

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

NESTOR ALEXANDRE PEREHOUSKEI

ÁREAS VERDES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA CIDADE DE  
MANDAGUARI, PARANÁ: 2000 A 2010

MARINGÁ  
2013

NESTOR ALEXANDRE PEREHOUSKEI

ÁREAS VERDES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA CIDADE DE  
MANDAGUARI, PARANÁ: 2000 A 2010

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Luiz Domingos  
De Angelis

MARINGÁ  
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

Perehouskei, Nestor Alexandre

P435a

Áreas verdes e serviços públicos de saúde na cidade de Mandaguari, Paraná: 2000 a 2010 / Nestor Alexandre Perehouskei. -- Maringá, 2013.

136 f. : il. color., figs., tabs., mapas

Orientador: Prof. Dr. Bruno Luiz Domingos De Angelis.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Geografia, Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2013.

1. Áreas verdes - Mandaguari, PR - Ordenamento Territorial. 2. Serviços de saúde - Mandaguari, PR - Acessibilidade. 3. Geografia da saúde. I. Angelis, Bruno Luiz Domingos De, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Geografia. Programa de Pós-Graduação em Geografia. III. Título.

CDD 21.ed. 910.021732

ECSL-00988

NESTOR ALEXANDRE PEREHOUSKEI

ÁREAS VERDES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA CIDADE DE  
MANDAGUARI, PARANÁ: 2000 A 2010

Tese apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Geografia da Universidade  
Estadual de Maringá, como requisito parcial  
para a obtenção do título de Doutor em  
Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Luiz Domingos  
De Angelis

Aprovado em 27/08/2013

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Bruno Luiz Domingos De Angelis - Orientador  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria das Graças de Lima  
Membro convidado - UEM

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dorotéia de Fátima Pelissari de Paula Soares  
Membro convidado - UEM

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Udelysses Janete Veltrini Fonzar  
Membro convidado - UNINGÁ

---

Prof. Dr. Elias Canuto Brandão  
Membro convidado - FAFIPA

## **Dedico este trabalho**

À Sra. D. Helena Mendes Perekouskei, minha mãe e grande companheira de vida.

# AGRADECIMENTOS

À Deus, pela luz, sabedoria e saúde que me direcionaram nesta trajetória.

Ao meu orientador e amigo Prof. Dr. Bruno Luiz Domingos De Angelis, pelos valiosos ensinamentos, apoio, incentivo, amizade, generosidade, cumplicidade, dedicação e, principalmente, por acreditar na realização do trabalho. De uma antiga amizade, nasce uma trajetória de realização e, quem sabe, um novo caminho para o futuro!

Ao meu amigo Sidnei Cardoso Magalhães pela ideia da realização deste trabalho na cidade de Mandaguari e, principalmente, por abrir caminhos para que essa possibilidade se concretizasse.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Mandaguari que me acompanharam nesta trajetória: (Gestão 2009-2012) - Prefeito: Cillênio Pessoa Pereira Júnior; Secretária de Saúde: Márcia Aparecida Pontes Peres; equipe do Setor do Programa Saúde da Família: Luciana Santos, Anelise Eleni Xavier e Maria Aparecida Marques. (Gestão 2013-2016) – Prefeito: Romualdo Batista; Secretário de Saúde: Leonardo Di Colli e Diretora de Saúde: Márcia Serafini Cassiano da Silva.

Especialmente aos enfermeiros e Equipes Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari.

Especialmente aos usuários do SUS, principalmente às pessoas idosas, que contribuíram com suas experiências de vida.

Ao Prof. Dr. Sérgio Luiz Thomáz, pelo valioso estágio desenvolvido, neste período de doutoramento.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação que ampliaram meus conhecimentos nesta etapa: Dr. Messias Modesto de Passos, Dra. Márcia Siqueira de Carvalho, Dra. Angela Maria Endlich, Dra. Márcia da Silva, Dra. Rita de Cássia da Conceição Gomes e Dr. Bruno Luiz Domingos De Angelis.

Aos amigos João Vítor Meza Bravo e Prof. Dr. Fernando Luiz de Paula Santil que contribuíram na composição dos mapas.

À Professora Tatiana Ido pelo auxílio na língua inglesa.

Aos professores que compõem a banca de avaliação deste trabalho, anteriormente citados.

Às professoras e amigas que me ajudaram a iniciar esta trajetória desde 2001: Dra. Udelysses Janete Veltrini Fonzar, Dra. Maria Eugênia Moreira Costa Ferreira e Dra. Gilda Maria Cabral Benaduce.

Ao Prof. Dr. Christovam de Castro Barcellos Neto, sempre disposto a contribuir com sua sabedoria.

Ao Prof. Dr. António Campar de Almeida pela possibilidade de prosseguir.

Um agradecimento especial à Miriam De Carlos que acompanhou esta trajetória na Geografia, sempre com muito carinho, amizade e dedicação no Departamento de Geografia e no Programa de Pós-Graduação.

Aos meus pais Nestor Pehouskei (*in memoriam*) e Helena Mendes Pehouskei, que nunca mediram sacrifícios para que eu realizasse minha trajetória acadêmica, pelo afeto, amizade e amor.

Às minhas irmãs: Teresa Pehouskei Albuquerque, Vera Isabel Gonçalves e Helena Lúcia Pehouskei da Costa.

Aos amigos pessoais que sempre me incentivaram e participaram, mesmo indiretamente, deste processo: André Luiz Rodrigues Lopes, Anésia Maria Panágio da Silva, Bernardo Sanches Gomes, Irene Mendes Ferrarin, Jaqueline Rodrigues do Nascimento (*in memoriam*), Letícia Pereira Dias, Lyamara Planas de Almeida (*in memoriam*), Rositânia Alves Cabral, Wanderlei Rodrigues e William Ricardo Cardoso.

À Saudade de Ricardo de Jesus Martins (*in memoriam*), meu amigo e guia espiritual.

Ao meu médico e querido amigo Dr. José Ricardo Colleti Dias, pela dedicação e compromisso com minha saúde nesses últimos anos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela bolsa de estudos, que contribuiu decisivamente para a realização deste trabalho.

Setas e luzes apontam  
Prá tempos que podem durar  
Revelações e tesouros  
Dignos de uma Torah

Serras e brilhos apontam  
Prá tempos que podem durar  
Polaridades e sonhos  
Dignos...

(Marina Lima, 2011).



## RESUMO

O presente trabalho consiste no desenvolvimento de pesquisa sobre a importância das áreas verdes urbanas no contexto dos serviços públicos de saúde na Cidade de Mandaguari, Paraná. Inicialmente, foram utilizados os dados de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) no período de 2000 a 2010, disponibilizados pelo banco de dados DATASUS, buscando identificar os problemas de saúde de maior ocorrência, cujo resultado apontou para as doenças do aparelho respiratório e circulatório, que pressupõem em seus tratamentos, a realização de atividades físicas, que podem ser realizadas com aproveitamento para a saúde, em espaços públicos livres. A partir de pesquisa investigativa, com a aplicação de questionário junto a 362 usuários, verificou-se que a mobilidade da população determina que os residentes em alguns bairros, inicialmente alocados no território área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS), não procuram com frequência serviços de saúde na própria UBS de referência. Para tanto, deslocam-se para outras áreas da cidade, em busca de um atendimento resolutivo. Nessa ótica, a acessibilidade aos serviços de saúde é determinada pela qualidade dos serviços ofertados, pois as comunidades não percebem barreiras geográficas nos trajetos às UBS. Em relação aos espaços públicos, as pessoas entrevistadas reconhecem a importância das áreas verdes para a melhoria da qualidade de vida. Dos 362 usuários 357 (98,6%) consideram que as áreas verdes oferecem ar puro, limpo e saudável, sendo um ótimo espaço para atividades físicas, recreação e outros. Cinco usuários (1,3%) do universo amostrado não consideram a contribuição das áreas verdes para a saúde, pela desinformação, ou mesmo, a dificuldade em associar os temas. Nessa perspectiva, o conceito de território, no âmbito do setor de saúde, passa a adotar em seu próprio conceito a inclusão das potencialidades provindas da presença das áreas verdes urbanas, que contribuem para as boas condições de vida das comunidades envolvidas.

Palavras-chave: Saúde; Espaços públicos; População; Território; Ordenamento Territorial.

## **ABSTRACT**

The present work is the development of some research on the importance of urban green areas in the context of public health services in the City of Mandaguari, Paraná. Initially, the data of the Hospital Admission Authorization (HAA) was used in the period from 2000 to 2010, which was provided by the database DATASUL, aiming to identify the most frequent health, whose results pointed to the diseases of the respiratory and circulatory systems, which assume in their treatments, the physical activities that can be performed with use for health, in free public spaces. From an investigative research, under the application of a questionnaire to 362 users, it was found that the mobility of the population determines that the ones who live in some neighborhoods, initially located in areas covered by Basic Health Units (BHU), do not often seek health services at the BHU taken as a reference in their place. To do so, they move to other areas of the city, in search of efficiency in attendance. From this perspective, the accessibility to health services is determined by the quality of the offered services, as the communities do not realize geographical barriers to get to the BHUs. In relation to the public spaces, the interviewed people recognize the importance of green areas to improve the quality of life. 357 out of 362 users (98.6%) consider that the green areas provide some pure, clean and healthy air, as well as it is a great space for physical activities, recreation and others. Five users (1.3%) of the population sampled did not consider the contribution of the green areas for health, because of their lack of information or even the difficulty in associating the themes. In this way, the concept of territory, in relation to the healthcare sector, adopts in its own concept the inclusion of the potentialities that come from the presence of the urban green areas, which contribute to some good living conditions of the involved communities.

**Keywords:** Health; Public Spaces; Population; Territory; Territorial Planning.

## **LISTA DE SIGLAS**

*ACG* – *Adjusted Clinical Groups*

ACS – Agente Comunitário de Saúde

*Aids* – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

Amusep – Associação dos Municípios do Setentrão Paranaense

APS – Atenção Primária em Saúde

ATI – Academia da Terceira Idade

CAPs – Centros de Atendimento a Portadores de Deficiência Mental

CID – Classificação Internacional de Doenças

Cisamusep – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense

CTNP – Companhia de Terras Norte do Paraná

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Equipe Saúde da Família

*HIV* – Vírus da Imunodeficiência Humana

NIS – Núcleo Integrado de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PA – Pronto Atendimento

PACs – Programa de Agentes Comunitários

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica à Saúde

PS – Promoção da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RS – Regional de Saúde

SIAB – Sistema de Informação e Atenção Básica

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

VS – Vigilância em Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa do Estado do Paraná com localização do município de Mandaguari (2009).....	5
Figura 2	Mapa do Estado do Paraná com localização e aspectos físicos do município de Mandaguari (2009).....	33
Figura 3	Mapa de identificação dos espaços públicos de Mandaguari, Paraná (2009).....	34
Figura 4	Praça Independência, Mandaguari, Paraná (2009).....	34
Figura 5	Praça Geraldo F. Miquellette, Mandaguari, Paraná (2009).....	35
Figura 6	Praça Tiradentes no centro de Mandaguari, Paraná (2009).....	36
Figura 7	Praça dos Três Poderes no centro de Mandaguari, Paraná (2009).....	36
Figura 8	Parque da Pedreira em Mandaguari, Paraná (2009).....	37
Figura 9	Praça no Jardim Progresso em Mandaguari, Paraná (2009).....	38
Figura 10	Mapa de Identificação das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná (2009).....	39
Figura 11	UBS Popular II em Mandaguari, Paraná (2009).....	39
Figura 12	UBS Jardim Progresso em Mandaguari, Paraná (2009).....	40
Figura 13	UBS Jardim Cristina em Mandaguari, Paraná (2009).....	40
Figura 14	UBS Jardim Boa Vista em Mandaguari, Paraná (2009).....	41
Figura 15	UBS Vila Vitória em Mandaguari, Paraná (2009).....	41
Figura 16	UBS Jardim Esplanada em Mandaguari, Paraná (2009).....	42

Figura 17	Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná (2000).....	131
Figura 18	Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná (2001).....	131
Figura 19	Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná (2002).....	132
Figura 20	Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná (2003).....	132
Figura 21	Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná (2004).....	133
Figura 22	Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná (2005).....	133
Figura 23	Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná (2006).....	134
Figura 24	Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná (2007).....	134
Figura 25	Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná (2008).....	135
Figura 26	Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná (2009).....	135
Figura 27	Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná (2010).....	136
Figura 28	Mapa de localização dos principais municípios com internações de usuários residentes em Mandaguari.....	68
Figura 29	Mapa da região da Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense (Amusep).....	69

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de famílias cadastradas no PSF por Unidade de Saúde no município de Mandaguari, Paraná (2009).	14
Tabela 2	Movimento de Autorização de Internamento Hospitalar (AIH), segundo Classificação Internacional de Doenças (CID), no município de Mandaguari-PR. 2000 a 2010.	65
Tabela 3	Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo sexo na abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	73
Tabela 4	Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo faixa etária dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	75
Tabela 5	Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo escolaridade dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	76
Tabela 6	Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo renda familiar dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	77
Tabela 7	Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo ocupação dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	78
Tabela 8	Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo horas diárias de trabalho dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	79
Tabela 9	Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo residentes nos bairros de abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	84
Tabela 10	Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo tempo de residência nos bairros de abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	86
Tabela 11	Número de pessoas (Nº) na família e percentual (%) dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	87
Tabela 12	Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) que utilizam os serviços das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	88
Tabela 13	Número de Pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo atendimento por parte de outras unidades de saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	89
Tabela 14	Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo mudanças para a melhoria dos serviços das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	91
Tabela 15	Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo a acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	94

Tabela 16	Número de Pessoas (N <sup>o</sup> ) e porcentagem (%) segundo distância entre moradia dos usuários e as Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	95
Tabela 17	Número de pessoas (N <sup>o</sup> ) e porcentagem (%) segundo número de horas semanais para o lazer dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010)	96
Tabela 18	Número de pessoas (N <sup>o</sup> ) e porcentagem (%) segundo locais de lazer dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	98
Tabela 19	Número de pessoas (N <sup>o</sup> ) e porcentagem (%) segundo os motivos de frequência aos espaços de lazer dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	99
Tabela 20	Número de pessoas (N <sup>o</sup> ) e porcentagem (%) segundo o acesso às áreas verdes dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	100
Tabela 21	Número de pessoas (N <sup>o</sup> ) e porcentagem (%) segundo contribuição das áreas verdes para a saúde dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	101
Tabela 22	Número de pessoas (N <sup>o</sup> ) e porcentagem (%) segundo espaços públicos utilizados para as atividades das Equipes Saúde da Família de Mandaguari, Paraná. (2010).	102
Tabela 23	Número de Pessoas (N <sup>o</sup> ) e porcentagem (%) segundo opinião sobre a responsabilidade com relação aos espaços públicos dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).	104



# SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
	<b>QUESTÃO –PROBLEMA E HIPÓTESES.....</b>	<b>11</b>
	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>12</b>
<b>1</b>	<b>DESAFIOS E PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>16</b>
1.1	DIAGNÓSTICO DE SAÚDE NA POPULAÇÃO: CLÍNICA X EPIDEMIOLOGIA.....	19
<b>2</b>	<b>MANDAGUARI E AS ÁREAS VERDES NO CONTEXTO DA COLONIZAÇÃO DO NORTE DO PARANÁ.....</b>	<b>23</b>
2.1.	COLONIZAÇÃO DO NORTE DO PARANÁ.....	23
2.2.	AS ÁREAS VERDES NO CONTEXTO HISTÓRICO DE COLONIZAÇÃO DO NORTE DO PARANÁ.....	30
2.3.	ASPECTOS FÍSICOS, HUMANOS E OS ESPAÇOS PÚBLICOS DE MANDAGUARI.....	32
<b>3</b>	<b>ÁREAS VERDES URBANAS E SAÚDE: PARADIGMAS E EXPERIÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
3.1.	DOS MODOS DE VIDA.....	43
3.2.	DA IMPORTÂNCIA DAS ÁREAS VERDES PARA A SAÚDE.....	45

4	<b>O RECONHECIMENTO DO TERRITÓRIO COMO INSTRUMENTO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....</b>	53
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	64
5.1.	PERFIL DAS INTERNAÇÕES PELO SUS DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM MANDAGUARI.....	64
5.2.	ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO USUÁRIA DO SUS NO MUNICÍPIO DE MANDAGUARI.....	72
5.3.	UTILIZAÇÃO DA UBS E ACESSIBILIDADE.....	87
5.4.	LAZER E IMPORTÂNCIA DAS ÁREAS VERDES PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO.....	95
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	105
	<b>CONCLUSÃO.....</b>	112
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	113
	<b>APÊNDICE.....</b>	127

## INTRODUÇÃO

Este trabalho é reflexo de um aprendizado, tanto nos estudos em Geografia, como na área das Ciências da Saúde. Pode-se considerar também fruto de um trabalho desenvolvido na área municipal dos serviços de saúde, realizados há mais de uma década, considerando, inclusive, o atendimento pessoal junto aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), focando-se no contato direto com as necessidades da população, em contraste com o descaso do poder público, em organizar de forma eficaz os serviços para atender a essas demandas.

No decorrer dessa trajetória utilizou-se dos conhecimentos geográficos, objetivando trabalhar o planejamento dos serviços de saúde e o planejamento urbano, especificamente áreas verdes urbanas, na perspectiva territorial. Estudos no âmbito da Geografia vêm se utilizando das temáticas espacial e territorial em suas discussões, e, um desses enfoques são os estudos dos territórios sanitários, defendidos pela política pública Pacto em Saúde (CONASS, 2006), que auxilia o desenvolvimento desses estudos dentro da realidade das regiões, ou seja, os territórios sanitários não devem ser divididos a partir de critérios administrativos, e sim, a partir das realidades locais e regionais de suas comunidades.

Dentre as novas estratégias para o redirecionamento dos serviços de saúde, especialmente no planejamento da mesma, os especialistas nesta área têm enfatizado a interferência significativa do território em suas ações.

Nesta perspectiva torna-se imprescindível inserir os territórios áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na lógica dos territórios sanitários, por serem áreas de atuação dos profissionais de saúde diretamente articuladas com as comunidades, ou seja, a proposta de atuação do Programa Saúde da Família (PSF) é de um atendimento domiciliar junto às famílias cadastradas, com a atuação de uma equipe multidisciplinar, chamada Equipe Saúde da Família (ESF), composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e, no mínimo, 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Historicamente o PSF foi proposto pelo Ministério da Saúde em 1994, como estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseado nos trabalhos desenvolvidos pelas ESF.

As equipes são responsáveis por uma população adscrita, delimitada por uma área de abrangência, onde são realizadas atividades de promoção à saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos.

A territorialização é pressuposto básico do trabalho do PSF e apresenta algumas dimensões: demarcação dos limites de áreas de atuação; reconhecimento do território (população, dinâmica e ambiente); e o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços articulados e verticais com os centros de referência. (PEREIRA; BARCELLOS, 2006; CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Um dos termos mais empregados para descrever a relação serviço-território-população é a adscrição, que representa o território sob responsabilidade da ESF. (BRASIL, 1997). Cada equipe tem a responsabilidade pela cobertura de determinada área geográfica que possui certo número de famílias.

Com a intenção de organizar a atenção básica, a demarcação de territórios é uma prática que permite regular e estabelecer regras para a atuação de equipes. Essas áreas são identificadas por vários termos: espaço territorial, área de abrangência de unidade, adscrição de clientela e referência e contra-referência.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) para a atuação dos profissionais de saúde no âmbito domiciliar, são definidos recortes territoriais agregando as famílias, sendo no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas, que podem compor um bairro, parte de um bairro, vários bairros, tanto em áreas urbanas, como em áreas rurais.

No PSF, o menor nível de atenção é a família. Os níveis maiores podem ser uma microárea, área, segmento ou mesmo o município. A microárea normalmente agrega de 450 a 750 habitantes e constitui a unidade de atuação do profissional ACS. A área é formada por um conjunto de microáreas, não necessariamente contíguas, onde atua uma ESF agregando de 2.400 a 4.500 pessoas, ou cerca de 600 a 1.000 famílias.

A cidade de Mandaguari é composta por 6 ESF, sendo cada UBS, composta por 1 equipe e, atualmente, com uma cobertura de atendimento a cerca de 70% da população adscrita.

Os critérios para estabelecer os limites destas áreas são os mais variados e por isso poucos atingem o objetivo.

Perehouskei (2001) estudou critérios para estabelecer a delimitação das áreas de abrangência dos Núcleos Integrados de Saúde (NIS) do município de Maringá, no

Estado do Paraná, considerando as opiniões emitidas pelas Equipes Saúde da Família (ESF).

A partir desse estudo estruturaram-se alguns parâmetros para a delimitação dos recortes territoriais: fluxos de população na busca de atendimento junto aos serviços de saúde; distribuição de equipamentos urbanos no território; acessibilidade considerando os meios de transporte e barreiras geográficas existentes nos trajetos até os NIS; distância entre a moradia e os serviços de saúde, e, também, a estrutura dos serviços oferecidos pelas UBS às comunidades usuárias.

A adoção de alguns critérios estabelecidos nessa pesquisa para o planejamento dos serviços contribuiu para minimizar aspectos de exclusão social nos atendimentos em saúde, pois, muitas famílias que não recebiam auxílio domiciliar passaram a receber o atendimento.

Perehouskei e Benaduce (2007) estudaram a percepção das comunidades usuárias dos serviços públicos de saúde, nos bairros Jardim Universo e Jardim Pinheiros do município de Maringá, Estado do Paraná, com relação à área de abrangência de seus NIS, verificando que a divisão de áreas previamente estabelecida pelo serviço de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, sofre importantes distorções quando comparadas com a divisão de áreas estabelecida pelas comunidades usuárias, verificando, assim, aspectos de exclusão social nos atendimentos domiciliares em saúde.

Será que os recortes territoriais atualmente adotados nas UBS contemplam a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde?

Por que não além de verificar os aspectos de acessibilidade aos serviços, não investigar potenciais inseridos nos territórios áreas de abrangência desses equipamentos de saúde?

Uma dessas potencialidades que se configura também como um estudo geográfico mister no âmbito da área de saúde, corresponde à temática das áreas verdes, que a rigor, beneficiam os cidadãos em seu bem estar e em sua qualidade de vida.

Será que comunidades mais carentes têm acesso aos serviços de saúde e áreas verdes que porventura possam estar localizadas próximas às suas residências?

Será que nos espaços públicos são organizadas atividades práticas de recreação, dinâmicas e encontros que possam proporcionar maior informação e conhecimento sobre temas como: conceitos de cidadania, educação em saúde e ambiental? Será que se constituem em espaços funcionais para atividades direcionadas à saúde?

O viés que vem justificar a integração entre saúde e ambiente encontra-se nos conceitos de boas condições de vida utilizados também em outras ciências afins.

A discussão de boas condições de vida pode ser compreendida sob duas perspectivas: a primeira, mais funcionalista, que considera os fatores do ambiente, externos, e que determinam também o processo saúde-doença<sup>1</sup>; a segunda, de conceitos marxistas, pressupõe os diferentes espaços ocupados pelo homem, reproduzindo as sociedades capitalistas, como as explicações mais importantes para adoecer e morrer, ou seja, as desigualdades sociais não são naturais, mas estabelecidas historicamente pelo sistema de produção e organização da sociedade. (LEAVEL; CLARK, 1976).

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4).

Apesar de a saúde estar contemplada na Constituição Brasileira como “direito de todos e dever do Estado”, sendo este direito considerado uma das maiores conquistas da sociedade no período de redemocratização do país, o texto está muito distante da realidade, e a organização dos serviços desequipada política e tecnicamente a repensar suas práticas.

A saúde [...] é resultante também da organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e o lazer, das relações com o meio ambiente. Dessa forma, [...] a saúde resulta do conjunto da experiência social, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo que é, também, biológico. (SILVA JUNIOR, 2006, p. 33).

Campello (2008) considera que a evolução do homem ocorre a partir da sua ocupação do solo, que vai ao longo do tempo modificando a sua história. Tanto nas áreas urbanas, como nas rurais, os estudos de áreas verdes são imprescindíveis e cada vez mais necessários devido aos graves problemas que prejudicam a vida, advindos da

---

<sup>1</sup> Saúde: Vem do latim *salutis*, derivado do radical *salus*, origem de uma série de significantes no vocabulário moderno, desde *salvar* (*livrar do perigo, afastar riscos*) a *saudar* (*cumprimentar, desejar saúde*). É importante a variação *sânus*, são em latim, que deu origem a sanidade, sanatório, sanitário. Doença: vem do latim *dolentia*, derivado de *dolor* e *dolore*, respectivamente "dor" e "doer". No latim, empregava-se ainda o substantivo *morbus* como sinônimo para doença, que se tornou raiz do termo epidemiológico "morbidade". (ALVANHAN, 2005).

descaracterização do meio ambiente que é resultado do crescimento populacional desordenado nas cidades brasileiras e também em outras partes do planeta.

Nesta ótica, por que não identificar como as pessoas entendem a importância desses espaços públicos inseridos nesse território abrangência dos serviços públicos em saúde?

Que contribuições as áreas verdes poderão oferecer à qualidade nos tratamentos desses usuários?

Será que as pessoas têm consciência dessa importância? Além disso, será que saberiam cobrar do poder público e do Estado a inclusão desses espaços públicos próximos aos serviços de saúde?

De antemão ocorreram muitos questionamentos com relação a esta escolha: por que estudar uma cidade de pequeno porte, como é o caso de Mandaguari, localizada no norte central do Estado do Paraná, com uma população de 33.093 habitantes (MANDAGUARI, 2009), sendo 90% em área urbana e 10% em área rural (Figura 1).

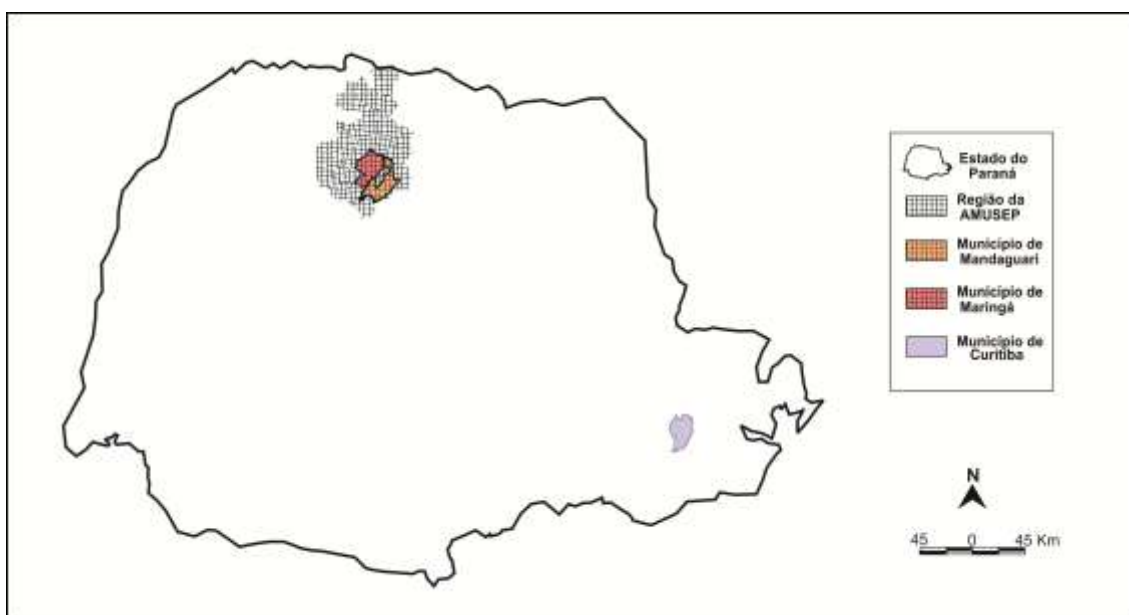


Figura 1: Mapa do Estado do Paraná com localização do Município de Mandaguari (2009).  
Fonte: Instituto de Terras, Cartografia e Geociências do Paraná (ITCG-PR), (2011).  
Org.: BRAVO, J. V. M.; PEREHOUSKEI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2013).

O que nos motivou a escolher essa cidade, e como ela pode contribuir efetivamente ao planejamento das áreas verdes articulados com os serviços de saúde?

Esta pesquisa, que é investigativa, tem o desafio de responder a essas questões que, para muitos, poderá se caracterizar por enfoques ideológicos e até mesmo utópicos, porém seus resultados poderão ser utilizados no planejamento e gestão dos serviços de

saúde, que teoricamente, pretendem trabalhar de forma preventiva nas diversas doenças e fomentar a autonomia dos usuários do SUS em seus tratamentos.

De acordo com Lima et al. (1994) as áreas verdes correspondem a uma categoria incluída no conceito de espaço livre<sup>2</sup> onde há predomínio de vegetação arbórea, englobando praças, jardins públicos e parques urbanos.

[...] as áreas verdes englobam locais onde predominam a vegetação arbórea, praças, jardins e parques, e sua distribuição deve servir a toda a população, sem privilegiar qualquer classe social e atingir as necessidades reais e os anseios para o lazer, devendo ainda estar de acordo com sua estrutura e formação (como idade, educação, nível sócio-econômico). (MORERO et al., 2007, p. 20).

Toledo e Santos (2008) empregam a expressão “áreas verdes” a diversos tipos de espaços urbanos que podem ser públicos ou particulares e são abertos, acessíveis e relacionados com saúde e recreação.

Mazzei et al. (2007) consideram que as áreas verdes não são necessariamente voltadas para a recreação e lazer, porém, devem ser dotadas de equipamentos para oferecer opções de lazer e recreação às diferentes faixas etárias, a pequenas distâncias da moradia.

Além dos conceitos de áreas verdes, é fundamental para a compreensão desse estudo, conhecer outras categorias de espaços livres, como por exemplo, os parques urbanos, que apresentam dimensões maiores do que praças e jardins e também apresentam uma função ecológica, estética e de lazer.

De Angelis (2000) e Robba e Macedo (2002) consideram as praças como espaços livres públicos no cenário urbano, destinados ao lazer e ao convívio da população, acessíveis aos cidadãos e livres de veículos, sejam esses espaços contemplados por áreas verdes ou não.

Loboda e De Angelis (2005, p. 128) consideram que “as praças foram reduzidas a estreito oásis de verde, ou a meros espaços de estacionamento, em uma cidade que, com o seu destruidor poder urbano, não dá mais espaço ao prazer de viver em coletividade, fazendo com que as pessoas tenham perdido o encanto de estar junto e do confronto direto”.

---

<sup>2</sup> Conceito mais abrangente, integrando os demais e contrapondo-se ao espaço construído, em áreas urbanas. Sua função deve satisfazer três objetivos principais: ecológico, estético e de lazer. Lima et al. (1994).



Estudada pela ótica da Geografia, podemos entender a praça não somente como um espaço físico materializado sob a forma de mobiliário urbano, paisagismo e arborização, cujo objetivo seja o de dotar as cidades de “ilhas verdes” para o seu embelezamento. Leva-nos o presente trabalho a uma seara pouco explorada em nosso país, que é a apreensão desses espaços balizados pela questão política, econômica, social e cultural. Qual seja o entendimento da praça considerando aquele que dela faz uso: o homem. E esse espaço de que estamos tratando pode ser resumido em uma definição muito simples de, como sendo “igual à paisagem mais a vida nela existente; é a sociedade encaixada na paisagem, a vida que palpita conjuntamente com a materialidade. (SANTOS, 1988, p. 73).

Silva (2000) complementa como o espaço público foi aos poucos sendo esvaziado, até mesmo abandonado por segmentos mais afortunados da sociedade, devido às suas próprias mudanças de valores, transferindo diversas atividades culturais, sociais, e até econômicas para espaços modernos, como é o caso do *Shopping Center*.

Em cidades interioranas [...], as praças estão associadas a locais não apenas de encontro, mas também de entretenimento, com a realização de “quermisses” ou outras manifestações das diferentes culturas regionais. Nos bairros periféricos acabam sendo associadas ao ócio e a incipientes atividades de negócio. (LIMA, 1994, p. 34).

De acordo com os objetivos desta pesquisa, que pretende investigar as relações existentes entre os serviços de saúde e as áreas verdes como espaços de sociabilidade para atuação das UBS junto aos grupos de saúde, faz-se necessário conhecer também as diversas funções estabelecidas pelas áreas verdes, destacando-se a sua função social, que contribuirá para as ações desenvolvidas em prol das comunidades locais.

As áreas verdes urbanas podem trazer diversos benefícios aos grupos sociais: controle da poluição do ar e acústica, aumento do conforto ambiental, estabilização de superfícies por meio da fixação do solo pelas raízes das plantas, abrigo à fauna, equilíbrio do índice de umidade do ar, proteção das nascentes e mananciais, valorização visual e ornamental do ambiente, recreação, diversificação da paisagem construída e principalmente como objetivo deste trabalho, a organização e composição de espaços no desenvolvimento das atividades humanas. Essas funções foram amplamente discutidas por diversos autores, como: Cavalheiro e Del Picchia (1992), Lima et al. (1994), Henke-Oliveira (1996), Nucci e Moura (2005), Vieira (2004), Toledo e Santos (2008).

Além desses trabalhos, Henke-Oliveira (1996) salienta que todos esses estudos e elementos contribuem na valorização de áreas verdes para o convívio social,

valorização econômica das propriedades e para a formação de uma memória e do patrimônio cultural.

Vieira (2004) considera que a principal função do sistema de áreas verdes urbanas é a de possibilitar à população momentos de lazer e recreação em contato com a natureza respeitando sua vivência urbana e contato com outras pessoas.

Henke-Oliveira (1996, p. 11) argumenta que o “estilo de vida urbano e a estrutura cultural das cidades são elementos associados à tendência ao sedentarismo, aumentando a demanda por áreas verdes e espaços para recreação”.

A partir desses estudos, Vieira (2004) considera que as áreas verdes tendem a assumir diferentes papéis na sociedade e suas funções devem estar inter-relacionadas no ambiente urbano, como por exemplo, a função social: ofertar o lazer à população considerando a necessidade de hierarquização (faixas etárias, níveis sócio-econômicos e outros). Também a função estética, com a diversidade de paisagens construídas, contribuindo para o embelezamento das cidades. A função ecológica, com a melhoria no clima e qualidade do ar, do solo e da água nas cidades, proporcionando a saúde para os habitantes, devido à vegetação, solo não impermeabilizado e diversidade da fauna.

A função educativa, com ambientes onde possam se desenvolver atividades educativas, incluindo a educação em saúde e ambiental. E a função psicológica com a realização de atividades físicas, de lazer e recreação, ou seja, atividades “anti-estresse” e relaxamento, aproveitando o ambiente em que as pessoas estão diretamente em contato com os elementos naturais das áreas verdes organizadas.

O autor salienta a importância de manutenção e conservação das áreas verdes, para que justamente possam cumprir suas funções, inclusive organizando-as com espécies autóctones.

Com estes pressupostos, conhecer a realidade das condições de saúde e doença do universo de investigação torna-se fundamental, até mesmo para justificar a importância em pesquisar a relação entre os serviços de saúde e a presença das áreas verdes em suas áreas de atuação.

Para tanto, o presente trabalho está estruturado em 5 capítulos, conforme apresentado na sequência.

O primeiro capítulo intitulado **Desafios e práticas de promoção da saúde** apresenta as diversas propostas e desafios do setor de saúde a partir dos anos 1980, bem como alguns modelos de atenção primária que se destacaram em diversos países.

O segundo capítulo intitulado **Mandaguari e as áreas verdes no contexto da colonização do Norte do Paraná** apresenta o processo histórico de colonização da cidade e seu planejamento, que está inserido na dinâmica de ocupação do Norte do Paraná, e, a partir desses pressupostos, discute historicamente o processo de implantação das áreas verdes.

O terceiro capítulo intitulado **Áreas verdes urbanas e saúde: paradigmas e experiências** demonstra a possibilidade de planejar as áreas verdes, a partir da identificação dos modos de vida de suas comunidades, identificando os principais impactos ambientais que necessitam de urgentes intervenções e os problemas de saúde que poderão ser minimizados, ou mesmo evitados, com o planejamento racional.

Com a identificação da possibilidade em se desenvolver estudos sobre as áreas verdes numa perspectiva integradora, o quarto capítulo intitulado **O reconhecimento do território como instrumento de organização dos serviços de saúde** discute o conceito de território, além da perspectiva administrativa dos serviços de saúde (território patrimonial), procurando valorizar os aspectos subjetivos: de tradição, costumes e valores coletivos, emitidos pela própria comunidade usuária dos serviços de saúde (territórios de vida), que certamente se distinguem nos recortes territoriais estudados.

O quinto capítulo intitulado **Resultados e discussão** demonstra os resultados obtidos com a presente pesquisa, identificando os principais problemas de saúde em Mandaguari e definindo a partir da acessibilidade das comunidades usuárias, os recortes territoriais de áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, bem como as relações existentes entre as áreas verdes e os serviços de saúde, enfocando a importância em se aproveitar este potencial ecológico, nos tratamentos e práticas dos usuários e no próprio conceito de território utilizado nas Ciências da Saúde, na Geografia e em outras ciências afins.

As **Considerações finais** encerra esta etapa de pesquisa com algumas reflexões sobre os resultados obtidos, bem como aponta futuras práticas no planejamento dos serviços de saúde e das áreas verdes urbanas que certamente beneficiarão as futuras gerações em suas condições de saúde e de vida.

## **OBJETIVOS**

### **GERAL**

Investigar as relações existentes entre os serviços de saúde e as áreas verdes como espaços de sociabilidade para atuação das UBS junto aos grupos de saúde.

### **ESPECÍFICOS**

Analisar a mobilidade da população adscrita nas UBS da cidade de Mandaguari.

Avaliar a importância de áreas verdes para a saúde da população no contexto dos serviços públicos de saúde.

Pesquisar junto às comunidades usuárias dos serviços de saúde de que forma a organização e o contato com as áreas verdes podem contribuir para a melhoria dos serviços e condições de saúde da população, numa perspectiva coletiva.

Investigar junto às comunidades da cidade de Mandaguari, a acessibilidade e barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde.

