



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**

**TERRITÓRIOS DE SAÚDE, ESPAÇOS PÚBLICOS E OS NÍVEIS DE QUALIDADE
DE VIDA NA ÁREA NOSSA SENHORA DO AMPARO, RONDONÓPOLIS, MATO
GROSSO**

Rodrigo Andrade da Silva
Dissertação de Mestrado

**RONDONÓPOLIS-MT
2017**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE RONDONÓPOLIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**

**TERRITÓRIOS DE SAÚDE, ESPAÇOS PÚBLICOS E OS NÍVEIS DE QUALIDADE
DE VIDA NA ÁREA NOSSA SENHORA DO AMPARO, RONDONÓPOLIS, MATO
GROSSO**

Rodrigo Andrade da Silva

Orientador(es): Drº. Nestor Alexandre Perekouski (*in memoriam*)
Drº. Jeater Waldemar Maciel Correa Santos

Dissertação de Mestrado

**RONDONÓPOLIS-MT
2017**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
Rodovia Rondonópolis-Guaratingá, km 6 (MT-270) - - Cap: 78735901 -Rondonópolis/MT
Tel : (66) 3430-4020 - Email : mestrado_pggeo_cur@ufmt.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

TÍTULO : "Territórios de saúde, espaços públicos e os níveis de qualidade de vida na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso"

AUTOR : Mestrando RODRIGO ANDRADE SILVA

Dissertação defendida e aprovada em 20/11/2017.

Composição da Banca Examinadora:

Presidente Banca / Orientador	Doutor(a)	Jester Waldemar Maciel Correa Santos
Instituição:	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO	
Examinador Interno	Doutor(a)	Jorge Luiz Gomes Monteiro
Instituição:	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO	
Examinador Externo	Doutor(a)	Maria das Graças de Lima
Instituição:	Universidade Estadual de Maringá	
Examinador Suplente	Doutor(a)	Simoni Maria Loureiro Oliveira
Instituição:	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO	

RONDONÓPOLIS, 04/12/2017.


Prof. Dr. Simone Maria Loureiro Oliveira
Vice-Coordenadora do
Programa de Pós-Graduação em Geografia
ICHS / CUR / UFMT
SIAPE: 1152559

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

S586t Silva, Rodrigo Andrade da.
TERRITÓRIOS DE SAÚDE, ESPAÇOS PÚBLICOS E OS NÍVEIS DE
QUALIDADE DE VIDA NA ÁREA NOSSA SENHORA DO AMPARO,
RONDONÓPOLIS, MATO GROSSO / Rodrigo Andrade da Silva. -- 2017
148 f. : il. color. ; 30 cm.

Orientador: Jeater Waldemar Maciel Correa Santos.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de
Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-Graduação em Geografia,
Rondonópolis, 2017.
Inclui bibliografia.

1. Qualidade de vida. 2. Território. 3. Espaços Públicos. 4. Planejamento. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.



Nome do Autor

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por ter permitido a realização de um sonho tão almejado. Agradeço ao minha esposa e companheira de turma Simone, por estar sempre ao meu lado em todo percurso deste trabalho.

Aos meus familiares que torceram por esta conquista.

A colega Taty, que sempre esteve auxiliando na elaboração dos mapas.

Ao amigo Everton Andrade Rebelatto, pela parceria nas fotos aéreas.

Aos professores Maria das Graças de Lima e Silvio Moises Negri pelas colaborações e indagações formulados por ocasião do Exame de Qualificação. Em especial, agradecer a Secretaria Municipal de Saúde pela presteza das informações.

A excelentíssima banca examinadora, composta pelos(as) Professores(as) Jeater Waldemar Maciel Correa Santos, Jorge Luiz Gomes Monteiro e Maria das Graças de Lima pelas preciosas contribuições para a finalização desta trabalho de dissertação.

Aos moradores e profissionais das ESF da Área de Saúde Nossa Senhora do Amparo, pelo carinho e paciência nas entrevistas realizadas.

Em eterna gratidão ao Professor Dr. Jeater Waldemar Maciel Correa Santos pelo o auxílio no momento dificultoso que passei, atendendo com carinho e solidariedade para a finalização da dissertação.

Aos colegas da turma de mestrado 2016: Adinael, Alesson, Cristiane, Dayse, Deleon, Francisco, Hemily Sued, Marcelo, Marcos Antônio, Marcelo e Rubens pelos ótimos momentos proporcionados durante nossa jornada no mestrado.

Obrigado à todos de alguma forma contribuíram para realização deste meu sonho.

Enfim a todos de uma maneira direta ou indireta que torceram pela minha conquista. Fica aqui os meus sinceros agradecimentos.

DEDICATÓRIA

“Dedico este trabalho a Senhora Vera Lúcia Oliveira do Prado (*in memoriam*) minha mãe, grande amiga e incentivadora, que fez de tudo para que os filhos tornassem os sonhos em realidade. Também, deixo minha homenagem em especial ao meu saudoso orientador Professor Doutor Nestor Alexandre Perekouski (*in memoriam*), pelo carinho, incentivo, paciência e apoio amigo em todos os momentos do percurso da pesquisa, sendo precioso e imprescindível na realização deste sonho”.

EPÍGRAFE

“Cuide bem da natureza

Hoje acordei cedo, contemplei mais uma vez a natureza.

A chuva fina chegava de mansinho.

O encanto e aroma matinal traziam um ar de reflexão.

Enquanto isso, o meio ambiente pedia socorro.

Era o homem construindo e destruindo a sua casa.

Poluição, fome e desperdício deixam o mundo frágil e degradado.

Dias mais quentes aquecem o “planeta água”.

Tenha um instante com a paz e a harmonia.

Refleta e preserve para uma consciência coletiva.

Ainda há tempo, cuide bem da natureza.

Gleudson Melo

RESUMO

A qualidade de vida está diretamente relacionada ao bem-estar da população, assim, tem sido um conceito necessário aos estudos em saúde. A análise do território de uma população, por meio das suas interações e relações nos espaços públicos, permite uma visão holística sobre sua qualidade de vida. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi conhecer os níveis de vida e as relações entre os espaços públicos e os serviços públicos da área de saúde "Nossa Senhora do Amparo" na cidade de Rondonópolis, Mato Grosso. Foram utilizadas as informações socioeconômicas da Ficha A, das Unidades de Saúde da referida Área, de modo a observar os índices referentes a saúde da população assistida; bem como a aplicação de entrevistas com a população atendida na área de estudo, na qual investigou-se, os espaços públicos para o lazer e as ações em saúde, considerando os benefícios que as áreas verdes públicas urbanas podem proporcionar à saúde e ao bem-estar da população. Como resultado, as áreas de saúde foram especializadas segundo a disposição das unidades, espaços públicos e áreas verdes; de modo a conhecer a dinâmica territorial do objeto de estudo, compreendendo as relações entre os espaços públicos e de saúde. Observou-se que, a integração da Geografia e das Ciências da Saúde proporciona certa compreensão das relações que ocorrem no espaço geográfico, contribuindo com o planejamento nas ações em saúde e na qualidade de vida da sociedade.

Palavras – Chave: Qualidade de vida; Território; Espaços públicos; Planejamento.

ABSTRACT

Quality of life is directly related to the well-being of the population, thus, it has been a necessary concept for health studies. The analysis of the territory of a population, through its interactions and relations in the public spaces, allows a holistic view about its quality of life. In this sense, the purpose of this study was to know the living standards and relationships between public spaces and public services in the "Nossa Senhora do Amparo" health area in the city of Rondonópolis, Mato Grosso. The socioeconomic information in Sheet A of the Health Units of the said Area was used in order to observe the health indexes of the assisted population; as well as the application of interviews with the population served in the study area, in which the public spaces for leisure and health actions were investigated, considering the benefits that urban public green areas can provide to the health and well-being of the population. As a result, the health areas were specialized according to the layout of the units, public spaces and green areas; in order to know the territorial dynamics of the object of study, including the relations between public and health spaces. It was observed that the integration of Geography and Health Sciences provides a certain understanding of the relationships that occur in geographic space, contributing to the planning in health actions and the quality of life of society.

Key words: Quality of life; Territory; Public spaces; Planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de localização de Rondonópolis, Mato Grosso.....	17
Figura 2. Mapa de localização das unidades de ESF em Rondonópolis, Mato Grosso.....	19
Figura 3. Áreas de saúde da Estratégia Saúde da Família na cidade de Rondonópolis, Mato Grosso.....	53
Figura 4. Área de Saude Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	54
Figura 5. Projeto do Parque da Seriema, Rondonópolis, Mato Grosso.....	83
Figura 6. Áreas verdes e Praças localizadas na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	92
Figura 7. Veículo Aéreo Não Tripulado (VANT) - Modelo Phantom Pro 4 DJL.....	97
Figura 8. ESF Cidade Alta, Rondonópolis.....	104
Figura 9. Campo de Futebol na Area da ESF Cidade Alta, Jardim Rondonia, Rondonópolis.....	106
Figura 10. ESF Iguaçu, Jardim Iguaçu, Rondonópolis.....	108
Figura 11. Mini Estadio Vitorino Garcia de Freitas, Jardim Iguaçu, Rondonópolis.....	109
Figura 12. ESF Cidade de Deus, Cidade de Deus I, Rondonópolis.....	111
Figura 13. Espaço Publico Cidade de Deus I, Rondonopolis.....	112
Figura 14. ESF Atlântico e Europa e Praça, Jardim Atlântico, Rondonópolis.....	114
Figura 15. Espaços Publicos na Area do ESF Atlântico e Europa, Jardim Atlântico, Rondonópolis.....	115

Figura 16. Espaço Público na Área da ESF Europa, Jardim Europa, Rondonópolis.....	117
Figura 17. ESF Parque das Rosas I e II, Residencial Margarida, Rondonópolis.....	119
Figura 18. Espaços Públicos na Areas das ESF Parque das Rosas I e II, Residencial Margarida e Residencial Azaleia, Rondonópolis.....	120
Figura 19. Bairro Residencial Farias na Área do ESF Parque das Rosas I, Rondonópolis.....	122
Figura 20. Espaço Público e ESF Parque São Jorge, Parque São Jorge, Rondonópolis.....	124
Figura 21. ESF Cardoso e Praça, Vila Cardoso, Rondonópolis.....	126

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de Famílias Cadastradas nas ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	24
Tabela 2. Faixa-etária dos usuários notificadas das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	56
Tabela 3. Doenças e gestação notificadas das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	58
Tabela 4. Níveis de vida e dados socioeconômicos das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	62
Tabela 5. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo sexo na abrangência das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	65
Tabela 6. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo faixa etária dos usuários das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	66
Tabela 7. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo escolaridade dos usuários das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	67
Tabela 8. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo renda familiar dos usuários das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	68
Tabela 9. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo ocupação dos usuários das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	70
Tabela 10. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo horas diárias de trabalho das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	71
Tabela 11. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo residentes nos bairros de abrangência das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	74
Tabela 12. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo tempo de residência nos das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	76
Tabela 13. Número de pessoas (Nº) na família e percentual (%) dos usuários das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	77

Tabela 14. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) que utilizam os serviços das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	78
Tabela 15. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo frequência em espaços públicos dos usuários das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	79
Tabela 16. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo número de horas semanais para o lazer dos usuários das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	81
Tabela 17. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo locais de lazer dos usuários das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso	85
Tabela 18. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo os motivos de frequência aos espaços de lazer dos usuários das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	87
Tabela 19. Número de usuários (Nº) e porcentagem (%) que frequenta a praça próxima das Equipes de Saúde da Família na Área nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	89
Tabela 20. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo as opiniões para a melhoria dos espaços públicos dos usuários das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	90
Tabela 21. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo contribuição das áreas verdes para a saúde dos usuários das Equipes de Saúde da família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	93
Tabela 22. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo espaços públicos podem ser utilizados para as atividades das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	94
Tabela 23. Número de Pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo opinião sobre a responsabilidade com relação aos espaços públicos dos usuários das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	96
Tabela 24. Loteamento e Empreendimentos na área de saúde Nossa Senhora do Amparo.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

ART. – Artigo

BNH – Banco Nacional de Habitação

BR – Brasil

CAD-ÚNICO – Cadastro Único

CAIXA – Caixa Econômica Federal

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EMEI – Escola Municipal de Educação Infantil

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

FAR – Fundo de Arrendamento Residencial

GM – Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

KM – Quilômetro

MT – Mato Grosso

NASF – Núcleo de Assistência de Saúde da Família

Nº - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGs – Organizações Não Governamentais

PAR – Programa de Arrendamento Residencial

PIB – Produto Interno Bruto

PMCMV – Programa Minha Casa Minha Vida

PNAB – Programa Nacional de Atenção Básica

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral do Homem

PNPS – Políticas Nacionais de Promoção da Saúde

PS – Promoção da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação e Atenção Básica

SIG – Sistema de Informação Geográfica

SISU – Sistema de Seleção Unificada

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UGI – Congresso da União Geográfica Internacional

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

URSS – União das Republicas Socialistas Soviéticas

USF – Unidade de Saúde Familiar

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VANT – Veículo Aéreo Não Tripulado

VS – Vigilância em Saúde

(%). Porcentagem

(-) - Menos

(+) - Mais

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INTRODUÇÃO _____	16
MATERIAIS E MÉTODOS _____	22
CAPÍTULO I. O TERRITÓRIO NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ____	26
CAPÍTULO II. OS ESPAÇOS PÚBLICOS E OS NÍVEIS DE QUALIDADE DE VIDA _____	39
2.1. Os espaços públicos e o direito à cidade.....	39
2.2. A relevância dos níveis de qualidade de vida para o desenvolvimento da população.....	44
CAPÍTULO III. OS TERRITÓRIOS DE SAÚDE NA AREA NOSSA SENHORA DO AMPARO, RONDONOPOLIS, MATO GROSSO _____	51
3.1. Características sociodemográficas de acordo com a Ficha A, das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso, 2010 A 2014	52
3.2 - Aspectos Sóciodemográficos da População das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	63
3.3. A comunicabilidade e o aproveitamento das ESF por parte da sociedade na área de saúde Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.....	77
3.4 Experiências no trabalho de campo a partir da produção de fotos aéreas sobre organização espacial entre os espaços públicos e os serviços de saúde.....	96
DISCUSSÕES _____	127
CONCLUSÃO _____	136
REFERÊNCIAS _____	138
APÊNDICE A _____	146

INTRODUÇÃO

No ano de 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu o termo saúde como a presença de bem-estar físico, mental e social, não apenas como a situação de ausência de doença ou enfermidade, utilizada anteriormente. Com isso, tem sido reforçado o uso da qualidade de vida como um conceito necessário na prática dos cuidados e pesquisa em saúde (MINAYO et al., 2000).

De acordo com Campos e Neto (2008), a qualidade de vida está diretamente relacionada com a promoção da saúde, pois esta tem como finalidade a promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados a seus determinantes e condicionantes.

Nessa ótica, considera-se relevante a análise do território de uma população, suas vivências e seus relacionamentos, bem como as interações existentes nesse espaço, com ênfase nas ações transmitidas pelo meio, que ocasionam relações benéficas ou maléficas para o organismo de uma pessoa. A interligação da Geografia da Saúde com profissionais de diversos campos do saber podem contribuir de maneira positiva na compreensão do conceito de saúde.

