocasionadas pelos processos de descentralização, cuja responsabilidade e recursos da União e os Estados foram gradativamente passando para os municípios. Sabe-se que em inúmeros casos, não conseguiram efetivar as propostas pré-estabelecidas.

Com a proposta de redesenhar os recortes territoriais das áreas de responsabilidade das unidades básicas de saúde dentro da própria vivência das comunidades em estudo é importante a inclusão de um modelo, que objetive a melhoria do atendimento de saúde à comunidade, minimizando barreiras geográficas de acesso aos serviços, bem como, problemas estruturais e funcionais existentes.

Atualmente, o acesso aos serviços de saúde é um direito garantido pela constituição brasileira a todo cidadão, porém, historicamente, essa conquista vem ocorrendo gradativamente pelas manifestações de alguns segmentos da sociedade a partir da crise da previdência social nos anos 1970.

Nesse período, a previdência era regida por um modelo hegemônico, cujo método vigente estabeleceu-se de acordo com os interesses da Política Nacional de Saúde, ou seja, a prática da medicina assistencial privatista, que não vinha de encontro com os objetivos da Saúde Pública de ampliar técnicas e estratégias que efetivassem a prática da medicina preventiva – controle de doenças e ações de promoção à saúde.

Particularmente o estado do Paraná vivenciava um período de atraso em relação ao conhecimento sobre a Saúde Pública conforme estabelece o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM, 1977): “de maneira geral existe apenas uma unidade sanitária funcionando no período da manhã ou da tarde. O tipo de atendimento médico dispensado é bastante superficial, resumindo-se basicamente em fornecer atestados médicos para fins burocráticos e executar programas de vacinação”.

Essa ocasião é marcada por inúmeros atos institucionais e decretos presidenciais arbitrados pela ditadura militar e no que tange a assistência à saúde, que se encontrava diretamente ligada à previdência social, direcionava como principal objetivo a partir de 1971, a expansão da seguridade incluindo, por exemplo: trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos.

A expansão da seguridade representou um avanço no que se refere ao direito à saúde do trabalhador, pois até aquele momento, a carteira de trabalho assinada era benefício apenas dos empregados lotados em empresas, instituições e órgãos afins e grande parcela da população era desprovida de atendimento à saúde, direito à vida e diversos outros benefícios do trabalhador.

Entretanto, para atender à demanda dessas novas categorias de trabalhadores, foi necessário estabelecer inúmeros contratos de serviços com empresas privadas e devido à falta de planejamento por parte da previdência, que não organizou controle em relação aos serviços contratados, oportunizaram-se diversas corrupções no setor, como superfaturamentos e desvios de verbas, contribuindo para a instauração de uma crise econômica sob a responsabilidade do Estado. Carvalho, Martin e Cordoni Júnior (2001, p. 33 e 34).

Nesse contexto, foram elaboradas pelo governo, algumas tentativas de organização dos diversos setores de saúde no intuito de minimizar os problemas

estabelecidos, como por exemplo, a criação do MPAS, INPS, INAMPS, LBA, FUNABEM, DATAPREV, IAPAS, FAS E PPA.

Esses diversos setores estreitamente vinculados tinham o papel de controle em relação aos contratos privados estabelecidos para atender à demanda, bem como, executar ações de saúde de interesse coletivo que se definem como campo de atuação do Ministério da Saúde e também proporcionar o atendimento médico-assistencial individualizado, que se configura como ação do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Entretanto, esses objetivos aumentaram consideravelmente os gastos da previdência e no final da década de 1970, marcada pelo fim do “milagre econômico” que representou um intenso período de industrialização e êxodo rural no País, trouxe como consequência, uma crise generalizada: baixos salários e crescimento da demanda para a assistência à saúde.

Nesse cenário, algumas camadas da sociedade, como: lideranças, políticos e intelectuais, iniciaram várias discussões, críticas e principalmente passaram a expressar suas insatisfações em relação ao modelo-político-econômico arbitrado pela ditadura, através de manifestos, jornais, greves e outros mecanismos. Carvalho, Martin e Cordoni Júnior (2001, p. 33-35).

Além dessas ações, o período foi marcado também por grandes lutas pelas reformas nas políticas de saúde, como expressa Cordoni Júnior (1989, p. 71): “durante a década de 70 [...] ganha corpo o movimento conhecido como Reforma Sanitária, cuja característica era a formulação do pensamento crítico na política de saúde. A Reforma integra-se ao movimento de oposição ao golpe militar de 1964”. Paralelo a isso surgem algumas idéias inovadoras e de oposição ao sistema de saúde vigente, como por exemplo, a Medicina Comunitária e o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS).

O período de 1980 a 1990 foi marcado pela transformação do regime de ditadura militar e a instauração da democracia no País, que culminou com as discussões, elaboração e aprovação da Constituição Federal de 1988.

Além disso, foram criadas e implantadas algumas tentativas de se estabelecer uma nova política para o setor de saúde, como define o PREV-SAÚDE (1989, p.16 e 17), que não chegou a ser implantado pelo governo sob alegação de falta de recursos.

Dentro dessa nova política, considerando a oferta e demanda e o acesso da população em relação aos serviços de saúde, é importante considerarmos a interpretação de Benaduce (2003, p. 170) sobre os centros polarizadores no estado do Paraná:

Com as mudanças estruturais na economia mundial em fins dos anos 1980, políticas estaduais apontavam também mudanças econômicas, buscando alternativas para acompanhar as tendências da economia mundial, com especial interesse nos setores industrial e de serviços. A adequação do território à composição técnica e orgânica daquele território serviu de base para eleger centros polarizadores.

Assim, três regiões são apontadas: eixo Região Metropolitana de Curitiba/Ponta Grossa; eixo Norte - Londrina e Maringá; eixo Oeste – Foz do Iguaçu, Cascavel, Toledo e Marechal Cândido Rondon.

Quanto às mudanças econômicas referentes aos serviços, pode-se considerar também os próprios serviços de saúde.

Outra tentativa de política para o setor foi a implantação do chamado “Pacote da Previdência”, que segundo PAIM (1989, p. 18) aumentou a contribuição previdenciária e instituiu o CONASP que objetivou controlar despesas através do Plano CONASP.

Esse plano possibilitou ainda alguns desdobramentos, sendo o principal, a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS, 1989, p. 25), que representou uma estratégia de reorganização institucional da assistência à saúde, com o objetivo de evitar ações paralelas e redução de custos, ou seja, eliminar os desvios de verbas no setor.

Nesse momento, começaram a ser incluídos dentre os princípios dessas ações, conceitos relacionados ao direito de acesso aos serviços de saúde, que mesmo ainda pouco amadurecidos, representaram um avanço na inclusão social de diversas camadas da população anteriormente discriminadas: universalidade no atendimento, integralidade e equidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, descentralização de ações e tomada de decisões e participação da sociedade civil no planejamento, execução de projetos e controle do governo sob o sistema como um todo (setores filantrópico e privado).

É importante ressaltar que os princípios norteadores das AIS, não eram diferentes do plano anterior, que na verdade nem chegou a ser implantado, devido à falta de vontade política.

Com esse convênio, as prefeituras passaram a receber, pela primeira vez, recursos federais provindos da Previdência, mediante serviços de saúde prestados pelos municípios, como por exemplo: serviços médicos, odontológicos e procedimentos de enfermagem.

Para os estados, representou avanços significativos, como: ampliação da capacidade de atendimento à demanda espontânea, contratação de profissionais, redefinição das funções dos serviços privados e a participação da sociedade na gestão dos serviços.

Particularmente no estado do Paraná, a estrutura da saúde encontrava-se, conforme estabelece a Secretaria de Estado da Saúde e do Bem Estar Social (1984):

Em 1983, após um estudo-diagnóstico sobre a estrutura de saúde existente no Estado, observou-se que em 64 municípios [...] existia somente uma unidade de saúde para mais de 20.000 habitantes. Em outros municípios, havia apenas uma unidade para mais de 50.000 habitantes. Na década de 1970, 89,3% dos hospitais eram privados, sendo que destes, 75,6% foram catalogados como lucrativos, 13,7% de caráter filantrópico e apenas 10,7% eram públicos. A rede de Postos de Saúde do Estado e municípios era, naquela época, constituída por 245 unidades, ou seja, não chegava a uma por município. Grande número dessas unidades encontrava-se em situação precária de funcionamento, sendo que muitas delas funcionavam em prédios alugados e adaptados para abrigar os postos.

As AIS foram implantadas definitivamente no estado do Paraná em 1985, a partir da articulação do governo estadual com o Ministério da Previdência, tendo como obstáculo, o próprio INAMPS, que representou um dos fortes opositores políticos naquele momento. AMEPAR (1985, p. 5).

O convênio envolveu os seguintes municípios: Curitiba, Londrina, Ibiporã, Cambé, Ponta Grossa, Araucária, Foz do Iguaçu, Campo Largo, Maringá, Toledo, Francisco Beltrão, Guarapuava e Cascavel, representando uma inovação do sistema de saúde no Brasil no contexto da atenção básica à saúde.

De acordo com Gil, Martin e Gutierrez (2001, p. 75 e 76):

Em dezembro do mesmo ano ampliou-se para mais 265 municípios (dos então 319), chegando, em novembro de 1986, à totalidade dos municípios paranaenses, integrando mais 743 Postos de Saúde e 19 hospitais de pequeno porte. As AIS encontraram terreno fértil para o seu desenvolvimento, visto que, devido ao Programa de Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde (PEC), uma considerável rede de serviços municipais estava em funcionamento. Já em novembro de 1986, as 33 prefeituras restantes associaram-se ao convênio das AIS, incorporando mais 48 Postos de Saúde e 10 hospitais de pequeno porte, além de mais 260 Sindicatos de Trabalhadores Rurais e seus ambulatórios.

Cabe ressaltar que o Paraná foi o primeiro Estado no País a assinar o Convênio AIS com todos os seus municípios.

Em seguida, como nova estratégia de mudanças nas políticas de saúde, implantou-se o Sistema Unificado e Descentralizado¹ de Saúde (SUDS), que de acordo com Carvalho, Martin e Cordoni Júnior (2001, p. 38) concretizou-se com o decreto nº. 94.657 de 20 de julho de 1987, objetivando a consolidação e desenvolvimento qualitativo através de reformulação de diretrizes do Sistema Nacional de Saúde e redefinição de papéis dos três níveis do governo.

Além de não concretizar essas inovações, o SUDS trouxe como conseqüências: a concentração do poder nas secretarias estaduais de saúde e início do desmonte do INAMPS.

No âmbito do setor de saúde, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde foram discutidas diversas propostas que passaram a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira que estabeleceu em seu texto, desde questões elementares, como: “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”; ou mesmo, “as ações e serviços de saúde são de relevância pública”; até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo os princípios da reforma, que nesse momento apresentaram-se muito mais amadurecidos:

¹ **Descentralização** – refere-se ao processo de transferência de um nível de governo para outro, do centro para a periferia, ou seja, do nível federal para o estadual ou municipal, das responsabilidades sobre determinada área de atuação e das condições para o cumprimento dessas responsabilidades. Na saúde a descentralização tem como grande objetivo a municipalização das ações e serviços de saúde. Brasil (1994).

A participação, que representa a presença da sociedade nas decisões e controle de serviços; a descentralização; a equidade² e universalização³ e a integralidade que objetiva a superação da dicotomia medicina preventiva *versus* medicina curativa, ou seja, atuação além da assistência individual na prevenção de doenças e promoção da saúde no setor de saúde e interfaces. Carvalho, Martin e Cordoni Júnior (2001, p. 39).

Nesse período para implantar definitivamente o SUS, instaurou-se um processo de elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional – “Leis Orgânicas de Saúde” - (Leis no. 8.080 e 8.142), que estabeleceram os princípios, diretrizes e condições para o funcionamento do SUS.

² **Equidade** – um dos princípios do SUS, significa que todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sexo, religião, idade ou situação de emprego têm direito à mesma assistência à saúde. Significa, ainda, que em função das diferenças sociais e das disparidades regionais, os recursos para a saúde deverão ser distribuídos no sentido de favorecer aqueles que mais necessitam de atenção e cuidados. Brasil (1994).

³ **Universalidade** – é um dos princípios do SUS e se refere ao direito que tem todo o cidadão de ser atendido por qualquer serviço de saúde, público ou privado, integrante do SUS, sem ter que pagar pelo atendimento. Brasil (1994).

1.1. – DINÂMICA DO SETOR DE SAÚDE EM MARINGÁ

Para o entendimento da dinâmica do setor de saúde em Maringá, é importante considerar alguns pontos que representam pressupostos dessa trajetória:

O primeiro pressuposto pode ser compreendido a partir do incentivo por parte do governo do Estado e Política Nacional de Saúde à instalação de serviços privados, que ocorreu desde o período da colonização realizada pela Companhia Melhoramentos Norte do Paraná a partir de 1942, cujo projeto colonizador estava baseado na pequena e média propriedade e instalação de vários núcleos urbanos que trouxeram para a região trabalhadores que viam no pioneirismo, possibilidades de fixação em sua própria terra, atividades de comércio ou serviços ligados ao cultivo de café.

O segundo pressuposto, foram as políticas públicas do estado que utilizaram a Saúde Pública como mediadora de conflitos oriundos do processo de colonização, procurando manter a ordem social e o atendimento à demanda da população urbana, devido ao intenso fluxo migratório.

Acompanhando os desdobramentos do setor de saúde no Brasil apresentada na primeira parte deste capítulo, verificamos que o planejamento, ou seja, a sistematização de projetos e ações na área em Maringá, iniciou-se a partir do decreto da Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990, instituindo-se o SUS, cuja disposição preliminar determinava, segundo Ministério da Saúde (1991, p. 4): “ *Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.*”

O SUS é dirigido pelas três esferas do governo: na União, pelo Ministério da saúde e nos Estados e municípios, pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Com as leis implantadas o SUS torna-se responsável pelas ações de promoção, no amparo e recuperação da saúde, assistenciais e preventivas, destacando-se a de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral. Carvalho, Martin e Cordoni Júnior (2001, p. 41).

A partir da Lei Federal 8.080, instituiu-se o 1º Plano Plurianual do município de Maringá 1990 a 1992, onde praticamente diagnosticou-se a estrutura dos serviços de saúde naquele momento, objetivando-se maior cobertura na assistência de saúde, facilitando o acesso da população aos serviços e propondo um modelo de assistência resolutive, distribuindo as UBS de forma regionalizada e hierarquizada. Paralelamente, a descentralização de alguns recursos de maior complexidade para atender a comunidade.

As gestões municipais a partir desse período normalmente elaboravam o Orçamento Público⁴ em gabinetes de administradores, sem qualquer participação por parte da sociedade. Esses profissionais atentavam para a garantia de obras e ações que assegurassem futuras eleições, representando carros-chefe de campanhas eleitorais e mandatos. Essa prática abriu espaços para intensas corrupções nos Poderes Executivos e Legislativos (desvios de verbas públicas e sonegações fiscais).

O Plano Municipal de 1993 e 1994 encontrou inúmeros problemas relacionados a financiamentos e escassos investimentos de recursos, paralelamente, a estrutura organizacional e administrativa não acompanhou a mudança dos processos de municipalização (descentralização) dos programas de assistência e aumento da demanda aos serviços de saúde. Como resultado, a maior parte das propostas estabelecidas no Plano não foram consolidadas, proporcionando poucos avanços, como por exemplo, a implantação de duas novas unidades básicas de saúde: os NIS III Zona Norte e Zona Sul, que ofereciam o pronto-atendimento, contudo, a baixa resolutividade dos serviços, o aumento de quotas de exames, especialidades e internamentos solicitados, continuavam não suprindo a demanda da comunidade.

O município caminhava para a forma de gestão semiplena⁵, ou seja, novas responsabilidades e encargos para o gestor, o que significava uma mudança a nível político, técnico e administrativo do sistema de saúde.

⁴ A elaboração do Orçamento Público é uma responsabilidade do Poder Executivo que, anualmente, até o mês de setembro, deve ser enviado à Câmara ou Assembleia Legislativa, para apreciação do Poder Legislativo que, por lei, tem a função e responsabilidade de fiscalizar sua implementação após a aprovação. Brandão, E. C. (2003, p. 89 e 90).

⁵ **Condição de Gestão Semiplena** – caberia, ao município, [...] assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: o planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados. Nesta modalidade o município receberia mensalmente um teto financeiro, estabelecido para o município pela CIB e aprovado

O Plano Municipal de Saúde 1995 e 1996 não foi tão ousado, pois objetivou apenas o aproveitamento dos recursos existentes e aumento da resolutividade dos serviços, apresentando um aspecto muito mais operacional, porém, com poucas propostas. Apesar de maior efetivação de propostas que o anterior, percebeu-se a não continuidade de ações administrativas, gerenciais e assistenciais estabelecidas, ou seja, ocorriam mudanças nos rumos das propostas iniciais, gerando descontinuidade e falta de amadurecimento dos projetos iniciais.

Complementa a Prefeitura do Município de Maringá (1997a, p. 9): “Nos últimos 20 anos o serviço público municipal ampliou em muito o número de unidades de saúde e a oferta de serviços a sua população, porém, de forma desordenada, sem critério e avaliação.”

Verifica-se que os mesmos problemas anteriores dos serviços de saúde persistiram, sem resolutividade e seguia-se o processo de municipalização, na forma de gestão plena⁶, como determinava a Norma Operacional de 1996 (NOB/96)⁷.

O Plano Municipal de Saúde 1997 a 1999 tinha como objetivos, segundo a Prefeitura do Município de Maringá (1997a, p. 12): “Identificar e apontar as dificuldades existentes no setor e, propor medidas eficazes de custo a médio e longo prazo [...], que venham impactar favoravelmente os indicadores de saúde da população”.

pele Conselho Nacional de Saúde, através de repasse direto do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. (Brasil, 1996).

Na esfera estadual a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é formada paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e da entidade de representação do conjunto de secretários municipais de saúde do estado. Carvalho, Martin e Cordoni Júnior (2001, p. 45)

⁶ **Gestão Plena de Atenção Básica** – o município assume a responsabilidade por: - gestão e execução da assistência ambulatorial [...], das ações de vigilância epidemiológica e sanitária; - gestão de todas as unidades básicas de saúde (públicas e privadas) vinculadas ao SUS; - elaboração da programação pactuada e integrada; autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados; controle e avaliação da assistência básica. **Gestão Plena do Sistema Municipal** – o município assume a responsabilidade por: - gestão de todas as ações e serviços de saúde no município (ambulatoriais e hospitalares); - gestão de todas as unidades e serviços de saúde (públicas e privadas) com vínculo ao SUS; - controle, avaliação, auditoria e o pagamento das ações e serviços de saúde no município; - opera o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS); - elaboração da PPI (Programação Pactuada e Integrada); - administra oferta de procedimentos de alto custo/complexidade para os quais é referência. Carvalho, Martin e Cordoni Júnior. (2001, p. 49 e 50).

⁷ As principais mudanças previstas por esta norma dizem respeito à forma de repasses financeiros, com transferência regular e automática fundo a fundo, possibilitando autonomia aos municípios e estados para a gestão descentralizada. Brasil (1996).

Especificamente, o plano atentava para os seguintes objetivos: Implantar ações inéditas e preventivas; facilitar o acesso da população aos diversos serviços e setores; implementar ações de controle e avaliação; estímulo à participação popular na tomada de decisões e fiscalização dos projetos; enquadrar o município na Norma Operacional Básica/96.

Apesar da preocupação em fomentar o estímulo à participação popular nas decisões e controle social, foi prolongado até 2001, devido ao não cumprimento dos objetivos pré-estabelecidos.

Em 1997, iniciam-se as primeiras discussões para a implantação do PSF, que objetivou principalmente a melhoria da saúde da população adotando-se um modelo de assistência destinado à família e à comunidade de acordo com as necessidades do grupo.

O PSF foi implantado definitivamente em Maringá no ano 2000, a partir de um modelo de assistência à saúde proposto pela Secretaria de Estado de Saúde do Paraná em 1998, o qual preconizava a formação de equipes multiprofissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde para atuarem em um território estabelecido, tendo como referência, a UBS em parceria com associações de bairro e organizações não governamentais, de forma a promover a interação social. Essas equipes tinham como objetivo trabalhar conceitos de saúde, como qualidade de vida e direitos humanos e proporcionar atendimento de saúde integral, a cada um dos integrantes da família, de forma contínua, em seu domicílio e posteriormente de acordo com as necessidades, nos ambulatórios e hospitais, promovendo o controle social⁸.

Inicia-se o trabalho da primeira ESF em julho de 1998, conforme a portaria 3.607 de 11 de setembro de 1998, nos conjuntos habitacionais Requião e Guaiapó, porém, devido a falta de incentivo por parte do gestor e problemas de saúde do médico membro da equipe, acabou sendo desarticulada em novembro de 1998.

⁸ Segundo definição dada na IX Conferência Nacional de Saúde, **controle social** é a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos de saúde. Brasil (1992).

[...] o controle social é entendido como a tentativa de se estabelecer uma nova relação entre o Estado e a sociedade, que implica numa abertura do Estado, para que a sociedade participe das suas decisões. Carvalho (1995, apud ANDRADE; SOARES; CORDONI JÚNIOR, p. 93).

Em maio de 1999, o então prefeito e secretário de saúde, em visita ao ex-ministro professor Adib Jatene, conheceram a proposta do PSF desenvolvida no município de São Paulo – o Programa Qualis/PSF. Convencidos da funcionalidade do programa como estratégia de modificação do modelo assistencial e de melhoria da qualidade dos serviços, resolveram adotá-lo para o município de Maringá.

A III Plenária do Conselho Municipal de Saúde de 08 de novembro de 1999 destaca o PSF e em 10 de dezembro de 1999 inicia-se o trabalho da ESF nos conjuntos Requião e Guaiapó, como anteriormente priorizado.

No período de 18 de dezembro de 1999 à 8 de maio de 2000, acontece o projeto “Discutindo Saúde”, onde os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde realizaram oficinas para discutirem os compromissos dos funcionários com os usuários⁹ do SUS e as dificuldades para cumpri-los. Dentre os problemas apresentados, destacou-se a falta de uma efetiva política preventiva para a saúde.

Ao término do referido projeto decidiu-se adotar o PSF para 70% da população, o que representava a formação de 58 equipes, conforme portaria 1.329/99. Em 30 de junho de 2000, foram implantadas 57 equipes, atingindo 69,9% da população.

Segundo Bertussi, Oliveira e Lima (2001, p. 139):

Neste movimento, foram sendo construídas¹⁰ as Unidades Básicas de Saúde, com uma missão mais abrangente, que era de estabelecer o processo de territorialização, ou seja, ser responsável por uma determinada população, com seus problemas e necessidades de saúde, além de trabalhar na perspectiva de intersetorialidade, onde os vários setores de uma cidade acumulariam forças no sentido da melhoria da qualidade de vida. E, nesta fase, trabalhando com dois conceitos fundamentais: a acessibilidade e a resolutividade, ou seja, que a população adscrita neste território tivesse acesso aos vários serviços e que os mesmos resolvessem seus problemas de saúde.

Por fim, o Plano Municipal de Saúde de 2002 e 2003, elaborado numa gestão petista, priorizou definitivamente a participação popular nas discussões, decisões e fiscalizações sobre ações e projetos a serem desenvolvidos e possibilitou também maior discussão por parte dos servidores municipais em questões relacionadas ao planejamento local.

⁹ **Usuário** – é a identificação do cidadão que utiliza os serviços de saúde do SUS. Brasil (1994).

¹⁰ Considera-se a expressão “construir” no sentido de estruturar as unidades básicas de saúde para a nova proposta de assistência.

Essa prática começou a ser inserida na última década do século XX a partir de experiências positivas de Orçamentos Participativos, como por exemplo, da cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul, que passaram a conquistar espaços e incentivar a participação das comunidades nas discussões de receitas e despesas públicas.

Com isso, surgiu a democracia participativa direta, colocando as comunidades para realizarem levantamentos de suas prioridades (necessidades) de acordo com sua importância na vida social, política, econômica e cultural.

Dentre as propostas do plano destacaram-se, de acordo com a Prefeitura do Município de Maringá (2001b, p. 5 e 6):

Definir prioridades procurando identificar os grupos com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a partir de estudos epidemiológicos que possibilitem diagnosticar a magnitude dos problemas de saúde; a transcendência, ou seja, a probabilidade desses problemas evoluírem para morte e a vulnerabilidade que representa a intervenção preventiva junto aos grupos utilizando-se dos recursos disponíveis.

A construção de um sistema de saúde que respeite os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade, anteriormente descritos).

Atuação dos profissionais de saúde dentro de uma perspectiva de assistência humanizada, objetivando a melhoria da qualidade de vida do cidadão.

E por último, a participação da comunidade e Conselhos Locais e Municipal de Saúde, enumerando as diversas prioridades de acordo com as necessidades e exercendo efetivamente o controle social, de modo a fortalecer as ações e serviços executados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação ao PSF, o plano considerou, conforme elaborado pela Prefeitura do Município de Maringá (2001b, p. 28) que foi implantado de forma desordenada, sem qualquer planejamento e acreditando que as equipes de saúde já existentes seriam suficientes para atender as novas demandas para consultas e internamentos. Esses pressupostos geraram inúmeros problemas e conflitos na estrutura de serviços de saúde existentes.

A proposta de reestruturação do programa identificou problemas relacionados aos recortes territoriais das áreas de abrangência (adscrição e cobertura); referências

do serviço para a população; recursos humanos; espaços físicos e avaliação de ações e projetos. Ainda, em muitos locais não se realizaram a descentralização dos serviços de saúde, a ampliação da cobertura, a integralidade da assistência, regionalização dos serviços com qualidade e resolutividade e a racionalidade das ações, concebidas como estratégias de mudança do modelo assistencial, perpetuando assim a reprodução do modelo baseado na doença, cujo foco do trabalho é o tratamento curativo. Silva et al. (2001, p. 145 e 146).

Como essas propostas não tiveram êxito e o modelo baseado no tratamento curativo ainda é prioritário, é urgente investigar estratégias que possibilitem modificar essa realidade.

Conhecendo a dinâmica do setor de saúde desenvolvidos neste capítulo, algumas discussões se fazem necessárias, especialmente aquelas sobre a contribuição da Geografia. O capítulo que segue percorre os estudos de Medicina Geográfica até a Geografia da Saúde, bem como, conceitos sobre o território e o lugar inseridos nos estudos sobre o recorte territorial da área de abrangência que norteiam esta pesquisa.

CAPÍTULO II

GEOGRAFIA DA SAÚDE E A REPRESENTAÇÃO DO TERRITÓRIO

Paralelo ao estudo da dinâmica da saúde, outra ciência vem se desenvolvendo historicamente de forma incipiente: a Geografia da Saúde, que para muitos estudiosos, caracteriza-se como uma ciência nova, porém, não pode-se simplesmente abandonar os estudos desenvolvidos pela Geografia Médica, ou mesmo a Medicina Geográfica, desenvolvida em séculos passados.

A Geografia da Saúde nada mais é do que um amadurecimento das discussões e estudos desenvolvidos naquela época, hoje muito mais direcionados, planejados e com o objetivo de desenvolver ações de prevenção, ou seja, propor trabalhos dentro da perspectiva da medicina preventiva.

Dentro deste contexto, conhecer sua trajetória e desenvolvimento com o apoio e utilização do SIG dentro da área de saúde, levará a compreender a importância desses estudos, bem como, direcionará caminhos que possam auxiliar na compreensão dos fenômenos que objetiva-se investigar, obtendo conteúdo e informação suficiente para desencadear futuras propostas que sejam eficazes na melhoria da qualidade do atendimento no setor de saúde.

Ferreira (2001) no curso “Tópicos de Geografia Médica” expõe que Sobral em 1988 elabora um breve histórico da Geografia Médica, considerando que em séculos passados, esses estudos preocupavam-se apenas com a localização de ocorrências epidemiológicas, não havendo muitas preocupações com o desenvolvimento de metodologias geográficas. Esses estudos baseavam-se normalmente na descrição de doenças de acordo com os locais de ocorrência mais comuns, ou seja, realizava-se uma cartografia da presença de vetores e das patologias associadas.

No Brasil, os primeiros estudos científicos que relacionaram a ocorrência de doenças e o meio ambiente foram elaborados por médicos sanitaristas e epidemiologistas. Esses estudos faziam parte da Medicina Geográfica, e não propriamente aos estudos de Geografia Médica, que se resumiam a indicar áreas de distribuição de patologias transmitidas por vetores, como por exemplo, a malária, esquistossomose, doença de chagas, filariose, leishmaniose, hanseníase, parasitoses intestinais e diversos tipos de viroses.

Com a descoberta da penicilina no início do século XX, os estudos em Geografia Médica passaram por um período de crise, pois a preocupação passou a ser o desenvolvimento de ações de combate ao agente etiológico, deixando-se de lado, estratégias de controle ambiental. Acreditava-se que os antibióticos e biocidas seriam capazes de eliminar os agentes de doenças, à medida que foram se comprovando a ausência de perspectivas de controle dos mesmos e com o surgimento de novas patologias resultantes de condições ambientais, como, a poluição e degradação, retomaram-se os estudos ambientais, muito mais sistematizados.

Particularmente no Brasil, os estudos em Geografia Médica na década de 1950 (século XX), eram desenvolvidos a partir de interesses geopolíticos nos processos de interiorização e integração do território brasileiro. Esses estudos eram desenvolvidos em áreas estratégicas (região norte e centro-oeste), onde se abriam estradas para implantação de projetos hidrelétricos, agropecuários e de mineração, fomentados pelo governo em parceria com o empresariado e sempre direcionados aos interesses capitalistas, ou seja, atendiam aos interesses da classe dominante.

Ferreira (op. cit.) novamente citando Sobral (op. cit.), demonstra as diversas linhas de pesquisa desenvolvidas nos Estados Unidos em Geografia Médica:

- Análise dos padrões de distribuição espacial e temporal das doenças, mais diretamente ligada à estatística e à geografia quantitativa; acrescentaríamos, ainda, a contribuição da cartografia temática;
- Mapeamento de doenças por computação envolvendo variáveis múltiplas; os sistemas de informação geográfica – SIGs – produzem trabalhos nessa linha;

- Ecologia das doenças, mediante estudos baseados em análise sistêmica, com a finalidade de identificar os padrões de causalidade das patologias nos diferentes contextos ambientais; observamos que esta linha associa-se aos estudos de cunho biogeográfico;
- Aplicação de conceitos geográficos ao planejamento, para localização e administração de serviços de assistência médico-hospitalar.

No Brasil, os estudos em Geografia Médica normalmente consideravam aspectos sócio-culturais e econômicos, principalmente ligados à polarização e ocupação do território, baixo nível de vida da população e aspectos ligados à mobilidade, que se inserem nas pesquisas, como fatores que contribuem para a ocorrência, ou mesmo, o agravamento de doenças.

Nos anos 1970 houve um retorno de diversos estudos relacionados às doenças endêmicas, como exemplo, a malária, que vinha se proliferando, devido ao movimento de exploração dos garimpos e diversas ocupações de frentes pioneiras.

Nesse período, verificam-se alguns estudos dentro da Geografia Médica com avaliações da importância do clima, relevo, hidrografia, paisagem e também, formas de habitação, aspectos culturais e humanos, como o de Lacaz et. al (1972), porém, eram análises fragmentadas, não apresentavam ainda uma visão integradora entre os conhecimentos médicos e geográficos, contudo, foram estudos representativos, à medida em que estreitaram relações entre a Epidemiologia e a Geografia.

Nos anos 1980, com o aumento de casos de doenças, ligados às grandes aglomerações urbanas, como a malária; cólera; dengue; leishmaniose, cujo ciclo de transmissão evoluiu do ambiente florestal para o ambiente periurbano e também peridomiciliar; a tuberculose associada a Aids e inúmeros casos de homicídios e acidentes de trânsito relacionados às questões de violência urbana, ocorreu uma revalorização dos estudos em Geografia Médica, ou seja, retomaram-se vários estudos de cunho geográfico direcionados às questões de Saúde Coletiva.

Os estudos em Geografia Médica voltados para a melhoria das condições de saúde da sociedade intensificaram-se a partir de 1982, quando iniciaram-se alguns encontros sobre Geografia da Saúde. Esses estudos apontavam para uma abordagem mais crítica, com trabalhos científicos que buscavam realmente atender às

necessidades da coletividade. Nesse momento, os geógrafos passaram a analisar fatores ambientais e sociais de risco relacionando-os com a ocorrência de doenças.

Porém, no final do século XX, os geógrafos interessados na Geografia da Saúde desenvolveram diversas pesquisas relacionadas aos aspectos preventivos, acompanhando paralelamente à implantação do SUS, com a introdução de estratégias que objetivassem desenvolver ações em medicina preventiva, o que representa uma dificuldade na área de saúde até os dias atuais, pois, normalmente, o que se vê nas unidades básicas de saúde, hospitais e outros setores afins, ainda é a prática cotidiana da medicina curativa.

Entretanto, em muitas cidades, a exemplo de Maringá, podemos considerar avanços representativos, como, a avaliação de ações epidemiológicas e a gestão dos serviços de saúde, direcionados muito mais à prevenção da saúde, do que propriamente a ocorrência de agravos.

Essas pesquisas na área de Geografia da Saúde, além de contribuir com a análise de fatores ambientais de risco para as doenças, também colaboram com o desenvolvimento de estratégias para a administração dos serviços de saúde, monitoramento de eventos e novos modelos de prevenção e controle de doenças. Como principal ferramenta auxiliar para essa nova abordagem podemos considerar os Sistemas de Informações Geográficas (SIGs).

A Geografia da Saúde apresenta linhas de pesquisa, voltadas tanto para a Geografia Física, como para a Geografia Humana, ambas utilizam os SIGs na maioria dos estudos desenvolvidos na área de saúde.

Uma destas linhas de pesquisa volta-se para a identificação e avaliação dos fatores de risco – procura identificar e avaliar populações que se encontram em situação de risco, ou seja, encontram-se pela exposição a fatores que possam causar a doença, a uma situação de vulnerabilidade.

Como exemplo, podemos citar as prostitutas e prostitutos, que estão mais suscetíveis à infecção do HIV ou IST (infecções sexualmente transmissíveis) devido à exposição diária na procura de clientes para conseguir trabalho. Porém existem outros fatores que podem causar as doenças, tais como: clima com destaque para o clima urbano, vegetação e fauna, coleções hídricas, densidade populacional, faixas etárias,

sexo, mobilidade de população (migração, imigração e emigração), aspectos culturais, padrão de vida e padrão de consumo, grau de instrução, saneamento básico e atendimento à saúde.

Outra linha de pesquisa, na qual também deve-se considerar este trabalho, é o planejamento dos serviços de saúde, que representam estudos ligados a aspectos culturais, sociais e econômicos e que também investiga a rede de serviços de saúde, objetivando a melhoria do atendimento à saúde do cidadão. Principalmente no que se refere à distribuição e serviços ofertados pelos núcleos integrados de saúde (NIS), a capacidade resolutiva de cada UBS, o recorte territorial da área de abrangência de responsabilidade desses núcleos, bem como suas localizações e diversas atividades desenvolvidas no setor.

Essa linha encontra-se com a Geografia em diversas disciplinas: Geografia da População, Geografia Urbana, Estudos de Redes e Planejamento Regional e Ambiental. Assegura Barcellos (2003, p. 31):

O reconhecimento do território consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de vigilância e atenção à saúde, através de uma atuação a partir de uma delimitação territorial previamente determinada. A chamada "territorialização" de atividades de Saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) como o Programa de Saúde da Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e da própria descentralização das atividades de assistência e vigilância.

E complementam Malta et al., (2001, p. 1.189): "[...] a unidade de agregação de dados mais adequada para avaliar o impacto de ações preventivas seria a área de abrangência de postos de saúde".

Koga (2003, p. 25) também considera que a implantação de políticas públicas a partir do território deve ter como pressupostos a retomada da história, cotidiano e cultura da comunidade que está inserida nesse território. Dessa forma, serão desenvolvidas políticas baseadas em princípios de totalidade (integralidade) valorizando as especificidades ligadas aos aspectos de diversidade da população e relações entre as políticas locais.

Mendes et al. (1993) “propõem uma representação gráfica interativa com os problemas que se distribuem no território, numa tentativa de ordenar esta situação de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção [...]”.

Silva et al. (2001) consideram que:

Essa percepção de trabalhar de acordo com os problemas no território traz a intencionalidade e capacidade de determinar ou influenciar as práticas sanitárias, com o objetivo de mudança para um novo modelo assistencial que responda às necessidades e aos problemas de saúde da população daquele território, e não apenas à demanda espontânea.

Diversas estratégias poderão ser criadas, porém, o que importa, é incluir o maior número possível de profissionais do NIS nas discussões e ações. Tomazi (1996) “salienta a importância de incluir os servidores nesse processo”. O objetivo desse trabalho deve ser o de transformar essas informações em ferramentas de trabalho, buscando contribuir para esse novo modelo assistencial, de forma a garantir o atendimento às necessidades da comunidade e sua participação nas tomadas de decisões de projetos a serem executados, exercendo efetivamente o controle social.

E também, é importante conhecer os estudos integrados em SIG aplicados à área de saúde, que representam uma gama imensa de pesquisas já publicadas e vêm sendo aplicados em muitos órgãos governamentais e não-governamentais, como prefeituras, secretarias de Estado; ONG e associações.

O objetivo principal é a criação e organização de bancos de dados, captados continuamente, junto à rede de atendimento à saúde: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Agravos Notificados (SINAN), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e outros; conectados a sistemas de análise, a partir dos quais torna-se possível o gerenciamento e planejamento de ações na área de saúde.

