

SAÚDE E AMBIENTE: DESAFIOS NA PRÁXIS TERRITORIAL

HEALTHY AND ENVIRONMENT: CHALLENGES OF PRACTICE TERRITORIAL

**Nestor Alexandre Pehouskei¹, Jeater Waldemar Maciel Correa Santos²,
Tatiane Duarte Silva Oliveira³& Udelysses Janete Veltrini Fonzar⁴**

^{1,2,3} Universidade Federal de Mato Grosso, campus de Rondonópolis
Programa de Pós-graduação Mestrado em Geografia
Rondonópolis - Mato Grosso – Brasil – CEP. 78735-901
{nestoralexandre34, jeatermaciel, tatyduartegeo}@gmail.com

⁴ Uningá – Centro Universitário Ingá
Departamento de Medicina
Maringá – Paraná – Brasil – CEP. 87035-510
janetefonzar@hotmail.com

Recebido 29 de Janeiro de 2016, aceito 1 de Maio de 2017

RESUMO - A territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de Vigilância em Saúde nos eixos de promoção, prevenção e atenção à saúde, por meio da delimitação de áreas e microáreas da Estratégia Saúde da Família (ESF), preconizada no Sistema Único de Saúde (SUS). A presente pesquisa aponta a necessidade de inclusão de espaços públicos no território como fator condicionante à saúde dos usuários, na perspectiva de potencialidade de Cidades Saudáveis pautadas nas agendas da gestão de políticas públicas atuais. No entanto, há uma tendência reducionista conceitual de território, sendo utilizado de forma meramente administrativa, para a gestão dos serviços de saúde, negando-se as potencialidades deste conceito para a identificação do processo saúde/doença e seus fatores determinantes e condicionantes e possíveis intervenções impactantes.

Palavras-chave. Saúde, Estratégia Saúde da Família, território, ordenamento territorial, espaços públicos.

ABSTRACT - The territorialisation is one of the assumptions of the organization of work processes and surveillance practices in health related to promotion, prevention and health care, by delimiting areas and micro areas of the Family Health Program as outlined in the Integrated Health System (the Brazilian health program - SUS). This research points to the need to include public spaces as a conditioning factor to the health of users, in a perspective of “Healthy Cities” based on the agendas of current public policy management. However, there is a conceptual territory reductionist tendency being used only in an administrative way for the management of health services, denying the possibilities of this concept to identify the health /disease processes and its determinants and conditioning factors and possible impactful interventions.

Keywords. Health, Family of Health Strategy, territory, territorial planning; public space.

INTRODUÇÃO

Esta reflexão se insere a partir de vivências em trabalhos desenvolvidos na área municipal dos serviços de saúde, com a experiência de acolhimento junto aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando as necessidades da população, contrapondo-se com a gestão pública de saúde, na organização, ordenamento e sistematização dos serviços de saúde, nos vários níveis de complexidade do sistema de saúde, desde a atenção primária, passando pela média e, ainda, a alta complexidade dos serviços. Neste contexto é preciso visualizar o território em suas práticas (escala e ordenamento) para atender as demandas populacionais sejam elas individuais ou sanitárias.

A partir desses pressupostos o objetivo deste trabalho é discutir a importância do meio ambiente no âmbito da saúde, bem como os desafios e as práticas de promoção à saúde na perspectiva territorial.

Estudos no âmbito da Geografia, pautados nas necessidades de reativação

dos espaços públicos urbanos, 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). O pacto aponta para a necessidade em se desenvolver estudos dentro de realidades regionais, 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 populações, dimensionadas por perfil epidemiológico, demográfico e econômico o mais homogêneo possível.

Atualmente segundo Czeresnia & Freitas (2003) discute-se o processo saúde/doença e seus determinantes, propondo uma articulação de saberes técnicos e populares, assim como, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução. Ainda nesta perspectiva Buss (2000) relata que, embora o conceito de Promoção da Saúde seja moderno, significando um avanço para as regiões e países em desenvolvimento, como a América Latina e o Brasil, é necessário trabalhar um conceito amplo, que conduza também à construção de práticas sociais abrangentes que de fato promovam a saúde. Nesta dialética há de se compreender o quanto o meio ambiente e suas interfaces, como o território, são fatores preditivos às práticas e ações de saúde.

Sendo assim as novas estratégias para a saúde sinalizam a urgência de um redirecionamento dos próprios serviços com ênfase territorial, para o planejamento e oferta dos serviços as quais foram ordenadas, a partir da implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) proposta pelo Ministério da Saúde em 1994, como estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente à época.