## **QUESTÃO-PROBLEMA E HIPÓTESES**

Em geral os estudos que tratam da dinâmica dos espaços públicos apontam certo distanciamento das pessoas em relação a esses logradouros, principalmente quando se referem às praças e parques. Essas áreas verdes urbanas localizadas no entorno das UBS, normalmente são espaços públicos, quando existem, pouco assistidos pelo poder público.

Desta forma, a questão que norteia a pesquisa é: Nesse cenário, será que existem áreas verdes sendo utilizadas para ações preventivas em saúde e será que as pessoas têm consciência da importância do verde para a sua vida?

Na busca de resposta ao questionamento apresentado, delinearam-se duas hipóteses: (a) Devido às UBS normalmente se localizarem em bairros periféricos, será que os usuários têm acesso aos serviços de saúde necessários às suas boas condições de vida? (b) Partindo do pressuposto que as áreas verdes contribuem para a melhoria da saúde, será que existem espaços públicos próximos às UBS, onde as pessoas tenham acesso e possam usufruir, inclusive como apoio aos seus tratamentos?

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Inicialmente para conhecer as doenças mais representativas no município de Mandaguari foi utilizada a base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), (BRASIL, 2000-2010) que integra a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

Especificamente os dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) que permitem determinar o perfil de hospitalizações da população no âmbito do SUS, bem como os custos correspondentes. Apesar de suas limitações, os dados produzidos pelo SIH-SUS são de fácil acesso, disponibilizados rapidamente e abrangem todo o país. A análise dos grandes bancos de dados existentes, sobretudo em países com recursos financeiros escassos e maior demanda da população por serviços públicos de saúde, pode estimular uma discussão acerca dos custos e do modelo de saúde vigente, complementando as informações epidemiológicas. (PEIXOTO et al., 2004).

A unidade de observação do SIH-SUS é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que representa um resumo da alta do paciente, preenchida para cada internação realizada em hospitais conveniados ao SUS, para fins de reembolso financeiro. Existem dois tipos de AIH: a de tipo 1, emitida no início da internação do paciente; e a de tipo 5, ou de continuidade, utilizada quando a internação se prolonga além do tempo previsto para a AIH de tipo 1. Na maioria das vezes, os registros da AIH de tipo 5 não contêm informações sobre idade e sexo do paciente, dificultando a sua análise.

No presente trabalho, utilizou-se as AIH de tipo 1, excluindo-se as internações por parto (normal e cesariana) para mulheres de 20 a 59 anos, segundo Classificação Internacional de Doenças (CID), no período de 2000 a 2010. Esses dados expressam o número de internações ocorridas no período, dos residentes em Mandaguari, tanto na própria cidade, como em outras cidades do Estado do Paraná, ou seja, demonstram o local de residência, por local de internação.

Diversas pesquisas que vem utilizando dados do SIH-SUS, bem como outros bancos de dados secundários, apresentam algumas limitações, sobretudo em virtude da qualidade e abrangência das informações existentes. Nessa perspectiva alguns pontos

devem ser considerados: em primeiro lugar, esses dados são referentes às internações pagas pelo SUS, cuja finalidade é o reembolso do procedimento médico realizado; e, em segundo lugar, a possibilidade de emissão de duas ou mais AIH para um mesmo indivíduo. Os custos de hospitalizações estão subestimados quando se consideram somente informações existentes no SIH-SUS, uma vez que elas se referem, exclusivamente, às internações reembolsadas pelo SUS. (PEIXOTO, et al., 2004).

Dentre as variáveis representativas para diagnóstico de doenças estão as internações, que foram utilizadas neste trabalho e, estão atualmente disponíveis no referido banco de dados entre o período de 2000 a 2010.

Em seguida foi elaborado<sup>3</sup> e aplicado um questionário (Apêndice A) junto às comunidades usuárias das 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Mandaguari, Estado do Paraná, no período de abril a dezembro de 2010. As entrevistas foram realizadas nas próprias UBS, normalmente em horários que antecediam as consultas, e que representam momentos de maior circulação de pessoas, bem como nos grupos de saúde organizados pelas ESF: grupos de idosos, diabéticos, hipertensos e outros.

Foram entrevistadas pessoas a partir de 15 anos, e, no caso das crianças acompanhadas pelas mães ou responsáveis, foram entrevistados os adultos.

Esse questionário foi composto por perguntas que tinham por objetivo de investigação, as relações existentes entre as áreas verdes e os serviços de saúde. Além desse enfoque, também questões que pudessem identificar exemplos de barreiras geográficas, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e fluxos de população, ou seja, de onde as pessoas estão partindo para receber o atendimento.

Para determinar a amostra, parte expressiva de uma população, que representa um conjunto de elementos com uma característica comum, foi adotado o número total de famílias cadastradas no PSF, atualizados através do banco de dados: Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB), (MANDAGUARI, 2010).

De acordo com o referido banco de dados atualmente estão cadastradas no PSF 6063 famílias (Tabela 1), que, para um intervalo de confiança de 5%, que representa o intervalo estimado de um parâmetro estatístico, ou seja, não se estima um parâmetro por um único valor, mas sim, é dado um intervalo de estimativas prováveis. Quão prováveis são estas estimativas, é determinado pelo nível de confiança, cujo parâmetro adotado

---

<sup>3</sup> O referido questionário foi elaborado pelo próprio autor e orientador da presente pesquisa. Nota do autor.

normalmente é de 95%. Quanto maior a probabilidade de o intervalo conter o parâmetro, maior será o intervalo.

Uma pesquisa que resulte num intervalo de confiança pequeno é mais confiável do que outra que resulte num intervalo maior. Esses parâmetros estatísticos foram trabalhados por Golstein e Healey (1995); Zar (1984) e Barbata (1998).

Com a utilização do programa Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SSPP, 2010) calculou-se que, para um intervalo de confiança de 5% e nível de confiança de 95%, a amostra representativa para uma população de 6063 é de 362 pessoas, que representam unidades familiares. O número de entrevistas foi proporcional ao total de famílias cadastradas em cada UBS.

Tabela 1. Número de famílias cadastradas no PSF por Unidade de Saúde no Município de Mandaguari, Paraná (2009).

<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>	<b>TOTAL DE FAMÍLIAS</b>
JARDIM BOA VISTA	920
JARDIM CRISTINA	1115
JARDIM PROGRESSO	994
JARDIM POPULAR	1240
JARDIM ESPLANADA	1494
JARDIM VILA VITÓRIA	300
<b>TOTAL</b>	<b>6063</b>

Fonte: Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB), (2010); Prefeitura do Município de Mandaguari/Secretaria Municipal de Saúde. (2010).

Em seguida foram analisados e avaliados os dados obtidos junto às comunidades. A ideia inicial era de comparar esses dados, com outras informações emitidas pelas ESF a partir de oficinas de territorialização, no que se refere à identificação de barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde, porém, essas informações não foram representativas.

No entanto, o conceito de “oficinas de territorialização” pode ser utilizado em modelos de planejamento de outros municípios, pois representa um instrumento que o pesquisador dispõe para, em encontros periódicos com as equipes de saúde, conhecer a realidade do território que pretende investigar, pois este saber pertencente à equipe é ímpar, bem como seu conhecimento sobre as organizações familiares e comunitárias



contribuindo para o planejamento e futuras ações no setor de saúde, pois parte da realidade vivenciada pelos atores sociais envolvidos.

A partir do diagnóstico das entrevistas junto às comunidades, foram caracterizadas as áreas verdes, bem como suas influências com relação à qualidade de vida das comunidades usuárias do SUS.

Por fim, foram construídos mapas utilizando o Corel Draw (2003), que representa um programa para realização de desenhos, utilizado na representação da localização das UBS e espaços públicos da cidade de Mandaguari.

Com os resultados obtidos a partir das entrevistas foram propostas algumas ações de planejamento e monitoramento de áreas verdes, bem como do território área de abrangência e serviços oferecidos pelos núcleos de saúde, resultando em melhores condições de vida para as comunidades carentes de Mandaguari.

## **CAPÍTULO I. DESAFIOS E PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Considerando a magnitude do processo de construção do setor de saúde, proposto pela Declaração de Alma Ata, que serviu de base para a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, foi emitida a Carta de Ottawa a qual estabeleceu alguns requisitos para a melhoria das condições de saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável e estável, recursos renováveis e sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 1998).

Algumas ações ficaram pactuadas na Carta de Ottawa (CANADÁ, 1986): elaboração de política pública saudável; criação de meios ambientes que protejam a saúde; fortalecimento da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais (hábitos saudáveis) e a reorientação dos serviços.

Além dessa primeira conferência, ocorreram também outros eventos representativos mundialmente, com elaboração de documentos, que pactuaram ações que objetivassem a melhoria das condições de saúde, numa perspectiva planetária, como a Declaração de Adelaide (AUSTRÁLIA, 1988), que tratou de políticas públicas saudáveis; Declaração de Sundsvall (SUÉCIA, 1991) defendendo a organização de ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento sustentável à qualidade de vida; Declaração de Bogotá (COLÔMBIA, 1992) pactuando a busca de novas estratégias de promoção à saúde, adequadas às realidades dos países em desenvolvimento; Declaração de Jacarta (INDONÉSIA, 1997) discutindo a temática Promoção da Saúde no Século XXI e outros.

Essas declarações estabeleceram bases conceituais e políticas de promoção à saúde, que representam um movimento social e de profissionais, associada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria e outros. (BUSS, 1998).

Esses documentos também se referem a ações do Estado, quando este é também responsável pela elaboração de políticas públicas saudáveis; ao movimento da própria comunidade com a sua participação nos projetos de elaboração e desenvolvimento dessas políticas (movimento endógeno); a reorientação do sistema de saúde; a integração dos indivíduos a partir do desenvolvimento de hábitos pessoais:

autonomia no tratamento, informação e participação e também de parcerias intersetoriais: setores governamentais e não-governamentais, como associações e Organizações Não Governamentais (ONGs).

Essas ações formam um conjunto que atuará no ambiente social, político, educacional, econômico, cultural e de serviços de saúde, buscando proporcionar condições saudáveis e prevenir o surgimento de doenças (individual e coletiva), ultrapassando as ações de responsabilidade do setor, ou seja, procura também o auxílio de outras ciências objetivando o bem estar coletivo, conforme estabelecidas na Carta de Ottawa. (CANADÁ, 1986).

Recentemente com o intuito de garantir e efetivar as propostas de Promoção à Saúde estabelecidas no decorrer da História, o Ministério da Saúde a partir da Portaria Nº 719, de 7 de abril de 2011, institui o “Programa Academia da Saúde” no âmbito do SUS.

De acordo com o Art. 1º e 2º este deverá ser implantado pelas Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, com apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde e, tem como objetivo geral, contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado, para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. Esses polos são espaços públicos construídos para o desenvolvimento dessas atividades. (BRASIL, 2011).

Dentre os objetivos específicos deste programa (Art. 3º), estão:

- a) Ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde;
- b) Fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção da saúde;
- c) Potencializar as ações nos âmbitos da Atenção Primária em Saúde (APS), da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS);
- d) Promover a integração multiprofissional na construção e execução das ações;
- e) Promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer;
- f) Ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis;
- g) Aumentar o nível de atividade física da população;
- h) Estimular hábitos alimentares saudáveis;

- i) Promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade;
- j) Potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e
- k) Contribuir para a ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

A equipe composta para a atuação neste programa deve atuar sob a coordenação da rede de Atenção Primária articulada com a rede de serviços de saúde, bem como com outros equipamentos sociais, considerando os princípios, diretrizes e objetivos das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (PNPS) e de Atenção Básica à Saúde (PNAB), (Art. 4º).

A equipe multiprofissional de apoio que atuará junto à gestão do pólo será composta por profissionais da Atenção Primária de Saúde, por representantes da sociedade civil e outros profissionais afins envolvidos com o referido Programa, garantindo uma gestão compartilhada do espaço público e das atividades a serem organizadas (Art 5º).

Dentre as atividades previstas a serem realizadas por este Programa (Art. 6º), estão:

- a) Promoção de práticas corporais e atividades físicas (ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi chuan, entre outros);
- b) Orientação para a prática da atividade física;
- c) Promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar;
- d) Práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato);
- e) Organização do planejamento das ações do Programa em conjunto com a equipe de APS e usuários;
- f) Identificação de oportunidades de prevenção de riscos, doenças e agravos a saúde, bem como a atenção das pessoas participantes do Programa;

- g) Mobilização da população adscrita ao polo do Programa;
- h) Apoio às ações de promoção da saúde desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde;
- i) Apoio às iniciativas da população relacionadas aos objetivos do Programa;
- j) Realização de outras atividades de promoção da saúde a serem definidas pelo grupo de apoio à gestão do Programa, em conjunto com a Secretaria Municipal e Distrital de Saúde; e
- k) Realização da gestão do polo do Programa Academia da Saúde.

Os recursos destinados à infraestrutura dos polos deste Programa serão provenientes da União, destinados à programas governamentais que impliquem em construção de infraestrutura para atividades de promoção da saúde, com foco nas práticas corporais e atividade física, de programa próprio do Ministério da Saúde e de emendas parlamentares (Art. 9º).

Poderão ser pactuadas parceiras junto à iniciativa privada desde que não haja exigência de contrapartida do poder público, bem como serem as atividades desenvolvidas em espaços públicos. Da mesma forma será livre a iniciativa para a reprodução dos módulos do referido Programa, desde que não haja implicação de recursos. (Art. 10).

Verifica-se a partir da instituição desta Portaria que as propostas do Programa, na perspectiva da promoção da saúde, encontram-se com os objetivos da presente pesquisa, que busca valorizar os espaços públicos (áreas verdes urbanas) para a realização das atividades em saúde e, acompanhamento de tratamentos junto à população, por parte das ESF atuantes nas UBS.

## 1.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE NA POPULAÇÃO: CLÍNICA X EPIDEMIOLOGIA

Normalmente as abordagens que caracterizam as condições de saúde na prática clínica são baseadas na frequência de diagnósticos individuais ou mesmo diagnósticos individuais agrupados por sistemas de órgãos do organismo (STARFIELD, 2002). Esta pode não ser a melhor abordagem para a prática da atenção primária<sup>4</sup>, pois alguns usuários podem ter mais de um diagnóstico e também algumas doenças predisõem a

---

<sup>4</sup> Em sua publicação sobre atenção primária, Srtarfield (2002) considera ser esta a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o *locus* de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo.

outras. Considerando que a atenção primária enfoca os usuários e as populações de usuários, em vez de suas doenças, as abordagens que irão caracterizar as doenças de acordo com as diversas manifestações de saúde e doença seriam de muito mais utilidade na atenção primária.

A avaliação de saúde e doença (condição de saúde) serve primeiramente para facilitar a prestação de atendimento clínico, também para documentar as diferenças entre populações e subpopulações e informar as atividades ligadas à saúde pública, bem como as políticas de saúde que estão em vigor e também para administrar os recursos de acordo com as necessidades e posteriormente avaliar os resultados dos serviços de saúde.

A saúde da população pode ser descrita pela frequência de diagnósticos individuais na população, sendo que diferentes populações poderiam ser comparadas com relação à incidência ou prevalência de cada diagnóstico específico.

Holland (1991; 1993) exemplifica que os atlas de mortalidade em diferentes países, ou em diferentes subdivisões políticas de qualquer país, retratam a frequência de mortes devido a diagnósticos específicos. White et al. (1961, p. 23) afirma que “o conhecimento a respeito da incidência ou da prevalência de enfermidades específicas deriva (...) de dados sobre consultas médicas. Entretanto, a maioria dos problemas novos de saúde que surgem nunca chega a chamar a atenção de profissionais”.

Muitos problemas de saúde não são resolvidos em apenas uma consulta, sendo muitas vezes necessárias várias consultas para obter as informações suficientes e diagnosticar, e procurar solucionar um problema.

Nessa realidade um importante avanço conceitual é a abordagem baseada no “episódio de atendimento” que pressupõe a prática do médico em indicar qual consulta de uma série é a inicial para um problema; posteriormente é feita a sua caracterização e registrado de quais consultas subsequentes estão relacionadas ao problema, e também indicada em qual consulta o problema foi resolvido (ou pelo menos minimizado). Adotando esta abordagem o problema é denominado utilizando-se um sistema de codificação como a Classificação Internacional de Atenção Primária. (LAMBERTS; HOFMANS-OKKES, 1996).

Os referidos autores descreveram a natureza da prática de atenção primária nos Países Baixos mostrando que, em uma população de pacientes de 15.158 mulheres, com idade entre 25 e 44 anos, 11.570 (76%) consultaram com seu médico pelo menos uma vez em um ano. Os 20 episódios novos mais comuns constituíram um terço de todos os

episódios novos. As 15.158 mulheres apresentaram uma média de 2,9 novos episódios por ano, das quais 2,4 eram novos e apenas 0,5 eram antigos.

Apesar da adoção de determinados conceitos e técnicas, a doença, identificada a partir de diagnósticos, é reconhecida cada vez mais como uma medida incompleta e inadequada do peso da doença. Na realidade não oferece nenhuma informação sobre aspectos mais positivos da saúde, conforme expressos nas abordagens mais comuns para definir saúde. Além disso, os padrões de diagnóstico de doenças individuais podem variar de lugar para lugar e de momento para momento.

A despeito da existência de critérios-padrão para alguns diagnósticos, eles não são universalmente usados; o que é considerada doença em um lugar, pode não ser reconhecida da mesma forma em outros locais. Embora a CID seja utilizada no mundo inteiro para designar as causas de morte, causas de hospitalização e consultas de pacientes não internados, não significa que o mesmo diagnóstico represente a mesma coisa em todos os lugares.

No entanto, esses grupos normalmente não incluem todas as doenças, nem mesmo são periodicamente usados para comparar unidades de saúde em diferentes locais. Densen et al. (1959) e Starfield et al. (1985) adotaram em suas pesquisas o sistema de *Adjusted Clinical Groups (ACG)* que é um sistema de *case-mix*, que caracteriza as pessoas de acordo com as doenças que apresentam em um período de tempo (por exemplo, em um ano).

Essas pesquisas demonstraram que usuários frequentes dos serviços permaneciam usuários por longos períodos de tempo. Esse modelo é feito a partir da combinação de diagnósticos em populações de pacientes, dentro de grupos relativamente homogêneos no uso de seus recursos, ao longo daquele período de tempo.

Outra estratégia é revelada por meio de pesquisas domiciliares, realizadas em diversos países, incluindo o Brasil, de amostras representativas da população. São estudos que revelam informações a respeito da saúde das pessoas, sobre sintomas e várias doenças para as quais elas podem ou não ter buscado atendimento.

Esses dados vêm se tornando fontes importantes de informação sobre a saúde de diferentes grupos dentro das populações, ou mesmo entre populações de diferentes países. Como exemplo, pode-se citar os trabalhos de Wagstaff e Van Doorslaer (1993) que utilizaram dados sobre dias registrados de incapacitação por problemas crônicos e a limitação de atividades associadas a elas, para mostrar que os sistemas de saúde mais equitativos possuem melhor saúde.

A partir das discussões sobre a promoção da saúde, o próximo capítulo apresenta o processo de colonização do Norte do Paraná contextualizando a cidade de Mandaguari, bem como a implantação de áreas verdes urbanas que já apresentavam, nesse período de colonização, funções bem definidas.



## CAPÍTULO II. MANDAGUARI E AS ÁREAS VERDES NO CONTEXTO DA COLONIZAÇÃO DO NORTE DO PARANÁ

### 2.1. COLONIZAÇÃO DO NORTE DO PARANÁ

No Brasil a maioria das cidades se formou e se desenvolveu de forma espontânea no decorrer do tempo. Com a amplitude do povoamento, a urbanização se interiorizou. A partir dos fins do século XIX e século XX surgiram vários núcleos urbanos planejados, tanto por poderes públicos, como são os casos de Belo Horizonte e Teresina; como por empresas particulares, como algumas das principais cidades do Norte do Paraná: Maringá, Cianorte e Umuarama. (LUZ, 1997, p. 6).

Com a reestruturação da economia após a crise da cafeicultura, a região norte paranaense deixa de ser administrada por diversas empresas particulares, passando a ser administrada por um grupo social minoritário formado por grandes proprietários de terras.

A Companhia de Terras Norte do Paraná (CTNP) e a Companhia Ferroviária São Paulo-Paraná, eram duas companhias brasileiras subsidiárias da empresa *Paraná Plantations Ltd* fundada em Londres em 1925 e liquidada em 1944. (REGO, 2009, p. 17). De acordo com os arquivos da *Paraná Plantations*, seus principais objetivos eram:

terras no Brasil, ou em qualquer parte da América do Sul; desenvolver cultivos, plantios e negócios com produtos como o algodão, café, açúcar, cânfora, pimenta, cacau, borracha, madeira, trigo (cereais) e frutas; cultivar terras da companhia ou não, e implantar os recursos necessários para irrigação, drenagem, cerca, construção, bem como suas melhorias; construir, erigir, manter, alterar ou melhorar, ou fazer valê-lo, canais, cursos d'água, ferrovias, estradas, edifícios públicos ou privados, telégrafos, serviços de água, energia, gás; vender, melhorar, gerenciar, permutar, arrendar, ou qualquer outra transação, o todo ou partes da propriedade e dos direitos da companhia; colonizar e assistir a colonização de referidas terras, fazendas, distritos, territórios e propriedades e promover emigração ou imigração para esse fim. (REGO, 2009, p. 103).

O empresário Mr. Arthur Thomas, por sua vez, pretendia fundar uma companhia maior, com capital superior e com amplas possibilidades. Em 24 de setembro de 1925 o referido empresário e sua equipe concluíram todo o trabalho burocrático para o registro da empresa, subsidiada pelos ingleses, com um capital de 1.000 contos de réis. Era fundada a Companhia de Terras Norte do Paraná (CTNP) e

estava criada a maior empresa no gênero de colonização que o Brasil já teve, para ocupar áreas onde estavam localizadas as melhores terras do País. (REGO, 2009).

O próximo desafio era a aquisição de terras que se encontravam sob o domínio de outras companhias e também do Estado. Considerando a opinião de Padis (1981), a explicação desse fenômeno se dá a partir da forma encontrada para transmitir a propriedade da terra pelas companhias colonizadoras e o Estado: o parcelamento de terras em pequenos lotes era vendido a prazo e a baixas taxas de juros, condicionando o tipo de economia local que exigia um capital barato, além do transporte e assistência técnica que os próprios colonizadores ofereciam para a instalação dos colonos; o baixo preço da terra também estimulou o fluxo migratório para a região. Nessas condições o lavrador organizava a sua lavoura promovendo o rápido desenvolvimento da economia agrícola na região e sua capitalização.

A implantação de uma rede de transportes e a proximidade das pequenas cidades fundadas recentemente facilitou o comércio de produtos, além disso, houve condições do mercado internacional propícias, que estimularam a expansão da cultura de alguns produtos, como o algodão (LUZ, 1997).

Segundo Katzman (1978) a colonização sendo completada conforme planejado foi autofinanciável, e criou uma sociedade rural de classe média que tinha muito estímulo ao crédito, por parte do Estado, para o pequeno agricultor. Dessa forma, a colonização se transformou em um investimento rentável que favoreceu o desenvolvimento econômico, e ao mesmo tempo ocupou o território para fins geopolíticos. Tanto o Estado, como os investidores privados beneficiaram-se com as concessões estatais.

A base de sua infraestrutura estava sediada em Lovat (mais tarde Mandaguari), porém, os planos eram de fundar Maringá, a ser localizada no centro da área primitiva dos 515.000 alqueires paulistas. Em 1947 é fundada a cidade de Maringá, onde posteriormente passa a se localizar o escritório da empresa (MANDAGUARI, 1982).

O sistema de vendas da Companhia passou a ser realizado por agentes, que atuavam em diversas partes do Brasil. Muitas vezes esses sujeitos contratavam subagentes, que a eles se vinculavam diretamente, por organizarem vários grupos de compradores interessados nas terras do Norte Paranaense. Com a adoção desse sistema, era muito comum a venda de lotes vizinhos a parentes ou amigos que vinham da mesma região, formando pequenas colônias.

No entanto, no decorrer de todo esse processo de ocupação, bem como nos últimos anos, as áreas mais apropriadas a pastagens se aglomeraram, organizando-se em grandes propriedades, e o mesmo vem acontecendo nas regiões próprias para a produção de soja e outros grãos. Dessa forma, ocorreu um processo de evasão demográfica devido principalmente a existência desses grandes latifúndios e também da mecanização da agricultura.

A colonização do norte do Paraná não dependeu somente do capital empregado, e sim, de um conjunto de investimentos com um objetivo menos imediato do que simplesmente a venda de terras. O objetivo comercial do empreendimento estava atrelado à emergência do desenvolvimento da atividade agrícola que dependia da infraestrutura oferecida pela região.

Porém, quando se depara com a realidade local dessas áreas verifica-se a ausência significativa de serviços e equipamentos públicos.

Apesar de todo declínio demográfico, mesmo sendo áreas rarefeitas, ainda existe nestas cidades uma significativa presença humana, que continua necessitando de atenção por parte do poder público e do Estado, ou seja, é necessário o planejamento de novas formas de gestão para atender às necessidades atuais dessa população.

Na maioria dos casos essas novas estratégias de gestão têm como foco as áreas metropolitanas (de adensamento), porém, áreas não-metropolitanas (de esvaziamento) também necessitam desse olhar, até mesmo pela questão do direito humano de igualdade, ou seja, a sustentabilidade social que prevê as condições de vida de um grupo numa perspectiva igualitária (DALLABRIDA, 1999).

Ainda de acordo com os estudos de Endlich (2009) a estrutura político-administrativa do território mostra que 75% dos municípios brasileiros possuem menos de vinte mil habitantes. Esses números revelam concomitantemente a tendência de concentração, mas também de dispersão na territorialidade brasileira, divididas em áreas metropolitanas e não-metropolitanas.

Analisando o espaço como um todo, é preciso considerar que este é produzido a partir de forças de concentração e dispersão geográfica das atividades econômicas em concordância com os objetivos dos processos capitalistas. (HARVEY, 1982; SANTOS, 1979).

Nesse contexto, se aparentemente o capital pareça ser mais evidente em áreas metropolitanas, a produção de áreas dispersas também está inserida em todo esse processo, pois não está de forma alguma desvinculada de interesses industriais. São as

áreas que servem para a produção agropecuária em grandes extensões e que são evidentemente impulsionadas pela indústria, e que também, passam pelo esvaziamento demográfico, devido principalmente ao processo de mecanização da agricultura, absenteísmo e a concentração fundiária.

Na lógica deste processo, os papéis das pequenas cidades foram se modificando, na medida em que as concentrações espaciais demográficas e as rendas foram direcionadas às áreas metropolitanas, gerando processos de dispersão no conjunto das pequenas e médias cidades.

Nos últimos anos a região metropolitana de Maringá que faz parte do Noroeste do Estado do Paraná foi uma das muitas regiões metropolitanas instituídas no Brasil<sup>5</sup>. A partir desta institucionalização verificam-se certas diferenciações com relação às dinâmicas demográficas das diversas cidades, porém, concomitantemente, apresentam-se articuladas: algumas cidades estão mais articuladas com Maringá, outras permanecem afastadas.

Até o momento não existe concordância no meio acadêmico quando se trata dessas articulações políticas, portanto não se pode considerar consenso que todas essas cidades correspondam a áreas metropolitanas.

Em seu livro “As cidades plantadas: Os britânicos e a construção da paisagem do norte do Paraná”, o arquiteto Renato Leão Rego considera que esta paisagem no tocante à organização territorial, ao seu conjugado de cidades, às áreas verdes estabelecidas ao redor das cidades e à sua articulação ferroviária, reflete a ideia de planejamento urbano e regional difundida no império britânico desde o início do século XX.

Na forma em que foram plantadas, estas pequenas cidades em formação se entrosaram com o campo que começava a ser lavrado. Juntos, cidade e campo podiam equilibrar as suas deficiências e equacionar as potencialidades de cada um no tocante a serviços, comércio, trabalho e renda (REGO, 2009, p. 23).

Avaliando os projetos das novas cidades quanto ao “tamanho, forma e disposição de quadras, de ruas e de áreas livres, torna-se possível sondar a intenção

---

<sup>5</sup> A região metropolitana de Maringá foi instituída pela lei complementar estadual 83, de 1998, e compreende os municípios de Ângulo, Iguaraçu, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Maringá, Paiçandu e Sarandi. Posteriormente em 2005 foram incluídas as cidades de Astorga, Doutor Camargo, Itambé, Ivatuba e Presidente Castelo Branco. A população passou a ser estimada em 576.581 habitantes de acordo com o IBGE (BRASIL, 2005).

projetual implícita na composição do novo espaço urbano e compreender as características [...] de cada projeto [...]” (REGO, 2009, p. 97).

O tecido urbano de uma cidade é determinado pela composição de suas edificações, organização de ruas, quadras, lotes, parques, praças e monumentos, ou seja, a articulação desses diversos elementos urbanos.

De maneira geral, os processos de urbanização organizados pela *Paraná Plantations* eram de cidades desenhadas em terrenos de matas desbravadas, ou seja, eram cidades pensadas como ideais, que poderiam assumir formas abstratas e homogêneas (padrões regulares e sistemas ortogonais, como tabuleiro de xadrez), e bem poderiam já ter sido pensadas e produzidas mecanicamente. No referido modelo percebe-se a organização do espaço urbano por meio do emprego de formas regulares e de certa hierarquia de vias. O tecido urbano não apresenta divisões em zonas, a aparência é uniforme e contínua, sem diferenciação de bairros.

Observa-se um início de zoneamento urbano em lotes próximos à ferrovia, que se constitui em áreas maiores, que se contrastam com outros lotes residenciais e comerciais no centro da cidade.

Outro padrão adotado refere-se ao centro da cidade, que se destacava no *layout* ortogonal, tanto pelo alto relevo, quanto pela concentração de edifícios públicos compostos por instituições ao redor de uma praça central, onde ficava a igreja católica.

Da mesma forma esse padrão estabelecia a construção de uma praça diante da estação ferroviária dentro dos limites da cidade. Normalmente, as urbes eram implantadas ao sul da via férrea. O largo da estação ferroviária, área pública livre, era conectada à praça central por uma avenida principal.

O desenho da cidade começava a partir do ponto onde se definia a estação, que se caracterizava como a porta de entrada. O cemitério, por sua vez, se localizava no limite sul da cidade, ou seja, no extremo oposto à estação ferroviária. Estes equipamentos urbanos – cemitério e estação ferroviária – localizavam-se em posições opostas simétricas com relação ao centro da cidade e acabavam determinando seus próprios limites.

No arruamento, o planejamento foi realizado procurando acompanhar os pontos cardeais, onde as ruas desenhadas no sentido norte-sul possuíam um maior número de lotes que apresentavam seu lado maior à leste-oeste.

Eram nas avenidas, onde se voltava a maioria dos lotes de quadras, e apresentavam 20 metros de largura (as ruas apresentavam 15 metros de largura), que se destacavam a hierarquia e a importância dessa via urbana. (REGO, 2009, p. 128).

Essa lógica sempre foi interessante na organização de assentamentos urbanos temporários, construídos às pressas, ou mesmo, para fins militares ou coloniais, pois, a cidade com essas características representava um modelo ideal à especulação imobiliária e à distribuição de terras.

Nas cidades da Companhia de Terras, os residentes eram (ou tinham a chance de ser) os proprietários de seus lotes, o que contrastava com outras *company towns* (ALLEN, 1982).

Normalmente a maior parte da área urbana dessas cidades era propriedade da companhia, que ficava sendo responsável pela dinâmica das atividades urbanas. Muitos negócios, como a oferta de serviços públicos: abastecimento de água e energia e até mesmo ações de outras companhias de colonização, eram permitidos nos territórios da *Paraná Plantations* (CRINSON, 1997).

Os formatos urbanos adequavam-se às circunstâncias topográficas de maneira a ajustar o padrão ortogonal buscando o desenho urbano ideal.<sup>6</sup> As cidades fundadas pela Companhia quando observadas em conjunto apresentam uma variedade de configurações. Essa técnica projetual determinou a variedade e unicidade das cidades da *Paraná Plantations*.

Paralelo a este histórico da ocupação do Norte do Paraná insere-se a discussão sobre a ocupação do município de Mandaguari, que nos anos 1935 e 1936 apresenta inúmeras dificuldades para as pessoas em seu processo de colonização, como a epidemia da febre amarela (febre dos macacos), que deixava inúmeros macacos mortos nas matas que transmitiam o vírus aos colonos, provocando a moléstia, que resultou em um considerável número de mortes. Além disso, chuvas frequentes que dificultavam o acesso devido às estradas ficarem intransitáveis; as superpopulações de animais

---

<sup>6</sup> A rigor, a simetria formal desapareceu justamente quando a topografia impediu de se manifestar, como no caso do traçado de Mandaguari e Apucarana, por exemplo. De fato, a regularidade e a simetria formais foram atenuadas no desenho de Mandaguari (...). Condicionada pelas vertentes do terreno, essa forma urbana acompanhou o desenho serpenteante previsto para a via férrea e desenvolveu-se ao longo dele. Com efeito, o *layout* alongado decorreu do ajuste às condições topográficas mais favoráveis para que a via principal que parte da estação e leva ao centro da cidade mantivesse a mesma cota, como é de praxe no padrão dessas cidades. Deste modo, a cidade ganhou um desenho mais orgânico, menos rígido que aqueles apresentados até aqui. Contudo ela ainda manteve as características que constituíram o padrão dos projetos urbanos da Companhia (REGO, 2009, p. 131).

selvagens, insetos e aves que invadiam e destruíam as plantações e a geada de 1942, arruinando a economia cafeeira que era nesse momento a principal atividade responsável pelo progresso da região. A retomada de forças se deu a partir de 1943 com o intenso movimento migratório representado pela vinda de grupos estrangeiros.

Com o intuito de prestar uma homenagem a um de seus diretores a CTNP denominou “Lovat” o patrimônio, cujo projeto inicial está datado de 30 de março de 1937.

Posteriormente com o objetivo de regularizar a divisão político-administrativa e judiciária do Estado do Paraná para o período de 1944 a 1948, é assinado por Manoel Ribas, então interventor político do Estado, em 30 de dezembro de 1943, o Decreto Lei nº 199, o qual estabeleceu que os municípios deveriam elaborar e apresentar um mapa municipal no prazo de um ano, caso contrário permaneceria na condição de distrito (MANDAGUARI, 1982).

Criou-se inicialmente apenas o Distrito de Mandaguari<sup>7</sup>, formado com parte do território do Distrito de Caviuna e subordinado ao município e comarca de Apucarana. Em 14 de outubro de 1946 a Companhia apostando no desenvolvimento da então Vila de Mandaguari, altera o projeto inicial, totalizando 200 quadras subdivididas em 2600 datas.

A elevação de Distrito para o Município de Mandaguari deu-se a partir do Decreto Lei nº 1982 de 23 de março de 1944, o qual designava o dia 12 de abril para a instalação dos Têrmos e Distritos de Paz. Somente nesse período cumpre-se o Decreto Lei nº 199, devido principalmente aos interesses econômicos de expansão agrícola e intenso processo migratório.

“A partir da Lei nº 2, de 11 de outubro de 1947, criada pela Assembléia Legislativa do Estado e sancionada pelo então Governador Moysés Lupion, eleva o distrito de Mandaguari à categoria de Município, juntamente com outros 21 distritos”. (MANDAGUARI, 1982, p. 44).

Compunham o território municipal, além de Mandaguari, os distritos de Marialva, Maringá e Paranavaí, cujos povoados foram elevados à condição de Vilas,

---

<sup>7</sup> Na elaboração dos anexos do Decreto Lei nº 199, o Diretório Regional de Geografia localizado em Curitiba, utilizou-se do mapa do município de Londrina, por ser o mais atualizado e completo da região naquele momento. A particularidade deste mapa é constar um rio com o nome de Mandaguari. Parece claro que ao denominar o povoado Lovat em Distrito de Mandaguari, levou-se em consideração o rio e não a abelha que havia emprestado seu nome ao rio. Sobre a palavra Mandaguari sabe-se ser de origem Tupi, designando uma abelha silvestre. De acordo com o Dicionário dos Animais do Brasil Mandaguari é sinônimo de Tubuna que é uma abelha social indígena, *Trigona postica*, talvez idêntica à Mandaguari (MANDAGUARI, 1982).

que posteriormente com a criação da Lei n<sup>o</sup>. 790 de 14 de novembro de 1951 são elevados à municípios. Mandaguari adquire parte do território de Apucarana, ficando apenas com o distrito sede.

## 2.2. AS ÁREAS VERDES NO CONTEXTO HISTÓRICO DE COLONIZAÇÃO DO NORTE DO PARANÁ

As formas das cidades fundadas pelos britânicos no Paraná, não atendiam apenas a critérios econômicos, comerciais, funcionais e sanitários, mas também, a questões estéticas e ambientais. Em seus projetos, demonstravam muito zelo com a escolha do local para a implantação da cidade, como por exemplo, na procura do alto terreno, as nascentes eram preservadas. Além disso, a ocupação rural obrigatoriamente deveria manter 20% de área de cada lote com reserva florestal, num momento em que ainda não havia uma lei no País que regularizasse questões dessa natureza.

Com relação às praças nas cidades da Companhia normalmente apresentavam-se com formatos regulares. A presença de campos triangulares como áreas públicas livres não ocorria devido à preocupação estética, mas sim, pela adequação à variação do desenho viário que resultava das condições topográficas.

Com isso, a configuração das praças obedecia à configuração de quadras anteriormente desenhadas: eram algumas partes destacadas das quadras ou mesmo resultado da justaposição de vias com orientações diferentes. Raramente as praças recebiam uma forma específica, obedecendo fielmente o projeto de traçado das cidades: vias retas, formas geométricas e configurações regulares.

Considerando as áreas verdes, Beevers (1988) enfatiza também algumas discussões de Ebenezer Howard sobre a teoria de Wakefield, que contribui na construção da ideia de cidade jardim difundida no início do século XX. De acordo com esta teoria, quando uma cidade alcançasse determinado tamanho, os planejadores limitariam o seu crescimento através de um cinturão verde<sup>8</sup> e iniciariam outra cidade.