Entretanto, os dados sobre condições de saúde dos indivíduos, não são obtidos por meios remotos, e sim, por intermédio de inquéritos e censos, ou mesmo, através dos sistemas de vigilância epidemiológica. Esses dados representam características de pessoas e por isso toda tecnologia e metodologia aplicadas nessa área devem ser desenvolvidas como característica do território, ou seja, organizar os dados de saúde

sobre uma representação do espaço geográfico. Dessa forma, para se chegar a dados representativos, é fundamental simplificar os processos sociais e ambientais que estão relacionados com a determinação de doenças.

Assim, as bases cartográficas digitais, que são muitas vezes o produto final de projetos de geoprocessamento, constituem apenas o ponto de partida para as análises espaciais de saúde. Para isso, têm-se voltado às técnicas de georreferenciamento de dados (Barcellos; Santos, 1997; Malta et al., 2001), de incorporação de informações ambientais (Jones, 1989; Vine et al., 1997), e de análise de distribuição espacial de agravos à saúde (Bailey, 2001; Câmara; Monteiro, 2001).

Os métodos e tecnologias utilizados nos SIGs na área de saúde ainda estão em fase de experimentação. Contudo, simplesmente desconsiderar essas etapas poderá comprometer a utilização dessas técnicas na área. Com esses pressupostos, precisa-se considerar alguns aspectos relevantes: a aplicação da tecnologia sem qualquer investigação sobre os problemas de saúde existentes pode resultar na aplicação de procedimentos que nada tem a ver com o cotidiano dos serviços de saúde ligados às comunidades, e, também, a ausência de meios de coleta e análise de dados espaciais, poderão dificultar a própria manipulação de dados.

Os SIGs representam um conjunto de técnicas computacionais utilizadas para manusear informações espaciais. Na área de saúde auxilia no mapeamento de doenças, avaliação de riscos e redes de atenção e planejamento dos serviços.

Inúmeros órgãos públicos vêm desenvolvendo representativa produção de mapas digitais que podem estar sendo utilizados no SIG, como por exemplo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Agência Nacional de Águas (ANA), Instituto Brasileiro de Meio Ambiente (IBAMA) e Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). São bases de alcance nacional e normalmente distribuídas em CD-ROOM. Muitos desses dados são fundamentais para estudos na área de saúde: uso do solo, relevo, vegetação, hidrografia, malha viária e diversas divisões político-administrativas.

Nos municípios, também verificam-se importantes produções de bases cartográficas, como: arruamentos, divisões internas e organização dos códigos de

logradouros objetivando o planejamento urbano, mas, principalmente a arrecadação de impostos.

No Brasil, várias iniciativas tem sido introduzidas nos diversos setores para a incorporação do SIG na área de saúde, através de parcerias entre órgãos do SUS, prefeituras e universidades: intercâmbio de bases cartográficas, técnicas, metodologias e capacitação de pessoal. Diversos municípios vêm contribuindo com suas experiências, como: Belo Horizonte (MG), Betim (MG), Brasília (DF), Campina Grande (PB), Campinas (SP), Campo Grande (MS), Curitiba (PR), Dom Pedrito (RS), Goiânia (GO), Ipatinga (MG), Londrina (PR), Manaus (AM), Maringá (PR), Montes Claros (MG), Natal (RN), Olinda (PE), Paranaguá (PR), Porto Alegre (RS), Presidente Prudente (SP), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), Santana de Parnaíba (SP), Suzano (SP) e Vitória da Conquista (BA).

Na área de saúde, o Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vem articulando a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), objetivando a integração de inúmeras instituições que desenvolvem projetos dentro da produção e análise de dados em saúde, buscando parcerias e intercâmbios para o aprimoramento dos diversos estudos em saúde no Brasil.

Dentro da perspectiva de planejamento dos serviços de saúde, com enfoque na atuação do PSF, dentro de um território estabelecido, é mister para a compreensão deste estudo, percorrer alguns conceitos sobre o território, que encontra dentro da Geografia da Saúde, um vasto campo de discussões e traduz-se sob diversas dimensões: etimológica; “natural” ou biológica; política ou jurídico-política; econômica; cultural ou simbólica; “integradora”, ou seja, podemos identificar a presença de múltiplos territórios agindo dinâmica e simultaneamente.

A partir desses conceitos, identificam-se algumas abordagens de ordem materialistas, idealistas e integradoras ou totalizadoras do território e sob vários enfoques, porém, todas contribuem para identificar a sua importância e dinâmica, que enriquecerá futuras discussões e considerações sobre este trabalho.

Partindo da etimologia da palavra, o território deriva do latim terra e torium, significando terra pertencente a alguém. Pertencente, entretanto, não se vincula necessariamente à propriedade da terra, mas a sua apropriação.

Algumas definições atentam para a dimensão “natural” ou biológica, como define Ardrey (1969, p. 10) que interpreta o território, como “uma área do espaço, seja de água, de terra ou de ar, que um animal ou grupo de animais defende como uma reserva exclusiva. A palavra é também utilizada para descrever a compulsão interior em seres animados de possuir e defender tal espaço”.

Acrescenta Haesbaert (2002, p. 118, 119):

Por outro lado, também valorizando essa ligação “natural” com a terra, temos uma outra variante dessa interpretação naturalista do território, envolvendo o campo dos sentidos e da sensibilidade humana, que seriam particularmente moldados pela “natureza” ou pela “paisagem” ao seu redor. Esta visão sobrevaloriza e praticamente naturaliza uma ligação afetiva, emocional, do homem com seu espaço. Aqui, o território seria um imperativo, não tanto para a sobrevivência física dos indivíduos, mas sobretudo para o “equilíbrio” e a harmonia homem-natureza, onde cada grupo social estaria profundamente enraizado a um “lugar” ou a uma paisagem, com a qual particularmente se identificaria. Esta versão chega a seu extremo em algumas sociedades tradicionais em que uma natureza sacralizada, “morada dos deuses”, determina a própria existência e a ação humanas.

Dentro de uma visão econômica, pode-se mencionar a opinião de Godelier (1984, p.112) que considera território:

Uma porção da natureza e, portanto, do espaço sobre o qual uma determinada sociedade reivindica e garante a todos ou a parte de seus membros, direitos estáveis de acesso, de controle e de uso com respeito à totalidade ou parte dos recursos que aí se encontram e que ela deseja e é capaz de explorar.

Politicamente interpreta Gottman (1952, p. 71): “O conjunto de terras agrupados em uma realidade que depende de uma autoridade comum e que goza de um determinado regime [...] um compartimento do espaço politicamente distinto”. Ou mesmo Sack (1986, p. 6), que traduz: “A territorialidade é a tentativa do indivíduo ou grupo, de atingir/afetar, influenciar ou controlar pessoas, fenômenos ou relacionamentos, pela delimitação e afirmação do controle sobre uma área geográfica. Esta área será chamada território”. E também Souza (1995, p. 97): “O território é uma

campo de forças, as relações de poder espacialmente delimitadas e operando, destarte, sobre um substrato referencial”.

Dallabrida (1999) por sua vez, têm a seguinte preocupação:

o conceito de território não deve ser confundido com o de espaço ou de lugar, estando muito ligado à idéia de domínio ou de gestão de determinada área. Deve-se ligar o conceito de território à idéia de poder. O território é, então, o espaço territorializado, apropriado. É a escala local da escala espaço-temporal. A apropriação pode ser feita de forma concreta ou abstrata, por exemplo, pela representação. A passagem do espaço ao território ocorre num processo de produção do espaço, na medida em que este é balizado, modificado, transformado por redes e fluxos (rodovias, circuitos comerciais e bancários, rotas...) que aí se instalam. Falar em território é fazer uma referência implícita à noção de limite, que mesmo não estando traçado, como em geral ocorre, exprime a relação que um grupo mantém com determinado recorte espacial.

Verifica-se que independentemente do foco analisado, seja político, econômico ou natural, os conceitos e discussões que envolvem o território, têm em comum, a relação de poder, de pertencimento, ou seja, expressa a idéia de dominação.

A Geografia vêm buscando algumas discussões sobre o território, dentro de uma perspectiva integradora, muitas vezes até utópica, porém, necessária para buscar alternativas na tentativa de minimizar problemas identificados na sociedade atual.

Dentro dessa visão integradora, alguns autores vêm proporcionando contribuições importantes, como é o caso de Chivallon (1999, p. 5) que conceitua: “O território é uma espécie de “experiência total” do espaço que faz conjugar-se num mesmo lugar [continuidade] os diversos componentes da vida social [“totalidade”]: espaço bem circunscrito pelo limite entre interior e exterior, entre o Outro e o semelhante [distinção clara dentro-fora]”. Orea (1993 apud Dallabrida, 1999):

A reconstrução/reapropriação do território implica numa nova ordenação territorial. A ordenação territorial é definida aqui como a projeção no espaço físico, via ocupação e uso, das políticas, dos interesses, racionalidades e valores econômicos, sociais, culturais e ambientais de uma sociedade referenciada local, regional e mundialmente.

Já Haesbaert (2002, p. 135), concebe que:

o “território” tem um sentido mais amplo que região, pois envolve as múltiplas formas de apropriação do espaço, nas diversas escalas espaço-temporais. Se antes a territorialidade era vista muito mais como fixação e (relativa) estabilidade, hoje o território também se constrói numa espécie de “mobilidade controlada”.

Também deve-se considerar a visão de Corrêa (1994, p. 251): “O conceito de territorialidade refere-se ao que se encontra no território, ou o processo subjetivo de conscientização da população de fazer parte de um território, ou de integrar-se em um Estado”.

Dentro do objeto de estudo proposto, é importante também resgatarmos alguns conceitos que buscam inter-relacionar a Geografia e a área de saúde, quais trabalham especificamente com o recorte territorial da área de abrangência. A partir da discussão desses conceitos, percebe-se que se não é possível uma “experiência total” do espaço, contínuo, pode-se ter uma “experiência integrada” do espaço, ainda que descontínuo e articulado em rede.

A discussão a seguir apresenta os conceitos de território-área de abrangência, território-processo, território-área de influência e território-rede, onde identifica-se claramente esta relação. Mesmo delimitando, a partir de uma realidade vivenciada e percebida pela população, o recorte territorial da área de abrangência de determinado NIS, verifica-se que simultaneamente estarão sempre interagindo dinamicamente outros territórios, que são os territórios-processo, de área de influência e os territórios-rede, como descrevem os autores a seguir:

O recorte territorial da área de abrangência representa a área de responsabilidade da UBS e baseia-se em critérios de acessibilidade e fluxos de população. Esse acesso está ligado às condições de vida da população, podendo ser analisado sobre vários enfoques, como por exemplo, o geográfico, que refere-se a distância a ser percorrida para chegar até o serviço, relacionada à disponibilidade de meios de transporte e barreiras geográficas existentes nos percursos (vias de fluxo, ruas não asfaltadas, trevos, aclives ou declives e outros). Também o enfoque funcional: a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. O enfoque cultural:

valorização dos costumes da população dentro desse contexto. E por último, o enfoque econômico que pressupõe a indisponibilidade dos serviços a todos os cidadãos. Esse conceito também envolve a participação das comunidades e das equipes de saúde da UBS sobre as ações de promoção e prevenção de saúde, contribuindo também para a definição do recorte territorial da área de abrangência e identificação dos principais problemas existentes nas comunidades. Unglert (1993, p. 221).

Reflete Mendes (1993, p. 159): “Na perspectiva de um novo modelo assistencial, proposto pelo SUS, e que contemple, além do atendimento à demanda, também a vigilância à saúde, esse território deve ser entendido como um espaço permanente em construção, produto de uma dinâmica social.”

Complementa ainda Mendes (1993, p. 93):

[...] a antiga *área de abrangência* ganha outros significados, que complementam a simples delimitação geográfica, com a interação dos problemas econômicos, políticos, culturais e sanitários. É na verdade um espaço de vida pulsante, de alegrias e conflitos sempre em movimento e que não admite simetrias. Deverá ser esquadrihado para que se possa conhecer a realidade de saúde da área socialmente determinada.

Continuam Silva et al. (2001, p. 149):

Faz-se necessário que a apropriação do território seja realizada por parte da equipe local e com a participação da população, e esta apropriação deve ser feita de forma contínua e não enquanto fato pontual. Resgatando o próprio conceito de **território-processo** enquanto espaço de vida pulsante, em permanente movimento, o conhecimento deste território é um trabalho que nunca cessa e que deve fazer parte da rotina de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). (p.154)

Além desses conceitos de território, é fundamental considerar para esse estudo, o conceito de Território Área de Influência, que se constitui além do recorte territorial da área de abrangência estabelecido. Expressa Unglert (1993, p. 295) sobre a área:

é gerada na lógica assistencial da demanda espontânea, onde a população procura atenção de seus problemas de saúde considerando as distintas modalidades de acessibilidade já colocadas. Este aspecto explica-se muitas vezes, pelo vínculo estabelecido entre a população e a equipe da UBS (acolhimento da equipe de saúde), facilidades para conseguir consultas e exames especializados, ampliação de horários para o atendimento e outros.

Identificado em nossa pesquisa, torna-se imprescindível, também a compreensão do conceito de território-rede, que além de atuar dinâmica e simultaneamente com os demais territórios, rompe fronteiras estabelecidas, ou seja, opera além do recorte territorial da área de abrangência, como também, das áreas de influência, estabelecendo relações integrais dentro do município de Maringá, como um todo, representado pela conexão das 23 UBS existentes, tendo como ponto comum na rede, a Secretaria Municipal de Saúde.

Traduz Haesbaert sobre este conceito (2002, p. 121 e 122): A partir dessas relações entre os múltiplos territórios vêm sendo utilizado cada vez mais o termo “rede”, que nos auxilia na compreensão de importantes articulações estabelecidas entre as diversas territorialidades. O conceito de rede nasce com o capitalismo no século XIX que procura explicar certas formas espaciais advindas com o novo sistema: redes de transporte; redes urbanas (bondes, metrô, água, esgoto) e redes técnicas, como os circuitos do capital financeiro, criadas com o objetivo de destruir e reconstruir territórios.

E complementa Haesbaert (2002, p. 100) sobre a nova ordem de territórios:

A análise dessas redes, interconectadas ou não, impõe a discussão de uma perspectiva que alie o particular (a diferença) e o geral (a unidade), pois [...], elas projetam singularidades inovadoras (ou defensivas) que podem mesmo estar renunciando hoje a emergência de uma nova “ordem” em que prevaleça, sobretudo, a possibilidade de recriar, pelas próprias coletividades, territórios originais que atendam não só às aspirações de sobrevivência e reprodução material, como também à expressão das especificidades culturais que efetivamente mobilizam e animam os grupos sociais.

O sociólogo Bourdin (2001, p. 168), também expõe de forma bem interessante, o conceito de território-rede, considerando a localização como princípio norteador da mobilidade:

No caso do território-rede, a relação com o lugar só pode ser construída sobre a idéia de unidade e de fechamento, o que reduz o efeito organizador da polarização e da delimitação para deixar campo livre a uma relação mais funcional (portanto, mais próxima do cálculo econômico), e faz da localização um princípio mais organizador do movimento do que a ancoragem, simplesmente porque não existe rede sem mobilidade, quer esta se refira à informação, quer a produtos ou a homens.

Sintetiza Haesbaert (2002, p. 121) sobre a realidade dos múltiplos territórios atualmente estabelecidos: O território é resultado de relações desiguais de poder que envolvem o controle político-econômico do espaço e sua peculiar apropriação, em alguns momentos combinado, em outros, completamente desarticulado. Como na atualidade, vivemos a atuação de múltiplos territórios, ora nos deparamos com determinada territorialidade, ora com outra, tendo as referências e controle espaciais, percorrido diversas escalas de poder e também de identidade.

A importância de explorar esses conceitos e discussões está na possibilidade de reconhecer o território e para isso, é necessário investigar a área a ser pesquisada.

A observação sobre o meio ambiente deve estar comprometida com a totalidade salientando aspectos físicos da área, como topografia, condições e densidade das habitações, sistema de drenagem, eventual presença de esgoto a céu aberto, acúmulo de lixo, córregos, e outros aspectos visíveis que indiquem diferenças nas condições de vida entre os residentes da área.

Esse reconhecimento contribuirá efetivamente com subsídios para estabelecer-se uma delimitação do recorte territorial de área de abrangência coerente com a realidade do local, objetivando assim, minimizar aspectos identificados como barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde.

Nessa direção o estudo permite trabalhar com a multiplicidade de territórios, cuja interpretação requer o domínio teórico-metodológico para que o objeto em estudo tenha bases no mínimo em uma perspectiva cultural, das especificidades e dos valores estabelecidos no local.

A Geografia tem auxiliado no tratamento destes conceitos, porém, muitos vieram de outras ciências, como a Antropologia e a Sociologia, como discutem os autores a seguir:

Haesbaert (2002, p. 138) discutindo o pensamento de Castells, faz uma distinção entre os espaços de fluxo e os espaços de lugares, considerando que os primeiros atuam dentro de uma lógica em rede e os segundos dentro de uma lógica zonal. O lugar é definido de acordo com suas especificidades (forma, função e significado) dentro de suas fronteiras físicas.

Da mesma forma Haesbaert (2002, p.138), faz uma leitura do antropólogo Marc Augé em 1992, o qual :

vê o lugar (ou o “lugar antropológico”) como “construção concreta e simbólica do espaço”, “princípio de sentido para aqueles que o habitam e princípio de inteligibilidade para os que o observam” (p. 68), possuidor de três características comuns: são identitários, relacionais e históricos. Definido por uma “estabilidade mínima” (p. 71), ele nunca aparece, entretanto, numa “forma pura”, conjugando-se com aqueles espaços não-identitários, não-relacionais e não-históricos a que Augé denomina, polemicamente, de “não-lugares”.

Tuan (1983, p. 6): afirma: “se pensarmos no espaço como algo que permite movimento, então o lugar é pausa; cada pausa no movimento torna possível que localização se transforme em lugar”, considerando então o lugar “um mundo de significado organizado” (p. 198), ou seja, “espaço é mais abstrato do que ‘lugar’. O que começa como espaço indiferenciado transforma-se em lugar à medida que o conhecemos melhor e o dotamos de valor” (p. 6).

Para tanto, é fundamental considerar todo o histórico, costume, experiência e cotidiano das comunidades que propõe-se investigar. De acordo com as especificidades apresentadas e que somente poderão ser emitidas pelos atores sociais, pois somente eles conhecem os problemas que enfrentam no seu dia a dia, ou mesmo, os aspectos positivos que vivenciam, é que pode-se conhecer realmente o lugar.

Ainda Haesbaert (2002, p. 138), considera: “Lugar, por fim, além de envolver características subjetivas, na relação dos homens com seu espaço, em geral implica também processos de identificação, relações de identidade”. Os grupos culturais diferem na forma de dividir seu mundo, de atribuir valor às suas partes e de medi-las. Contudo, existem certas semelhanças culturais comuns, que repousam no fato de que o homem é a medida de todas as coisas. Ele organiza o espaço a fim de conformá-lo às suas necessidades biológicas e relações sociais.

Finaliza Tuan (1983, p. 40):

necessitamos examinar idéias mais simples abstraídas do homem e do mundo, principalmente corpo e espaço, lembrando, no entanto, que aquele não apenas ocupa este, porém o dirige e o ordena segundo a sua vontade. O corpo é ‘corpo vivo’ e o espaço é um constructo do ser humano.

A partir dessas discussões sobre o território e lugar e objetivando compreender os recortes territoriais das áreas de abrangência a partir da percepção das pessoas, no próximo capítulo, serão discutidos conceitos sobre a percepção, e desta relacionada ao meio ambiente, onde dentre todos os sentidos, a visão é o que mais contribui para a identificação de problemas existentes.

Além disso, considera-se também a inteligência, ou seja, a combinação da percepção por meio dos cinco sentidos conjugada com a experiência e o conhecimento do indivíduo em relação ao lugar onde reside.

Com essa integração, poderá se definir os recortes territoriais das áreas de abrangência dos NIS dentro de uma perspectiva vivenciada pelas comunidades locais, ou seja, poderão se desenvolver propostas dentro de um território de vida.

CAPÍTULO III

A PERCEPÇÃO E A COGNIÇÃO DO MEIO AMBIENTE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A DEFINIÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

As diretrizes para estabelecer parâmetros e critérios na definição dos recortes territoriais das áreas de abrangência como áreas de atuação dos sistemas de saúde pública no município de Maringá têm embasamento teórico-metodológico nas concepções sobre o pensar e o fazer cotidiano da população. Nesse sentido, a percepção do meio ambiente e a sua cognição são auxiliares no desvendamento destas concepções.

Na verdade, o interesse maior é lançar um olhar sobre o usuário dos serviços da saúde pública, como agente modificador, quando ele percebe, quando ele se movimenta no seu território e nos seus lugares de acesso a estes serviços. Essa dinâmica pode ser resgatada a partir da percepção do local, do imaginário, do cotidiano.

Para isso faz-se necessário o desdobramento de alguns estudos, na tentativa de compreender os elos entre a percepção, a cognição do meio ambiente e a referida análise.

Um campo relativamente novo e que vêm sendo utilizado por diversos segmentos científicos são os estudos sobre o imaginário, que podem ser divididos em três fases históricas: de sucessão, subversão e contemporânea (de autorização).

A fase de sucessão ocorreu a partir do século V a.C., momento caracterizado pelo domínio do cristianismo, cuja tendência religiosa prevalece sobre a tendência científica. Também predomina o pensamento racional, valorizando-se o potencial imaginante do ser. De um lado, estudos sobre a sensação, a percepção e condutas relacionadas à realidade e de outro, o sonho, a fabulação e a arte.

Nessa fase, Descartes é considerado pai do racionalismo moderno, sendo o método cartesiano reduzido a duas operações: a intuição e a dedução. Sobarzo (2003, p. 40).

A segunda fase, ou seja, a “de subversão” é marcada pelo movimento romântico do século XIX, como traduz Barbier (1994, p. 18): “o imaginário torna-se o único real, e a imaginação, o caminho da realização.” Nessa fase, admite Sobarzo (2003, p. 40): “Com o surrealismo de André Breton, caracterizado pelo desprezo dos encadeamentos lógicos do inconsciente, fica demonstrado não existir ainda uma mediação entre o real e o imaginário estando o foco ora próximo do real, ora do imaginário.”

Certa mediação entre o real e o imaginário, somente ocorreu na “fase contemporânea ou de autorização” nos fins do século XX, onde pioneiros como Bachelard e Durand, consideraram a impossibilidade de síntese entre o conceito e a imagem, tendo o indivíduo que viver entre esses dois extremos.

Porém, a plenitude dessa fase tem como principal representante o filósofo francês Castoriades que considerava o imaginário social uma rede de sentidos que ligava os signos aos significados, tornando-os reais para a sociedade.

Castoriades (1982, p. 154) considera que as relações entre o real e o imaginário são extremamente íntimas:

falamos de imaginário quando queremos falar de alguma coisa ‘inventada’ – quer se trate de uma invenção ‘absoluta’ (‘uma história imaginada em todas as suas partes’), ou de um deslizamento, de um deslocamento de sentido, onde símbolos já disponíveis são investidos de outras significações ‘normais’ ou ‘canônicas’ (‘o que você está imaginando’, diz a mulher ao homem que recrimina um sorriso trocado por ela com um terceiro). Nos dois casos, é evidente que o imaginário se separa do real, que pretende colocar-se em seu lugar (uma mentira) ou que não pretende fazê-lo (um romance).

Na obra “A Instituição¹¹ Imaginária da Sociedade”, o autor discute o conceito de imaginário, denominando-o “Projeto Revolucionário”: a autonomia precisa considerar também o discurso do outro, dessa forma, “uma ação intersubjetiva é possível e [...] está fadada a permanecer inútil ou violar por sua simples existência o que estabelece como seu princípio”. Castoriades (1982, p.129).

¹¹ [...] uma rede simbólica, socialmente sancionada, onde se combinam em proporções e em relações variáveis um componente funcional e um componente imaginário. A alienação é a autonomização e a dominância do momento imaginário na instituição que propicia a autonomização é a dominância da instituição relativamente à sociedade. Castoriades (1982, p. 159).

Uma vez estabelecida a instituição, esta poderá desenvolver sua própria autonomia, ampliando sua lógica e resistência, indo além em seus objetivos (funções, finalidades e razões de ser). Castoriades (1982, p.133 e 159).

Eizirik (1994, p. 7) também colabora com esta discussão, considerando que as relações de hierarquia da sociedade são estabelecidas a partir de cotidianos formalizados, ou seja, também passam por sistemas simbólicos. “É contando com o Imaginário Social que as relações de poder estabelecidas protegem sua estabilidade contra aqueles que a atacam”. Para garantir seu domínio sobre os imaginários sociais, o grupo hegemônico estabelece estratégias de proteção, como produções legais, coativas ou também formação de opiniões.

“A atividade representacional da psique envolve, portanto, uma mediação entre sujeito e seu mundo. Este último reaparece, sob forma de representação, recriado pelo sujeito, que por sua vez também é re-criado pela sua própria relação com o mundo”. Jovchelovitch (2000, p. 77). Os conteúdos que dão forma à essas representações, são os símbolos.

A partir desse breve histórico, pode-se partir para a discussão de alguns conceitos sobre a percepção dentro da Psicologia para posteriormente compreender os objetivos da percepção ambiental.

Recentes estudos geográficos sobre o meio ambiente vêm demonstrando a importância da percepção do espaço para explicar diversos fenômenos sob a visão da Geografia.

Entretanto, a percepção representa um amplo e complexo conceito que envolve diversas ciências e aponta para a organização de equipes multidisciplinares que objetivem atingir avanços em pesquisas e projetos urbanísticos, ampliando relações e saberes entre os profissionais.

Dentre os diversos conceitos sobre a percepção, apresenta-se a contribuição de Silva (2004) que explora algumas discussões interpretadas por grandes filósofos:

A importância cognitiva da percepção pode ser medida pelo tratamento dado ao assunto pelos filósofos. Platão considerava a visão correta das coisas fundamental para o conhecimento verdadeiro e não apenas de um modo figurado, mas absolutamente concreto. Descartes, por sua vez, descartava todo e qualquer conhecimento adquirido pela percepção através dos cinco sentidos. Apenas o sentido da ‘propriocepção’ – o sentido interno do corpo –

desconhecido em sua época, ele intuitivamente mantinha como fundamental para a concepção de um 'eu' pensante. Berkeley, em oposição a Descartes, dizia que o espírito era aquilo que percebe. A existência de tudo mais dependia desse ser percipiente.

Entende-se que os estudos sobre a percepção dentro da trajetória do imaginário social passam por diversos momentos de aceitação entre o pensamento racional e a função imaginante do ser humano.

Para Magalhães-Vilhena (1977, p. 137), a percepção representa:

fenômeno complexo, através do qual o mundo exterior é apreendido e interpretado como sendo ordenado em totalidades. O conhecimento não depende tão inteiramente das sensações como à primeira vista pode parecer. A sensação só se apresenta ao espírito de um modo altamente elaborado: sob a forma de construção mental. Os dados dos sentidos – as sensações – são apenas materiais para a construção intelectual. A mente humana unifica esses dados, impõe unidade à multiplicidade, integra-os num todo e, dando-lhes significação, cria os 'objetos'. Nessa redução da multiplicidade sensível à unidade – verdadeira criação do espírito – consiste justamente a percepção.

Isso posto, as pessoas entrevistadas nesta pesquisa, tiveram a possibilidade de emitir suas opiniões em relação aos obstáculos enfrentados no seu dia a dia para chegar até o NIS, considerados como barreiras geográficas: ruas não pavimentadas, trevos, bosque, vias de intenso fluxo de veículos, entre outros. Além disso, esses atores sociais que detêm o conhecimento e experiência em relação ao lugar, contribuiram ao indicar os problemas enfrentados, principalmente a ausência de equipamentos urbanos (postos de saúde, farmácias, supermercados e outros) essenciais na estruturação dos bairros.

Quando fala-se sobre a experiência do indivíduo em relação ao lugar, considera-se que este fará um retrospecto de toda a sua vivência no local onde reside, ou seja, ele utilizará sua memória para conseguir expressar todas as dificuldades existentes em seu cotidiano, ou mesmo, aspectos positivos, isto é, irá expressar tanto seus sentimentos topofílicos, como topofóbicos, devido ao contato direto e contínuo que possui com a localidade.

Analisando a teoria de Piaget em 1949 sobre a construção do espaço pela criança, incluindo a percepção e representação espaciais, verifica-se que o referido

considera a noção de espaço não derivada apenas da percepção, ou seja, o indivíduo, a partir de sua inteligência, atribuirá significados aos objetos, enriquecendo assim, a percepção. O autor também afirma que as relações espaciais topológicas são as primeiras a serem estabelecidas pela criança, tanto na percepção, como na representação: noção de dentro e fora, perto ou longe, etc. A partir das relações espaciais é que serão elaboradas as etapas seguintes: as relações projetivas (coordenação operatória; prospecções, como por exemplo: Use a mão direita para pegar o copo! Vamos ter visita para o jantar, coloque mais um prato na mesa! etc.) e euclidianas (coordenadas e medidas padrão). É importante ressaltar que cada uma dessas etapas está relacionada, isto é, uma estrutura a outra; são dependentes uma da outra.

A percepção é um processo mental que proporciona a interação entre o indivíduo e o meio ambiente através de mecanismos perceptivos e cognitivos. Os perceptivos são direcionados por estímulos externos através dos cinco sentidos, destacando-se a visão. Gibson (1966). Os cognitivos são provindos da inteligência, considerando-se que a mente não trabalha apenas através dos sentidos, ocorrem também contribuições do próprio indivíduo, como: a motivação, humor, necessidade, prévios conhecimentos, valores, julgamentos, expectativas, condutas, decisões e outros. Moore, Goolledge (1976); Fiske, Taylor (1991).

Essas contribuições estabelecem que a mente desempenha um papel ativo na construção da realidade percebida, ou seja, organiza e representa essa realidade a partir de esquemas perceptivos e imagens mentais. Piaget (1969, p. 361).

Percepções provindas da natureza originam sentimentos estético e valorativo muitas vezes não definidos. Esses sentimentos presentes na arte de modo geral, formulam os princípios éticos e as gêneses de teorias científicas.

Lorenz (1986) entende que as percepções e sensações naturalistas é que darão sentido ao mundo, proporcionando o bem viver. O autor considera que a humanidade precisa desenvolver a educação baseando-se no pensamento de Rousseau: “*as vivências com as harmonias da natureza.*”

A natureza pode apresentar múltiplas percepções: artística, religiosa, ética, econômica,...que convivem em diversas culturas.

Heemann e Heemann (2003, p. 115) exemplificam essas percepções, demonstrando interfaces em relação ao uso da floresta: “pode se dar em função do calculismo econômico, do respeito ao espírito da floresta, da obediência ao código florestal, da saúde da população, do amor ao próximo ou da compaixão pelas futuras gerações”.

Essa tendência em buscar pontos comuns entre as múltiplas percepções em termos epistemológicos ainda não foi definitivamente formulada, porém, movimentos e ideologias vêm sendo atraídos por este tema.

Entretanto, a percepção valorativa não pode ser compreendida sem se considerar a experiência do mundo, ou seja, a “tecnoesfera”, que tem sua expressão política na democracia e econômica no capital.

Essas relações são sustentadas pelo direito liberal, a partir do conceito de liberdade. Com isso, a percepção valorativa formula-se em princípios baseados no direito sob as regras da ética. “Isto significa que o direito delinea o modo da mente pensar a realidade, priorizando o valor exigido juridicamente”. Heemann e Heemann (2003, p. 115).

Ortega y Gasset (1991) trabalha outro conceito chamado “ensimesmar-se”, que significa a capacidade do indivíduo de voltar-se para si mesmo e compreender sua particularidade, ou seja, despir-se de externalidades. “É o instante da sublimação, da criatividade, da percepção clara de que ‘eu’ sou diferente do ‘outro’, mas que me constituo como ‘eu’ a partir das minhas relações com ele”. Lima (2003, p. 122).

Sempre que esta capacidade inerente ao ser humano é negada, o indivíduo perde sua própria substantividade, podendo levá-lo à marginalidade. Este vivendo em função de prestígio ou dinheiro vê-se diante da impossibilidade de “ensimesmar-se”, vivendo na verdade, como uma máquina.

Os estudos sobre a percepção ambiental e a imagem da cidade têm buscado algumas respostas através de atributos e qualidades percebidas pela população, ou seja, passa a considerar a subjetividade, a satisfação e a conduta do indivíduo.

Mesmo as percepções sendo subjetivas para cada indivíduo, serão sempre identificados fatos comuns (recorrências) que definirão caminhos através de políticas e projetos que nortearão a ação pública.

Essas mudanças poderão gerar impactos positivos no desenvolvimento econômico e sociocultural de determinado local, de suas comunidades e da cidade como um todo.

No caso específico deste estudo sobre os recortes territoriais das áreas de abrangência, buscar a sua definição a partir da percepção da comunidade usuária dos serviços de saúde contribui para evitar exclusões, ou seja, os recortes determinados pelos indivíduos trarão a certeza de que a população neles inserida, realmente está recebendo o atendimento necessário para garantir sua saúde. Utilizando-se da percepção e cognição do meio ambiente, este estudo constitui-se em uma alternativa de planejamento e intervenção dos sistemas de saúde pública.

Busca-se o conhecimento da cidade a partir de inúmeras imagens que se encontram na mente de seus usuários, ou seja, dentro de cada um de nós, tentando alcançar uma representação da coletividade: preferências e expectativas.

Essa corrente que adota a percepção ambiental na tentativa de compreender as relações homem x ambiente, vêm sendo crescentemente reconhecida. No Brasil, a partir de 1980, o tema veio assumindo um caráter científico em atividades que envolvem análise e projetos ambientais aplicados no campo do projeto urbanístico, como os trabalhos de Castello (1986) e Del Rio (1990).

Dentre outros exemplos de trabalhos que contribuíram de forma peculiar, pode-se citar as contribuições de Cerasi (1970) que reconhece a presença de um espaço “topológico” e um espaço “psicológico” no ambiente urbano, integrando a percepção dos fatos físicos da cidade e comportamentos experimentados no uso desses espaços.

Alexander e Poyner (1977) explicam que no urbanismo verifica-se cada vez mais a importância de se perceber as tendências nas relações homem X meio, para direcionar projetos; muito mais do que apontar necessidades.

O trabalho de Rabey (1982) atenta para a observação da unicidade entre cultura objetiva (tecnologia) e cultura subjetiva (cosmovisão) no sistema ambiental, independente de serem metodologias testadas em correntes da Psicologia.

Bonnes-Dobrowolny e Secchiarolli (1983) consideram o ambiente estruturado por pessoas em suas relações com o entorno. A psicologia dos problemas ambientais desenvolve-se considerando o ambiente uma síntese das relações entre possibilidade e

oportunidade (aspectos físicos) e significado e norma (aspectos socioculturais), concebido dentro de um contexto onde estão inseridos fenômenos psicológicos, sociais e culturais.

A contribuição de De Certeau (1985) desenvolve o conceito de “morfologia da prática” para explicar os usos e posses cotidianas dos espaços urbanos.

O nível de percepção apresenta larga viabilidade de entendimento da realidade por seu papel de base genética do aprendizado, que a responsabiliza pela seleção de informações a serem posteriormente elaboradas e pela capacidade de produção de conhecimento abrigada por seu mecanismo. Integra, com o nível de formação da imagem mental, o modo de apreensão sensível do espaço urbano. Kohlsdorf (1988).

Conhecer lugares implica certas noções de localização e identificação, ou seja, saber onde se está e de como ir a outros lugares (expectativas por orientação e identificação), que as pessoas inserem ao meio ambiente e que dependem de estímulos sensoriais.

Analisar a percepção significa demonstrar como os lugares são percebidos. Não é apenas registrar representações por meio da imagem das informações que chegam à retina, como o desenho, a fotografia, cinema ou vídeo, e sim; descobrir o que é percebido a partir de situações com que se têm contatos, em noções abstratas. Kohlsdorf (1999).

Portanto, a percepção além de selecionar informações sobre o meio, transformas de categorias desordenadas em significações, construindo um espaço percebido que objetiva atender às referências topológica e perspectiva do observador.

“A representação dessa mudança por marcas e sinais que se multiplicam na imagem, nos comportamentos, nos hábitos, nas expectativas e nos valores urbanos constituem a área de investigação da percepção ambiental urbana”. Ferrara (1999, p. 62). Para isso, é fundamental explorar o conceito de representação.

Esta se faz por meio de signos, que podem ser de três tipos: ícone que representa a qualidade possível do objeto; índice que é a qualidade real do objeto e o símbolo que significa a associação necessária com o objeto a partir de uma lei. Pierce (1978, p. 247-249).

O signo traduz algo para alguém, ou seja, alguma coisa que é representada tendo um receptor para o qual se dirige essa representação.

Essa associação não significa que o objeto está sendo representado em sua totalidade, porém, demonstra algumas de suas facetas, escolhidas a partir de determinados valores que o emissor têm do objeto. Este terá a sua escala de valores, que irá conferir ao objeto maior ou menor importância.

“Signos, marcas e sinais comunicam a representação, a sua organização, sua estrutura. A essa estrutura dá-se o nome de linguagem”. Ferrara (1999, p. 63).

Tanto emissores como receptores estão envolvidos no processo de representação, ou seja, produzem significados a partir de signos. Para que se concretize a representação, supõe-se a criação de significados que são estabelecidos por meio de uma operação denominada “interpretante”.

O significado não é determinado pela linguagem e sim por uma propriedade do signo nessa operação (interpretante) que vêm representar uma possibilidade. Sua totalidade dependerá do nível de informações, também chamado “repertório cultural”, que o indivíduo possui sobre o que deseja representar.