Nesse sentido, este trabalho busca conhecer os níveis de vida e as relações entre os espaços públicos e os serviços públicos da área de saúde "Nossa Senhora do Amparo" na cidade de Rondonópolis, Mato Grosso. Assim, investigou-se os espaços públicos para o lazer, a socialização, a sociabilidade, as ações em saúde, como, por exemplo, a prática de exercícios físicos, entre outros aspectos fundamentais para garantir melhor condição de vida para as pessoas que residem neste território.

Cidade polo da região Sul de Mato Grosso, Rondonópolis localiza-se geograficamente na região sul do estado, a uma latitude 16°28'15" sul e a uma longitude 54°38'08" oeste. Situa-se a uma distância de 215 km da capital, e representa cerca de 0,48% da área total do estado, com uma área de 4.159,122 Km², sendo 129,2 Km² de zona urbana e 4.029,922 Km² de zona rural (RONDONÓPOLIS, 2010). Na Figura 1, observa-se o estado do Mato Grosso e sua localização em nível de Brasil, onde está situado o município de Rondonópolis.

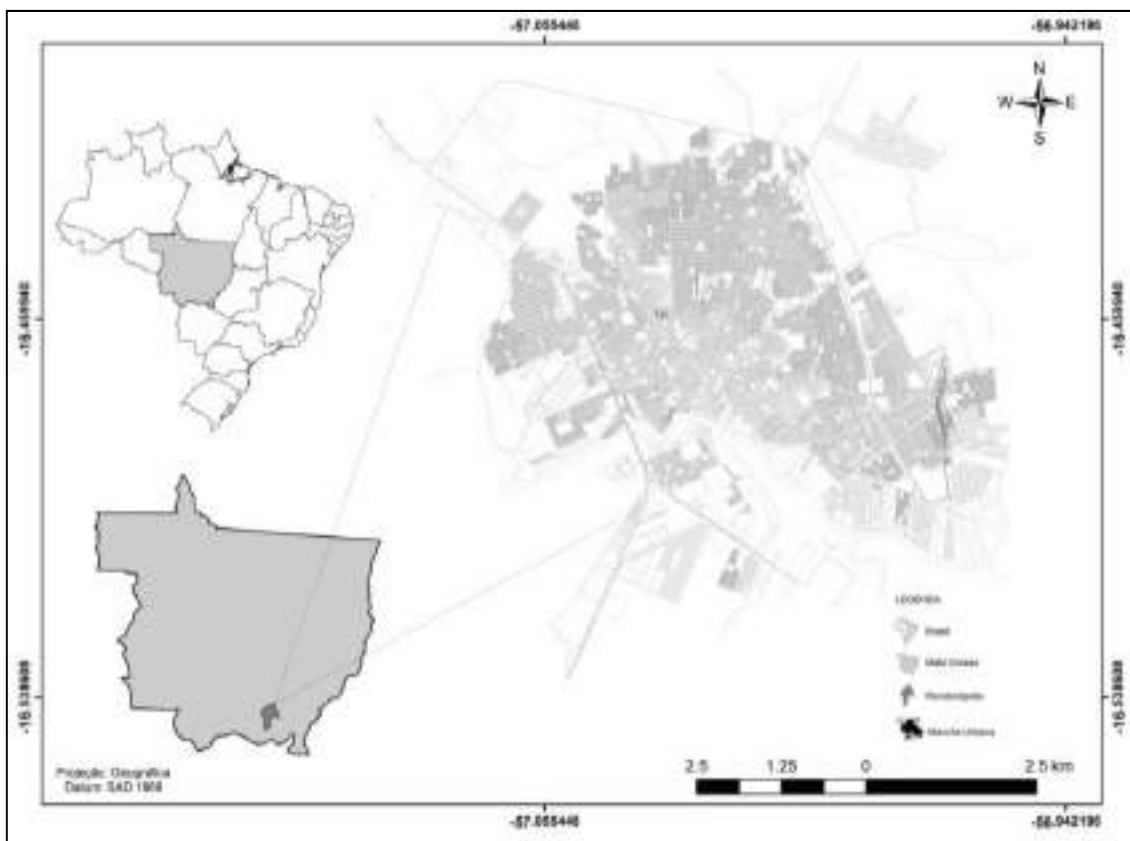


Figura 1. Mapa de localização de Rondonópolis, Mato Grosso.

Fonte: Rondonópolis (2014).

Org.: OLIVEIRA, T. D. S. (2014).

O município tem atualmente uma população de 195.476 habitantes, no entanto, já estima-se um total 218.899 habitantes (BRASIL, 2016). Apresenta uma localização geográfica estratégica, no entroncamento das Rodovias BR-163 e BR-364 e é a ligação entre as regiões norte e sul do país, tendo no agronegócio e na industrialização um novo salto de crescimento. Apresenta também o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) do estado de Mato Grosso. O município é rico em belezas naturais e tem solo fértil, que lhe garante a liderança do *ranking* de exportações do Estado e o reconhecimento como a capital do agronegócio e do bitrem (RONDONÓPOLIS, 2017).

De acordo com a Prefeitura Municipal de Rondonópolis, em relação aos atrativos naturais, o Horto Florestal do município dispõe de um espaço público amplo e estruturado, com pista de *cooper* e caminhada, aparelhos de ginástica, banheiros, parque para as crianças e quiosque com venda de água, água de coco, lanches naturais e sucos, para utilização dos moradores e turistas da cidade. Outros atrativos também podem ser citados, como o Parque Municipal do Escondidinho, o Morro do Assentamento Água da Serra, a Serra da Onça, o Morro do Naboreiro, além de 27 quedas d'água que enriquecem as belezas naturais de Rondonópolis.

Todavia, outros espaços públicos destinados às diversas atividades físicas, recreativas e de convívio social podem ser mencionados, como as praças, campo de futebol e as vias públicas, que serão abordados no presente estudo.

Em relação aos serviços de saúde em Rondonópolis, são disponibilizados 155 leitos de internação no Sistema Único de Saúde (SUS), 8 Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para adultos e 10 leitos de UTI Neonatal. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) classificada como porte III, conta com 21 leitos de observação, para atendimento de pequenas e médias urgências e emergências com clínicas médicas, cirúrgicas e ortopédicas, além do serviço de odontologia. Essa unidade é referência para 18 municípios, atendendo em regime de 24 horas (RONDONOPOLIS, 2016).

A Atenção Primária no município de Rondonópolis, possui 1 Núcleo de Assistência de Saúde Familiar (NASF) tipo 1; 32 Equipes de Saúde da Família (ESF); 12 Equipes de Saúde Bucal (ESB) na modalidade I e 8 na modalidade II e 283 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2017). De acordo com a Figura 2, percebe-se uma ampla distribuição dos serviços de saúde direcionados às ESF na cidade de Rondonópolis, Mato Grosso.

No Brasil, no início da década de 1990, a atenção primária à saúde foi organizada no foco da promoção à saúde da família, criando o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, sendo que hoje não é compreendido como um programa, mas como uma estratégia sólida do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território brasileiro (BRASIL, 2012).

Os fatores ambientais que podem afetar a saúde humana são indicativos da complexidade das interações existentes e da amplitude de ações necessárias para melhorar os fatores ambientais determinantes da saúde (RIBEIRO, 2004).

A integração da Geografia e das Ciências da Saúde proporciona certa compreensão das relações que ocorrem no espaço geográfico que podem contribuir na dinamização dos serviços de saúde, promovendo a cidadania e a sustentabilidade social, numa perspectiva pacífica e igualitária de organização da sociedade.

Tais apontamentos revelam, portanto, os benefícios que as áreas verdes públicas urbanas podem proporcionar à saúde e ao bem-estar da população. Desse modo, a construção de novas áreas verdes, a revitalização das existentes, ou mesmo, a conservação da vegetação presente no espaço urbano, deve ser encarada pelos gestores municipais como benefício futuro a toda população cidadina (PEREHOUSKEI; DE ANGELIS, 2012). A importância destas áreas deve ser considerada no momento em que se planeja a cidade, de forma a tirar vantagens de todas as possibilidades ecológicas (PEREHOUSKEI; DE ANGELIS, 2012), estéticas e sociais que elas podem oferecer, e, assim, contribuir tanto para qualidade ambiental urbana, quanto para a qualidade de vida da população.

A realização de atividades físicas em espaços como, por exemplo, a área verde, pode trazer benefícios fisiológicos imediatos e em longo prazo, aos praticantes. Dentre os imediatos, segundo Gobbi (1997) estão não só a regularização dos níveis de glicose sanguínea, de adrenalina e noradrenalina, mas também a quantidade e qualidade do sono. Os efeitos em longo prazo são representados pela melhora em todos os aspectos do funcionamento cardiovascular (capacidade aeróbia e anaeróbia), flexibilidade, resistência, potência e fortalecimento muscular, equilíbrio, coordenação e velocidade de movimento; pela diminuição da incidência de doenças músculos-esqueléticas, cardiovasculares e metabólicas (ACHOUR JUNIOR, 1995; GOBBI, 1997; OKUMA, 1997).

Diante disso, a presente contribuição pretende discutir a importância em se relacionar os espaços públicos urbanos com os serviços públicos de saúde, numa perspectiva de aproveitamento dessas áreas para a sociabilidade e interação dos usuários.

Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo geral investigar os dados de níveis de vida e as relações entre os espaços públicos e os serviços públicos da área de saúde Nossa Senhora do Amparo na cidade de Rondonópolis, além dos seguintes objetivos específicos:

- Conhecer os níveis de vida da população investigada;
- Enfatizar a valorização dos espaços públicos no âmbito da promoção à saúde;
- Investigar as relações entre os espaços públicos urbanos e os serviços de saúde;
- Propor estratégias de planejamento que contemplem melhores condições de vida para a população adscrita.

Para desenvolvimento da dissertação organizou-se da seguinte maneira:

O primeiro capítulo intitulado “O Território no contexto dos serviços de saúde”, apresentará uma discussão à respeito do conceito de território, como instrumento de leitura das dinâmicas existentes no espaço, procurando caracterizar as relações e os arranjos existentes no ambiente de saúde.

O segundo capítulo intitulado “Os espaços públicos e os níveis de qualidade de vida”, apontará a necessidade de investigar os índices de qualidade de vida para a melhoria das condições de saúde dos grupos sociais. Também se observará a relevância dos níveis de qualidade de vida para o desenvolvimento da população, cuja abordagem se direciona às políticas públicas saudáveis, focando na criação e nas melhorias de ambientes que proporcionem avanços no segmento da saúde.

O terceiro capítulo intitulado “Os Territórios de Saúde na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso”, apresentarão os dados quantificativos obtidos, bem como as discussões e resultados obtidos no estudo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Inicialmente, foram levantados os dados disponíveis no setor de Programa da Saúde da Família (PSF) da Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis, que apresentaram índices que identificavam fatores naturais, sociais e individuais da população envolvida nos territórios de saúde.

Para determinar a amostra foram utilizados os dados da Ficha A, no período de 2010 a 2014, que apresentaram o número de pessoas cadastradas no PSF, bem como o número de famílias. São dados coletados pelas ESF na dinâmica diária de sua atuação junto às comunidades do entorno. Este documento utilizado pelo PSF, na coleta e burilamento de dados sobre as comunidades atendidas, retroalimenta os dados do DATASUS, que determina os dados oficiais do SUS avaliados para as ações, projetos e políticas públicas no âmbito do setor de saúde. Foram utilizados os dados no período de 2010 a 2014, pois, a partir de 2015 foi proposta pelo Ministério da Saúde, nova normalização que, atualmente, encontra-se em fase de adequação.

Em seguida, esses dados obtidos junto às comunidades e aos profissionais de saúde foram analisados e avaliados.

Com a avaliação dos dados socioeconômicos, bem como de qualidade de vida das comunidades pertencentes às ESF, como: doenças notificadas, abastecimento de água, destino do lixo, tipos de casa, destino dos dejetos e tratamento de água, conjugado com o mapeamento e identificação dos espaços públicos existentes, como as ESF, praças e áreas verdes urbanas, foi possível conhecer o perfil desta população.

Em seguida foi elaborado e aplicado um questionário (Apêndice A) junto aos moradores pertencentes às 9 ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso, no período de março de 2016 a fevereiro de 2017. As entrevistas foram realizadas nas próprias ESF, 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 adotada o número total de famílias cadastradas no PSF, atualizados através do banco de dados: Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB), (RONDONÓPOLIS, 2015).

De acordo com o referido banco de dados atualmente estão cadastradas no ESF, 9453 famílias, totalizando aproximadamente 29777 pessoas residentes nos domicílios particulares da Área Nossa Senhora do Amparo, conforme apresenta, sendo uma média de pessoas por domicílio na cidade de Rondonópolis de 3,15 moradores por residência, segundo o último censo no ano de 2010 (IBGE, 2010). Assim, utilizou-se 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. Quanto prováveis são estas estimativas, é determinado pelo nível de confiança, cujo parâmetro adotado.

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 Zar (1984); Golstein e Healey (1995) e Barbeta (1998).

Com a utilização do programa Pacote Estatístico para Ciências Sociais (PSPP, 2010) calculou-se que, para um intervalo de confiança de 5% e nível de confiança de 95%, a amostra representativa para uma população de 29777 é de 380 pessoas, que representam unidades familiares. O número de entrevistas foi proporcional ao total de famílias cadastradas em cada ESF. No entanto, devido ao interesse de participação dos usuários, foi possível entrevistar 520 pessoas.

Com a utilização de uma Calculadora de Cálculo Amostral (Santos, 2016) calculou-se que, para um intervalo de confiança de 5% e nível de confiança de 95%. O número de entrevistas foi proporcional ao total de famílias cadastradas em cada ESF.

Equação 1 – Cálculo do erro amostral.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada;

N - população; Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança;

p - verdadeira probabilidade do evento;

e - erro amostral

Tabela 1. Número de Famílias Cadastradas nas ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	TOTAL DE FAMÍLIAS
ESF CIDADE ALTA	935
ESF CIDADE DE DEUS	1070
ESF JARDIM ATLÂNTICO	1085
ESF JARDIM EUROPA	1050
ESF JARDIM IGUAÇU	1392
ESF PARQUE DAS ROSAS I	1050
ESF PARQUE DAS ROSAS II	1000
ESF PARQUE SÃO JORGE	720
ESF VILA CARDOSO	1151
TOTAL	9453

Fonte: RONDONÓPOLIS (2015).

Org.: SILVA, R. A. (2017).

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

Para a espacialização das unidades de saúde e dos espaços públicos de Rondonópolis, foi utilizado o Sistema de Informação Geográfica (SIG), aplicativo Arcview 10.1, que permitiu o mapeamento digital e as análises de correlação espacial.

O uso desta técnica possibilitou o mapeamento deste universo de investigação sob várias escalas e possibilidades, como: o mapeamento da divisão administrativa das áreas de saúde; da área de saúde “Nossa Senhora do Amparo” e das próprias ESF pertencentes a este território, inclusive com a identificação dos espaços públicos existentes, ou seja, possibilitou-se um detalhamento na identificação de fixos, que contribuíram para as análises de resultados.