---

<sup>8</sup> De acordo com Ferrari (1974) os “cinturões verdes” são florestas artificiais que separam os complexos industriais das áreas urbanas. Di Fidio (1990) classifica cinturões verdes como espaços verdes suburbanos. De Angelis et al. (2007) consideram os cinturões verdes que envolvem zonas industriais, capazes de impedir o carregamento de partículas em suspensão na atmosfera, a partir das correntes de ar que se movem em direção aos centros urbanos. Também proporcionam melhor qualidade ambiental e modificam o microclima local, saturado pelos poluentes emitidos pelas indústrias, dispersando a ilha de calor local. Desempenha ainda o papel de diminuir a intensidade dos ventos e das massas de ar para proteção das zonas residenciais.



De acordo com Rego (2009), as cidades do Norte do Paraná não apresentam semelhanças com as cidades inglesas, muito menos com o urbanismo inglês, entretanto, analisando o conjunto de cidades, alguns aspectos são semelhantes.

As cidades fundadas pela Companhia de Terras assemelham-se ao padrão das cidades coloniais britânicas. Os processos de urbanização articulados com o campo demonstram também afinidade com as ideias de Howard; nova semelhança são as relações entre as ferrovias e as cidades: estas eram organizadas em face da própria ferrovia ou da sua chegada; outra característica interessante é a sistematização dos assentamentos quando se verifica o projeto coordenado da via férrea e das cidades, tanto pelo desenho urbano que tinha por base a estação, como pela organização do conjunto de cidades, que objetivava o aproveitamento das qualidades da cidade social, evocando a ideia de Howard. (REGO, 2009).

Analisando a planta geral da Companhia de Terras, observa-se que o parcelamento rural iniciava-se além de um círculo de terra deixado no entorno das cidades planejadas. Qual o objetivo desta área vazia? Seria um cinturão verde?

Neste caso, a área reservada no entorno da cidade planejada tinha apenas como objetivo a sua expansão? De qualquer forma, não se pode desconsiderar que a ideia de cinturões verdes ao redor das cidades não estava sendo aplicada nos projetos de novas urbanizações no mundo colonial britânico e porque não também no Norte do Paraná?

O próprio ambiente metropolitano conspirava a favor desta lógica: novas urbanizações empregavam o *town planning*, onde campo e cidade não ficavam mais isolados, sendo característica básica para a manutenção da população rural. Unwin, um dos membros do Comitê para o planejamento regional de Londres, usou o termo cinturão verde como sinônimo de *country belt*, fazendo referência a espaços abertos com parques, atividades esportivas e áreas agrícolas.

E considerou como proposta a construção de um cinturão verde no entorno de Londres, para compensar tanto a ausência de áreas verdes, como para controlar o crescimento da cidade. Essa concepção das áreas verdes foi rapidamente adotada por planejadores na Europa, na América e com certeza, também no Norte do Paraná.

Essa afirmação pôde ser comprovada através do próprio inventário da Companhia comemorativo aos cinquenta anos do empreendimento: “ao redor das áreas urbanas se situariam cinturões verdes, isto é, uma faixa dividida em chácaras que pudessem servir para a produção de gêneros alimentícios de consumo local, como aves, frutas, hortaliças e legumes [...]” (PARANÁ, 1975, p. 76).

As sociedades modernas, a partir dos anos 1930, principalmente na Holanda e Grã-Bretanha, resolveram inovar as formas urbanas que não podiam destruir, devido aos investimentos e efetivos que representavam, procurando deter a intensidade das formas de aglomerações, com o incentivo à adoção de formas inéditas de estabelecimentos humanos: novas cidades planejadas instituindo cinturões verdes, em substituição à poluição que as estruturas tradicionais provocavam (CLAVAL, 2001).

Da mesma forma, a cidade de Mandaguari, de acordo com as cidades planejadas do Norte do Paraná, procurou articular as atividades campo-cidade e delimitar os limites do município, porém, com a organização das grandes propriedades de terras e a mecanização da agricultura, ocorreu o processo de evasão demográfica, em busca de melhores condições de vida em cidades médias ou mesmo nos grandes centros urbanos.

Em contrapartida, os processos de urbanização que determinaram mudanças nas leis de uso e ocupação do solo, apresentaram expansão desenfreada da cidade, retratando atualmente uma paisagem de exclusão e ocupação desordenada do território, a degradação ambiental, pouca diversidade de sistemas ecológicos, desarmonia viária, desarticulação entre praças e completa carência de áreas verdes, principalmente em áreas periféricas.

### 2.3. ASPECTOS FÍSICOS, HUMANOS E OS ESPAÇOS PÚBLICOS DE MANDAGUARI

A cidade de Mandaguari localiza-se na linha do Trópico de Capricórnio ao Norte do Estado do Paraná, pertencendo à Zona Fisiográfica do Ivaí, a 400 km de Curitiba, capital do Estado. Pertence ao Terceiro Planalto Paranaense, subdivisão do Planalto Brasileiro Meridional, com relevo ondulado, sem grandes diferenças altimétricas, apresentando altitude de 720 metros. (MANDAGUARI, 1982).

De acordo com a Prefeitura do Município de Mandaguari, possui uma área de 345 km<sup>2</sup>, com população estimada em 33.093 habitantes, sendo 90% urbana, que desenvolvem atividades comerciais em 565 estabelecimentos, industriais em 239 e agropecuárias com destaque para o cultivo de soja com 4.500 ha de área cultivada, trigo com 1.500 ha, milho com 1.250 ha e café que possui 1.274 ha de área plantada na pequena propriedade. (MANDAGUARI, 2009).

Com relação à hidrografia pertence à Bacia Hidrográfica do Paraná, possuindo afluentes de duas bacias secundárias: Bacia do Paranapanema (rio Pirapó e seus afluentes) e Bacia do Ivaí (rio Keller e seus afluentes), (Figura 2).

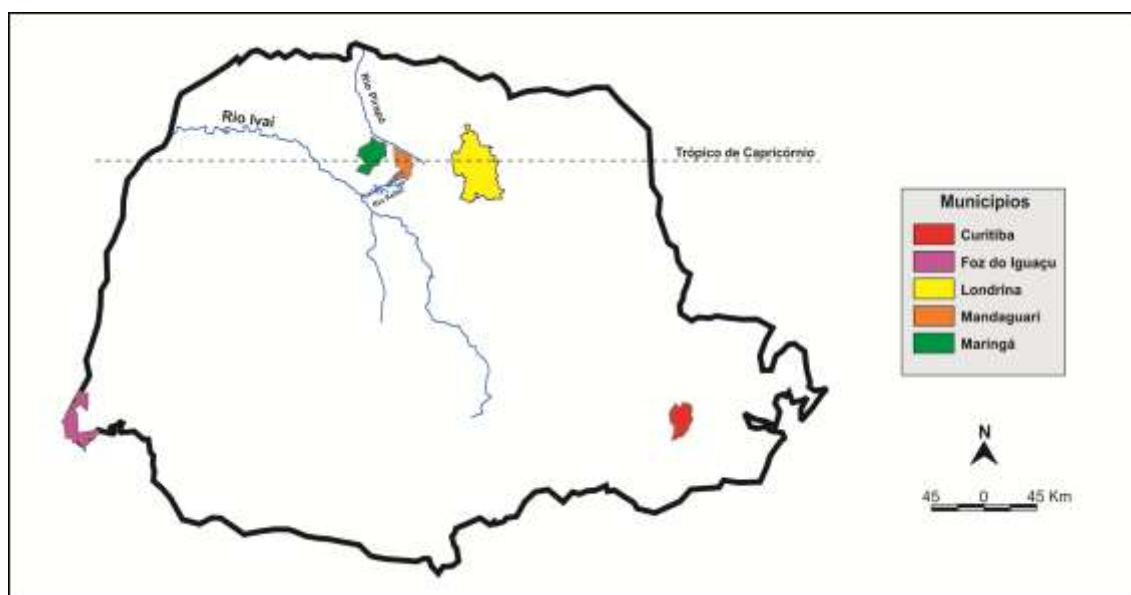


Figura 2. Mapa do Estado do Paraná com localização e aspectos físicos do município de Mandaguari (2009).

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V. M.; PEREHOUSKEI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2012).

O solo é constituído da decomposição química de basaltos, relacionados com grandes derramamentos de lava ocorridos no período Cretáceo Inferior, há cerca de 180 milhões de anos. Apresenta cor marrom avermelhada ferruginosa, que à distância assume tons violáceos dando origem ao nome de “Terra Roxa” (Latosolo Roxo). (MANDAGUARI, 1982, p. 40).

O clima, de acordo, com a classificação de Koppen é do tipo Cwa: C – Mesotérmico subtropical; w – inverno seco; a – verão quente. A vegetação era formada basicamente por Mata Tropical, mas foi praticamente extinta, devido ao próprio processo de ocupação, as novas fronteiras, cultivo de café, especulação e outros.

Considerando os espaços públicos, Mandaguari possui algumas áreas, localizadas no centro da cidade e em bairros mais nobres (Figura 3), quais sejam: Campo dos Japoneses, Parque da Pedreira, Praça Independência, Praça Dos Três Poderes, Praça Geraldo F. Miquellette e complexo administrativo.



Figura 3: Mapa de identificação dos espaços públicos de Mandaguari, Paraná (2009).  
Fonte: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MANDAGUARI (2009).  
Org.: BRAVO, J. V. M.; PEREHOUSKEI, N. A. (2009).

Dentre as praças, destacam-se a Praça Independência que oferece um palco para a realização de apresentações culturais (Figura 4).



Figura 4: Praça Independência, Mandaguari, Paraná (2009).  
Nestor Alexandre Perehouskei (2009).

A praça Geraldo F. Miquellette apesar da intensa presença do verde, é uma área pouco frequentada pelas pessoas, talvez por estar localizada distante à área central da cidade, sendo próxima a bairros residenciais. (Figura 5).



Figura 5: Praça Geraldo F. Miquellette, Mandaguari, Paraná (2009).  
Nestor Alexandre Pehouskei (2009).

A praça Tiradentes (Figura 6), também chamada de Bom Pastor, é localizada na área central da cidade, tendo como característica principal, o uso predominante por parte de idosos, que costumam praticar exercícios físicos na Academia da Terceira Idade (ATI) e se distraem com jogos de sorte. Percebe-se certo pertencimento em relação ao lugar, pois muitos deles vivenciam seu cotidiano no espaço da praça, arborizada e agradável.





Figura 6: Praça Tiradentes no centro de Mandaguari, Paraná (2009).  
Nestor Alexandre Pehouskei (2009).

A praça Dos Três Poderes (Figura 7), também localizada na área central da cidade, é próxima a Prefeitura e Fórum, ou seja, o complexo administrativo da cidade e, em sua área, localiza-se a Paróquia Nossa Senhora Aparecida.



Figura 7: Praça dos Três Poderes no centro de Mandaguari, Paraná (2009).  
Nestor Alexandre Pehouskei (2009).

As principais praças estão associadas a equipamentos urbanos: igrejas, campo de futebol, ginásio de esportes e complexo administrativo do município (prefeitura, fórum, correios), sobrando pouco espaço para o verde.

Mandaguari conta ainda com um parque, chamado “Parque da Pedreira”, assim denominado por ser anteriormente uma pedreira, que posteriormente, foi transformada em espaço público com a construção de diques. É um local utilizado para caminhadas e passeios aos finais de semana e possui ATI. Constata-se que a área apresenta proximidade de bairros mais nobres da cidade (Figura 8).



Figura 8: Parque da Pedreira em Mandaguari, Paraná (2009).  
Nestor Alexandre Perekouskei (2009).

Também existe uma área denominada “Campo dos Japoneses” onde futuramente a prefeitura pretende organizar áreas verdes. Em áreas periféricas existem alguns espaços públicos, pequenos (Figura 9), com pouco verde, 3 ATI já estruturadas e 3 projetos futuros.



Figura 9: Praça no Jardim Progresso em Mandaguari, Paraná (2009).  
Nestor Alexandre Pehouskei (2009).

Em alguns terrenos onde existem ATI não foram organizados jardins ou qualquer embelezamento paisagístico. Esse fato vem justificar a importância dessa proposta, que pretende associar essas áreas em bairros periféricos com as ações dos serviços públicos, beneficiando grupos sociais menos favorecidos.

Com a apresentação desses espaços públicos, constata-se que as áreas periféricas, onde se localizam as UBS, são carentes de praças e parques, pois as praças que mais se destacam na cidade, localizam-se na área central e o parque (Parque da Pedreira) próximo a bairros nobres. Nessa perspectiva, a integração dos estudos sobre as áreas verdes e os Núcleos Integrados de Saúde (NIS) é fundamental, pois auxilia as comunidades em sua qualidade ambiental e em seus tratamentos, buscando justificar a importância de organização de áreas verdes inseridas no entorno das UBS, ou seja, em seu território de abrangência.

No setor de saúde, a cidade de Mandaguari conta atualmente com a estrutura de 3 hospitais, com 138 leitos e 34 unidades ambulatoriais, além de 6 UBS localizadas em áreas periféricas (Figura 10), a UBS Popular II, UBS Jardim Progresso, UBS Jardim Cristina, UBS Vila Vitória, UBS Jardim Boa Vista e UBS Jardim Esplanada, a sede da Secretaria Municipal de Saúde e a Clínica da Mulher e Clínica da Mulher e da Criança, localizadas na área central da cidade.





Figura 10: Mapa de identificação das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná (2009).

Fonte: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MANDAGUARI (2009).

Org.: BRAVO, J. V. M.; PEREHOUSKEI, N. A. (2009).

A UBS Popular II, localizada no Jardim Popular, conhecido também como “Cinco Conjuntos” (Figura 11).



Figura 11: UBS Popular II em Mandaguari, Paraná (2009).

Nestor Alexandre Perehouskei (2009).

A UBS Jardim Progresso (Figura 12) localizada no bairro Jardim Progresso.



Figura 12: UBS Jardim Progresso em Mandaguari, Paraná (2009).  
Nestor Alexandre Perehouskei (2009).

A UBS Jardim Cristina, localizada no Jardim Cristina (Figura 13).



Figura 13: UBS Jardim Cristina em Mandaguari, Paraná (2009).  
Nestor Alexandre Perehouskei (2009).

A UBS Jardim Boa Vista (Figura 14), também localizada no bairro de mesmo nome.



Figura 14: UBS Jardim Boa Vista em Mandaguari, Paraná (2009).  
Nestor Alexandre Pehouskei (2009).

A UBS Vila Vitória, localizada no bairro Vila Vitória (Figura 15).



Figura 15: UBS Vila Vitória em Mandaguari, Paraná (2009).  
Nestor Alexandre Pehouskei (2009).

E a UBS Jardim Esplanada (Figura 16) também localizada no bairro de mesmo nome.



Figura 16: UBS Jardim Esplanada em Mandaguari, Paraná (2009).  
Nestor Alexandre Perekouskei (2009).

Dentre os diversos serviços ofertados pelas UBS, destacam-se: atendimento nas clínicas básicas (pediatria, clínica geral, ginecologia e obstetrícia); atendimentos de enfermagem e psicologia; visitas domiciliares; atendimentos de odontologia em 4 núcleos de saúde; programas de atenção à saúde da criança, mulher, adulto e idoso e ações de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), HIV e Aids.

Cada UBS de Mandaguari é composta por apenas 1 ESF, formando ao todo 6 ESF na rede de postos de saúde subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde, que atuam diretamente em visitas domiciliares nas 6.063 famílias cadastradas no PSF, formadas principalmente por 4 pessoas, de acordo com Mandaguari (2010).

A partir dessa trajetória histórica o próximo capítulo discorre sobre estudos das áreas verdes urbanas, articulado aos meios de vida das comunidades e a identificação de problemas ambientais e de saúde nas cidades, apresentando alguns estudos que vinculam a saúde e o ambiente e, valorizando os estudos geográficos na perspectiva integradora.

### **CAPÍTULO III. ÁREAS VERDES URBANAS E SAÚDE: PARADIGMAS E EXPERIÊNCIAS**

Com relação aos estudos geográficos integrados, atualmente, grande parte das pesquisas, não foram devidamente estruturadas, nem mesmo investigadas, para contribuir de forma eficaz no entendimento da organização do espaço geográfico.

Isso posto, verificam-se diversos estudos compartimentados, ora priorizando análises ambientais, ora regionais e humanas, sem qualquer interação, interposição e comparação. Apenas demonstram enfoques da realidade, quando importante é também mostrar a totalidade de relações estabelecidas.

Por essa razão, muitos projetos de intervenção não tem obtido grandes avanços, tanto nas áreas rurais, como nas áreas urbanas, principalmente em propostas de minimização de impactos ambientais que, frequentemente, vem ocorrendo em nosso planeta.

Na atualidade as discussões sobre os problemas ambientais é temática obrigatória nos meios acadêmicos, de forma multidisciplinar, e mesmo no dia-a-dia das cidades que trazem em seu bojo diversos elementos, funções e sistemas articulados, sendo as áreas verdes símbolos de defesa do meio, e ao mesmo tempo muito restritas nos espaços urbanos. (LLARDENT, 1982; LOBODA; DE ANGELIS, 2007).

Nesta ótica a presente pesquisa propõe um estudo sobre as áreas verdes urbanas de forma integrada, ou seja, considerando alguns elementos que, em conjunto, poderão gerar melhores resultados para a qualidade ambiental e qualidade de vida da população. Dentre os elementos inseridos nesta proposta, estão: os modos de vida estabelecidos pelas comunidades envolvidas; os principais problemas ambientais verificados nas cidades; a identificação dos principais problemas de saúde e a importância da criação e manutenção das áreas verdes urbanas.

#### **3.1. DOS MODOS DE VIDA**

Os espaços humanizados estão articulados em diversas lógicas: são ao mesmo tempo funcionais e simbólicos. Esses espaços são marcados pela cultura, que os modela com novas tecnologias para trabalhar a terra, construir equipamentos e moradias;



preferências e valores que capacitam as sociedades a se estruturarem socialmente: a sua organização, a natureza de seus atores e os direitos que dispõem.

Por outro lado, nem todos os atores têm a mesma capacidade em deixar sua marca no espaço, pois não possuem o domínio das mesmas tecnologias, de inovação, recursos e os mesmos direitos, por isso, poucos contribuem da mesma forma, para a formação e transformação das paisagens humanizadas.

Qual possibilidade de modelar o espaço é oferecida ao cidadão que não é proprietário de sua moradia? A realidade em que vive é pensada por outros, pois não tem sequer o direito de fazer alguma modificação na própria casa onde reside!

A maioria dos cidadãos integra-se às estruturas espaciais construídas, porém, não as determinam. Essa é, por exemplo, a realidade dos espaços públicos reservados à circulação.

O poder público atua sobre seus domínios: vias, locais de encontro, estruturas administrativas e outros, e ainda atua indiretamente, com intensa vigilância ou controle, que assume como direito à propriedade privada: “urbanizar não é impor uma hierarquização das decisões com o objetivo de assegurar uma organização mais eficaz, mais justa e mais harmoniosa dos espaços humanizados?” (CLAVAL, 2001, p. 299).

Os grupos humanos transformam os meios naturais: as florestas e planícies dão lugar aos campos, as casas agrupadas em vilas, as construções urbanas espalham-se projetando o seu entorno; os caminhos, vias férreas e redes elétricas formam uma malha de comunicação determinando a vida social.

Um estudo superficial de paisagens humanizadas não identifica as visões e valores do grupo: os projetos, interesses, motivações, enfim, os sentimentos daqueles que decidem, dividem o espaço, cultivam, constroem, habitam e transformam, determinam um objeto complexo que só poderá ser compreendido com um estudo metuculoso.

A vida social pode ser determinada, por exemplo, pela organização de vias de circulação e dos espaços públicos, permitindo aos cidadãos, a partir da sociabilidade, a realizarem as suas ocupações; também quando mobiliza estádios para a prática de esportes, igrejas ou templos para a reunião de comunidades, teatros, cinemas, cafés e restaurantes, edifícios administrativos ou políticos e outros. Além disso, articula instâncias relativamente hierarquizadas: estruturas privadas, o indivíduo ou a família, grupos de base e outros.

“Os ritmos e as necessidades da vida social completam os da produção para dar aos espaços humanizados os traços essenciais de sua estrutura funcional: eles determinam a disposição das casas, a forma das vilas e das cidades e a localização e o agenciamento dos espaços de lazer” (CLAVAL, 1981, p. 293).

A cidade, por exemplo, passa a ser vista como marca e, simultaneamente como matriz cultural (BERQUE, 1998).

A paisagem encontra-se, algumas vezes, valorizada por si mesma: deixa de ser somente uma expressão da vida social, toma uma dimensão estética ou expressa a identidade do grupo. Serve para exprimir os sonhos. Daí advém a fascinação que exerce o estudo de parques e jardins onde estas aspirações são expressas livremente. (DEBIÉ, 1992; FORÊT, 1993).

Os geógrafos não se limitam em suas pesquisas apenas com a análise da superfície abstrata do mapa, mas também com os meios de vida com os quais os homens determinam as suas relações. A beleza e generosidade da natureza e seu potencial surpreendem as populações e inspiram seus sonhos.

### 3.2. DA IMPORTÂNCIA DAS ÁREAS VERDES PARA A SAÚDE

O capítulo anterior procurou demonstrar o processo de colonização do Norte do Paraná, focando a cidade de Mandaguari, que é o universo de pesquisa, sendo o plano inicial de ocupação e urbanização, preocupado com a qualidade ambiental e paisagística, concretizado com interessante articulação entre a forma urbana e o meio natural, buscando o equilíbrio entre os ecossistemas, daí ser em diversos aspectos muito semelhante à ideia das *garden cities* inglesas.

Com os processos de desenvolvimento e expansão da cidade, e alterações no zoneamento e nas Leis de Uso e Ocupação do Solo, ocorreram muitas alterações em sua paisagem original, como por exemplo: “a descontinuidade e desarticulação no espaço físico, presença de vazios urbanos, barreiras físicas constituídas no tempo, áreas verdes e de interesse ecológico degradadas” (REGO et al., 2009, p. 1).

Com isso a cidade retrata atualmente uma paisagem de exclusão e ocupação desordenada do território; degradação ambiental; pouca diversidade de sistemas ecológicos, visível principalmente nos loteamentos periféricos mais recentes, apresentando completa desarmonia viária; praças desarticuladas entre si, gerando espaços que não propiciam o menor interesse pelas comunidades, ou seja, representam

apenas “sobras inexpressivas em sua forma e função, resultantes do parcelamento do solo. (...) resíduos da mancha urbana que se expandiu” (REGO et al., 2009, p. 2).

Percorrendo as áreas periféricas em Mandaguari onde estão localizadas as UBS, verifica-se completa carência de áreas verdes, pouquíssimas praças sem qualquer embelezamento paisagístico, manutenção e utilização planejada. O parque público referência para as comunidades é o “Parque da Pedreira”, localizado próximo a alguns bairros mais nobres da cidade, ou seja, muitas comunidades carentes não têm acesso a esta área.

Com o objetivo de justificar a importância desses espaços públicos, analisou-se alguns estudos específicos sobre as áreas verdes relacionadas à saúde, que são normalmente desenvolvidos a partir da lógica de urbanização das cidades, em detrimento à limitada presença de espaços verdes.

Entre esses estudos cita-se o conduzido por Maller et al. (2009) que pesquisaram a influência da proximidade de áreas verdes em escolas e bairros residenciais, entrevistando pessoas que residem em edifícios nas cidades de Melbourne e Sydney, ambas na Austrália, e concluíram que esta proximidade ressoa em melhor auto-estima, relações sociais positivas, estímulo à imaginação e criatividade, a sensação de liberdade, aspectos cognitivos e à saúde mental, principalmente quando mediadas com a participação dos adultos que desempenham papel fundamental na relação da criança com o meio.

Este estudo considerou que o ambiente escolar proporciona maior acesso às áreas verdes localizadas em seu entorno, sendo o aspecto de localização fundamental para proporcionar momentos de sociabilidade entre as crianças, inclusive com atividades escolares diferenciadas, que possam ser realizadas em espaços públicos verdes, como as de Educação Ambiental, trabalhos de campo e outros.

Também Abkar et al. (2010) desenvolvem um estudo sobre a frequência de passeios em áreas verdes na cidade de Yazd, Irã, que é uma cidade de clima quente, próxima a desertos, especificamente junto aos moradores e frequentadores do Parque Ghadir, concluindo que este envolvimento proporciona a melhoria do estresse e o bom humor nas pessoas, melhora a reflexão, rejuvenesce o morador urbano e oferece um sentido de tranquilidade e paz. Concluem que a presença de áreas verdes mais próximas de suas residências proporciona maiores oportunidades de visitação a esses espaços, bem como a melhoria com as questões de segurança dessas áreas. Consideraram que o incentivo para a frequência de pessoas nesses espaços depende muito das atividades



desenvolvidas, como as de recreações, por exemplo. Dentre as principais razões para visitar os espaços verdes estão as possibilidades de relaxar e fugir do estresse cotidiano das cidades.

Em seus estudos Hartig e Evans (2003), concluíram que os passeios em ambientes naturais diminuem a pressão de pacientes hipertensos.

Grahn e Stigsdotter (2003) realizaram importante estudo em 9 cidades da Suécia, entrevistando 953 indivíduos selecionados aleatoriamente, que responderam a questionários abordando questões sobre a saúde, relacionadas à doenças ligadas ao estresse, como a Síndrome de Burnout<sup>9</sup>, a insônia, fadiga, depressão e os sentimentos de pânico e outras doenças ligadas ao sistema nervoso, que pressupõem o controle da pulsação, circulação e respiração.

Com a análise de resultados concluíram que a utilização de diferentes espaços verdes urbanos abertos e próximos às cidades, que apresentam paisagens diferenciadas, contribui para a diminuição do estresse e renovação do cotidiano dos habitantes de vilas e cidades, e, ainda, que as interações com os espaços verdes urbanos ajudam a restabelecer física e emocionalmente os seres humanos. Os autores investigaram se a presença e frequência em parques, jardins e espaços verdes abertos tendem a diminuir o estresse e proporcionar oportunidades de recuperação da saúde, pois desde os anos 1980 diversos estudos (KAPLAN; TALBOT, 1983; ULRICH, 1984; KAPLAN, 1990; HERZOG et al., 1997; ULRICH, 2001) indicaram que o contato com a natureza pode trazer a recuperação para os indivíduos com problemas relacionados ao estresse.

O referido estudo de Grahn e Stigsdotter (2003) investigou 3 questões importantes: o efeito da presença do espaço verde para as pessoas, a proximidade dessas áreas em seu cotidiano e também a ausência desses espaços relacionadas à frequência de visitação.

Os resultados apontaram para cerca de 150 visitas anuais, ou 220 horas anuais de visitação às áreas verdes urbanas, de acordo com os entrevistados (adultos e crianças). Dentre as principais dificuldades para a visitação desses espaços, estão: a falta de tempo, a distância de suas residências e a insegurança nos parques. Do total de 100% de entrevistados nos centros das cidades, mais de 70%, mesmo vivendo no estresse da cidade, gostam de visitar os espaços verdes e afirmam a importância dessas áreas para a

---

<sup>9</sup> É um distúrbio psíquico de caráter depressivo, precedido de esgotamento físico e mental intenso, definido pelo psicanalista nova-iorquino Herbert J. Freudenbergger como "(...) *um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional*". Nota do autor.

saúde. E do total de 100% de entrevistados em áreas suburbanas, cerca de 66% valorizam os espaços verdes.

Segundo alguns autores (ASTRAND, 1987; BLAIR et al. 1989; JONSSON et al. 1993; PAFFENBERGER; ASNES, 1994; KULLER; KULLER, 1994; PATE, 1995; PERK, 1998; KULLER; LINDSTEN, 1992; KULLER; WETTERBERG, 1996) as visitas diárias a espaços verdes livres, ajudam o organismo a suportar melhor física e emocionalmente as tensões, diminuindo a depressão e a ansiedade.

Estudos relacionados à estimulação dos cinco sentidos consideraram que o tempo destinado ao contato com a natureza diminui a quantidade de hormônios do estresse (KAPLAN, 1987; LUNDBERG, 2001).

E estudos relacionados à experiência estética que vivenciam a arte, a cultura, a beleza, os modos de vida, exercem uma experiência positiva sobre o estresse (RAPP, 1999; DILANI, 2001).

Bolund e Hunhammar (1999) contribuem com um trabalho sobre a importância das áreas verdes, valorizando a presença dos serviços<sup>10</sup> oferecidos pelos ecossistemas<sup>11</sup> urbanos nas cidades da Europa e da América do Norte, considerando o impacto ambiental na qualidade de vida e, ainda, que estes ecossistemas, devem ser estudados na perspectiva territorial.

Odum (1971) considera que a presença do ecossistema natural, dentro dos limites das cidades, contribui para a saúde pública e aumenta a qualidade de vida dos cidadãos urbanos, principalmente com relação à qualidade do ar e redução de ruídos.

Uma das cidades que se destacam quanto à presença do verde, é Estocolmo, na Suécia, que possui 56 km<sup>2</sup> (26%) de espaços verdes urbanos, e, 28 km<sup>2</sup> (13%) de áreas úmidas e outras áreas, considerando a área total da cidade, que é de 215 km<sup>2</sup> (100%). Esses índices não são encontrados em outras cidades, resultando em uma paisagem peculiar, conforme os estudos de Miljöförvaltningen (1995).

De acordo com Stadbyggnad-Skontoret (1994) os cidadãos de Estocolmo, valorizam muito os espaços públicos verdes, pois mais de 90% dos parques são visitados ao menos 1 vez durante o ano, 45% da população faz visita todas as semanas, e, 17% faz visita pelo menos 3 vezes por semana.

---

<sup>10</sup> De acordo com Constanza et al. (1997) os serviços dos ecossistemas são definidos como os benefícios utilizados pela população, que derivam, direta ou indiretamente, de funções do ecossistema, como a filtragem do ar, redução de ruído, drenagem de águas pluviais, tratamento de esgotos e valor recreativo e cultural.

<sup>11</sup> Os autores identificam sete ecossistemas urbanos, sendo: presença de árvores nas ruas e gramados, parques, florestas, terras cultivadas, lagos, mar e riacho. Nota do autor.

Lännsstyrelsen i Stockholms Län (1996) destaca a diversidade de espécies de plantas nos espaços públicos de Estocolmo. Dinetti et al. (1996) também destacam a diversidade de espécies de avifauna nos espaços verdes em cidades da Itália.

Botkin e Beveridge (1997) argumentam que o estresse da vida urbana e a velocidade das relações do dia-a-dia, geram um estilo de vida agitado para o cidadão, com pouco espaço para descanso e contemplação. Por isso os serviços de lazer e descanso oferecidos pelos ecossistemas, devem ser extremamente valorizados no ambiente urbano. Os autores ainda consideram essencial a presença de vegetação, para alcançar qualidade de vida, possibilitando uma vida razoável para as pessoas no ambiente urbano.

Outra linha de pesquisa pertinente ao planejamento de áreas verdes, são estudos que relacionam os valores monetários de imóveis, justificados também pela presença de espaços públicos.

Nesse contexto Morancho (2002), pesquisando sobre os preços das habitações, na cidade de Castellon de La Plana, na Província de Castelló, Espanha, argumenta sobre a importância da presença desses espaços que ressoam na qualidade de vida de futuros moradores, considerando que as plantas das florestas, de áreas verdes e parques urbanos absorvem carbono da atmosfera, contribuem para a regulação de chuvas e temperaturas, ajudam a conter a erosão do solo e formam a base para a preservação da fauna e da flora. A autora estima o valor dos espaços públicos para as atividades recreativas, que proporcionam o contato direto com a natureza.

Outros fatores também corroboram para a importância de presença de espaços verdes, como: o isolamento acústico proporcionado por alguns jardins, que funcionam como uma verdadeira “tela acústica” entre as estradas de tráfego e as áreas residenciais; a estética das plantas, que desempenham importante papel na formação de cenários paisagísticos agradáveis, e, que são planejados e organizados, como divisores entre as áreas residenciais e as áreas industriais.

Em sua metodologia Morancho (2002) inclui alguns critérios, que contribuem para determinar os valores de imóveis, como: a proximidade de áreas verdes, o tamanho e a existência ou não desses espaços. Apesar da contribuição dessa pesquisa ser principalmente de valor econômico, é inconteste que, indiretamente, ela vem adicionar elementos fundamentais para a qualidade de vida das comunidades envolvidas, valorizando a qualidade ambiental do entorno e, conseqüentemente, atuando de forma positiva sobre a saúde física e mental dos indivíduos.

Chiesura (2004) desenvolveu estudo sobre o papel dos parques urbanos no modelo de cidade sustentável, que é determinado sob alguns critérios ambientais, tais como: a qualidade da água e economia de energia, a presença de resíduos, as ações de reciclagem, a organização do transporte, a qualidade de vida e quantidade de espaços verdes públicos por habitante: parques públicos e áreas de lazer e outros.

A autora indica alguns aspectos inovadores da importância dos espaços públicos, trazendo a contribuição de alguns pesquisadores, como Schroeder (1991) e Godbey et al. (1992), que desenvolvem pesquisas diretamente com visitantes de parques, e, relacionam a utilização desses espaços, com o estado de saúde de seus visitantes, concluindo que as pessoas que os utilizam com frequência estão mais propensas a relatar uma boa saúde, do que as pessoas que não costumam frequentar.

Os autores concluem que os ambientes naturais com vegetação e água induzem a estados de relaxamento e menos estresse em seus visitantes, do que aqueles que normalmente vivenciam seu cotidiano em áreas urbanas sem vegetação.

Coley et al. (1997) consideram que a natureza incentiva o uso de espaços ao ar livre, aumentando as relações sociais e proporcionando interação entre a vizinhança.

Kuo et al. (1998) e Kuo e Sullivan (2001) afirmam que a presença de árvores e grama em espaços comuns, promovem o desenvolvimento de laços sociais, ajudam no relaxamento e renovação das pessoas e reduzem os aspectos de agressividade. Relatam que os residentes em áreas de muito verde apresentam menores níveis relacionados à sensação do medo e de comportamentos violentos e de incivilidade.

Klijin et al. (2000) relatam que a experiência da natureza nas cidades é fonte de uma grande variedade de sentimentos positivos para as pessoas, como a liberdade, a emoção da unidade com a natureza e da felicidade.

Nesta perspectiva podem-se citar vários exemplos que fundamentam a importância dessa temática fortalecendo a elaboração de futuras propostas para as gestões municipais.

Fischer (1989) considera que os ambientes saudáveis contribuem para amenizar a carga do estresse mental e auxiliam na concentração. O papel da vegetação é fundamental na manutenção da saúde do nosso planeta, do meio ambiente onde se vive.

“De forma racional, planejada, e até intuitiva, pode-se conviver em ambientes com áreas verdes, ainda que recriadas pelo próprio homem, que conservem as características do meio ambiente natural, para (...) colher os frutos desta relação, em benefício da (...) saúde, conforto e bem-estar” (PILOTTO, 1997, p. 7).

Atualmente o homem tem vivido em “mínimos Standards”, por isso a necessidade em se criar espaços livres, onde possa entrar em contato com a natureza. Essa lógica determina a criação de jardins com uma expressão peculiar (MARX, 1987, p. 27).

As áreas verdes, além do caráter biofísico que apresentam, ou seja, um sistema de sustentação da vida, a partir de um dimensionamento físico, que proporcione a interação do meio urbano com o meio natural, contribui para a melhoria da qualidade ambiental e conseqüentemente da qualidade de vida (SOARES, 1996).

A construção de novas áreas verdes, ou mesmo, a conservação da vegetação já existente, deve ser encarada pelos gestores, como benefício futuro a todos os seres vivos. A importância destas áreas já deve ser considerada no momento em que se planeja a cidade, de forma a tirar proveito de todas as possibilidades ecológicas e ambientais com o uso da vegetação.

Lorenzi (1992, p. 41) traz uma contribuição interessante com relação às áreas verdes e a saúde em seus aspectos psicológicos, considerando que “um dos efeitos benéficos mais importantes da vegetação em ambientes (...) diz respeito à satisfação psicológica do ser humano. Caminhar sob árvores, (...) e entre flores, satisfaz o desejo, muitas vezes inconsciente, do ‘contato com o verde’, do elo com a natureza”.

Del Rio e Oliveira (1999) discutem processos psicológicos ligados a fatores afetivos e preferências ambientais: paisagens e ambientes naturais, por exemplo, têm efeitos positivos sob a fadiga mental. Sugere-se até que certos tipos de arranjos ambientais despertam respostas emocionais inatas, herdadas da nossa própria evolução genética.

Os autores também discutem evidências neuropsicológicas que ligam os estímulos perceptivos a processos fisiológicos, como as respostas ao sistema imunológico.

De modo geral, a contribuição dos ambientes na saúde física tem sido comprovada por diversos profissionais de saúde, através da medição de batimentos cardíacos e pressão arterial.

Com a discussão proposta neste capítulo sobre o estudo das áreas verdes, na perspectiva integradora, o capítulo seguinte discute a importância do território nos serviços de saúde, valorizando os aspectos externos à lógica da dinâmica do trabalho nas UBS, ou seja, propor aos profissionais envolvidos, conhecer os anseios e

perspectivas das comunidades, os problemas, suas organizações, buscas e sonhos, na procura de uma saúde mais digna e eficaz e de uma vida melhor!

Nessa perspectiva, o estudo sobre a territorialização também se configurará como um estudo geográfico integrado.

## **CAPÍTULO IV. O RECONHECIMENTO DO TERRITÓRIO COMO INSTRUMENTO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Integrado aos estudos sobre as áreas verdes, o presente trabalho articula os estudos sobre as áreas de abrangência das unidades de saúde de Mandaguari, no Estado do Paraná. Proporcionando discussões sobre a importância das áreas verdes na dinâmica dos serviços de saúde, se faz necessário trabalhar a delimitação dos territórios de abrangência, buscando facilitar a acessibilidade das comunidades aos serviços de saúde.

A integração das áreas verdes com o planejamento da territorialização dos postos de saúde contribuirá para a melhoria da qualidade dos serviços e, da qualidade de vida das comunidades.