Neste processo de representação através de signos, o objeto será conhecido pela maneira como é representado, mas também, essa representação obrigará o indivíduo a repensar as informações incorporadas no decorrer de sua história. Com as experiências passadas, pode-se produzir novas idéias, caracterizando assim, a percepção informacional, que se constitui na capacidade do indivíduo em gerar informações e aprender com experiências anteriormente vivenciadas.

O espaço percebido e a imagem espacial apresentam algumas diferenças: no primeiro, sujeito e objeto estão um em presença do outro, enquanto na segunda, o sujeito separa-se do objeto. Porém, a imagem não é formada apenas através da percepção, mas também pela capacidade de representar que se forma no processo de desenvolvimento da inteligência. Sendo esse processo interativo entre indivíduo e meio, a representação começa a se estabelecer a partir de certo grau de adequação das ações do indivíduo sobre a realidade, ou seja, a imitação.

Conforme estabelecido por Piaget e Inhelder, a imagem representa a interiorização da imitação, ou seja, “é a imitação interior e simbólica de ações

anteriormente executadas". Kohlsdorf (1996, p. 58 e 59). A imagem contribui com seu papel de símbolo em relação a alguma ação.

Ao estudar os signos, a percepção ambiental relaciona-se com a cidade, como linguagem e integrando-se a estudos econômicos, sociais, tecnológicos e políticos, caracteriza-se como um estudo fundamental, devido à própria complexidade de representação do fenômeno urbano em nossa atualidade, que vêm buscando compreender essas dinâmicas e descobrindo novas alternativas de planejamento e intervenção. Essa integração nas interfaces das diversas ciências produzem uma inteligibilidade da cidade enquanto objeto de pesquisa.

Os signos apontam para a busca de alternativas desenvolvidas pelo homem, na construção do cotidiano da cidade: desafios e informações produzidas para a compreensão desse cotidiano.

Pode-se apontar também outros estudos que foram considerados relevantes sobre a percepção, dentre os quais: Barber; Legge (1976) que relacionaram a percepção e a informação; Tuan (1980; 1983) trabalha com o conceito de topofilia, topofobia, topocídio e topo-reabilitação: atitudes e valores, tanto positivos, como negativos, relacionados ao meio; Davidoff (1983) vem destacar os sistemas perceptuais e proprioceptivos para a organização e interpretação de dados sensoriais; Luria (1991; 1994), considera as práticas humanas historicamente estabelecidas como resultado da percepção; Aumont (2004) trabalha com a percepção visual e do espaço; e também, Piaget (1961; 1978); Leontiev (1976), Oliveira (1977) e Vygotsky (1984).

A partir desses estudos conceituais sobre a percepção ambiental, foram desenvolvidos inúmeros trabalhos que relacionaram a percepção do meio com o espaço, o lugar e a paisagem, ou seja, pesquisas que procuraram estimar valores culturais assumidos pelas comunidades locais investigadas.

Inicialmente, deve-se explorar alguns conceitos sobre a paisagem, pois a percepção das pessoas começa a contribuir para a identificação da problemática do estudo proposto sobre os recortes territoriais das áreas de abrangência, a partir do momento em que passam a percorrer seu trajeto cotidiano, seja de sua casa ou do seu trabalho, em direção ao NIS. Neste percurso transparecerão as dificuldades, barreiras, enfim, aspectos que dificultem a acessibilidade ao destino.

Afirma Bourdin (2001, p. 172): “A densidade de equipamentos ou de serviços públicos aos quais um indivíduo pode ter acesso facilita ou torna globalmente mais agradável sua vida diária. Essa mesma densidade cria desagradados, quando este acesso se torna difícil ou o de outras pessoas cria desfuncionamentos”.

De todos os sentidos, a visão, corresponde ao mais aguçado para a identificação e a paisagem constitui-se exatamente o que a pessoa vê. Porém, o conceito de paisagem não deve se prender apenas a esta definição, sendo uma elaboração incompleta, pois não abarca a noção de distância, indispensável à significação desse conceito.

Dentro dessa perspectiva, no decorrer da história, surgem inúmeras definições sobre a paisagem, algumas destacando os aspectos físicos e naturais, outras se preocupando com aspectos humanos e sociais e outras ainda procurando fazer uma integração desses elementos. Normalmente são esses conceitos os mais utilizados pelos geógrafos, os quais buscam debater as diversas questões dentro de uma perspectiva integradora, situando as discussões numa relação entre natureza e sociedade.

Contribui Juillard (1962, p. 483):

Desde longo tempo, uma das noções mais fecundas da Geografia é aquela das paisagens, isto é, uma combinação de traços físicos e humanos que dá a um território uma fisionomia própria, que o faz um conjunto senão uniforme, pelo menos caracterizado pela repetição habitual de certos traços.

Piveteau (1965, p. 23): “Mas a Geografia possui igualmente um objeto próprio, exterior ao espírito: a paisagem terrestre. O geógrafo se ocupa desta zona de contacto entre os lito-, hidro-, atmo-, bio-, e antroposfera que compõem a visão da terra”.

Já Dollfus (1971, p. 9), assegura: “A paisagem se define, isto é, ela se descreve e se explica partindo das formas, de sua morfologia [...]. As formas resultam de dados do meio ambiente natural ou são as conseqüências da intervenção humana imprimindo sua marca sobre o espaço”.

Bertrand (1972, p. 127), considera: “Uma paisagem é, por definição, uma porção do espaço material. A análise espacial joga pois um papel privilegiado, em particular na classificação dos meios.”

De acordo com Deffontaines (1973, p. 3): “Paisagem é uma porção do espaço perceptível ao observador onde se inscreve uma combinação de fatos visíveis e invisíveis e interações das quais percebemos, num determinado momento, apenas o resultado global.”

Nóbrega 2003 (apud RIBEIRO, 1989) considera a paisagem: “primeiro indicador para o reconhecimento da diferenciação espacial, refletindo, objetivamente, pelo menos alguns traços das relações entre a sociedade e a natureza e mesmo entre os diferentes segmentos da própria sociedade.”

Passos (2003, p. 53) afirma:

A maioria dos geógrafos situa a paisagem na interface da natureza e da sociedade. De um lado, eles reconhecem sua materialidade, isto é, a existência de uma estrutura e de um funcionamento próprios aos corpos naturais que a constituem e de outro lado, eles afirmam que o status paisagístico destes corpos naturais é determinado pelo sistema de produção econômica e cultural, cujos efeitos diferem segundo as “produções” e os grupos sociais. A dimensão social e histórica da paisagem está claramente afirmada e a percepção está englobada no conjunto do processo social.

A partir dessas discussões sobre os conceitos de “paisagem” e também de “lugar” apresentados no capítulo anterior, deve-se considerar que a paisagem está relacionada a integração entre elementos naturais e construídos com panoramas do mundo-vivido.

À princípio certas peculiaridades dos lugares são conhecidas somente por seus moradores, ou seja, os estrangeiros não teriam tamanha percepção. Somente com o contato direto e contínuo poderá se compreender melhor a dinâmica da paisagem.

A percepção da comunidade local oferece uma gama de informações muito ricas para o estudo da integração homem x paisagem, pois haverá grande diferença entre um panorama descrito e estudado, de um panorama experienciado e vivenciado pelos atores sociais.

Os estudos fragmentados sobre a paisagem são fundamentais, pois exploram os panoramas de mundo-vivido de suas comunidades e é exatamente a integração dessas diversas partes que nos trará uma visão integrada do que pretendemos investigar.

Dentro desse contexto, as perspectivas da população normalmente são abandonadas e as decisões que interferem na própria estrutura espacial não respeitam a dinâmica da paisagem, pois normalmente são tomadas em meios acadêmicos e órgãos governamentais.

A percepção enriquece a experiência individual e por meio dela também nos apegamos muito mais ao lugar e a paisagem, ou seja, aumentamos nossos sentimentos topofílicos, ou mesmo topofóbicos. O geógrafo chinês Yi-Fu Tuan foi um dos pesquisadores modernos a usar a percepção para compreender as relações homem x natureza. Para ele:

O conceito de topofilia pressupõe a importância capital da noção de lugar, em comparação com a de espaço, para a afetividade humana. Admite-se que o reino por excelência do exercício do sentimento topofílico são os lugares valorizados. É claro que o mesmo é válido para o sentimento contrário à topofilia, ou seja, o que pode ser definido como topofobia e que conduz à noção de "paisagem do medo". Tuan (1979).

A topofilia significa os sentimentos de afeição, simpatia e admiração estética, isto é, a percepção, atitudes e ligação afetiva do ser humano para com o lugar ou ambiente físico. Tuan (1980).

Wilson (1991) também desenvolve o conceito de biofilia que representa a ligação afetiva com outros organismos e habitats com os quais sentimos afinidade. Representa a "idéia da necessidade intrínseca humana do contato com a natureza". Wilson (1984, p. 126).

A topofobia por sua vez, representa os sentimentos de aversão em relação ao lugar ou paisagem.

Heemann e Heemann (2003, p. 116) também consideram o termo "indignação moral" que ocorre quando a percepção agride o observador, ou seja, emite-se uma atitude de reprovação por parte do expectador em relação a alguma ação danosa perante a natureza. Essa percepção dependerá de alguns antecedentes: valores socialmente construídos: identificação de certo ou errado; incorporação emocional

desses valores; os valores direcionam as intuições, percepções e sensações e; a incorporação emocional dos valores sob a égide da razão resulta em decisão ética.

Assim, diversos valores foram sendo elaborados pela humanidade: liberdade, lealdade, amor, solidariedade, mas também, produtividade, eficiência, qualidade e outros.

A percepção do espaço urbano integra um processo cognitivo baseado na percepção de composições físico-espaciais. Dessa forma, a percepção visual da cidade pode transmitir diversas sensações, como: surpresa, envolvimento, orgulho, afeição, pertencimento e outros. Del Rio e Oliveira (1999).

Essa abordagem é direcionada para diversos significados: psicológicos, sociais, místico-religiosos, culturais e outros, que representam expressões sobre a percepção que o sujeito desenvolve em seu meio em relação à sua própria vivência: imagens particulares e memórias sobre diversos detalhes.

O pesquisador ao investigar uma abordagem perceptiva, precisa descobrir a realidade do sujeito procurando traduzir o mais próximo possível da sua experiência em relação ao lugar.

No caso específico dos recortes territoriais das áreas de abrangência dos NIS, os significados atribuídos pelas comunidades, denotam certa familiaridade com o lugar, ou seja, existe uma interação entre as pessoas e seus entornos - um mundo-vivido. Dentre as diversas expressões, alguns sentimentos topofílicos, como o de gostar do lugar onde reside; ter vínculo com parentes, amigos, vizinhos; apreciar a paisagem que o lugar oferece e outros. Mas também expressões que denotam sentimentos topofóbicos, como: ausências de áreas de lazer e equipamentos urbanos, as práticas de violência; barreiras geográficas existentes no lugar e outros.

Essas descrições comprovam que é possível e importante conhecer o lugar e sua paisagem, de forma empírica e científica. As experiências expressas pelos atores sociais nos fazem conhecer a realidade utilizando-se além dos sentidos (visão, tato, olfato, audição e paladar), a contribuição de suas inteligências. Ao conhecer esse mundo exterior, desenvolvem-se sentimentos que darão vida às nossas experiências em relação ao lugar.

A concepção da paisagem passa pelo subjetivo, sentido, vivido e individualizado. As definições que partem desses princípios vêm sendo utilizadas por muitos geógrafos na tentativa de solucionar os problemas de reestruturação da paisagem a partir de análises de experiências de indivíduos, ou mesmo, coletividades.

De acordo com Bley (1999, p. 125):

a paisagem também não é simples objeto em face do qual o sujeito se situa em relação de exterioridade. Nela sujeito e objeto são inseparáveis, não somente porque o objeto espacial é constituído pelo sujeito, mas, também, porque o sujeito está envolvido pela paisagem. Em outras palavras, o sujeito está dentro da paisagem.

Com essa interação na paisagem, de acordo com Burgess e Gold (1982, p.1-5), “os indivíduos exigem criar e possuir suas próprias paisagens. É nos verbos criar e possuir que encontramos o verdadeiro significado da paisagem vivida valorizada. Criar no sentido de dotar a paisagem vivida de um significado pessoal e possuir como abrigar e oferecer segurança e proteção”.

As dinâmicas entre espaço e lugar podem dar a este último identidade através dos símbolos que o homem entalha em suas paisagens, possibilitando o acesso em nossos sentimentos, emoções, pensamentos, visões de mundo e experiências pessoais sobre um espaço transformado em lugar.

O sentimento em relação ao lugar pode introduzir-se ou não nos indivíduos, com intensidades e símbolos que se modificam com o passar do tempo e levam as pessoas a agirem e reagirem sobre o seu entorno, influenciadas pela maneira como elaboram suas experiências com o mundo.

O acesso ao conhecimento a partir de experiências ambientais contribui para a percepção do meio ambiente, aumentando o conhecimento do espaço para a apreensão de conceitos e símbolos, fazendo com que espaços e lugares realmente existam e sejam compartilhados.

Espaços e lugares relacionados à vivência do indivíduo não são determinados apenas por valores geográficos (recursos paisagísticos naturais ou construídos), pois dependem dos sentimentos inerentes aos significados, ampliando os aspectos considerados pela percepção ambiental.

Portanto, a partir dessas considerações, é mister maior atenção às experiências ambientais: percepções e elaboração de imagens percebidas, ou seja:

sistematizar as experiências humanas com o espaço e o lugar, recuperando o valor da variedade e da complexidade da natureza e perspectiva experiencial, num contraponto entre o sentido do espaço e o de tempo, principalmente em termos de éticas ou normas de atitudes ou condutas fundamentadas na identidade cultural de cada pessoa. Lima (1999, p. 164).

A discussão de que a percepção ambiental deve ser estudada numa perspectiva experiencial foi amplamente discutida por Yi-fu Tuan. Este considera que a experiência parte das diversas formas de conhecer e construir a realidade, que se desenvolvem tanto pelos sentidos: olfato, paladar e tato, como pela percepção visual e seus simbolismos.

O autor também afirma que a experiência é constituída de sentimento (registro de estados subjetivos) e pensamento (realidade objetiva) que estão intimamente relacionados.

Em sua obra “Topofilia” em 1980, Tuan pretende contribuir para a compreensão de nós mesmos, ou seja, sem a autocompreensão torna-se impossível buscar alternativas para a solução dos problemas ambientais, que se configuram como problemas humanos que “dependem do centro psicológico da motivação, dos valores e atitudes que dirigem as energias para os objetivos”. Tuan (1980, p. 1).

Para tanto, ele trabalha as definições de percepção, atitude, valor e visão de mundo, conforme expostos a seguir:

Percepção é tanto a resposta dos sentidos aos estímulos externos, como a atividade proposital, na qual certos fenômenos são claramente registrados, enquanto outros retrocedem para a sombra ou são bloqueados. Muito do que percebemos tem valor para nós, para a sobrevivência biológica, e para propiciar algumas satisfações que estão enraizadas na cultura. *Atitude* é primariamente uma postura cultural, uma posição que se toma frente ao mundo. Ela tem maior estabilidade do que a percepção e é formada por uma longa sucessão de percepções, isto é, de experiências. As atitudes implicam experiência e uma certa firmeza de interesse e valor [...]. A *visão de mundo* é a experiência conceitualizada. Ela é parcialmente pessoal, em grande parte social. Ela é uma atitude ou um sistema de crenças; a palavra *sistema* implica que as atitudes e crenças estão estruturadas, por mais arbitrarias que as ligações possam parecer, sob uma perspectiva impessoal (objetiva). Tuan (1980, p. 4-5).

Considerando os sentidos humanos, a percepção e a avaliação do ambiente mudam de indivíduo para indivíduo ou de grupo para grupo, devido aos aspectos culturais relacionados, porém, os indivíduos compartilham percepções comuns por possuírem órgãos perceptivos semelhantes: a visão – sentido dominante dos seres humanos. Através dele percebem-se: distâncias, tamanhos, formas, texturas, luzes, cores, contrastes e demais formas de apreensão do espaço. Audição – possibilidade de sentir ecos e outros efeitos acústicos. O olfato – capacidade de evocar épocas. Os cheiros e aromas relacionam-se às emoções e recordações.

De acordo com Papanek (1998, p. 93):

existe uma forte ligação fisiológica e psicológica entre paladar e olfato. Os sinais partem céleres do nariz até aos bolbos olfativos na base do cérebro, e dali estes estímulos continuam até ao sistema límbico – aquela antiga parte do cérebro que trata dos humores, impulsos sexuais e emoções fortes, como o medo – passando ao hipocampo, que controla as funções de memória. Por último, os sinais estendem-se ao neocórtex, que se crê estar na origem do pensamento consciente.

A influência do paladar na percepção e avaliação do ambiente praticamente inexistente; ocorre somente associada ao olfato.

O tato – potencializa a percepção da textura através das mãos e pés: superfícies suaves ou rugosas, duras ou macias e, além disso, a pele humana possui receptores que registram as sensações de frio e calor, direção e intensidade das correntes de ar. Castelnou (2003, p. 153).

Paralelos aos cinco sentidos os indivíduos possuem nervos sensoriais, que indicam a posição e o movimento do corpo em relação ao espaço que interagem com as variações bruscas de forma, movimento, velocidade, sentido e direção.

Não podem-se deixar de citar, as pioneiras contribuições nos estudos que integram a percepção e o ambiente, bem como, os processos cognitivos do mapa, os trabalhos de Oliveira (1977) e Del Rio e Oliveira (1999) que organizaram uma série de artigos específicos sobre a percepção ambiental.

Durante muito tempo valorizaram-se aspectos visíveis na organização do espaço, porém, aspectos invisíveis emocionalmente percebidos através dos sentidos, também precisam ser considerados.

Assim, constata-se ser fundamental para o planejamento de estratégias que procurem minimizar problemas urbanos, considerar as questões “ligadas à concepção de que o ser humano deve ser visto como unidade corpo/mente – um ser racional/emocional” (Heemann, 1998), que irão direcionar novas possibilidades de organização espacial.

Esses estudos permitem que os geógrafos não se limitem a desenvolver uma Geografia cartesiana, que representa a separação entre a mente e a matéria. Antes de tudo, permite o reencontro geográfico do mundo exterior concreto e o mundo interior abstrato, nas intensas dinâmicas paisagísticas.

A partir destas considerações o presente trabalho investiga a participação popular da comunidade usuária dos serviços de saúde e, além disso, entende-se que esta participação é fundamental para desenvolver ações e projetos que beneficiem a comunidade local.

Tendo isso como parâmetro, pergunta-se junto às comunidades usuárias dos NIS, por exemplo: Quais barreiras geográficas enfrentavam para acesso ao serviço de saúde? Utilizam sempre o NIS para o atendimento de saúde? Que meio de transporte utilizam para chegar até o NIS? Recebem atendimento de outros serviços de saúde, além do NIS? Que mudanças julgam necessárias para melhorar o atendimento do NIS? Qual imagem vocês tem do seu bairro?

Essas questões puderam identificar os problemas de acesso existentes nos trajetos até o NIS, incluindo os problemas de transporte e a ausência de equipamentos urbanos fundamentais nos diversos bairros.

Puderam também avaliar o quanto as comunidades necessitam do serviço e como precisam se deslocar em outras áreas para conseguir atendimentos que encontram-se deficientes em sua UBS de referência.

Por último, avaliou-se aspectos do cotidiano das UBS relacionados à necessidade de um atendimento humanizado direcionado ao usuário.

Essas questões trouxeram elementos que além de contribuir para o estabelecimento de um recorte territorial para as áreas de abrangência, possibilitaram também diagnosticar aspectos que poderão auxiliar na melhoria da qualidade do atendimento de saúde. Para tanto, será necessária a vontade política do gestor em

disponibilizar recursos no sentido de minimizar os diversos problemas identificados pelas comunidades.

Neste aspecto, reflete Souza (2004, p. 133):

O espaço social não é 'inocente', no sentido de ser um dado sem maior relevância ou algo completamente neutro no que concerne à dinâmica dos processos sociais. A malha territorial que serve de referência para o processo de participação popular influencia, de diferentes maneiras, a dinâmica participativa.

A pouquíssima atenção que tem sido dispensada, especificamente, à dimensão espacial do processo de participação popular na elaboração do orçamento por parte dos técnicos das prefeituras envolvidas e mesmo por parte de intelectuais e pesquisadores representa uma lacuna tremenda, que precisa ser preenchida com urgência. É curioso e lamentável que, enquanto muita discussão tem sido devotada aos critérios de distribuição dos recursos e aos chamados 'critérios técnicos' para a realização de obras no âmbito de processos de orçamento participativo, os critérios para a divisão do município em unidades territoriais e suas eventuais alterações ao longo do tempo têm despertado muito pouco interesse [...].

Sobre experiências bem sucedidas referencia-se a organização de Brandão (2003), que apresenta modelos de algumas cidades, como: Maringá, Londrina, Ponta Grossa, Mandaguari, Sarandi e Medianeira. Caracterizam-se pela implantação do orçamento participativo, que prevêem a participação popular das comunidades no Paraná, através da atuação de conselhos locais e delegados eleitos entre pessoas que representam liderança em seu meio social, facilitando assim as discussões e execuções dos investimentos públicos.

Ainda destacam-se algumas ações de desenvolvimento local no Brasil, como em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, cujos projetos elaborados previam a participação comunitária, como exemplificam Suertegaray, Basso e Verdum (2000).

Outras experiências internacionais de democracia participativa podem ser encontradas na organização de Santos (2002), que expõe contribuições da Colômbia, Índia, África do Sul, Moçambique e Portugal. Mesmo sendo países contextualizados em realidades distintas, os grupos sociais tradicionalmente excluídos demonstraram ações e se organizaram em busca de inclusão, acreditando na conquista de uma vida melhor em detrimento à exclusão social produzida pela hegemonia do processo de globalização neoliberal.

Este desenvolvimento ocorre principalmente devido à comunidade ter aprimorado sua característica comum de pertencimento ao lugar onde mora, isto é, o gostar e sentir-se responsável pelo local onde reside.

Bourdin (2001, p. 34) contribuindo para o reconhecimento do lugar, através do sentimento de pertença, considera que:

O homem se define, se constrói, através do conhecimento de seu entorno imediato. O único problema é saber se esse processo se dá uma vez por todas na primeira socialização ou se ele se reproduz a cada vez que ocorre socialização num novo contexto.

Esse entorno imediato é ao mesmo tempo material e social (grupo de pertença), e ambos são indissociáveis.

O conhecimento que dele temos se exprime e se organiza na representação do território. Mas este só pode ser o território próximo, aquele sobre o qual atuamos (pensamento técnico de Piaget) e com o qual nos identificamos (sociocêntrico).

A importância desta questão pautou o questionamento junto aos usuários: “Qual imagem a pessoa tinha de seu bairro?”. Surpreendentemente verificam-se comunidades que gostam do lugar onde moram, sentem-se responsáveis pelo local e preocupam-se com o seu desenvolvimento, ou seja, possuem vínculo com o lugar, com seus parentes e amigos. Independente das dificuldades que enfrentam em seu dia a dia, as comunidades analisadas expressaram muito mais seus sentimentos topofílicos, do que topofóbicos, isto é, identificam-se com o seu entorno nos aspectos positivos que experienciam em seu cotidiano.

Cidadão é aquele que avança a condição de simples usuário da cidade. Esta situação ocorre quando ele busca alternativas para tentar resolver situações de conflito, quando elege seus representantes e produz informação crítica sobre seu cotidiano, formando um juízo informacional junto às comunidades e interfaces governamentais.

Porém, essa prática deve sempre ocorrer objetivando interesses coletivos, obrigando o cidadão a olhar para fora de si, encontrando nessa totalidade, a plena realização pessoal.

Considerando a cidadania a partir de ações concretas provenientes da percepção, leitura, associações e inferências que o cidadão desenvolve em seu dia a

dia, podemos concluir que estamos muito longe de alcançar a cidadania institucionalizada, legalizada nas constituições. Ferrara (1999, p. 76).

“O exercício da cidadania envolve uma percepção judicativa como forma de controle da experiência ou como correção contínua da informação ambiental urbana, a fim de superar comportamentos automatizados ou passivos”. Ferrara (1999, p. 79).

A participação comunitária resulta da ação de diversos fatores que desvelam a cidade como um arcabouço de informação e comunicação. Esta é moldada de acordo com suas representações nos desafios perceptivos que permitem ao indivíduo, interferir em seu destino, transformando-o em cidadão que defende interesses da coletividade. “Na realidade, os desafios perceptivos e suas respostas são os vetores da cidadania, enquanto aprendizagem e exercício”. Ferrara (1999, p. 80).

A partir das discussões sobre a percepção relacionada ao meio ambiente e também a importância da participação das comunidades no desenvolvimento de ações e projetos que objetivem o desenvolvimento local, no próximo capítulo apresenta-se os resultados da pesquisa em campo que contribuiu para o estabelecimento de novos recortes territoriais para as áreas de abrangência, bem como, para o planejamento, no sentido de minimizar barreiras geográficas de acesso aos núcleos integrados de saúde (NIS) e também para a reestruturação de aspectos deficientes identificados nos bairros, como a ausência de equipamentos urbanos essenciais.

Além disso, contribuiu também para a reestruturação dos diversos serviços oferecidos pelos NIS em busca de um atendimento humanizado direcionado aos usuários dos serviços de saúde.

Os resultados demonstraram também que as comunidades investigadas desenvolveram o sentimento de pertença ao lugar onde vivem seus cotidianos. Esse atributo contribui para que estas comunidades sintam-se realmente responsáveis pelo seu entorno, buscando formas de participação popular em futuros projetos urbanísticos.

CAPÍTULO IV

O LUGAR NA DEFINIÇÃO DOS RECORTES TERRITORIAIS DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA – UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NOS BAIROS JARDIM UNIVERSO E PINHEIROS

O município de Maringá é composto por 23 unidades básicas de saúde (UBS) (figura 1), que são divididas em NIS I (composta apenas pelo clínico geral, não mais existente no município), NIS II (composto pelas 3 especialidades básicas: clínica geral, ginecologia e pediatria), NIS III (composto pelas 3 especialidades básicas e o pronto-atendimento) e o Posto de Saúde Fernão Dias, localizado no bairro São Domingos, no distrito de Iguatemi, composto apenas por serviços de enfermagem.

As UBS não representam apenas locais para o atendimento de problemas de saúde de menor complexidade, mas sim, devem atender uma demanda universal, tendo uma resolutividade maior que 80% das ocorrências, encaminhando para especialidades e internações, apenas os casos mais complexos.

As UBS também são responsáveis pelo acompanhamento de grupos etários, como: menores de 1 ano, gestantes e idosos; grupos de portadores de doenças crônicas, como: hipertensos, diabéticos e outros; além disso, realiza a vigilância em saúde e relações com a comunidade, como projetos junto à associações, instituições e ONG.

“A proposta é de que a atenção básica deve organizar a lógica do Sistema de Saúde, rompendo com a idéia de atenção centrada no baixo custo, simplificada e com poucos equipamentos”. (Hartz, 2000, p.135).

Para tanto, as UBS devem possuir em sua planta física: sala de imunização, consultórios médicos (de ginecologia, obstetrícia, pediatria e clínica geral), sala de curativo, de inalação, de atendimento de enfermagem, consultório odontológico, sala de reuniões, sala de espera, expurgo, esterilização, de administração de medicamentos e outros.

“A atenção primária à saúde, [...], serve de porta de entrada para o sistema de atenção à saúde, mas ao mesmo tempo constitui-se em um nível próprio de atendimento, com capacidade para resolver um elenco de necessidades de saúde [...]”. (Hartz, 2000, p.136). Essas necessidades básicas de saúde vão muito além da intervenção curativa individual. Pode-se agrupá-las em duas demandas: sanitárias e por ações clínicas. Nas sanitárias classificam-se o saneamento do meio; desenvolvimento nutricional; programas de vacinação e informações em saúde. Nas demandas por ações clínicas, estão classificadas as de epidemiologia: promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e as tipicamente clínicas: promoção à saúde, prevenção, tratamento e recuperação.

Dentro desse contexto a estratégia da saúde da família vem com o objetivo de reorientar o modelo de assistência à saúde, introduzindo uma nova dinâmica de atuação e relação entre os serviços de saúde e as comunidades.

Para analisar os NIS Universo e Pinheiros no sentido de estabelecer o recorte territorial da área de abrangência a partir das aspirações da população usuária, foi necessário conhecer, o lugar, o sítio urbano das atuais áreas de abrangência fixadas pela secretaria de saúde.

Fazendo este levantamento observou-se que as vias sem asfalto, declividade e aclives, pequenas áreas verdes denominadas de mato, vias com intenso fluxo de veículos, acabam se tornando obstáculos ou barreiras geográficas para a população que precisa deslocar-se até o NIS Universo e o NIS Pinheiros.

A pesquisa também considerou a acessibilidade da população usuária aos locais dos NIS cujas áreas de abrangência determinadas pela secretaria de saúde, nem sempre atenderam as aspirações da população.

4.1. DIAGNÓSTICO DO NIS II UNIVERSO

O atual recorte territorial da área de abrangência do NIS II Universo estabelecido pelas equipes de saúde não atende a todos os bairros que o compõem, as figuras 2 e 3 mostram a área de abrangência do NIS II Universo determinada pela equipe de saúde.

Segundo a pesquisa realizada junto à população usuária do NIS, considerando a acessibilidade, dos 285 (100%) entrevistados, 259 (90,87%) são residentes no bairro Jardim Universo, 7 (2,45%) residentes no Conjunto Residencial Ângelo Planas, 5 (1,75%) residentes no Jardim Botânico, 10 (3,5%) residentes em bairros pertencentes a outras áreas de abrangência, ou seja, residem em áreas de responsabilidade de outros NIS para o atendimento de saúde.

Analisando os dados, de acordo com a acessibilidade da população, a atual localização do NIS II Universo deveria ter como recorte territorial da área de abrangência de sua responsabilidade, apenas o bairro Jardim Universo, pois a demanda dos demais bairros pertencentes à área de abrangência determinada pela municipalidade é mínima, não atendendo o número de população cadastrada pelas ESF (ver figura 4).

As razões para tal realidade podem ser encontradas principalmente nos aspectos de insatisfação da população relacionada aos serviços prestados pelo NIS, ou seja, a sua estrutura funcional.

Os aspectos de acessibilidade relacionados às barreiras geográficas e meios de transporte neste NIS não foram representativos na amostra, além disso, foram identificados fluxos de população (mobilidade) para NIS que estão inseridos em outras áreas de abrangência, em busca de atendimentos de saúde comprovadamente precários no NIS II Universo.

Com isso, identificou-se um recorte territorial da área de influência do próprio NIS, em relação aos seguintes bairros: Vila Morangueira, Conjunto Residencial Inocente Vila Nova Júnior, Conjunto Habitacional Santa Felicidade, Jardim Alvorada, zona 4 e o distrito de Floriano; 1 (0,35%) residente em outro município (normalmente parente ou amigo hospedado de passagem em alguma residência pertencente à área

de abrangência) e 3 (1,05%) residentes em área rural (o atendimento à população rural é responsabilidade de uma equipe específica do PSF), (ver figura 5).

De acordo com a pesquisa realizada sobre a percepção da comunidade em relação aos aspectos de acessibilidade e identificação de barreiras geográficas nos trajetos ao NIS, coletados no período de pesquisa em campo junto à população usuária do NIS II Universo entre março e julho de 2004, obteve-se como resultados, os seguintes dados:

Com relação ao período de residência do indivíduo no bairro, verificou-se que 96 (33,68%) dos entrevistados moram no período entre 1 a 5 anos; 62 (21,75%) de 6 a 10 anos; seguidos de 42 (14,73%) de 16 a 20 anos; 37(12,98%) de 11 a 15 anos e 34 (11,92%) a menos de 1 ano. Em períodos mais abrangentes, apenas 12 (4,21%) de 21 a 25 anos e 2 (0,7%) a mais de 30 anos.

A população da área pode ser considerada moradora recente no lugar, isto é, quando avaliado o tempo de residência no bairro, do total de 285 (100%) entrevistados, 158 (55,43%), ou seja, pouco mais da metade, residem no período entre 1 a 10 anos. Uma parcela considerável dos entrevistados 113 (39,64%) residem nos períodos de menos de 1 ano e também entre 11 a 20 anos. Apenas 14 (4,9%) são moradores mais antigos que residem nos bairros entre 21 a 30 anos.

É fundamental considerar-se a variável tempo para a análise de dados, pois, é evidente que quanto mais tempo de residência no local, maior será a experiência do indivíduo em relação ao conhecimento do lugar e conseqüentemente maior entendimento em relação ao ambiente. As pessoas que residem a menos de 1 ano, tem percepção distinta de moradores mais antigos, por exemplo, com mais de 20 anos de residência.

Em seguida, avaliou-se o número de pessoas que compõem a família nos bairros pertencentes à área de abrangência. Dos resultados obtidos, 201 (70,52%) dos entrevistados, possuem famílias formadas de 3 a 5 pessoas; 46 (16,14%) por 2 pessoas ou menos; 34 (11,92%) de 6 a 10 pessoas e 4 (1,4%) famílias compostas por mais de 10 pessoas.

A prevalência do número de pessoas por família foi de 3 a 5 pessoas, normalmente o casal e no máximo dois filhos, salvo algumas exceções. Quando se

compara estes dados com o tempo de residência nos bairros, verifica-se correspondente relação, pois a maioria dos moradores reside no período de 1 a 10 anos, ou seja, famílias formadas habitualmente por quatro pessoas, normalmente casais, que por questões econômicas, optam em ter no máximo dois filhos.

Quanto ao número de pessoas entrevistadas que utilizam-se regularmente dos serviços oferecidos pelo NIS, pode-se considerar que a maioria da população residente na área é usuária.

Do total de 285 (100%) entrevistados, 273 (95,78%) utilizam-se dos serviços do NIS com frequência e apenas 12 (4,21%) usam raramente, por diversas razões: vieram pela primeira vez ou estão apenas acompanhando algum amigo ou parente; possuem planos de saúde; preferem utilizar o NIS III Zona Sul devido à vinculação com a equipe de saúde ou o Hospital Municipal de Maringá por oferecer um atendimento de saúde mais rápido.

Outras situações relevantes: alguns preferem o atendimento oferecido pelo NIS II Jardim Iguaçú; por pertencerem a outras áreas de abrangência sob a responsabilidade de outros NIS, como é o caso dos bairros: zona 4 e Jardim Alvorada e; ocorreram também casos de pessoas que residem em outro município e estão hospedadas de passagem na residência de algum amigo ou parente e que, por alguma razão, também procuraram os serviços do NIS.

Verifica-se com estes dados, que as famílias residentes nessa área, realmente necessitam dos serviços oferecidos pela municipalidade, normalmente não possuem planos de saúde e não dispõem da menor condição financeira para optarem por um atendimento de saúde particular.

Os meios de transporte utilizados para acesso ao NIS, também foram avaliados. Dos 285 (100%) entrevistados, 213 (74,73%) chegam a pés. Outros meios de transporte são utilizados em menores porcentagens: 26 (9,12%) utilizam-se de mais de uma alternativa de transporte, ora fazem o trajeto de carro, ora a pés, às vezes utilizam-se do transporte coletivo e outros.

Em seguida, 16 (5,61%) entrevistados utilizam-se de outros meios de transporte, como por exemplo, bicicleta, motocicleta e solicitação de veículo ambulância e também

16 (5,61%) optam pelo uso do transporte coletivo. Apenas 14 (4,91%) possuem carro próprio e utilizam-se do veículo para chegar até o NIS.

No caso dos moradores do bairro Jardim Universo, a acessibilidade até o NIS não encontra grandes barreiras geográficas como se analisa nos dados a seguir, porém, o acesso de outros bairros, como por exemplo, o Jardim Botânico e o Conjunto Residencial Ângelo Planas (bairros que são integrantes à área de abrangência do NIS II Universo) verifica-se comprometido, devido aos resultados obtidos na amostra: Dos 285 (100%) entrevistados, apenas 12 (4,21%) pertencem a esses bairros.

Dentre as barreiras geográficas identificadas para o acesso ao NIS II Universo, do total de 285 (100%) entrevistados, obteve-se 299 (100%) respostas (alguns entrevistados optaram por mais de 1 alternativa para a identificação de barreiras geográficas, totalizando 14 respostas a mais), 200 (66,88%) respostas, consideraram que não percebem obstáculos em seu trajeto, principalmente para os moradores do Jardim Universo.

Em seguida, identificaram-se algumas barreiras geográficas, como: presença de aclives em 41(13,71%) respostas; 19 (6,35%) consideraram a localização do NIS distante em relação à sua residência; 15 (5,01%) indicaram a presença de ruas não pavimentadas, como por exemplo, ruas Pioneiro Mário Marangoni e Prefeito Sincler Sambatti; 10 (3,34%) ponderaram outros problemas relacionados à acessibilidade, como:

Alguns atribuem a dificuldade de acesso a seu próprio problema de saúde; presença de diversas ruas esburacadas; ausência de áreas de lazer onde poderiam parar um pouco e sentar em algum lugar para descansar, durante o trajeto ao NIS; certos bairros apresentam pouca iluminação e presença de muitos cachorros soltos pelas ruas.