Nesta etapa, foram produzidas imagens aéreas com um drone, que é um Veículo Aéreo Não Tripulado (VANT), sendo que o modelo utilizado foi o modelo Phantom Pro 4 DJI, onde algumas das principais especificações, são: tempo de voo: cerca de 30 minutos; *control range*: 7 KM; Resolução de vídeo: 4K; Sensor range 30M – Sensor de obstáculos 5 direções. Desta forma, possibilitou a visualização aérea da organização espacial existente na área de estudo,

entre os serviços de saúde e os espaços públicos, contribuindo como um trabalho de campo onde se adquiriu outras informações e impressões do pesquisador, que auxiliarão, posteriormente, nas análises e avaliações dos resultados.

CAPÍTULO I. O TERRITÓRIO NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Todos vivem em um espaço geográfico, que pode ser compreendido sob diversos pontos, seja como uma porção específica da Terra, seja como referência a uma localização (PEREHOUSKEI et al., 2015).

O homem através das relações sociais que origina, modifica e transforma o espaço de acordo com as suas necessidades. De acordo com Santos (1988, p.14), “o fenômeno humano é dinâmico e uma das formas de revelação desse dinamismo está, exatamente, na transformação qualitativa e quantitativa do espaço habitado”.

Assim, nossas atitudes modificam o espaço que socializa nossas interações com o entorno, transformando-se sempre que necessário e deixando marcas para determinado momento da história, no qual somente o tempo e o espaço podem esquecer ou eternizar.

O espaço tende a reproduzir-se, mediante a organização feita pelo homem. Apresenta certa totalidade e autonomia por meio de leis próprias, resultado de interações de diferentes variáveis (SAQUET; SILVA; 2008).

Essa organização referente ao ser humano evidencia que em todas as ações mediante princípios regidos por regras, podem aparecer modificações na convivência de grupos criando vários resultados em uma mesma situação.

A materialidade herdada reage às ações novas, ou seja, a materialidade das coisas e a objetividade da sociedade permitem que, em cada lugar, o chamado tempo do mundo conviva com outros tempos, desejando dissolvê-los, mesmo que parcialmente (SANTOS 1997).

Nessa perspectiva, a sociedade organiza-se e modifica-se de tempos em tempos, em suas diversas relações, seja na dinâmica de trabalho, da família, dos amigos e da saúde de acordo com as suas indigências.

O termo território origina-se do latim *territorium*, que deriva de terra e em uma acepção mais antiga pode significar uma porção delimitada da superfície terrestre (GONDIM; MONKEN, 2009).

No âmbito da Geografia, Saquet (2008) considera o território como produto histórico de mudanças e permanências ocorridas em um ambiente no qual se desenvolve uma sociedade.

Teixeira (2010) estima o conceito de território como instrumento de leitura das dinâmicas existentes no espaço. Esse conceito pode ser um instrumento relevante de leitura das

dinâmicas existentes no espaço, na abordagem dos atores e suas relações, de modo a identificar os fatores que vão caracterizar a realidade e seus interesses.

Já Pehouskei e Benaduce (2007), defendem que a Geografia vem buscando algumas discussões sobre o território, dentro de uma perspectiva integradora, como tentativa de minimizar problemas identificados na sociedade atual.

O território nas discussões do campo geográfico pode ajudar a entender melhor a problemática no arranjo social, pois estudando uma dada porção de terra, pode-se compreender todo o processo de ação do homem em determinados aspectos oriundos naquele espaço.

No momento atual, segundo Vale et al. (2004, p. 13), o conceito de território possui três noções familiares ao geógrafo, quais sejam,

a de dominação ligada ao poder; a de uma área dominada por esse controle territorial; a de limites materializados pelas fronteiras, revelando uma outra filiação: a que provém diretamente da competência jurídica que se encontra na expressão de administração do território. De forma renovada, é entendido nas ciências sociais, a partir das relações sociais expressas nas formas do poder político, cultural e econômico (VALE et al., 2004, p. 13).

O território pode ser considerado como uma manifestação da existência humana, um lugar onde a história do homem plenamente é realizada, através de suas ações, de paixões, poderes, e de forças e fraquezas (SANTOS et al., 2007).

Em concordância, Koga (2003) defende que o território diz respeito aos aspectos objetivos e subjetivos vividos pelas populações, através da manifestação de sofrimentos, desejos e expectativas.

A relação de poder acaba sendo a influência maior na definição de delimitação do território, na disputa pelo espaço e domínio na sociedade moderna.

Teixeira (2010) discorre que as relações de poder do espaço formam os territórios, nas quais os atores transmitem as suas características de acordo com seus objetivos, que podem ter influências na economia, na política, na cultura e, até mesmo, na natureza.

Para Santos (1997), o território como um todo se torna um dado da harmonia forçada entre lugares e agentes nele instalados, em função de uma inteligência maior, situada nos centros motores da informação.

O território como manifestação da sociedade, passa por modificações de acordo com o período habitado pelo homem, onde o espaço é transformado segundo as suas necessidades. Em vários locais, de acordo com Monken e Barcellos (2007), existem ainda características naturais

de épocas passadas que foram pouco modificadas pela sociedade: os rios, as montanhas, as florestas; em geral, quanto mais moderna uma sociedade, mais ela transforma o espaço.

Outra abordagem em relação à formação do território como manifestação da sociedade, são os movimentos sociais e a Geografia.

Para Pedon (2013, p. 14), o espaço geográfico, produzido a partir do processo histórico com base nas contradições sociais, constitui um entendimento recente da Geografia, considerando a história da sua institucionalização ao longo do século XX:

ora o espaço era concebido como recurso natural a ser utilizado e transformado pela ação humana (possibilismo), ora como obstáculo a ser superado a todo custo (determinismo), ou então como uma categoria pertinente à estrutura cognitiva do ser humano (como na filosofia idealista de Kant), o espaço só passou a ser considerado como dimensão intrínseca ao processo de constituição da sociedade nas últimas décadas (PEDON, 2013, p. 14).

As relações sociedade-espaço-tempo são caracterizadas pelos poderes que agem no espaço e entre si, por meio das ações e apropriações de diversos indivíduos, grupos de indivíduos e instituições (TEIXEIRA, 2010).

Convém afirmar, nesse sentido, em cada período de tempo, que as relações sociais existentes disputam o poder do território, a governança política, a apropriação de terras e culturas.

Em concordância, Saquet e Spósito (2008) defendem que o território é um produto histórico de mudanças e permanências ocorridas num ambiente no qual se desenvolve uma sociedade, na qual tem significado de apropriação social do ambiente; ambiente construído, com múltiplas variáveis e relações recíprocas.

De acordo com Pehouskei et al. (2015), o território possui uma população, distribuída e, principalmente, diferenciada como populações urbanas (mais densas) e rurais (mais dispersas), aspectos observados por indicadores, como densidade demográfica, ou mesmo, pela observação dos modos de vida.

Cada população apresenta características próprias, notadas pela relação social estabelecida nos domínios territoriais existentes.

Em relação ao território urbano, a implementação de espaços públicos minimiza o impacto do crescimento, constituindo-se como uma garantia aos moradores de usufruto do direito à cidade (GALVÃO; TONELLA, 2010).

Monken e Barcellos (2007) defendem também que o território socialmente usado adquire características locais próprias, em que a posse de determinados recursos expressa a diferenciação de acesso aos resultados da sociedade.

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.

Contudo, fica evidente que estudar a prática do homem no exercício da ocupação do solo favorece um melhor conhecimento das relações mútuas do homem com a natureza, favorecendo na manutenção da saúde, pois havendo um planejamento prévio no aumento da população, pode-se elencar vários fatores positivos e negativos na implantação de políticas do desenvolvimento das cidades.

É importante ressaltar, que o território é marcado por diversos conflitos relacionados às condições sociais dos indivíduos. Pehouskei et al. (2015) defendem que as desigualdades econômicas, sociais e culturais da sociedade, determinam um cenário onde as pessoas vivem de maneiras e em condições diferenciadas no espaço/território.

Nos estudos realizados por Galvão e Tonella (2010), na cidade de Maringá, observou-se em termos do crescimento da dinâmica urbana recente, que parte dos segmentos de classe média e alta, tende ao isolamento em condomínios horizontais fechados, enquanto que as camadas trabalhadoras, por conta dos elevados valores dos terrenos urbanos na cidade, buscam seu local de residência em outros municípios, que compõem a Região Metropolitana de Maringá como área de conurbação.

Estabelecendo-se um paralelo com a cidade de Maringá, em Rondonópolis visualiza-se alguns condomínios horizontais e a criação de loteamentos, mesmo assim, verificam-se vazios urbanos no território central da cidade Rondonopolitana, resultando em uma especulação de terrenos cada vez mais crescente, criando mazelas sociais por haver uma expansão significativa de bairros na periferia, sem estruturas ideais para a vivência com qualidade em diversos aspectos sociais, sejam eles: na educação, no saneamento, na segurança, no lazer e etc.

Desta forma, observando-se minuciosamente as duas cidades, há um aumento acentuado na segregação social, onde os preços dos imóveis ficam absurdamente caros, inviabilizando o

acesso às melhores condições de moradia a todos, tornado a exclusão social como fator agravante no direito à cidade. Dessa forma, na visão de Negri (200, p. 94),

Rondonópolis desenvolveu-se e urbanizou em pouco tempo e a habitação é sempre um problema. Ao mesmo tempo em que a cidade foi crescendo, aumentavam-se os problemas de *déficit* habitacional. Foi neste momento que a exploração da terra urbana passou a fazer parte da vida da cidade, agravando ainda mais a questão da moradia. A terra urbana ficou concentrada nas mãos de poucos proprietários fundiários e corretores imobiliários que esperavam melhores preços para fazer negócios. Assim, limitou-se ainda mais o acesso da população pobre em conseguir um lote para construir sua casa. Embora tenha sido o Estado o agente que impulsionou e financiou o desenvolvimento da região, em Rondonópolis, esse mesmo poder público não se preocupou em resolver o problema da moradia (NEGRI, 2007, p. 94).

Em concordância, Galvão (2012, p. 21) afirma que “o desenvolvimento urbano no sistema capitalista se fundamenta na desigualdade [...]”. O crescimento urbano acelerado, nessa perspectiva, aumenta a desigualdade social.

Em relação às políticas públicas, “o território não se apresentou como objeto principal de análise e planejamento para as diferentes áreas do governo durante toda década de 1990” (GADELHA et al., 2009, p. 105). Nesse período, as políticas públicas eram restritas às políticas de desenvolvimento macrorregional, sem a preocupação com as microrregiões e suas peculiaridades e características do território.

Souza (2006) afirma que a política pública é consolidada a partir do governo, e envolve vários atores sociais e estágios decisórios diferenciados, como os de implementação, decisão e proposição. No entanto, apesar de contribuir com suas definições, deixam de lado a sua estrutura de espaço de discussão de ideias, conflitos, interesses, limites e as possibilidades de colaboração que podem se estabelecer entre o governo e as instituições e os grupos sociais envolvidos.

Barcellos (2000) afirma que é preciso considerar a doença como uma manifestação do indivíduo, e a situação de saúde uma manifestação do lugar e dos seus diversos contextos sociais, dentro de uma cidade ou região, as quais são resultados de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças.

A pessoa está associada a uma vida social intrínseca à sua convivência com o entorno, levando em conta todo o processo de tempo e de espaço, sendo relevante ressaltar que essa convivência com o ambiente oferece condições no seu modo de viver, respeitando todos os aspectos vividos, ou seja, a história.

Fonseca e Corbo (2007) defendem que a saúde e a doença sempre fizeram parte da realidade e das preocupações humanas, nas quais ao longo da história, as explicações da saúde e da doença sempre estiveram vinculadas aos diferentes processos de produção e reprodução das sociedades humanas.

Santana (2014) aponta que o território é um componente fundamental da disciplina de Geografia da Saúde, pois o contexto de território é uma causa e um efeito dos problemas de saúde.

Pode-se caracterizar que o território que nós vivemos, irá influenciar em nossas vidas, estabelecendo benefícios ou problemas à nossa sobrevivência, enfatizando-se que o estudo e a análise dessas variáveis poderão contribuir para uma nova organização do espaço habitado.

Perehouskei e Benaduce (2007, p. 37) complementam que os estudos de Geografia Médica foram intensificados a partir de 1982, pois,

os estudos em Geografia Médica voltados para a melhoria das condições de saúde da sociedade intensificaram-se a partir de 1982, quando iniciaram-se alguns encontros sobre Geografia da Saúde, como o Congresso da União Geográfica Internacional (UGI) onde instituiu-se definitivamente a mudança do termo Geografia Médica para Geografia da Saúde. Esses estudos apontavam para uma abordagem mais crítica, dentro da perspectiva da Geografia Crítica, com trabalhos científicos que buscavam realmente atender às necessidades da coletividade. Nesse momento, os geógrafos passaram a analisar fatores ambientais e sociais de risco relacionando-os com a ocorrência de doença (PEREHOUSKEI; BENADUCE, 2007, p. 37).

Santana (2014), afirma que a partir da segunda metade dos anos 1990, a Geografia da Saúde ocorre de forma holística, na qual a investigação é direcionada aos fenômenos relativos às iniquidades em saúde, aos múltiplos padrões de causalidade de doença e mortes e à relação entre a saúde, bem-estar e desenvolvimento.

A importância da geografia médica é concretizada por constituir em Lisboa a Comissão de Geografia médica em 1949 e no relatório que esta Comissão apresentou em 1952, a fim de promover o seu desenvolvimento (ROJAS, 1998).

De acordo com Lemos e Lima (2002), a Geografia Médica resulta da interligação dos conhecimentos geográficos e médicos, capaz de demonstrar a importância do meio geográfico no aparecimento e distribuição de uma determinada doença, de modo a fornecer subsídios seguros à Epidemiologia, para que esta possa estabelecer programas de vigilância tanto no aspecto preventivo como no controle das endemias.

Nessa perspectiva, o conceito de território nos estudos de Geografia e saúde, proporciona a abordagem holística dos diversos fenômenos que influenciam as condições sociais e de saúde da população.

De acordo com Silva et al. (2001), em toda população há pessoas sujeitas ao risco de adoecer com maior ou menor frequência e/ou gravidade, para tanto, são necessárias ações e serviços variados e articulados com redução dos riscos de doença, sequelas e óbitos.

Em consonância com a saúde da população, uma articulação é fundamental para a diminuição de doenças que acometem as pessoas. Por isso, fica evidente que todos devem ser inseridos como atores primordiais na melhoria da qualidade de vida, oferecendo os mais diferentes meios e capacidades de agir quando surgem os problemas.

Monken e Barcellos (2007, p. 181), ainda complementam que,

as ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p.181).

Por um lado, Gadelha et al. (2009) acreditam que a descentralização da saúde resultou no esvaziamento do papel dos estados. A municipalização permitiu a expansão do SUS, no entanto, provocou a criação de sistemas locais isolados de saúde.