Nesta ótica 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, a ESF articula-se com as comunidades e presta atendimento domiciliar junto aos indivíduos adscritos em áreas e microáreas de atuação das equipes da saúde da família. Um dos termos mais empregados para descrever a relação serviço-território-população é a adscrição, que representa o território sob responsabilidade da ESF onde são realizadas atividades de promoção à saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos e eventos de saúde. (Brasil, 1997).

A territorialização na ESF 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).

Esses territórios/área são identificados por vários termos: espaço territorial, área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, 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 4.000 pessoas, que podem estar escalonados em bairro, parte de um bairro, vários bairros, tanto em áreas urbanas, como em áreas rurais.

Na ESF, o menor nível de atenção é o indivíduo. Os níveis maiores podem ser escalonados em microárea, área, segmento ou mesmo o município. A microárea normalmente agrega de 450 a 750 habitantes e constitui a unidade de atuação do profissional Agente Comunitário de Saúde. A área é formada por um conjunto de micro-áreas, não necessariamente contíguas, onde atua uma equipe da ESF.

Um grande desafio na gestão pública é estabelecer os critérios para a definição dos limites de território/área utilizado na definição da área de abrangência para

o acesso e oferta de serviços, pois estes, normalmente, não obedecem a critérios geográficos voltados às reais necessidades dos usuários dos serviços.

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, onde algumas variáveis foram consideradas, sendo: delimitação dos recortes territoriais: fluxos de população; distribuição de equipamentos urbanos no território; acessibilidade; barreiras geográficas nos trajetos; distância entre a moradia e os serviços de saúde e a estrutura dos serviços ofertados. O estudo contribuiu para minimizar aspectos de exclusão social nos atendimentos em saúde, garantindo o atendimento domiciliar pela ESF.

Perehouskei & Benaduce (2007) estudaram a percepção das comunidades usuárias dos serviços públicos de saúde do município de Maringá, Paraná, com relação à área de abrangência em dois NIS. Este estudo apontou distorções das áreas planejadas pelo serviço com a real necessidade vivenciada pelas comunidades usuárias, verificando, assim, aspectos de exclusão social nos atendimentos domiciliares em saúde.

AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE E AMBIENTE

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 melhores 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, ou seja, seus fatores determinantes e condicionantes; 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 vivenciada ao longo dos anos no país, desde o real cumprimento dos princípios que regem o SUS, como a universalidade, integralidade, equidade, e participação social, até a organização e oferta dos serviços. Neste contexto é necessária uma reorientação política e técnica quanto às práticas cotidianas do setor de saúde e suas interfaces.

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 espaços públicos urbanos são imprescindíveis e cada vez mais necessários devido aos graves problemas que prejudicam a vida, advindos da descaracterização do meio ambiente que é

resultado do crescimento populacional desordenado nas cidades brasileiras e, também, em outras partes do planeta.

De acordo com Lima *et al.* (1994) as áreas verdes correspondem a uma categoria incluída no conceito de espaço livre urbano onde há predomínio de vegetação arbórea, englobando praças, jardins públicos e parques urbanos.[...]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 sócioeconômico) (Morero *et al.*, 2007, p. 20).

Perehouskei & De Angelis (2013) estudaram a importância das áreas verdes urbanas inseridas nos territórios de saúde no município de Mandaguari, Estado do Paraná, verificando que as comunidades têm consciência da relevância do contato com os espaços verdes em seu cotidiano, bem como da inserção dessas áreas no entorno de suas UBS de referência.

Toledo & 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 os espaços públicos não são necessariamente voltados para a recreação e lazer, porém, devem ser dotados de equipamentos para oferecer opções de lazer e recreação às diferentes faixas etárias, a pequenas distâncias da moradia.

Além dos conceitos de espaços públicos urbanos, 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 & 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 & 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”. Santos (1988, p. 73) também contribui:

estudada pela ótica da Geografia, pode-se 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. O presente trabalho deslumbra à uma seara pouco explorada no Brasil, 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, ou seja, o homem, esse espaço relatado pode ser resumido em uma simples definição, 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 “quermesses” ou outras manifestações das diferentes culturas regionais. Nos bairros periféricos acabam sendo associadas ao ócio e a incipientes atividades de negócio (Lima *et al.*, 1994, p. 34).

Os espaços públicos urbanos também 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: Cavaleiro & Del Picchia (1992), Lima *et al.* (1994), Henke-Oliveira (1996), Nucci & Moura (2005), Vieira (2004), Toledo & Santos (2008).