Alguns aspectos foram identificados em menor porcentagem, porém são relevantes, quando representam barreiras geográficas que podem ser planejadamente eliminadas:

Com 5 (1,67%) respostas, verificaram-se a presença de vias de fluxos de veículos, como por exemplo, as avenidas Carlos Correia Borges, Arquiteto Nildo Ribeiro da Rocha e Luiz Teixeira Mendes que localizam-se próximas à área de abrangência

estudada; 4 (1,33%) consideraram a presença de lixões a céu aberto; 3 (1%) indicaram a presença de matagais. Apenas 1 (0,33%) considerou problemas com o transporte coletivo, como indisponibilidade de linhas do transporte e conseqüentemente a demora da passagem do ônibus entre uma linha e outra, até mesmo durante o período noturno e também com 1 (0,33) considerou-se a presença de trevos.

Avaliando cada bairro especificamente, a localização do NIS II Universo atende consideravelmente a população residente no Jardim Universo. Do total de 285 (100%) entrevistados e 299 (100%) respostas, 187 (93,5%) consideraram que não percebem barreiras geográficas no trajeto ao NIS. Apesar disso, a presença de aclives, foi representativa como obstáculo de acesso nesse bairro.

Dos poucos entrevistados residentes no Conjunto Ângelo Planas, consideraram-se principalmente como barreiras geográficas: a presença de aclives, a localização distante do NIS em relação à residência e problemas com o transporte coletivo, porém, ainda sobressaiu-se a ausência de obstáculos para o acesso.

Dos entrevistados do bairro Jardim Botânico, consideraram-se principalmente como barreiras geográficas: a presença de ruas não pavimentadas, vias de fluxo de veículos e a presença de alguns trechos com matagais.

Para a identificação e mapeamento dessas barreiras geográficas, foram realizadas nos dias 14 e 28 de setembro de 2005, “oficinas de territorialização” junto à ESF do NIS II Universo, utilizando como ferramentas auxiliares os “mapas inteligentes” organizados pela própria equipe e o conhecimento adquirido pela experiência de atuação na área em estudo.

Conforme mapeado na figura 6, as ESF identificaram a distância dos bairros que não foram representativos na amostra desta pesquisa, ou seja, o Conjunto Ângelo Planas e o Jardim Botânico, em relação ao NIS. Essas distâncias foram respectivamente de 1,5 km e 2,0 km, considerando os pontos mais distantes dos bairros.

Além disso, a presença de um extenso vazio urbano entre o bairro Jardim Botânico e o Conjunto Ângelo Planas, apesar de apresentar alguns trechos loteados, representou uma área formada por ruas não asfaltadas que prejudicam os trajetos de

acesso até o NIS, principalmente em dias de chuva. Ocorreu também a presença de vazios urbanos em loteamentos próximos ao anel viário Prefeito Sincler Sambatti.

Alguns trevos foram identificados no anel viário, também conhecido como “contorno sul”, que representaram barreiras geográficas de acesso ao NIS, principalmente para a população rural residente nas imediações da área.

Presença de matagais em terrenos vazios próximos à rua Mario Marangoni significaram locais de circulação de desocupados e usuários de drogas.

Dentre as principais vias de fluxo de veículos, citam-se as ruas Pioneiro Lázaro C. da Silva, que representa a via de acesso principal ao Conjunto Ângelo Planas e a rua Universo que se configura como a via onde localizam-se pequenos comércios, como bares (botequins), metalúrgica e mercados.

Dentre as ruas não asfaltadas que também significaram barreiras geográficas de acesso ao NIS encontram-se: Pioneiro José Benedito da Silva, Pioneiro Lázaro Claro da Silva, trecho da rua 22 de maio e da rua Pioneiro Pedro Pupulim, ruas Tupã, Pioneiro José V. da Silva e João Carlos Pólo, além de um considerável trecho do anel viário (este trecho não está localizado na rodovia e sim próximo aos loteamentos, iniciando-se no término da avenida Carlos C. Borges e finalizando-se no início da rua 22 de maio).

A área em estudo encontra-se numa altitude entre 380 a 460 m de acordo com o mapa hipsometria – município de Maringá (ver figuras) elaborado por Queiroz (1991), representando uma área de aclive que dificulta também o acesso ao NIS, principalmente para usuários idosos.

As linhas de transporte coletivo ofertadas para essa área, corresponderam apenas a linha 222 que atende somente o Jardim Botânico, sequer chegando aos outros bairros e a linha 459 que atende o Conjunto Ângelo Planas e Jardim Botânico chegando até o NIS conforme mapas elaborados pelo TCCC (2005), (ver figuras 7 e 8).

Verifica-se fundamental para a melhoria do atendimento de saúde e também para os bairros num contexto geral, que fossem disponibilizadas outras linhas de transporte coletivo, visto que essa área compreende uma população de 2.936 pessoas de acordo com dados de densidade demográfica por bairro do IBGE (2000), onde

circulam apenas 2 linhas de ônibus em intervalos médios de 30 minutos, de acordo com tabelas de horários de passagem de ônibus cedidas pelo TCCC (2005).

Em relação à procura de atendimento de saúde por parte da população em outros NIS (ou setores de saúde), verificou-se a presença de outro recorte territorial como área de influência, formado por um fluxo de população (mobilidade) que migra para outros bairros.

Dos 285 (100%) entrevistados, 158 (55,43%) recebem atendimento de outros locais e 127 (44,56%) recebem atendimento apenas no NIS II Universo ou até gostariam de receber atendimento de outros locais, porém, devido à delimitação de áreas de abrangência proposta pelo PSF, normalmente os NIS não atendem indivíduos pertencentes a outras áreas de abrangência.

Dos entrevistados que recebem atendimentos em outros locais, identificou-se também, diversas razões para a ocorrência desse fluxo: a procura pelo Hospital Universitário Regional de Maringá, Hospital Municipal de Maringá e NIS III Zona Norte e Zona Sul dá-se principalmente para atendimento de emergências e consultas na especialidade de neurologista; o NIS II Tuiuti para realização de exames especializados; o NIS II Jardim Iguaçu devido a sua localização, que alguns consideraram mais próximo de suas residências; NIS II Mandacaru e Hospitais do Câncer de Maringá e Santa Rita e Santa Casa de Misericórdia de Maringá, para atendimento de especialidades, devido à carência desses serviços no NIS II Universo.

Alguns ainda optaram para o atendimento de clínicas particulares devido à necessidade de realizar procedimentos cirúrgicos e também salientaram-se questões de vínculos com equipes de saúde de alguns NIS, como por exemplo, NIS II Jardim Iguaçu, Mandacaru, Alvorada, Iguatemi, Pinheiros, Floriano e Cidade Alta; Secretaria Municipal de Saúde e Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense (CISAMUSEP). Enfoques também em relação à procura desses locais quando da necessidade de buscar internamentos (ver figura 9).

Considerando os aspectos estruturais dos serviços oferecidos pelo NIS, ou seja, a qualidade do atendimento oferecido, pôde-se avaliar que a população não está satisfeita, pois o serviço não vem atendendo a demanda conforme identifica-se nos seguintes dados: Dos 285 (100%) entrevistados, foram obtidas 672 (100%) respostas, ou seja, 387 respostas a mais em que os indivíduos identificaram mais de 1 alternativa.

De todas as variáveis, a necessidade de aumento de consultas principalmente para especialidades (ortopedia, dentista) foi sem dúvida, a mais enfocada, representando 167 (24,85%) respostas; em seguida foram identificadas diversas outras questões, que representou 123 (18,3%), como por exemplo:

O NIS deveria oferecer um acolhimento melhor - acolhimento significa o primeiro contato do usuário com a equipe do NIS, normalmente realizado pelo Auxiliar Administrativo, responsável pela recepção: representa a porta de entrada da UBS - com mais atenção e disposição; enfocou-se também a necessidade de maior limpeza e organização do NIS; a construção de mais uma UBS no bairro; o NIS deveria oferecer um atendimento mais rápido, menos burocrático e com ampliação do número de especialistas e dentistas; ofertar também a continuidade do atendimento de saúde, devido a inúmeras transferências e mudanças constantes de médicos que iniciam suas atividades.

Alguns acham que o horário de funcionamento deveria ser ampliado até as 19:00 (atualmente funciona das 07:00 às 17:00); outros acreditam que deveria funcionar também como pronto-atendimento.

Também se considerou que o atendimento deveria ser oferecido no mesmo dia da procura, situação que muitas vezes não ocorre, principalmente quando se trata de consultas para especialidades e ainda considerou-se que a localização do NIS deveria estar em posição central no bairro, pois atualmente localiza-se em uma das extremidades e o acesso faz-se num trajeto de aclives.

Algumas entrevistas criticaram os atendimentos médicos, considerando-os ruins e também que o NIS deveria oferecer outras opções de médicos para a mesma especialidade.

Outras variáveis enfocadas foram a necessidade de maior disponibilidade de exames especializados com 103 (15,32%) respostas; maior disponibilidade de

medicamentos com 89 (13,24%) e aumento do quadro de profissionais com 84 (12,5%), principalmente médicos (ginecologistas, pediatras) e enfermeiros.

Foram identificadas também algumas variáveis em menor porcentagem, como, por exemplo, aumento do número de veículos ambulância para atendimento de emergências com 66 (9,82%) respostas; reforma e ampliação do NIS com 28 (4,16%); aumento da atuação das equipes de PSF junto ao atendimento domiciliar com 10 (1,48%); a construção de outros NIS com 1 (0,14%) e a ampliação de vagas de leitos para internamento com 1 (0,14%) resposta.

A baixa porcentagem em relação a encaminhamentos para internação, não significa absolutamente falta de necessidade por parte da população e sim, justifica o fluxo de população (mobilidade) que procura atendimento em outros NIS, hospitais ou outros setores de saúde devido a pouca resolutividade do NIS II Universo.

Na perspectiva de trabalhar com o imaginário dos indivíduos, ou seja, investigar a percepção da paisagem e do ambiente por parte da população usuária do NIS, investigou-se nesta pesquisa “Qual imagem a pessoa tinha de seu bairro”. Esta variável, além de confirmar a presença de algumas barreiras geográficas já identificadas anteriormente, também possibilitou o conhecimento de diversos problemas estruturais dos bairros.

Dos 285 (100%) entrevistados, foram obtidas 399 (100%) respostas, ou seja, 114 respostas a mais em que os entrevistados identificaram mais de 1 alternativa.

Um total de 187 (46,86%) respostas consideraram que gostam do lugar onde moram: bairros tranquilos, sossegados, onde existe muito calor humano entre as pessoas. Porém, 29 (7,26%) não gostam de morar nos bairros: identificam bairros abandonados pelo gestor, isolados e distantes de outros serviços essenciais, sem desenvolvimento e sem vida. Outros residem, devido a falta de opções (questão econômica) e alguns se sentem muito sós morando nestes locais.

Um total de 54 (13,53%) respostas apontaram para a falta de equipamentos urbanos: não existem um centro comunitário, centro esportivo, creches, farmácias, bons supermercados, escolas (incluindo as de profissionalização), comércios em geral, postos de gasolina, padarias, bazar e açougue.

Alguns consideraram a necessidade de construir mais uma UBS, ou pelo menos que localize-se centralmente no bairro Jardim Universo, pois o NIS II Universo encontra-se numa das extremidades e o acesso faz-se percorrendo um aclive que também representa uma barreira geográfica.

Outros registraram que os poucos equipamentos urbanos existentes localizam-se distantes de suas residências, considerando-se também o excesso de bares (botequins). Alguns apontaram também a necessidade de uma feira-livre semanal para atender a população.

Totalizando 51 (12,78%) respostas, assinalaram para a falta de segurança nos bairros: ocorrem muitos casos de violência, roubos de residências, ausência de policiamento constante no local, presença de guetos onde guardam-se produtos roubados e circulação de desocupados.

Com 30 (7,51%) apontaram para a falta de áreas de lazer, principalmente para o divertimento de crianças e espaço de atividades para idosos. Com 12 (3%) respostas incluíram-se questões como, a falta de limpeza dos bairros: manutenção e conservação; 12 (3%) problemas com o transporte coletivo: pouca disponibilidade de linhas de ônibus e demora de passagem entre uma linha e outra, principalmente no período noturno e; 12 (3%) outros problemas identificados, como por exemplo:

Bairros com diversas casas sem muros e calçadas; mau cheiro provindo de um curtume localizado próximo aos bairros da área de abrangência do NIS; diversos bueiros abertos; ausência de preservação e conservação de árvores; presença de uma pedreira próxima à área de abrangência, onde se explodem bombas causando rachaduras e tremor das casas e a questão do alto índice de desemprego entre os moradores da área.

Alguns consideraram a necessidade de ampliação do horário de atendimento do NIS, que atualmente funciona das 07:00 às 17:00. Outros acharam que deveria funcionar até as 19:00, alguns ainda gostariam que existisse o pronto-atendimento 24 horas.

Com 2 (0,50%) incluíram-se questões ligadas a falta de serviços públicos essenciais, como o abastecimento de água e iluminação; 2 (0,50%) a presença de vazios urbanos; 2 (0,50%) a presença de datas vazias com acúmulo de lixo e matagal;

2 (0,50%) a necessidade de abertura de vias de acesso, como por exemplo, a ligação do bairro com a rua 22 de Maio e a avenida Arquiteto Nildo Ribeiro da Rocha e 2 (0,50%) a circulação de indivíduos com uso de drogas ilícitas.

Com 1 (0,25%) identificaram-se trechos dos bairros não pavimentados e 1 (0,25%) ausência de bueiros, como por exemplo, na Rua Pioneiro José Vicente da Silva.

Do total de 285 (100%) entrevistados, 79 (27,71%) são do sexo masculino e 204 (71,57%) do sexo feminino, 02 (0,7%) foram ignorados (não identificados no momento da entrevista). O maior número de mulheres justifica-se devido ao serviço ser direcionado para o seu atendimento ou dos filhos (crianças) que normalmente estão acompanhados pelas mães. As especialidades básicas existentes no NIS, também direcionam para a maior presença de mulheres, pois além do ginecologista, há também o pediatra. Os homens têm normalmente como única opção o clínico geral, cujas consultas também são divididas entre homens e mulheres. Portanto, verifica-se deficiente, isto é, com poucas opções, o atendimento de saúde direcionado a eles. (Ver gráficos de 1 a 9).

4.2. DIAGNÓSTICO DO NIS II PINHEIROS

Na outra UBS investigada, o NIS II Pinheiros, foram aplicados 368 questionários, no período de março a junho de 2004, com a população usuária de seus serviços de saúde.

O atual recorte territorial da área de abrangência do NIS II Pinheiros é composto por 22 bairros, sendo: Conjunto Habitacional Léa Leal, Conjunto Habitacional Branca de Jesus Camargo Vieira, Conjunto Residencial João de Barro Champagnat, Conjunto Residencial João de Barro Itaparica, Conjunto Residencial Paulino Carlos Filho, Conjunto Village Blue, Jardim América, Jardim Campos Elíseos, Jardim da Glória, Jardim Dourados, Jardim Novo Oásis, Jardim Oásis, Jardim Piatã, Jardim Pinheiros (partes I, II e III), Jardim Santa Alice, Jardim São Francisco, Jardim Tupinambá, Loteamento Batel, Loteamento Liberdade, Parque Residencial Patrícia, Residencial Tuiuti e Loteamento Grajaú (ver figuras 10 e 11).

De acordo com a pesquisa, a localização atual do NIS, vêm atendendo representativamente somente os bairros: Residencial Tuiuti 73 (19,83%) entrevistados, Conjunto Residencial Branca de Jesus Camargo Vieira 52 (14,13%) e Jardim Campos Elíseos 46 (12,5%); correspondendo a um total de 171 (46,46%) entrevistados (ver figura 12).

Os demais bairros surgem na amostra num total de 185 (50,27%) entrevistados, sendo o menor e maior valor, respectivamente: Jardim América 1 (0,27%) e Jardim Oásis 25 (6,79%).

Um total de 12 (3,26%) entrevistados estão distribuídos em um recorte territorial de área de influência formado por bairros que não pertencem à área de abrangência do NIS II Pinheiros, como por exemplo, Vila Morangueira, Vila Operária, Jardim Alvorada, Jardim Guaporé e Conjunto Habitacional Requião; área rural e outros municípios, como é o caso de Telêmaco Borba, Cianorte e Sarandi (ver figura 13).

O bairro Loteamento Grajaú sequer apareceu na amostra e o próprio bairro Jardim Pinheiros apareceu pouco representativo, pois a maioria de seus moradores possuem planos de saúde. Os residentes no próprio bairro onde localiza-se o NIS, não

usufruem do seu atendimento. Um estudo geográfico desenvolvido anteriormente à construção do NIS II Pinheiros, com certeza planejaria melhor a sua localização, podendo privilegiar camadas da população mais carentes do que as que residem mais próximas ao NIS.

De acordo com o Cadastramento único – Maringá (2004, p. 36), analisando a tabela onde constam famílias abaixo da linha de pobreza por bairro, verificou-se que 18 dos bairros pertencentes à área de abrangência do NIS II Pinheiros aparecem na amostra, sendo: Jardim América (2 famílias), Loteamento Batel (27 famílias), Conjunto Residencial Branca de Jesus Camargo Vieira (46 famílias), Jardim Campos Elíseos (34 famílias), Conjunto Habitacional Champagnat (24 famílias), Jardim Dourados (2 famílias), Loteamento Grajaú (1 família), Conjunto Habitacional Itaparica (41 famílias), Conjunto Habitacional Léa Leal (6 famílias), Jardim Liberdade (24 famílias), Jardim Novo Oásis (6 famílias), Jardim Oásis (12 famílias), Parque Residencial Patrícia (3 famílias), Jardim Piatã (13 famílias), Jardim Pinheiros (4 famílias), Jardim São Francisco (6 famílias), Parque Residencial Tuiuti (63 famílias) e Conjunto Village Blue (3 famílias).

Ainda analisando, por bairro, as famílias na linha de pobreza (Cadastramento Único – Maringá 2004, p. 38), avaliando a tabela onde constam famílias na linha de pobreza por bairro, verificaram-se 18 bairros pertencentes à área de abrangência do NIS II Pinheiros, sendo: Jardim América (14 famílias), Loteamento Batel (31 famílias), Conjunto Residencial Branca de Jesus Camargo Vieira (77 famílias), Jardim Campos Elíseos (41 famílias), Conjunto Habitacional Champagnat (42 famílias), Jardim Dourados (9 famílias), Loteamento Grajaú (4 famílias), Conjunto Habitacional Itaparica (62 famílias), Conjunto Habitacional Léa Leal (9 famílias), Jardim Liberdade (45 famílias), Jardim Novo Oásis (17 famílias), Jardim Oásis (17 famílias), Parque Residencial Patrícia (5 famílias), Jardim Piatã (13 famílias), Jardim Pinheiros (10 famílias), Jardim Santa Alice (3 famílias), Jardim São Francisco (7 famílias) e Parque Residencial Tuiuti (102 famílias).

Em relação ao período de residência nos bairros que compõem a área de abrangência, verificou-se que dos 368 (100%) entrevistados, 119 (32,33%) residem no período de 1 a 5 anos e 83 (22,55%) de 6 a 10 anos; seguidos de 47 (12,77%) de 16 a 20 anos, 45 (12,22%) a menos de 1 ano e 40 (10,86%) de 11 a 15 anos.

Em menores porcentagens identificaram-se os maiores períodos de residência nos bairros: 26 (7,06%) de 21 a 25 anos, 4 (1,08%) de 26 a 30 anos e 4 (1,08%) a mais de 30 anos. Verificou-se com os dados, que a maioria da população adscrita ao NIS é moradora recente no lugar, 202 (54,89%), ou seja, mais da metade dos entrevistados, reside no período entre 1 a 10 anos. Os demais períodos foram pouco representativos na amostra.

Avaliou-se o número de pessoas que compõem as famílias, prevalecendo as compostas de 3 a 5 pessoas com 267 (72,55%) entrevistados; seguidos de 57 (15,48%) com 2 pessoas ou menos; 43 (11,68%) de 6 a 10 pessoas e 1 (0,27%) com mais de 10 pessoas.

Da mesma forma que os dados do NIS II Universo, a maioria das famílias são formadas de 3 a 5 pessoas, normalmente 4: o casal e no máximo dois filhos, que também quando comparados com o tempo de residência no bairro, verificou-se certa correspondência, pois a maioria dos entrevistados, residem entre o período de 1 a 10 anos.

Em seguida, investigou-se o número de pessoas que utilizam regularmente o NIS, dos 368 (100%) entrevistados, 348 (94,5%) são usuários, apenas 20 (5,43%) não utilizam regularmente, por diversas razões: alguns vieram até o NIS pela primeira vez; outros consideraram a vinculação com equipes de saúde de outros NIS que também se localizam mais próximos de suas residências, como exemplos, citam-se o NIS II Vila Morangueira e o NIS II Jardim Iguaçu.

Alguns por residirem em áreas de abrangência de outros NIS, como é o caso dos moradores do bairro Vila Morangueira e vários consideraram a preferência pelo atendimento do Hospital Universitário Regional de Maringá e Hospital Municipal de Maringá, por oferecerem um atendimento mais rápido e menos burocrático.

Dentre os meios de transporte utilizados para o acesso ao NIS, podemos considerar que a maioria das pessoas realizam o percurso a pé, que representou dos 368 (100%) entrevistados, 203 (55,16%); também foram identificados outros meios de transporte em menores porcentagens: 53 (14,4%) possuem carro próprio; 38 (10,32%) consideraram meios de transporte variados, como por exemplo, veículos de seus

serviços, veículos pertencentes à entidades assistenciais, como é o caso de pessoas atendidas pelo programa alcoólicos anônimos (AA) e alguns aceitam carona.

Um total de 62 (16,84%) entrevistados identificaram certa alternância quanto ao meio de transporte usado para acesso ao NIS: ora utilizam carros, ora o transporte coletivo, perfazem o trajeto a pé e às vezes usufruem do serviço municipal de ambulâncias. Apenas 12 (3,26%) utilizam-se do transporte coletivo.

O acesso realizado a pé está diretamente ligado com a identificação de possíveis barreiras geográficas existentes nos trajetos ao NIS. Dos 368 (100%) entrevistados, foram quantificadas 415 (100%) respostas (ocorreram entrevistas com a identificação de mais de 1 alternativa).

Um total de 203 (48,9%) consideraram que não percebem nenhum obstáculo de acesso, o que representou quase a metade do total de respostas. Em seguida, 58 (13,97%) respostas identificaram a presença de ruas não pavimentadas e 57 (13,7%) a localização do NIS muito distante de suas residências. Outras 33 (7,95%) respostas apontaram a presença de aclives e 29 (6,98%) consideraram outras barreiras geográficas, como por exemplo:

Ausência de placas de sinalização para o trânsito de veículos; insuficiência de arborização nos trajetos ao NIS; presença de matagais; diversas ruas esburacadas e bueiros entupidos; algumas áreas com pouca iluminação; presença de terrenos vazios com circulação de desocupados e usuários de drogas; alguns trechos de ruas e avenidas desprovidas de calçadas para pedestres, como por exemplo, a avenida Tuiuti; pontos de parada de ônibus sem cobertura que em dias de chuva dificultam o transporte; presença de perigosos trechos com cruzamento de ruas e algumas ruas localizadas próximas ao córrego Ozório que permanecem alagadas em dias de chuva.

Ocorreram também alguns aspectos enfocados em menor porcentagem, que no contexto geral de identificação de barreiras geográficas, devem ser relevantes quando da organização de projetos que objetivem eliminá-las: 17 (4,09%) respostas consideraram a presença de vias de fluxo de veículos que representam riscos de vida para os pedestres; 10 (2,4%) problemas com o transporte coletivo, demora para a passagem entre uma linha e outra e enfim, a indisponibilidade de linhas de transporte.

Com 4 (0,96%) questões ligadas a presença de trevos que também oferecem riscos a pedestres e também com 4 (0,96%) a identificação de lixões a céu aberto.

Apesar da considerável porcentagem de respostas não identificarem barreiras geográficas de acesso ao NIS, representando 203 (48,9%) respostas, 212 (51,08%), ou seja, mais da metade das respostas, acusaram algum exemplo de barreira, que no contexto geral da área em estudo, deverão ser consideradas quando do planejamento objetivando a melhoria desses aspectos ligados à acessibilidade ao NIS.

Para a identificação e mapeamento das barreiras geográficas, foram também realizadas nos dias 16 e 27 de setembro de 2005, “oficinas de territorialização” junto às ESF do NIS II Pinheiros, tendo como ferramentas auxiliares, os “mapas inteligentes” organizados pelas próprias equipes e o conhecimento adquirido através do cotidiano de trabalho desses profissionais.

Conforme mapeado na figura 14, as ESF identificaram como barreiras geográficas de acesso ao NIS, a presença de fundos de vale: córrego Ozório, onde existem trechos próximos à avenida Tuiuti, com matagais e lixões à céu aberto e ribeirão Morangueira com a presença de crateras, como por exemplo, em trecho próximo à rua Rio Tocantins.

As presenças de matagais também foram identificadas no Jardim da Glória. Além dessas barreiras, os vazios urbanos também foram representativos: Jardim da Glória e imediações da avenida Franklin Delano Roosevelt que corta o Jardim São Francisco e o Parque Residencial Tuiuti.

Lixões, matagais e vazios urbanos, normalmente comprometem os trajetos ao NIS devido aos riscos de contrair doenças, principalmente respiratórias; presença de desocupados e usuários de drogas e áreas não asfaltadas que principalmente em dias de chuva comprometem o percurso.

Em relação às vias de fluxo de veículos, verificou-se que a área em estudo possui diversas avenidas que oferecem riscos para a travessia de pedestres e acidentes de trânsito: Guaiapó, Tuiuti, Dona Sophia Rasgulaeff, Jinroku Kubota e Dos Palmares, além da praça Fabiana Helena Justus, configurando-se como barreiras geográficas que necessitam além de eficaz manutenção constante, vigilância e ampla sinalização por parte dos órgãos competentes.

Além dessas vias, existem também alguns trechos de ruas e avenidas não asfaltadas: rua Rio Samambaia, avenida Franklin Delano Roosevelt, rua Rio Xingu, rua Rio São Francisco, rua Rio Jaguaribe, rua Rio Parnaíba, rua Rio Mearin, rua Rio Solimões, avenida Dr. Alexandre Rasgulaeff, rua Rio Poá, rua Rio Verde e avenida Jinroku Kubota.

Asfaltos esburacados representaram um grande problema na área como um todo, com exceção do Jardim Oásis e Pinheiros onde à pouco tempo foram realizadas manutenções.

A área em estudo encontra-se numa altitude entre 380 a 540 m, representando uma área de aclive, conforme mapa hipsometria – município de Maringá (ver figuras) elaborado por Queiroz (1991).

Bueiros entupidos também representaram um problema para a área. É de fundamental importância a manutenção por parte dos órgãos competentes, mas também um trabalho de educação continuada junto à população para que não desprezem lixos em bueiros.

Apesar da área estar servida por 4 diferentes linhas de transporte coletivo – Linhas 233, 234, 235 e 528 – as referidas poderiam estar melhor organizadas para atender dignamente a população: de acordo com as ESF, a linha 233 (ver figura 15) é a única que encontra-se de acordo para atender a demanda, pois faz seu trajeto em todos os horários; a linha 234 (ver figura 16) não realiza seu trajeto em todos os horários e com isso, o tempo de passagem entre uma viagem e outra torna-se muito longo. A linha 235 (ver figura 17) não passa próxima ao NIS. E a linha 528 (ver figura 18), apesar de passar próxima ao NIS em sua vinda, faz seu retorno por outro trajeto.

De acordo com as tabelas de horários de ônibus cedidas pela empresa TCCC (2005), as linhas possuem os seguintes tempos médios de passagem: linha 233 – 35 minutos em média; linha 234 – 31 minutos em média; linha 235 – 34 minutos em média e linha 528 – 29 minutos em média.

Portanto, se 1 dos veículos não faz a passagem em todos os horários, significa que em determinados momentos, a espera pela linha 234 pode chegar a até mais de 1 hora, o que torna o transporte coletivo inviável para servir ao atendimento de saúde.

Melhor organização dessas linhas, ou mesmo, a introdução de novas, como por exemplo, uma linha que pudesse ter seu trajeto direto até o Hospital Municipal de Maringá, justificam-se para essa área, pois esta atende a uma demanda de 26.751 pessoas de acordo com dados de densidade demográfica por bairro do IBGE (2000).

Avaliando as distâncias dos bairros em relação ao NIS, representadas na figura 19, se considerarmos os bairros: Residencial Tuiuti, Conjunto Residencial Branca de Jesus Camargo Vieira e Jardim campos Elíseos, que foram representativos na amostragem desta pesquisa em relação à frequência de acesso ao serviço de saúde, podemos verificar que estes bairros encontram-se numa distância entre 1,5 a menos de 3 km do NIS, considerando os pontos mais distantes dos bairros.

Além de 3 km, nenhum dos bairros pertencentes à área foram representativos na amostragem, portanto significa uma distância inviável para a área de abrangência do NIS.

Paralelamente, alguns bairros estão localizados em distâncias menores de 1,5 km e também não foram representativos na amostragem, portanto, outras barreiras geográficas identificadas nesta pesquisa também corroboram para a falta de acesso ao NIS.

Avaliou-se também nas entrevistas, o número de pessoas que recebem atendimento de saúde de outros NIS, ou mesmo de outros setores de saúde. Dos 368 (100%) entrevistados, 211 (57,33%) recebem atendimento apenas do NIS, porém, 157 (42,66%) recebem atendimento de outros locais, por diversas razões:

Hospital Regional Universitário de Maringá e Hospital Municipal de Maringá para encaminhamento de emergências; NIS II Grevíleas por ter parente ou amigo que reside próximo; NIS II Jardim Iguazu e NIS III Zona Norte para atendimento de emergências e especialidades; NIS II Maringá Velho para atendimento na especialidade de homeopatia; alguns consideraram que o NIS II Morangueira oferece um atendimento (acolhimento) melhor; NIS II Mandacaru e CISAMUSEP para atendimento de especialidades.

Em muitas entrevistas também se avaliaram a importância do retorno do serviço de pronto-atendimento no NIS III Zona Norte que atualmente vem funcionando como policlínica para atendimento e encaminhamento de especialidades e também para o

Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Centro de Testagem Anônima (CTA) oferecidos às pessoas vivendo com HIV/Aids e para a realização de testagem para HIV.

Identifica-se com esses dados, a composição de um novo recorte territorial (ver figura 20), referente à procura de serviços de saúde pela população adscrita à área de abrangência do NIS II Pinheiros, devido à diversas carências na estrutura do serviço, ou seja, seus aspectos funcionais ou mesmo pela dificuldade de acesso referente a algum aspecto ou barreira geográfica porventura identificada pelo usuário como se analisa a seguir.

Quanto a análise das considerações necessárias para a melhoria da qualidade do atendimento no NIS II Pinheiros, pode-se considerar que o problema mais focado, foi a pouca disponibilidade de consultas, principalmente para especialidades.

Dos 368 (100%) entrevistados, foram coletadas 480 (100%) respostas, ou seja, vários entrevistados optaram por mais de 1 alternativa. A indisponibilidade de consultas representou 174 (36,25%) respostas; desde especialidades básicas oferecidas pelo próprio NIS, como pediatria, ginecologia e clínica geral, até outras, como dermatologia, neurologia e cardiologia.

Em seguida, 140 (29,16%), consideraram outros aspectos, como: alguns avaliaram que para conseguir o atendimento médico, não tem necessidade alguma de passar por uma triagem com enfermeiras; outros apontaram que a equipe de saúde do NIS precisa melhorar o atendimento/acolhimento, a organização da recepção e ofertar um atendimento mais rápido; também identificaram a descontinuidade no atendimento de alguns médicos, devido a ocorrência de diversas substituições de profissionais.

Alguns acharam o atendimento de certos médicos muito ruins; outros verificaram fundamental a organização de um atendimento odontológico para procedimentos mais complexos, como por exemplo, a colocação de aparelhos dentários.

Outras considerações: o NIS poderia ofertar também o pronto atendimento; diminuir a burocracia e a complexidade para conseguir o atendimento; muitas ansiedades para mudança da atual gestão; ausência de equipamentos básicos no NIS; vários profissionais de saúde que proporcionam um atendimento lento e inexperiente; os servidores deveriam ter melhores condições de trabalho; necessidade de eliminação

das filas para receber atendimento; despreparo do médico do PSF para o atendimento domiciliar; ausência de profissionais qualificados para o atendimento no contexto geral; deficiências no atendimento para casos mais graves; recebimento de resultados de exames equivocados, secundariamente comprovados; recusa em ofertar atendimento pelo fato do indivíduo não pertencer à área de abrangência.

E ainda, reuniões da equipe do NIS em horários de atendimento ao público; necessidade de passar por uma consulta de clínica geral para conseguir consultas de especialidades, como por exemplo, ginecologia; o gestor deveria incentivar cada vez mais a prática da medicina preventiva e ampliar recursos; muitos atendimentos que são iniciados não prosseguem adequadamente e não chegam a resoluções; muitos médicos ofertam os atendimentos apressados, sem permitir que o paciente tente expressar realmente o que está sentindo.

Além disso, o vínculo com o médico de confiança muitas vezes é interrompido devido a transferências e pedidos de demissão; discriminação para o atendimento de pessoas idosas; necessidade de ofertar a vacinação para a gripe a todos os usuários; reinstalação do antigo NIS II Champagnat; mudança de horários para a pesagem de bebês no sentido de poder atender os pais que trabalham em horário comercial e precisam deixar os filhos nas creches; demora em conseguir atendimentos cirúrgicos.

Enfim, a porcentagem de respostas que optaram por outras questões referentes à estrutura funcional dos serviços oferecidos pelo NIS foram inúmeras e sob diferentes aspectos, porém, representou uma porcentagem significativa da amostra, que deveria ser considerada para o planejamento de reestruturação dos serviços.

Em seguida, 80 (17,08%) respostas, avaliaram que o NIS oferece um bom atendimento aos usuários; 33 (6,87%) apontaram para a precisão de maiores disponibilidades de exames especializados. Com 17 (3,54%), a viabilidade de construção de outros NIS para atender a bairros localizados mais distantes e 16 (3,33%) enfocaram a importância de maiores disponibilidades de medicamentos.

Em menores porcentagens, foram consideradas questões como: necessidade de aumento de quadro de profissionais, que representou 8 (1,66%) respostas; aumento da atuação das equipes de PSF 4 (0,83%); acréscimo de veículos ambulância para

atendimento de emergências 3 (0,62%), ampliação do número de vagas para internamento 3 (0,62%); reforma e ampliação do NIS com 2 (0,41%).

Do total de 480 (100%) respostas, apenas 80 (17,08%) consideraram que o NIS oferece um bom atendimento e 400 (83,33%) respostas, identificaram alguma deficiência no serviço oferecido.

Verifica-se com os dados, que o NIS II Pinheiros, além da necessidade de planejamento em sua área adscrita objetivando a eliminação de barreiras geográficas, precisará também de um planejamento e redirecionamento da estrutura funcional dos serviços.

Em seguida, investigando também o imaginário, através da percepção da paisagem e ambiente por parte dos usuários, foram obtidas 434 (100%) respostas (66 respostas a mais, ou seja, vários questionários apresentaram múltiplas respostas) de “Qual imagem a pessoa tinha de seu bairro”.

Dos resultados obtidos, 305 (70,27%) respostas, consideraram que gostam do lugar onde moram, tem vínculo com a comunidade e percebem seus bairros calmos (tranqüilos).

Um total de 22 (5,06%) apontaram outras imagens relevantes, como por exemplo: os bairros apresentam carência de cursos profissionalizantes que poderiam estar sendo oferecidos por órgãos governamentais, ou seja, sem ônus para o indivíduo; bairros sem telefones públicos (orelhões); alguns acharam que não se adaptam a viver no local; outros que esses bairros oferecem uma bela paisagem da cidade para apreciação; alguns bairros foram considerados desenvolvidos.

Além disso, vários pontos de parada de ônibus não possuem cobertura, o que dificulta a utilização do transporte coletivo em dias de chuva; os bairros também apresentam número representativo de pessoas desempregadas e paralelo a isso, a falta de incentivo, por parte do governo, ao desenvolvimento da pequena empresa (empresa fundo de quintal); a presença de datas vazias muitas vezes cobertas com matagais e finalmente, surgiram algumas respostas ignoradas.

Totalizando 16 (3,68%) respostas, assinalaram para a falta de equipamentos urbanos, como por exemplo: associações de bairro, farmácias, supermercados, comércios em geral, escolas, açougues e carência de postos de saúde. 14 (3,22%)

identificaram a presença de ruas que não estão pavimentadas e 13 (2,99%) registraram a falta de limpeza dos bairros. 9 (2,07%) respostas destacaram problemas com a questão da violência e roubos em residências. Com 8 (1,84%), a ausência de áreas de lazer, principalmente para crianças e idosos e também com 8 (1,84%) para a insuficiência de segurança nos bairros, com poucas rondas de policiamento.

Com 7 (1,61%) questões relacionadas a circulação de indivíduos com uso de drogas ilícitas. Com 6 (1,38%) observaram a presença de ruas pavimentadas sem manutenção, com muitos buracos e 6 (1,38%) consideraram vários bairros localizados distantes da área central da cidade. Com 5 (1,15%), apontaram para a falta de serviços públicos essenciais, como por exemplo, a falta de iluminação e também 5 (1,15%) a presença de lixões próximos ao córrego Ozório.

Com 4 (0,92%) a presença de bueiros entupidos. Com 2 (0,46%) a falta de disponibilidade de linhas de transporte coletivo. Com 1 (0,23%) respostas, identificaram a presença de vazios urbanos; 1 (0,23%) presença de fundos de vale; 1 (0,23%) carência de projetos de arborização e também com 1 (0,23%) a presença de ruas de aclive, caracterizaram-se principalmente como barreiras geográficas para o acesso ao NIS.