Nesta abordagem é possível observar que essa desvinculação com o Estado, foi um instrumento que potencializa a garantia da saúde dos municípios, pois assim tem-se o direito de saúde para todos os lugares, logicamente que existem problemas diante deste cenário, mas a dinâmica vem sendo aprimorada, obtendo-se muitos avanços oriundos deste novo modelo.

Tal fato está atrelado à definição tradicional de território pela saúde pública, como uma área geográfica delimitada, o que dificulta a construção de políticas públicas integradas, sem considerar a dinâmica dos territórios e o fluxo das populações (GADELHA et al., 2009).

Por outro lado, Koga (2003) defende que o território é considerado um dos elementos potenciais para uma nova perspectiva de orientação das políticas públicas. No que se refere à tentativa de abarcar as desigualdades concretas existentes nos territórios que compõem uma cidade, as políticas públicas são capazes de permitir maior efetividade, democratização e cidadania.

Observando os aspectos específicos de um determinado território, evidencia-se o favorecimento de melhor distribuição nas melhorias das cidades, reduzindo as diferenças sociais e permitindo melhor distribuição no acesso aos serviços públicos.

Nesse contexto, as políticas públicas de saúde elaboradas à nível nacional, devem ser implantadas e direcionadas à realidade local de cada território previamente definido.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na instituição e proliferação das instâncias participativas que buscava inserir novos atores na definição das prioridades governamentais, na alocação de recursos públicos, bem como conferir maior controle da utilização destes pelo governo (MORAES; CORREIA, 2009).

Para tanto, a Carta Magna do Brasil¹, criou um item imprescindível que foi o controle social, viabilizando a participação da população nas atividades oriundas de órgãos governamentais, atingindo uma melhoria significativa em relação à participação popular, possibilitando o exercício de cidadania, com a fiscalização por parte da população na alocação dos recursos públicos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pois abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Santana (2014), identifica que os Sistemas de Saúde são compostos por numerosos elementos setoriais e inter setoriais, que visam atendimento generalizado de cuidados na doença e na promoção da saúde.

Houve uma expansão da quantidade de Unidades Básicas de Saúde (Postos ou Centros de Saúde), durante as décadas de 1970 e 1980, na qual foi possível o aumento da cobertura e melhoria no acesso aos serviços de saúde pela população (SILVA et al., 2001).

Esse aumento na cobertura da população atendida pelas Unidades de Saúde favorece principalmente a lógica da medicina preventiva, possibilitando ao usuário utilizar esses serviços com maior frequência.

¹ Carta Magna do Brasil ou Constituição da República Federativa do Brasil, fala no Título I sobre os Princípios Fundamentais - Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado democrático de direito e tem como fundamentos: I. A soberania; II. A cidadania; III. A dignidade da pessoa humana; IV. Os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V. O pluralismo político. Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Perehouskei (2013, p. 19), afirma que dentre as novas estratégias para o redirecionamento dos serviços de saúde, os especialistas nesta área têm enfatizado a interferência do território em suas ações, pois,

é 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) (PEREHOUSKEI, 2013, p. 19).

Em concordância, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), afirma que a estratégia proposta pelo Programa de Saúde da Família (PSF), faz com que a família passe a ser o objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive, além da delimitação geográfica. Pois é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares, e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida.

Desta forma, pode-se salientar um enorme avanço no campo da saúde brasileira, sendo que essas discussões favorecem positivamente o atendimento qualificado dos cidadãos.

De acordo com Perehouskei e Benaduce (2007), o planejamento dos serviços de saúde, representam estudos ligados a aspectos culturais, sociais e econômicos, com o objetivo de melhoria do atendimento à saúde do cidadão.

Esses estudos favorecem a melhoria e qualidade dos atendimentos oferecidos para a população, pois elaborando estudos direcionados a esses fatores, pode-se melhorar de maneira significativa o processo de vida saudável da população.

A territorialização da Unidade Básica de Saúde pode ser compreendida como uma estratégia ou instrumento na construção de um modelo assistencial voltado para cada realidade social (SILVA et al., 2001).

Cada comunidade assistida por uma unidade de saúde, tem sua devida necessidade, com aspectos e especificidades diferentes, assim, compreender este espaço requer planejamento e organização de acordo com suas características locais.

A análise territorial, segundo Godim et al. (2009), “implica em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas inter-relações espaciais”. Possibilitando assim, a identificação de vulnerabilidades e a seleção de problemas prioritários para as intervenções.

A organização dos serviços de saúde preconiza a delimitação dos territórios de saúde de acordo com a localização geográfica das unidades de saúde, área de abrangência e número de famílias.

Gadelha et al. (2009), por sua vez, notam que a política de saúde tem sido conduzida de forma fragmentada por diferentes níveis do governo, com coexistência e tensões entre a estruturação dos critérios de organização das políticas.

Essas repartições se fazem necessárias para conduzir as políticas em saúde, sendo normal haver apreensões, e isso, favorece o campo do desenvolvimento humano, porém, o relacionamento deve ser harmônico entre as instituições, respeitando todos os envolvidos e avaliando todas as ideias daqueles que participam do processo para um melhor resultado no arranjo territorial.

O reconhecimento do território da Unidade Básica de Saúde (UBS), segundo Koga (2001), é realizado a partir da observação geral e particular, salientando os aspectos físicos da área (topografia, condições e densidade das habitações, presença de esgoto, acúmulo de lixo, entre outros aspectos visíveis), que indiquem diferenças nas condições de vida dos residentes.

A questão física na análise espacial permite melhor noção dos níveis de sobrevivência numa determinada população em um dado recorte, podendo entender em quais condições essas pessoas vivem, facilitando na identificação deste local.

O conceito de territorialidade também se constitui em relevante ferramenta nas políticas de ações em saúde. Segundo Saquet (2008, p. 83), a territorialização constitui e é substantivada,

nesse sentido, por diferentes temporalidades e territorialidades multidimensionais, plurais e estão em unidade. A territorialização é resultado e condição dos processos sociais e espaciais, significa movimento histórico e relacional. Sendo multidimensional, pode ser detalhada através das desigualdades e das diferenças e, sendo unitária, através das identidades (SAQUET, 2008, p. 83).

Considerando a abrangência do território nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997, p. 12) preconiza que uma Unidade de Saúde da Família (USF) pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas e, neste sentido,

recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local (BRASIL, 1997, p. 12).

A integralidade, um dos princípios do SUS, destaca-se pela responsabilidade dos serviços em prestar assistência integral à saúde da população (SILVA et al., 2001). Nesse sentido, as ESF são de fundamental importância no cuidado e na prevenção à saúde da população.

A integração do serviço de saúde não é uma tarefa fácil. Gadelha et al. (2009), afirma que a complexidade, a variedade e a especificidade dos campos de atuação em saúde e das lógicas de organização das ações, imprimem à institucionalidade setorial sólida, no entanto, em alguns momentos pode dificultar o fortalecimento de uma perspectiva territorial mais integradora.

Tal afirmação traz a reflexão sobre a organização dos serviços em saúde, na qual os territórios de abrangência apresentam de forma distinta a disponibilidade dos serviços de saúde, de acordo com a população inserida nesse território, pelas características sociais desiguais que apresentam.

Silva (2011, p. 25) afirma que a territorialização é fundamental na organização do trabalho da ESF: “devido a sua multiplicidade de aspectos e esferas que condicionam e determinam os estados de saúde da população [...]”.

Assim, demarcando um território, torna-se mais fácil a observação das comunidades, bem como a melhoria dos serviços oferecidos à população.

A abrangência das unidades de saúde, muitas vezes, ultrapassa o número preconizado pelo Ministério da Saúde e acaba por atender além das 1000 famílias. Tal fato ocorre, muitas vezes, pelo crescimento das cidades e a falta de planejamento urbano.

Em concordância, Silva (2011) aponta que um obstáculo às ações da ESF está relacionado à sobrecarga de demanda, ou seja, a cobertura da população que, muitas vezes, excede os parâmetros nacionais, trazendo à reflexão alguns questionamentos sobre as possibilidades de se privilegiar as famílias de maior risco, sem comprometer a qualidade da atenção às famílias de menor risco.

É evidente que toda a população deve ser privilegiada de maneira abrangente, observando todas as variáveis possíveis, para que não ocorram injustiças sociais.

Koga (2001), destaca que o conceito de território área de abrangência envolve a noção de co-responsabilidade, tanto da população, quanto da unidade de saúde e das ações de promoção da saúde nesse território, sendo relevante a participação das lideranças locais no processo de definição da área de abrangência.

Todos tem a obrigação em contribuir para a melhoria das ações no âmbito de cuidados à saúde em sua comunidade, participando de Conselhos Municipais locais, por exemplo, pois esse grupo que trabalha em conjunto nesta área delimitada, consegue propor ações que visam a melhoria de todos os habitantes que ali moram, sendo fundamental este movimento social para uma melhor elaboração deste recorte espacial, fazendo com que as políticas públicas possam chegar a eles, promovendo a melhoria salutar dos níveis de vida, da comunidade que ali transitam.

De acordo com Silva (2001), o território de abrangência corresponde a uma unidade de saúde, baseada em critérios de acessibilidade geográfica e fluxo da população.

Nessa perspectiva, é fundamental considerar a distância do local da residência, disponibilidades de transporte e obstáculos a serem atravessados (SILVA, 2001).

A localização das unidades de saúde, nessa perspectiva, deve atender à necessidade de fluxo e a acessibilidade geográfica da população localizada no território de abrangência, que utiliza os serviços disponíveis.

Contudo, Barcellos e Monken (2007) complementam que, a delimitação dos territórios e a identificação dos poderes instituídos dentro destes ambientes, é o primeiro problema para as ações de saúde, pois, normalmente, não pressupõem critérios geográficos para as suas definições.

Não obstante, Pereira (2009, p. 199) complementa que a adoção da categoria território deve ser empregada, segundo o autor,

na orientação da aplicabilidade de estratégias de coleta e organização de dados sobre ambiente e saúde e de que os processos sociais e ambientais não estão limitados por estes, ou seja, não se restringem aos limites deste (PEREIRA, 2009, p. 109).

O território do usuário passa a ser relevante considerando a relação do serviço com a metodologia de funcionamento, caracterizando a possibilidade de entendimento de promoção da saúde a partir do espaço vivido pelo profissional (PINHEIRO; LUZ, 2007; NETO; RIBEIRO; SILVA JUNIOR, 2013).

Desta forma, é fundamental que haja uma reflexão em torno do território vivido, onde os atores que estão envolvidos intrinsecamente na proposta da melhoria da saúde, possam manifestar e participar de todo o processo de implantação de aparelhos públicos em determinados territórios.

De acordo com Galvão e Tonella (2010), a implementação de espaços públicos num território urbano minimiza o impacto do crescimento, constituindo-se como uma garantia aos moradores de usufruto do direito à cidade.

A maior parte dos indivíduos integra-se às estruturas espaciais construídas, porém, não são consultados nas decisões de como estes espaços serão utilizados, pois essas determinações vêm por parte de atos preestabelecidos pelo poder público, pois decide como será o uso e ocupação deste espaço, atuando de forma direta e indiretamente nas vidas de todos os cidadãos. Para isso: “urbanizar não é impor uma hierarquização das decisões com o objetivo de assegurar uma organização eficaz, justa e harmoniosa dos espaços humanizados?” (CLAVAL, 2001, p. 299).

Nesse sentido, as políticas públicas direcionadas ao planejamento urbano, de modo geral, não contemplam a construção/manutenção de espaços públicos localizados nas áreas periféricas das cidades e articulação de função social desses equipamentos urbanos, de modo que possam contribuir na prevenção de doenças acompanhadas pelos grupos de saúde, organizados pelas Equipes Saúde da família (ESF) nos serviços públicos municipais de saúde.

A dinâmica da cidade de Rondonópolis é movida principalmente pelas atividades que envolvem, sobretudo o agronegócio – *agrobusiness*. Com os processos de desenvolvimento e expansão da cidade, e alterações no zoneamento e nas Leis de Uso e Ocupação do Solo, ocorreram mudanças no desenho original da cidade, permitindo rugosidades 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 ecológicas degradadas” (REGO, et al., 2009, p. 1).

Assim, no próximo capítulo serão abordados conceitos e dinâmicas dos espaços públicos e os níveis de qualidade de vida, realizando uma investigação, envolvendo as correlações dos aspectos relevantes para a promoção da saúde das pessoas, pois esses dados podem propor novas alternativas de planejamento e intervenção urbana na cidade de Rondonópolis, ou seja, será que as mudanças no tempo e espaço no território urbano e rural do município de Rondonópolis melhoraram ou prejudicaram o bem-estar das pessoas nesses espaços públicos, caracterizados, principalmente, nas áreas verdes, praças e parques da cidade?

CAPÍTULO II. OS ESPAÇOS PÚBLICOS E OS NÍVEIS DE QUALIDADE DE VIDA

2.1. Os espaços públicos e o direito à cidade

Ao considerar a definição do termo Território juntamente com Espaço, Região, Paisagem e Lugar, como um dos conceitos chaves da Geografia, talvez a compreensão de Espaço Público como categoria de análise, poderia contribuir nos estudos do espaço como apropriação coletiva, reconhecida pública e politicamente por uma sociedade (TROMPOWSKY, 2008).

Análises estatísticas de multi-escala confirmaram que o contexto tem efeito sobre a saúde, ou seja, independentemente das características individuais, o ambiente social é influenciado pela estabilidade residencial, estrutura familiar, capital, qualidade do ambiente construído e composição étnica (SANTANA, 2014).

As condições de moradia, saneamento básico, alimentação e convívio social, podem influenciar as situações de saúde e de doença na população urbana e rural.

Em concordância, Santana (2014) ainda defende que o desenvolvimento social e econômico deve ser enriquecido, uma vez que a saúde e o desenvolvimento são complementares e recíprocos, pois o desenvolvimento social promove a saúde de uma população.

Pode-se contextualizar que, para uma sociedade evoluir, necessariamente ela precisa ter bons índices de qualidade de vida, pois uma população saudável consegue desenvolver suas atividades de trabalho e de convívio com maior eficiência, criando um padrão ideal para um grupo de pessoas que habitam certo espaço em um determinado tempo.

Nessa perspectiva, Santana (2014) cita Barton e Tsourou (2000), quando afirmam que a construção do lugar deve atender aos objetivos de melhoria na qualidade do espaço físico e a capacidade de projeção de suas consequências no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades.

Todavia, deve-se ter a preocupação de como esta área é construída, ou seja, de que forma as pessoas podem contribuir para este local, buscando identificar os seus anseios, suas necessidades e suas particularidades, realizando, por exemplo, uma análise espacial que permita a transformação socioambiental para aqueles que utilizarão o espaço público.

Por isso, vale ressaltar que o espaço público serve tanto para abrigar as pessoas no desenvolvimento de ações que propiciem melhorias pontuais em suas vidas na questão da

qualidade de vida, como também auxilia nas demandas que necessitam de melhorias em questões sociais. Este território é de livre acesso a todos os cidadãos que queiram participar de um diálogo franco e necessário no sentido de viabilizar algo que beneficie o bairro, a cidade, ou até o país, em determinado momento, servindo como palco aonde a representação das classes sociais, exercem a verdadeira cidadania "sui generis".