Além desses trabalhos, Henke-Oliveira (1996) salienta que todos esses estudos e elementos contribuem na valorização de espaços públicos 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 espaços públicos urbanos 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 (...) espaços para recreação”.

A partir desses estudos, Vieira (2004) considera que os espaços públicos 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 dos espaços públicos urbanos organizados.

O autor salienta a importância de manutenção e conservação dos espaços públicos, para que justamente possam cumprir suas funções, inclusive organizando-os com espécies autóctones.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE ENQUANTO PROCESSO SOCIAL

Historicamente há varias elucidacões que visualizam a temática ambiente e seu beneficio à saúde humana, inclusos no eixo da promoção em saúde, tais como, qualidade de vida, ambientes sustentáveis, empoderamento social, entre outros apontados a seguir.

A Carta de Ottawa define a Promoção da Saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo

maior participação no controle deste processo” (Brasil, 2002, p. 19).

Algumas ações ficaram pactuadas na Carta de Ottawa (Canadá, 1986), quais sejam: 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.

Ainda outros documentos também resultaram em relevantes contribuições, tais como: a Declaração de Adelaide (Austrália, 1988); a Declaração de Sundsvall (Suécia, 1991); a Declaração de Bogotá (Colômbia, 1992); a Declaração de Jacarta (Indonésia, 1997) que estabeleceram bases conceituais e políticas de promoção à saúde, representando 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 fortalecem as ações do Estado, na responsabilidade de elaboração de políticas públicas saudáveis, tais como, projetos e desenvolvimento dessas políticas em parceria do controle social, promovendo o movimento endógeno para a autonomia e informação; a reorientação do sistema e serviços de saúde e parcerias intersetoriais entre setores governamentais e associações e Organizações Não Governamentais (ONGs).

Como proposta de política pública o Ministério da Saúde em 2011, instituiu o “Programa Academia da Saúde” no âmbito do SUS pactuado nas três esferas de governo, com intuito de garantir e efetivar as propostas de Promoção à Saúde a partir da implantação de pólos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, para a orientação de práticas corporais e atividades físicas e de lazer e modos de vida saudáveis. Esses pólos são espaços públicos construídos para o desenvolvimento dessas atividades (Brasil, 2011).

O Programa Academia da Saúde objetiva fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção da saúde; potencializar as ações nos âmbitos da Atenção Primária em Saúde (APS), da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS); promover a integração multiprofissional na construção e convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de hábitos saudáveis e atividades físicas; mobilização comunitária em redes sociais de apoio e ambientes de solidariedade; potencializar as manifestações culturais locais como alternativas individuais e coletivas e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer para a inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida.

Dentre as atividades previstas a serem realizadas por este Programa, estão: a organização do planejamento das ações do referido em conjunto com a equipe de APS que é a responsável por coordenar as diretrizes com os usuários e áreas afins; orientação para a prática de atividades físicas e práticas corporais (ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi chuan, entre outros); atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato); identificação de vulnerabilidade aos riscos, doenças e agravos à saúde, entre outros.

Os recursos destinados à infraestrutura dos polos deste Programa serão provenientes da União destinados aos Gestores Municipais, podendo 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.

Verifica-se que as propostas deste Programa instituído no País encontram-se em consonância com os objetivos da presente pesquisa justificando seus apontamentos, com a valorização dos espaços públicos e áreas verdes no âmbito da

promoção à saúde, incluindo atividades físicas e acompanhamento de tratamentos junto à população, pela Estratégia Saúde da Família atuantes nos seus territórios adscritos ou em outros recortes territoriais vivenciados pelas comunidades nos municípios.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE NA POPULAÇÃO

Nesta perspectiva, o conhecimento da população envolvida é parte fundamental no processo de Promoção da Saúde e, para tanto, faz-se necessária a adoção de modelos e técnicas que permitam a identificação e o acompanhamento de dados socioeconômicos, de qualidade de vida e das patologias. A literatura nos apresenta vários exemplos e metodologias, no entanto, a prática preventiva no âmbito dos serviços de saúde ainda é desafio.

Segundo Starfield (2002, p. 71),

as abordagens que caracterizam as condições de saúde na prática clínica são baseadas na frequência de diagnósticos individuais ou a estes agrupados pela fisiologia de órgãos e organismo. Verifica-se que esta não é a melhor abordagem para a prática da atenção primária, pois alguns usuários podem ter mais de um diagnóstico, sendo que algumas patologias predisõem a outras quanto a sua vulnerabilidade e fatores de risco (Starfield, 2002, p. 71).