Quanto ao número de pessoas entrevistadas segundo sexo, dos 368 (100%) entrevistados, 250 (67,93%) foram do sexo feminino e 118 (32,06%) do sexo masculino. Da mesma forma que no NIS II Universo e demais NIS do município, ocorre um direcionamento do serviço para o público feminino (ver gráficos 10 a 18).

De todos os bairros, o único em que foram identificadas todas as questões acima descritas, foi o Jardim Campos Elíseos sendo ele, portanto, um dos que mais necessita da atenção por parte do gestor local.

Também, na análise desses NIS, podemos identificar um território-rede, formado pelas 23 UBS do município de Maringá, que ainda não estão conectadas pela internet, contudo, já existe uma certa tendência a criar essa rede, que funciona independente do território, porém, encontra-se configurada sob um território estabelecido.

Entretanto, a conexão dos NIS ocorre, além do uso de telefones fixos, em reuniões periódicas (normalmente mensais) sob a responsabilidade da Gerência de Divisão de Promoção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde: nessas reuniões discutem-se ações de promoção à saúde, planejamento estratégico, políticas públicas, controle social, futuros projetos e outros. Essa interconexão implica na formação de um território que abrange o município como um todo, incluindo inclusive os distritos de Floriano e Iguatemi (ver figura 21).

A avaliação dos resultados da pesquisa em campo, além de contribuir para se determinar novos recortes territoriais das áreas de abrangência em estudo a partir da percepção das comunidades, possibilitou também a identificação de barreiras geográficas de acesso aos NIS, bem como, de problemas de ordem funcional existentes nos mesmos. A partir dessas discussões, no próximo capítulo, serão apresentadas algumas considerações sobre este trabalho.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação das equipes de saúde junto à população tem sido pautada pela ação conjunta do poder público e do poder local. Contudo, na prática observa-se alguns equívocos entre eles, destacando-se a definição das áreas de abrangências que os NIS devem polarizar. Há muitas discussões em torno dos critérios para aquela definição, mas poucos são as que vêm de encontro aos anseios da comunidade.

Se a atuação das equipes de saúde existe para atender a população é correto dizer que as suas ações devam estar atreladas aos interesses desta população, ouvi-la é fundamental.

Entretanto, lançando um olhar para a população usuária dos serviços de saúde a lógica que permeia o acesso desta população nem sempre se faz. Isso ocorre tanto no NIS Universo como no Pinheiros. Especificando, no caso do NIS II Universo apenas o bairro Jardim Universo apresenta acesso significativo. O que permite dizer que a área de responsabilidade para este NIS deveria contemplar apenas o bairro Jardim Universo. Os demais bairros que atualmente pertencem à área polarizada - o Conjunto Ângelo Planas e o Jardim Botânico, ambos devem merecer novos estudos seja para designar qual seria o NIS polarizador destes bairros ou para reintegrá-los a área de abrangência do NIS II Universo, de tal forma que a população possa ter acesso aos serviços prestados pelo NIS.

O NIS II Pinheiros polariza 22 bairros e destes apenas os bairros Conjunto Residencial Branca de Jesus Camargo Vieira, Jardim Campos Elíseos e Residencial Tuiuti mostram que o acesso ao atendimento de saúde é satisfatório. Os demais bairros¹² mostram não estarem adequados a área de abrangência do NIS II Pinheiros

¹² Conjunto Habitacional Lea Leal, Conjunto Residencial João de Barro Champagnat, Conjunto Residencial João de Barro Itaparica, Conjunto Residencial Paulino Carlos Filho, Conjunto Village Blue, Jardim América, Jardim da Glória, Jardim Dourados, Jardim Novo Oásis, Jardim Oásis, Jardim Piatã, Jardim Pinheiros (partes I, II e III), Jardim Santa Alice, Jardim São Francisco, Jardim Tupinambá, Loteamento Batel, Loteamento Liberdade, Parque Residencial Patrícia e Loteamento Grajaú.

tornando necessário identificar qual seria o NIS polarizador destes bairros no que se refere ao acesso¹³.

É interessante verificar que a localização do NIS II Universo atende consideravelmente o bairro onde se localiza, ao contrário do NIS II Pinheiros que não atende o bairro Jardim Pinheiros, onde está situado. Segundo os entrevistados, boa parte dos seus moradores possuem planos de saúde e buscam o atendimento do NIS em raros momentos ou em caso de emergência.

Essa dinâmica está pautada no fluxo da população usuária dos serviços de saúde que nem sempre corresponde à área de abrangência do NIS, seja porque a população sai, seja porque entra em um NIS que não polariza o seu bairro. Identificou-se algumas razões para essa mobilidade, seja por vínculo com equipes de saúde, atendimento mais rápido, para atendimentos de emergências, realização de exames, consultas especializadas, facilidade em conseguir consultas, ou seja por preferirem buscar atendimento de saúde mais distante de sua residência, porém, resolutivo.

Isso significa dizer que há um recorte territorial de área de influência: no caso o NIS II Universo recebe usuários do serviço dos seguintes bairros: Conjunto Habitacional Santa Felicidade, Conjunto Residencial Inocente Vila Nova Júnior, Jardim Alvorada, Vila Morangueira, zona 4, distrito de Floriano, área rural e do município de Castro.

A outra forma de verificar esta área de influência está no seu movimento inverso ao anterior, neste caso a população usuária do NIS Universo saiu para ser atendida em outros setores de saúde ou NIS, sendo representativos os seguintes: Hospital Universitário Regional de Maringá, Hospital Municipal de Maringá, Hospitais do Câncer de Maringá e Santa Rita e Santa Casa de Misericórdia de Maringá, NIS II Iguazu, NIS II Mandacaru, NIS II Tuiuti, NIS III Zona Sul e NIS III Zona Norte.

Esta área de influencia também se faz presente no NIS II Pinheiros, que recebe usuários provindos dos seguintes bairros: Conjunto Habitacional Requião, Jardim Alvorada, Jardim Guaporé, Vila Morangueira, Vila Operária, além da área rural e de outros municípios, como por exemplo, Telêmaco Borba, Cianorte e Sarandi.

¹³ Algumas alternativas levantadas pela população seriam a reativação de antigas estruturas de NIS já existentes, como são os casos dos NIS II Champagnat e Branca Vieira, que foram abandonadas por questões políticas/administrativas de gestões passadas.

A área de influência configurada pelos serviços de saúde procurados pela população adscrita à área de abrangência do NIS sai para CISAMUSEP, Hospital Universitário Regional de Maringá, Hospital Municipal de Maringá, NIS II Grevíleas, NIS II Jardim Iguaçu, NIS II Mandacaru, NIS II Maringá Velho, NIS II Morangueira, NIS III Zona Norte.

Essa dinâmica mostra que uma parcela significativa da população utiliza os núcleos de saúde uma vez que necessita dos serviços do SUS por não dispor de plano de saúde, muito menos, condições financeiras para optar pelo atendimento de saúde particular. Talvez firmando uma proposta de atendimento eficaz em relação a essas demandas no NIS, minimizasse o fluxo de população (mobilidade) na busca de outros setores de saúde e em outras áreas do município.

Conhecer a população usuária dos serviços da saúde tornou-se fundamental para identificar o comportamento desta para com o espaço onde vive, o seu lugar.

Maior parte das entrevistas foi realizada com o público feminino, de certa forma, os próprios serviços oferecidos pelos NIS contribuem para esse aspecto. As especialidades básicas, por exemplo, são ginecologia e pediatria, cujas crianças são levadas, habitualmente pelas mães. Os homens, por normalmente trabalharem e terem como alternativa apenas as consultas de clínica geral, as quais ainda são divididas com mulheres, tendem a vir em número menor até o NIS. Esse aspecto reflete uma possível distorção do atendimento direcionado aos homens por parte dos serviços de saúde municipal.

Isso posto, as famílias são compostas por 3 a 5 pessoas, as quais possuem um tempo de moradia naqueles bairros entre 1 a 10 anos, apresentando assim uma mobilidade recente.

À medida que a população se mobiliza para chegar ao posto de atendimento dos serviços da saúde, ela traz consigo uma memória, um imaginário e uma percepção do lugar por onde vive construindo seu cotidiano. A investigação deste cotidiano é necessária e pode contribuir para a definição da área de abrangência dos serviços de saúde.

Para se locomover até os NIS, essa população, por questões financeiras, a faz a pé, como o principal meio de transporte utilizado pela população usuária. Como a

maioria da população entrevistada faz o seu percurso a pés, seja da residência ou do local de trabalho, isso acarreta algumas situações que facilitam e dificultam o percurso feito pela população até os NIS.

A dificuldade para chegar ao NIS foi um ponto muito destacado pela população do NIS Pinheiros, o que contribuiu para a identificação de possíveis barreiras geográficas. Verificou-se que das 415 (100%) respostas coletadas, 203 (48,9%) não identificam qualquer barreira de acesso ao NIS, porém, 212 (51,08%) apontam barreiras dificultando sua caminhada, como: ruas não pavimentadas; longa distância da residência (ou trabalho) ao NIS; presença de aclives; ausência de placas de sinalização de trânsito; carência de um projeto de arborização para a área; várias ruas esburacadas e com bueiros entupidos; terrenos vazios com matagais, circulação de desocupados e usuários de drogas.

Certamente, ações que minimizem essas barreiras geográficas e corrijam as distorções nos serviços oferecidos pelo NIS favoreceriam em muito a incorporação de alguns bairros relativos à área de abrangência os quais não foram representativos na amostra, e ajudaria a compreender melhor a pouca procura pelos serviços do NIS em questão.

Além de Identificar alguns aspectos do território como barreiras geográficas, a população aponta a ausência de equipamentos urbanos que considerou como importante para sua circulação nos bairros, como: ausência de áreas de lazer, postos de saúde; ausência de posto policial gerando à violência, roubos de residências, falta de segurança em diversos locais e circulação de desocupados e usuários de drogas em terrenos vazios com matagais.

Esses aspectos são nutridos pelo sentimento de pertença, isto é, o quanto à comunidade sente-se responsável e envolvida com o local onde reside. Para tanto, buscou-se saber a imagem que a população tinha de seu bairro. Mais da metade da população entrevistada (59,06%), considerou o bairro um lugar tranquilo, sente-se bem onde mora e possui vínculo com a comunidade. O atributo pertencimento ao local poderia ser melhor representado se houvesse uma maior atuação e estruturação de associações de bairro que poderiam estar reivindicando junto ao gestor local a resolutividade de diversos problemas identificados pela população.

As equipes de saúde que atuam na organização do atendimento do PSF e dos serviços oferecidos pelos NIS podem contribuir extraordinariamente na definição das áreas de abrangência, e melhor seria se a delimitação do recorte da área de abrangência, também fosse determinada pela frequência de acesso e a percepção dos fatores que porventura dificultem o acesso aos serviços da saúde. São questões que demandam uma pesquisa a longo prazo em todas os UBS existentes em Maringá. Dessa forma, os recortes territoriais das áreas de abrangência terão a contribuição da comunidade a partir do espaço vivido e percebido pelos próprios atores sociais envolvidos em todos os NIS.

Ao considerar o lugar como um dos elementos definidores do recorte territorial das áreas de abrangência introduz-se um elemento dinâmico ao processo. A lógica não está meramente na qualidade do recorte territorial, mas o engajamento desse elemento dinâmico - o lugar.

Longe de ser um trabalho conclusivo, esta pesquisa traz possibilidades de se repensar o papel e o planejamento dos serviços de saúde. Esperando que as futuras gestões atentem-se para as questões atreladas à problemática do acesso, bem como, incluam na elaboração, execução e fiscalização dos projetos, a comunidade local, pois somente cidadãos ativos e participantes nas discussões vinculadas ao seu cotidiano, poderão contribuir para o encaminhamento de projetos urbanísticos que garantam o desenvolvimento para o município. Enquanto essas propostas forem discutidas e executadas por técnicos que não vivenciam a realidade investigada, as ações desenvolvidas tendem a beneficiar somente grupos seletos ou até mesmo outros municípios e regiões alheias ao projeto em discussão.

REFERÊNCIAS

AIS: uma estratégia para as transformações. *Revista espaço para a saúde*, Curitiba, v. 1, p. 25, 29, mar. 1989.

ALEXANDER, C.; POYNER, B. Los átomos de la estructura ambiental. *Sumarios*, vol. 1, n. 7, 1977.

ALMEIDA, M. J. et al. *Estudo comparativo da implantação e desenvolvimento das ações integradas de saúde – estado do Paraná*. Londrina: Centro de Ciências da Saúde da UEL, 1991. (Relatório de pesquisa).

ARDREY, R. *The territorial imperative: a personal inquiry into the animal origins of property and nations*. Londres: Collins, 1969.

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE MUNICÍPIOS DO MÉDIO PARANAPANEMA (AMEPAR). AIS – assinatura de convênio entre 13 prefeituras do Paraná. *Jornal de Saúde da Amepar*, Curitiba, n. 8, p. 5, mar. 1985.

AUGÉ, M. *Não-Lugares: Introdução a uma antropologia da supermordenidade*. Campinas: Papirus, 1994.

AUMONT, J. *A imagem*. Campinas: Papirus, 1993.

BAILEY, T. C. A review of statistical spatial analysis in geographical information systems. In: FOTHERINGHAM, S.; ROGERSON, P. *Spatial Analysis and GIS*. London: Taylor & Francis, 1994.

BALLESTEROS, A. G. (Coord.). *Métodos y técnicas cualitativas en geografía social*. Barcelona: Oikos-tau, 1998.

BARBER, P. J.; LEGGE, D. *Percepção e informação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

BARBIER, R. Sobre o imaginário. *Revista Em Aberto*, Brasília, ano 14, n. 61, p. 18, jan./mar., 1994.

BARCELLOS, C. A saúde nos sistemas de informação geográfica: apenas uma camada a mais? *Caderno Prudentino de Geografia*, Presidente Prudente, n. 25, p. 29-43, 2003.

BARCELLOS, C.; SANTOS, S. M. Colocando dados no mapa: a escolha da unidade espacial de agregação e integração de bases de dados em saúde e ambiente através do geoprocessamento. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 21 – 29, 1997.

BENADUCE, G. M. C. Reestruturação produtiva, redes de informação e novas espacialidades em Maringá. In: MORO, D. A. (Org.). *Maringá espaço e tempo: ensaio de geografia urbana*. Maringá: Programa de Pós-graduação em Geografia: Universidade Estadual de Maringá, 2003.

BENNETT, D. Explanation in medical geography. Evidence and epistemology. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 33, p. 339, 1991.

BERTRAND, G. *La science du paysage, une science diagonale*. Toulouse: R.G.P.S.O., v. 43, p. 127, 1972.

BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. DO S. M. DE; LIMA, J. V. C. DE. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: ANDRADE, S. M. DE; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. Da UEL, 2001.

BLEY, L. Morretes: um estudo de paisagem valorizada. In: DEL RIO, V.; OLIVEIRA, L. DE. (Org.). *Percepção ambiental: a experiência brasileira*. 2. ed. São Paulo: Studio Nobel, 1999.

BONNES-DOBROWOLNY, M.; SECCHIAROLLI, G. *Complessità dell'ambiente urbano e rappresentazioni cognitive degli abitanti: verso un'analisi multidimensionale delle cognizione dell'ambiente urbano romano*. Roma: Istituto di Psicologia Del Consiglio Nazionale delle Ricerche, 1983.

BOURDIN, A. *A questão local*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

BRANDÃO, E. C. (Org.). *Orçamento Participativo: avanços, limites e desafios*. Maringá: Massoni, 2003.

_____. O orçamento participativo em Maringá. In: BRANDÃO, E. C. (Org.). *Orçamento Participativo: avanços, limites e desafios*. Maringá: Massoni, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Gabinete do Ministro, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Projeto Nordeste. Informação, Educação e Comunicação. *Guia de referências para o controle social: manual do conselheiro*. Brasília: Projeto Nordeste, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS 545 de maio de 1993. *Norma Operacional Básica 01/93*. Atos Normativos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BURGESS, J.; GOLD, J. R. (Org.). *Valued Environments*. London: George Allen & Unwin, 1982.

CADASTRAMENTO ÚNICO-GOVERNO FEDERAL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Brasília: 2004. In: BARONI, A. C. et al. (Orgs.). *Atlas Social de Maringá: caracterização socioeconômica da pobreza*. Maringá: Clichetec, 2004.

CÂMARA, G; MONTEIRO, A. M. V. Geocomputation techniques for spatial analysis: are they relevant to health data? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1059-1081, 2001.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990. In: BARCELLOS, C. A saúde nos sistemas de informação geográfica: apenas uma camada a mais? *Caderno Prudentino de Geografia*, Presidente Prudente, n. 25, p. 30, 2003.

CARLOS, A. F. A. *Espaço-tempo na metrópole: a fragmentação da vida cotidiana*. São Paulo: Contexto, 2001.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/IBAM, 1995. In: ANDRADE, S. M. DE; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. da UEL, 2001.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR., L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. DE; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. Da UEL, 2001.

CASTELLO, L. A contextualização do projeto ambiental: um exercício metodológico. In: CASTELLO, L. et al. *Investigação de diretrizes para um projeto ambiental*. Porto Alegre: MAB:UNESCO:PROPUR:Ed. UFRS, 1986.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

CASTELNOU, A. M. N. Sentindo o espaço arquitetônico. In: FLORIANI, D.; HEEMANN, A. (Org.). *Desenvolvimento e meio ambiente: Diálogo de saberes e percepção ambiental*. Curitiba: Ed. da UFPR, n. 7, 2003.

CASTORÍADES, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CERASI, M. *La lectura del ambiente*. Buenos Aires: Infinito, 1970.

CHIVALLON, C. Fin des territoires ou necessite d'une conceptualisation autre? *Géographies et Cultures*. Paris: L'Harmattan, n. 31, p. 5, 1999.

CORDONI JÚNIOR, L. A reforma sanitária no Paraná. *Revista espaço para a Saúde*, Curitiba, v. 1, n. 0, p. 71, mar., 1989.

CORRÊA, R. L. Território e corporação: um exemplo. In: SANTOS, M; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. *Território, globalização e fragmentação*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CURTY, M. G.; CRUZ, A DA C.; MENDES, M. T. R. *Apresentação de trabalhos acadêmicos, dissertações e teses*. (NBR 14724/2002). Maringá: Dental Press Editora, 2002.

DALLABRIDA, V. R. *Novos paradigmas para o desenvolvimento regional*. 1999. Disponível em: <<http://www.dge.uem.br/geonotas/vol3-1/dala.html>>. Acesso em: 25 jul. 2005.

DAVIDOFF, L. L. *Introdução à Psicologia*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

DE CERTEAU, M. Teoria e método no estudo das práticas cotidianas. In: SZMRECSANY, M. (Org.). *Cotidiano, cultura popular e planejamento urbano*. São Paulo: Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, 1985. Mimeo.

DEFFONTAINES, J. P. *Analyse du paysage et étude régionale des systèmes de production agricole*. Paris: Économie Rurale, n. 98, p. 3, 1973.

DEL RIO, V. *Introdução ao desenho urbano no processo de planejamento*. São Paulo: Pini, 1990.

DEL RIO, V.; OLIVEIRA, L. DE. (Org.). *Percepção ambiental: a experiência brasileira*. 2. ed. São Paulo: Studio Nobel, 1999.

DOLLFUS, O. *L'Analyse Géographique*. Paris: P.U.F., 1971.

EIZIRIK, M. F.; FERREIRA, N. T. Imaginário social e educação: revendo a escola. *Revista Em Aberto*, Brasília, ano 14, n. 61, p. 7, jan./mar., 1994.

FAGGIONATO, S. *Percepção Ambiental*. 2004. Disponível em: <http://educar.sc.usp.br/biologia/testos/m_a_txt4.num> Acesso em: 22 jan. 2004.

FERRARA, L. D. As cidades ilegíveis: percepção ambiental e cidadania. In: DEL RIO, V.; OLIVEIRA, L. DE. (Org.). *Percepção ambiental: a experiência brasileira*. 2. ed. São Paulo: Studio Nobel, 1999.

FERREIRA, M. E. M. C. *Tópicos de Geografia Médica*. In: SEMANA DE GEOGRAFIA: GLOBALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO: INTEGRAÇÃO OU DESINTEGRAÇÃO?, 11., 2001, Maringá. Minicurso. Maringá: Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Geografia, 2001. Apostila.

_____. *Clima e Saúde*. In: SEMANA DE GEOGRAFIA: A QUESTÃO AMBIENTAL SOB A ÓTICA GEOGRÁFICA, 12., 2003, Maringá. Minicurso. Maringá: Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Geografia, 2003. Apostila.

FEUERWERKER, L. C. M.; ALMEIDA, M. J. *O programa de Saúde da Família e o direito a saúde*. Londrina: Olho Mágico, ano 6, n. 22, p. 22, ago., 2000.

FISKE, S.; TAYLOR, S. *Social Cognition*. Nova Iorque: Mc Graw Hill, 1991.

GERARDI, L. H. DE O.; SILVA, B. C. N. *Quantificação em Geografia*. São Paulo: DIFEL, 1981.

GIBSON, J. The senses considered as perceptual systems. Boston: Houghton Mifflin, 1966. In: RIO, V. DEL; OLIVEIRA, L. DE. (Org.). *Percepção Ambiental: A Experiência Brasileira*. 2. ed. São Paulo: Studio Nobel, 1999.

GIL, C. R. R.; MARTIN, G. B.; GUTIERREZ, P. R. A organização dos serviços de saúde em Londrina e região. In: ANDRADE, S. M. DE; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. Da UEL, 2001.

GODELIER, M. *L'idéal et le materiel*. Paris: Fayard, 1984.

GOTTMAN, J. *La politique des États et sa Géographie*. Paris: Armand Colin, 1952.

HAESBAERT, R. *O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. *Territórios alternativos*. Niterói: Ed. Da UFF; São Paulo: Contexto, 2002.

HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 29-35, dez, 2000. In: ANDRADE, S. M. DE et al. (Org.). *Bases de Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. da UEL, 2001.

HEEMANN, A. *Natureza e ética: dilemas e perspectivas educacionais*. 2. ed. Curitiba: Ed. da UFPR, 1998.

HEEMANN, A.; HEEMANN, N. Natureza e percepção de valores. In: FLORIANI, D.; HEEMANN, A. (Org.). *Desenvolvimento e meio ambiente: Diálogo de saberes e percepção ambiental*. Curitiba: Editora UFPR, 2003, n. 7.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL (IBAM). *Municipalização: educação e saúde*. Rio de Janeiro: Convênio SEPLAN-PR/IBAM, 1977. Mimeografado.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro, 2000.

JONES, H. M. Applications of remote sensing to the identification of the habitats of parasites and disease vectors. *Parasitology Today*, Oxford, v. 5, no. 8, p. 244-250, 1989.

JOVCHELOVITCH, S. *Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2000.

JUILLARD, E. La región: Essai de définition. *Annales de Géographie*, p.483, 1962.

KOGA, D. *Medidas de Cidades: entre territórios de vida e territórios vividos*. São Paulo: Cortez, 2003.

KOHLSDORF, M. E. *Manual de técnicas de apreensão do espaço urbano*. Brasília: Ed. da UNB, 1988. Mimeografado.

_____. *A Apreensão da forma da cidade*. Brasília: Ed. da UNB, 1996.

_____. Brasília em três escalas de percepção. In: DEL RIO, V.; OLIVEIRA, L. DE. (Org.). *Percepção ambiental: a experiência brasileira*. 2. ed. São Paulo: Studio Nobel, 1999.

LACAZ, C. DA S.; BARUZZI, R. G.; SIQUEIRA JUNIOR, W. *Introdução à Geografia Médica do Brasil*. São Paulo: Edgar Blücher: EDUSP, 1972.

LEONTIEV, A. *Le Développement du Psychisme*. Paris: Editions Sociales, 1976.

LIMA, J. E. DE S. Ética, natureza e a insistente busca do fundamento último. In: FLORIANI, D.; HEEMANN, A. (Org.). *Desenvolvimento e meio ambiente: diálogo de saberes e percepção ambiental*. Curitiba: Ed. da UFPR, 2003. n. 7.

LIMA, M; CÍCERO, A. Mapa-múndi. *Marina - Desta Vida, Desta Arte*. Rio de Janeiro: Universal Music. Reedição em CD, 2005. Lançamento em LP (1982) pela Ariola Discos Fonográficos e Fitas Magnéticas Ltda.

LIMA, S. T. DE. Percepção ambiental e literatura: espaço e lugar no Grande Sertão: Veredas. In: DEL RIO, V.; OLIVEIRA, L. DE. (Org.). *Percepção Ambiental: A Experiência Brasileira*. 2. ed. São Paulo: Studio Nobel, 1999.

LORENZ, K. *A demolição do homem: crítica à falsa religião do progresso*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

LURIA, A. R. *Curso de Psicologia Geral: introdução evolucionista à Psicologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed: Civilização Brasileira, v. 1, 1991.

_____. *Curso de Psicologia Geral. Sensações e Percepção. Psicologia dos Processos Cognitivos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed: Civilização Brasileira, 1991. v. 1.

_____. *Desenvolvimento cognitivo: seus fundamentos culturais e sociais*. 2. ed. São Paulo: Ícone, 1994.

LUZ, F. *O fenômeno urbano numa zona pioneira*: Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 1997.

MACHADO, L. M. C. P. Paisagem valorizada: a Serra do Mar como espaço e como lugar. In: RIO, V. D.; OLIVEIRA, L. DE. (Org.). *Percepção ambiental: a experiência brasileira*. 2. ed. São Paulo: Studio Nobel, 1999.

MAGALHÃES-VILHENA, V. *Pequeno manual de Filosofia*. 5. ed. Lisboa: Livraria Sá da Costa, 1977.

MALTA, D. C.; ALMEIDA, M. C. M.; DIAS, M. A. S.; MERHY, E. E. A mortalidade infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, por área de abrangência dos Centros de Saúde (1994-1996). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1189-1198, 2001.

MARINGÁ. Prefeitura do Município de Maringá. Centro de Informação em Saúde (CIS). *Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)*, ago., 2003. Relatório.

_____. Prefeitura do Município de Maringá. *Plano Plurianual do Município de Maringá*. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 1990.

_____. Prefeitura do Município de Maringá. *Plano Municipal de Saúde*. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 1993.

_____. Prefeitura do Município de Maringá. *Plano Municipal de Saúde*. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 1995.

_____. Prefeitura do Município de Maringá. *Plano Municipal de Saúde*. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 1997a.

_____. Prefeitura do Município de Maringá. *Projeto para Implantação do Programa Saúde da Família em Maringá*. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 1997b.

_____. Prefeitura do Município de Maringá. *Diretrizes gerais para o Setor Saúde: Gestão 2001-2004*. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 2001a.

_____. Prefeitura do Município de Maringá. *Plano Municipal de Saúde 2002-2003*. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá, 2001b.

MARQUES, M. C. DA. C. A construção histórica da saúde em Maringá. In: DIAS, R. B.; GONÇALVES, J. H. R. (Org.). *Maringá e o norte do Paraná: estudos de história regional*. Maringá: Ed. da UEM, 1999.

MENDES, E. V. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, E. V. et al. Distritos Sanitários: conceitos chave. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, M. T. R.; CRUZ, A. DA C.; CURTY, M. G. *Citações: quando, onde e como usar* (NBR 10520/2002). Niterói: Intertexto, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Coletânea de Legislação Básica na Política de Financiamento do SUS*. Brasília: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1991.

MONIÉ, F.; SILVA, G. *A mobilização produtiva dos territórios: instituições e logística do desenvolvimento local*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

MOORE, G.; GOODLEDGE, R. (Org.). *Environmental Knowing: theories, research and methods*. Stroudsburg: Downden-Hutchinson & Ross, 1976.

OLIVEIRA, L. DE. *Estudo metodológico e cognitivo do mapa*. 1977. Tese (Livredocência). UNESP, Rio Claro, 1977.

OREA, D. G. Ordenación del territorio. Madrid: Editorial Agrícola Española, Instituto Tecnológico Geominero de España, 1993. In: DALLABRIDA, V. R. *Novos paradigmas para o desenvolvimento regional*. 1999. Disponível em: <<http://www.dge.uem.br/geonotas/vol3-1/dala.html>>. Acesso em: 25 jul. 2005.

ORTEGA y GASSET, J. *Meditação sobre a técnica*. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1991.

PAIM, J. S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Revista espaço para a saúde*, Curitiba, v. 1, p. 18, mar. 1989.

PAPANÉK, V. *Arquitetura e design: ecologia e ética*. Lisboa: Edições 70, 1998.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde e do Bem Estar Social. *Projeto de extensão de cobertura das ações de saúde mediante a interiorização e municipalização dos serviços no Estado do Paraná*. Curitiba: SESB, 1984.

PASSOS, M. M. DOS. *Biogeografia e paisagem*. Presidente Prudente: UNESP; Maringá: UEM, 2003.

PEREHOUSKEI, N. A. *Estudo das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde do município de Maringá*. 2001. 80f. Monografia (Bacharelado em Geografia)- Departamento de Geografia. Universidade Estadual de Maringá, 2001.

PIAGET, J. *Les Mécanismes Perceptifs*. Paris: Editions PUF, 1961.

_____. *The mechanics of Perception*. Nova Iorque: Basic Books, 1969.

_____. *Seis estudos de Psicologia*. Rio de Janeiro: Edições Forense, 1978.

PIERCE, C. S. *Collected Papers*. 4. ed. Boston: Harvard University Press, 1978. v. 1-8.

PIVETEAU, J. L. *Plaidoyer pour la Géographie*. Lausanne: Cahiers Pédologiques, 1965.

PREV-SAÚDE. *Revista Espaço para a Saúde*, Curitiba, v. 1, p. 16-17, mar. 1989.

QUEIROZ, D. R. L. Hipsometria – município de Maringá. *Atlas geoambiental de Maringá - da análise à síntese: a cartografia como subsídio ao planejamento de uso e ocupação do espaço*. Maringá: Clichetec, 2003.

RABEY, M. La antropologia y el sistema ambiental. *Separata de ambiente*, Buenos Aires, n. 15, 1982.

NÓBREGA, M. T. DE. *A paisagem: sua apreensão e definição através do tempo*. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação Mestrado em Geografia, Departamento de Geografia, 2003. p. 15. Apostila da disciplina teoria da paisagem.

SACK, R. *Human Territoriality: its theory and history*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTOS, B. DE S. (Org.) *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1999. In: BARCELLOS, C. A saúde nos sistemas de informação geográfica: apenas uma camada a mais? *Caderno Prudentino de Geografia*, Presidente Prudente, n. 25, p. 31, 2003.

SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK. KIDDER, L. H. (Org.). *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: E.P.U., 1981, 1987. v. 1-3.

SILVA, A. R. DA. *A Percepção do Mundo*. 2004. Disponível em: <http://na.iocaweb.com.br/webindependente/cienciacognitiva/cognitiva_da_perce.num. > Acesso em: 22 jan. 2004.

SILVA, A. M. R.; OLIVEIRA, M. DO S. M. DE; NUNES, E. DE F. P. DE A.; TORRES, A. F. A unidade básica de saúde e seu território. In: ANDRADE, S. M. D.; SOARES, D. A.; JÚNIOR, L. C. (Org.). *Bases de Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. da UEL, 2001.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO GEOGRÁFICA (SIG). *Aplicativo Arcview*. Versão 3.1. 1992-1998.

SOBARZO, L. C. D. *Educação ambiental, lugar e imaginário social*. 2003. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2003.

SOBRAL, H. R. *Poluição do ar e doenças respiratórias em crianças da grande São Paulo: um estudo de Geografia Médica*. 1988. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Literatura e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

SOUZA, H. *Herbert de Souza, o Betinho: A luta cidadã*. 1995. Disponível em: <http://brazil-brasil.com/index.php?option=content&task=view&id=257>> Acesso em 05 mai. 2005.

SOUZA, M. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. et al. (Org.). *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

SOUZA, M. L. DE. Espaços da participação popular: algumas observações acerca da territorialidade do orçamento participativo em cidades brasileiras. *Cidades: Revista Científica*, Presidente Prudente, v. 1, n. 1, p.113, 2004.

SUERTEGARAY, D. M. A.; BASSO, L. A.; VERDUM, R. (Org.). *Ambiente e lugar no urbano: a grande Porto Alegre*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2000.

TOMAZI, Z. F. T. Conhecer a realidade local para o planejamento descentralizado. In: SILVA, S. F. *A construção do SUS a partir do município*. São Paulo: Hucitec, 1996.

TRANSPORTE COLETIVO CIDADE CANÇÃO (TCCC). *Mapas de linhas de transporte coletivo*. Maringá, 2005.

_____. *Tabelas de horários das linhas de transporte coletivo*. Maringá, 2005.

TUAN, Y. *Landscapes of fear*. Mineápolis: University of Minnesota Press, 1979.

_____. *Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente*. São Paulo: DIFEL, 1980.

_____. *Espaço & lugar*. São Paulo: DIFEL, 1983.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

VINE, M. F., DEGNAN D., HANCHETTE, C. Geographic Information Systems: their use in environmental epidemiologic: research. *Environmental Health Perspective*, Washington, DC, v. 105, n. 6, p. 598-609, 1997.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

WILSON, E. O. *Biophilia*. Cambridge: Harvard University Press, 1984. In: FLORIANI, D.; HEEMANN, A. (Org.). *Desenvolvimento e meio ambiente: diálogo de saberes e percepção ambiental*. Curitiba: Ed. da UFPR, 2003. n. 7.

_____. *Diversidade da vida*. São Paulo: Cia. das letras, 1991.

ANEXOS**MODELO DE QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA:**

PESQUISA: ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE UNIVERSO E PINHEIROS A PARTIR DA PERCEPÇÃO DA COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ. 2004.

Autor: Nestor Alexandre Perekouskei
Orientação: Dra. Gilda Maria Cabral Benaduce

- 1) Bairro em que Reside _____
Há quanto tempo: _____
- 2) Número de pessoas que compõem a família na sua residência: _____
- 3) Utiliza esta UBS (ou a UBS referência desta área de abrangência)?
 Sim
 Não
Por que?

- 4) De que forma consegue chegar à UBS para receber o atendimento:
 a pé
 transporte coletivo ou algum outro transporte pago
 carro próprio
 outros: _____
- 5) Quais obstáculos (barreiras geográficas) percebe em seu trajeto à UBS.
 ruas não asfaltadas
 pontes não projetadas
 dificuldades de transporte
 vias de fluxo de veículos
 trevos
 lixão
 ruas de aclive ou declive
 localização distante da UBS (localização não estratégica quanto à acessibilidade)
 outros: _____
 Nenhum obstáculo

6) Recebe atendimento (ou gostaria de receber atendimento) de outras UBS?
() sim. Por que motivo?

() não

7) Quais mudanças acredita serem necessárias para a melhoria da qualidade do atendimento da UBS?

() Aumento do quadro de profissionais

() Maior disponibilidade de consultas e horários de atendimento médico

() Maior disponibilidade de exames especializados

() Diversidade e disponibilidade de medicamentos

() Aumento de atuação do Programa Saúde da Família

() Aumento do número de veículos ambulância

() Construção de outros núcleos de saúde de apoio que trabalhem em parceria

() Reforma e ampliação da UBS

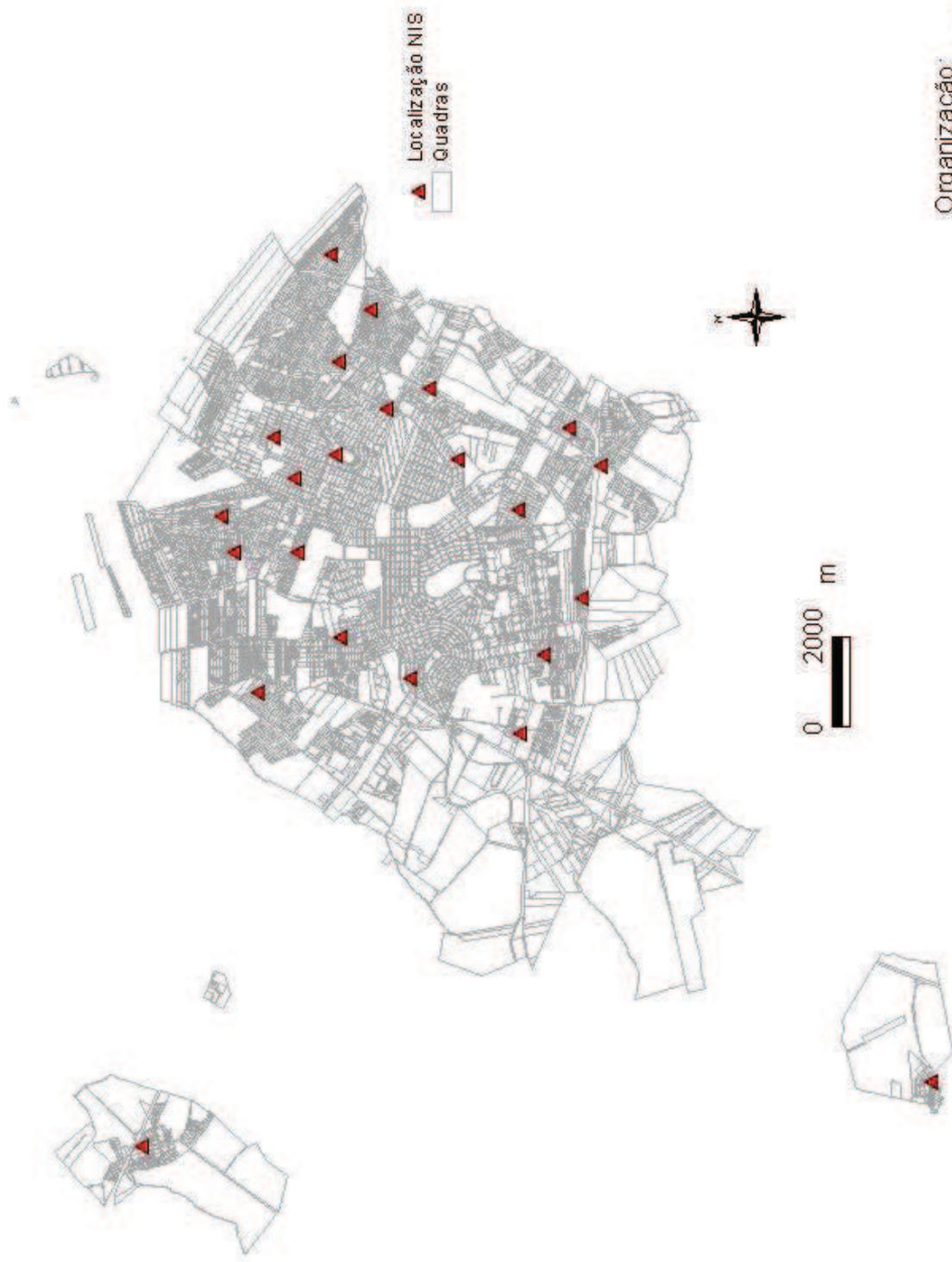
() Ampliação de número de leitos para internamento

() Outros: _____

8) Qual imagem você tem do bairro onde mora?