De acordo com Gatti (2013), a qualidade de vida de uma cidade é medida pela dimensão da vida coletiva, expressa nos seus espaços públicos dispostos democraticamente pela cidade (parque, praça, praia, ou mesmo, na rua).

Pressupõe-se que a cidade deva ter qualidade para todos, porém o corpo social está amplamente afetado dentro das cidades, onde o interesse comum é afetado de forma discrepante, ou seja, os lugares dispostos para uso coletivo, nem sempre são iguais para todos cidadãos, ou seja, consegue-se ver certa separação de classes em relação ao direito à cidade.

O crescimento das cidades e a individualização dos espaços proporcionam uma maior segregação social dos indivíduos. Nessa ótica, a disposição de espaços públicos pode contribuir no convívio social e familiar dos moradores que ali residem.

Galvão (2012, p.21) acredita que “a implementação de espaços públicos minimiza o impacto do crescimento, constituindo-se como uma garantia aos moradores do direito à cidade”, pois segundo o autor, no espaço público que convivem as questões coletivas de diálogos e encontros.

Criando-se mais ambientes para as comunidades, em pontos previamente estudados e fundamentados para a sua construção, programam-se políticas públicas de desenvolvimento, e, paralelamente, melhora-se consideravelmente a autoestima dos moradores, sendo quesitos primordiais na aceitação do lugar onde se vive, bem como, criam-se raízes que colaboram para a sua permanência nesta localidade.

O espaço público, segundo Alvarez (2008, p. 43), “é aquele de propriedade e apropriação pública”, e, também, pode ser compreendido como “o lugar na cidade da prática de ações na esfera de vida pública”.

Este território tem funções em várias formas de manifestações, servindo como recinto onde a pluralidade se faz necessária, onde pessoas que agem em prol de algo que aflige determinado grupo, pode favorecê-lo em ações do poder público.

Narciso (2009) considera o espaço público como o espaço do território urbano tradicional, de uso comum e de posse coletiva, pertencente ao poder público.

O espaço público tem um papel fundamental nas relações, pois representam que a convivência é necessária na estruturação das lutas pela cidadania, onde emergem ideias, propostas, atos e resoluções de atitudes que vão contra ao povo.

De acordo com Vaz et. al. (2008), o conceito de espaço público em outras ciências nas áreas humanas e sociais é conflitante, pois seu entendimento não é uma ideia uniforme entre esses diversos campos do saber, sendo que, seu significado, pode ser interpretado de várias maneiras perante a sociedade.

Contudo, o conflito de ideias auxilia em novas propostas e planejamento das cidades, embora alguns estudiosos discordem neste contexto, torna-se relevante ressaltar que essa simbiose pode trazer melhorias, bem como, podem proporcionar o fortalecimento ou não de entidades em prol do senso comum.

Outro aspecto relevante, citado por Cerqueira (2013), é que a discussão acerca do uso do espaço público é pauta atual, pela busca da qualidade de vida nos grandes centros urbanos.

Para Nahas (2002) é necessário aglutinar a qualidade ambiental e a qualidade de vida, sendo complexo determinar se a qualidade de vida é uma das vertentes da qualidade ambiental ou se parte do entendimento do que é qualidade de vida. Todavia, a associação dos dois itens mencionados é necessária para a melhoria das pessoas nas vivências e convivências em centros urbanos, ou seja, uma contempla a outra.

É de senso comum que os espaços públicos contribuem para melhorar a saúde, pois o estresse ocasionado pelo crescimento demasiado das cidades favorece o aparecimento de patologias, e, diversos estudos demonstram a necessidade da interação do homem com a natureza.

Segundo Selye (1956, p.2),

a palavra estresse vem do inglês *stress*. Este termo foi usado inicialmente na física para traduzir o grau de deformidade sofrido por um material quando submetido a um esforço ou tensão e transpôs este termo para a medicina e biologia, significando esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações que considere ameaçadoras a sua vida e a seu equilíbrio interno (SELYE, 1956, p. 2).

É evidente que as interações do homem com seu entorno desenvolva reações que contribuem para sua condição física e mental, ou seja, o dia cheio de responsabilidades, turbulências, entre outros fatores, desequilibra o funcionamento adequado do organismo humano, permitindo o aparecimento de doenças que limitam o bem-estar, ficando favorável ao

surgimento de patologias emocionais. Por isso, cada vez mais deve-se direcionar o planejamento na organização de espaços que tenham qualidade ambiental, para favorecer a condição de vida das pessoas nos centros urbanos.

Gatti (2013, p. 9), por sua vez, defende que os espaços públicos ainda são representativos da vida urbana, pois são os únicos lugares onde a vida coletiva permanece inalterada, sem distinção de raça e de classe social, apontando a necessidade da elaboração de espaços públicos que atendam os anseios locais, onde,

é preciso entender a dinâmica de uma cidade e a vida das pessoas no seu cotidiano, a fim de que os espaços públicos a serem projetados reflitam as necessidades e os anseios dos seus usuários, para só assim serem realmente utilizados (GATTI, 2013, p. 9).

Narciso (2009, p. 266) defende também que “o espaço público é o espaço por excelência da cidade. Conhecemos a cidade através do espaço público. Nele aprendemos a caminhar e a ver a cidade”.

Tal afirmação traz à reflexão a situação dos espaços públicos nas cidades, que, em muitos casos, estão em situação precária, refletindo assim, a falta de investimento na cidade pelos órgãos públicos.

No entendimento de Galvão e Tonella (2010), o espaço público é “o local pertencente a toda população, independentemente da posição que ocupa na sociedade capitalista, assim sendo, é função desse espaço satisfazer a todos”.

O acesso aos locais públicos deve ser igual, possibilitando a interação de vários atores sociais, onde não interessa sua posição financeira, nem seus recursos materiais, pois, nesse território, todos são pessoas em busca de prazeres e momentos contagiantes, cada um com o seu olhar e a sua presença de espírito, onde podem interagir.

Alvarez (2008) faz a abordagem que o espaço público é entendido não apenas como suporte físico, mas como espaço de esfera pública onde se realizam as ações próprias da esfera pública. O conjunto desses espaços públicos em determinadas áreas, possibilita verificar a produção de diversas relações entre seus elementos, constituindo um sistema de espaços voltados à esfera pública.

Entretanto, na perspectiva geográfica, quando se trata do espaço público, não se aborda meramente uma esfera pública. Segundo Gomes (2002, p.172),

[...] um olhar geográfico sobre o espaço público deve considerar, por um lado, sua configuração física e, por outro, o tipo de práticas e de dinâmicas sociais que aí se desenvolvem. Ele passa então a ser visto como um conjunto indissociável das formas com as práticas sociais. É justamente sob este ângulo que a noção de espaço público pode vir a se constituir em uma categoria de análise geográfica. Aliás, esta parece ser a única maneira de estabelecer uma relação direta entre a condição de cidadania e o espaço público, ou seja, sua configuração física, seus usos e sua vivência efetiva (GOMES, 2002, p.172).

Assim, estabelecendo relações e dinâmicas sociais, permite-se uma configuração construtiva na formação de laços afetivos neste território, pois se o espaço emana convivência, torna-se uma área que não se caracterizará como espaço público, a menos que haja o convívio e as dinâmicas entre os que vivem em seu entorno, permitindo assim, o exercício da cidadania.

Neste sentido, Santos (2007, p. 63) discute a relevância do direito ao entorno, onde “a lei é do processo produtivo, cujos resultados ofendem, expulsam e desenraizam as pessoas, e não a lei que assegure o direito à cidade ou, ao menos, o direito ao entorno. E o direito aos espaços públicos, típicos da vida urbana tradicional? Hoje, os espaços públicos (...) foram impunemente privatizados”. E complementam Santos (2007, p. 65) discutindo sobre as consequências dessa lógica, em contraste com as idiosincrasias da representação política: o resultado de todos esses agravos é um espaço empobrecido e que também se empobrece: material, social, política, cultural e moralmente. Diante de tantos abusos, o cidadão se torna impotente, a começar pelas distorções da representação política. A quem pode um candidato a cidadão recorrer para pedir que faça valer o seu direito ao entorno, propondo um novo corpo de leis, decretos e regulamentos, ou velando pelo cumprimento da legislação já existente, mas desobedecida? (SANTOS, 2007, p. 65).

Por isso, pode-se evidenciar que todo o processo de geração de capital, permite, direciona e determina o desinteresse popular dos cidadãos a vivenciar de forma sólida a sua participação na sociedade, sendo o individualismo evidente, permitindo ao poder público configurar de maneira confortável os recortes das cidades, passando a ideia de que eles comandam e direcionam os modos de vida das comunidades, fazendo-nos acreditar que tudo está como deve estar, quando, na realidade, ainda há muito a se fazer para que a integração social e a cidadania sejam estabelecidas de forma digna e igualitária.

2.2. A relevância dos níveis de qualidade de vida para o desenvolvimento da população

No contexto histórico existem várias elucidações que visualizam a temática ambiente e seu benefício à saúde humana, inclusos no eixo da promoção em saúde, tais como, qualidade de vida, ambientes sustentáveis, empoderamento social, entre outros.

De acordo com a Declaração de Alma-Ata na A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ² na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS, 1978), reitera-se que a saúde dos povos necessita de promoção e proteção, influenciando no avanço econômico e na sociabilidade, permitindo melhores condições de vida e fomentado a paz mundial.

Essa abordagem propõe que os níveis de qualidade de vida de uma população podem ter índices favoráveis através de ações conjuntas, onde existam políticas públicas de equidade social.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986 (BRASIL, 2002, p. 19) aborda a qualidade de vida e a saúde, onde,

Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p.19).

A efetivação de uma política pública saudável, que focalize na educação das pessoas no âmbito de hábitos saudáveis, criação de meios ambientes que proporcionem a melhoria da saúde, fortalecem as comunidades através de ações conjuntas com enfoque na orientação dos serviços.

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

² A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

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).

Outros eventos representativos ocorreram mundialmente, como à elaboração de documentos, com pactuações de ações para a melhoria das condições de saúde, numa perspectiva planetária, como descrito na Declaração de Adelaide, na Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na Austrália, em 1988 (BRASIL, 2002), destacando as políticas públicas saudáveis, permitindo que todas as pessoas tenham qualidade de uma vida saudável, onde a equidade esteja presente, sendo necessário o acesso aos bens e serviços de maneira que atenda todos os níveis sociais e econômicos.

Todavia, havendo melhores condições de locais de acesso para todas as pessoas em ambientes saudáveis, permite-se um melhora fundamental na Promoção da Saúde, ou seja, se torna necessário investigar as oportunidades de acesso, pois se sabe que as condições não são iguais para todos, causando problemas que afetam não só a saúde do cidadão, mas também, toda uma cadeia produtiva, causando danos econômicos e financeiros, as desigualdades sociais, a fome, a miséria, a degradação ambiental e tantas vicissitudes e desafios que se apresentam na atualidade, bem como, os que ainda estão por vir!

Segundo a Declaração de Sundsvall na 3ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Suécia, 1991, citada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) defende-se a justiça social, em que todos têm direitos iguais e assistência comunitária.

Em termos de progresso, a justiça social é vista como a união entre a segurança financeira e o segurança social, que permita de forma justa uma distribuição de recursos e das responsabilidades, onde todos trabalhem em grupo, fortalecendo as relações em sociedade, sendo necessários a participação e o envolvimento de toda a comunidade.

A Declaração de Bogotá realizada em 1992 protegeu o bem estar geral como propósito do progresso, a criação de uma cultura de saúde, onde a efetivação de políticas públicas saudáveis organizadas em ambientes favoráveis, com a contribuição geral dos indivíduos pode estruturar um grupo de fomentadores da saúde, unindo forças para atingir o ponto em comum que é a "Saúde Para todos" (BRASIL, 2002).

A Declaração de Jacarta (INDONÉSIA, 1997, p. 6) discutindo a temática “Promoção da Saúde no Século XXI”, refere-se ao direito de dar voz ao indivíduo, onde,

a promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo. Ela melhora tanto a habilidade das pessoas para agir como a capacidade de grupos, organizações ou comunidades para exercer influência sobre os determinantes da saúde. Melhorar a capacidade das comunidades para promover a saúde requer instrução prática, treinamento em liderança e acesso aos recursos. Dar o direito de voz às pessoas requer acesso mais consistente ao processo de tomada de decisão e às habilidades e ao conhecimento essenciais para efetuar a mudança (INDONÉSIA, 1997, p. 6).

É mister que o povo participe e organize-se para ajudar a melhorar a Promoção da Saúde, pois a participação do indivíduo nas propostas que envolvem o coletivo, favorecem ações que permitam um desenvolvimento nos níveis de qualidade de vida, pois eles sabem o que querem, mas devem exercitar seus anseios para ajudar na construção das tomadas de decisões.

Na Declaração do México - 5ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na cidade do México em 2000, reforça-se as ações promovidas por diversos setores, seja por órgão do governo e empresa pública e favorece a gestão pública pautada em ações programadas com políticas governamentais, atingindo o território em nível local, regional, nacional e internacional. Por isso, ressaltar-se que o evento assegurou o valor das ações intersetoriais para programar políticas sólidas nas ações de promoção e ampliou as parcerias na área da saúde (BRASIL, 2002).

A 6ª Conferência Mundial de Promoção à Saúde com a pactuação da Carta de Bangkok, foi realizada na cidade de Bangkok (Tailândia), em agosto de 2005. Neste evento foi possível perceber que os debates foram em torno das doenças não transmissíveis e seu crescimento em nível global, nas quais incluem-se as doenças cardíacas, câncer e diabetes. Discutiram a questão urbana e destruição ambiental (OMS, 2005).

Fica evidente que um plano de ação sobre os efeitos da globalização na saúde perfazem ações urgentes que promovam uma nova direção aos cuidados de saúde e a melhor vida para as pessoas, ou seja, uma organização de todos os governantes, no qual desenvolva uma agenda global, onde a sociedade em geral, participe de um efetivo ajuste nas condutas por parte da melhoria do meio ambiente.

De acordo com a OMS (2009) na 7ª Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde realizada na cidade de Nairóbi (Kenia), no ano de 2009³, constituiu oportunidade para a partilha de experiências sobre os cuidados primários de saúde.

³ 7ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Tema 1: Comunidade de Capacitação: a capacitação da comunidade necessariamente aborda determinantes sociais, culturais, políticos e econômicos que sustentam a saúde, e pretende estabelecer parcerias com outros setores na busca de soluções. Tema 2: Alfabetização em Saúde: ao melhorar o acesso das pessoas à informação em saúde e sua capacidade de usá-la eficazmente, educação em saúde é fundamental para a capacitação. Tema 3: Reforços dos sistemas de saúde: Promoção da Saúde requer um sistema de saúde que funcione bem. Tema 4: Parcerias e ação intersetorial: a saúde das populações não é

Esta convenção possibilitou um olhar interessante para os países africanos, onde os recursos financeiros e tecnológicos são escassos, sendo que foi relevante o levantamento de vários temas nas questões da organização da Promoção da Saúde, evidenciando a necessidade de integração e parcerias dos países, para melhorar os níveis de vida em dimensão de território local, mas também, alcançar todas as nações em uma sinergia que contemple os interesses mundiais, prevalecendo a justiça, a inclusão e a saúde de todos.