A avaliação dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde e doença sinalizam a prestação de atendimento clínico, as diferenças entre populações e grupos mais vulneráveis ao risco. Neste contexto subsidiamos políticas de saúde vigentes para uma melhor gestão de recursos, avaliação e monitoramento das ações prestadas.

A saúde da população pode ser descrita pelo perfil de morbimortalidade medidas pela frequência da incidência e prevalência dos diagnósticos individuais ou coletivos.

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”.

Salienta-se que para a resolutividade das demandas é necessário estabelecer vínculo e garantia de oferta ao acesso diagnóstico, além de adoção de monitoramento de indivíduos ou grupos diagnosticados.

Neste contexto o conceitual da abordagem baseada no “episódio de atendimento” o qual utiliza-se de um sistema de codificação como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Lamberts&Hofmans-Okkes,1996), apresenta-se como um sistema que pressupõe a prática do médico em sistematizar um plano de consultas,objetivando avaliar temporalmente a evolução clínica desde o início do diagnóstico até a solução do mesmo.

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 na identificação precisa, quanto a sobrecarga destinada ao processo patológico. Na realidade não oferece nenhuma informação sobre aspectos positivos da saúde, conforme expressos nas abordagens ampliadas do conceito de saúde. Além disso, os padrões de diagnóstico de doenças individuais podem variar de lugar para lugar e de momento para momento, de população e entre grupos.

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-10 seja utilizada internacionalmente para classificar e codificar as causas de morte, diagnósticos de hospitalização e atendimentos ambulatoriais, não significa que a codificação destas causas sejam sistematizadas num mesmo padrão, podendo significar representações diferenciadas de diagnósticos entre os lugares e serviços de saúde.

Densenet *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 classificam as pessoas de acordo com as patologias que apresentam por período de tempo (por exemplo, em um ano), permanecendo usuários dos serviços por longo 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 & Van Doorslaer (1993) que utilizaram dados sobre dias registrados de incapacitação por agravos crônicos e a limitação de atividades associadas a elas, para mostrar que os sistemas de saúde mais equitativos apresentam melhores resultados e indicadores de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A articulação entre as duas ciências - a Geografia - com os estudos urbanos e, -as Ciências da Saúde - com os estudos ligados à gestão dos serviços de saúde, resulta em novas possibilidades de planejamento no âmbito de ambas as ciências, com novas perspectivas e possibilidades, desafios e enfrentamentos na gestão pública.

Nesta ótica, a proposta de planejamento de espaços públicos para as cidades não deve se basear em estudos fragmentados e isolados, mas sim, deve buscar a integração entre os modos de vida da população, destacando seus hábitos e costumes; a identificação das demandas ambientais e sociais; o conhecimento do perfil epidemiológico de morbimortalidade e a busca de possíveis estratégias de promoção e prevenção; a importância da criação e manutenção dos espaços públicos urbanos valorizados neste processo, gerando novas possibilidades de intervenção multisetorial.

Nesta perspectiva, no âmbito do setor de saúde, a proposta de planejamento de seus serviços a partir da territorialização e vinculada ao planejamento dos espaços

públicos, configura-se como nova alternativa de intervenção, que proporcionará inclusão e eficácia nos atendimentos em saúde, refletindo diretamente no perfil epidemiológico do processo saúde e ambiente e em seus fatores determinantes e condicionantes.

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 determinados às condições de vida e, que podem ser visualizados, analisados e planejados, sob várias perspectivas, quais sejam: 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 os espaços públicos urbanos livres proporcionam à saúde da população, funcionando inclusive como espaços de empoderamento e sociabilidade, que devem ser utilizados pelas ESF, nas ações de promoção e prevenção e atenção direcionadas aos diversos grupos de saúde, como os idosos, os hipertensos, os diabéticos, os jovens e as gestantes.

A adoção deste critério possibilitará a inclusão de novas políticas públicas que integrem o ambiente e a saúde e, que tendem a beneficiar as comunidades numa perspectiva coletiva.