9) Sexo: ()M ()F

Figura 1 - Distribuição espacial das unidades básicas de saúde do município de Maringá-Pr. 2004



Organização:
BENADUCE, G. M. C.
PEREHOUSKEI, N. A.

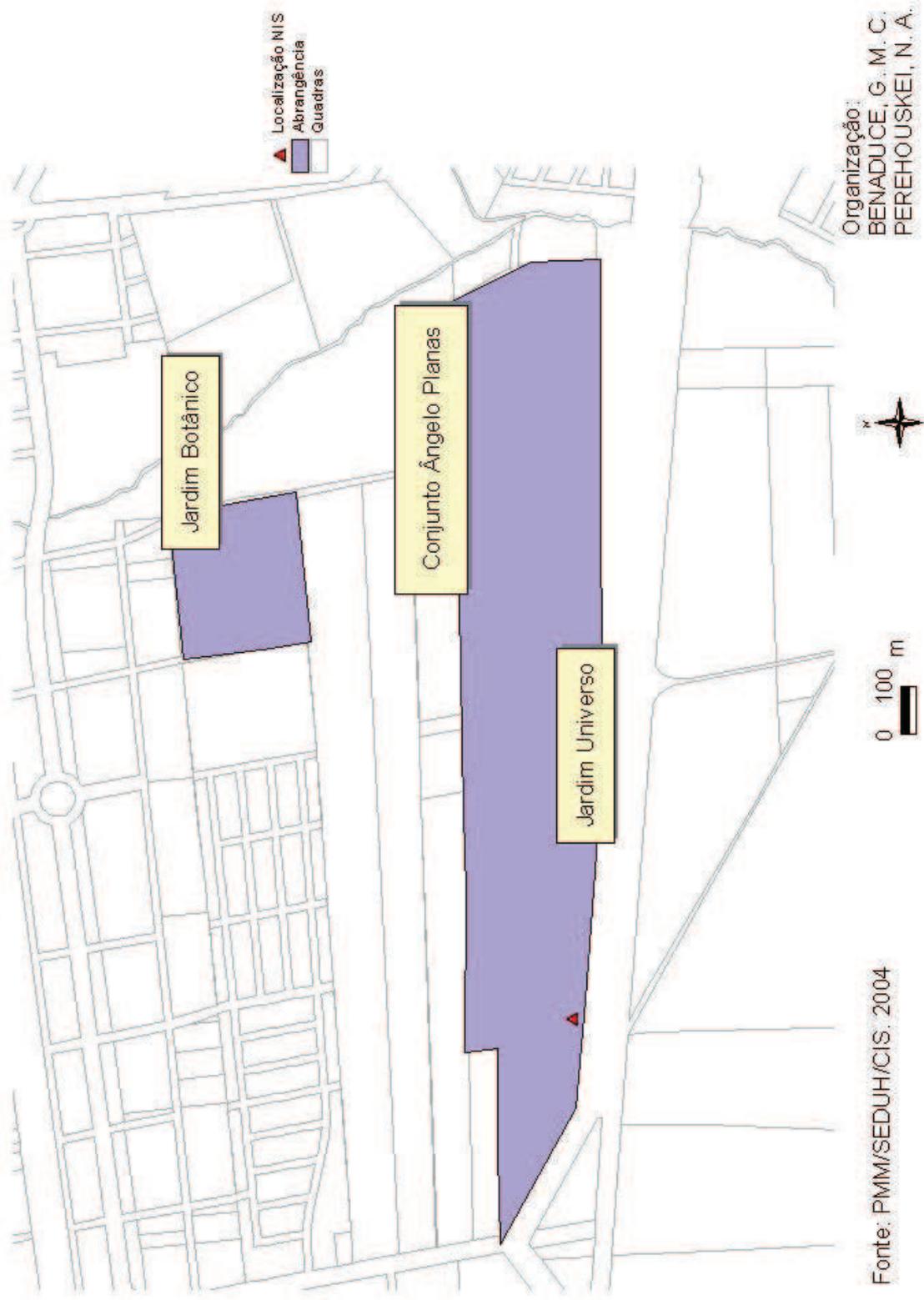
Fonte: PMM/SEDUH/CIS. 2004

Figura 2 - Recorte territorial da área de abrangência da unidade básica de saúde
NIS II Universo do município de Maringá-Pr. 2004



Fonte: PMM/SEDUH/CIS. 2004

Figura 3 - Bairros que compõem a área de abrangência da unidade básica de saúde NIS II Universo do município de Maringá-Pr. 2004



Fonte: PMM/SEDUH/CIS. 2004

Figura 4 - Recorte territorial da área de abrangência da unidade básica de saúde
NIS II Universo do município de Maringá-Pr. 2005

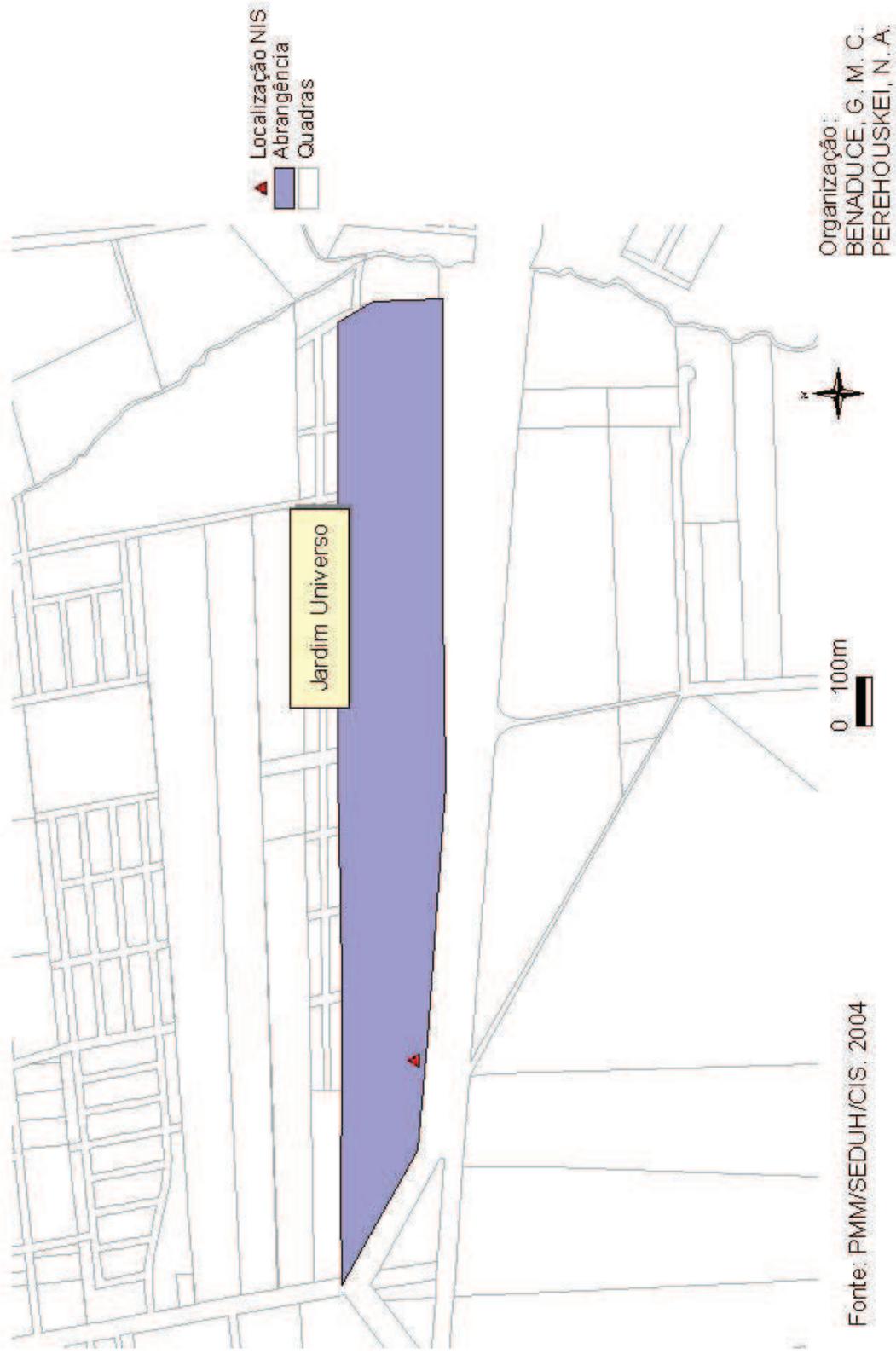


Figura 5 - Recorte territorial da área de influência referente ao NIS II Universo do município de Maringá-Pr, 2005

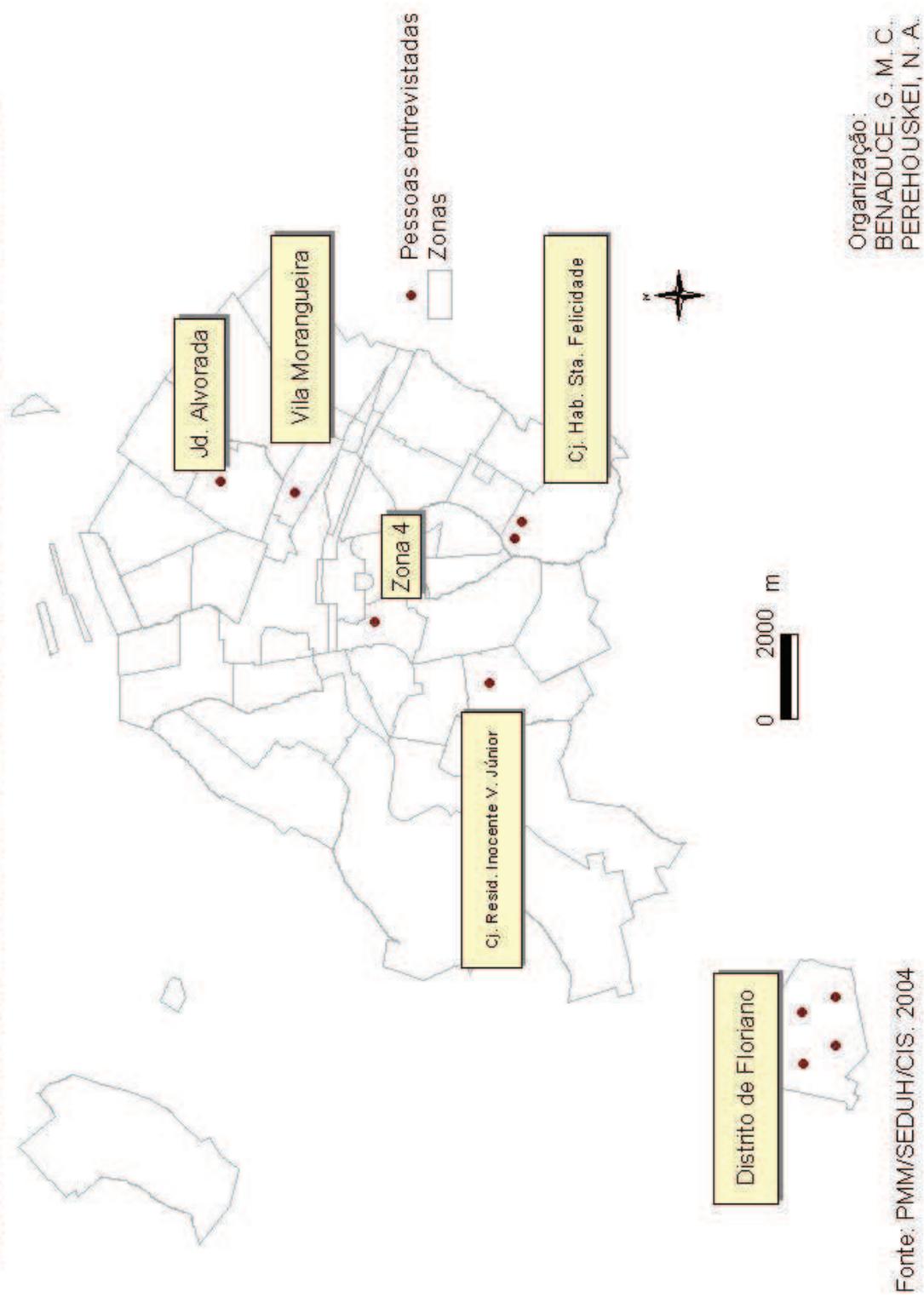
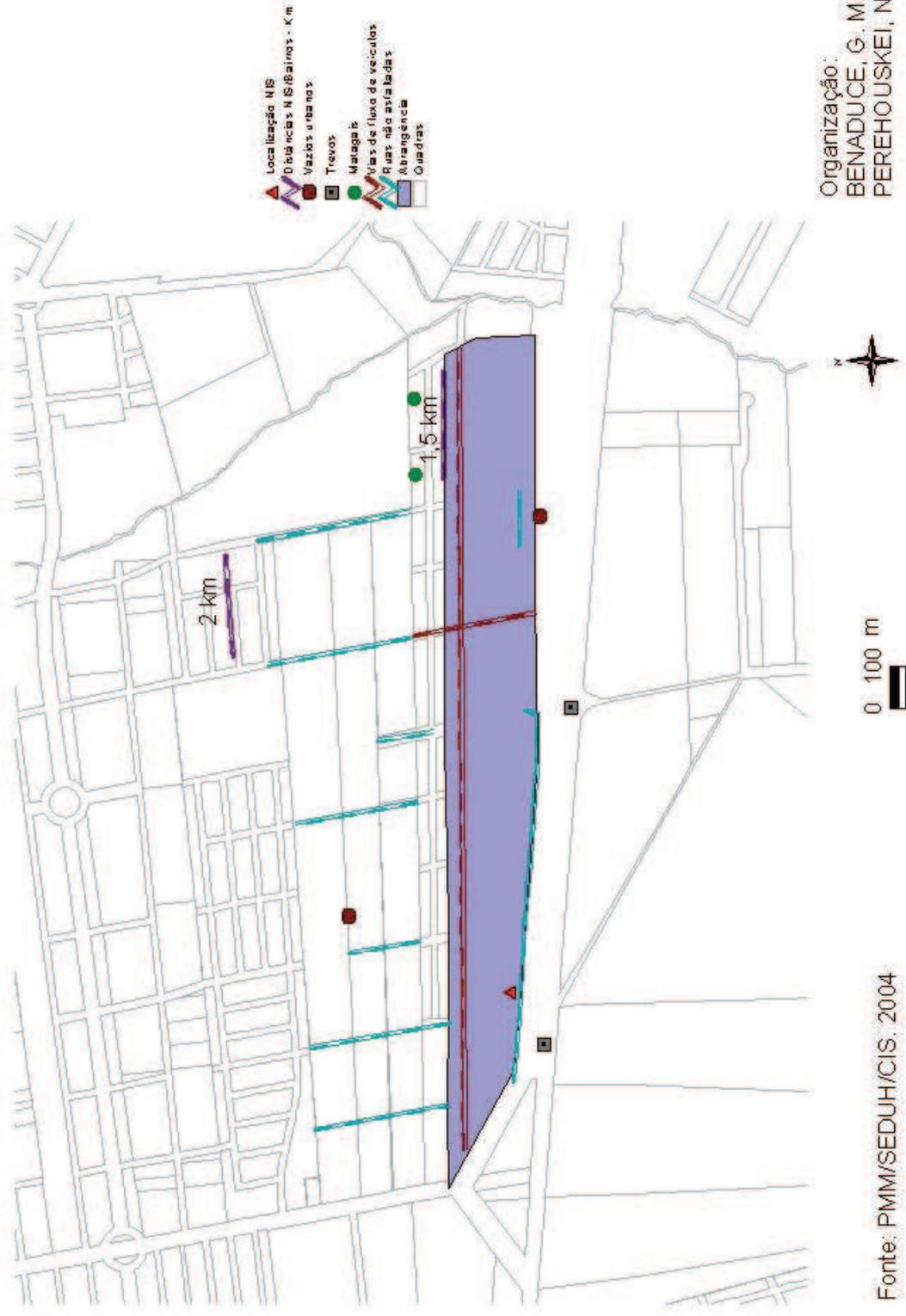


Figura 6 - Barreiras geográficas na área de abrangência da unidade básica de saúde
NIS II Universo do município de Maringá-Pr. 2005



Fonte: PMM/SEDUH/CIS. 2004

Figura 7 - Trajeto do transporte coletivo - linha 222 do município de Maringá-Pr. 2005



Fonte: TCCC, 2005

Figura 8 - Trajeto do transporte coletivo - linha 459 do município de Maringá-Pr. 2005



Fonte: TCCC, 2005

Figura 9 - Recorte territorial da área de influência formado pela população que utiliza outros serviços de saúde adscrita no NIS II Universo do município de Maringá-Pr. 2005



Organização:
BENADUCE, G. M. C.
PEREHOUSKEI, N. A.

Fonte: PMM/SEDUH/CIS, 2004

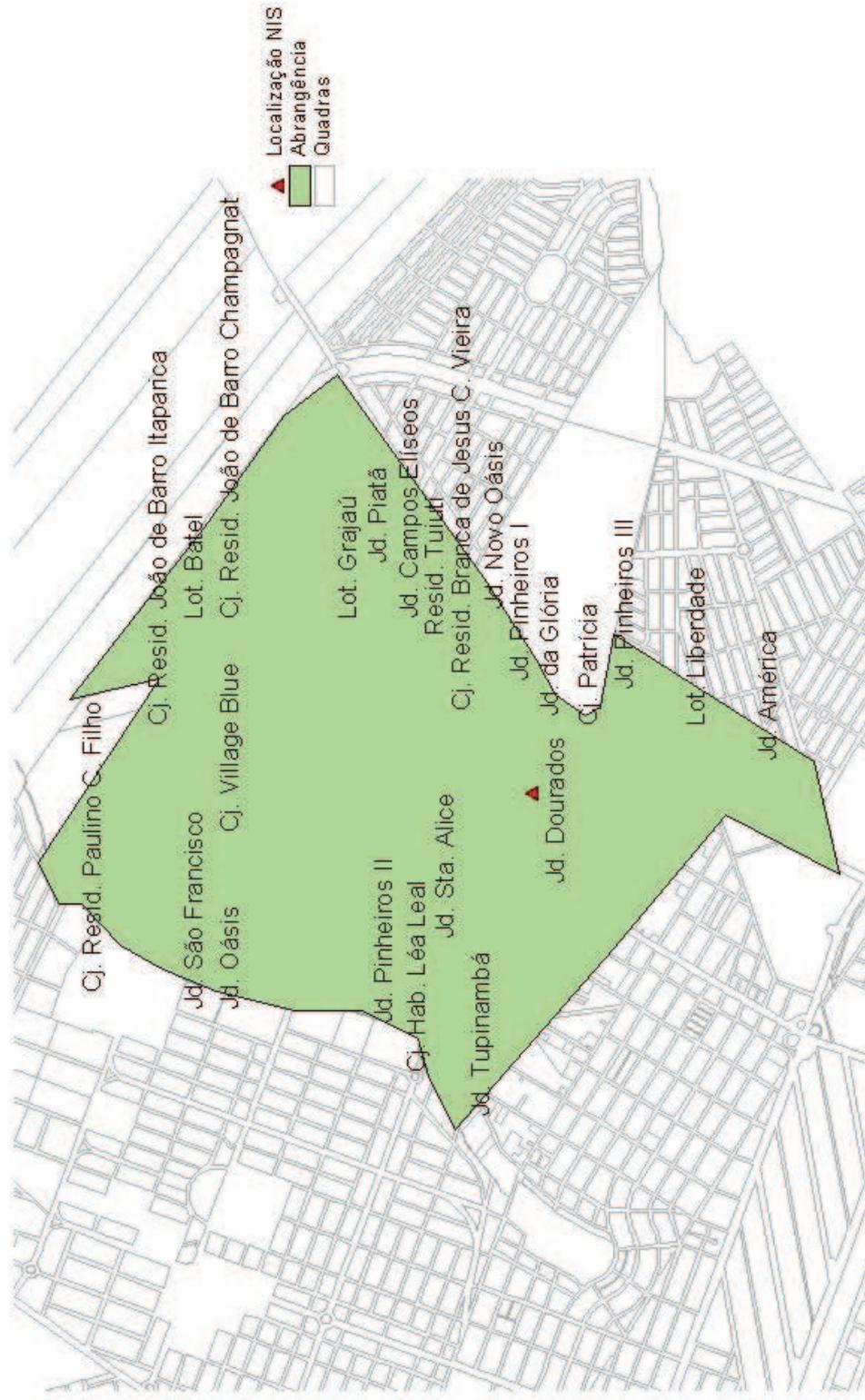
Figura 10 - Recorte territorial da área de abrangência da unidade básica de saúde NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. 2004



Organização:
BENADUCE, G. M. C.
PEREHOUSKEI, N. A.

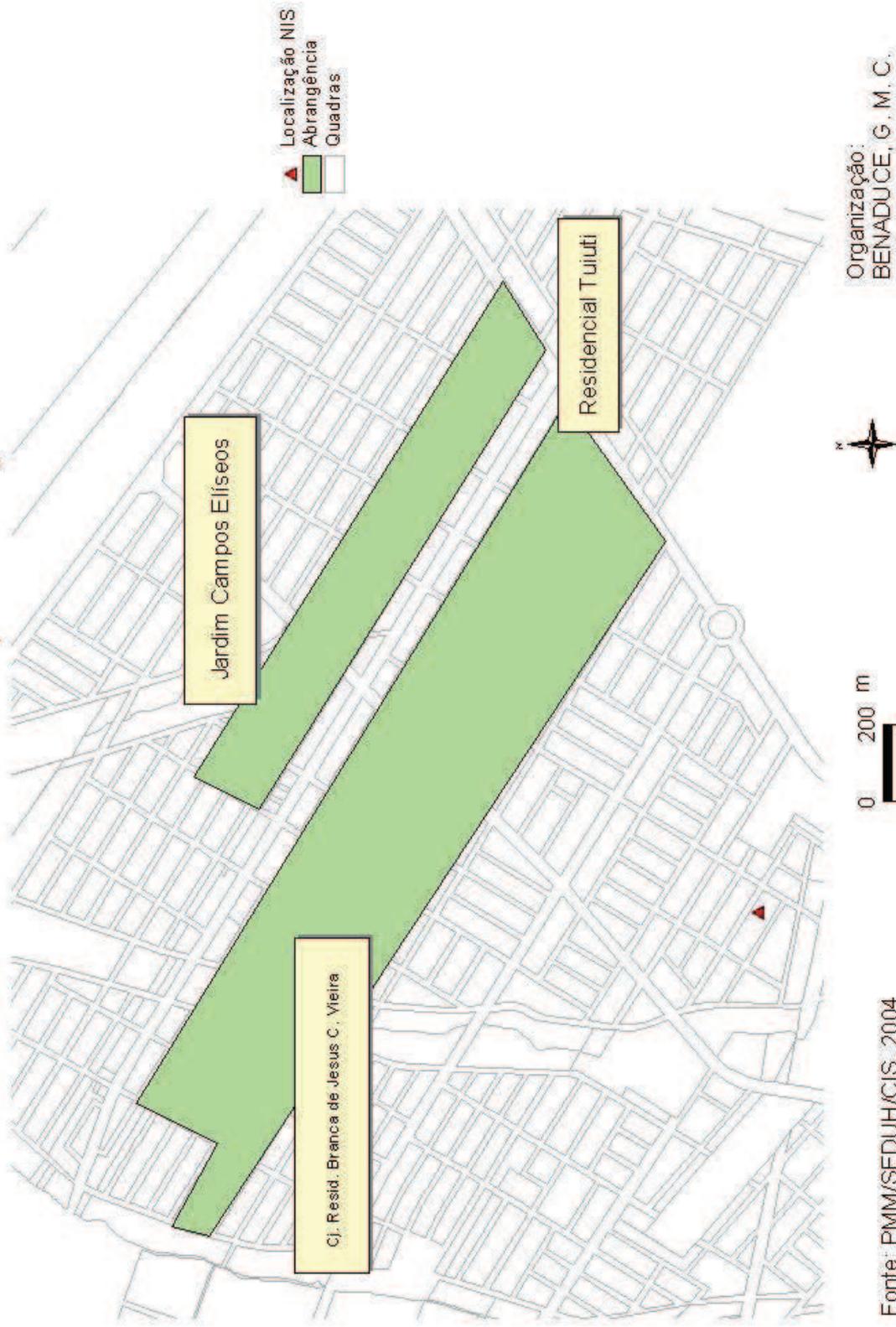
Fonte: PMM/SEDUH/CIS. 2004

Figura 11 - Bairros que compõem a área de abrangência da unidade básica de saúde NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. 2004



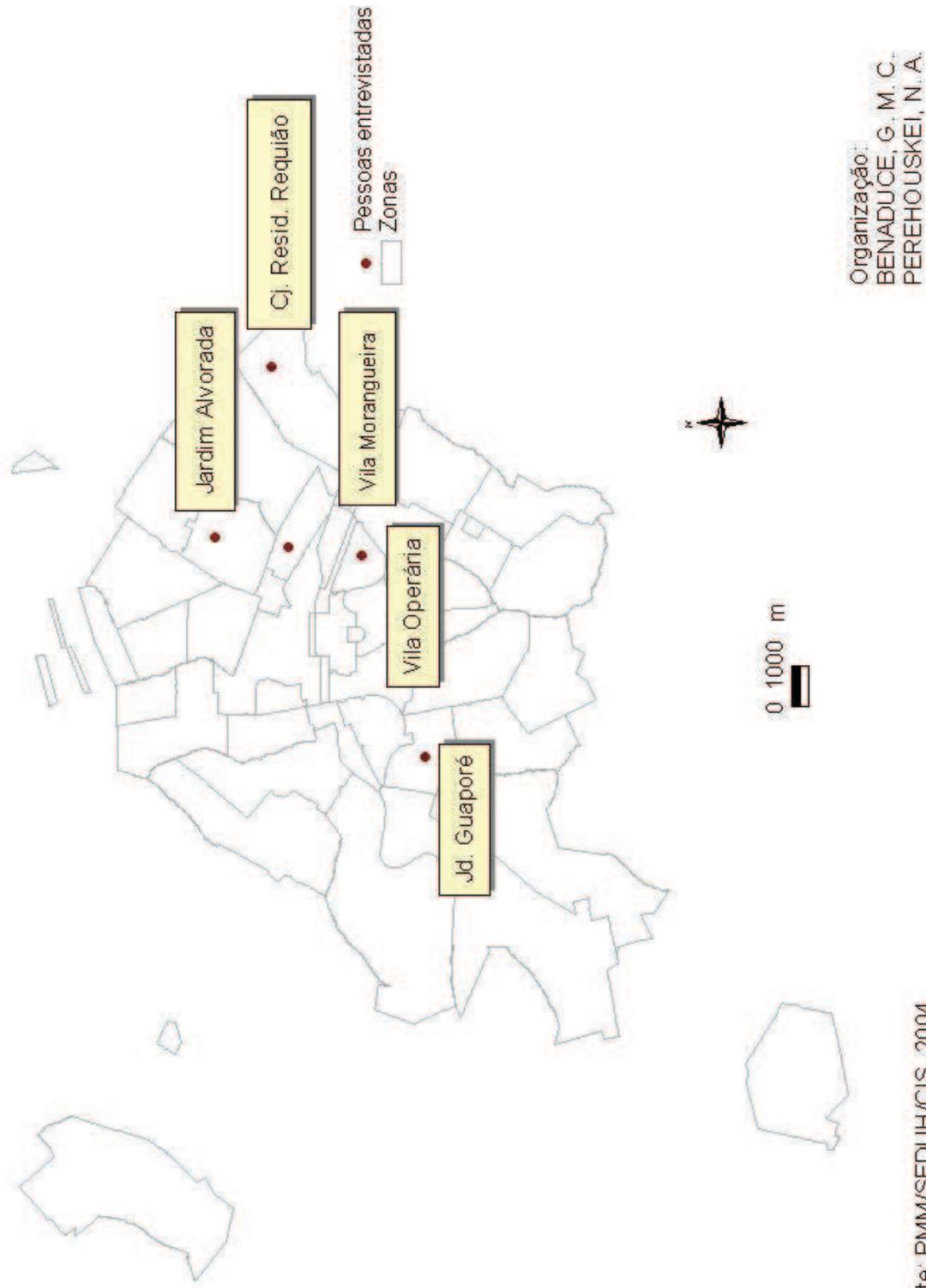
Fonte: PMM/SEDUH/CIS. 2004

Figura 12 - Recorte territorial da área de abrangência da unidade básica de saúde
NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. 2005



Fonte: PMM/SEDUH/CIS. 2004

Figura 13 - Recorte territorial da área de influência referente ao NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr., 2005



Fonte: PMM/SEDUH/CIS, 2004

Figura 14 - Barreiras Geográficas na Área de Abrangência da Unidade Básica de Saúde NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. 2005



0 400 m

Organização:
BENADUCE, G. M. C.
PEREHOUSKEI, N. A.

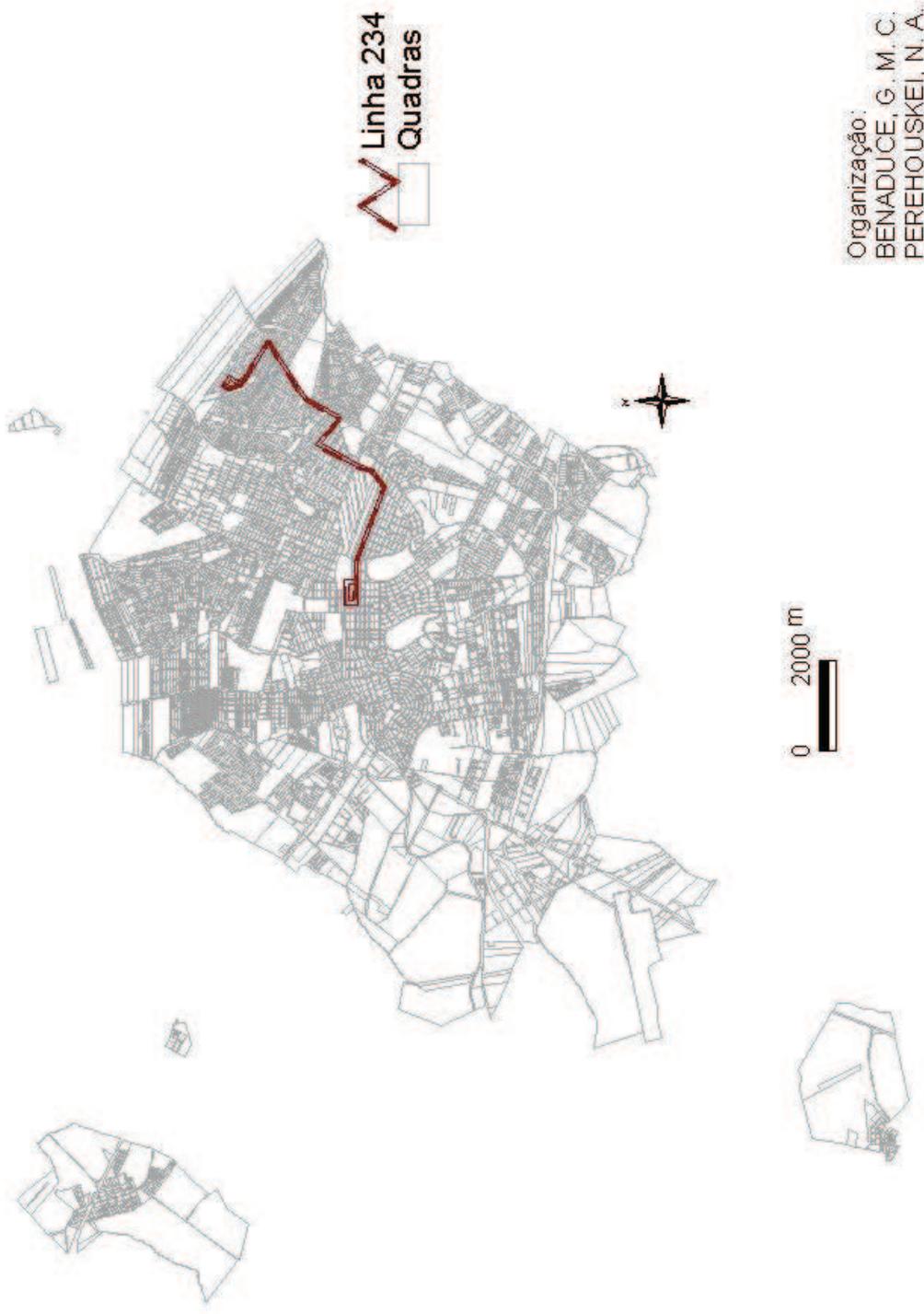
Fonte: PMM/SEDUH/CIS. 2004

Figura 15 - Trajeto do transporte coletivo - linha 233 do município de Maringá-Pr. 2005



FONTE: TCCC. 2005

Figura 16 - Trajeto do transporte coletivo - linha 234 do município de Maringá-Pr. 2005



Fonte: TCCC, 2005

Figura 17 - Trajeto do transporte coletivo - linha 235 do município de Maringá-Pr. 2005



Fonte: TCCC. 2005

Figura 18 - Trajeto do transporte coletivo - linha 528 do município de Maringá-Pr. 2005



Fonte: TCCC, 2005

Figura 19 - Distância dos bairros em relação à unidade básica de saúde NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. 2005

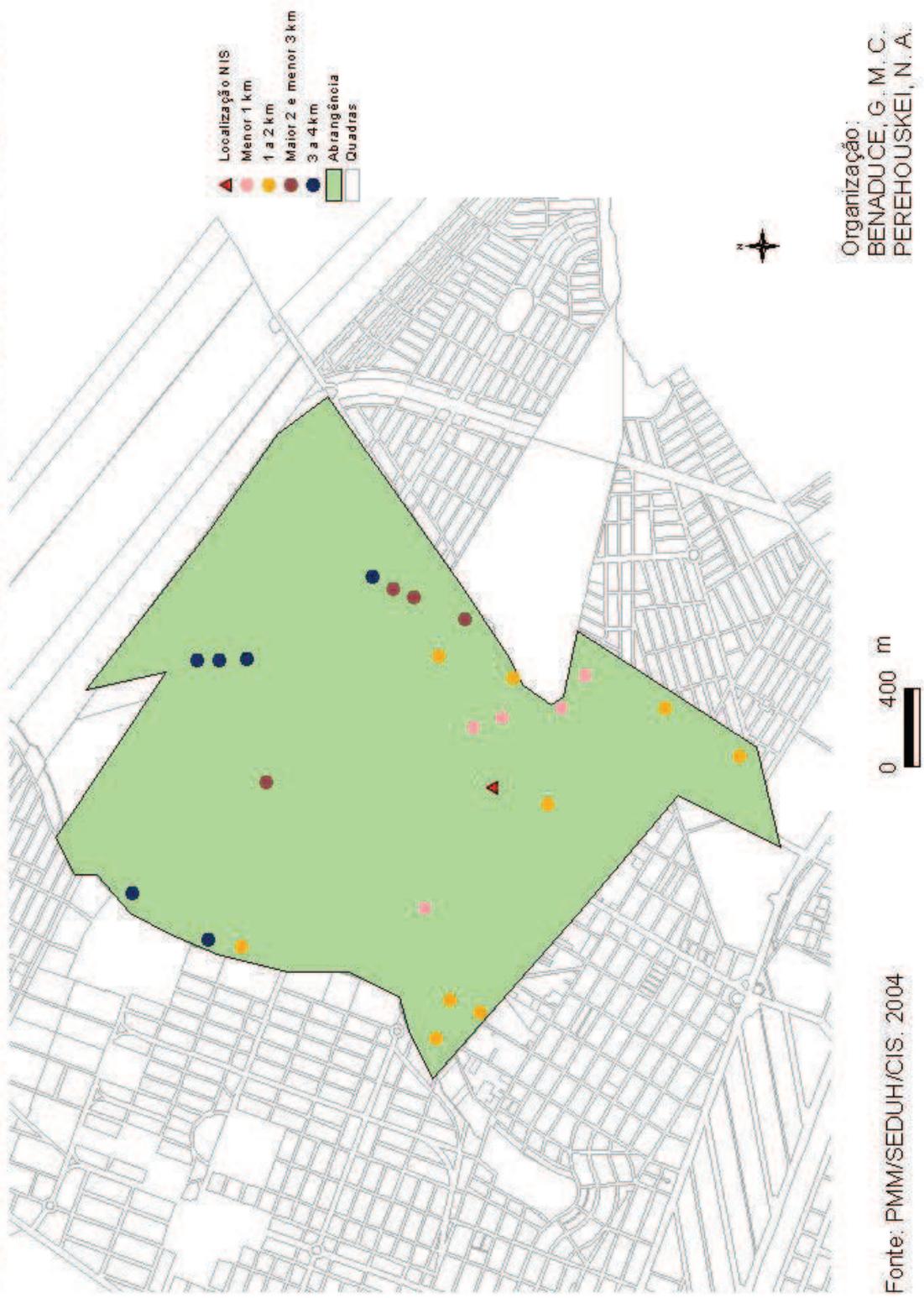


Figura 20 - Recorte territorial da área de influência formado pela população que utiliza outros serviços de saúde adscrita no NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. 2005



Fonte: PMM/SEDUH/CIS. 2004

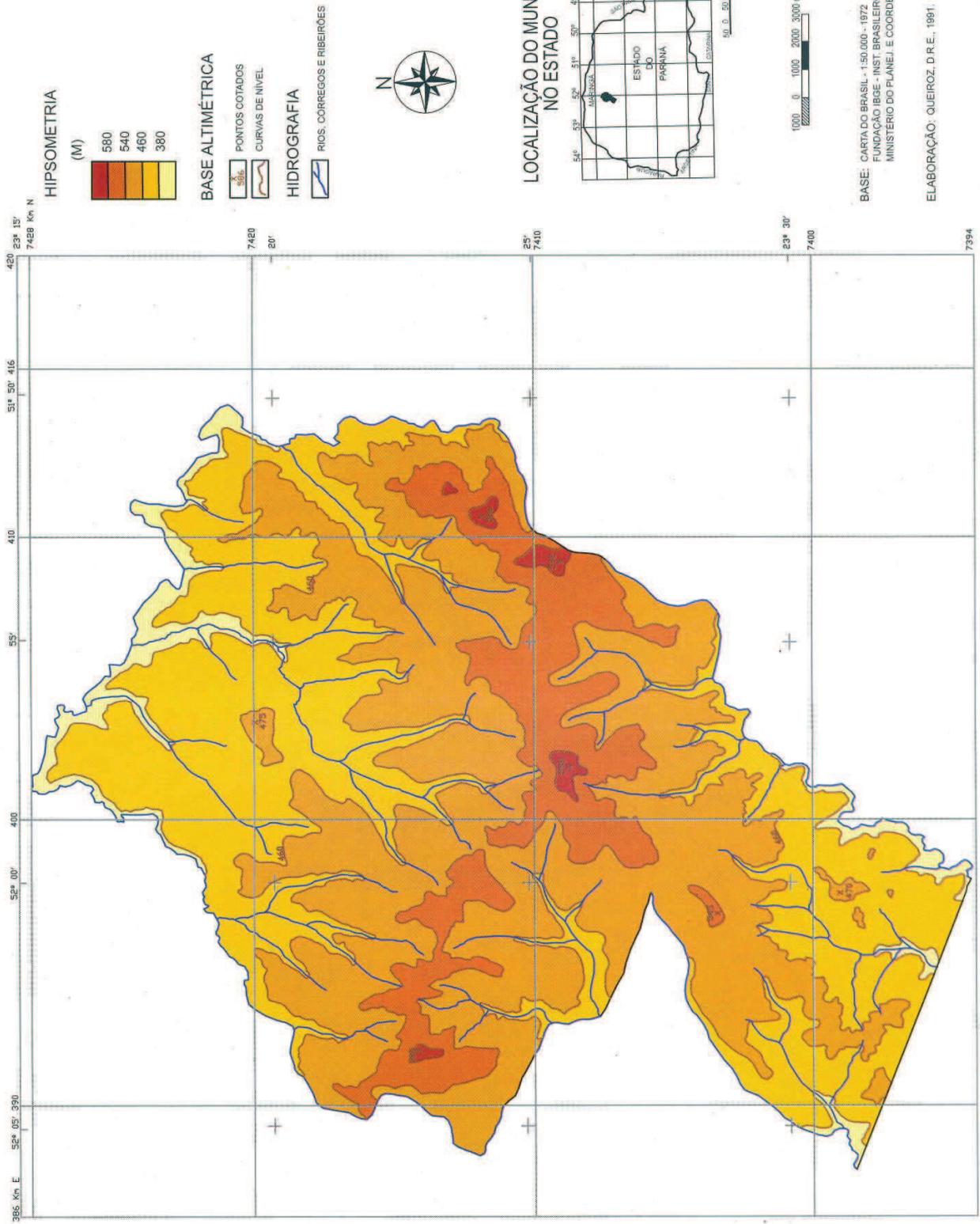
Figura 21 - Território rede formado pelas unidades básicas de saúde do município de Maringá-Pr. 2005



Organização:
BENADUCE, G. M. C.
PEREHOUSKEI, N. A.