Silva (2010) apresenta a 8ª Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde realizada em Helsinque, na Finlândia, em 2013. Este evento teve como legado convicções nas ações e princípios norteadores provenientes da Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários de Saúde (1978) e na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986), afirmando-se o compromisso com a justiça social, sendo que a melhoria da saúde implica em melhores condições de vida, no sentido de que o trabalho é afetado de forma representativa e positiva quando os índices de saúde são atingidos com equidade e desenvolvimento sustentável.

Uma política saudável por parte dos governos, melhora a qualidade de vida dos cidadãos, das famílias, da comunidade e gera melhores resultados em todas as esferas sociais, onde o papel do governo é de efetivar políticas públicas que, independentemente, da condição do indivíduo, predomine a incorporação de todos no acesso aos serviços de saúde, reduzindo a fome e a miséria e garantindo a inclusão e o acesso aos serviços essenciais para melhor condição de dignidade humana.

No Brasil as Conferências da Saúde auxiliaram e auxiliam na qualidade de vida das pessoas, onde esses eventos, colaborando no desenvolvimento de ferramentas que sirvam como instrumentos de melhoria no bem-estar das comunidades.

A 12ª Conferência da Saúde realizada em 2003 define o conceito de qualidade de vida na saúde, como produto de um amplo conjunto de variáveis inter-relacionadas, associadas a diferentes setores da ação pública e social, de acordo com Brasil (2004, p.43),

determinada pelas atividades do setor de saúde sozinho, mas por fatores sociais e econômicos, e, conseqüentemente, pelas políticas e ações para além do mandato do setor da saúde. Tema 5: Desenvolver a capacidade de Promoção da Saúde: Promoção da saúde sustentável requer institucionalizá-la; resolver problemas associados na construção na capacidade de liderança, atingindo níveis mais elevados de desenvolvimento, explorar esforços, expansão de capacidade para a promoção de saúde entre países.

na Saúde esse conceito é facilmente compreensível, pois a qualidade de vida é produto de um amplo conjunto de variáveis inter-relacionadas, associadas a diferentes setores da ação pública e social. A obtenção da equidade em saúde depende da implementação de políticas públicas intersetoriais, pois as iniquidades são determinadas pelas desigualdades no acesso, na distribuição e na oferta de bens geradores da qualidade de vida, tais como: renda familiar, trabalho (urbano e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar e nutricional equidade na qualidade do ensino, lazer e outros (BRASIL, 2004, p. 43).

O tema da 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2007, foi: *Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento*. Este evento foi classificado como o ápice do desenvolvimento e do amadurecimento da sociedade brasileira no que diz respeito às discussões e deliberações democráticas sobre as políticas públicas de saúde do País (BRASIL, 2009).

O termo qualidade de vida e sua relação com a saúde Brasil (2009, p. 30), foi amplamente abordado nas discussões dos Eixos. No Eixo I, por exemplo, com o tema “Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento”, o item 72 enfatizou a qualidade de vida às pessoas com deficiências, cujo propósito foi,

fortalecer políticas públicas que garantam qualidade de vida e equidade de acesso físico e social às pessoas com deficiências e doenças incapacitantes, por meio de políticas afirmativas e programas intersetoriais de inclusão social que atendam às necessidades de comunicação, acesso aos benefícios da seguridade social às pessoas impossibilitadas para o trabalho, filas prioritárias, adaptação física e humana de locais de trabalho, acesso a serviços nas áreas urbana e rural, adaptações nas vias públicas e transporte coletivo adaptado e gratuito, incluindo as com sofrimento psíquico, doentes mentais e seus acompanhantes, além de formar profissionais e produzir materiais educativos apropriados para todos os tipos de necessidades educativas especiais, assegurando atendimento especializado nas áreas de recuperação e reabilitação, com a ética da não-discriminação e do não-preconceito na sua conduta física e moral, capacitando profissionais para o atendimento e o acolhimento dessa população (BRASIL, 2009, p. 30).

A qualidade de vida e de saúde também foram associados no item 89 do Eixo I Brasil (2009, p. 33), considerando a necessidade de articulação de fontes de investimento de infraestrutura urbana e rural, onde o objetivo foi "ampliar financiamento federal e articular outras fontes para investimentos em infraestruturas urbana e rural, meio ambiente e saneamento básico como condição para a saúde e qualidade de vida, sob controle dos conselhos das respectivas políticas setoriais (BRASIL, 2009, p. 33)".

Durante a 13ª Conferência da Saúde (BRASIL, 2009), diversas outras abordagens que tem relação direta com a qualidade de vida foram elencadas, como o problema do agrotóxico (Item 10; Eixo 1, p. 16); preservação do meio ambiente rural e urbano (Item 19, Eixo 1, p. 19); o estabelecimento dos fluxos contínuos e as articulações entre os projetos de geração de renda e as políticas de saúde (Item 32, Eixo 1, p. 22); implementação de políticas de desenvolvimento para a saúde e a qualidade de vida baseadas nas necessidades regionais e locais (Item 75, Eixo 1, p. 65).

Considerando a proposta do estudo, o Item 131 do Eixo 2: Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde, enfatizou a importância do ESF nas ações que visam a qualidade de vida: “Criar mecanismos de referência e contra, por intermédio do PSF, com as instituições especializadas em deficiências para identificação de pacientes, melhorando sua qualidade de vida” (BRASIL, 2009, p. 150).

Esses documentos oriundos das Conferências da Saúde em nível nacional e internacional fortalecem as ações do Estado, sendo fundamentais na inserção de políticas públicas voltadas para a Promoção da Saúde, promovendo uma evolução das ideias através das informações conseguidas como estes eventos, os quais buscam oferecer condições saudáveis que avancem na prevenção e manutenção que diminuam o aparecimento de patologias, garantindo a condições que contribuam para o bem físico e psicológico das pessoas que convivem amistosamente com as outras.

O Ministério da Saúde a partir da Portaria no 719, de 7 de abril de 2011, instituiu o “Programa Academia da Saúde” no âmbito do SUS, com intuito de garantir e efetivar as propostas de Promoção à Saúde estabelecidas no decorrer da história. A efetivação deste processo foi de pactuação estabelecida entre os Estados do Distrito Federal e Municípios, com apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde, objetivando a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, 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).

O Programa Academia da Saúde estabelece: ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; 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; promover a 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.

A Atenção Primária articulada com a rede de serviços de saúde que é responsável por coordenar esta diretriz de promoção com a equipe multiprofissional, bem como com outros equipamentos sociais, consideram os princípios, diretrizes e objetivos das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (PNPS) e de Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB).

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 e usuários e áreas afins; orientação para a prática de atividades físicas e práticas corporais (ginástica, luta, 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, e encaminhados a programas governamentais que implicam em construção de infraestrutura, para ações de promoção da saúde vinculadas ao teto financeiro de Vigilância em Saúde, repassado ao Fundo Municipal de Saúde pelo Governo Federal. 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 gestão e forma de reprodução desta estratégia, desde que não haja implicação de recursos.

CAPÍTULO III. OS TERRITORIOS DE SAÚDE NA AREA NOSSA SENHORA DO AMPARO, RONDONOPOLIS, MATO GROSSO

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a Atenção Primária à Saúde (APS), é caracterizada pelo conjunto de ações em saúde desempenhado pelos PSF, onde a ESF é um componente estruturante do sistema de saúde brasileiro, pela tentativa de reorganização da prática da atenção à saúde em novas bases, com o objetivo de aproximar-se das famílias e melhorar a qualidade de vida da população. De acordo com Brasil (2009, p.10),

cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de no máximo quatro mil pessoas de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à sua saúde. A atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde da Família, nas residências e nos espaços comunitários. A ESF caracteriza-se por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, podendo intervir sobre os fatores de risco aos qual a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2009, p.10)

A Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 pelo Ministério da Saúde, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e reforçar os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009).

Dentre os princípios e diretrizes que devem orientar as ações a serem desenvolvidas pelo NASF, cita-se a territorialização (BRASIL, 2009), definindo que,

o território é um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos. É nele que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito a fusão entre o local e o global. Como decorrência, as equipes de Saúde da Família precisam conhecer a realidade do território em suas várias dimensões, identificando as suas fragilidades e possibilidades, figurando-a como algo vivo e dinâmico (BRASIL, 2009, p. 18).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem papel fundamental nas ações em saúde na Atenção Básica. De acordo com Manual do Agente Comunitário de Saúde, proposto pelo

Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), orienta-se que o ACS deve estar sempre atento ao que acontece com as famílias de seu território, identificando com elas os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde, encaminhando-as às unidades de saúde.

Preconiza também, que o número de pessoas atendidas pelos ACS é de no máximo 750, no qual o cadastramento das famílias de sua microárea – o seu território de atuação – possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe, bem como os diversos estabelecimentos e instituições existentes no território.

3.1. Características sociodemográficas de acordo com a Ficha A, das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso, 2010 A 2014

Os dados trabalhados para esta pesquisa foram burilados a partir da Ficha A, que faz parte dos documentos da ESF, sendo gerados com o número e característica dos atendimentos junto às 6 ESF⁴ que atuam na área 5, Nossa Senhora do Amparo, do município de Rondonópolis, em área urbana, de acordo com Rondonópolis (2014).

Dentre os procedimentos elencados nas unidades de saúde existem ações que orientam os usuários em cuidados com a saúde, tanto em grupos de atenção básica, como em grupos de atenção especializada. Ocorre que muitos desses trabalhos poderiam estar sendo desenvolvidos em espaços públicos convidativos, com instalações propícias, com uma beleza paisagística e próxima aos núcleos de saúde, no entanto, será que existe esse arranjo espacial em todos os setores de atendimento em saúde para desenvolverem essas atividades para benefício da saúde do cidadão? Estes dados são considerados oficiais pelo Ministério da Saúde e servem de base para as prospecções no planejamento das dinâmicas do referido programa e foram cedidos pelos setores de Gestão do SUS, PSF e Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis em 2015, referindo-se ao período de 2010 a 2014.

A cidade é dividida, no âmbito administrativo por 6 áreas de saúde, de acordo com a Figura 3:

⁴ Não foram computados os dados da ESF Cidade de Deus e ESF Parque das Rosas I e II, por se tratarem de equipes relativamente novas, que possuem pouco tempo de atuação no município.

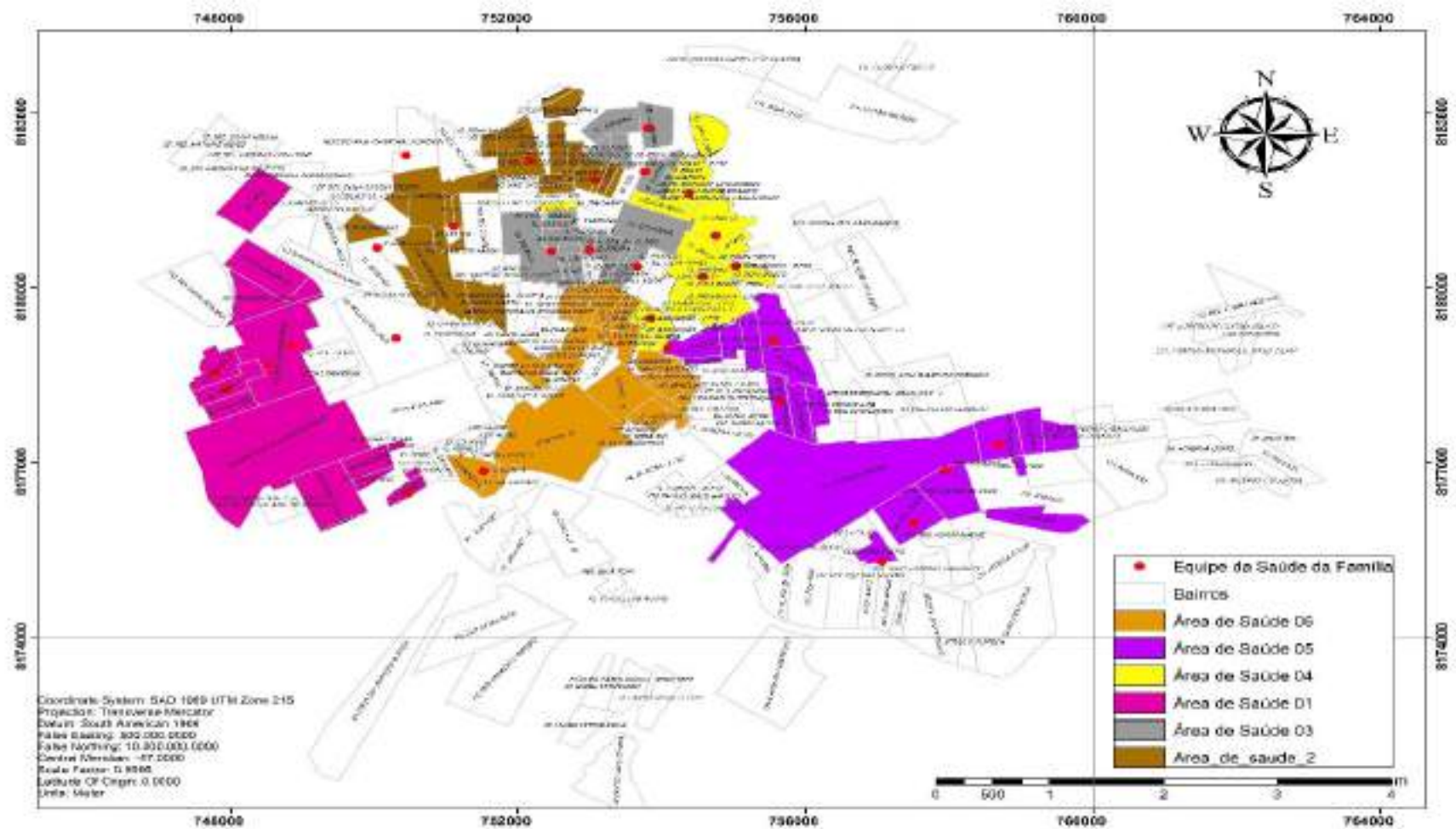


Figura 3. Áreas de saúde da Estratégia Saúde da Família na cidade de Rondonópolis, Mato Grosso.
 Fonte: Rondonópolis (2015).
 Org.: SILVA, R. A. (2017).