As diretrizes para estabelecer parâmetros e critérios na definição de recortes territoriais de áreas de abrangência, como áreas de atuação dos sistemas de saúde pública, têm embasamento teórico-metodológico nas concepções sobre o pensar e o fazer cotidiano da população.

Koga (2003) 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 referentes aos aspectos de diversidade da população e relações entre as políticas locais.

Um dos objetivos da pesquisa é lançar um olhar sobre o usuário dos serviços de saúde pública, como agente modificador, quando ele se expressa, quando se movimenta no seu território e lugares de acesso a estes serviços.

Com o objetivo de estudar o território da área de abrangência, ou seja, a área de responsabilidade de uma UBS, de acordo com Unglert (1993, p. 221) “deve-se considerar os critérios de acessibilidade e fluxos de população que estão diretamente ligados às suas condições de vida”. Podem-se estudar esses critérios sob várias perspectivas: geográficas, funcionais, culturais e econômicas.

Sob a perspectiva geográfica avalia-se distâncias a serem percorridas, considerando meios de transporte disponíveis e barreiras geográficas, como avenidas, ruas sem pavimentação, aclives, declives, presença de matagais, terrenos abandonados com acúmulo de lixo, áreas verdes abandonadas e outras.

Em se tratando de perspectiva funcional investiga-se a qualidade dos serviços de saúde ofertados pela municipalidade.

Na perspectiva cultural analisa-se a relação dos serviços de saúde com os hábitos e costumes da população usuária.

Sob a ótica da perspectiva econômica considera-se os aspectos de exclusão de diversos grupos sociais, ou seja, nem todos os cidadãos têm acesso aos serviços ofertados, para tanto, é fundamental a participação coletiva dessas camadas, na tomada de decisões em relação a projetos que objetivem beneficiar as comunidades, não favorecendo apenas grupos seletos.

Normalmente, projetos de planejamento direcionados aos serviços de saúde não estabelecem critérios baseados na experiência das comunidades usuárias dos serviços. Esse fato vem contribuindo para a exclusão social, ou seja, nem todas as populações cadastradas no Programa Saúde da Família, recebem o atendimento domiciliar.

Maricato (1996, p. 48) afirma que o “avanço das relações formais capitalistas traz no seu bojo, no processo de acumulação brasileira, a exclusão.” A autora caracteriza a exclusão social, considerando os aspectos sociais (discriminação em relação à raça, cor, origem, gênero, idade), culturais, econômicos (menores oportunidades de emprego, salários mais baixos, dificuldades de acesso à previdência), políticos (ausência de cidadania) e ambientais (dificuldades de acesso aos serviços e infra-estrutura urbanos).

Bordin (2001, p. 34) contribui para o reconhecimento do território, através do sentimento de pertença: (...) “o entorno imediato é ao mesmo tempo material e social (...). 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 (...) e com o qual nos identificamos”.

Dentro dessas perspectivas, desenvolver um estudo de áreas de abrangência a partir da vivência de seus próprios atores sociais direcionará futuras ações de planejamento que, se adotadas, poderão minimizar consideravelmente constantes aspectos de exclusão social que, normalmente, verificam-se nos serviços públicos de saúde, atendendo de forma eficaz às necessidades das comunidades locais.

De acordo com Monken e Barcellos (2007, p. 177): “A promoção de espaços saudáveis faz com que, principalmente em lugares onde os problemas de saúde das populações atingem grande visibilidade, seja desenvolvido um olhar que permita



instrumentalizar o entendimento dos problemas de saúde e promover as soluções possíveis.”

Nesta ótica destacam-se os novos conceitos das Ciências Humanas e métodos que articulam as Ciências da Saúde e a Geografia, que possibilitam avanços na descrição, sistematização e reflexão dos problemas na área de saúde, direcionando o planejamento das ações de promoção.

Tanto para a etapa de análise, como para a adoção de determinada estratégia de ação, considerando a desigual distribuição espacial da saúde de populações, é fundamental conhecer, conhecer para interpretar e interpretar para atuar, pois normalmente este planejamento não ocorre efetivamente, resumindo-se apenas em ações desarticuladas e incompletas.

Para que ocorra uma atuação eficaz considerando as diferenças dos grupos sociais, é mister a compreensão de seus modos de vida, por meio de estratégias de territorialização que permitam identificar certas particularidades, como problemas e necessidades, usos e apropriações do território.

Todos vivem em um espaço geográfico compreendido sob diversos pontos de vista, seja associado a uma porção específica da Terra, seja como referência a uma localização e, é exatamente neste espaço que existe um arsenal utilizado para facilitar a vida das pessoas, como a moradia, o local de trabalho, um ponto de encontro entre amigos, e outros.

Assim para que se estabeleça a existência da sociedade moderna, são necessárias transformações no espaço para a adaptação dos diversos grupos sociais, como a construção de vias, edifícios, residências e outros.

No Brasil, devido às desigualdades econômicas, sociais e culturais da sociedade, as pessoas vivem de maneiras e em condições diferenciadas. A paisagem urbana apresenta fortes contrastes entre bairros com classes sociais privilegiadas e a periferia. Muitas transformações no espaço beneficiam determinados grupos, em detrimento a outros. Basta estudar, por exemplo, os projetos de construções de represas, que normalmente desabrigam as comunidades do entorno.

Por essa razão estabelecem-se conflitos entre os grupos sociais envolvidos, sendo o lugar resultado dessa relação. Este é utilizado de várias maneiras pelos diversos grupos, com a adoção de regras que regulamentam essa prática: a casa como moradia, as áreas verdes para diversão ou a igreja para o aconselhamento espiritual, ou mesmo o posto de saúde para a orientação no tratamento.

Nesta lógica, qualquer objeto geográfico estabelece fluxos, como explica Santos (1999, p. 113) que “a Geografia de um lugar é formada por fluxos e fixos. Quando se elabora um mapa, ou quando (...) se observa o campo de trabalho, são destacados os fixos representados pelas casas, ruas, fábricas, igrejas, etc. Mas é preciso saber que nesses fixos existem também fluxos”.

Determinado objeto pode ser ou não perigoso, dependendo de onde está, ou de como está, ou seja, do seu contexto, que são as condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar, que podem influenciar pessoas e objetos, dependendo de sua localização no território, sob diversos pontos de vista: social, econômico, político, cultural e outros. (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

A doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar, pois os lugares e seus diversos contextos sociais, dentro de uma cidade ou região, são resultados de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças. (BARCELLOS, 2000).

O território possui uma população, que não se encontra uniformemente distribuída, e são principalmente diferenciadas como populações urbanas e rurais. Em áreas urbanas apresentam-se como populações mais densas e em áreas rurais, mais dispersas. Este aspecto é observado por meio de indicadores, como densidade demográfica ou mesmo pela observação dos modos de vida, como por exemplo, as diferenças de atividades profissionais.

Os recursos que reproduzem a vida social podem ser de uso comum, que se estabelecem nos fluxos de pessoas e outras materialidades, como mercadorias e equipamentos.

Recursos individuais referem-se às condições do domicílio e às instalações sanitárias da habitação. O nível de rendimento individual se materializa exatamente nestas condições de domicílio e na posse de equipamentos domésticos e de alimentação, que normalmente condicionam a regras específicas de comportamento.

Já os recursos coletivos, de acordo com Seabra e Leite (2000, p. 26), compreendem “um conjunto dos sistemas naturais, herdados por uma determinada sociedade, e os sistemas de engenharia, isto é, objetos técnicos e culturais historicamente estabelecidos”. Ou ainda são objetos naturais e criados que possuem a característica de estabelecer a conexão material e social das pessoas, promovendo ou limitando as ações humanas (SANTOS, 1999).

Para as ações de vigilância em saúde, são relevantes objetos geográficos, como: as características de ocupação do lugar (estradas, ruas, sistemas de água e esgoto, terrenos baldios, depósitos de lixo, núcleos de habitação e outros) e suas condições ecológicas e geomorfológicas (áreas de florestas e desmatadas, fauna, flora, relevo, hidrografia e clima).

Os recursos e suas regras referem-se, (...), às condições materiais necessárias à subsistência humana, relacionadas à habitação, trabalho e renda, alimentação, saneamento básico, recursos sociais, econômicos e culturais, dos serviços de saúde e de educação, de opções de lazer e de organização sociopolítica. Esses (...) configuram regras que se materializam em práticas sociais cotidianas. (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 183).

Para entender o movimento cotidiano das pessoas, é preciso identificar como esse dinamismo acontece, a partir do nível local, dos seus objetos-domicílio, que representam a assimilação do dia-a-dia a partir de identidades, recursos e regras, integrados a espaços comunitários, como por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde, instituições, firmas, instâncias governamentais, igrejas, associações da sociedade civil, clubes, indústrias, depósitos, postos de comércio e espaços de circulação, como vias, estradas, pontes, parques, praças e outros.

O território social adquire algumas particularidades, sendo a posse de determinado recurso, referência, no que diz respeito à diferenciação de acesso aos resultados da produção social.

De acordo com Albuquerque (2001, p. 613) “o território refletiria as posições ocupadas pelas pessoas na sociedade e é consequência de uma construção histórica e social, (...) capaz de refletir as desigualdades existentes”. Os costumes e práticas considerados como fatores causais ou protetores, para doenças ou eventos, como o fumo, alimentação, agentes tóxicos, uso de preservativos e outros, normalmente circulam de forma diferenciada entre os diversos grupos sociais, distinguindo níveis e perfis de risco e de vulnerabilidade.

O reconhecimento do território também se dá a partir de relações com outros níveis decisórios, além dos limites territoriais, que frequentemente influenciam a vida local, como as empresas multinacionais que formam inúmeros territórios-influência, redes, informações, energias e materiais.

As empresas globais exercem suas ações em partes do mundo que representam economicamente possibilidades de lucro, interferindo efetivamente na vida social local,

inclusive com efeitos negativos, como problemas de saúde, emissão de poluentes e outros.

O território está diretamente relacionado à determinada área que é delimitada, onde a vida ocorre e que é submetida às relações de poder. Adotar um limite territorial para atuação sobre as condições ambientais e de saúde representa a formação de território artificial. Tanto o ambiente não pode ficar restrito a esses limites, como os processos sociais também não ficam limitados.

Nesta lógica, o primeiro problema para as ações de saúde é, sem dúvida, a delimitação do território de atuação e a identificação dos poderes constituídos nos referidos territórios, pois não se constituem em recortes autônomos e fechados, no entanto, servem para organizar as práticas nos serviços de saúde.

Além da atuação sobre determinado território, é fundamental identificar seus conteúdos, tanto social, como político e ambiental e sua população, que podem sofrer consequências dos processos de produção e consumo sobre a saúde.

O território representa um limite de poder governamental ou de um setor específico, normalmente estruturado em divisões político-administrativas ou somente políticas nos diversos níveis. Assim são organizados o território maior e vários outros territórios formando uma hierarquia, que não representa a ação de mandar, e sim uma articulação entre diversos níveis governamentais, cada um com o seu grau de atuação e diretrizes.

Muitos setores governamentais organizam territórios para fins administrativos com o intuito de organizar as atividades, como por exemplo, a manutenção de telefones, distribuição de energia elétrica e outros.

O setor de saúde também estrutura algumas divisões territoriais, tanto em nível Federal e Estadual, como Municipal, que normalmente não apresentam limites claros, atuando normalmente sob critérios populacionais que necessitam do atendimento do SUS.

Essas divisões não deixam de representar espaços de poder, de dominação, seja de caráter administrativo, gerencial, cultural, político e outros, formando redes de relações humanas no espaço. Mesmo não sendo visível ou organizado, ou mesmo não consciente, o poder desses grupos sociais pode ser exercido a partir da sua dinâmica, ou seja, das suas atividades realizadas no dia-a-dia. Nessa perspectiva é fundamental desenvolver o senso crítico desses grupos, com o intuito de desenvolver cada vez mais suas potencialidades, capacitando-os para atuar nas transformações de suas realidades,

objetivando uma vida mais digna, para tanto, as organizações da sociedade civil organizada são fundamentais para o desenvolvimento dessas potencialidades.

De acordo com Haesbaert (2002, p. 121): “Dessa interação constante entre múltiplas escalas e territórios, surge e avança cada vez mais o uso do termo rede, que contribui para compreendermos essas articulações entre diferentes territorialidades, bem como suas estruturas internas.”<sup>12</sup>

A partir desses princípios os territórios configuram-se como espaços e lugares construídos socialmente, variáveis, dinâmicos e atuantes, onde se expressam diversas dimensões do poder: público, privado, governamental ou não-governamental e também populacional.

A reforma sanitária brasileira foi assegurada com a implantação de normas que garantiram os princípios de universalidade, integralidade, equidade e descentralização.<sup>13</sup> Além do princípio de descentralização, destacam-se também outros princípios organizativos, como a regionalização e hierarquização dos serviços, a participação dos grupos sociais e do setor privado.<sup>14</sup>

A implantação desses princípios é considerada um grande desafio para os gestores do SUS, devido principalmente a alguns fatores:

- a) desigualdades sociais existentes no Brasil;
- b) a participação dos serviços de atenção suplementar e a necessidade de regulação do sistema;

---

<sup>12</sup> “O conceito de rede nasce com o próprio capitalismo, e os primeiros pesquisadores que irão utilizá-lo aparecem no século XIX, quando tentam explicar determinadas formas espaciais disseminadas pelo novo sistema: redes de transporte cada vez mais articuladas, vários tipos de rede dentro das cidades (desde as redes de bondes e metrô até as redes de água e esgoto), diversas redes técnicas construídas para destruir e reordenar territórios que, com o surgimento do imperialismo, irão incluir os próprios circuitos do capital financeiro.” (HAESBAERT, 2002, p. 121).

<sup>13</sup> 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).

Integralidade: “(...) superação da dicotomia medicina preventiva *versus* medicina curativa.” (CARVALHO, MARTIN e CORDONI JÚNIOR, 2001, p. 39).

Equidade: (...) 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. Descentralização: Refere-se ao processo de transferência de um nível de governo para outro, do centro para a periferia, ou seja, do nível federal ao 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).

<sup>14</sup> Sobre o histórico do setor de saúde e os princípios e diretrizes do SUS ver Rosen (1994); Pehouskei (2006); Matta (2007); Pehouskei e Benaduce (2010).

- c) a carência de informações e metodologias que permitam articular as necessidades e problemas das comunidades, que sejam expressas por indivíduos que formam os grupos sociais e;
- d) a qualidade dos serviços de saúde no nível local.

Visto assim, as desigualdades no uso dos serviços de saúde, ou seja, no ato de procurá-los, de ter acesso e se beneficiar do atendimento recebido, refletem tanto as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros. As necessidades de saúde possuem um forte diferencial dentro das cidades e dentro das regiões, dependente das condições gerais de vida da população e do acesso a serviços de saúde. Esses diferenciais geram fluxos de pacientes em busca de recursos, que devem ser avaliados e considerados no processo de alocação de serviços. (CAMPOS, 2003).

Como o PSF focaliza o atendimento domiciliar, está implícito em seus princípios um conjunto de ações intradomiciliares. No entanto é também preconizada a atuação de vigilância em saúde nos espaços sociais, pois são locais onde se detectam os problemas e as necessidades sociais de saúde.

A unidade espacial, que é a base territorial do sistema de saúde, é este território, que corresponde a área de abrangência de cada UBS. Neste processo de territorialização são identificados os seguintes territórios:

- a) território-distrito: delimitação político-administrativa usada para organização do sistema de atenção;
- b) território-área: delimitação de área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde que é foco neste estudo;
- c) território-microárea: área de atuação do ACS, delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômica-sanitária;
- d) território-moradia: lugar de residência da família.

A territorialização é uma etapa da implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACs) e do PSF. As equipes devem definir a população a ser atendida até mesmo para o financiamento do próprio programa. Este processo implica o cadastramento e adscrição da população a ser atendida pela ESF.

São pressupostos alguns quesitos importantes para a delimitação das áreas:

- a) a área deve conter um valor máximo de população de modo a permitir um atendimento às suas demandas de saúde;
- b) a área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico;
- c) a área deve conter uma UBS que é a sede da ESF e local de atendimento da população;
- d) os limites da área devem considerar barreiras geográficas e vias de acesso e transporte da população às UBS.

Este conjunto de requisitos torna a tarefa de definição das áreas um processo intrincado de administração de interesses por vezes contraditórios. Segundo estes requisitos, a área deve ser delimitada segundo critérios populacionais, político-comunitários, fisiográficos, epidemiológicos e de organização dos serviços, que são de difícil convergência. (BARCELLOS; MONKEN, 2007, p. 213).

No entanto, normalmente esses critérios são desprezados no momento de se delimitar a área, exatamente pela complexidade desses elementos, e consideram-se apenas a proximidade dos bairros para a delimitação, como por exemplo, a estratégia de “estimativa rápida” aplicada no Município de Maringá, Estado do Paraná. Não existe qualquer participação das comunidades envolvidas para o planejamento e territorialização dos serviços, e, por isso mesmo, ocorrem inúmeros problemas no atendimento a esses usuários.

A seguir (Quadro 1) apresentam-se algumas características dos diversos territórios formados para a atuação do PSF.

Quadro 1: O território das práticas de vigilância em saúde no PSF.

<b>TERRITÓRIO</b>	<b>LÓGICA DE EXISTÊNCIA</b>	<b>EXTENSÃO TERRITORIAL</b>	<b>OBJETO DE AÇÃO</b>	<b>DELIMITAÇÃO TERRITORIAL/FRONTEIRAS</b>
Distrito Sanitário	- Caráter político-administrativo-assistencial	-Município; Subprefeituras; regiões administrativas; bairros; consórcio de municípios	-Técnico-administrativo-assistencial	- Físico-jurídicas
Área	-Abrangência geográfica de unidades de saúde; -caráter administrativo-assistencial	- Entorno delimitado pelos fluxos de trabalhadores de saúde e da população e pelas barreiras físicas	- Organização básica da prática de assistência e demanda	- Físico-jurídicas
Microárea	- Homogeneidade socioeconômica-ambiental e sanitária-cultural; -caráter socioeconômico-cultural-ambiental	- Áreas com relativa homogeneidade de condições de vida e situação de saúde	- Contexto de vulnerabilidade em saúde para a intervenção da Vigilância em Saúde	- Condições de vida e situação de saúde
Moradia	- Família nuclear ou extensiva	- Domicílio; - habitação; - condomínios	- Vigilância em saúde: hábitos sanitários e cidadania	- Físico-jurídicas

Fonte: MONKEN, M.; BARCELLOS, C. (2007).

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

O ponto de partida para a organização do trabalho das ações de Vigilância em Saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território, segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998).

Portanto, a territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de Vigilância em Saúde, por meio da delimitação de áreas e microáreas do PSF, e vem sendo preconizada por diversas iniciativas no SUS,



como o próprio PSF, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e os processos de descentralização das atividades de assistência e vigilância.

No entanto, na maioria das vezes, reduz-se o conceito de território, sendo utilizado de forma meramente administrativa, para a gestão dos serviços de saúde, negando-se as potencialidades deste conceito para a identificação dos problemas de saúde e possíveis intervenções.

O próximo capítulo apresentará os resultados desta pesquisa, possibilitando a identificação dos recortes territoriais de área de abrangência dos núcleos de saúde em Mandaguari, de acordo com as opiniões de seus usuários, bem como a importância das áreas verdes como potencialidades de apoio aos seus tratamentos de saúde, que devem ser incluídas no próprio conceito de território, para a melhoria de suas condições de vida.

## **CAPÍTULO V. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1. PERFIL DAS INTERNAÇÕES PELO SUS DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM MANDAGUARI**

Para identificar os principais problemas de saúde da cidade de Mandaguari, Paraná, que representa o universo deste estudo e integrar com o estudo sobre as áreas verdes, como apoio aos tratamentos de saúde, foram utilizados os dados de Movimento de AIH do SUS, de acordo com a frequência por complexidade do procedimento segundo CID no município de Mandaguari, Paraná. 2000 a 2010 (Tabela 2).

Constata-se com os dados (Tabela 2) que a maioria dos casos identificados nos 11 anos, são problemas de saúde relacionados a doenças do aparelho respiratório com 9.943 casos, equivalente a 29,8%, seguidos de doenças do aparelho circulatório com 4.697 casos, equivalente a 14,0%. Estas doenças estão diretamente relacionadas a tratamentos que pressupõem a realização de atividades físicas e terapêuticas, de preferência realizadas em espaços públicos que possuam áreas verdes, com ar puro e contato com a natureza, e contribuem para a evolução da qualidade de vida dos usuários.

Considerando os dados da referida tabela outras doenças menos representativas, mas importantes no contexto geral, são as doenças infecciosas e parasitárias com 2.503 casos, equivalente a 7,5%, as doenças do aparelho digestivo com 2.533 casos, equivalente a 7,6% e os traumatismos e lesões e envenenamentos com 2.597 casos, equivalente a 7,8%. Os problemas em menores porcentagens são as doenças do olho com 72 casos, equivalente a 0,2%, doenças do ouvido 29, equivalente a 0,08% e causas externas de morbidade e mortalidade com 15 casos, equivalente a 0,04%.

Tabela 2. Movimento de Autorização de Internamento Hospitalar (AIH), segundo Classificação Internacional de Doenças (CID), no município de Mandaguari-PR. 2000 a 2010.

PROCEDIMENTO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	197	204	278	277	229	263	231	228	255	153	188	2503
Neoplasias (Tumores)	101	112	123	122	128	140	135	187	203	213	188	1652
Doenças do sangue	33	30	45	60	44	35	38	37	44	44	28	438
Doenças endócrinas nutricionais metabólicas	96	95	146	140	120	159	142	182	118	147	169	1514
Transtornos mentais e comportamentais	173	210	178	182	125	192	178	143	267	107	130	1885
Doenças do sistema nervoso	221	184	68	29	27	24	77	61	48	70	52	861
Doenças do olho e anexos	9	4	7	9	6	5	7	4	7	11	3	72
Doenças do ouvido	3	0	1	5	6	1	2	2	5	4	0	29
Doenças do aparelho circulatório	379	373	579	621	598	534	324	355	313	311	310	4697
Doenças do aparelho respiratório	1001	982	1124	1076	1080	1178	758	676	577	776	715	9943
Doenças do aparelho digestivo	276	230	263	242	243	249	203	202	177	230	218	2533
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	19	20	19	18	18	15	12	17	23	12	12	185
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	70	70	115	97	103	108	99	119	96	77	98	1052
Doenças do aparelho geniturinário	131	168	179	146	182	185	176	165	140	144	135	1751
Afecções originadas no período perinatal	85	94	26	13	13	9	18	9	9	17	25	318
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	5	8	8	15	15	16	8	18	10	10	7	120
Sintomas/Sinais	4	11	12	12	25	23	33	69	76	46	54	365
Traumatismos e lesões e envenenamentos	187	221	268	255	234	230	242	206	211	250	293	2597
Causas externas de morbidade e mortalidade	2	0	0	0	0	0	0	1	0	8	4	15
Contatos com serviços de saúde	46	51	49	49	49	45	80	124	124	68	81	766
<b>TOTAL</b>	<b>3038</b>	<b>3067</b>	<b>3488</b>	<b>3368</b>	<b>3245</b>	<b>3411</b>	<b>2763</b>	<b>2805</b>	<b>2703</b>	<b>2698</b>	<b>2710</b>	<b>33296</b>

Fonte: DATASUS (2009-2011).

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2009-2011).

Os usuários, apesar de serem residentes na cidade de Mandaguari, não foram internados somente na referida cidade. Em muitos casos são internados em outras cidades, normalmente devido a complexidade do procedimento realizado.

Em procedimentos de alta complexidade, por exemplo, é comum a internação na cidade de Maringá, pois normalmente os hospitais de municípios menores, não tem habilitação e credenciamento para realizar este tipo de procedimento pelo SUS.

Os dados apresentados (Tabela 2) representam as internações tabuladas no mesmo ano em que ocorreram, por isso são dados não acumulativos. Significam o número de internações ocorridas no período e não o número de pessoas internadas, considerando que uma pessoa pode ser internada mais de uma vez ao ano.

A partir destas informações percebe-se a configuração de um território-influência<sup>15</sup> a *hinterland*, que na realidade não se organiza a partir de uma demanda espontânea, mas sim, a partir das necessidades em saúde que não são encontradas na própria cidade, ou seja, das internações encaminhadas para outros municípios.

De acordo com o Banco de dados DATASUS (BRASIL; 2000-2010):

- No ano de 2000 (Figura 17)<sup>16</sup> os moradores de Mandaguari eram encaminhados a outros municípios do Paraná para atendimentos em saúde, com a necessidade da internação. Foram realizadas ao total 3.038, equivalente a 100% de internações, sendo 2.711, equivalente a 89,2%, no próprio município de Mandaguari. Outros 327, equivalente a 10,7%, encaminhadas para outros municípios, sendo os principais: Maringá, Jandaia do Sul e Sarandi.

- A partir da análise no ano de 2001 (Figura 18) foram realizadas ao total 3.067, equivalente a 100% de internações, sendo 2.686, equivalente a 87,5%, no próprio município de Mandaguari. Outras 381, equivalente a 12,4%, encaminhadas para outros municípios, sendo os principais: Maringá, Jandaia do Sul e Arapongas.

---

<sup>15</sup> De acordo com Unglert (1993) a determinação do território área de influência é gerada na lógica assistencial da demanda espontânea, onde a população procura atenção de seus problemas de saúde considerando as distintas modalidades de acessibilidade. Pode-se citar como exemplo aquelas pessoas que mesmo morando próximas a uma UBS, deslocam-se para outros serviços similares, por terem maior afinidade com a equipe de saúde, pelo horário de atendimento, etc.

<sup>16</sup> As Figuras 17 a 27 encontram-se no Apêndice B desta pesquisa. Nota do autor.

- No ano de 2002 (Figura 19) foram realizadas ao total 3.488, equivalente a 100% de internações, sendo 3.038, equivalente a 87,0%, no próprio município de Mandaguari. Outras 450, equivalente a 13,0%, encaminhadas para outros municípios, sendo os principais: Maringá, Jandaia do Sul e Sarandi.

- No ano de 2003 (Figura 20) foram realizadas ao total 3.368, equivalente a 100% de internações, sendo 2.891, equivalente a 85,8% no próprio município de Mandaguari. Outras 477, equivalente a 14,1%, encaminhadas para outros municípios, sendo os principais: Maringá, Jandaia do Sul e Sarandi.

- No ano de 2004 (Figura 21) foram realizadas ao total 3.245, equivalente a 100% de internações, sendo 2.851, equivalente a 87,8%, no próprio município de Mandaguari. Outras 394, equivalente a 12,1%, encaminhadas para outros municípios, sendo os principais: Maringá, Jandaia do Sul e Sarandi.

- No ano de 2005 (Figura 22) foram realizadas ao total 3.411, equivalente a 100% de internações, sendo 2.892, equivalente a 84,7%, no próprio município de Mandaguari. Outras 519, equivalente a 15,2%, encaminhadas para outros municípios, sendo os principais: Maringá, Jandaia do Sul e Sarandi.

- No ano de 2006 (Figura 23) foram realizadas ao total 2.763, equivalente a 100% de internações, sendo 2.271, equivalente a 82,1%, no próprio município de Mandaguari. Outras 492, equivalente a 17,8 %, encaminhadas para outros municípios, sendo os principais: Maringá, Jandaia do Sul e Sarandi.

- No ano de 2007 (Figura 24) foram realizadas ao total 2.805, equivalente a 100% de internações, sendo 2.277, equivalente a 81,1%, no próprio município de Mandaguari. Outras 528, equivalente a 18,8%, encaminhadas para outros municípios, sendo os principais: Maringá, Jandaia do Sul e Sarandi.

- No ano de 2008 (Figura 25) foram realizadas ao total 2.703, equivalente a 100% de internações, sendo 1.957, equivalente a 72,4%, no próprio município de Mandaguari. Outras 746, equivalente a 27,5%, encaminhadas para outros municípios, sendo os principais: Maringá, Jandaia do Sul e Sarandi.

- No ano de 2009 (Figura 26) foram realizadas ao total 2.698, equivalente a 100% de internações, sendo 2.103, equivalente a 77,9%, no próprio município de Mandaguari. Outras 595, equivalente a 22,0 %, encaminhadas para outros municípios, sendo os principais: Maringá, Jandaia do Sul e Curitiba.

- No ano de 2010 (Figura 27) foram realizadas ao total 2.710, equivalente a 100% de internações, sendo 2.069, equivalente a 76,3%, no próprio município de Mandaguari. Outras 641, equivalente a 23,6%, encaminhadas para outros municípios, sendo os principais: Maringá, Sarandi e Arapongas.

Com a análise do período de 2000 a 2010, os principais municípios onde foram encaminhadas internações são os de Maringá, Sarandi e Jandaia do Sul (Figura 28).

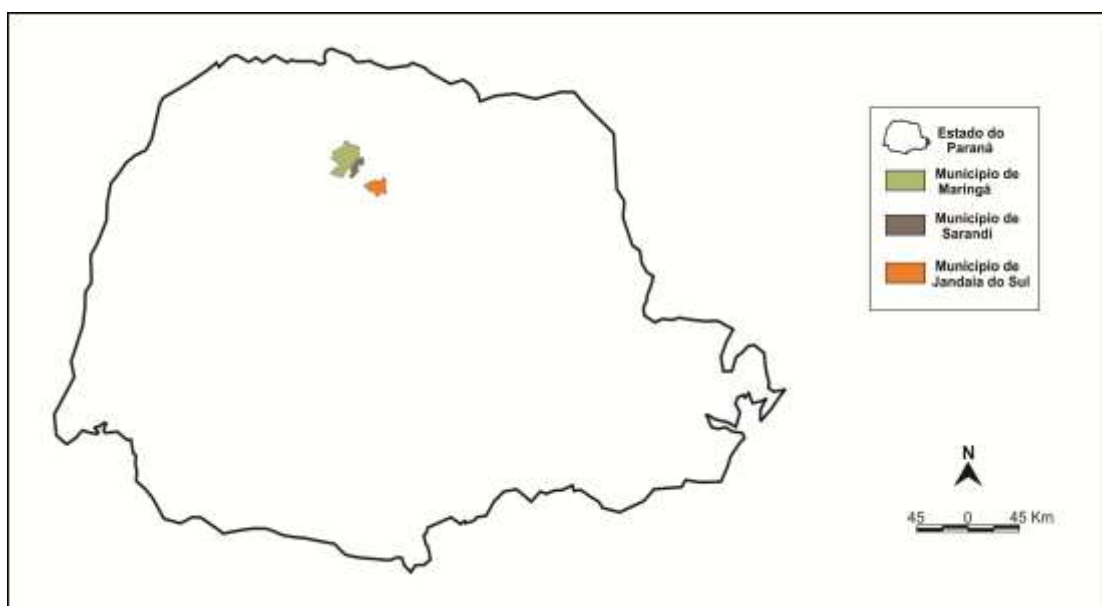


Figura 28. Mapa de localização dos principais municípios com internações de usuários residentes em Mandaguari.

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V. M.; PEREHOUSKEI, N. A. (2013).

Verifica-se a partir do ano de 2009, uma representativa queda nos totais de internação dos residentes em Mandaguari para a cidade de Maringá (DATASUS, 2009-2011).

De acordo com a Diretoria da Secretaria Municipal de Saúde de Mandaguari (MANDAGUARI, 2013) essa diminuição de internamentos é reflexo da atuação do próprio PSF, a partir de 1999, que vem trabalhando efetivamente na lógica da medicina preventiva em atendimentos domiciliares. Nessa perspectiva a proposta da atual gestão é conseguir alcançar 100% de cobertura do referido programa. Nos demais municípios, incluindo de outras regiões do Paraná, os totais de internamento são pouco representativos.

Nesse período também foram encaminhados um total de 33.296 internações, o que corresponde ao total dessa amostra, incluindo as realizadas no próprio município de Mandaguari, sendo 5.550 internações, equivalente a 33,33%, encaminhadas para outros municípios do estado, configurando assim vários territórios área de influência.

Mandaguari está inserida no Cismusep<sup>17</sup> (Figura 29). O único município que recebe pacientes de Mandaguari e não pertence ao consórcio é Jandaia do Sul.

---

<sup>17</sup> Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense, composto pelos seguintes municípios: Ângulo, Astorga, Atalaia, Colorado, Doutor Camargo, Floraí, Floresta, Flórida, Iguaraçu, Itaguajé, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Maringá, Munhoz de Mello, Nossa Senhora das Graças, Nova Esperança, Ourizona, Paiçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, Sarandi, Uniflor. De acordo com Pehouskei e Martini (2010, p. 76) os prefeitos dos municípios que pertencem à 15<sup>a</sup> Regional de Saúde (RS) decidiram organizar um Consórcio Intermunicipal de Saúde, como forma de cooperação para a solução de problemas comuns no campo da saúde em dezembro de 2001, e iniciaram sua operacionalização em junho de 2002. Para que o Cismusep desenvolvesse suas atividades, o primeiro passo dado foi firmar parceria com o Governo do Estado do Paraná e o Ministério da Saúde, tendo por finalidade assumir a direção do Centro Regional de Saúde, que serve de referência para consultas e exames especializados aos trinta municípios inseridos, totalizando um universo de mais de 706 mil habitantes.

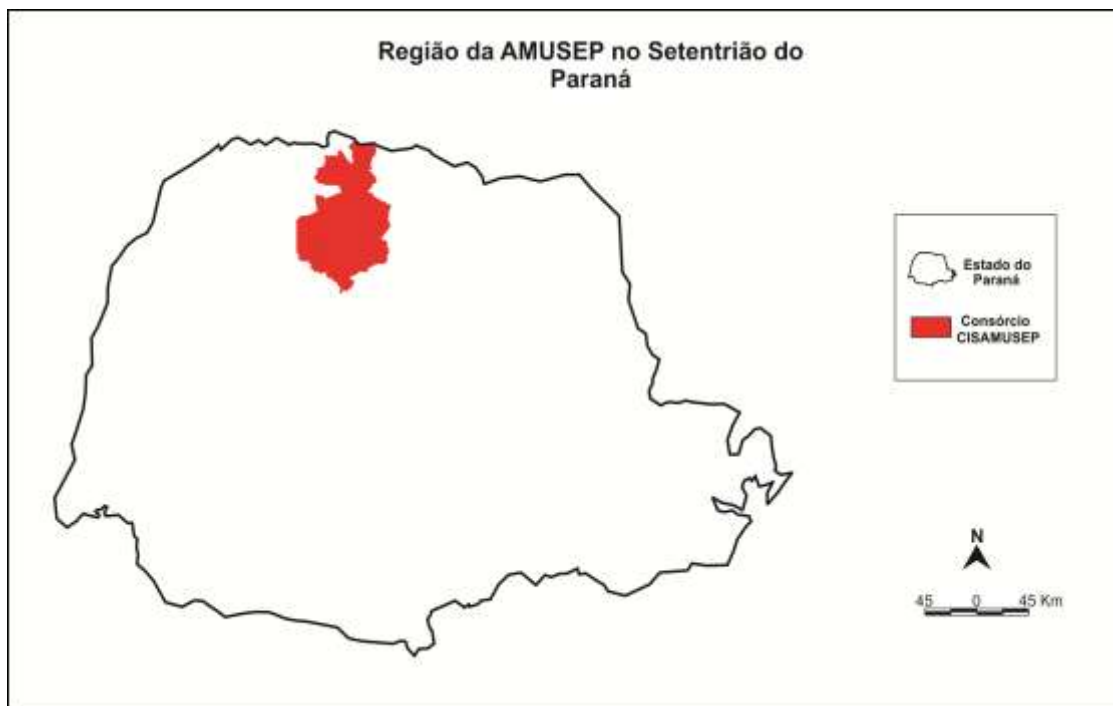


Figura 29. Mapa da região da Associação dos Municípios do Setentrão Paranaense (Amusep).

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V. M.; PEREHOUSKEI, N. A. (2012).

No entanto, diversos municípios que não fazem parte do consórcio e também pertencem a outras regiões do Paraná recebem usuários de Mandaguari, mesmo sendo em menores porcentagens. Esses municípios pertencentes a outras regiões do estado, normalmente pertencem a outros consórcios intermunicipais.

Além da cooperação intermunicipal, também ocorrem outras cooperações políticas e administrativas entre os municípios do Paraná, oferecendo as internações em longas distâncias. Esta é uma lógica de atendimento que com certeza ocorre em todos os municípios, seja pela ausência de hospitais credenciados para determinado procedimento, dificuldades em angariar recursos, ou mesmo, pela falta de vontade política por parte dos gestores.

Com o diagnóstico dos dados de internamento no período de 2000 a 2010, este capítulo dedica-se à análise e discussão dos resultados da presente pesquisa, a partir da aplicação de questionário junto às comunidades usuárias dos serviços de saúde, realizadas durante o ano de 2010.

As UBS no município de Mandaguari foram construídas em sua maioria nos anos 1980, com exceção dos núcleos de saúde Vila Vitória, inaugurado em 1990 e o núcleo Jardim Boa Vista inaugurado em 2003 e; da implantação do Programa Saúde da



Família no ano de 1999, acompanhando o desenvolvimento do SUS, foram organizadas por áreas de abrangência.

Normalmente a área de abrangência era dividida considerando apenas a proximidade de bairros, ou mesmo, a incorporação dos mesmos, identificando os fluxos de população, percebidos a partir da experiência das equipes de saúde, sem qualquer critério geográfico.

Considerar apenas estes critérios incorporou ao longo do tempo alguns problemas na divisão de áreas, bem como na dinâmica dos serviços ofertados pelas UBS, fortalecendo processos de exclusão social nos atendimentos, como por exemplo: áreas de abrangência muito extensas ou ociosas; numa mesma rua, o atendimento de duas equipes de saúde de unidades diferentes; áreas descobertas de atendimento; pouca procura de serviços por parte de bairros mais próximos e muita procura por bairros mais afastados; presença de barreiras geográficas que dificultavam o acesso ao posto de saúde; distribuição de fixos (Núcleos Integrados de Saúde) em desacordo com as necessidades das comunidades e outros.