Fonte: PMM/SEDUH/CIS. 2004

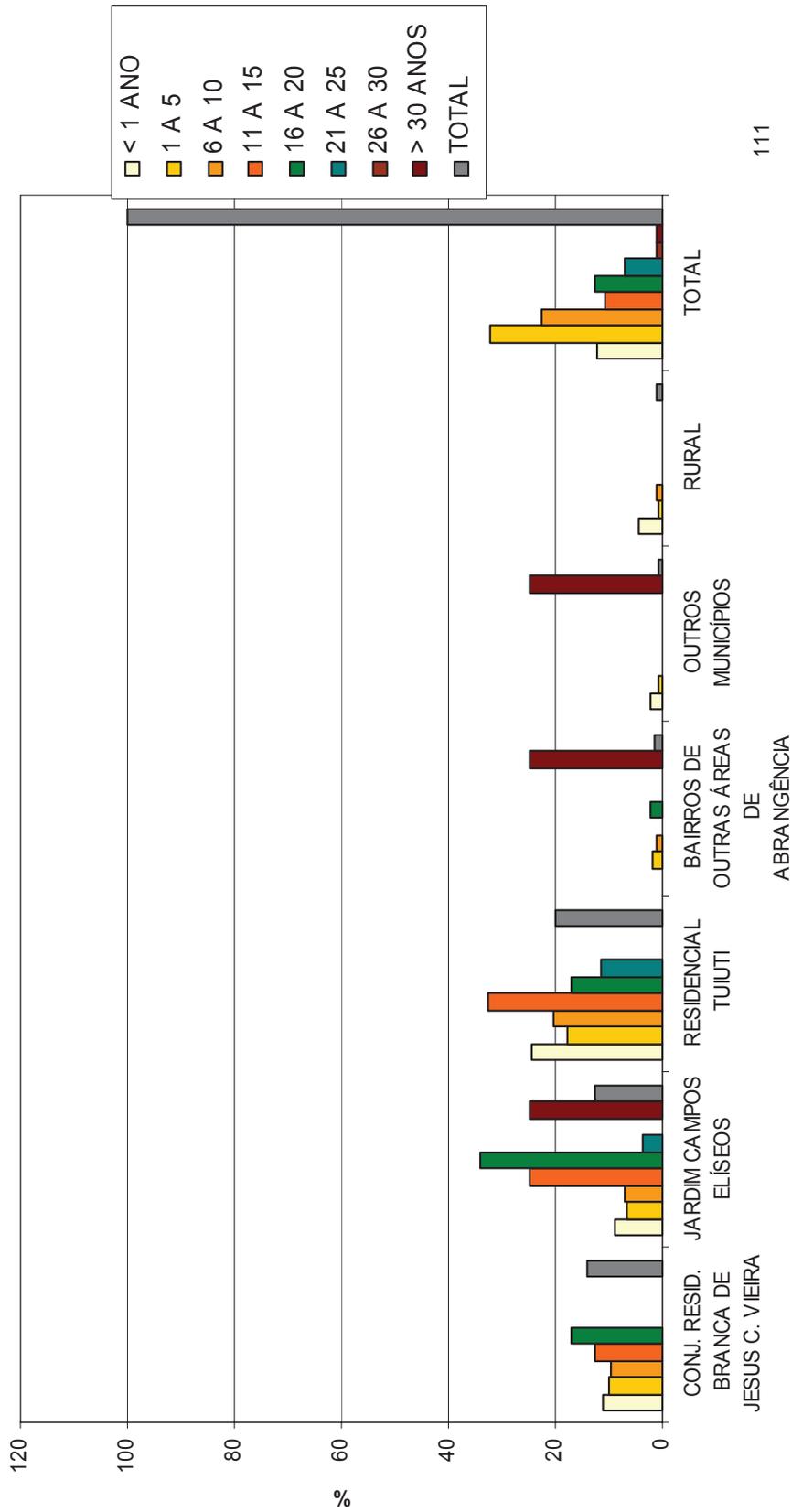
HIPSOMETRIA - MUNICÍPIO DE MARINGÁ



BASE: CARTA DO BRASIL - 1:50.000 - 1972
 FUNDAÇÃO IBGE - INST. BRASILEIRO DE GEOGRAFIA
 MINISTÉRIO DO PLANEJ. E COORDENAÇÃO GERAL

ELABORAÇÃO: QUEIROZ, D.R.E., 1991.

Gráfico 10 - Período de residência nos bairros que compõem a área de abrangência do NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. 2004



Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 11 - Percentagem de pessoas que compõem a família nos bairros pertencentes a área de abrangência do NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. 2004

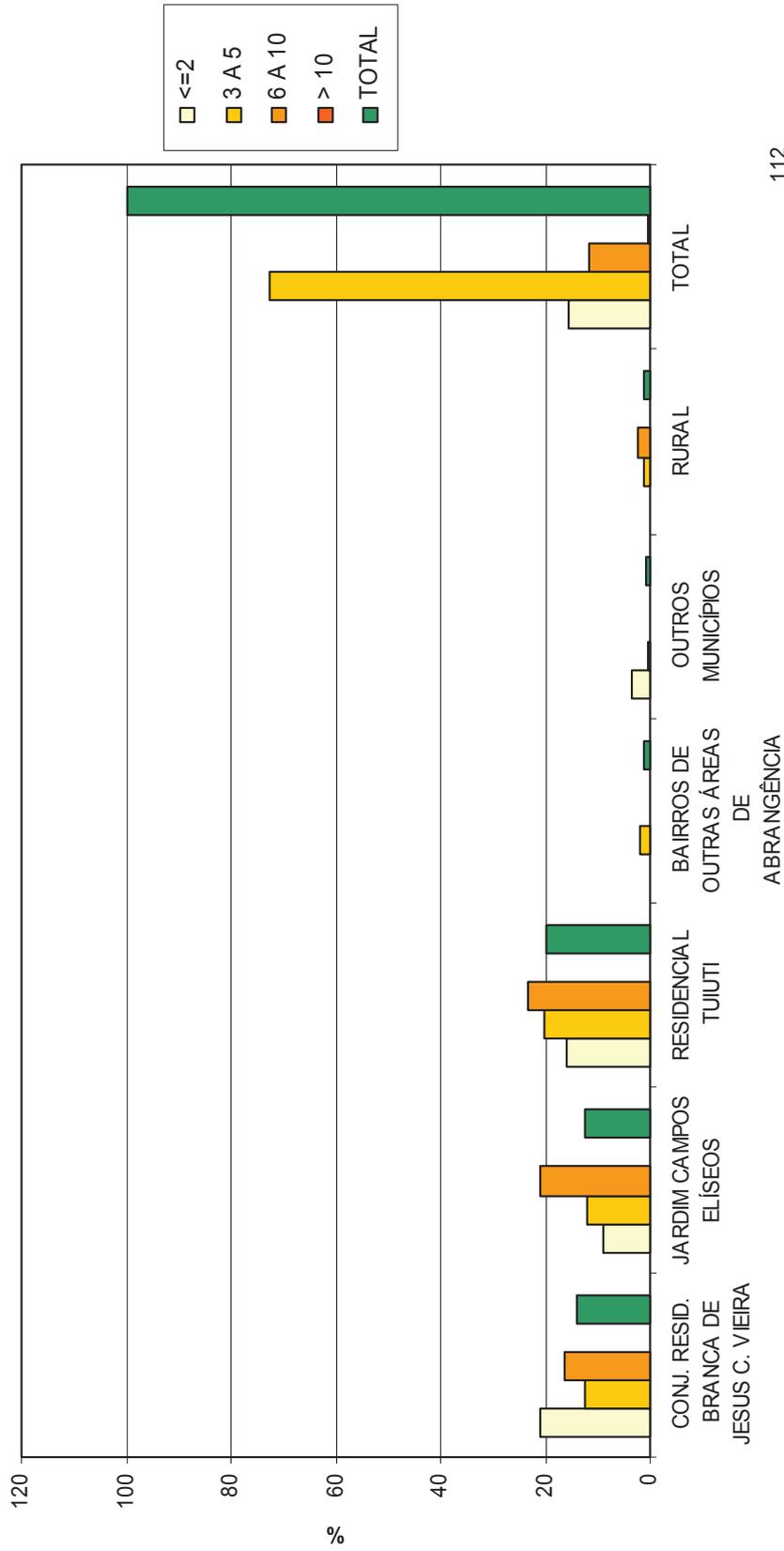
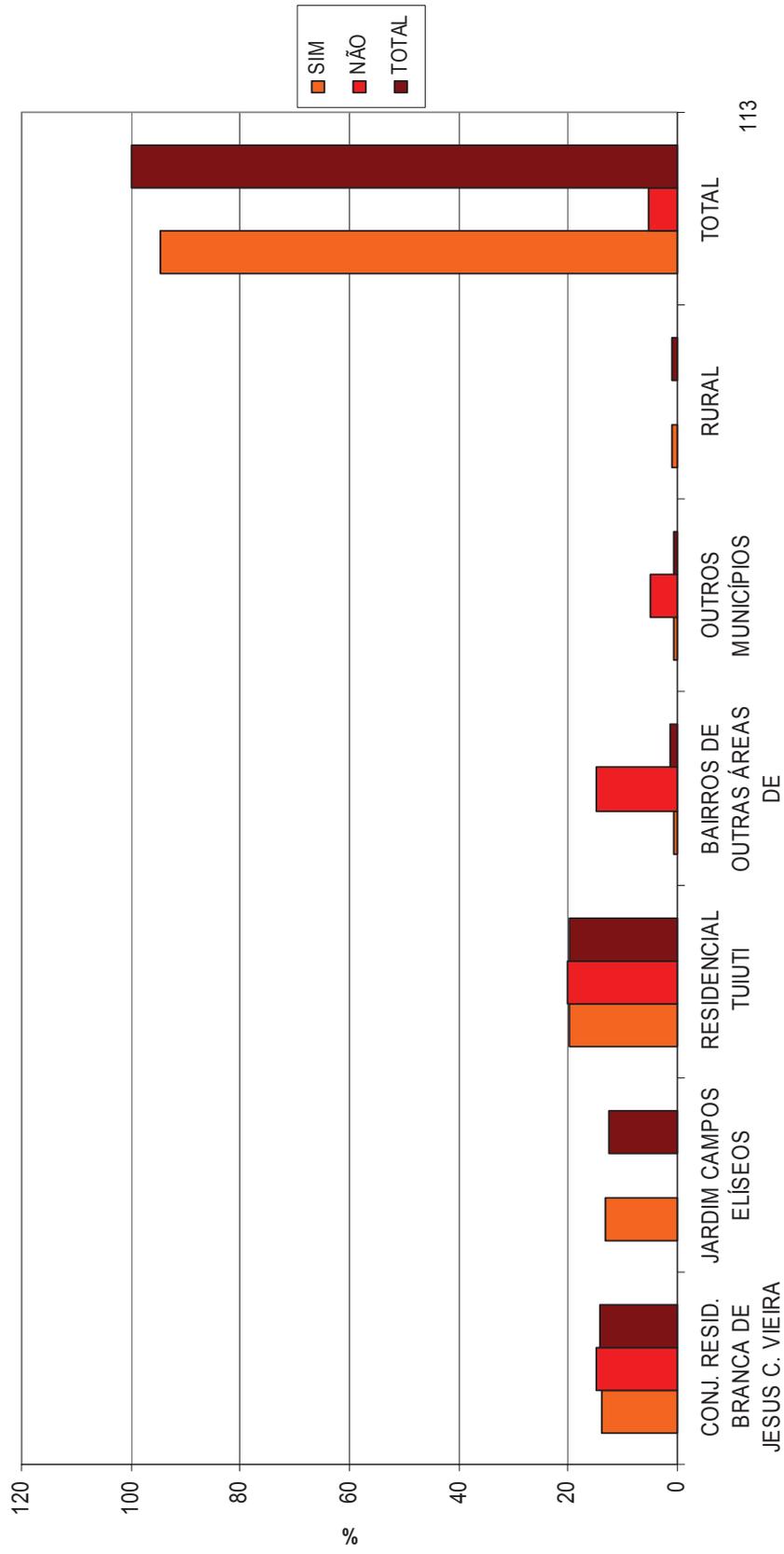
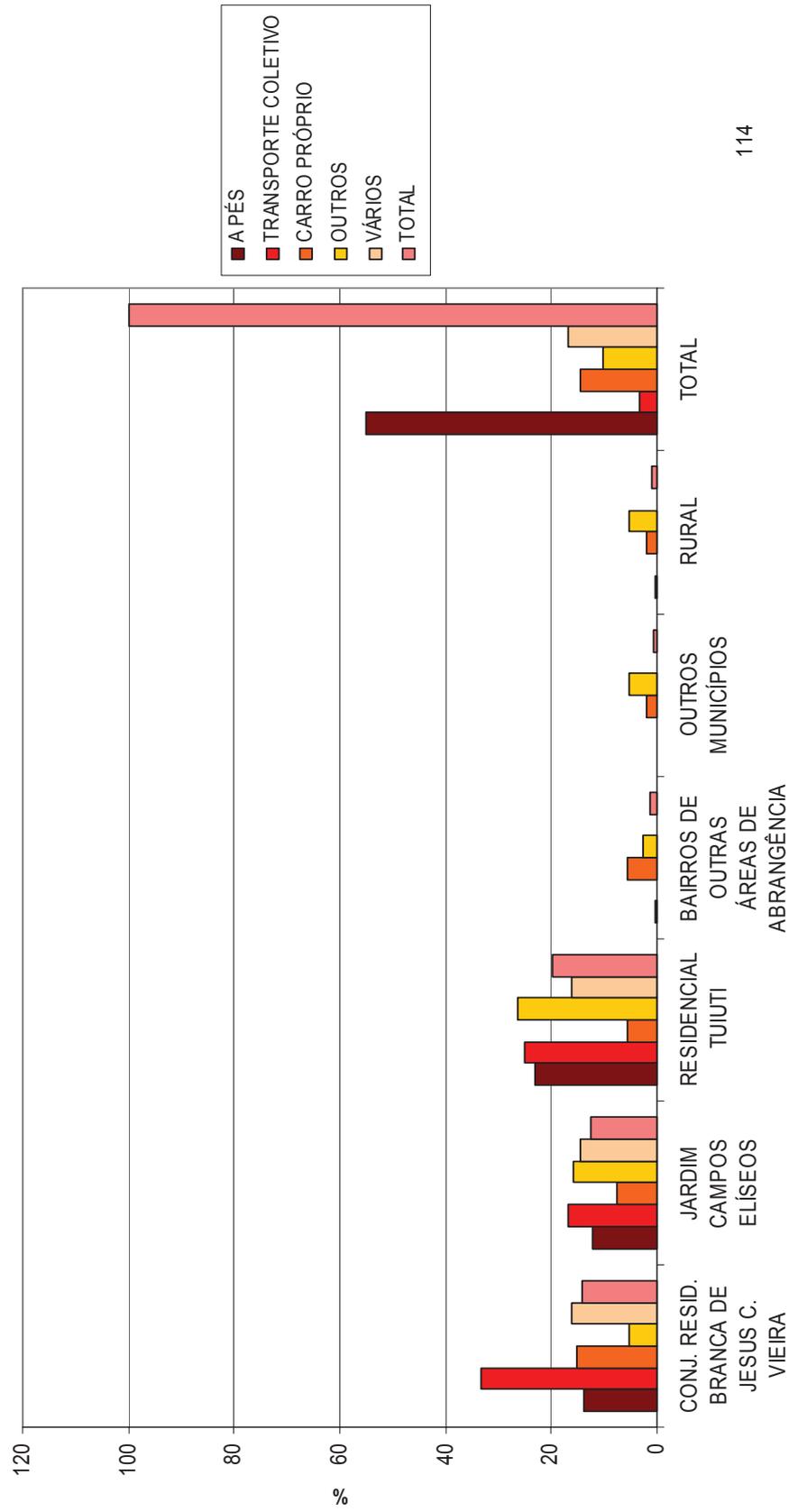


Gráfico 12 - Percentagem de pessoas que utilizam os serviços do NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. 2004



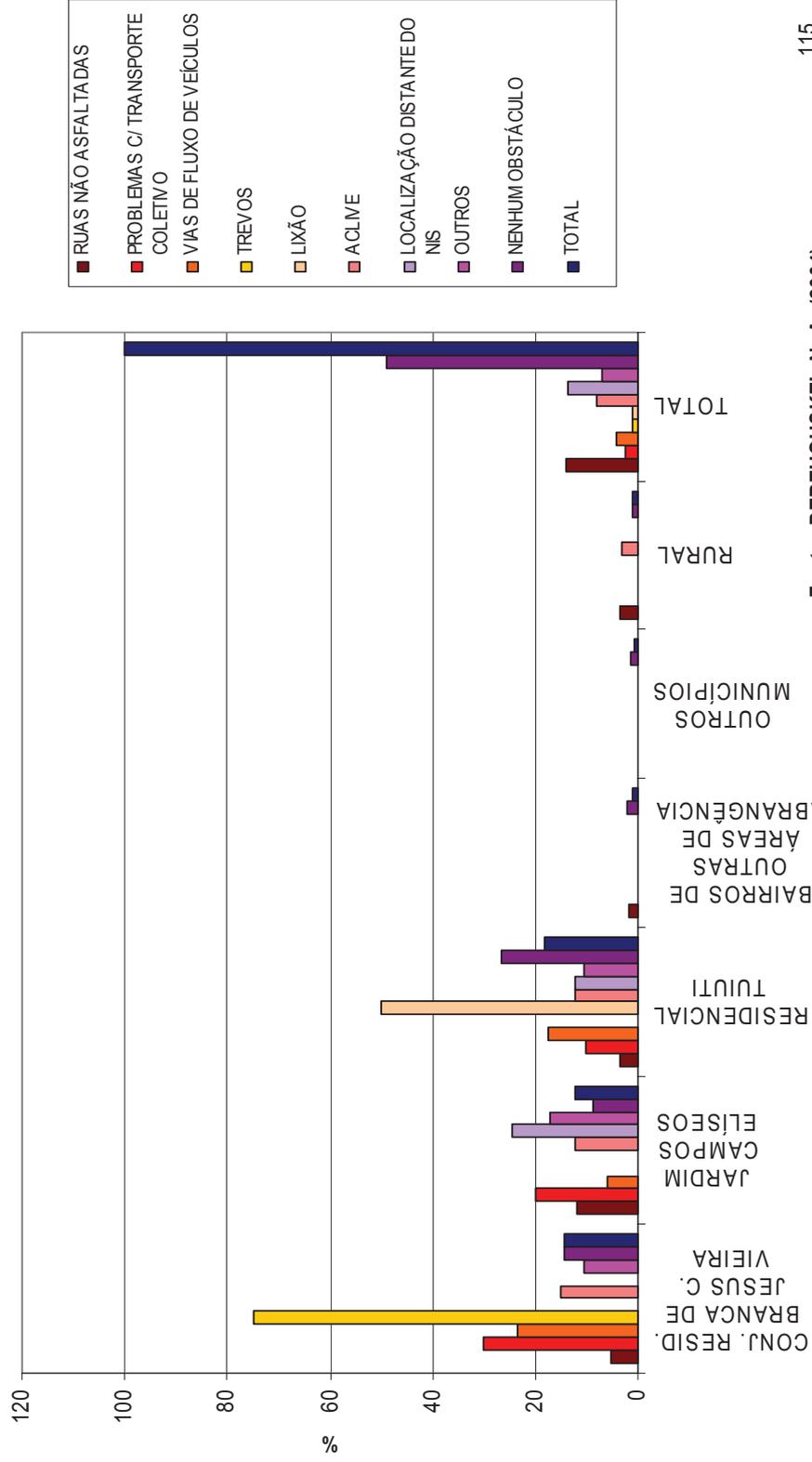
Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 13 - Meios de transporte utilizados para o acesso ao NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. - 2004

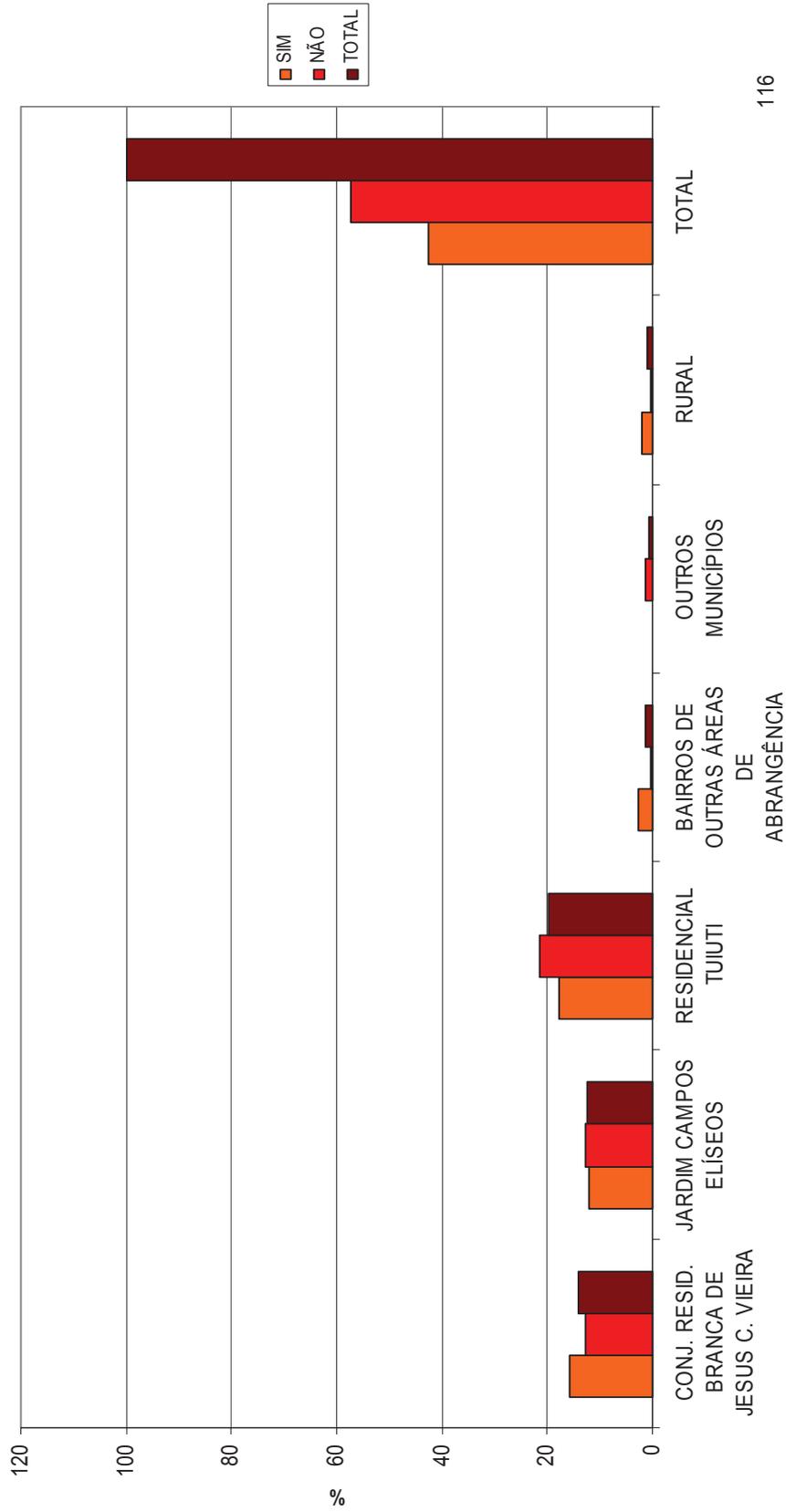


Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 14 - Barreiras geográficas existentes nos trajetos de acesso ao NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. 2004



**Gráfico 15 - Atendimento de saúde por parte de outros NIS (ou setores de saúde) do município de Maringá-
Pr. 2004**



Fonte : PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 16 - Considerações necessárias para a melhoria da qualidade do atendimento no NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. 2004.

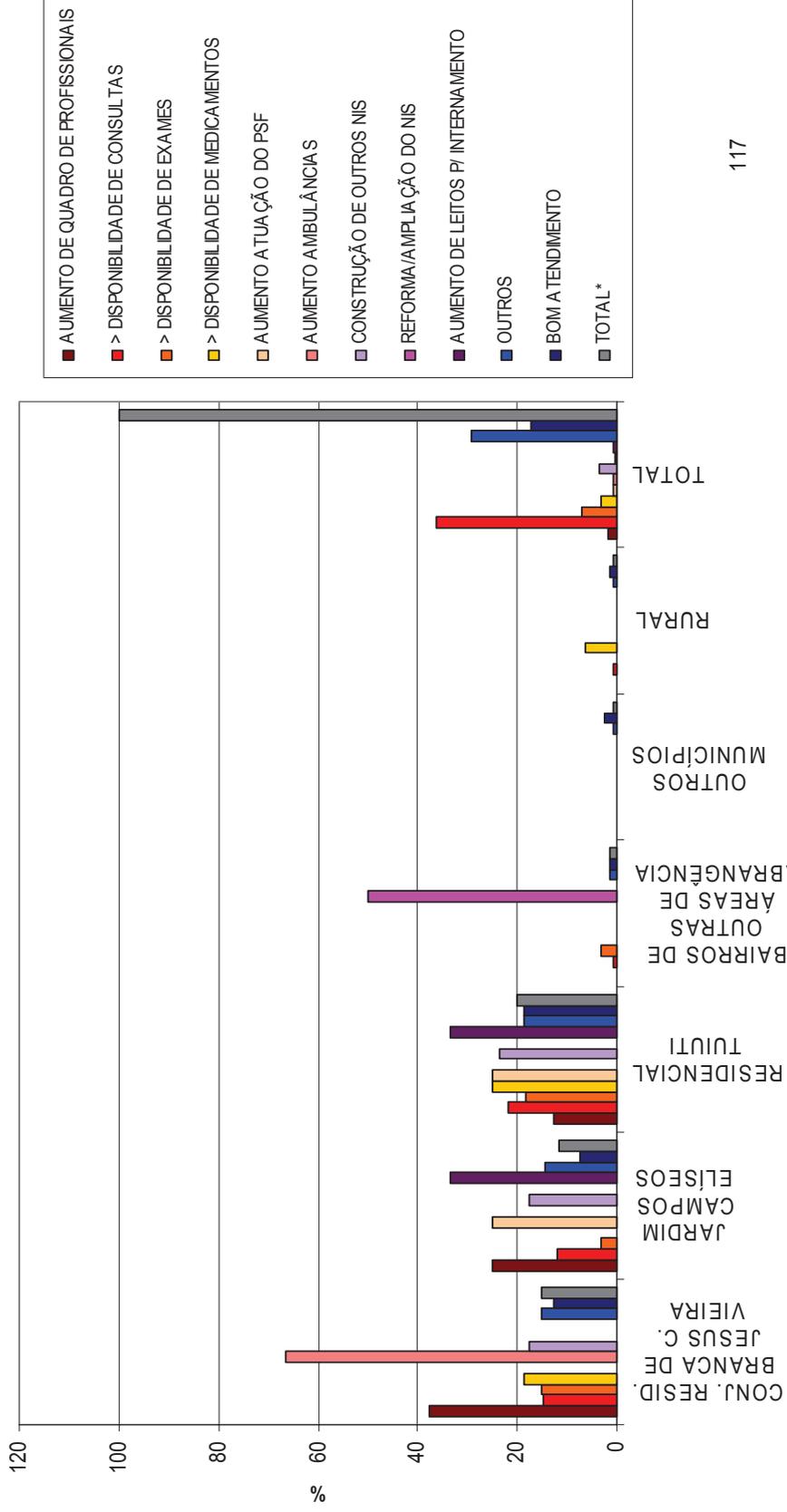
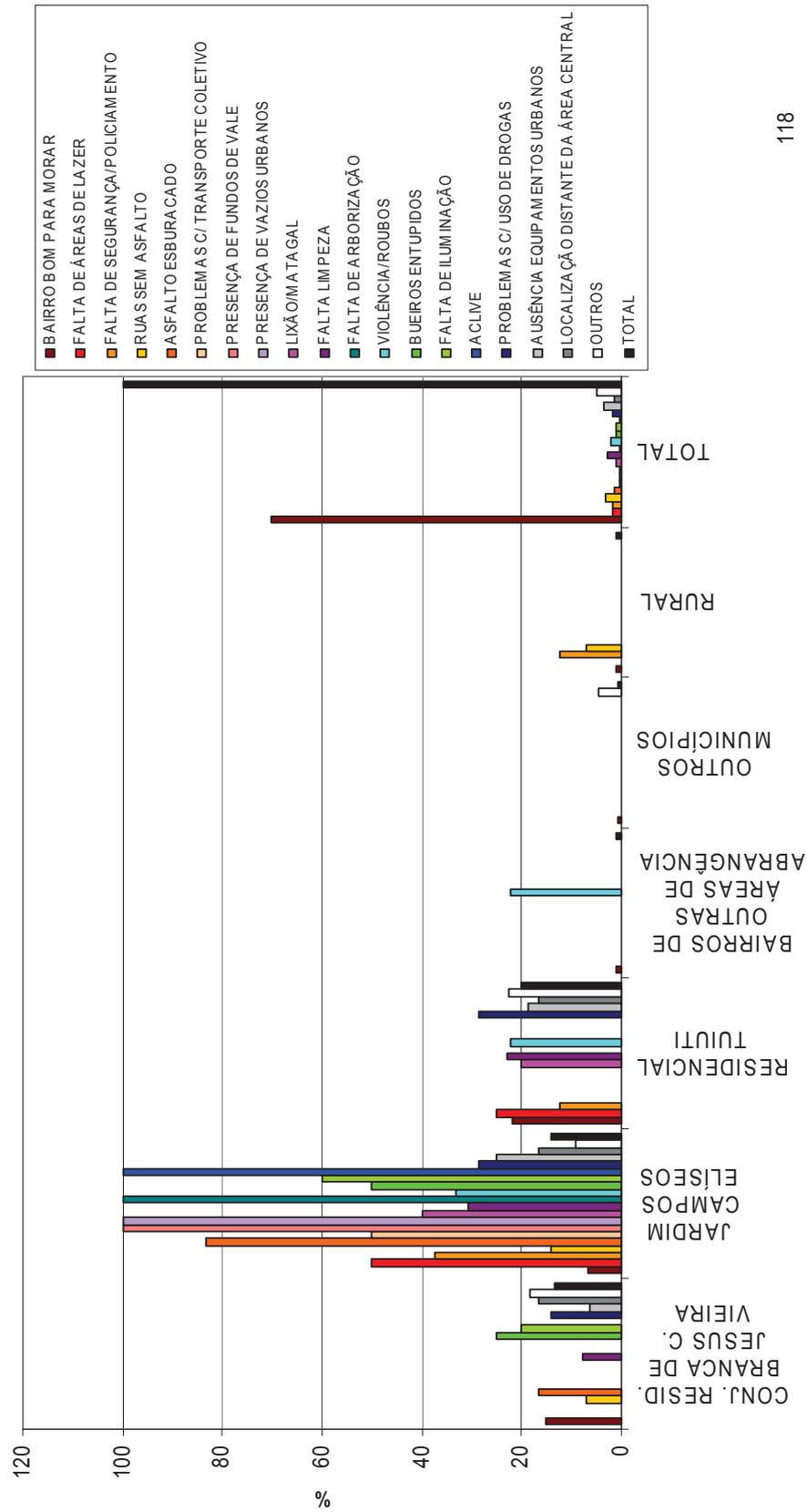
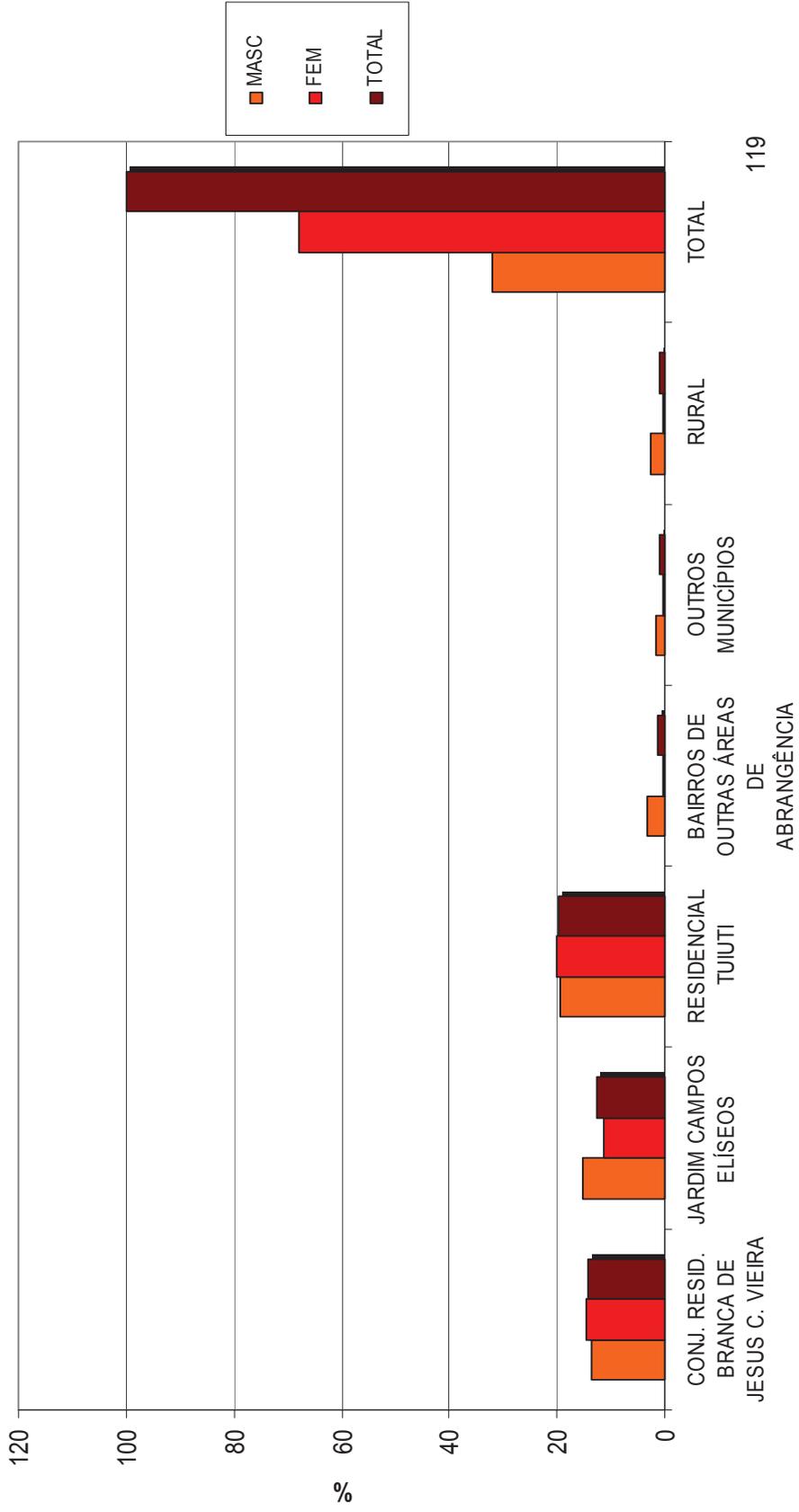