A área de saúde 5, denominada “Nossa Senhora do Amparo”, universo desta pesquisa, é composta pelos seguintes bairros e ESF conforme expressa a Figura 4:

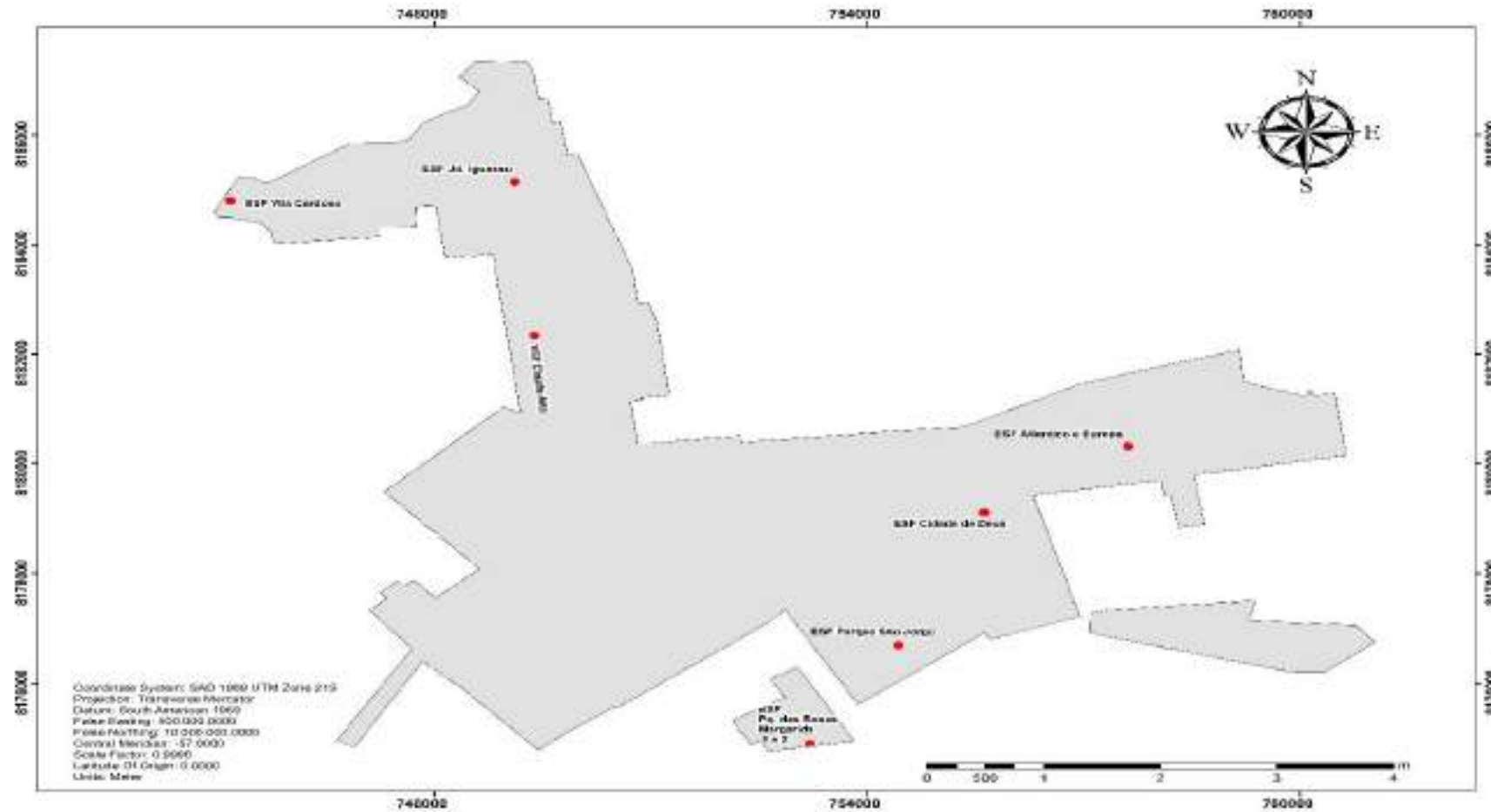


Figura 4. Área de Saúde Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.
Fonte: Rondonópolis (2015).
Org.: SILVA, R. A. (2017).

Inicialmente foram analisados os dados de faixa-etária que demonstraram os seguintes resultados, de acordo com a Tabela 2.

No período de 2010 a 2014, os totais de pessoas atendidas pelos ESF da Área de Nossa Senhora do Amparo, em área urbana, os que possuem planos de saúde totalizaram no ano de 2010, 2.790 pessoas, correspondendo a 11,4% do total da população; em 2011, 3.048 pessoas, correspondendo a 12,4%; no ano 2012, 2.964 pessoas, correspondendo a 13,6% do total da população; no ano 2013, 2.978 pessoas, correspondendo a 14,3% do total da população; e, no ano de 2014, 3.045 pessoas, correspondendo a 14,3% do total da população atendidas pelas ESF, conforme Tabela 2.

Verifica-se pelos dados da Tabela 1, que a faixa-etária com menor número de atendimentos são crianças menores de 1 ano, tendo um considerável aumento nas faixas-etárias subsequentes, ou seja, de 1 a 4 anos, 5 a 6 anos, 7 a 9 e 10 a 14 anos. No entanto, as crianças de 5 a 6 anos apresentaram menores totais. Os adolescentes e jovens também apresentaram porcentagens representativas, nos atendimentos do ESF, no entanto, a faixa etária que apresentou maiores totais nos atendimentos foi a de 20 a 39 anos, que normalmente são pessoas ativas, que trabalham, estudam, compõem famílias, enfim, estão em sua fase de vida de maior produtividade.

As faixas etárias de 40 a 49, 50 a 59 e maiores de 60, também apresentaram significativos totais, no entanto, as pessoas de 40 a 49 anos foram as mais assistidas, pois também se encontram em período de vida consideravelmente produtiva. O acompanhamento de pessoas idosas caracteriza-se representativo na Área de Saúde Nossa Senhora do Amparo da cidade de Rondonópolis, com programas específicos de atenção voltados a esse público.

Tabela 2. Faixa-etária dos usuários notificadas das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

FAIXA ETÁRIA	2010				2011				2012				2013				2014			
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1	36	0,3	28	0,2	60	0,5	35	0,2	34	0,3	36	0,3	41	0,4	33	0,3	6	0,05	11	0,1
1 A 4	757	6,4	694	5,5	692	5,7	672	5,3	596	5,6	571	5,1	555	5,5	482	4,5	474	4,6	410	3,7
5 A 6	429	3,6	417	3,3	465	3,8	444	3,5	372	3,5	354	3,1	320	3,1	320	3,0	323	3,1	320	2,9
7 A 9	721	6,1	726	5,8	689	5,7	712	5,6	547	5,1	534	4,7	498	4,9	495	4,6	488	4,7	490	4,5
10 A 14	1348	11,4	1338	10,7	1397	11,6	1369	10,8	974	9,2	955	8,5	806	8,0	813	7,6	855	8,3	842	7,7
15 A 19	1109	9,4	1209	9,7	1154	9,6	1172	9,2	1082	10,2	1105	9,8	973	9,7	1031	9,6	920	8,9	842	7,7
20 A 39	4199	35,6	4464	35,9	4137	34,6	4500	35,7	3725	35,2	4033	36,0	3583	35,7	3829	35,9	3729	36,3	3979	36,8
40 A 49	1530	12,9	1664	13,4	1611	13,4	1718	13,6	1518	14,3	1666	14,8	1455	14,5	1646	15,4	1496	14,5	1695	15,6
50 A 59	864	7,3	952	7,6	921	7,7	1036	8,2	917	8,6	1000	8,9	952	9,5	1045	9,8	1052	10,2	1139	10,5
> 60	786	6,6	912	7,3	823	6,8	945	7,4	789	7,4	932	8,3	833	8,3	968	9,0	912	8,8	1082	10,0
TOTAL	11779	100	12404	100	11949	100	12603	100	10554	100	11186	100	10016	100	10662	100	10255	100	10810	100
TOTAL GERAL	24183				24552				21740				20678				21065			

Fonte: RONDONÓPOLIS (2015).

Org.: SILVA, R. A. (2016).

Conforme os dados da Tabela 3, as principais doenças notificadas pelos ESF da Área Nossa Senhora do Amparo de Rondonópolis são os problemas cardíacos, ligados à respiração e circulação que, normalmente, são doenças crônicas, computadas pelos dados de hipertensão arterial que representam 8.848 (100%) casos no período estudado. Esses problemas estão diretamente articulados à necessidade de atividade física, que é básica em seus tratamentos, e pressupõem a existência de espaços públicos, sejam áreas verdes, equipamentos urbanos, parques e jardins, devidamente estruturados para proporcionar um ambiente adequado para este tipo de atividade.

Dados representativos também para diabetes, que perfazem 2.607 casos. Não ocorreram problemas de distúrbio mental notificados no período estudado.

Freitas e Garcia (2012) relataram em seus estudos sobre Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT), que no Brasil a evolução da prevalência do diabetes e desta associada à hipertensão arterial, é problema de saúde de grande magnitude. Em 2007, 72,0% dos óbitos no país foram decorrentes dessas doenças, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), diabetes (5,2%), atingido pessoas de todos os níveis socioeconômicos, mas, principalmente, aqueles pertencentes à classes suscetíveis, como pessoas da terceira idade e aqueles de baixa escolaridade e renda.

Esse estudo reforça a necessidade de ações públicas em saúde, que fomentem melhores condições de ambientes que auxiliem na prevenção, manutenção e tratamento de cidadãos que necessitem de acompanhamento.

Tabela 3. Doenças e gestação notificadas das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

ANO	FAIXA ETÁRIA	DOENÇA E GESTAÇÃO																					
		ALCOOLISMO		CHAGAS		DEFICIÊNCIA		DIABETES		DISTÚRBO MENTAL		EPILEPSIA		HIPERTENSÃO ARTERIAL		HANSENÍASE		MALÁRIA		TUBERCULOSE		GESTAÇÃO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2010	0 A14	0	0	1	0,01	10	0,1	2	0,03	0	0	10	0,1	2	0,03	1	0,01	0	0	0	0	30	1,1
	15 E +	99	0,5	12	0,06	79	0,4	439	2,4	0	0	38	0,2	1608	9,0	33	0,1	2	0,01	4	0,02	158	1,9
	TOTAL	99	0,4	13	0,05	89	0,3	441	1,8	0	0	48	0,1	1610	6,6	34	0,1	2	0,008	4	0,01	188	1,7
2011	0 A 14	0	0	1	0,01	11	0,1	1	0,01	0	0	8	0,1	2	0,03	2	0,03	0	0	0	0	29	1,1
	15 E +	56	0,3	9	0,04	129	0,7	500	2,7	0	0	40	0,2	1690	9,3	30	0,1	1	0,005	0	0	144	1,7
	TOTAL	56	0,2	10	0,04	140	0,5	501	2,0	0	0	48	0,1	1692	6,8	32	0,1	1	0,004	0	0	173	1,6
2012	0 A 14	0	0	1	0,02	13	0,2	0	0	0	0	7	0,1	1	0,02	11	0,2	0	0	0	0	20	0,9
	15 E +	52	0,3	8	0,04	112	0,6	507	3,0	0	0	38	0,2	1669	9,9	25	0,1	1	0,005	1	0,005	75	0,9
	TOTAL	52	0,2	9	0,04	125	0,5	507	2,3	0	0	45	0,2	1670	9,0	36	0,1	1	0,004	1	0,004	95	0,9
2013	0 A 14	0	0	0	0	8	0,1	0	0	0	0	5	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0,9
	15 E +	45	0,2	14	0,08	111	0,6	559	3,4	0	0	40	0,2	1753	10,7	18	0,1	0	0	2	0,01	116	1,5
	TOTAL	45	0,2	14	0,06	119	0,5	559	2,7	0	0	45	0,2	1753	8,4	18	0,08	0	0	2	0,009	134	1,4
2014	0 A 14	0	0	0	0	8	0,1	0	0	0	0	4	0,09	1	0,02	0	0	0	0	0	0	24	1,3
	15 E +	47	0,2	13	0,07	111	0,6	599	3,5	0	0	44	0,2	1822	10,7	16	0,09	0	0	4	0,02	128	1,6
	TOTAL	47	0,2	13	0,06	119	0,5	599	2,8	0	0	48	0,2	1823	8,5	16	0,07	0	0	4	0,01	152	1,5
TOTAL GERAL		299		59		592		2607		0		234		8548		136		4		11		742	

Fonte: RONDONÓPOLIS (2015).
Org.: SILVA, R. A. (2016).

A Tabela 4 apresenta alguns dados de níveis de qualidade de vida, bem como socioeconômicos, das comunidades atendidas pelas Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso. Com relação ao abastecimento de água, do total de 32.533 (100%) domicílios computados pelos ESF da Área de Saúde Nossa Senhora do Amparo, 32.183 (98,9%) recebem a partir da rede pública. O abastecimento via poço ou nascente, bem como outras modalidades (abastecimento por carro-pipa, coleta de chuva e outros) não foram representativos. Este indicador, como uma das condições mínimas necessárias na qualificação da moradia urbana adequada, mostrou-se relevante.

Na variável “destino do lixo”, a maioria dos domicílios recebe o serviço de coleta pública, representando 31.441 (99,4%) domicílios computados pelos ESF da Área de Saúde Nossa Senhora do Amparo. As demais modalidades, como o lixo queimado ou enterrado, bem como o lixo à céu aberto foram pouco representativas. Sendo outro índice básico de nível de vida, o destino do lixo também apresentou uma adequação satisfatória na dinâmica urbana.

Considerando os níveis de escolarização e alfabetização, quando compara-se o total de crianças entre 7 e 14 anos que estão matriculadas em escolas, com os totais de faixa-etária apresentados na Tabela 1, verifica-se que das 16.731 (100%) pessoas computadas pelos ESF da Área de Saúde Nossa Senhora do Amparo, 14.365 (85,8%) estão frequentando escolas municipais e colégios estaduais. Para atingir a cobertura completa de crianças e jovens em idade escolar e que frequentam, faltam 2.366 (14,1%) pessoas. Apesar da baixa porcentagem, considerando a área de Educação, é um dado representativo, pois apresenta um número relevante de crianças e jovens que não estão frequentando escolas.

Na variável “15 anos e mais”, incluindo os alfabetizados, os dados da Tabela 3 apresentam-se mais completos, quando comparados aos dados de faixa-etária da Tabela 1, pois apresenta um total de 112.218 (100%) pessoas, conforme os dados representados dos anos de 2010 a 2014.

Considerando a faixa-etária de 15 a 60 anos, num total de 86.299 (100%) pessoas computadas pelos ESF's da Área de Saúde Nossa Senhora do Amparo, 82.999 (96,1%) encontram-se em fase de estudos, no entanto, 26.584 (23,6%) pessoas não foram computadas nos dados de faixa-etária pelas ESF's da Área de Saúde Nossa Senhora do Amparo. Portanto, os dados referentes à educação, tanto na faixa etária de 7 a 14 anos e 15 anos e alfabetizados são satisfatórios e próximos da realidade de Rondonópolis.

Avaliando os tipos de construção de casas, a maioria são construções de alvenaria, sendo que do total de 32.545 (100%) casas, 31.710 (97,5%) são de tijolos. As demais variáveis, como

as casas de taipa, madeira, material aproveitado e outros (palafitas, pau a pique...) não foram representativas, resultando em bom nível de qualidade de vida em relação à esta variável.