Por meio do contato inicial com as equipes de saúde foi possível conhecer os bairros que fazem parte da área de abrangência de cada UBS, planejada inicialmente da seguinte forma:

UBS Jardim Boa Vista (inaugurada em 2003), formada pelos bairros: Centro, Jardim Boa Vista, Jardim Social e Jardim Novo Horizonte;

UBS Jardim Vitória (inaugurada em 1990): Área rural, Jardim Brasília e Vila Vitória;

UBS Jardim Esplanada (inaugurada em 1987): Jardim Esplanada, Jardim São Marcos e Vila Nova;

UBS Jardim Cristina (inaugurada em 1989): Área rural, Jardim Cristina, Jardim das Torres, Jardim Delgado, Jardim do Sol, Jardim Imperial, Jardim Industrial, Jardim Lorena, Jardim Morumbi, Jardim Roque Pedroni e Vila Dias;

UBS Jardim Popular (inaugurada em 1986): Jardim Ipacará, Jardim Mandaguari I e II, Jardim Popular, Jardim Tancredo Neves, Vila Verde e Vila Palma;

UBS Jardim Progresso (inaugurada em 1985) com área de abrangência formada pelo bairro Jardim Progresso e atendimento também a área rural. É importante ressaltar que cada UBS de Mandaguari possui uma ESF.

A sequência dos bairros nas tabelas não é simplesmente aleatória, e sim, obedeceu a dinâmica de expediente das UBS organizada pela Secretaria Municipal de

Saúde, para facilitar o transporte na realização das entrevistas.

As variáveis consideradas no referido questionário foram divididas em dois momentos: informações sócio econômicas (perfil do usuário) e informações específicas.

## 5.2. ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO USUÁRIA DO SUS NO MUNICÍPIO DE MANDAGUARI

Na primeira questão analisada (Tabela 3) em relação ao sexo, dos 362 entrevistados, o que corresponde ao total dessa amostra, 73 usuários, equivalente a 20,1% eram do sexo masculino e 289 usuários, equivalente a 79,8% do sexo feminino. Os resultados mostram que em todas as UBS houve predomínio do sexo feminino, variando de 69,4% a 96,4%.

As consultas ofertadas são divididas em especialidades básicas que são: Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia. Os homens têm como alternativa a consulta de Clínica Geral, que são ofertadas também para as mulheres. Estas por sua vez além de consultar com o Ginecologista, normalmente acompanham os filhos em consultas de Pediatria.

Esta dinâmica explica, em parte, a presença maior de mulheres nos fluxos de usuários atendidos pelos postos de saúde. Representam também dados importantes, quando neste momento, o próprio Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com ações de prevenção em relação a: problemas de próstata, cardíacos, circulatórios e outros. Estes tendem a vir em menor número para o atendimento das UBS, aspecto relativamente negativo quando se pretende prevenir doenças para esse grupo específico.

Tabela 3. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo sexo na abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	SEXO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
JARDIM BOA VISTA	13	23,6	42	76,3	55	100
VILA VITÓRIA	1	5,5	17	94,4	18	100
JARDIM ESPLANADA	16	17,9	73	82,0	89	100
JARDIM CRISTINA	13	19,4	54	80,5	67	100
JARDIM POPULAR	12	16,2	62	83,7	74	100
JARDIM PROGRESSO	18	30,5	41	69,4	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>20,1</b>	<b>289</b>	<b>79,8</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

Outros motivos parametrizam as demandas do SUS, como discutem Carret et al. (2011, p. 1071) em relação aos serviços de emergência, considerando seu aumento ao longo dos anos, a partir do número de consultas e do tempo de permanência na emergência, com diminuição do número e da capacidade dos serviços que prestavam esse atendimento, embora o número de leitos e a área física para este fim tenham sido ampliados. Estudos apontam que os usuários do serviço de emergência são indivíduos de baixo nível socioeconômico, consultam por conta própria, principalmente em horário de trabalho, sem diferença entre os sexos, com tendência a aumento da utilização entre mulheres de 41 a 50 anos. Os autores observam a escolha em relação ao tipo de sistema de saúde adotado pelos países, que parece modificar o efeito para nível econômico, sendo que os pobres consultam mais em países que possuem um sistema universal de saúde, indicando uma maior equidade no setor.

Sampaio e Coelho (2012) estudaram as demandas do SUS de transexuais, considerando a importância de um atendimento em saúde humanizado e de inserção social, que normalmente não ocorre nos centros de saúde. De acordo com Brasil (2010), qualquer cidadão que procure o SUS, com queixa de "incompatibilidade entre o sexo anatômico e o sentimento de pertencimento ao sexo oposto ao do nascimento", tem direito a um atendimento humanizado, incluindo acompanhamento terapêutico com ênfase na reinserção social. Aqueles que se submetem à hormonioterapia podem sofrer alterações na aparência que produzem um desacordo com alguns aspectos, como a voz e o Registro Civil. Esse desacordo restringe, em muitos momentos, a participação do (a) transexual na vida social e laboral, produzindo um profundo sentimento de rejeição social.

Em estudo sobre a oferta e demanda da atenção básica por média complexidade

do SUS no Distrito Federal, Pires et al. (2010, p. 1010) consideram que o fluxo desordenado de pessoas, a demanda não programada, a frágil pactuação de procedimentos e serviços entre os gestores, bem como a incipiente regulação do acesso ocasionam ineficiência e pouca resolutividade ao sistema de saúde local, características comuns às metrópoles. Ressalta-se que a desarticulação entre os níveis de atenção figura como aspecto crítico a ser enfrentado, na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.

A segunda questão investigada refere-se à faixa etária dos usuários dos serviços nas UBS (Tabela 4). Com a preocupação de investigar as opiniões dos diversos grupos sociais que frequentam os postos de saúde (jovens, mulheres, homens e idosos), além de entrevistar usuários que utilizam os serviços para consultas médicas, também se investigou alguns grupos de saúde, como de gestantes, diabéticos e hipertensos, cujos últimos são formados na maior parte por idosos.

Dessa forma verificou-se que esse grupo específico obteve os maiores resultados no total de entrevistados. Dos 362 usuários, o que corresponde ao total dessa amostra, 88 usuários, equivalente a 24,3% estão acima de 60 anos, seguidos de 72 usuários, equivalente a 19,8% de 41 a 50 anos e 70 usuários, equivalente a 19,3% de 51 a 60 anos.

A UBS que apresentou menores porcentagens para idosos foi a Vila Vitória, apresentando 1 usuário, equivalente a 5,5%, na faixa etária de 51 a 60 anos e, também 1 usuário de mais de 60 anos, equivalente a 5,5% e 3 usuários, equivalente a 16,6% de 41 a 50 anos. As menores porcentagens de entrevistados ocorreram nas faixas etárias de 21 a 30 anos e 31 a 40 anos, ambos com 55 usuários, equivalente a 15,1% e 22 usuários, equivalente a 6,0% na faixa etária de 15 a 20 anos.

Observou-se quando da realização das entrevistas uma expressiva participação de idosos aposentados nos grupos de saúde, que frequentam constantemente os acompanhamentos médicos e de enfermagem, participam de atividades de recreação, em alguns momentos realizadas em áreas verdes rurais ou urbanas, e que realmente valorizam estes momentos de sociabilidade e confraternização para a melhoria de sua qualidade de vida. São pessoas que formam vínculos com as equipes de saúde e administram seus tratamentos de forma preventiva.

Tabela 4. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo faixa etária dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	FAIXA ETÁRIA												TOTAL	
	15 a 20		21 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 60		>60		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
JD. BOA VISTA	8	14,5	12	21,8	8	14,5	10	18,1	11	20,0	6	10,9	55	100
VL. VITÓRIA	0	0	7	38,8	6	33,3	3	16,6	1	5,5	1	5,5	18	100
JD. ESPLANADA	2	2,2	8	8,9	7	7,8	24	26,9	27	30,3	21	23,5	89	100
JD. CRISTINA	3	4,4	10	14,9	9	13,4	7	10,4	10	14,9	28	41,7	67	100
JD. POPULAR	4	5,4	7	9,4	13	17,5	21	28,3	9	12,1	20	27,0	74	100
JD. PROGRESSO	5	8,4	11	18,6	12	20,3	7	11,8	12	20,3	12	20,3	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>6,0</b>	<b>55</b>	<b>15,1</b>	<b>55</b>	<b>15,1</b>	<b>72</b>	<b>19,8</b>	<b>70</b>	<b>19,3</b>	<b>88</b>	<b>24,3</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

Verifica-se que o Jardim Vitória apresenta menor número de usuários, sendo reflexo do menor número de famílias cadastradas pelo PSF, por se tratar principalmente de indivíduos que residem na área rural.

A terceira questão investigada refere-se ao grau de escolaridade dos usuários entrevistados (Tabela 5), cujos dados demonstram que dos 362 usuários, o que corresponde ao total dessa amostra, 218 usuários, equivalente a 60,2% possuem nível fundamental, seguidos de 98 usuários, equivalente a 27,0% de nível médio e 31 usuários, equivalente a 8,5% sem qualquer escolaridade. Os níveis maiores de estudo correspondem a 14 usuários, equivalente a 3,8% com curso superior, principalmente nas UBS Jardim Boa Vista e Jardim Popular e apenas 1 usuário, equivalente a 0,2% com curso de pós-graduação na UBS Jardim Esplanada.

Estes dados apresentam interessante correspondência com a faixa etária dos entrevistados, que foram na maioria pessoas idosas que normalmente estudaram no máximo até a 4ª. série do atual primeiro ciclo do ensino fundamental.

Tabela 5. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo escolaridade dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	ENSINO										TOTAL	
	FUNDAMEN.		MÉDIO		SUPERIOR		PÓS-GRAD.		S/ESCOLAR.			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	37	67,2	9	16,3	4	7,2	0	0	5	9,0	55	100
VL. VITÓRIA	10	55,5	8	44,4	0	0	0	0	0	0	18	100
JD. ESPLANADA	50	56,1	26	29,2	1	1,1	1	1,1	11	12,3	89	100
JD. CRISTINA	41	61,1	20	29,8	3	4,4	0	0	3	4,4	67	100
JD. POPULAR	45	60,8	17	22,9	4	5,4	0	0	8	10,8	74	100
JD. PROGRESSO	35	59,3	18	30,5	2	3,3	0	0	4	6,7	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>60,2</b>	<b>98</b>	<b>27,0</b>	<b>14</b>	<b>3,8</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>31</b>	<b>8,5</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

A quarta questão investigada refere-se à renda das famílias que residem na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari (Tabela 6). Dos 362 usuários, o que corresponde ao total dessa amostra, as famílias que recebem de 1 a 2 salários ocorrem com 157 usuários, equivalente a 43,3%; até 1 salário mínimo 109 usuários, equivalente a 30,1% e de 2 a 5 salários mínimos 87 usuários, equivalente a 24,0%. Estes foram os maiores resultados obtidos nesta variável.

Em menores porcentagens aparecem 9 usuários, equivalente a 2,4% nas famílias que recebem de 5 a 8 salários, não tendo nenhuma ocorrência a variável maior que 8 salários. No Jardim Cristina o índice de usuários que recebem até 1 salário mínimo pode ser considerado baixo, com apenas 5 usuários, equivalente a 7,4%, representando um resultado diferenciado das demais UBS.

Estes resultados estão em concordância com as variáveis anteriores, que apontam a prevalência de idosos e com pouco nível de estudo (ensino fundamental), que recebem aposentadoria de 1 salário, sendo as profissões dos entrevistados apresentadas a seguir.

Tabela 6. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo renda familiar dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	NÚMERO DE SALÁRIOS <sup>18</sup>											
	ATÉ 1		1 A 2		2 A 5		5 A 8		> 8		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	24	43,6	19	34,5	12	21,8	0	0	0	0	55	100
VL. VITÓRIA	7	38,8	6	33,3	5	27,7	0	0	0	0	18	100
JD. ESPLANADA	25	28,0	32	35,9	30	33,7	2	2,2	0	0	89	100
JD. CRISTINA	5	7,4	39	58,2	18	26,8	5	7,4	0	0	67	100
JD. POPULAR	26	35,1	37	50,0	10	13,5	1	1,3	0	0	74	100
JD. PROGRESSO	22	37,2	24	40,6	12	20,3	1	1,6	0	0	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>30,1</b>	<b>157</b>	<b>43,3</b>	<b>87</b>	<b>24,0</b>	<b>9</b>	<b>2,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

A quinta questão investigada refere-se à ocupação exercida pelos usuários das UBS de Mandaguari (Tabela 7) que de acordo com os dados, a maioria dos entrevistados encontra-se na situação de empregado, exercendo alguma atividade profissional, em seguida, os resultados apontam para mulheres que trabalham como donas de casa e aposentados. Em menores números estão os desempregados, seguidos de estudantes e trabalhadores autônomos.

Conforme demonstram os resultados os empregados que representam a maioria, 161 usuários, equivalente a 44,4%, estão elencados abaixo de acordo com a UBS e a profissão que exerce.

UBS Jardim Boa Vista: auxiliar de enfermagem, auxiliar de manutenção, auxiliar de produção, auxiliar de serviços gerais, babá, empacotador, empregada doméstica, lavrador, motorista, operador de máquinas, operador industrial, professor, técnico de informática e vendedor.

UBS Jardim Vitória: agente de saúde, auxiliar de serviços gerais, educador, empregada doméstica, lavrador e vendedor.

UBS Jardim Esplanada: auxiliar de produção, caminhoneiro, costureira, cuidador de idosos, eletricista, empregada doméstica, fiscal operacional, lavrador, motorista, operador de máquinas, promotora de vendas, vendedor e zeladora.

UBS Jardim Cristina: agente de saúde, auxiliar de manutenção, auxiliar de serviços gerais, caixa, costureira, encarregado de manutenção, professora, montador de móveis, operador industrial, porteiro, secretária, soldador e tapeceiro.

<sup>18</sup> Valor do salário mínimo nacional em março de 2010 = R\$ 510,00 (Quinhentos e dez reais), período onde se iniciou as entrevistas com aplicação do questionário.

UBS Jardim Popular: auxiliar de almoxarifado, auxiliar de manutenção, auxiliar de produção, auxiliar de serviços gerais, babá, cobrador, cuidador de idosos, *design*, empregada doméstica, lavrador, manicure, metalúrgico, motorista, operador de máquinas, operador industrial, pedreiro, secretária e vendedor.

UBS Jardim Progresso: acompanhante de idosos, auxiliar de manutenção, auxiliar de serviços gerais, costureira, educadora, empregada doméstica, gerente de produção, lavrador, marceneiro, mecânico, montador de móveis, operador de máquinas, pedreiro, soldador e vendedor.

Verifica-se certa correspondência desses resultados com os dados anteriores, referentes ao sexo, à faixa etária e escolaridade dos usuários, pois considerando mulheres donas de casa e aposentados, obtém-se um total de 166 pessoas, equivalente a 45,8% que são na maioria mulheres, idosos e com pouco grau de escolaridade.

A UBS Jardim Boa Vista apresentou baixo número de aposentados, apenas 2 pessoas, equivalente a 3,6%, sendo um dado diferenciado das demais unidades de saúde.

Tabela 7. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo ocupação dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	OCUPAÇÃO													
	EMPREG.		DO LAR		DESEMP.		AUTÔN.		APOSENT.		ESTUDAN.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	30	54,5	12	21,8	1	1,8	5	9,0	2	3,6	5	9,0	55	100
VL. VITÓRIA	8	44,4	8	44,4	1	5,5	0	0	1	5,5	0	0	18	100
JD. ESPLANADA	34	38,2	29	32,5	5	5,6	1	1,1	19	21,3	1	1,1	89	100
JD. CRISTINA	19	28,3	27	40,2	4	5,9	0	0	16	23,8	1	1,4	67	100
JD. POPULAR	39	52,7	21	28,3	2	2,7	2	2,7	9	12,1	1	1,3	74	100
JD. PROGRESSO	31	52,5	12	20,3	3	5,0	1	1,6	10	16,9	2	3,3	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>44,4</b>	<b>109</b>	<b>30,1</b>	<b>16</b>	<b>4,4</b>	<b>9</b>	<b>2,4</b>	<b>57</b>	<b>15,7</b>	<b>10</b>	<b>2,7</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2012).

A sexta questão referente a quantidade de horas trabalhadas por dia (Tabela 8) mostrou que dos 362 usuários entrevistados, o que corresponde ao total dessa amostra, houve o predomínio das atividades desenvolvidas no intervalo de 7 a 10 horas, normalmente 8 horas, com 239 pessoas, equivalente a 66,0%, considerando também mulheres donas de casa, seguido das atividades desenvolvidas no intervalo de 1 a 4 horas, normalmente 4 horas (como por exemplo, o trabalho de cuidador de idosos), com 20 pessoas, equivalente a 5,5%; atividades realizadas em intervalos de 4 a 7 horas (por exemplo, costureiras) com 9 pessoas, equivalente a 2,4%, assim como as atividades



realizadas além de 10 horas diárias (lavradores e autônomos). Os entrevistados que não trabalham, totalizaram 85 pessoas, equivalente a 23,4%.

A quantidade de horas trabalhadas diariamente está diretamente relacionada com o tempo que as pessoas terão para o lazer, que serão investigados adiante. Será que as pessoas têm realmente tempo para o lazer, para estar em contato com as áreas verdes, para relaxar, etc.? Esta é uma questão fundamental a ser investigada, quando se pretende articular a importância dos espaços públicos com os tratamentos em saúde.

Tabela 8. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo horas diárias de trabalho dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	HORAS DIÁRIAS DE TRABALHO										TOTAL	
	0		1 A 4		4 A 7		7 A 10		>10			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	8	14,5	4	7,2	1	1,8	42	76,3	0	0	55	100
VL. VITÓRIA	1	5,55	0	0	0	0	17	94,4	0	0	18	100
JD. ESPLANADA	26	29,2	13	14,6	2	2,2	46	51,6	2	2,2	89	100
JD. CRISTINA	21	31,3	2	2,9	1	1,4	41	61,1	2	2,9	67	100
JD. POPULAR	14	18,9	1	1,3	2	2,7	54	72,9	3	4,0	74	100
JD. PROGRESSO	15	25,4	0	0	3	5,0	39	66,1	2	3,3	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>23,4</b>	<b>20</b>	<b>5,5</b>	<b>9</b>	<b>2,4</b>	<b>239</b>	<b>66,0</b>	<b>9</b>	<b>2,4</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

A sétima questão refere-se aos bairros onde residem os usuários relacionando à área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari. Como discutido anteriormente, quando da implantação do PSF, foram delimitadas as áreas de abrangência dos postos de saúde, para a dinâmica dos serviços, no entanto, não foi realizado nenhum estudo geográfico no intuito de delimitar essas áreas, apenas considerou-se o parâmetro de proximidade de bairros, ou mesmo, o fluxo de pessoas de determinado bairro, que normalmente frequentavam a UBS.

A metodologia aplicada nesta pesquisa possibilitou um diagnóstico dos moradores dos bairros que realmente chegam até a unidade para receber o atendimento. Com isso, considerando a acessibilidade dos usuários, podem-se apreciar outros recortes territoriais para a delimitação da área de abrangência, que tendem a sofrer modificações, pois nem todos os bairros aparecem na amostra em número considerável.

Na UBS Jardim Boa Vista, dos bairros inicialmente inclusos em sua área de abrangência (Centro, Jardim Boa Vista, Jardim Social e Jardim Novo Horizonte) determinados pela equipe do posto, apenas o bairro Jardim Boa Vista foi representativo

na amostra. O bairro Centro surge na amostra, porém, pouco representativo. Os demais bairros que compõem a área, Jardim Social e Jardim Novo Horizonte, sequer aparecem na amostra.

Contudo, foram encontrados alguns bairros que pertencem a outras áreas de abrangência, como o Jardim Esplanada, Jardim São João, Jardim Popular e Jardim Progresso, sendo pouco representativos. Outra característica é que esta UBS também atende a população rural, mesmo não sendo muito representativo.

Foram encontrados usuários que residem em outras áreas de abrangência e mesmo assim, recebem atendimento nesta UBS. As razões para esse fluxo diferenciado serão investigadas adiante.

De acordo com a acessibilidade pode-se considerar que o único bairro representativo na amostra foi o próprio Jardim Boa Vista, sendo os demais bairros pertencentes a área pouco representativos para serem incluídos nos limites desta área de abrangência.

Na UBS Jardim Vitória, dos bairros inicialmente adscritos na área de abrangência (Área rural, Jardim Brasília e Vila Vitória) pode-se considerar representativo na amostra apenas o bairro Vila Vitória. O bairro Jardim Brasília e a área rural surgem na amostra, porém, pouco representativos. Ainda aparecem na amostra alguns bairros que pertencem a outras áreas de abrangência, como o bairro Centro, Jardim Boa Vista e Jardim Popular. Esta UBS apresenta uma característica peculiar, pois um dos entrevistados reside no município de Marialva.

De acordo com os resultados, considerando a acessibilidade dos moradores, o único bairro representativo na amostra para esta área de abrangência é o bairro Vila Vitória. O bairro Jardim Brasília e a área rural que são também adscritos nesta abrangência foram pouco representativos na amostra.

A UBS Jardim Esplanada, cuja área de abrangência é formada pelos bairros Jardim Esplanada, Jardim São Marcos e Vila Nova, teve a mesma dinâmica dos postos anteriormente analisados, sendo apenas o bairro onde se localiza a unidade representativo da amostra, ou seja, o bairro Jardim Esplanada. Os demais bairros adscritos na amostra, Jardim São Marcos e Vila Nova, foram pouco representativos.

No entanto, esta UBS apresenta uma característica peculiar, pois o número de moradores residentes em outras áreas de abrangência foi relativamente representativo, apresentando uma quantidade maior de bairros que as UBS anteriores, quais sejam: Centro, Jardim Cristina, Jardim Ipacaráí, Jardim Ivaí, Jardim Keller, Jardim Popular,

Jardim Tancredo Neves, Vila Verde e também a área rural. E se caracteriza por uma demanda espontânea provinda de outras áreas de abrangência, ou seja, esta unidade é mais procurada do que as outras, por moradores de outros bairros do município.

Somando os totais de moradores de outros bairros e da área rural, o total de entrevistados que não pertencem a esta área de abrangência é de 33 pessoas, equivalente a 37,0%.

Verifica-se nesta UBS uma dinâmica de fluxos diferenciada das UBS anteriores, pois mesmo sendo representativo apenas um dos bairros adscritos, a procura de atendimento por parte de outros bairros que não pertencem a área é relativamente representativa.

A UBS Jardim Cristina, cuja área de abrangência é formada pelos bairros Jardim Cristina, Jardim Das Torres, Jardim Delgado, Jardim Do Sol, Jardim Imperial, Jardim Industrial, Jardim Lorena, Jardim Morumbi, Jardim Roque Pedroni e Vila Dias e por área rural, apresenta uma dinâmica diferenciada das demais UBS, pois o número de bairros que compõem a sua adscrição é maior.

De todos os bairros adscritos, de acordo com a amostra, apenas o bairro Jardim Cristina foi representativo. Somente dois bairros surgem na amostra e fazem parte da área de abrangência desta unidade, o Jardim Delgado e o Jardim Lorena, sendo que os demais bairros adscritos sequer surgem na amostra, inclusive a área rural.

Os moradores de outras áreas de abrangência foram relativamente representativos, surgindo na amostra apenas o bairro Centro e a Vila Verde.

Nessa UBS, mesmo sendo referência para a área rural, como a UBS Jardim Vitória, não surge na amostra nenhum morador desta área.

Pode-se até mesmo concluir que o atendimento para a área rural não tem atingido as famílias cadastradas no PSF, pois mesmo a UBS Vila Vitória apresentou resultados pouco representativos. Do total de entrevistados, em número de 18, tem-se que 11,1%, o equivalente a 2 pessoas, são residentes em áreas rurais.

Com esse diagnóstico pode-se considerar para a área de abrangência dessa UBS, de acordo com a acessibilidade dos usuários, apenas os bairros Jardim Cristina, Jardim Delgado e Jardim Lorena, sendo os dois últimos ainda pouco representativos na amostra. No entanto, considerando o total de 10 bairros que fazem parte da área de abrangência, que é formada por um número maior de bairros do que as outras áreas, estes bairros ainda surgem na amostra.

A UBS Jardim Popular, cuja área de abrangência é formada pelos bairros Jardim Ipacaráí, Jardim Mandaguari, Jardim Popular, Jardim Tancredo Neves, Vila Verde e Vila Palma, apresentou também uma dinâmica diferenciada das UBS anteriores.

De todos os bairros adscritos, apenas dois foram representativos na amostra, o Jardim Mandaguari e o Jardim Popular. Dos outros bairros adscritos, todos surgem na amostra, no entanto, em totais pouco representativos.

A UBS ainda apresenta atendimento a bairros de outras áreas de abrangência, como os bairros Centro, Jardim Progresso e Vila Vitória e área rural, no entanto, também pouco representativos na amostra.

Em menores porcentagens estão os moradores do bairro Jardim Tancredo Neves com 4 pessoas, equivalente a 5,4%, seguidos de 3 pessoas, equivalente a 4,0% de moradores do Jardim Ipacaráí e de 3 pessoas, equivalente a 4,0% de moradores do bairro Vila Verde e 1 pessoa, equivalente a 1,3% morador da Vila Palma.

Verifica-se com estes resultados, que os bairros para esta área são apenas o Jardim Popular e o Jardim Mandaguari, que foram representativos na amostra. Os demais bairros pertencentes a área, foram pouco representativos para serem incluídos na adscrição.

A última UBS investigada, do Jardim Progresso, possui sua área de abrangência formada apenas por um bairro, o próprio Jardim Progresso e também é referência para a área rural.

Os bairros pertencentes a outras áreas de abrangência foram também relativamente representativos na amostra, quais sejam: Centro, Jardim Delgado, Jardim Imperial, Jardim Mandaguari e Jardim Popular.

A área rural também referência para esta UBS que foi pouco representativa, confirma assim a deficiência do atendimento para a população rural no município.

O atendimento a moradores de bairros de outras áreas de abrangência que foram relativamente representativos, mostrou que é também pouco mais procurada do que as outras por usuários adscritos em outras áreas, com exceção do Jardim Esplanada que apresentou resultados maiores para esta lógica.

Os recortes iniciais delimitados pelas equipes de saúde, considerando apenas a proximidade de bairros, ou os fluxos de população que porventura percebem no dia-a-dia do serviço, sofrem importantes distorções, quando comparados com os fluxos de população pesquisados geograficamente (Tabela 9).

Esta metodologia adotada para o planejamento com certeza minimizará consideravelmente os aspectos de exclusão social que ainda insistem em ocorrer nos serviços públicos de saúde.

Por outro lado, quais seriam os motivos que fazem com que o usuário de determinada área de abrangência procure outra UBS para o atendimento, ou mesmo, por que alguns moradores da própria abrangência da unidade não procuram o seu atendimento?

Esta pesquisa também possibilitará este diagnóstico, pois ainda foram investigadas a partir da aplicação do questionário, possíveis barreiras geográficas existentes nos trajetos até as UBS de Mandaguari, inclusive relacionadas a problemas ambientais, bem como problemas no próprio atendimento das UBS.

Com esta futura análise poderá se evidenciar alguns aspectos que porventura possam incluir, em sua própria área de abrangência, os outros bairros que tiveram totais pouco representativos na amostra desta pesquisa, ou mesmo, inseri-los definitivamente em outras áreas de abrangência, bem como orientar a partir desta metodologia, novas alternativas para o planejamento de outras dinâmicas, que fazem parte do universo dos serviços de saúde.

Tabela 9. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo residentes nos bairros de abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

BAIRROS	UBS											
	JD. BOA VISTA		VL. VITÓRIA		JD. ESPLANADA		JD. CRISTINA		JD. POPULAR		JD. PROGRESSO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Jardim Boa Vista	46	83,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Centro	3	5,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jardim Brasília	0	0	1	5,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Vila Vitória	0	0	11	61,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Jardim Esplanada	0	0	0	0	47	52,8	0	0	0	0	0	0
Jardim São Marcos	0	0	0	0	5	5,6	0	0	0	0	0	0
Vila Nova	0	0	0	0	5	5,6	0	0	0	0	0	0
Jardim Cristina	0	0	0	0	0	0	48	71,6	0	0	0	0
Jardim Delgado	0	0	0	0	0	0	2	2,9	0	0	0	0
Jardim Lorena	0	0	0	0	0	0	4	5,9	0	0	0	0
Jardim Ipacaráí	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4,0	0	0
Jardim Mandaguari	0	0	0	0	0	0	0	0	16	21,6	0	0
Jardim Popular	0	0	0	0	0	0	0	0	43	58,0	0	0
Jardim Tancredo												
Neves	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5,4	0	0
Vila Verde	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4,0	0	0
Vila Palma	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,3	0	0
Jardim Progresso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	67,7
Abrangências												
externas	4	7,2	3	16,7	27	30,3	13	19,4	3	4,0	15	25,4
Área rural	2	3,6	2	11,1	5	5,6	0	0	1	1,3	4	6,7
Outros municípios	0	0	1	5,5	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

A oitava questão analisa o tempo de residência dos usuários das UBS de Mandaguari (Tabela 10). Dos 362 entrevistados, o que corresponde ao total dessa amostra, os residentes nos bairros no período de 5 a 10 anos, correspondem a 71 usuários, equivalente a 19,6% e de residentes no período de 1 a 5 anos, com o total de 67 usuários, equivalente a 18,5%.

Em seguida os resultados demonstram os residentes no período de 10 a 15 anos, num total de 59 usuários, equivalente a 16,2%, seguidos de residentes de 15 a 20 anos, num total de 54 usuários, equivalente a 14,9%.

Os valores mais baixos foram encontrados em residentes mais antigos, ou seja, a mais de 30 anos, num total de 34 usuários, equivalente a 9,3%, seguidos de 28 usuários, equivalente a 7,7% no período de 25 a 30 anos; 25 usuários, equivalente a

6,9% residentes mais recentes, ou seja, a menos de 1 ano e por último, residentes de 20 a 25 anos, num total de 24 usuários, equivalente a 6,6%.

Verifica-se que os dados de usuários que residem nos bairros de abrangência das UBS no período de 1 a 10 anos são predominantes, perfazendo um total de 138, o equivalente a 38,1%, demonstrando que são grupos de moradores relativamente recentes.

Os dados permitem (Tabela 10) separar os bairros por UBS, demonstrando os totais de usuários por bairros e seus períodos de tempo de residência; os fluxos de população providas de outras áreas de abrangência representam 65 usuários, o equivalente a 17,9%, da área rural 14 usuários, o equivalente a 3,8% e um residente de outro município (Marialva) que representou 1 usuário, equivalente a 0,2%.

Das 3 últimas variáveis representadas (moradores de outras áreas, área rural e outro município) verifica-se um relativo fluxo de usuários que procuram o atendimento de saúde em áreas pertencentes a outras UBS, ou seja, não se dirigem a sua unidade de saúde de referência.

Tabela 10. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo tempo de residência nos bairros de abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

		TEMPO DE RESIDÊNCIA																	
		< 1 ANO		1 A 5		5 A 10		10 A 15		15 A 20		20 A 25		25 A 30		>30		TOTAL	
UBS	BAIRROS	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	CENTRO	0	0	0	0	1	0,2	2	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,8
	JD. BOA VISTA	7	1,9	11	3,0	14	3,8	6	1,6	6	1,6	0	0	1	0,2	1	0,2	46	12,7
VL. VITÓRIA	VL. VITÓRIA	3	0,8	1	0,2	3	0,8	0	0	2	0,5	1	0,2	0	0	1	0,2	11	3,0
	JD. BRASÍLIA JD.	0	0	1	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2
JD. ESPLANADA	ESPLANADA JD. SÃO MARCOS	3	0,8	3	0,8	6	1,6	9	2,4	10	2,7	0	0	3	0,8	13	3,5	47	12,9
	VL. NOVA	0	0	0	0	0	0	5	1,3	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1,3
JD. CRISTINA	JD. CRISTINA	3	0,8	4	1,1	13	3,5	9	2,4	10	2,7	1	0,2	6	1,6	2	0,5	48	13,2
	JD. DELGADO	0	0	1	0,2	1	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,5
JD. CRISTINA	JD. LORENA	0	0	4	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1,1
	JD. IPACARAÍ JD.	0	0	0	0	0	0	3	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,8
JD. POPULAR	MANDAGUARI	0	0	0	0	1	0,2	6	1,6	9	2,4	0	0	0	0	0	0	16	4,4
	JD. POPULAR	2	0,5	5	1,3	10	2,7	2	0,5	12	3,3	0	0	12	3,3	0	0	43	11,8
JD. POPULAR	JD. T. NEVES	0	0	1	0,2	0	0	2	0,5	1	0,2	0	0	0	0	0	0	4	1,1
	VL. VERDE	0	0	3	0,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,8
JD. PROGRESSO	VL. PALMA JD.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2	1	0,2
	PROGRESSO	2	0,5	8	2,2	6	1,6	3	0,8	10	2,7	5	1,3	4	1,1	2	0,5	40	11,0
ABRANGÊNCIA EXTERNA	ÁREA RURAL	5	1,3	21	5,7	11	3,0	12	3,3	4	1,1	5	1,3	2	0,5	5	1,3	65	17,9
	OUTROS MUNICÍPIOS	0	0	4	1,1	5	1,3	0	0	1	0,2	0	0	0	0	4	1,1	14	3,8
<b>TOTAL</b>		<b>25</b>	<b>6,9</b>	<b>67</b>	<b>18,5</b>	<b>71</b>	<b>19,6</b>	<b>59</b>	<b>16,3</b>	<b>54</b>	<b>14,9</b>	<b>24</b>	<b>6,6</b>	<b>28</b>	<b>7,7</b>	<b>34</b>	<b>9,3</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

Na nona questão analisada de acordo com os dados (Tabela 11) referentes ao número de pessoas na família, prevaleceram as famílias compostas de 3 a 5 pessoas, normalmente 4 pessoas, sendo o casal e dois filhos; seguidos de famílias compostas por menos de 2 pessoas. As famílias mais numerosas obtiveram menores percentuais na amostra, sendo que as de 6 a 10 pessoas representaram 10,5% e, as com mais de 10 pessoas residentes no domicílio um valor de 0,6%.

Como foi entrevistado número representativo de idosos, observou-se que muitos residem sozinhos.



Tabela 11. Número de pessoas (Nº) na família e percentual (%) dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	Número de pessoas na família								TOTAL	
	<2		3 A 5		6 A 10		>10		No.	%
JD. BOA VISTA	No. 16	% 29,0	No. 29	% 52,7	No. 9	% 16,3	No. 1	% 1,8	No. 55	% 100
VL. VITÓRIA	No. 1	% 5,5	No. 14	% 77,7	No. 3	% 16,6	No. 0	% 0	No. 18	% 100
JD. ESPLANADA	No. 28	% 31,4	No. 48	% 53,9	No. 13	% 14,6	No. 0	% 0	No. 89	% 100
JD. CRISTINA	No. 18	% 26,8	No. 46	% 68,6	No. 2	% 2,9	No. 1	% 1,4	No. 67	% 100
JD. POPULAR	No. 25	% 33,7	No. 43	% 58,1	No. 6	% 8,1	No. 0	% 0	No. 74	% 100
JD PROGRESSO	No. 16	% 27,1	No. 38	% 64,4	No. 5	% 8,4	No. 0	% 0	No. 59	% 100
<b>TOTAL</b>	<b>No. 104</b>	<b>% 28,7</b>	<b>No. 218</b>	<b>% 60,2</b>	<b>No. 38</b>	<b>% 10,49</b>	<b>No. 2</b>	<b>% 0,5</b>	<b>No. 362</b>	<b>% 100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

### 5.3. UTILIZAÇÃO DA UBS E ACESSIBILIDADE

As questões a seguir fazem parte da segunda etapa do questionário aplicado na presente pesquisa, ou seja, o levantamento específico.

Na décima variável analisada referente aos usuários que utilizam serviços das UBS (Tabela 12) constatou-se que a maioria utiliza as unidades de saúde, por vários motivos citados: receber atendimento de consultas médicas e odontológicas; receber um bom acolhimento (atendimento por parte da equipe da UBS); receber atendimentos de enfermagem incluindo vacinas e injeções; acompanhar seus tratamentos junto aos grupos de saúde; receber remédios no setor de farmácia da UBS; receber encaminhamentos para a realização de exames médicos de rotina; para os atendimentos de emergência; por não ter unidade de referência em seu bairro; pelo próprio costume em frequentar determinado posto ou mesmo acompanhar algum usuário, normalmente parente, em algum tratamento e outros.

As pessoas que não costumam frequentar as UBS o fazem normalmente por outros motivos: visita a unidade apenas como acompanhante; possuem plano de saúde e por isso não sentem necessidade de receber o atendimento ofertado pela UBS; alguns consideram a unidade distante de sua residência ou seu local de trabalho, outros possuem a UBS mais próxima de sua residência, no entanto, em alguns momentos, ocorrem ausências de médicos; alguns optam pelo atendimento da Clínica da Mulher, já que Mandaguari possui duas unidades em sua área central; outros consideram a falta de

tempo para ir à UBS; alguns residem há pouco tempo e vieram pela primeira vez e outros.

Do total de entrevistados, em número de 362, tem-se que 91,9%, o equivalente a 333 pessoas, são usuários assíduos da UBS, sendo apenas 8,0%, o equivalente a 29 pessoas, usuários que não costumam frequentar a UBS.

Verifica-se com esses resultados que a população entrevistada pertencente às áreas de abrangência das UBS, realmente necessitam do atendimento de saúde ofertado pela municipalidade.

Tabela 12. Número de pessoas (N<sup>o</sup>) e porcentagem (%) que utilizam os serviços das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	SIM		NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	50	90,9	5	9,0	55	100
VL. VITÓRIA	17	94,4	1	5,5	18	100
JD. ESPLANADA	81	91,0	8	8,9	89	100
JD. CRISTINA	62	92,5	5	7,4	67	100
JD. POPULAR	71	95,9	3	4,0	74	100
JD. PROGRESSO	52	88,1	7	11,8	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>333</b>	<b>91,9</b>	<b>29</b>	<b>8,0</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

A décima primeira questão analisada refere-se aos usuários que recebem ou gostariam de receber atendimentos, em unidades de saúde que pertencem a outras áreas de abrangência, ou mesmo, outros setores de saúde de Mandaguari (Tabela 13).