A etapa prática desta pesquisa que está sendo realizada na cidade de Rondonópolis, Mato Grosso, propõe a organização dos serviços de saúde, bem como o planejamento dos espaços públicos urbanos dentro do modelo discutido nesta contribuição, que poderá proporcionar maior inclusão social dos usuários do SUS, bem como melhores condições de vida e transformação social para as comunidades envolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUSTRÁLIA. (2002) 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.
- BRASIL. (2011) 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.
- _____. (1997) Ministério da Saúde. 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.
- _____. (2002) Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. (1986) VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- BUSS, P. M. (1998) Promoción de La salud y La salud publica. Rio de Janeiro. Texto.
- BUSS, P. M. (2000) Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n.1, p.163-177.
- CAMPELLO, C. C. (2008) Áreas verdes: índices que sustentam a vida. São Paulo: Conselho do Meio Ambiente (CADES-SE).
- CANADÁ. (2002) 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.
- CAVALHEIRO, F; DEL PICCHIA, P. C. D. (1992) Áreas verdes: conceitos, objetivos e diretrizes para o planejamento. In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE ARBORIZAÇÃO URBANA, 1, 1992, Vitória-ES, p.29-38.
- COLÔMBIA.(2002) 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.
- CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). (2006) Pacto pela Saúde. Brasília: CONASS. 1 CD-ROM.
- CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. (2007) 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.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). (2003) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- DE ANGELIS, B. L. D. (2000) 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.
- DENSEN, P.; SHAPIRO, S.; EINHORN, M. (1959) 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. 217-250.
- HENKE-OLIVEIRA, C. (1996) 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.
- HOLLAND, W. W. (1991) *European Community Atlas of "Avoidable Death"*. 2 ed. Oxford: Oxford University Press. (Commission of the European Communities Health Services Research Series 9, v. 2).
- _____. (1993) *European Community Atlas of "Avoidable Death"*. 2 ed. Oxford: Oxford University Press. (Commission of the European Communities Health Services Research Series; 9, v. 2).
- INDONÉSIA. (1997) Declaração de Jacarta. Jacarta: Indonésia. V Conferência Internacional sobre a promoção da saúde. (Documento). Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br>>. Acesso em: 12 set. 2002.

- LAMBERTS, H.; HOFMANS-OKKES, I. (1996) Episode of care: A core concept in family practice. *J FamPract*, n. 42, p. 161-167.
- LEAVELL, S.; CLARK, E. G. (1976) *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.
- LIMA, A. M. L. P. *et al.* (1994) 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.
- LOBODA, C. R.; DE ANGELIS, B. L. D. (2005) Áreas verdes urbanas: conceitos, usos e funções. *Ambiência*, v. 1, n. 1, p. 125-139.
- MAZZEI, K.; COLSESANTI, M. T. M.; SANTOS, D. G. (2007) Áreas verdes urbanas, espaços livres para o lazer. *Sociedade & Natureza*, Uberlândia-MG, v. 19, n. 1, p. 33-43.
- MORERO, A. M.; SANTOS, R. F.; FIDALGO, E. C. C. (2007) Planejamento ambiental de áreas verdes: estudo de caso de Campinas-SP. *Revista do Instituto Florestal*, v. 19, n. 1, p. 19-30.
- NUCCI, J. C.; MOURA, A. R. (2005) 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, p. 328-337.
- PEREHOUSKEI, N. A. (2006) 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.
- _____. (2001) 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.

- PEREHOUSKEI, N. A.; BENADUCE, G. M. .C. (2007) 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.
- PEREHOUSKEI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. (2013) Áreas verdes e serviços públicos de saúde na cidade de Mandaguari, Paraná – 2001 a 2010. 136f. Tese (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação. Universidade Estadual de Maringá.
- PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. (2006) O território no programa saúde da família. Hygeia, v. 2, n.2, p. 47-59.
- ROBBA, F; MACEDO, S. S. (2002) Praças brasileiras. São Paulo: Edusp.
- SANTOS, M. (1988) Espaço & método. São Paulo: Nobel.
- SILVA, M.A.V. (2000). A Praça do Ferreira: seu uso e apropriação. Dissertação (mestrado).
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciência Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- SILVA JUNIOR, A. G. (2006) Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec.
- STARFIELD, B. (2002) Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- STARFIELD, B. *et al.* (1985) Utilization and morbidity: Random or tandem? *Pediatrics*, n. 75, p. 241-247.
- SUÉCIA. (1991) Declaração de Sundsvall. Sundsvall: Suécia. III Conferência Internacional sobre a promoção da saúde. (Documento). Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br>>. Acesso em: 12 set. 2002.
- TOLEDO, F. S.; SANTOS, D. G. (2008) Espaços livres de construção. Revista da sociedade brasileira de arborização urbana, Piracicaba-SP, v. 3, n. 1, p. 73-91.

- VIEIRA, P. B. H. (2004) 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.
- WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. (1993) 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.
- WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. (1961) The ecology of medical care. *N Engl J Med*, n. 265, p. 885-892.