Gráfico 17 - Imagem dos bairros que compõem a área de abrangência do NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. 2004



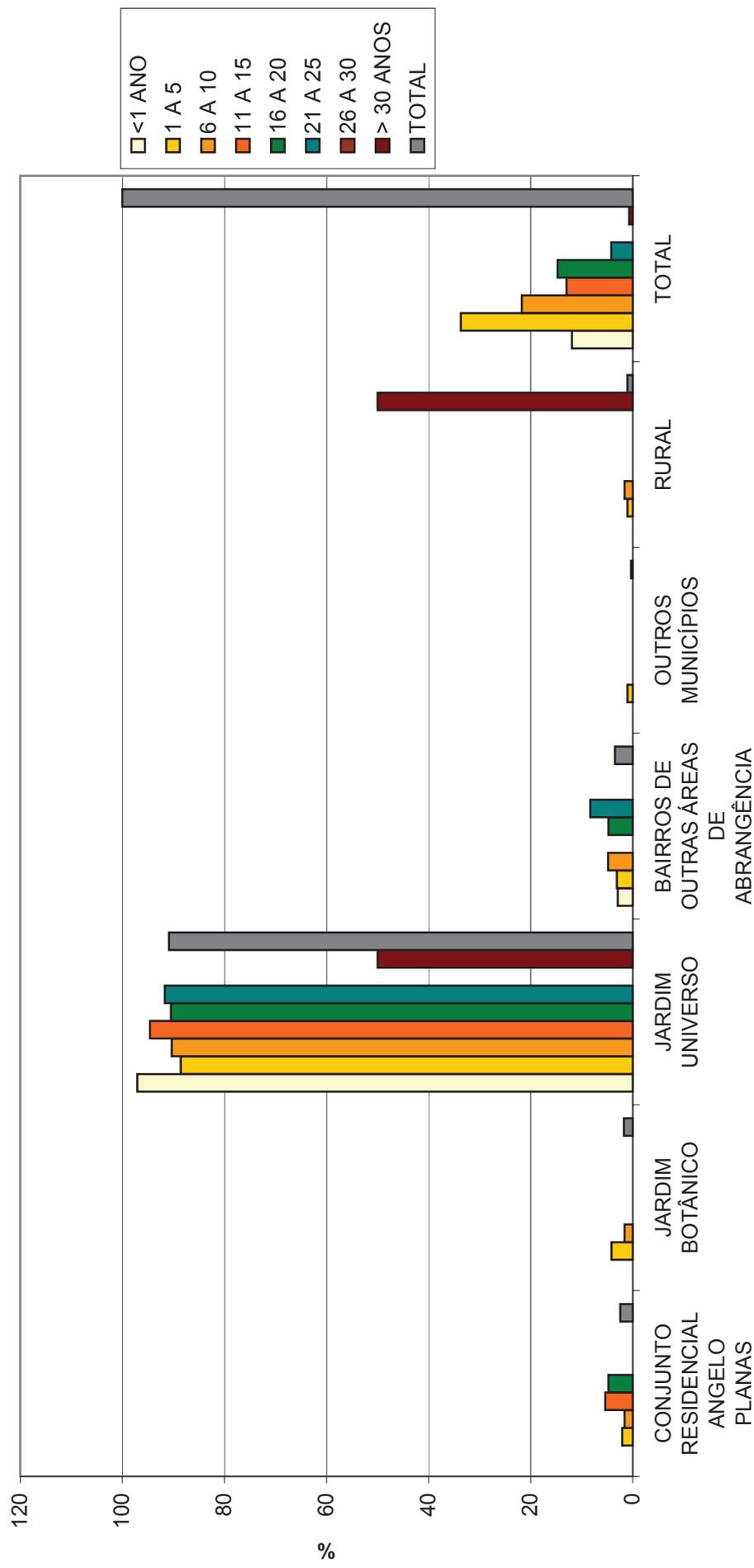
Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 18 - Porcentagem de pessoas segundo sexo nos bairros que compõem a área de abrangência do NIS II Pinheiros do município de Maringá-Pr. 2004



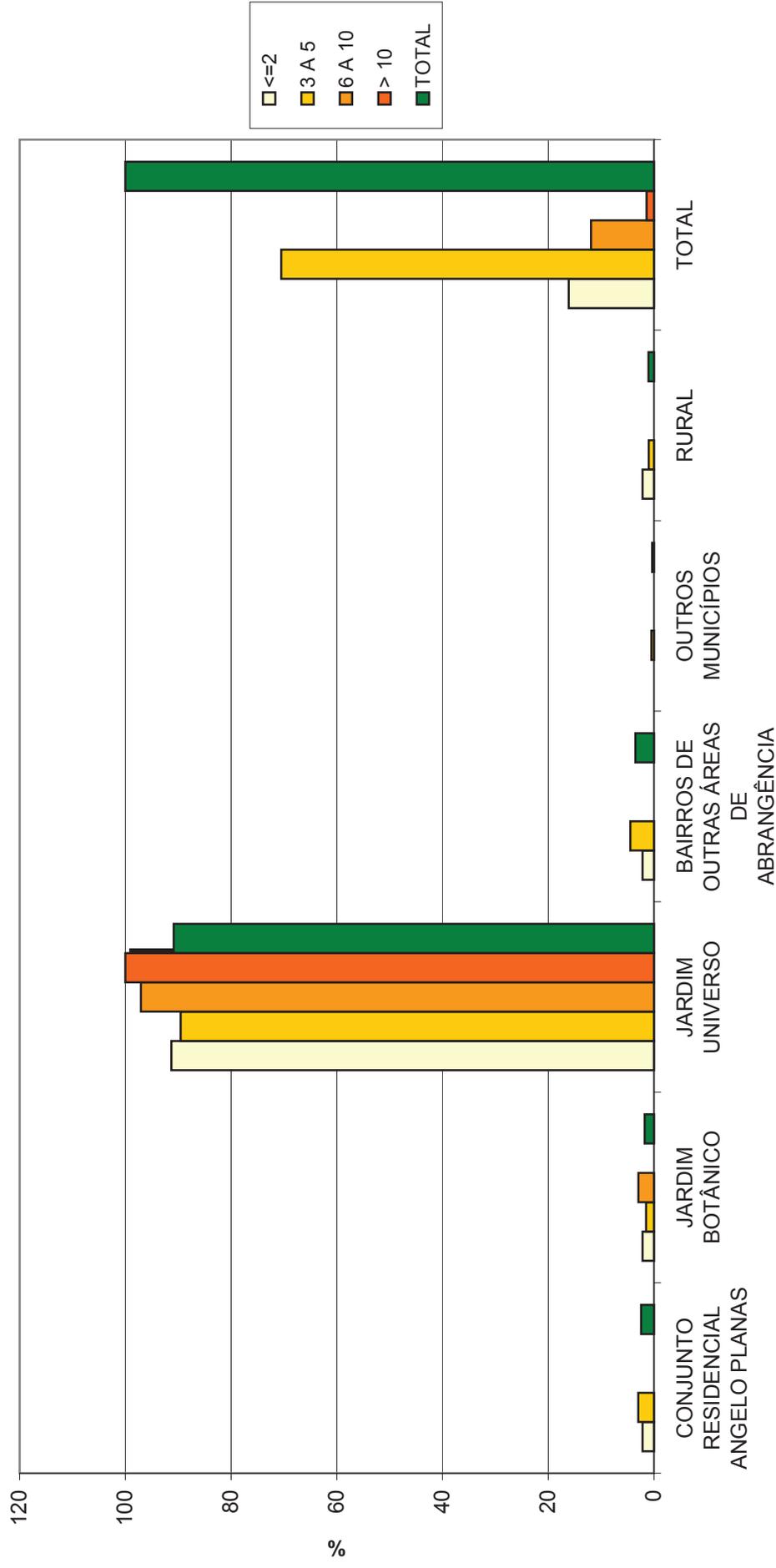
Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 1 - Período de residência nos bairros que compõem a área de abrangência do NIS II Universo do município de Maringá-Pr. 2004



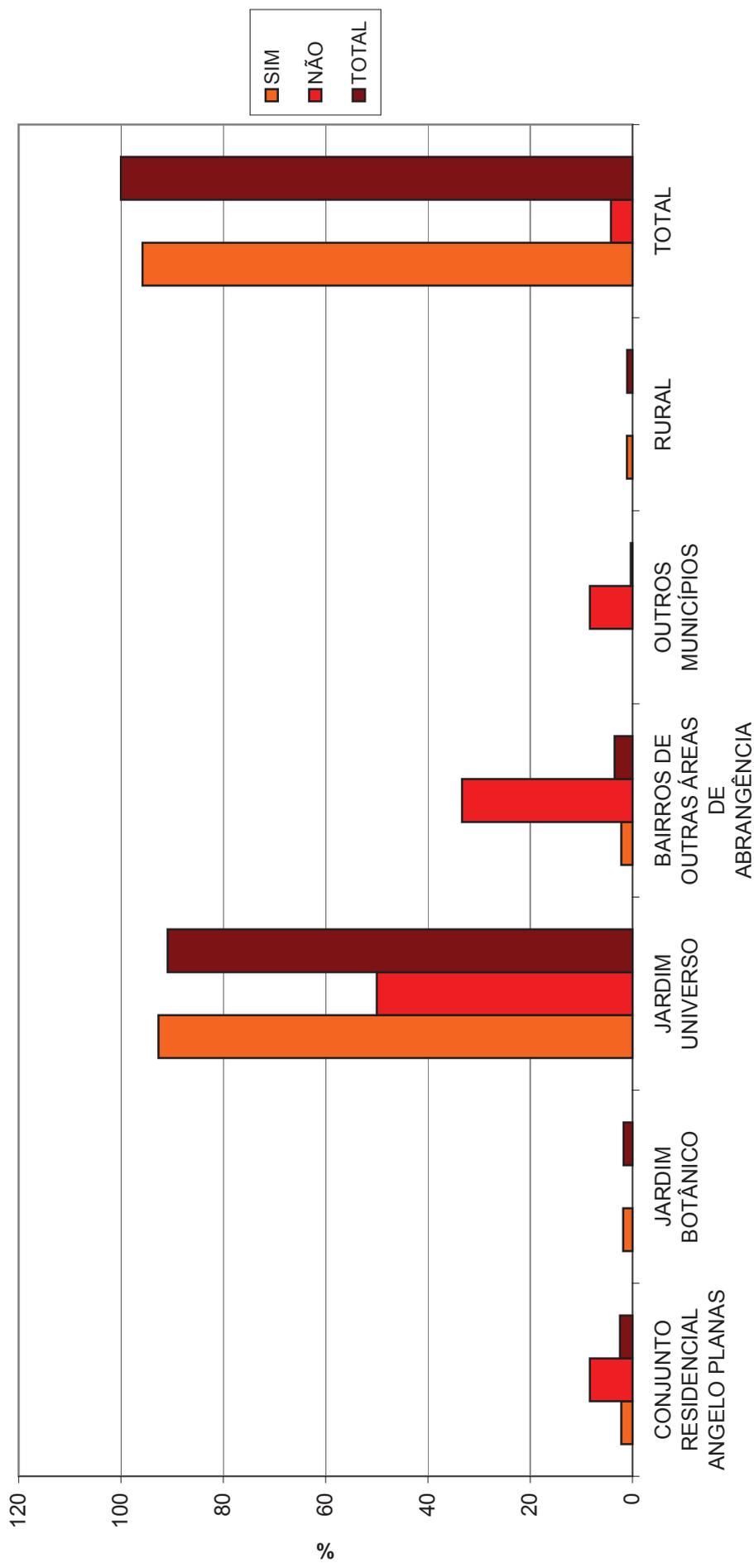
Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 2 - Porcentagem de pessoas que compõem a família nos bairros pertencentes a área de abrangência do NIS II Universo do município de Maringá-Pr. 2004



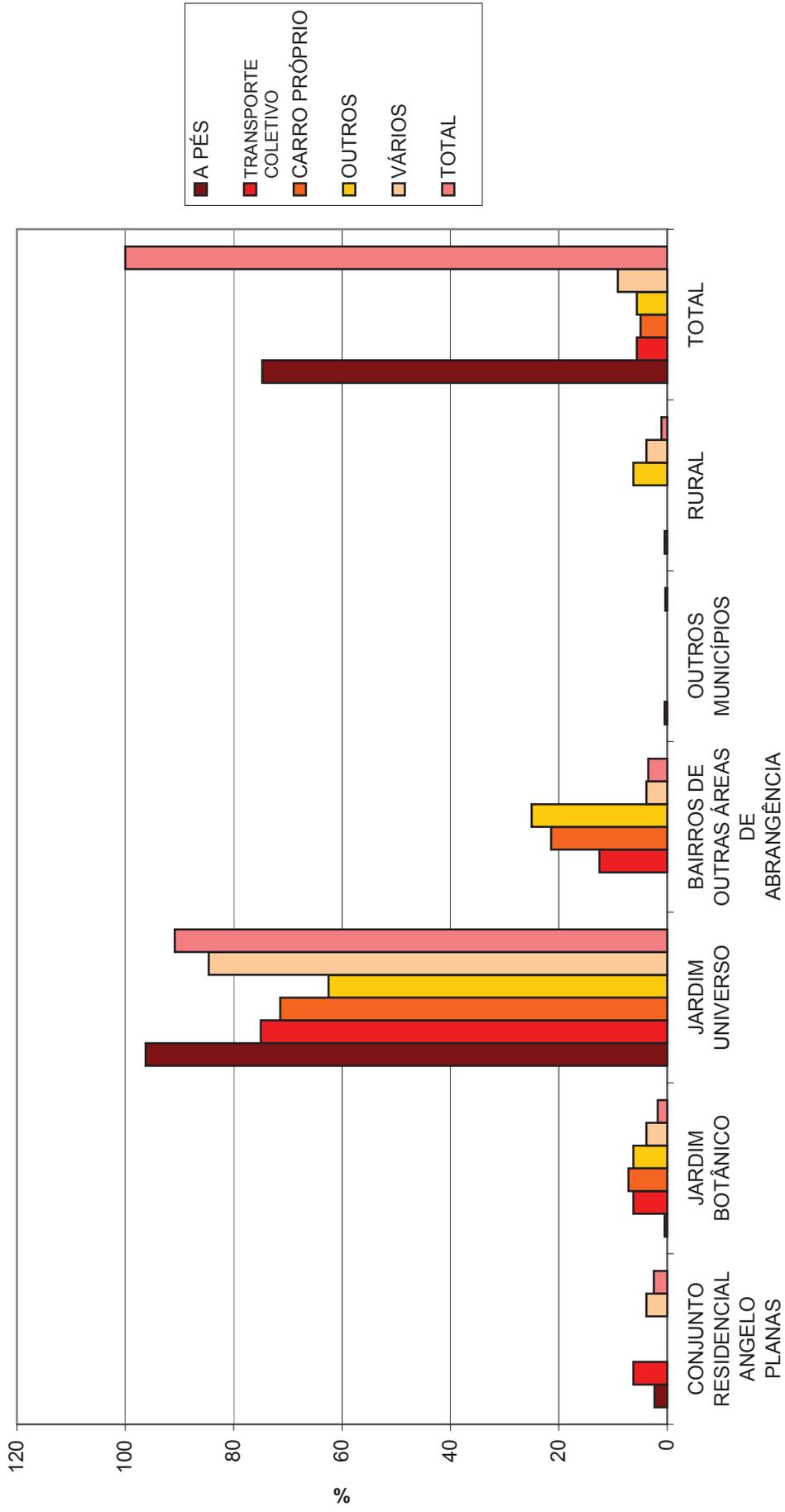
Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 3 - Percentagem de pessoas que utilizam os serviços do NIS II Universo do município de Maringá-Pr. 2004



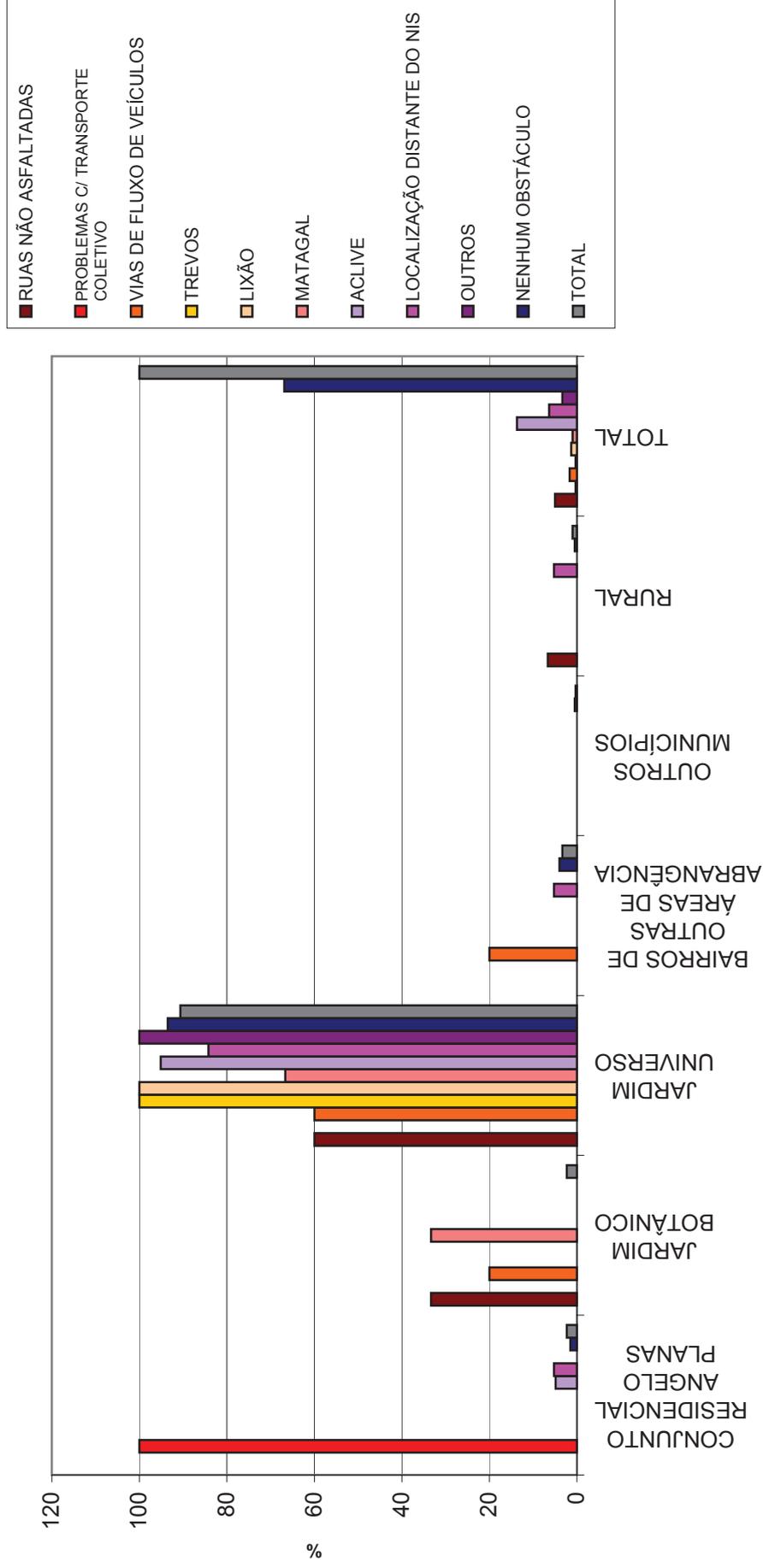
Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 4 - Meios de transporte utilizados para o acesso ao NIS II Universo do município de Maringá-Pr. 2004



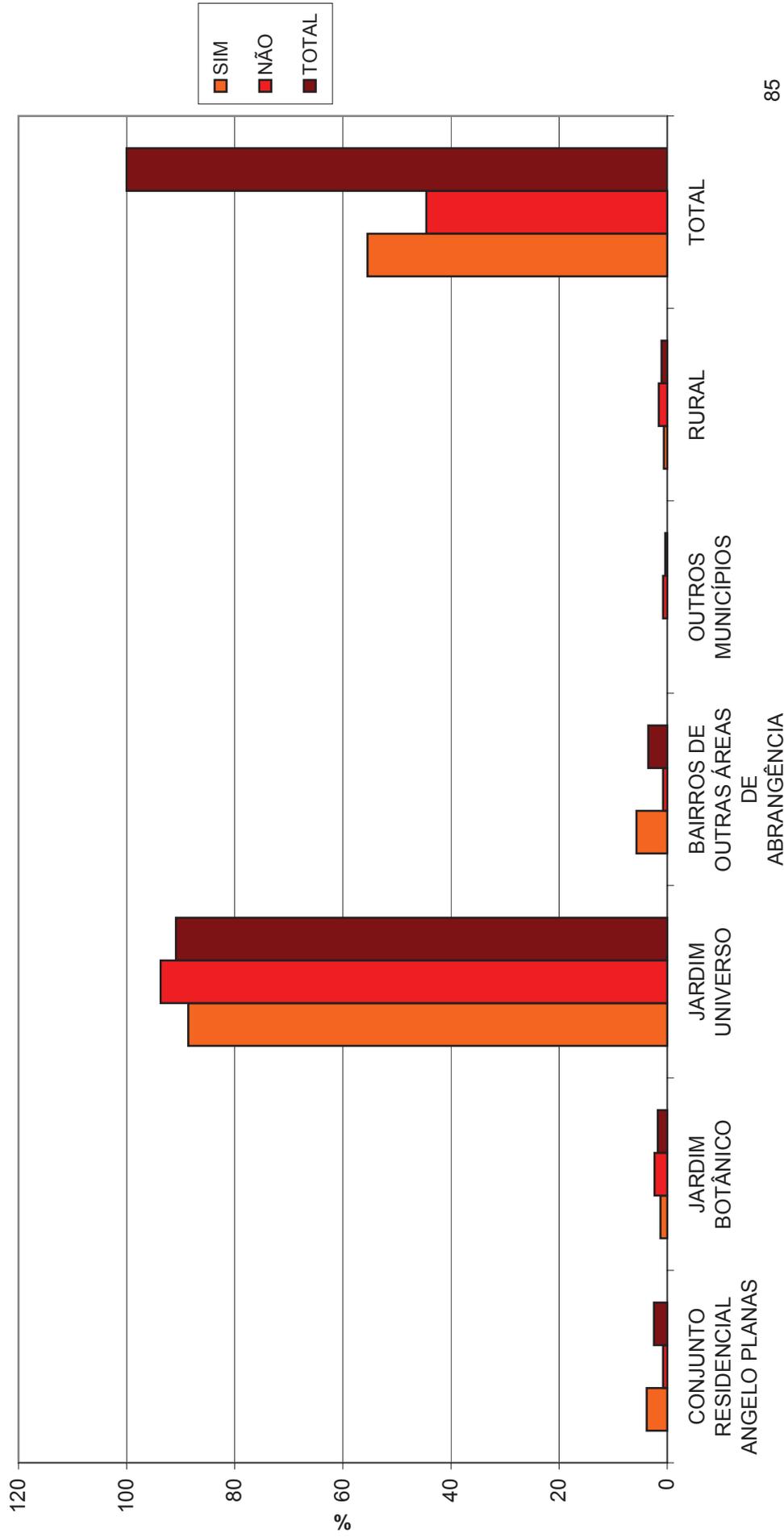
Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 5 - Barreiras geográficas existentes nos trajetos de acesso ao NIS II Universo do município de Maringá-Pr. 2004



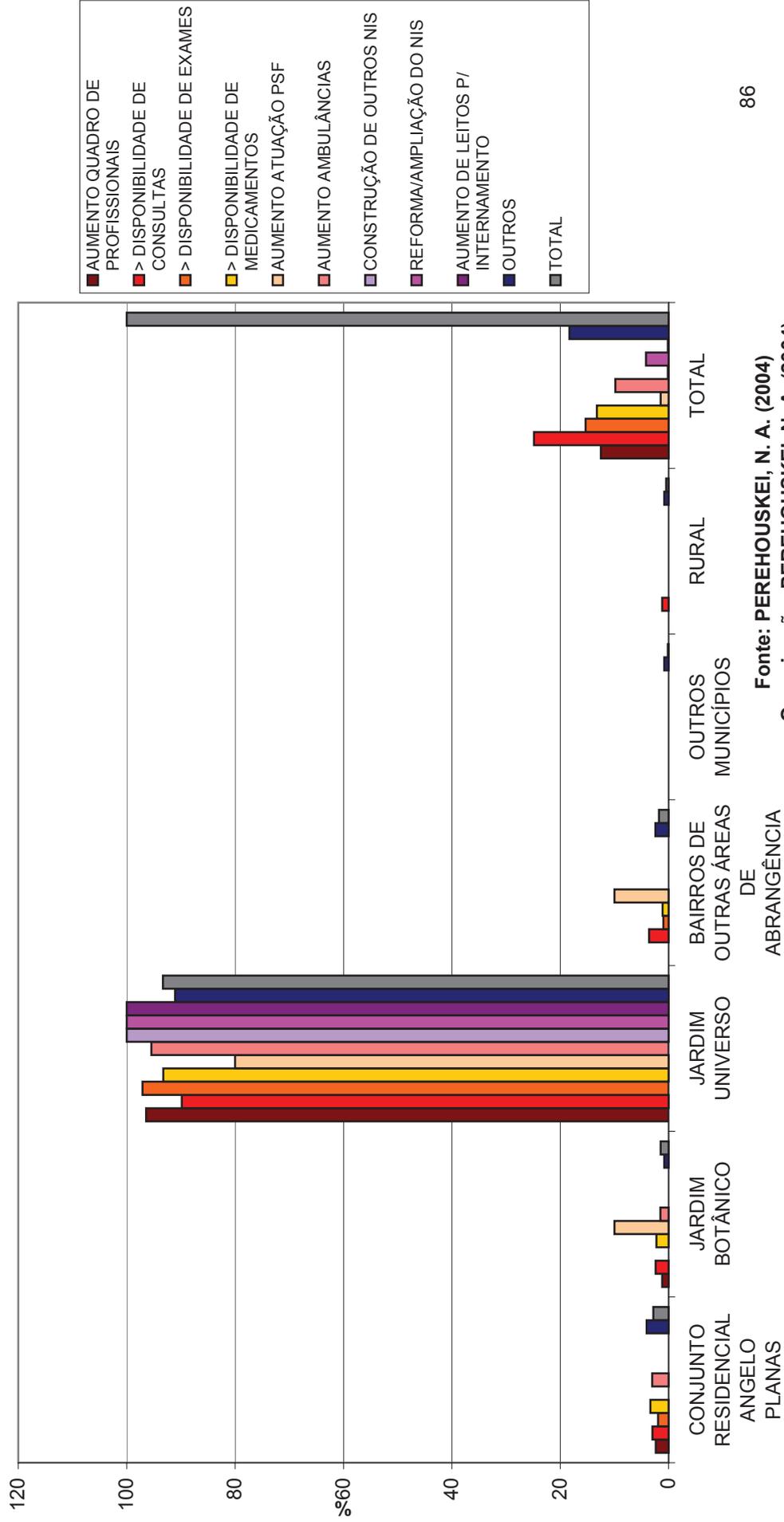
Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 6 - Atendimento de saúde por parte de outros NIS (ou setores de saúde) do município de Maringá-Pr. 2004



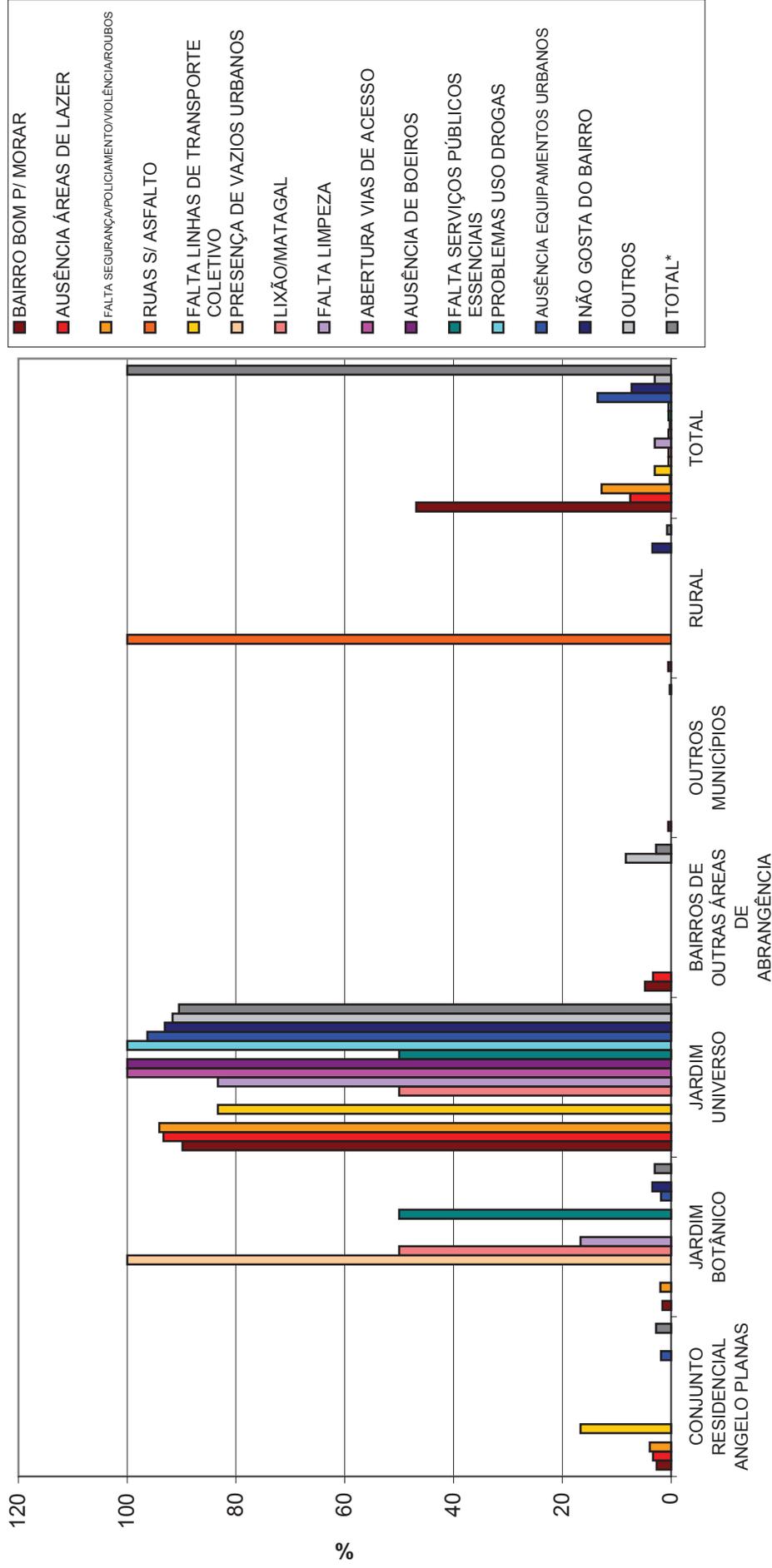
Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 7 - Considerações necessárias para a melhoria da qualidade do atendimento no NIS II Universo do município de Maringá-Pr. 2004



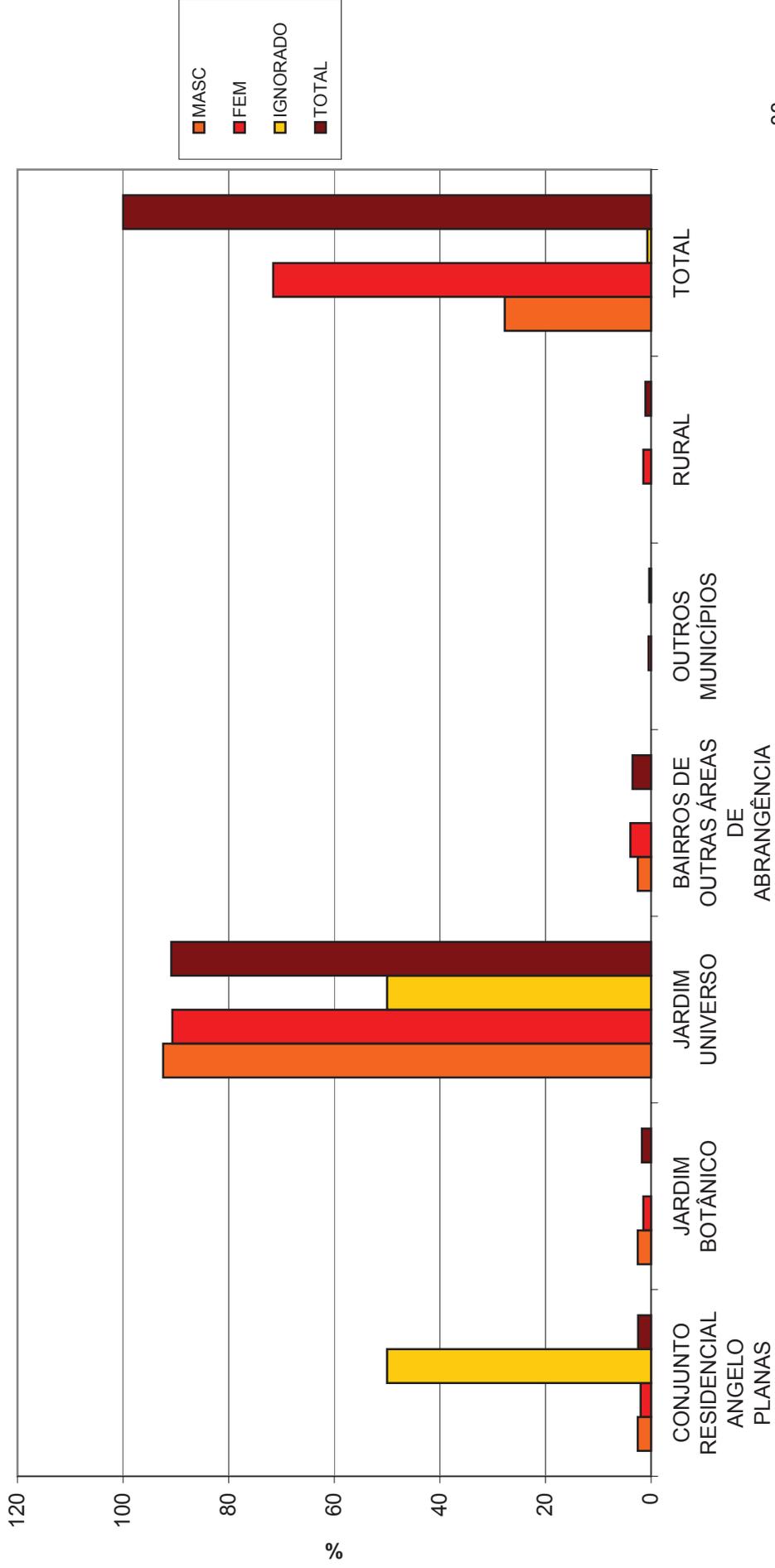
Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 8 - Imagem dos bairros que compõem a área de abrangência do NIS II Universo do município de Maringá-Pr. 2004



Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)

Gráfico 9 - Percentagem de pessoas segundo sexo nos bairros que compõem a área de abrangência do NIS II Universo do município de Maringá-Pr. 2004



Fonte: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)
 Organização: PEREHOUSKEI, N. A. (2004)