De acordo com os dados, a maioria dos entrevistados recebe atendimento em sua UBS de referência e não procuram atendimento em outros setores de saúde.

Em menores porcentagens estão os usuários que, mesmo recebendo atendimento de sua UBS referência, também procuram atendimento em outros locais, como por exemplo, a Clínica da Mulher e da Criança, outras Unidades Básicas de Saúde, Hospital Rural, Pronto-Atendimento de Mandaguari, a própria Secretaria de Saúde em busca de remédios quando não encontrados nas UBS, Centros de Atendimento a Portadores de Deficiência Mental (CAPs) e ocorreu apenas 1 caso de atendimento no Hospital do Câncer de Maringá para tratamento especializado.

Esse fluxo da população para outros setores dá-se devido a diversos motivos segundo os usuários entrevistados: ausência de consultas em sua unidade de referência e ausência de consultas especializadas, como por exemplo, ortopedia; da mesma forma,

procura por atendimentos odontológicos; melhores acolhimentos; procura por atendimentos de emergência; procura por internamento; encaminhamentos para exames especializados; procedimentos de enfermagem inclusive para vacinas; proximidade de outros setores de saúde ou UBS; vínculo (empatia) com médicos; procura por medicamentos na Secretaria Municipal de Saúde e Hospitais de Mandaguari.

Em todas as UBS, os totais de pessoas que utilizam sempre a sua unidade de referência são maiores do que os totais de pessoas que, além de sua unidade de referência, também procuram atendimento em outros locais, com exceção da UBS Vila Vitória, onde de acordo com os dados, 50% dos usuários não procuram outros atendimentos e 50% procuram atendimentos em outros locais.

Esses dados também confirmam a necessidade de utilização das UBS por parte dos usuários de Mandaguari.

Tabela 13. Número de Pessoas (N<sup>o</sup>) e porcentagem (%) segundo atendimento por parte de outras unidades de saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	SIM		NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	17	30,9	38	69,0	55	100
VL. VITÓRIA	9	50,0	9	50,0	18	100
JD. ESPLANADA	27	30,3	62	69,6	89	100
JD. CRISTINA	26	38,8	41	61,1	67	100
JD. POPULAR	25	33,7	49	66,2	74	100
JD. PROGRESSO	13	22,0	46	77,9	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>32,3</b>	<b>245</b>	<b>67,6</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

A décima segunda questão analisada é referente às mudanças necessárias para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados pelas UBS.

A maioria dos entrevistados considera que as UBS oferecem um bom atendimento, ou seja, os usuários demonstram-se satisfeitos ou mesmo acham excelente o atendimento.

No entanto, considerando a variável “outras” mudanças, obteve-se uma porcentagem bastante representativa, demonstrando diversas opiniões, quais sejam: a demora em algumas unidades para conseguir consulta; necessidade de melhor acolhimento da equipe junto aos usuários; maior agilidade no atendimento por parte da equipe de saúde; reforma e ampliação da UBS, considerando inclusive a colocação de coberturas externas para abrigo em dias de chuvas; aumento do número de profissionais

nas equipes de saúde; aumento de veículos para atender emergências; alguns consideram o serviço de Pronto-Atendimento (PA) de Mandaguari muito ruim; outros consideram a necessidade de criação de PA na própria UBS; importância de treinamentos e reciclagens para os servidores; construção de novas unidades de saúde; a realização de consultas com diagnósticos médicos mais detalhados; aumento de leitos para internamento; maior atuação das ESF; melhorar o conjunto de equipamentos das unidades; melhorar a qualidade dos procedimentos de enfermagem; oferecer o retorno de consultas mais rapidamente; muitos consideram o agendamento de consultas realizado em horários muito difíceis para a população, ou seja, as consultas são agendadas muito cedo; procurar promover a diminuição das filas nas UBS; agendar consultas por telefone; construir laboratórios nas próprias unidades; demanda de tempo para conseguir agendar uma cirurgia; alguns acham a UBS distante de sua casa ou trabalho. A variável “outras” gerou diversas respostas sob diversos aspectos, que contribuirão para o planejamento dos serviços em momentos futuros.

Em seguida os dados apontam como mudança para a melhoria do atendimento, o aumento do número de consultas e disponibilidade de horários, desde as especialidades básicas até outras especialidades (ortopedia, dermatologia), incluindo o serviço de odontologia.

Em menores porcentagens consideram-se a necessidade de disponibilizar maior número de exames e também os medicamentos, que muitas vezes são adquiridos na Secretaria Municipal de Saúde, devido a sua falta nas UBS.

Foram obtidas 438 respostas, o que corresponde ao total dessa amostra, pois muitos usuários sugeriram mais de uma alternativa; 154 respostas, equivalente a 35,1% consideram que as UBS oferecem um bom atendimento, seguidas de 136 respostas, equivalente a 31,0% que optaram pela variável “outras”, originando diversas respostas ou sugestões anteriormente descritas. Também representativa a necessidade de maior número de consultas com 118 respostas, equivalente a 26,9%.

Em menores porcentagens verificou-se a maior disponibilidade de medicamentos, com 22 respostas, equivalente a 5,0% e maior disponibilidade de exames com 8 respostas, equivalente a 1,8%.

Apesar da maioria dos entrevistados estarem satisfeitos com o atendimento das unidades, as sugestões para mudanças na dinâmica dos serviços contribui para o planejamento de futuras ações, pois se obteve respostas muito oportunas e que

demonstram realidades, que partem de pessoas que se utilizam cotidianamente das UBS (Tabela 14).

Tabela 14. Número de pessoas (N<sup>o</sup>) e porcentagem (%) segundo mudanças para a melhoria dos serviços das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	> No. DE CONSULTAS E HORÁRIOS		> No. DE EXAMES		Mudanças necessárias *							
					DISPONIBILIDADE DE		BOM		OUTRAS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	33	46,4	3	4,2	2	2,8	8	11,2	25	35,2	71	100
VL. VITÓRIA	11	57,8	0	0	0	0	5	26,3	3	15,7	19	100
JD. ESPLANADA	34	29,3	2	1,7	7	6,0	24	20,6	49	42,2	116	100
JD. CRISTINA	9	11,8	2	2,6	9	11,8	40	52,6	16	21,0	76	100
JD. POPULAR	19	20,8	0	0	3	3,2	38	41,7	31	34,0	91	100
JD. PROGRESSO	12	18,4	1	1,5	1	1,5	39	60,0	12	18,4	65	100
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>26,9</b>	<b>8</b>	<b>1,8</b>	<b>22</b>	<b>5,0</b>	<b>154</b>	<b>35,1</b>	<b>136</b>	<b>31,0</b>	<b>438</b>	<b>100</b>

\*Alguns entrevistados optaram por mais de 1 alternativa.

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

A décima terceira questão analisada apresenta os dados relacionados às possíveis barreiras geográficas existentes nos trajetos às UBS.

De acordo com os dados coletados, a maioria dos entrevistados não percebe a presença de barreiras geográficas em seus trajetos. No entanto, foi também considerada nesta questão a variável “outras”, na qual foram identificadas algumas barreiras geográficas, bem como alguns problemas que enfrentam os usuários para a acessibilidade aos serviços. Ainda relativamente representativa a variável “ruas sem asfalto e/ou esburacadas”, com percentual de 13,6%.

Com um percentual equivalente a 1,4%, a alternativa “vias de fluxo de veículos” apareceu com pouca representatividade.

Entre as respostas obtidas na variável “outras” tem-se que: alguns usuários acham a localização da UBS distante, porém, muitos atribuem esta distância ao seu próprio problema de saúde; presença de lixão à céu aberto; presença de bueiros entupidos; presença de aclives ou declives; problemas com o transporte coletivo, principalmente para o atendimento direcionado às áreas rurais; pouco número de veículos para atender aos problemas de saúde e a presença de linha férrea, que corta

todo o município de Mandaguari; ausência de calçadas para o trânsito de pedestres, bem como a falta de sua manutenção.

O percentual equivalente a 13,6% atribuído às ruas não asfaltadas, ou mesmo esburacadas, demonstra a precariedade das vias públicas existentes em muitos bairros periféricos do município, causando poluição do ar, com muita poeira e dificuldades de acesso até à UBS em dias de chuva, bem como à outros equipamentos urbanos.

Com apenas 5 respostas, equivalente a 1,3% consideram-se algumas vias de fluxo de veículos (vias movimentadas) e bicicletas, que dificultam também o acesso das pessoas à seus destinos.

Comparando-se os resultados da questão “barreiras geográficas” com os dados da variável anterior - “mudanças para a melhoria dos serviços de saúde” - verifica-se que as dificuldades de acesso às UBS estão direcionadas à dinâmica dos serviços. A questão “barreiras geográficas” é pouco representativa no contexto geral do universo em estudo.

Na questão “sugestões ou mudanças nos serviços”, das 438 respostas, o que corresponde ao total dessa amostra, 284 respostas, equivalente a 64,8% demonstram alternativas para a melhoria dos serviços de saúde.

E na questão “barreiras geográficas”, das 367 respostas, o que corresponde ao total dessa amostra, apenas 98 respostas, equivalente a 26,7% demonstram algum exemplo de obstáculo ou mesmo algum problema ambiental.

Os bairros Jardim Cristina, Jardim Popular e Jardim Progresso apresentaram um percentual menor para o problema de ruas não asfaltadas ou esburacadas, apresentando respectivamente os percentuais de 8,8%, 1,3% e 6,7%, devido principalmente às representações de bairro (lideranças e associações) serem expressivas no município.

Em relação à acessibilidade aos serviços de saúde (Tabela 15), vários autores trabalham a temática sob vários enfoques. Franco, Bueno e Merhy (1999) discutiram a acessibilidade em relação ao acolhimento, como diretriz operacional, propondo um serviço de saúde organizado na lógica usuário-centrada, a partir de alguns princípios, quais sejam: atendimento a todos que procuram o SUS, garantindo a acessibilidade universal; a reorganização do processo de trabalho, modificando o foco central da figura do médico, para a equipe multiprofissional, que se encarregará do usuário, procurando solucionar seu problema; a relação do profissional-usuário que deverá ser parametrizada

por valores humanitários, de solidariedade e cidadania, resultando em maior empenho da equipe profissional e maior acessibilidade aos serviços de saúde.

Travassos e Martins (2004) consideram os determinantes da utilização dos serviços de saúde parametrizados por alguns fatores relacionados: à necessidade de saúde - morbidade, gravidade e urgência das doenças; aos usuários com suas características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; à política – tipo de sistema de saúde, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição de recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.

As referidas autoras consideram o conceito de acesso complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável. Alguns autores empregam o substantivo acessibilidade como caráter ou qualidade do que é acessível, outros preferem o substantivo acesso que significa o ato de ingressar, entrar, ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Autores também variam em relação ao enfoque do conceito: uns centram-se nas características dos indivíduos; outros focam-se nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços. Há também discordâncias sobre se a avaliação de acesso deve-se concentrar-se nos resultados ou objetivos finais dos sistemas de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema para atingir esses objetivos.

Tabela 15. Número de pessoas (N<sup>o</sup>) e porcentagem (%) segundo a acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná (2010).

UBS	BARREIRAS GEOGRÁFICAS *									
	RUAS S/ ASFALTO/ ESBURACADAS		VIAS DE FLUXO DE VEÍCULOS		NENHUM OBSTÁCULO		OUTROS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	15	26,7	2	3,5	32	57,1	7	12,5	56	100
VL. VITÓRIA	4	22,2	0	0	9	50,0	5	27,7	18	100
JD. ESPLANADA	20	21,7	3	3,2	47	51,0	22	23,9	92	100
JD. CRISTINA	6	8,8	0	0	49	72,0	13	19,1	68	100
JD. POPULAR	1	1,3	0	0	63	85,1	10	13,5	74	100
JD. PROGRESSO	4	6,7	0	0	49	83,0	6	10,1	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>13,6</b>	<b>5</b>	<b>1,3</b>	<b>249</b>	<b>67,8</b>	<b>63</b>	<b>17,1</b>	<b>367</b>	<b>100</b>

\* Alguns entrevistados optaram por mais de 1 alternativa.

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

A décima quarta questão apresenta a distância entre a residência dos usuários e as Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari (Tabela 16).

De acordo com os dados verifica-se que a maioria dos usuários reside no entorno das UBS, ou seja, numa distância de até 500 m. Este aspecto vem confirmar a deficiência de atendimento a outros bairros que também fazem parte das áreas de abrangência, pois os usuários que residem distantes dos serviços de saúde costumam vir em número menor para receber atendimento.

Em seguida, com os moradores que residem na distância de 500 m a 1 km, obtiveram-se resultados relativamente representativos, seguidos dos moradores que residem na distância de 1 a 2 km.

Em menores porcentagens surgem os moradores que residem em distâncias maiores, nos intervalos de 2 a 3 km, 3 a 4 km e além de 4 km, que de acordo com a amostra, foram pouco representativos. Desses usuários, pode-se considerar a maioria, moradores da área rural, que de acordo com os dados anteriores, relativos aos bairros que compõem as áreas de abrangência (Tabelas 9 e 10), foram pouco representativos na amostra.

Na variável “Até 500 m” os percentuais de pessoas que moram próximas às UBS Jardim Boa Vista e Jardim Popular destacam-se em relação às demais UBS, apresentando respectivamente os percentuais 67,2% e 79,7%. Essas unidades praticamente atendem os usuários que residem no entorno, sendo os demais bairros pertencentes à área de abrangência de pouca acessibilidade.



Tabela 16. Número de Pessoas (N<sup>o</sup>) e porcentagem (%) segundo distância entre moradia dos usuários e as Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	DISTÂNCIA												TOTAL	
	ATÉ 500 M		500 a 1 KM		1 a 2		2 a 3		3 a 4		> 4 KM		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	37	67,2	7	12,7	7	12,7	1	1,8	2	3,6	1	1,8	55	100
VL. VITÓRIA	7	38,8	0	0	7	38,8	0	0	2	11,1	2	11,1	18	100
JD. ESPLANADA	33	37,0	27	30,3	19	21,3	7	7,8	0	0	3	3,3	89	100
JD. CRISTINA	35	52,2	16	23,8	11	16,4	5	7,4	0	0	0	0	67	100
JD. POPULAR	59	79,7	9	12,1	3	4,0	1	1,3	0	0	2	2,7	74	100
JD. PROGRESSO	23	38,9	23	38,9	6	10,1	3	5,0	4	6,7	0	0	59	100
TOTAL	194	53,5	82	22,6	53	14,6	17	4,6	8	2,2	8	2,2	362	100

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

#### 5.4. LAZER E IMPORTÂNCIA DAS ÁREAS VERDES PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO

A décima quinta questão analisada refere-se ao tempo disponível em horas semanais dedicadas ao lazer dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari (Tabela 17), iniciando a investigação das relações entre as áreas verdes e os serviços públicos de saúde.

Será que as pessoas se permitem algumas horas na semana, para passear em um parque, ou mesmo uma praça pública, ou pelo menos para ficar em contato com o verde? Será que possuem a compreensão da importância deste contato para a prevenção ou melhoria de sua saúde?

De acordo com os dados, a maioria dos entrevistados não disponibiliza tempo semanal para se dedicar ao lazer. O intervalo mais representativo na amostra foi o período de 1 a 5 horas semanais. Normalmente são as pessoas que trabalham ou estudam, inclusive as mulheres donas de casa.

Estes usuários não destinam tempo algum durante a semana para o lazer, ou seja, envolvem-se em tantas outras atividades que sentem não sobrar nenhum tempo para passear. Nesta variável pode-se considerar, por exemplo, as mulheres donas de casa, que dedicam praticamente o dia inteiro a essa atividade.

A amostra também demonstra relativamente representativa as pessoas que se dedicam ao lazer pelo menos de 5 a 10 horas semanais. Normalmente pessoas que trabalham ou estudam.

Em menores porcentagens, incluem-se as pessoas que destinam mais horas para o lazer, na sequência dos intervalos de 10 a 15 horas, 20 a 25, 25 a 30, 15 a 20 e mais de 30 horas semanais. Nestes intervalos, podem ser consideradas pessoas desempregadas e também aposentadas, principalmente homens.

De modo geral, os usuários dos serviços de saúde de Mandaguari não têm tempo, ou destinam pouquíssimo tempo durante a semana para se dedicar ao lazer. Esta característica representa pouca dedicação aos problemas de saúde respiratórios ou circulatórios, que ocorrem mais frequentemente em Mandaguari, de acordo com o DATASUS (BRASIL; 2000-2010), bem como pouco tempo de contato com o verde, que tende a transmitir sensações de conforto e bem estar às pessoas.

Tabela 17. Número de pessoas (N<sup>o</sup>) e porcentagem (%) segundo número de horas semanais para o lazer dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010)

UBS	HORAS DE LAZER																TOTAL	
	0		1 A 5		5 A 10		10 A 15		15 A 20		20 A 25		25 A 30		> 30		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				
JD. BOA VISTA	10	18,1	28	50,9	13	23,6	1	1,8	0	0	1	1,8	2	3,6	0	0	55	100
VL. VITÓRIA	2	11,1	10	55,5	4	22,2	0	0	2	11,1	0	0	0	0	0	0	18	100
JD. ESPLANADA	21	23,5	43	48,3	20	22,4	3	3,3	0	0	0	0	1	1,1	1	1,1	89	100
JD. CRISTINA	32	47,7	20	29,8	9	13,4	2	2,9	0	0	1	1,4	2	2,9	1	1,4	67	100
JD. POPULAR	41	55,4	27	36,4	4	5,4	0	0	1	1,3	1	1,3	0	0	0	0	74	100
JD. PROGRESSO	21	35,5	21	35,5	13	22,0	1	1,6	0	0	2	3,3	0	0	1	1,6	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>35,0</b>	<b>149</b>	<b>41,1</b>	<b>63</b>	<b>17,4</b>	<b>7</b>	<b>1,9</b>	<b>3</b>	<b>0,8</b>	<b>5</b>	<b>1,3</b>	<b>5</b>	<b>1,3</b>	<b>3</b>	<b>0,8</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

A décima sexta questão analisada refere-se aos lugares de lazer frequentados pelos usuários dos serviços de saúde de Mandaguari (Tabela 18).

Nessa variável é representativo o percentual de pessoas que frequentam o Parque da Pedreira, área verde de referência do município.

Em seguida a alternativa - “outros” - que exemplifica diversos locais onde as pessoas procuram alguma forma de lazer, tais como: nas ruas do próprio bairro onde reside para fazer caminhadas; a igreja que para muitos é sinônimo de lazer; passeios no centro da cidade, onde existem lanchonetes, academia de ginástica e bares, que foram também equipamentos urbanos citados como espaços de lazer pelos entrevistados. E ainda foram consideradas as escolas e *LAN house* e as excursões para outras cidades

organizadas por grupos da terceira idade. De acordo com a amostra a variável - “casa de parente ou amigo” - aspecto que reflete, além das alternativas anteriores, a falta de opções de lazer na cidade de Mandaguari.

As variáveis - “casa” - que representam as pessoas que não saem de casa para frequentar locais de lazer, são normalmente caseiras e procuram seus momentos de lazer dentro da própria casa, como por exemplo, assistir a um filme e - “praça” - frequentada normalmente por idosos para jogos e momentos de sociabilidade, principalmente na área central do município e outros grupos sociais que frequentam as ATIs para a realização de exercícios físicos, além de participação em eventos culturais e religiosos, representou 11,9%.

Também a variável “clube”, de acordo com a amostra, normalmente frequentado por idosos nos bailes de terceira idade e outros grupos sociais para prática de esportes, apresentou um percentual de 7,8%.

Em menores porcentagens, ou seja, pouco representativas de acordo com a amostra, encontram-se as variáveis “campo” frequentados normalmente por pessoas que já residem em área rural e tem poucas oportunidades, devido principalmente às suas atividades profissionais, de passear na área urbana do município. E ainda as variáveis: “pesqueiro”, “*Shopping Center*” e “cinema”, cujos totais foram mínimos na amostra, sendo os *Shoppings* frequentados no município de Maringá, já que Mandaguari não possui e cinema também associado ao espaço do *Shopping*. Os pesqueiros são pouco procurados pela população, já que existem em áreas do entorno do município e também em sua área rural.

Dos 362 entrevistados foram identificados 462 locais de lazer, o que correspondeu a frequentar 1,3 local de lazer para cada usuário da UBS, considerando que muitos optaram por mais de uma alternativa.

De acordo com os resultados pode-se considerar que os usuários dos serviços de saúde de Mandaguari têm como principais atividades de lazer, a ida ao “Parque da Pedreira” e a visitar a parentes e amigos, não costumam frequentar assiduamente outros espaços de lazer e se consideram caseiros. Essas características podem refletir a deficiência em espaços públicos de lazer que sejam atrativos para a comunidade e conseqüentemente, confirmam o pouco contato com áreas verdes das pessoas, comprometendo inclusive aspectos preventivos da saúde, bem como os tratamentos relacionados a problemas respiratórios e circulatórios.

Estes resultados corroboram os da variável anterior, que determinam nenhuma ou pouca quantidade de horas dos entrevistados para dedicação ao lazer, bem como o contato com áreas verdes.

Tabela 18. Número de pessoas (N<sup>o</sup>) e porcentagem (%) segundo locais de lazer dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

	LOCAIS DE LAZER *																				TOTAL	
	CASA		CAMPO		PARENTE/ AMIGO		CINEMA		CLUBE		PARQUE DA PEDREIRA		PESQUEL.		PRAÇA		SHOPPING		OUTROS		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
UBS JD. BOA VISTA	1	1,1	4	4,4	16	17,9	0	0	9	10,1	23	25,8	1	1,1	17	19,1	0	0	18	20,2	89	100
VL. VITÓRIA JD.	1	3,7	0	0	8	29,6	0	0	0	0	6	22,2	0	0	7	25,9	2	7,4	3	11,1	27	100
ESPLANADA JD.	9	8,6	2	1,9	22	21,1	0	0	2	1,9	30	28,8	1	0,9	6	5,7	0	0	32	30,7	104	100
CRISTINA JD.	24	29,2	0	0	8	9,7	1	1,2	7	8,5	16	19,5	0	0	10	12,1	0	0	16	19,5	82	100
POPULAR JD.	27	32,5	2	2,4	11	13,2	0	0	4	4,8	19	22,8	1	1,2	6	7,2	0	0	13	15,6	83	100
PROGRESSO	4	5,1	5	6,4	20	25,9	0	0	14	18,1	18	23,3	1	1,2	9	11,6	1	1,2	5	6,4	77	100
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>14,2</b>	<b>13</b>	<b>2,8</b>	<b>85</b>	<b>18,3</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>36</b>	<b>7,7</b>	<b>112</b>	<b>24,2</b>	<b>4</b>	<b>0,8</b>	<b>55</b>	<b>11,9</b>	<b>3</b>	<b>0,6</b>	<b>87</b>	<b>18,8</b>	<b>462</b>	<b>100</b>

\*Alguns entrevistados optaram por mais de 1 alternativa.

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

A décima sétima questão apresenta os diversos motivos pelos quais os usuários das Unidades Básicas de Saúde costumam frequentar os espaços de lazer (Tabela 19).

De acordo com os dados, a maioria dos entrevistados não costuma frequentar espaços de lazer, considerando-se pessoas caseiras, que praticamente não saem de casa, por várias razões: não tem tempo porque trabalham; tem problemas de saúde ou cuidam de alguma pessoa doente; não tem costume e outros.

A variável “caminhar”, que apresentou uma frequência representativa (23,8%) é normalmente realizada no parque referência da cidade que é o “Parque da Pedreira”.

Algumas variáveis na amostra apresentaram outros motivos como “levar criança ou filho para brincar”, “praticar esportes”, “outros” e “descansar”.

Na variável - “outros” - ocorrem vários motivos de frequência nestes espaços de sociabilidade, quais sejam: lanchar; simplesmente passear; assistir apresentações culturais ou participar de festas populares; conversar; beber; namorar e pescar.

Os dados também demonstram algumas porcentagens menores nas variáveis “tomar sol” e “ler”, que realmente foram pouco representativas na amostra. As pessoas não frequentam esses espaços com a intenção de tomar sol, bem como não costumam praticar leituras.

Conforme os resultados obtidos, os usuários dos serviços de saúde de Mandaguari apresentaram uma frequência baixa em relação aos espaços de lazer, sendo a atividade mais representativa, a caminhada, normalmente realizada no “Parque da Pedreira” ou nas próprias ruas de seus bairros.

Essa realidade também confirma a falta de opções para o lazer, bem como a ausência de contato com áreas verdes.

Tabela 19. Número de pessoas (N<sup>o</sup>) e porcentagem (%) segundo os motivos de frequência aos espaços de lazer dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

	NÃO FREQUENTA		TOMAR SOL		DESCANSAR		CAMINHAR		MOTIVOS * PRÁTICA DE ESPORTES		LER		LEVAR CRIANÇA BRINCAR		OUTROS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
UBS JD. BOA VISTA	14	20,8	0	0	8	11,9	13	19,4	7	10,4	1	1,4	5	7,4	19	28,3	67	100
VL. VITÓRIA JD.	6	31,5	0	0	2	10,5	3	15,7	0	0	0	0	6	31,5	2	10,5	19	100
ESPLANADA JD. CRISTINA	38	40,0	0	0	3	3,1	32	33,6	4	4,2	0	0	17	17,8	1	1,0	95	100
JD. POPULAR JD. PROGRESSO	42	52,5	0	0	6	7,5	12	15,0	5	6,2	1	1,2	8	10,0	6	7,5	80	100
TOTAL	160	40,1	2	0,5	26	6,5	95	23,8	34	8,5	2	0,5	49	12,2	31	7,7	399	100

\*Alguns entrevistados optaram por mais de 1 alternativa.

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

A questão dezoito demonstra os dados sobre o acesso dos usuários dos serviços de saúde às áreas verdes de Mandaguari, bem como de outras áreas do entorno, ou mesmo de outros municípios (Tabela 20).

Os dados não demonstram muita diferença entre os usuários que frequentam áreas verdes e os que não frequentam, no entanto, ainda prevalecem os usuários que frequentam alguma área verde.

A maioria dos entrevistados frequenta o “Parque da Pedreira” de Mandaguari, porém, consideram também outros espaços verdes, como por exemplo, chácaras ou sítios, clubes com áreas verdes, fundos de vale, pesqueiros, barragem e o Parque do Ingá localizado na cidade de Maringá e o Parque da Raposa, localizado na cidade de Apucarana.

No entanto, pode-se considerar que muitos entrevistados não frequentam constantemente, buscando passear nesses espaços apenas esporadicamente.

Em menor porcentagem, no entanto, estão as pessoas que não frequentam espaços verdes, seja por sua atividade profissional, seus compromissos familiares, a falta de costume, ou mesmo a distância para chegar ao Parque da Pedreira, que para muitos é localizado distante de suas residências.

Tabela 20. Número de pessoas (N<sup>o</sup>) e porcentagem (%) segundo o acesso às áreas verdes dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	SIM		NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	35	63,6	20	36,3	55	100
VL. VITÓRIA	7	38,8	11	61,1	18	100
JD. ESPLANADA	53	59,5	36	40,4	89	100
JD. CRISTINA	34	50,7	33	49,2	67	100
JD. POPULAR	32	43,2	42	56,7	74	100
JD. PROGRESSO	30	50,8	29	49,1	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>191</b>	<b>52,7</b>	<b>171</b>	<b>47,2</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

A décima nona questão demonstra se as áreas verdes contribuem para a melhoria da qualidade de saúde dos usuários (Tabela 21).

De acordo com os dados, a porcentagem de pessoas que consideram alguma contribuição das áreas verdes para a saúde foi extremamente representativa, com diversos aspectos enfocados, quais sejam: as áreas verdes oferecem ar puro, limpo e saudável; deixam as pessoas com alto astral; são áreas menos poluídas; as pessoas se sentem melhor em contato com as áreas verdes; ajudam a respirar melhor; ótimo espaço para praticar esportes; a harmonia das cores da natureza faz muito bem à saúde; faz se sentir livre; é uma terapia para a cabeça; ajuda a melhorar a depressão; contemplar a paisagem, a beleza do verde faz muito bem; o contato com o verde é muito saudável; é muito bom aproveitar a sombra das árvores para descansar; espaços para conversar, brincar e relaxar; diminui o estresse; espaços para se sentir mais tranquilo e à vontade; para praticar exercícios físicos; é sinônimo de vida; é um ambiente saudável; sentir-se bem em apoiar e contribuir para a conservação dessas áreas; purificar os pulmões; ótimo para passear; espaço para acompanhamento médico (receber orientações); divertir-se com a fauna e contemplar a beleza da flora; é um ambiente necessário para viver bem; é o que determina a saúde; o contato com o verde desperta a consciência ambiental; ajuda a combater doenças; descontrair; é um ambiente calmo e transmite paz; ambiente

bonito e conservado; espaço para sociabilização e recreação; ótimo lugar para esquecer os problemas; o cheiro da natureza faz muito bem; é uma necessidade para o organismo humano; é um lugar ótimo para levar as crianças para passear; nestes espaços as pessoas se sentem mais felizes, alegres; o clima (tempo) é mais gostoso; ajuda no controle da umidade e das chuvas, no equilíbrio ambiental; ameniza o calor; é um ambiente mais gostoso; ajuda a arejar; são áreas sem poluição sonora; são ótimas para descarregar a energia; o contato com as áreas verdes ajuda a dormir melhor e contribui como apoio psicológico.

A porcentagem de pessoas que não consideram importante as áreas verdes para a saúde foi mínima, normalmente pessoas desinformadas, que não conseguem associar os temas ou simplesmente não souberam responder a questão.

Conforme os resultados, de acordo com a amostra, as pessoas entrevistadas tem consciência da importância das áreas verdes para a saúde, relatados pela maioria dos usuários de todas as UBS.

Tabela 21. Número de pessoas (N<sup>o</sup>) e porcentagem (%) segundo contribuição das áreas verdes para a saúde dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	SIM		NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	54	98,1	1	1,8	55	100
VL. VITÓRIA	18	100,0	0	0	18	100
JD. ESPLANADA	88	98,8	1	1,1	89	100
JD. CRISTINA	66	98,5	1	1,4	67	100
JD. POPULAR	73	98,6	1	1,3	74	100
JD. PROGRESSO	58	98,3	1	1,6	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>357</b>	<b>98,6</b>	<b>5</b>	<b>1,3</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

A vigésima questão demonstra a opinião dos entrevistados com relação a utilização de espaços públicos, como praças e parques, pelo PSF para alguma atividade em saúde (Tabela 22).

De acordo com os dados, a maioria dos entrevistados acredita ser muito importante a utilização desses espaços para as atividades e expressam várias possibilidades, dentre as quais: organização de atividades de conscientização em Educação Ambiental (conservação de áreas verdes); atividades físicas, com alongamentos, caminhadas e exercícios de relaxamento; atividades de lazer: piquenique,

jogos, recreação (gincanas); passeios e excursões para todas as faixas etárias; organização de palestras nestes espaços com orientações para a saúde, meio ambiente e educação no trânsito; grupos de saúde, inclusive com acompanhamento médico e de enfermagem; organização de grupos para plantio de árvores (reflorestamento de áreas); grupos para a limpeza das áreas verdes; organização de eventos, como “Caminhadas Ecológicas” e “Tardes de Lazer”; cultivo e oferta de ervas medicinais; promoção de momentos de reflexão e organização de pescarias.

A porcentagem de entrevistados que não consideram importante a utilização desses espaços para atividades em saúde foi mínima, normalmente por não considerarem importante, não ter tempo para participar, não associar os temas ou mesmo ser indiferente a essa prática.

Os usuários das UBS Jardim Cristina e Jardim Progresso foram os que apresentaram as maiores frequências em relação às outras UBS, não acreditando que as áreas verdes podem ser utilizadas pelo PSF para alguma atividade de saúde, representando 9,0% e 10,8%.

Alguns entrevistados consideram que a ESF não dispõe de tempo para se dedicar a essas atividades, pois já é sobrecarregada de trabalho na própria UBS, devendo ser organizada uma equipe específica para desenvolver essas atividades por meio da prefeitura, ou mesmo, por membros ou lideranças da comunidade.

Conforme os resultados obtidos pode-se considerar que os usuários dos serviços de saúde acreditam que a equipe da UBS, pode e deve organizar atividades em saúde, aproveitando as áreas verdes, para a melhoria de sua qualidade de vida.

Tabela 22. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo espaços públicos utilizados para as atividades das Equipes Saúde da Família de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	SIM		NÃO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	54	98,1	1	1,8	55	100
VL. VITÓRIA	18	100,0	0	0	18	100
JD. ESPLANADA	87	97,7	2	2,2	89	100
JD. CRISTINA	61	91,0	6	8,9	67	100
JD. POPULAR	66	89,1	8	10,8	74	100
JD. PROGRESSO	58	98,3	1	1,6	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>344</b>	<b>95,0</b>	<b>18</b>	<b>4,9</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).



A vigésima primeira e última questão analisada refere-se à responsabilidade pela manutenção, conservação e limpeza dos espaços públicos urbanos (Tabela 23).

A grande maioria dos entrevistados considera que esta responsabilidade deve ser conjugada entre o poder público, representado pela Prefeitura do município, juntamente com a população, que garante sua representatividade por meio de organizações de bairro (associações) ou Organizações Não Governamentais (ONGs).

As porcentagens que consideram a responsabilidade apenas do poder público, ou apenas da população foram mínimas, no entanto, mesmo assim, consideram a população ainda mais responsável.

Em todas as unidades de saúde ocorrem porcentagens maiores para a responsabilidade da população, com exceção da UBS Jardim Cristina. Na UBS Jardim Progresso não ocorrem porcentagens apenas para a responsabilidade do poder público ou da população; a amostra demonstra que ambos são responsáveis pelas áreas verdes.

Mandaguari possui associações direcionadas ao meio ambiente, principalmente ligadas ao setor agrícola de agronegócios (*agro business*), e muitas organizadas como cooperativas, sendo as principais: Associação Rural de Mandaguari, Associação dos Produtores de Cana do Norte Paranaense e Associação Industrial, Comercial e Agrícola de Mandaguari, não havendo preocupação com a pequena produção familiar.

Conforme os resultados obtidos, considera-se que os usuários dos serviços de saúde acreditam que ações conjugadas entre o poder público e a sociedade civil, possam trazer bons resultados na manutenção e conservação de áreas verdes, bem como na criação de novos espaços públicos de uso coletivo, devido principalmente à carência de áreas verdes e opções de sociabilidade existentes no município de Mandaguari, que atendam de forma eficaz camadas da população menos favorecidas.

Esta preocupação deve ser constante no planejamento de áreas verdes, bem como das propostas de ações preventivas nos serviços de saúde, que devem contar com esses espaços públicos para a melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS.

Tabela 23. Número de Pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo opinião sobre a responsabilidade com relação aos espaços públicos dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Mandaguari, Paraná. (2010).

UBS	POPULAÇÃO		PREFEITURA		AMBOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
JD. BOA VISTA	8	14,5	3	5,4	44	80,0	55	100
VL. VITÓRIA	2	11,1	1	5,5	15	83,3	18	100
JD. ESPLANADA	8	8,9	4	4,4	77	86,5	89	100
JD. CRISTINA	3	4,4	9	13,4	55	82,0	67	100
JD. POPULAR	6	8,1	1	1,3	67	90,5	74	100
JD. PROGRESSO	0	0	0	0	59	100,0	59	100
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>7,4</b>	<b>18</b>	<b>4,9</b>	<b>317</b>	<b>87,5</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

Org.: PEREHOUSKEI, N. A. (2011).

O conceito de território na área de saúde deve ser ampliado, considerando também a potencialidade das áreas verdes urbanas, como equipamentos de apoio às ações de prevenção aos serviços públicos de saúde, devido principalmente a gama de benefícios que pode oferecer aos usuários na prevenção e avanço em seus tratamentos, e, conseqüentemente na melhoria de sua qualidade de vida.

A partir dos resultados o próximo capítulo destina-se a ponderar algumas considerações sobre a presente pesquisa, bem como apontar novas possibilidades no planejamento das áreas verdes urbanas e das ações preventivas nos serviços públicos de saúde e ampliar o conceito de território para o setor de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa demonstra uma trajetória nos estudos do planejamento dos serviços de saúde, além desta temática, não se resumindo apenas em determinar critérios de divisão de áreas de abrangência ou mesmo detectar distorções existentes nesta divisão, comparando-se os territórios patrimoniais (estabelecidos pelo gestor) e os territórios de vida (estabelecidos pelas comunidades), mas sim, buscou investigar a potencialidade das áreas verdes urbanas nestes mesmos territórios, que certamente contribuem com novos elementos e aspectos para a saúde da população.

Nesta ótica foi mister conhecer as diversas categorias de espaços públicos urbanos, destacando-se as áreas verdes e os benefícios que trazem à saúde, dentre os quais: o controle de poluição, o conforto ambiental, abrigo à fauna, proteção de nascentes e mananciais, diversificação da paisagem, composição de espaços para o desenvolvimento das atividades humanas e outros.

A articulação entre as duas ciências, ou seja, a Geografia com os estudos de planejamento de áreas verdes e as Ciências da Saúde com os estudos ligados à gestão e planejamento, resulta em nova possibilidade de planejamento no âmbito de ambas as ciências, com novas perspectivas e possibilidades, desafios e enfrentamentos na gestão pública.

Com a avaliação dos procedimentos de média e alta complexidade em Mandaguari, chegou-se à conclusão de que, independentemente de determinar um território área de abrangência para a atuação das ESF localmente, o atendimento necessário para a minimização ou resolução dos problemas de saúde, muitas vezes ultrapassa essa divisão territorial, pois o usuário precisa se deslocar em outras cidades, muitas vezes até em outras regiões do Estado, para conseguir o atendimento, pela falta de estrutura ou interesse político em seu próprio município. Esta dinâmica configura um território influência que determina certa dependência entre os municípios nos atendimentos em saúde, independente da formação de consórcios intermunicipais.

A avaliação dos referidos dados de atendimentos de complexidade possibilitou um diagnóstico, quando se pretende investigar a importância das áreas verdes neste universo. Os principais problemas referem-se à respiração e circulação dos usuários, cujos tratamentos pressupõem a convivência em espaços verdes, bem como as atividades físicas muitas vezes realizadas em praças e parques urbanos.

Com a análise histórica do município de Mandaguari, ocupado na década de 1930, cujo processo de colonização foi planejado com a preocupação ambiental no ajustamento de uma rede de cidades, nos remete ao próprio processo de colonização do Estado do Paraná, devido à existência de grandes extensões de terras devolutas que pertenciam ao governo ou a empresas, a expansão da cafeicultura paulista e a conjuntura econômica nacional após a crise de 1929, que promoveram mudanças na política agrária e no sistema de colonização organizado pelo governo do Estado, que passou a ofertar terras para a ocupação permanente por meio de vendas, de acordo com os novos interesses capitalistas.

Devido ao processo de colonização e planejamento ter sido totalmente influenciado pelos ingleses, a paisagem no Norte do Paraná demonstra, no tocante à sua organização territorial, a formação de um conjunto de cidades, presença de áreas verdes estabelecidas ao seu redor e a articulação ferroviária. As formas dessas cidades não atendiam apenas a critérios econômicos, funcionais e sanitários, mas também a questões estéticas e ambientais, demonstrando muito zelo com a escolha do local para a implantação da cidade. Com relação às áreas verdes as cidades do Norte do Paraná trazem a ideia de cidade jardim, que utilizavam cinturões verdes ao seu redor, aos moldes britânicos, no intuito de limitar o seu crescimento, no entanto, sem perder sua articulação com o campo.

A partir da ideia inicial de utilização de cinturões verdes para determinar o limite das cidades, percebe-se com a evolução das ciências, o quanto a importância das áreas verdes se modificou e é determinante na qualidade ambiental, tornando-se um símbolo de defesa do meio, mas pouco valorizadas pelos gestores e, por isso mesmo, restritas nos espaços urbanos, principalmente em áreas periféricas.

A cidade de Mandaguari insere-se nos estudos ligados às pequenas cidades, cujas áreas passam por um processo de esvaziamento demográfico devido à mecanização da agricultura, absenteísmo e concentração fundiária, e que atualmente apresentam certo movimento de reestruturação, devido às novas necessidades de produção, que necessitam do movimento de desconcentração espacial das diversas atividades: comércio variado, desenvolvimento da agropecuária e indústria e de serviços públicos relacionados, por exemplo, à educação, lazer e saúde, que exigem articulações entre forças políticas nas gestões, associadas aos movimentos endógenos, que inserem a participação da sociedade nas discussões e ações de projetos para a concretização de novas possibilidades econômicas.

Com os processos de desenvolvimento e expansão da cidade, ocorreram muitas alterações no zoneamento e nas Leis de Uso e Ocupação do Solo, retratando atualmente uma paisagem de exclusão e ocupação desordenada do território, a degradação ambiental, pouca diversidade de sistemas ecológicos, desarmonia viária, desarticulação entre praças e completa carência de áreas verdes, principalmente em áreas periféricas.

Esses bairros, por sua vez, apresentam ruas sem calçamento, iluminação precária, inexistência de redes de escoamento de águas pluviais e de esgoto, precariedade ou falta de equipamentos urbanos essenciais, como postos de saúde, hospitais e escolas, demonstrando um cenário de endemias e epidemias e péssimas condições ambientais, causadas pela poluição em diversas instâncias, a presença de lixo à céu aberto, destruição dos solos e ausência de espaços verdes.

Nesta ótica a proposta de planejamento de áreas verdes para as cidades não deve se basear em estudos fragmentados e isolados dos diversos problemas, mas sim, buscar a integração entre os modos de vida da população, destacando seus hábitos e costumes; a identificação dos problemas ambientais; o diagnóstico de problemas de saúde e a busca de possíveis estratégias preventivas; a importância da criação e manutenção das áreas verdes urbanas valorizadas neste processo e, a partir do levantamento de estudos e projetos, a adoção de algumas propostas de intervenção. O planejamento das áreas verdes urbanas baseado em estudos integrados gera novas possibilidades de intervenção, proporcionando melhoria na qualidade de vida das populações envolvidas.

No âmbito da saúde, a proposta de planejamento de seus serviços a partir da territorialização e vinculada ao planejamento das áreas verdes é uma nova alternativa de intervenção, que certamente proporcionará inclusão e eficácia nos atendimentos em saúde.

Com o intuito de estudar o território área de abrangência, que representa a área de responsabilidade da UBS, devem-se considerar os critérios de acessibilidade e fluxos de população ligados às condições de vida e que podem ser analisados sob várias perspectivas: geográficas, funcionais, culturais e econômicas. No entanto a partir dos estudos realizados na presente pesquisa, o conceito de território abrangência na área de saúde deve ser ampliando, incluindo os benefícios que as áreas verdes proporcionam à saúde da população, funcionando inclusive como espaços de sociabilidade, que devem ser utilizados pelas ESF, nas ações preventivas direcionadas aos diversos grupos de saúde, como idosos, hipertensos, diabéticos, jovens e gestantes. A adoção deste critério

possibilitará a inclusão de novas políticas públicas que integrem o ambiente e a saúde e, que beneficiem as comunidades numa perspectiva coletiva.

De acordo com as entrevistas realizadas com os usuários das UBS, a maior parte dos participantes é do sexo feminino. Este aspecto reflete a dinâmica dos serviços, bem como a oferta de consultas que se dividem entre as especialidades de clínica geral, pediatria e ginecologia. Os homens têm como alternativa apenas a especialidade de clínica geral, cujas consultas são divididas entre as mulheres. Na pediatria, as crianças são normalmente acompanhadas pelas mães. Principalmente por essa razão o fluxo maior de pessoas nas UBS é do sexo feminino, aspecto contraditório e negativo quando o Ministério da Saúde lança campanha de prevenção à saúde do homem.

Com a preocupação de entrevistar usuários pertencentes a vários grupos sociais, além do espaço da UBS, foram entrevistados usuários nos grupos de saúde, resultando em maior participação de idosos, que valorizam o acompanhamento de enfermagem e médico e os momentos de sociabilidade oferecidos pelas ESF.

Em relação à escolaridade a maioria dos entrevistados possui até o nível médio, foram poucos participantes com nível superior ou pós-graduação, aspecto que apresenta certa correspondência com a faixa etária predominante - idosos, que possuem normalmente pouca escolaridade. Independente da falta de instrução são pessoas que vivem seu cotidiano no entorno das UBS e precisam dos serviços oferecidos e, por isso mesmo, tem consciência de suas necessidades. São realmente os atores sociais envolvidos no processo.

Outra variável que apresentou certa correspondência foi o nível salarial dos usuários, pois a maioria recebe de 1 a 2 salários. Este aspecto reflete a pouca escolaridade da população, tendo a maioria dos entrevistados estudado até o nível fundamental e médio. Como se trata de população idosa, muitos recebem a aposentadoria de 1 salário mínimo.

Dentre as atividades exercidas pelos usuários, a maioria encontra-se na situação de empregado, exercendo algum tipo de atividade profissional com no mínimo 8 horas diárias, mulheres que trabalham como donas de casa e usuários aposentados. Em números menores estão os desempregados, além de estudantes e trabalhadores autônomos.

Verificou-se que os recortes iniciais delimitados pelas ESF, considerando apenas a proximidade de bairros, ou os fluxos de população que porventura percebem no dia a dia do serviço, sofrem importantes distorções, quando comparados com os

fluxos de população pesquisados geograficamente. Muitos bairros adscritos nas áreas de abrangência não aparecem na amostra, considerando a acessibilidade de usuários, além disso, a população rural também apresentou dados pouco representativos para os atendimentos em saúde. Conclui-se que os recortes dos territórios área de abrangência das UBS de Mandaguari necessitam de um remodelamento para que se efetive um atendimento eficaz à população adscrita.

A maioria dos entrevistados reside em seu bairro num período de 1 a 10 anos, normalmente famílias formadas por quatro pessoas, sendo os moradores mais antigos pouco representativos na amostra. No entanto ocorreram valores relativamente consideráveis para as pessoas que, mesmo pertencendo à determinada área de abrangência, procuram atendimentos de saúde em outras áreas. Esta dinâmica ocorre principalmente por questões ligadas ao atendimento oferecido pela UBS, que em muitos casos, apresentam certas deficiências, tais como: carências de consultas, principalmente especializadas; acolhimento; vínculos com outros profissionais; carência de exames especializados e medicamentos nas UBS e outras.

Apesar da maioria dos entrevistados demonstrarem-se satisfeitos com o atendimento das unidades, as sugestões para mudanças na dinâmica dos serviços contribuirão para o planejamento de futuras ações, pois se obteve respostas muito oportunas e que demonstram realidades, que partem de usuários que se utilizam cotidianamente das UBS.

As barreiras geográficas, incluindo exemplos de problemas ambientais, não foram representativas no tocante à acessibilidade às UBS, confirmando-se ser as deficiências no atendimento, a principal razão para a ausência de usuários de muitos bairros adscritos. Este aspecto reflete a presença de moradores do entorno das UBS como os principais usuários dos serviços, que não percebem obstáculos em seus trajetos, ficando as populações que residem em distâncias maiores excluídas do atendimento, com destaque para a população rural, que de acordo com os dados, é pouco assistida.

Com a análise das relações existentes entre as áreas verdes e a saúde pôde-se concluir que a maioria dos entrevistados dedica pouco ou nenhum tempo, durante a semana, para o lazer, devido principalmente às suas atividades profissionais, problemas de saúde, acompanhamento de familiares doentes, ausência de espaços públicos para percorrer e outros.

De modo geral os usuários dos serviços de saúde de Mandaguari têm apenas como principal alternativa para o lazer, o “Parque da Pedreira” e costumam visitar parentes e amigos. Existem pessoas que não costumam frequentar espaços de lazer e se consideram caseiras. Essas características refletem a deficiência em espaços públicos de lazer que sejam atrativos para a comunidade e conseqüentemente, confirmam o pouco contato com áreas verdes das pessoas, comprometendo inclusive aspectos preventivos da saúde, bem como os tratamentos relacionados a problemas respiratórios e circulatórios. Dos entrevistados que não costumam frequentar espaços de lazer, considerando-se pessoas caseiras, que praticamente não saem de casa, ocorrem algumas razões para tal dinâmica: não tem muito tempo porque trabalham; tem problemas de saúde ou cuidam de alguma pessoa doente; não tem costume e outras.

A maior parte dos entrevistados frequenta o “Parque da Pedreira” de Mandaguari, porém, consideram outros espaços verdes, como por exemplo, chácaras ou sítios, clubes com áreas verdes, fundos de vale, pesqueiros, barragem e o Parque do Ingá localizado na cidade de Maringá e o Parque da Raposa na cidade de Apucarana. Pode-se considerar que muitos entrevistados não frequentam constantemente, buscando passear nesses espaços apenas esporadicamente.

Além das contribuições das áreas verdes para a saúde encontradas nas literaturas, ocorreram diversas opiniões emitidas pelos usuários dos serviços de saúde, que vem confirmar os benefícios que essas áreas proporcionam a melhoria da qualidade de vida da população, quais sejam: as áreas verdes oferecem ar puro, limpo e saudável; deixam as pessoas com alto astral; são áreas menos poluídas; as pessoas se sentem melhor em contato com as áreas verdes; ajudam a respirar melhor; ótimo espaço para praticar esportes; a harmonia das cores da natureza faz bem à saúde; faz se sentir livre e outras.

A maior parte dos entrevistados também acredita ser fundamental a utilização desses espaços para as atividades em saúde e expressam várias possibilidades, dentre as quais: organização de atividades de conscientização em Educação Ambiental (conservação de áreas verdes); atividades físicas, com alongamentos, caminhadas e exercícios de relaxamento; atividades de lazer e outras.

Em relação à responsabilidade pela organização e manutenção das áreas verdes urbanas, a maioria dos entrevistados considera que esta deve ser conjugada entre o poder público, representado pela Prefeitura do município, juntamente com a população,



que garante sua representatividade por meio de organizações de bairro (associações) ou Organizações Não Governamentais (ONGs).

A contribuição da presente pesquisa para o planejamento das áreas verdes articulado ao planejamento dos serviços de saúde na perspectiva territorial é única, pois se concretiza como uma proposta de organização que busca principalmente, conhecer a realidade local emitida pelos atores sociais envolvidos no processo. Esta característica representa o grande diferencial das propostas atuais de planejamento que são normalmente ditadas por profissionais de gabinete, que nada conhecem sobre a realidade local.

Isso posto, a proposta deste trabalho é primeiramente, incluir como política pública o desenvolvimento de projetos que articulem a organização e manutenção de áreas verdes com o objetivo de auxiliar, enquanto espaço social, as atividades desenvolvidas pelo setor de saúde.

Posteriormente como segunda proposta, a organização de um setor de planejamento nas prefeituras que trabalhe diretamente com a divisão de áreas de abrangência das UBS, acompanhando suas dinâmicas e transformações, aproveitando as suas potencialidades, incluindo os benefícios oferecidos pelas áreas verdes urbanas, e promovendo atividades que auxiliem nos tratamentos e sociabilidade dos grupos de saúde, buscando a melhoria de qualidade de vida dos usuários do SUS numa perspectiva de coletividade, sempre com o apoio e participação dos atores sociais envolvidos, sejam por meio de lideranças de bairros ou por meio da sociedade civil organizada, que deve ter seu papel de formador de opinião garantido, nas relações sociais estabelecidas nos espaços geográficos.

## CONCLUSÃO

Conclui-se com o presente trabalho que a territorialização dos serviços de saúde, não pode se resumir em uma divisão de bairros próximos a UBS de referência, mas sim, deve investigar a mobilidade da população, quando esta procura os serviços de saúde para atender às suas necessidades. Nesta lógica as comunidades em Mandaguari não percebem barreiras geográficas nos trajetos às UBS, no entanto, buscam a qualidade dos serviços ofertados, que passam a determinar o deslocamento dos usuários para outras áreas da cidade, quando não encontram resolutividade na UBS de referência.

Essa investigação possibilitou compreender que os usuários dos serviços de saúde valorizam a presença de áreas verdes urbanas no entorno das UBS, principalmente quando utilizadas como apoio aos tratamentos de saúde, com a organização de grupos de discussão sobre educação em saúde e qualidade ambiental, bem como quando proporciona a sociabilidade, que se concretiza nas oportunidades de diálogo com outras pessoas que sofrem problemas de saúde semelhantes.

Nessa perspectiva as Ciências da Saúde devem incluir no conceito de território, as potencialidades advindas da presença de áreas verdes urbanas no entorno dos serviços de saúde, que contribuem efetivamente para as benesses da saúde, quando oferecem um ambiente livre, saudável e agradável, para a sociabilidade dos usuários dos serviços de saúde. Da mesma forma, o planejamento das áreas verdes urbanas deve contemplar, na própria concepção do espaço, o auxílio e a proximidade aos serviços de saúde.

A partir da articulação dessas duas ciências, a Geografia e as Ciências da Saúde, verifica-se que a participação das comunidades com possibilidades de intervenção, quando expressam suas opiniões, sentimentos, dificuldades e sonhos, modificam o caráter excludente dos projetos de planejamento urbano que, frequentemente, tendem a beneficiar grupos sociais específicos.

Caberá aos gestores um olhar à frente de seu tempo, sensibilizando-se com os anseios da população para a efetivação de propostas, com ações concretas que resultem em mudanças, novos conceitos; proporcionem a simbiose entre as pessoas e os espaços de que fazem uso; incentivem a identidade do grupo com o seu entorno e trabalhem na ótica da sustentabilidade ecológica, preservando o meio com dignidade e afetividade, para a efetivação de uma transformação social, determinante de uma sociedade solidária, pacífica e igualitária.

## REFERÊNCIAS

- ABKAR, M. et al. The role of urban green spaces in mood change. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, v. 4, n. 10, 5352-5361, 2010.
- ALBUQUERQUE, M. F. M. Debate sobre o artigo de Czeresnia & Ribeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 16, p. 612-613, 2001.
- ALLEN, J. B. *The company town in the American West*. Norman: University of Oklahoma Press, 1966.
- ALMANDOZ, A. The garden city in early twentieth-century Latin America. *Urban History*, v. 31, n. 3, 2004, p. 437-452.
- ALVANHAN, R. A. M. *Determinação social do Processo Saúde-Doença*. IN: 1º. Encontro Paranaense de Pessoas Vivendo com Aids. Foz do Iguaçu, Paraná. 2005. Palestra.
- ANDRADE, S. M. D.; SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C. (Org.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Ed. Universidade Estadual de Londrina (UEL), 2001.
- ASTRAND, P.O. Exercise physiology and its role in disease prevention and in rehabilitation. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, v. 68, n. 5, p. 305-309, 1987.
- AUSTRÁLIA. *Carta de Adelaide sobre cuidados primários*. Adelaide: Austrália. II Conferência Internacional sobre a promoção da saúde, 1988. (Documento). Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br>>. Acesso em: 12 set. 2002.
- BALLESTEROS, A. G. (Coord.). *Métodos y técnicas cualitativas em geografia social*. España: Oikos-tau, 1998.
- BAPTISTA, E. K. K. *Dados sobre movimento de Autorização de Internamento Hospitalar (AIH)*. Maringá: Prefeitura do Município de Maringá/Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de Auditoria, 2009. Entrevista.
- BARBETA, P. A. *Estatística aplicada às Ciências Sociais*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2ª. ed., 1998.
- BARCELLOS, C. Organização espacial, saúde e qualidade de vida. In: *Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento*, 1., 2000, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 2, 2000.
- BARCELLOS, C. et al. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- BARROS, N. C. C. *Manual de Geografia do turismo: meio ambiente, cultura e paisagens*. Recife: Editora Universitária UFPE, 1998.

- BEEVERS, R. The garden city utopia. *A critical biography of Ebenezer Howard*. Londres: The MacMillan Press, 1988.
- BERQUE, A. Paisagem marca – Paisagem matriz: elementos da problemática para uma Geografia Cultural. In: CORRÊA, R. L.; ROSENDAHL, Z. (Org.). *Paisagem, tempo e cultura*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.
- BIGG-WITHER, T. P. The Valley of the Tibagy, Brazil. *Royal Geographic Society Journal*, v. 46, 1876.
- BLAIR, S. N. et al. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. *JAMA*, v. 262, n. 17, p. 2395–2401, 1989.
- BOLUND, P.; HUNHAMMAR, S. Ecosystem services in urban áreas. *Ecological Economics*, v. 29, p. 293-301, 1999.
- BOTKIN, D.B.; BEVERIDGE, C.E. Cities as environments. *Urban Ecosystems*, v. 1, p. 3–19, 1997.
- BOURDIN, A. *A questão local*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- BRASIL. Datasus. *Indicadores de saúde – indicadores e dados básicos – Brasil 2000-2010/IDB*. 2000-2010. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 9 set. 2011.
- \_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Dados de população da região metropolitana de Maringá*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Evolução da população maringaense*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Portaria n. 719, de 07 de abril de 2011*. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Gabinete do Ministro, 2011.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Portaria n. 1886/GM de 18 de dezembro de 1997*. Aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Projeto Nordeste. Informação, educação e comunicação. *Guia de referências para o controle social: manual do conselheiro*. Brasília: Projeto Nordeste, 1994.
- BUSS, P. M. *Promoción de La salud y La salud publica*. Rio de Janeiro, 1998. Texto.

- CAMPELLO, C. C. *Áreas verdes: índices que sustentam a vida*. São Paulo: Conselho do Meio Ambiente (CADES-SE), 2008.
- CAMPOS, C. E. A. Os desafios da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CAMPOS, R. H. F. (Org.). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- CANADÁ. *Carta de Ottawa sobre a promoção da saúde*. Ottawa: Canadá. I Conferência Internacional sobre a promoção da saúde, 1986. (Documento). Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br>>. Acesso em: 12 set. 2002.
- CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; PANIZ, V. M. V.; SOARES, P. C. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (supl. 1), p. 1069-1079, 2011.
- CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. da UEL, 2001.
- CARVALHO, M. S.; FRESCA, T. M. (Org.). *Geografia e Norte do Paraná*. Londrina: Edições Humanidades, volume 1, 2007.
- CARVALHO, M. S.; FRESCA, T. M. (Org.). *Geografia e Norte do Paraná*. Londrina: Edições Humanidades, volume 2, 2007.
- CARVALHO, M. S.; PINA, M. D. F. D.; SANTOS, S. M. D. (Org.). *Conceitos básicos de Sistemas de Informação Geográfica e Cartografia aplicados à saúde*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde/Ministério da Saúde, 2000.
- CAVALHEIRO, F.; DEL PICCHIA, P. C. D. *Áreas verdes: conceitos, objetivos e diretrizes para o planejamento*. In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE ARBORIZAÇÃO URBANA, 1, 1992, Vitória-ES. 1992, p.29-38.
- CHARRIE, J. P.; GENTY, M.; LABORDE, P. *Les petites Villes en Aquitaine, 1962-1990: de La croissance à La crise: La place des petites Villes dans l'armature urbaine régionale*. Aquitaine: Editions de La Maison dès sciences de l'homme d'Aquitaine, 1992.
- CHIESURA, A. The role of urban parks for the sustainable city. *Landscape and Urban Planning*, v. 68, p. 129–138, 2004.
- CLAVAL, P. *A Geografia Cultural*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2001.
- \_\_\_\_\_. *La logique dès Villes*. Paris: Litec, 1981.

COLEY, R.; KUO, F.; SULLIVAN, W. Where does community grow? The social context created by nature in urban public housing. *Environ. behav.*, v. 29, p. 468–494, 1997.

COLÔMBIA, *Carta de Bogotá sobre a promoção da saúde*. Bogotá: Colômbia. IV Conferência Internacional sobre a promoção da saúde, 1992. (Documento). Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br>>. Acesso em: 12 set. 2002.

COMPANHIA Melhoramentos do Norte do Paraná. *Colonização e desenvolvimento do Norte do Paraná*. S.I.: 1975.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Pacto pela Saúde*. Brasília: CONASS, 2006. 1 CD-ROM.

CONSTANZA, R. et al. The value of the world's ecosystem services and natural capital. *Nature*, v. 387, n. 15, p. 253–260, 1997.

CORBO, A. D; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

CORRÊA, R. L. *Trajetórias geográficas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

CRINSON, M. Abadan: planning and architecture under the Anglo-Iranian oil Company. *Planning Perspectives*, v. 12, 1997.

CURTY, M. G.; CRUZ, A. C.; MENDES, M. T. R. *Apresentação de trabalhos acadêmicos, dissertações e teses*: (NBR 14724/2002). Maringá: Dental Press Editora, 2006.

CURTY, M. G.; CURTY, R. G. *Artigo científico impresso: estrutura e apresentação*. Maringá: Dental Press Editora, 2008.

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.

DE ANGELIS, B. L. D. *A praça no contexto das cidades: o caso de Maringá-PR*. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado em Geografia). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2000.

DE ANGELIS et al. A função das áreas verdes em parques industriais: o caso de Maringá, Estado do Paraná. *Acta Sci. Technol.*, v. 29, n. 2, p. 187-193, 2007.

DEBIÉ, F. Jardins de capitales. *Une géographie dès parcs et jardins publics de Paris, Londres, Vienne et Berlin*, Paris, CNRS, 1992.

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

- DENSEN, P.; SHAPIRO, S.; EINHORN, M. Concerning high and low utilizers of services in a medical care plan, and the persistence of utilization levels in a three-year period. *Milbank Q*, n. 37, p. 217-50, 1959.
- DI FIDIO, M. *Architettura Del paeraggio*. Milano: Pírola Editores, 1990.
- DI MÉO, G. Bourgs et petites Villes, nouvelles activités, nouvelles fonctions. In: LABORIE, J. P.; RENARD, J. *Bourgs et petites Villes*. Toulouse: Presses Universitaires Du Mirail, 1997.
- DIAS, R. B.; GONÇALVES, J. H. R. (Org.). *Maringá e o Norte do Paraná: estudos de História regional*. Maringá: EDUEM, 1999.
- DILANI, A. *Design and Health: The Therapeutic Benefits of Design*. Stockholm: AB Svensk Byggtjanst; B&W illustrations, 2001.
- DINETTI, M.; CIGNINI, B.; FRAISSINET, M.; ZAPPAROLI, M. Urban ornithological atlases in Italy. *Acta Ornithologica*, v. 31, p. 15-23, 1996.
- ENDLICH, A. M. *Pensando os papéis e significados das pequenas cidades*. São Paulo: Ed. UNESP, 2009.
- FERRARI, C. *Curso de planejamento municipal*. São Paulo: Riograndense, 1974.
- FISCHER, G. N. *Psychologie des espaces de travail*. Paris: Armand Colin, 1989.
- FORÊT, P. C. La formation du paysage cultural imperial mandchou. *Géographie et cultures*, vol. 2, n. 6, p. 85-104, 1993.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2. p. 345-353, 1999.
- GODBEY, G.; GRAFE, A.; JAMES, W. The Benefits of Local Recreation and Park Services. *A Nationwide Study of the Perceptions of the American Public*. College of Health and Human development, Pennsylvania State University, Pennsylvania, 1992.
- GOLDSTEIN, H.; HEALEY, M. J. R. The graphical presentation of a collection of means. *Journal of the Royal Statistical Society*, n. 158, 1995, p. 175-177.
- GRAHN, P.; STIGSDOTTER, U. A. Landscape planning and stress. *Urban Forestry & Urban Greening*, v. 2, p. 1-18, 2003.
- HAESBAERT, R. *Territórios alternativos*. Niterói: Ed. Da UFF; São Paulo: Contexto, 2002.
- HARTIG, T.; EVANS, G. W. Toward understanding the restorative environment as a health resource. *Journal of Environmental Psychology*, v. 23, n. 2, p. 109-123, 2003.
- HARVEY, D. *The limits to capital*. Oxford: Basil Blackwell, 1982.

HAZZAN, S.; BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. *Métodos quantitativos: cálculo funções de várias variáveis*. São Paulo: Atual, 1986.

HENKE-OLIVEIRA, C. *Planejamento ambiental na cidade de São Carlos com ênfase nas áreas públicas e áreas verdes: diagnóstico e proposta*. São Carlos. 1996. 234p. Dissertação (Mestrado em Ecologia). Universidade Federal de São Carlos, 1996.

HERZOG, T. R., BLACK, A. M., FOUNTAINE, K. A.; KNOTTS, D. J. Reflection and attentional recovery as distinctive benefits of restorative environments. *Journal of Environmental Psychology*, n. 17, p. 165, 1997.

HOLLAND, W. W. *European Community Atlas of "Avoidable Death"*. 2 ed. Oxford: Oxford University Press, 1991. (Commission of the European Communities Health Services Research Series 9, v. 2).

\_\_\_\_\_. *European Community Atlas of "Avoidable Death"*. 2 ed. Oxford: Oxford University Press, 1993. (Commission of the European Communities Health Services Research Series; 9, v. 2).

HOME, R. *Of planting and planning*. The making of British colonial cities. Londres: E & FN Spon, 1997.

HOWARD, E. *Garden cities of to-morrow*. Cambridge: Mass.: The MIT Press, 1965. Primeira Edição 1899.

IIDA, I. *Ergonomia: projeto e produção*. São Paulo: Edgard Blucher, 1990.

INDONÉSIA. *Declaração de Jacarta*. Jacarta: Indonésia. V Conferência Internacional sobre a promoção da saúde, 1997. (Documento). Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br>>. Acesso em: 12 set. 2002.

JOHNSON, S. *Dictionary of the English language*. Londres: Plummer and Brewis, 1825.

JONSSON, B. et al. Life-style and different fracture prevalence: A cross-sectional comparative population-based study. *Calcified Tissue International*, v. 52, n. 6, p. 425-433, 1993.

KAPLAN, S. *Parks for the future: A psychological perspective*. *Stad & Land*, v. 85, p. 4 – 22, 1990.

\_\_\_\_\_. Mental fatigue and the designed environment. In: HARVEY, J.; HENNING, D. (Eds.). *Public environments*. Washington, D.C.: EDRA. p. 55-60, 1987.



KAPLAN, S.; TALBOT, J. F. Psychological benefits of a wilderness experience. In: ALTMAN, I; WOHLWILL, J. F. (Eds.). *Behavior and the natural environment*. New York: Plenum. p. 163-203, 1983.

KATZMAN, M. T. Colonization as an approach to regional development: Northern Paraná, Brazil. *Economic Development and Cultural Change*, v. 26, n. 4, 1978.

KIDDER, L. H. (Org.). *Selltiz-Wrightsmen-Cook: Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: EPU, 1987.

KING, A. D. Exporting planning: the colonial and neo-colonial experience. In: CHERRY, G. E. (ed). *Shaping an urban world*. Londres: Mansell, 1980.

KLIJN et al. *The Forgotten Values of Nature and Landscape. Use and Appreciation Measured in Money and Emotional Value*. Wageningen: Alterra Green World Research, 2000.

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

KULLER, R.; KULLER, M. Stadens grönska, äldres utevistelse och hälsa (The urban open green spaces, old people's outdoor activities and health). *Byggforskningsrådet*, v. 24, 1994.

KULLER, R.; LINDSTEN, C. Health and behavior of children in classrooms with and without Windows. *Journal of Environmental Psychology*, v. 12, n. 4, p. 305-317, 1992.

KULLER, R.; WETTERBERG, L. The subterranean work environment: Impact on wellbeing and health. *Environment International*, v. 22, p. 33-52, 1996.

KUO, F. E.; BACAIUCA, M.; SULLIVAN, W. C. Transforming inner city landscapes: trees, sense of safety, and preferences. *Environ. Behav.*, v. 1, n. 30, p. 28-59, 1998.

KUO, F.E.; SULLIVAN, W.C. Environment and crime in the inner city. Does vegetation reduce crime. *Environ. Behav.*, v. 3, n. 33, p. 343-367, 2001.

LAMBERTS, H.; HOFMANS-OKKES, I. Episode of care: A core concept in family practice. *J Fam Pract*, n. 42, p. 161-167, 1996.

LÄNSSTYRELSEN I STOCKHOLMS LÄN, 1996. *Miljöanalys 1996 Stockholms län* (Environmental Analysis 1996 Stockholm County). Stockholm: Länsstyrelsen i Stockholms Län, 1996.

LEAVELL, S.; CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEME, M. C. S. *Urbanismo no Brasil 1895-1965*. Salvador: UFBA, 2005.

LIMA, A. M. L. P. et al. Problemas de utilização na concentração de termos como espaços livres, áreas verdes e correlatas. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE ARBORIZAÇÃO URBANA. 1994. São Luís. *Anais do II Congresso Brasileiro de Arborização Urbana*. São Luís: Imprensa EMATER/MA, 1994, p. 539-553.

LLARDENT, L. R. A. *Zonas verdes y espacios libres en la ciudad*. Madrid: Closas Orcoyen, 1982.

LOBODA, C. R.; DE ANGELIS, B. L. D. Áreas verdes urbanas: conceitos, usos e funções. *Ambiência*, v. 1, n. 1, 2005, p. 125-139.

*LONGMAN Dictionary of Contemporary English*. 4 ed. Essex: Pearson Education, 2005.

LORENZI, H. *Árvores Brasileiras*. São Paulo: Ed. Plantarum, 1992.

LUNDBERG, T. Stress: En fysiologisk försvarsreaktion. *Svensk Rehabilitering*, v. 3, p. 36-38, 2001.

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

MALLER, C. J.; HENDERSON-WILSON, C.; TOWNSEND, M. Rediscovering nature in everyday settings: or how to create healthy environment and healthy people. *Ecohealth*, v. 6, n. 4, p. 553-556, 2009.

MANDAGUARI. Prefeitura do Município de Mandaguari. *Base cartográfica do município de Mandaguari*. Mandaguari: Prefeitura do Município de Mandaguari, 2009b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Dados sobre a cidade de Mandaguari*, 2009. Disponível em: <<http://www.mandaguari.pr.gov.br>>. Acesso em: 20 fev. 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Mandaguari: sua história, sua gente*. Mandaguari: Prefeitura do Município de Mandaguari, 1982.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. *Diretoria de Saúde*. Mandaguari: Prefeitura do Município de Mandaguari, 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Setor de Programa Saúde da Família (PSF)*. Mandaguari: Prefeitura do Município de Mandaguari, 2009-2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Sistema de Informação e atenção básica*. Mandaguari: Prefeitura do Município de Mandaguari/Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

MARICATO, E. *Metrópole na periferia do capitalismo: ilegalidade, desigualdade e violência*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MARX, R. B. *Arte e paisagem: conferências escolhidas*. São Paulo: Livraria Nobel, 1987.

- MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, v. 3, p. 61-80, 2007.
- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1993.
- MATUS, C.; RIVERA, U.; JAVIER, F. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.
- MAZZEI, K.; COLSESANTI, M. T. M.; SANTOS, D. G. Áreas verdes urbanas, espaços livres para o lazer. *Sociedade & Natureza*, Uberlândia-MG, v. 19, n. 1, 2007.
- MENDES, M. T. R.; CRUZ, A. C.; CURTY, M. G. *Citações: onde, quando e como usar: (NBR 10520/2002)*. Niterói: Intertexto, 2005.
- MENDONÇA, F. A. *O clima e o planejamento urbano de cidades de porte médio e pequeno: proposição metodológica para estudo e sua aplicação à cidade de Londrina-PR*. 1994. Tese de doutorado. FFLCH/USP. São Paulo-SP, 1994.
- MILANO, M. S. *Avaliação quali-quantitativa e manejo da arborização urbana: o caso de Maringá-PR*. 1988. 120f. Tese (Doutorado em Engenharia Florestal). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1988.
- MILJÖFÖRVALTNINGEN, 1995. *Miljö 2000 Miljö program för Stockholm (Environment 2000 Environmental program for Stockholm)*. Stockholm: Förslag, 1995.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Ministério da Saúde, 2007.
- MORANCHO, A. B. A hedonic valuation of urban green áreas. *Landscape and Urban Planning*, v. 66, p. 35-41, 2003.
- MORERO, A. M.; SANTOS, R. F.; FIDALGO, E. C. C. Planejamento ambiental de áreas verdes: estudo de caso de Campinas-SP. *Revista do Instituto Florestal*, v. 19, n. 1, 2007.
- NUCCI, J. C.; MOURA, A. R. Análise da cobertura vegetal do bairro de Santa Felicidade, Curitiba-PR. In: XI Simpósio Brasileiro de Geografia Aplicada, 2005. São Paulo. *Anais do XI Simpósio Brasileiro de Geografia Aplicada*. São Paulo: Departamento de Geografia, 2005, p. 328-337.
- ODUM, E. P. *Fundamentals of Ecology*. Saunders: Washington, D.C., 1971.
- OLIVEIRA, L. *Estudo metodológico e cognitivo do mapa*. 1977. 234p. Tese de livre docência. Departamento de Geografia. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 1977.

PACOTE ESTATÍSTICO PARA CIÊNCIAS SOCIAIS (SPSS). In: RIBEIRO, E. A. *Análise de dados quantitativos para Ciências Humanas: abordagem introdutória com uso do SPSS*. Curso de extensão. Maringá: Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Ciências Sociais, 2010. Programa digital.

PADIS, P. C. *Formação de uma economia periférica: o caso paranaense*. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica, 1970 (Tese de Doutorado, mimeografada).

PAFFENBERGER, R. S.; ASNES, D. P. Chronic disease in former college students, *Am Coll Sports Med 40th Ann Lectures*, p. 93-109.

PANERAI, P. *Análise urbana*. Brasília: Editora UnB, 2006.

PARANÁ. Companhia Melhoramentos do Norte do Paraná. *Colonização e desenvolvimento do Norte do Paraná*. S. I.: 1975.

\_\_\_\_\_. Governo do Paraná. *Saúde da família: uma estratégia de mudança do modelo de assistência à saúde*. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde, 1998.

PATE, R. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, v. 273, p. 402-407, 1995.

PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. AFRADIQUE, M. E.; LIMA-COSTA, M. F. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, v. 13, n. 4, p. 239-246, 2004.

PEREHOUSKEI, N. A. *Abrangência das unidades básicas de saúde: a percepção das comunidades nos bairros universo e pinheiros no município de Maringá-PR. 2001 a 2005*. 200p. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Departamento de Geografia. Universidade Estadual de Maringá, 2006.

\_\_\_\_\_. *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.

PEREHOUSKEI, N. A.; BENADUCE, G. M. C. Abrangência das unidades básicas de saúde: a percepção da comunidade nos bairros universo e pinheiros no município de Maringá-Pr. 2001 a 2005. *Espaço & Geografia*, Brasília, v. 10, n.1, p. 219-267, 2007.

PEREHOUSKEI, N. A.; MARTINI, V. A. D. S. Os consórcios intermunicipais: organização, experiências e perspectivas. In: *Geoingá: Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia*, v. 2, n. 1, p. 64-82, 2010.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa saúde da família. *Hygeia*, v. 2, n.2, p. 47-59, 2006. .

PERK, J. Äldre patienter har lika stor nytta av träning som yngre (Older patients receive the same benefit from exercise as do younger patients). *Läkartidningen*, v. 95 p. 3778-3784, 1998.

PILOTTO, J. *Áreas verdes para a qualidade do ambiente de trabalho: uma questão eco-ergonômica*. 1997. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Engenharia de produção. Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

PINA, M. F. *Modelagem e estruturação de dados não-gráficos em ambiente de Sistemas de Informação Geográfica: Estudo de caso na área de saúde pública*, Dissertação de Mestrado, IME, Rio de Janeiro, 1994.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D.; MARTINS, C. M. F.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 1), p. 1009-1019, 2010.

POOLE, R. The town and country planning act 1932 explained. *A guide to the law and practice of town and regional planning*. Londres: The University of Liverpool: Hobber & Stoughton Ltd., 1933.

PROGRAMA COREL DRAW 12. *Corel Corporation Company*, 2003. Programa digital de desenho.

RAPP, B. *Kultur i vården visavi vården som kultur: ett livsviktigt forskningsprogram med en tvärvetenskaplig syn på hälsa och livsvillkor i omvårdnad och åldrande: slutrapport*. Stockholm: Stockholms läns museum, 1999.

REGO, R. L. *As cidades plantadas: Os britânicos e a construção da paisagem do norte do Paraná*. Londrina: Humanidades, 2009.

REGO, R. L.; VASCONCELOS, G. B.; YONEGURA, R. K. Mandaguari e o desenho ambiental. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 5., 2009, Maringá. *Anais do Encontro Internacional de Produção Científica CESUMAR*. Maringá: CESUMAR, 2009.

ROBBA, F; MACEDO, S. S. *Praças brasileiras*. São Paulo: Edusp, 2002.

RODRIGUES, F. M. *Forma, imagem e significado em estruturas urbanas centrais: Centro urbano da cidade de Niterói. Projeto de reestruturação urbana*. Niterói: EdUFF, 2005.

ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, UNESP, ABRASCO, 1994.

SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. A. D. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 42, p. 1-11, 2012.

SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: HUCITEC, 1999.

\_\_\_\_\_. *Espaço & método*. São Paulo: Nobel, 1988.

\_\_\_\_\_. *Manual de geografia urbana*. São Paulo: Hucitec, 1981, 203p.

\_\_\_\_\_. *O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países desenvolvidos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979. \_\_\_\_\_. *Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, S.; BARCELLOS, C. *Abordagens espaciais em Saúde Coletiva*. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2006.

SCHNEEWEIS, R. et al. Diagnosis clusters: A new tool for analyzing the content of medical care. *Med Care*, n. 21, p. 105-22, 1983.

SCHROEDER, H.W. Preferences and meaning of arboretum landscapes: combining quantitative and qualitative data. *J. Environ. Psychol*, v. 11, p. 231-248, 1991.

SEABRA, C. M.; LEITE, J. C. *Território e sociedade: entrevista com Milton Santos*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SILVA, M.A.V. *A Praça do Ferreira: seu uso e apropriação*. Dissertação (mestrado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciência Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos technoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.

SOARES, M. M. *Um enfoque sobre áreas verdes no meio urbano para as próximas décadas*. Florianópolis-SC. Artigo da cadeira de Gestão Ambiental da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 1996.

SOUZA, M. L. *Mudar a cidade: uma introdução crítica ao planejamento e à gestão urbanos*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

STADBYGGNADSKONTORET, 1994. *Miniskrift om Stockholms parker och naturomraden* (Brochure on parks and nature areas in Stockholm). Stockholm: SBK, p. 94-96, 1994.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. et al. Utilization and morbidity: Random or tandem? *Pediatrics*, n. 75, p. 241-247, 1985.

SUÉCIA. *Declaração de Sundsvall*. Sundsvall: Suécia. III Conferência Internacional sobre a promoção da saúde, 1991. (Documento). Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br>>. Acesso em: 12 set. 2002.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento em saúde. *Ciência e tecnologia em Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 287-303, 1999.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

*THE OXFORD English Reference Dictionary*. Oxford: Oxford University Press, 1996.

THE TIMES. *Digital Archive*. Journal The Times 1785-1985, 1924.

TOLEDO, F. S.; SANTOS, D. G. Espaços livres de construção. *Revista da sociedade brasileira de arborização urbana*, Piracicaba-SP, v. 3, n. 1, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e a utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 5190-5198, 2004.

ULRICH, R. S. Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. In: A DILANI, A. (Ed.). *Design and Health: Proceedings of the Second International Conference on Health and Design*. Stockholm, Sweden: Svensk Byggtjanst, p. 49-59, 2001.

\_\_\_\_\_. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, v. 224, n. 4647, p. 420-421, 1984.

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.

VIEIRA, P. B. H. *Uma visão geográfica das áreas verdes de Florianópolis-SC: estudo de caso do Parque Ecológico do Córrego Grande (PECG)*. Monografia. Departamento de Geografia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2004.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Equity in the delivery of health care: Methods and findings. In: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ *Equity in the finance and delivery of health care: An international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

WAIBEL, L. *Capítulos de Geografia Tropical do Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 1958.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. *N Engl J Med*, n. 265, p. 885-92, 1961.

WOLFF, S. F. S. *Jardim América: primeiro bairro jardim de São Paulo e sua arquitetura*. São Paulo: IMESP, 2001.

WORLD RESOURCES INSTITUTE. *The urban environment: world resources; a guide to the global environment*. New York: Oxford University Press, 1996.

ZAR, J. H. *Biostatistical Analysis*. Nova Jérsei: Prentice Hall International, 1984, p. 43-45.



## APÊNDICE

## APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA: ÁREAS VERDES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA CIDADE DE MANDAGUARI, PARANÁ: 2000 A 2010.

Acadêmico: Nestor Alexandre Perekouskei/Orientação: Prof. Dr. Bruno Luiz Domingos De Angelis

UBS: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

1 – Levantamento sócio-econômico: perfil do usuário.

- a) Sexo: M ( ) F (....)
- b) Faixa etária: (....) 15 a 20 anos (....) 21 a 30 anos..(....) 31 a 40 anos..(....) 41 a 50 anos..(....) 51 a 60 anos..(....) mais de 60 anos.
- c) Grau de escolaridade: (....) Fundamental..(....) Ensino Médio..(....) Ensino Superior..(....) Pós-graduado..(....) Sem escolaridade
- d) Renda familiar: (....) Até (1) R\$ 510,00.. (....) De (1 a 2) R\$ 510,00 a R\$ 1.020,00..(....).De (2 a 5) R\$ 1.020,00 a R\$ 2.550,00..(....) De (5 a 8) R\$ 2.550,00 a R\$ 4.080,00..(....) Mais de (8) R\$ 4.080,00. OBS: Salário mínimo (SM) = R\$ 510,00/ março de 2010.
- e) Ocupação: (....) Empregado..(....) Do lar..(....) Desempregado..(....) Autônomo..(....) Aposentado..(....).Estudante
- f) Quantas horas trabalha por dia: \_\_\_\_\_
- g) Bairro de residência \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
- h) Número de pessoas que compõem a família na sua residência: \_\_\_\_\_

2 – Levantamento específico:

- a) Utiliza esta UBS?..(....) Sim..(....) Não. Por que?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) Recebe atendimento (ou gostaria de receber atendimento) de outras UBS?  
(....) Sim. Por  
que? \_\_\_\_\_  
  
(....) Não

- c) Quais mudanças acredita serem necessárias para que os serviços de saúde proporcionem melhor qualidade nos atendimentos nas UBSs?  
(....) Bom atendimento (....) Aumento de profissionais..(....) Maior disponibilidade de consultas e horários de atendimento médico..(....) Maior disponibilidade de exames especializados..(....) Diversidade e disponibilidade de medicamentos..(....) Maior atuação do PSF..(....) Aumento de veículos para os atendimentos em saúde..(....) Construção de outras UBS..(....) Reforma e ampliação da UBS..(....) Ampliação do número de leitos para internamento..Outros:\_\_\_\_\_
- d) Percebe obstáculos (barreiras geográficas de acesso) em seu trajeto à UBS? (....)  
Ruas não asfaltadas..(....) Pontes não projetadas..(....) Problemas no transporte coletivo..(....) Vias de fluxo de veículos..(....) Trevos..(....) Presença de lixão (Lixo à céu aberto)..(....) Aclives ou declives.. (....) Nenhum obstáculo..Outros:\_\_\_\_\_
- e) Localização da UBS com relação à residência ou local de trabalho:  
(....) Até 500m..(....) De 500m a 1 km..(....) De 1 km a 2 km..(....) De 2 km a 3 km..(....) De 3 km a 4 km..(....) Além de 4 km.
- f) Quantas horas por semana dedica-se ao lazer?\_\_\_\_\_
- g) Quais lugares (até 3) você costuma freqüentar em seus momentos de lazer?..(....)  
Campo..(....) Casa de parentes e/ou amigos..(....) Cinema..(....) Clube..(....) Parque..(....) Pesqueiro..(....) Praça..(....) Shopping (....) Casa (....) Outros
- h) Normalmente quando você vai a uma praça ou a um parque são por quais motivos? (....) Tomar sol..(....) Descansar..(....) Caminhar..(....) Praticar esportes..(....) Ler..(....) Levar criança/filho para brincar..(....)  
Outros:\_\_\_\_\_
- i) Possui acesso a alguma área verde que se localize próxima a sua residência (ou de algum serviço utilizado em seu bairro)? Qual?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- j) Acredita que as áreas verdes possam contribuir para a melhoria da qualidade de sua saúde (ou de seu tratamento)? Por que?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- k) Espaços públicos como parques e praças, podem ser utilizados para a prática de atividades do PSF? De que formas esses espaços podem ser utilizados?\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 1) Na sua opinião, quem deve responder pelos cuidados de limpeza, segurança, manutenção...dos espaços públicos?  
(...) a população em geral..(...) o poder público (Prefeitura)..(...) a população e o poder público.

## APÊNDICE B

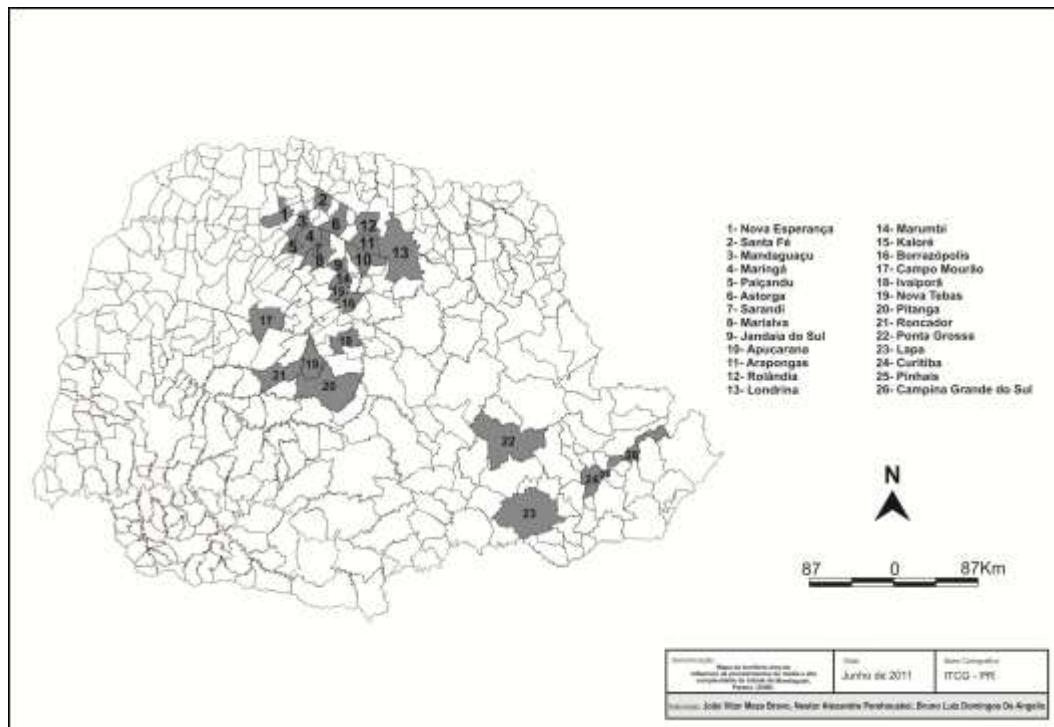


Figura 17: Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná, 2000.

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V.; PEREHOUSKEI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2012).

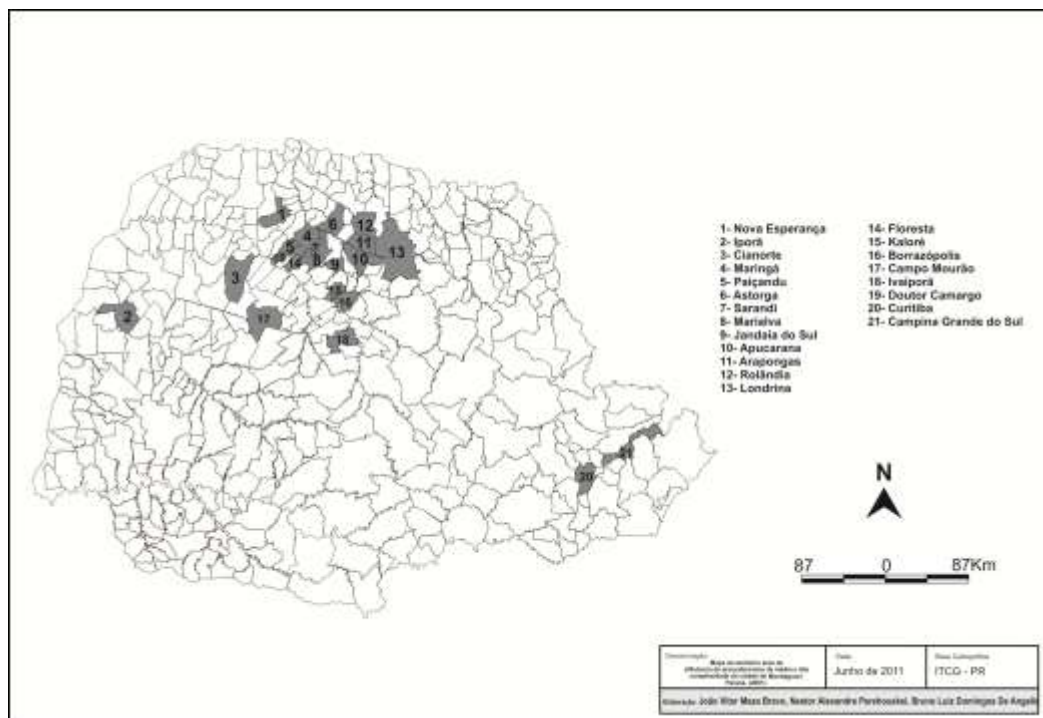


Figura 18: Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná, 2001.

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V.; PEREHOUSKEI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2012).

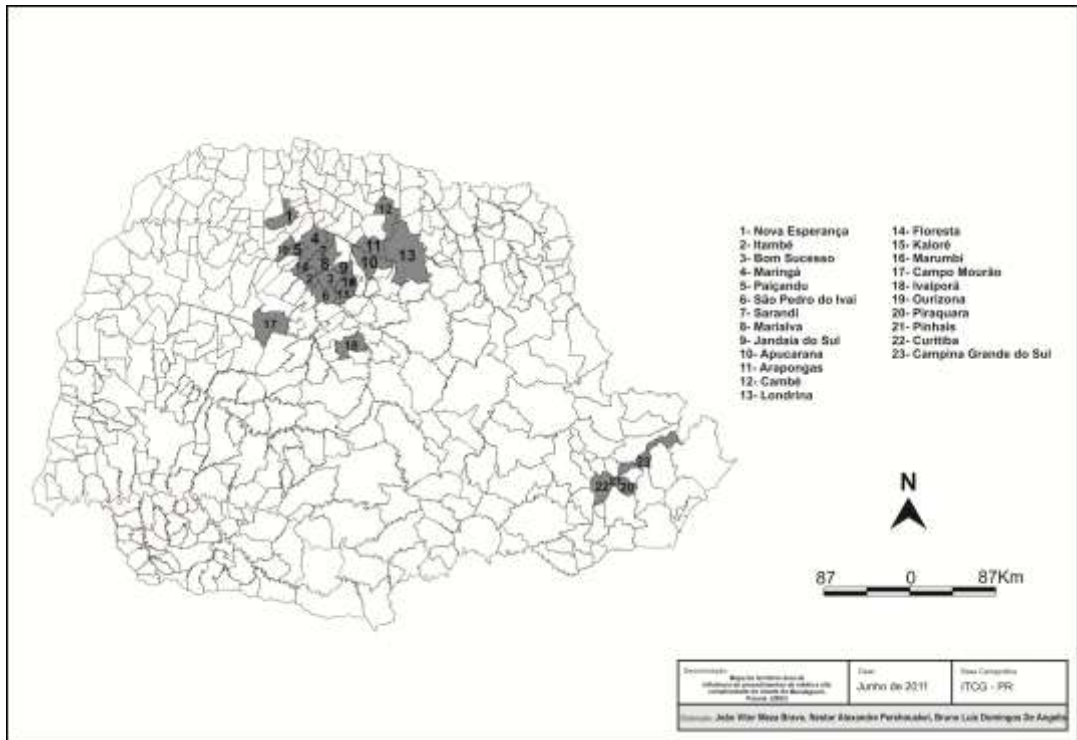


Figura 19: Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná, 2002.

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V.; PEREHOUSKEI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2012).

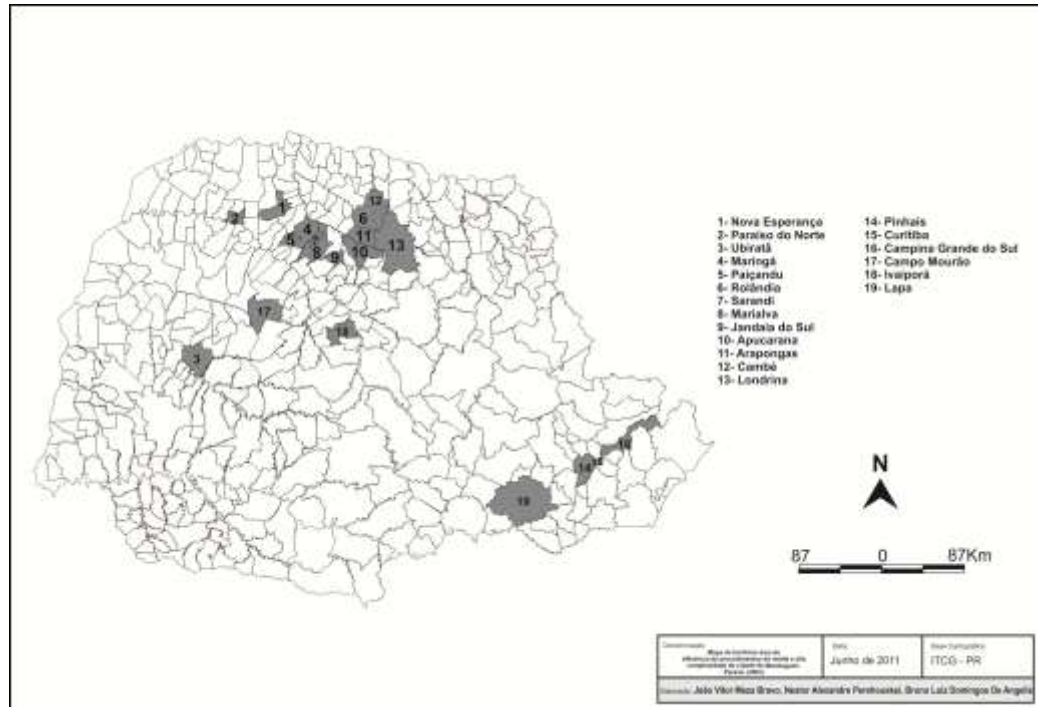


Figura 20: Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná, 2003.

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V.; PEREHOUSKEI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2012).

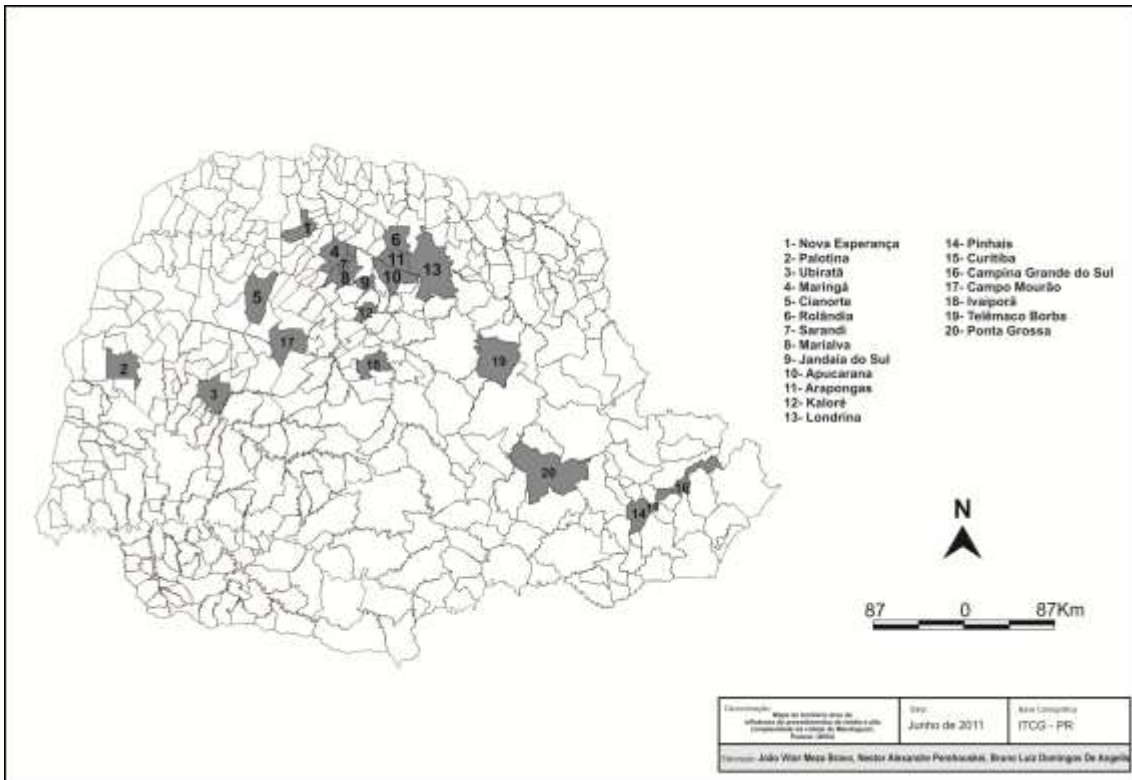


Figura 21: Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná, 2004.

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V.; PEREHOUKKEI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2012).

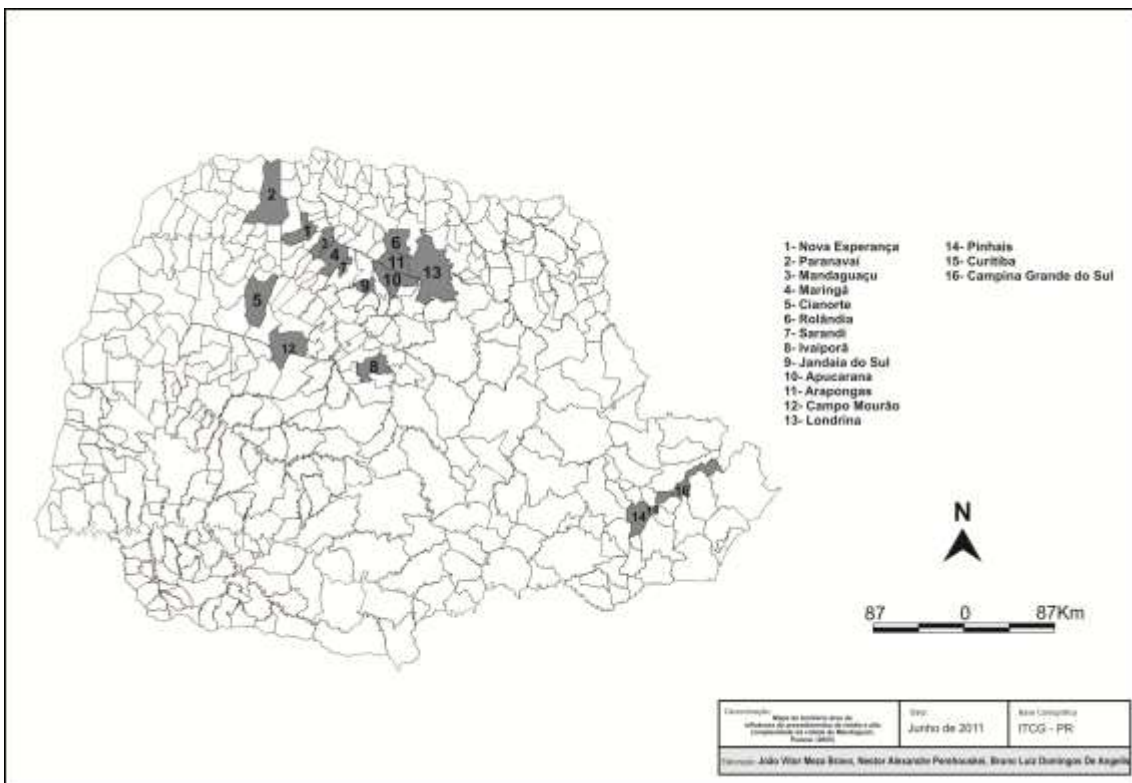


Figura 22: Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná, 2005.

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V.; PEREHOUKKEI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2012).



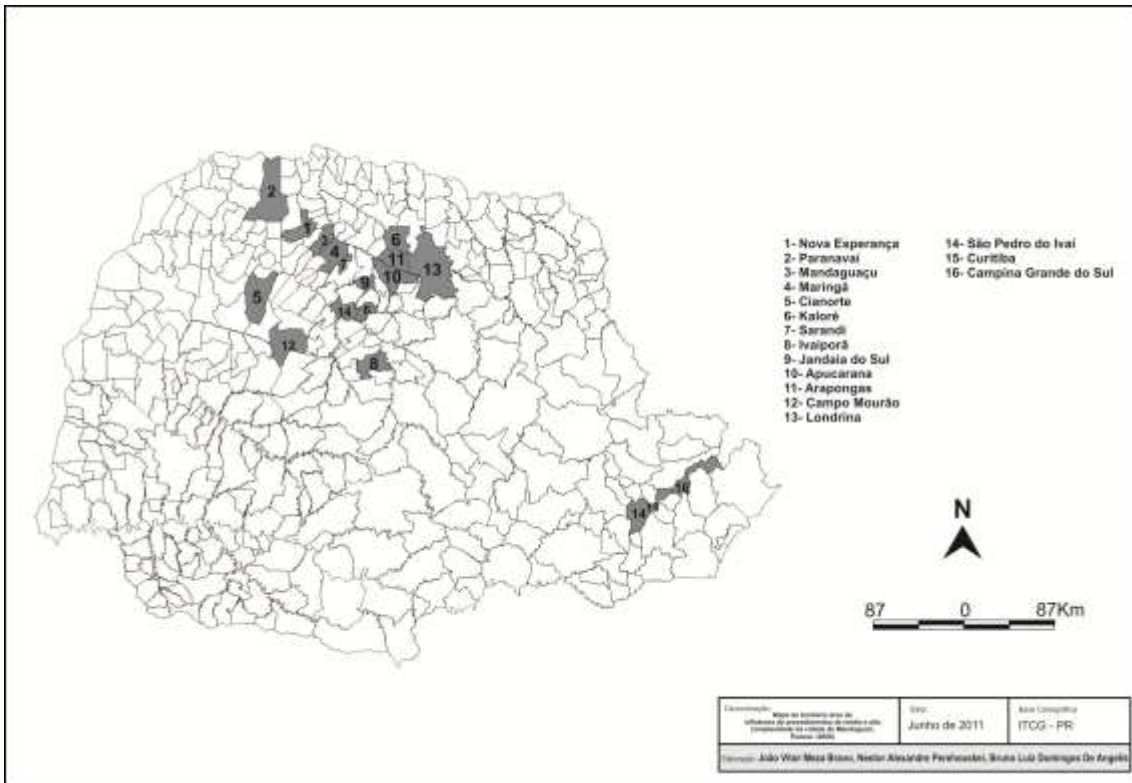


Figura 23: Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná, 2006.

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V.; PEREHOUKELI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2012).

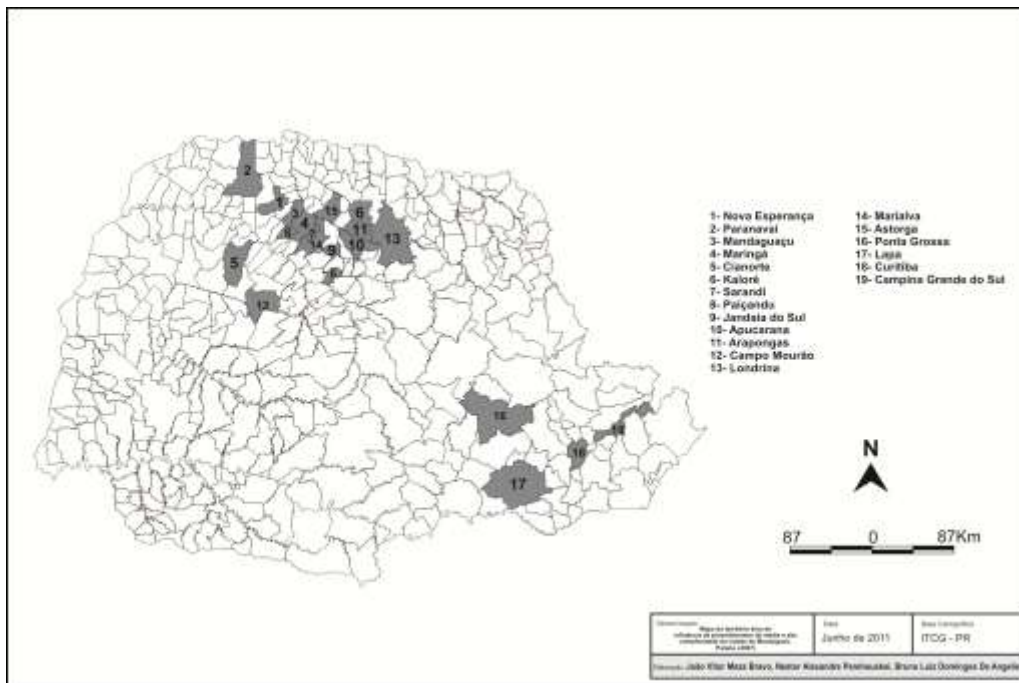


Figura 24: Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná, 2007.

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V.; PEREHOUKELI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2012).



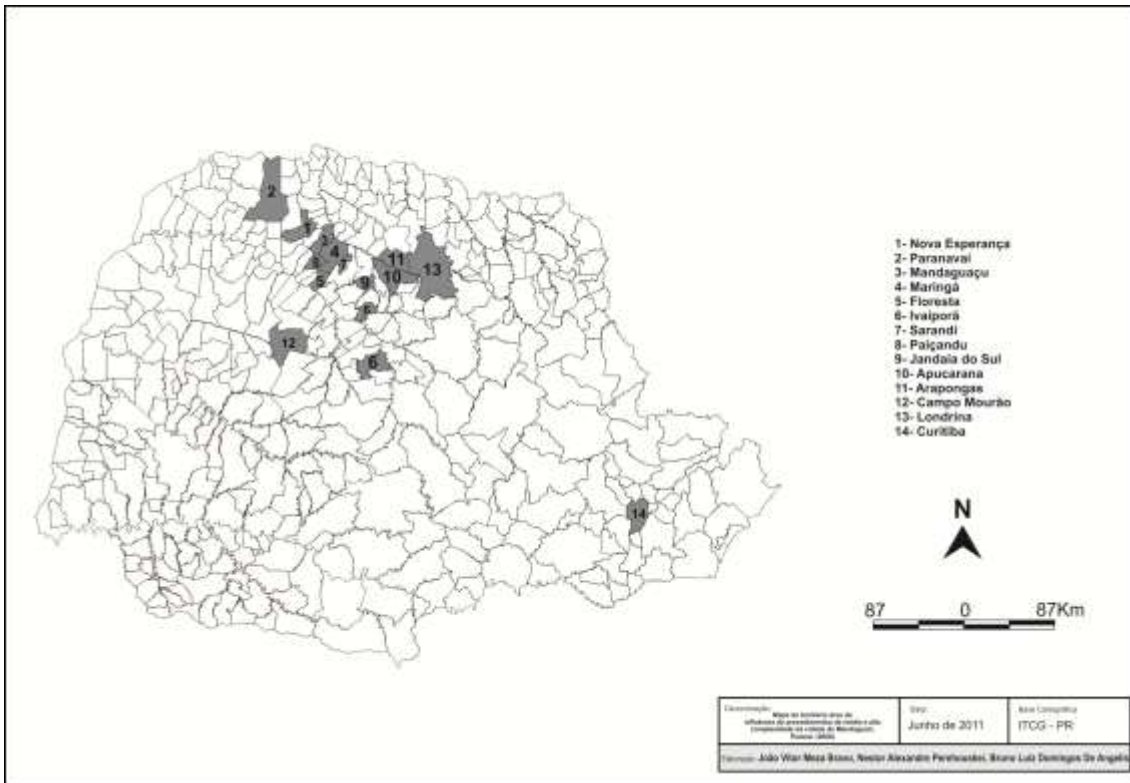


Figura 25: Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná, 2008.

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V.; PEREHOUKKEI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2012).

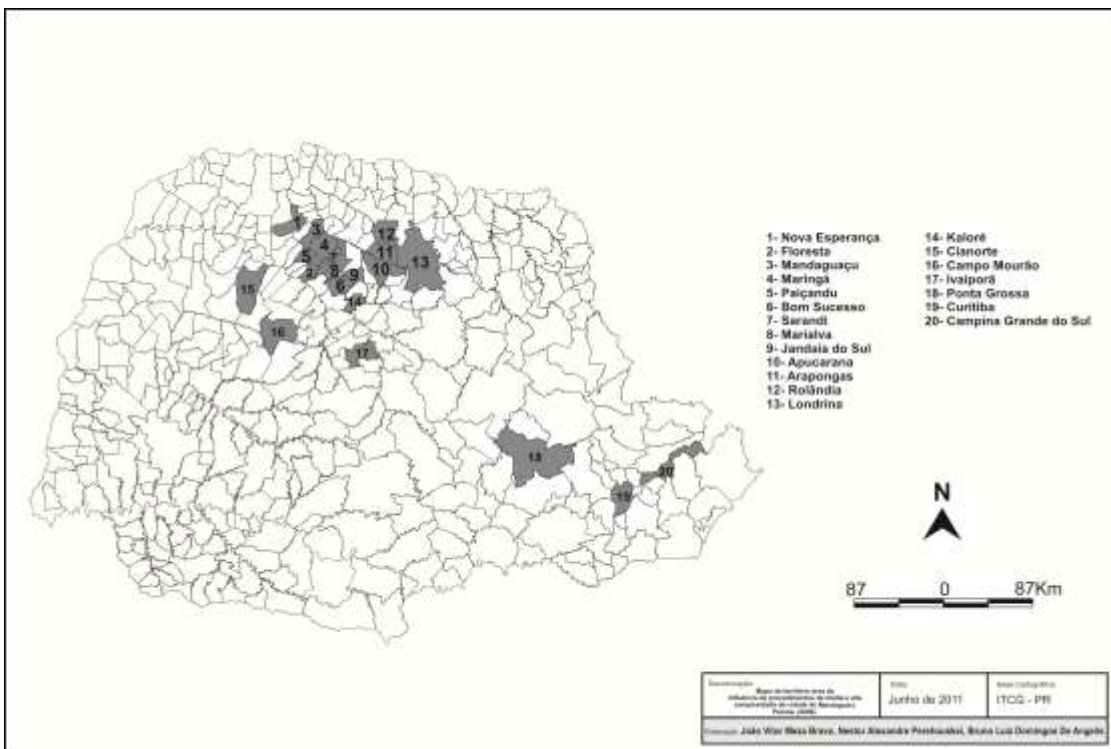


Figura 26: Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná, 2009.

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V.; PEREHOUKKEI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2012).

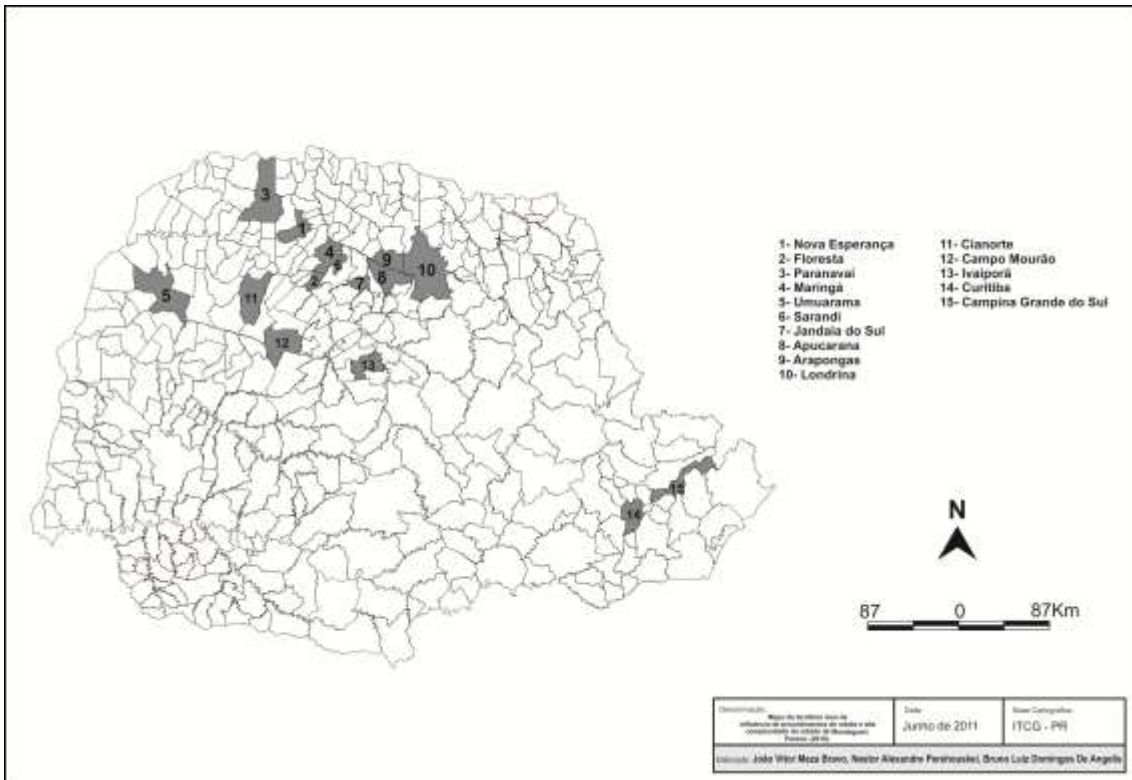


Figura 27: Mapa do território área de influência de procedimentos de complexidade da cidade de Mandaguari, Paraná, 2010.

Fonte: ITCG-PR. (2011).

Org.: BRAVO, J. V.; PEREHOUKKEI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2012).