A maioria dos domicílios das ESF na Área de Saúde Nossa Senhora do Amparo da cidade de Rondonópolis apresenta como destino de fezes e urina, o uso de fossas, representando 25.151 (75,3%) de residências computadas. As que apresentam sistema de esgoto somam-se 7.339 (22,5%) e, ainda, o destino à céu aberto representa 53 (0,2%). Nesta variável de nível de qualidade de vida, o uso de fossas não é recomendável por questões de saúde, tanto ambiental como humana, bem como nas questões de higiene e segurança, sendo necessário maior esforço por parte do poder público, na inclusão de domicílios interligados em sistemas de esgoto.

Os dados sobre as formas de tratamento de água nos domicílios das ESF na Área de Saúde Nossa Senhora do Amparo da cidade Rondonópolis, foram representativos os domicílios que utilizam a filtração com um total de 15.517 (47,7%), levando em consideração a média do período de 2010 a 2014. No entanto, é representativo o número de domicílios que não apresentam tratamento de água, num total de 9.285 (28,5%). Relativamente representativo os domicílios que utilizam a cloração, num total de 7.398 (22,7%). Os domicílios que utilizam a fervura foram pouco representativos, com 343 (1,1%), ambos resultados considerando a média do período de 2010 a 2014. Nesta perspectiva, será preciso aumentar os domicílios com tratamento de água para garantir melhor condição de vida. Além da atuação do poder público, será importante também o trabalho de sensibilização junto às comunidades, no sentido de conscientizá-las da importância dessa prática para a sua saúde. Este trabalho normalmente é realizado pelos ACS em suas áreas de adscrição.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o Programa Bolsa Família foi instituído pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, com o objetivo de apoiar as famílias mais pobres e garantir o direito aos serviços sociais básicos, como saúde, educação e assistência social, através da transferência direta de renda mensal do Governo Federal às famílias cadastradas.

Em concordância, Danubila, Ferreira e Monteiro (2010, p. 2), afirmam que os objetivos principais dessa política de repasse monetário, são:

a redução dos problemas de ordem econômica básica nas famílias cuja renda é insuficiente para alimentação, moradia, transporte e vestuário e também incentivar a inserção das crianças na escola, isto é, objetivam inserir os beneficiários, em outras duas políticas: educação e saúde (DANUBILA; FERREIRA; MONTEIRO, 2010, p.2).

O acompanhamento das ações de saúde e nutrição das famílias beneficiárias do Programa na Atenção Básica do SUS, foi assumido pelos estados e municípios por meio do Pacto pela Vida conforme descrito em Portaria Ministerial GM 325 de 21 de fevereiro de 2008 e revogada na Portaria 2669 de 03 de novembro de 2009, ao incluir o Indicador sobre o Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa acompanhadas pela Atenção Básica (BRASIL, 2010).

O agente de saúde é responsável pelo acompanhamento e monitoramento dessas famílias, de modo a observar a situação de saúde e nutrição, colaborando para o desenvolvimento integral dos indivíduos.

Já o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal é um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda, entendidas como aquelas com renda familiar mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou três salários mínimos de renda total (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o Cadastro Único é um mecanismo de integração de programas sociais de diversas áreas e em todos os níveis da federação, constituindo-se em um mapa representativo da parcela mais pobre e vulnerável da população brasileira, com características, necessidades e potencialidades, tornando-se uma ponte para a inclusão social.

De acordo com dados de cobertura de famílias cadastradas no programa Bolsa Família, bem como no Cadastro Único para Programas Sociais (CAD-ÚNICO) que computa os dados de famílias cadastradas em cada município, por meio do Gestor Municipal do Cadastro Único que, em muitos casos, pode ser o gestor do programa Bolsa Família. Das 1.191 (100%) famílias cadastradas nas ESF da Área de Saúde Nossa Senhora do Amparo, 656 (55,1%) recebem o “Bolsa Família” e 535 (44,9%) estão cadastradas no CAD-ÚNICO. Ressalta-se que a cada ano analisado, o número de famílias que procurou por este benefício aumentou significativamente, sendo fundamental para a melhoria de qualidade de vida das pessoas.

Os dados da Ficha A apresentam ainda o número de domicílios com energia elétrica na Área de Saúde Nossa Senhora do Amparo da cidade de Rondonópolis, sendo que em 2010, foram cadastradas 6.615 residências; em 2011, um total de 6.714; em 2012, 6.232; em 2013, 6.016; e, em 2014 6.358 residências. Deste total, 6.182 (97,2%) de domicílios no ano de 2014, possuem energia elétrica, ou seja, um número expressivo na questão energia domiciliar.

Tabela 4. Níveis de vida e dados socioeconômicos das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

VARIÁVEL INVESTIGADA	2010 Nº (%)	2011 Nº (%)	2012 Nº (%)	2013 Nº (%)	2014 Nº (%)	TOTAL GERAL Nº (%)
ABASTECIMENTO DE ÁGUA						
REDE PÚBLICA	6678(99,2)	6796(99,1)	6347(99,5)	6112(98,3)	6250(98,3)	32183(98,9)
POÇO OU NASCENTE	44(0,7)	54(0,8)	27(0,4)	91(1,5)	97(1,5)	313(1,0)
OUTROS	9(0,1)	4(0,1)	3(0,1)	10(0,2)	11(0,2)	37(0,1)
TOTAL GERAL	6731(100)	6854(100)	6377(100)	6213(100)	6358(100)	32533(100)
DESTINO DO LIXO						
COLETA PÚBLICA	6634(98,4)	5900(99,1)	6359(99,7)	6201(99,8)	6347(99,8)	31441(99,4)
QUEIMADO/ENTERRADO	82(1,2)	45(0,8)	13(0,2)	9(0,1)	9(0,1)	158(0,5)
CÉU ABERTO	25(0,4)	8(0,1)	5(0,1)	2(0,03)	2(0,03)	42(0,1)
TOTAL GERAL	6741(100)	5953(100)	6377(100)	6212(100)	6358(100)	31641(100)
ESCOLARIZAÇÃO E ALFABETIZAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA						
7-14 ANOS	3264(16,1)	384(16,3)	2800(14,7)	2480(13,5)	2439(12,8)	14365(14,7)
15 ANOS E + ALFABETIZADOS	16980(83,9)	17371(83,7)	16238(85,3)	15864(86,5)	16546(87,2)	82999(85,3)
TOTAL GERAL	20244(100)	20758(100)	19038(100)	18334(100)	18985(100)	97359(100)
TIPOS DE CASA						
TIJOLO	6462(95,9)	6645(97,0)	6185(97,0)	6136(98,8)	6282(98,8)	31710(97,5)
TAIPA REVESTIDA	39(0,6)	11(0,1)	12(0,2)	19(0,3)	20(0,3)	101(0,3)
TAIPA NÃO REVESTIDA	21(0,3)	9(0,1)	10(0,2)	5(0,08)	5(0,07)	50(0,1)
MADEIRA	70(1,0)	59(0,9)	53(0,8)	33(0,5)	31(0,5)	246(0,8)
MATERIAL APROVEITADO	126(1,9)	115(1,7)	110(1,7)	15(0,2)	15(0,2)	381(1,1)
OUTROS	23(0,3)	15(0,2)	7(0,1)	5(0,1)	5(0,1)	55(0,2)
TOTAL GERAL	6743(100)	6854(100)	6377(100)	6213(100)	6358(100)	32545(100)
DESTINO DE FEZES E URINA						
SISTEMA DE ESGOTO	1406(20,8)	1488(21,7)	1505(23,6)	1438(23,1)	1502(23,6)	7339(22,5)
FOSSA	5311(78,8)	5353(78,1)	4864(76,3)	4771(76,8)	4852(76,3)	25151(77,3)
CÉU ABERTO	24(0,4)	13(0,2)	8(0,1)	4(0,1)	4(0,1)	53(0,2)
TOTAL GERAL	6741(100)	6854(100)	6377(100)	6213(100)	6358(100)	32543(100)
TRATAMENTO DE ÁGUA						
FILTRAÇÃO	2784(41,3)	3089(45,1)	3189(50,0)	3203(51,6)	3252(51,2)	15517(47,7)
FERVURA	82(1,2)	81(1,2)	70(1,1)	56(0,9)	54(0,8)	343(1,1)
CLORAÇÃO	1035(15,4)	1720(25,1)	1497(23,5)	1562(25,1)	1584(24,9)	7398(22,7)
SEM TRATAMENTO	2840(42,1)	1964(28,6)	1621(25,4)	1392(22,4)	1468(23,1)	9285(28,5)
TOTAL GERAL	6741(100)	6854(100)	6377(100)	6213(28,5)	6358(100)	32543(100)
FAMÍLIAS COBERTAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA						
BOLSA FAMÍLIA	-	60(58,8)	158(65,6)	210(42,8)	228(63,9)	656(55,1)
CADASTRO ÚNICO	-	42(41,2)	83(34,4)	281(57,2)	129(36,1)	535(44,9)
TOTAL GERAL	-	102(100)	241(100)	491(100)	357(100)	1191(100)

Fonte: RONDONÓPOLIS (2015).

Org.: SILVA, R. A. (2016).

3.2 - Aspectos Sócio-demográficos da População das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

Durante o período de março de 2016 a fevereiro de 2017, foi realizada pesquisa de campo junto aos moradores pertencentes às 9 ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso. Assim, foi realizado o levantamento exploratório relativo aos problemas sociais e demográficos, pertencentes à população das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso, 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.

Na primeira questão analisada, conforme apresenta a Tabela 5 em relação ao sexo, dos 520 entrevistados, o que corresponde ao total dessa amostra, 190 usuários, equivalente a 36,5% eram do sexo masculino e 330 usuários, equivalente a 63,5% do sexo feminino. Os resultados mostram que na maioria das ESF houve predomínio do sexo feminino, variando de 60,0% a 85,2%.

Os serviços de saúde ofertados na maioria destes postos de atendimento são multiprofissionais, entre eles: serviços do médico generalista, que atende diversos procedimentos (consultas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades de grupo das ESF, atendimento à domicílio, e outros), serviços de enfermagem (acompanhamento de todos os usuários nas fases de desenvolvimento humano), serviços de odontologia (serviços de urgência e pequenas cirurgias, procedimentos de fase clínica em instalação de próteses dentárias elementares) e atendimentos de prevenção realizados por todos os componentes das unidades. Esses profissionais atendem os homens e as mulheres em todos os níveis de faixa etária, perfazendo vários tipos de atendimentos, desde a área de pediatria, ginecologia, geriatria e, também, encaminhamentos para outros níveis de saúde, quando forem necessários. Por sua vez, além de consultar as mulheres, normalmente levam seus filhos em suas consultas, para que possam acompanhar as crianças em seus atendimentos. Esta dinâmica explica, em parte, a presença maior de mulheres nos fluxos de usuários atendidos pelos postos de saúde.

O Ministério da Saúde elaborou em 2008 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), desenvolvida em parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores, acadêmicos e agências de cooperação

internacional, uma política que traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública (BRASIL, 2008).

Estudos comparativos entre homens e mulheres, têm comprovado que os homens são mais vulneráveis às doenças. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) afirma que muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária:

A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2009, p.5).

Diante da problemática de mortalidade maior no sexo masculino, ainda assim, os homens procuram menos as ESF, além do que, a maioria só vai ao encontro de uma unidade de saúde quando já se manifesta alguma patologia. Neste universo, o governo vem realizando campanhas nos últimos anos para que se conscientize e sensibilize a população masculina, ou seja, o Ministério da Saúde vem fortalecendo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que é alinhada à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) associada à Estratégia de Saúde da Família (ESF), para que possam estabelecer novas conexões para a promoção, proteção e reabilitação da saúde dos homens do Brasil. Desta forma, o número de usuários do sexo masculino que frequentam a unidade de saúde tendem a aumentar, para isso é relevante trabalhar a humanização e as questões socioculturais cristalizadas historicamente na população brasileira.

Tabela 5. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo sexo na abrangência das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	SEXO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESF CIDADE ALTA	07	13,5	45	86,5	52	100
ESF CIDADE DE DEUS	24	34,8	45	65,2	69	100
ESF JARDIM ATLÂNTICO	30	46,1	35	53,9	65	100
ESF JARDIM EUROPA	28	43,1	37	56,9	65	100
ESF JARDIM IGUAÇU	22	40,0	33	60,0	55	100
ESF PARQUE DAS ROSAS I	19	28,8	47	71,2	66	100
ESF PARQUE DAS ROSAS II	29	47,5	32	52,5	61	100
ESF PARQUE SÃO JORGE	15	35,7	27	64,3	42	100
ESF VILA CARDOSO	16	35,5	29	64,5	45	100
TOTAL GERAL	190	36,5	330	63,5	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A segunda questão investigada refere-se à faixa etária dos usuários dos serviços nas ESF, de acordo com a Tabela 6. 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 520 usuários, o que corresponde ao total dessa amostra, 68 usuários, equivalente a 13,1% estão acima de 60 anos, seguidos de 68 usuários, equivalente a 13,1% de 51 a 60 anos e 57 usuários, equivalente a 11,0% de 15 a 20 anos. A ESF que apresentou menores porcentagens para idosos foi a do Parque das Rosas II, apresentando 3 usuários, equivalente a 4,9% de mais de 60 anos. As maiores porcentagens de entrevistados ocorreram nas faixas etárias de 21 a 30 anos, com 107 usuários, equivalente a 20,6% e com 133 usuários, equivalente a 25,5% na faixa etária de 31 a 40 anos. Nas análises de campo através das entrevistas foi identificado que os idosos tiveram uma louvável opinião a respeito da importância da unidade de saúde para a sua qualidade de vida, exercendo um papel primordial nas atividades que promovam a saúde, como as de recreação, momentos de socialização e sociabilidade em grupo, seja na área urbana ou rural. Assim, observa-se que os profissionais de saúde envolvidos com as comunidades assistidas neste contexto da saúde da família, são fundamentais para a melhor condução das prevenções e os cuidados primários.

Tabela 6. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo faixa etária dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	FAIXA ETÁRIA												TOTAL GERAL	
	15 a 20		21 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 60		>60			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIDADE ALTA	9	17,3	14	26,9	12	23,1	9	17,3	3	5,8	5	9,6	52	100
C. DE DEUS	9	13,0	13	18,9	15	21,7	13	18,9	12	17,4	7	10,1	69	100
JD. ATLÂNTICO	6	9,2	14	21,6	22	33,8	7	10,8	6	9,2	10	15,4	65	100
JD. EUROPA	5	7,7	16	24,6	16	24,6	11	16,9	7	10,8	10	15,4	65	100
JARDIM IGUAÇU	6	10,9	5	9,2	7	12,7	14	25,4	8	14,5	15	27,3	55	100
PQ. DAS ROSAS I	7	10,7	10	15,1	21	31,8	12	18,2	10	15,1	6	9,1	66	100
PQ. DAS ROSAS II	3	4,9	14	22,9	23	37,7	9	14,8	9	14,8	3	4,9	61	100
PQ. SÃO JORGE	6	14,3	15	35,7	9	21,4	3	7,2	5	11,9	4	9,5	42	100
VL. CARDOSO	6	13,3	6	13,3	8	17,8	9	20,0	8	17,8	8	17,8	45	100
TOTAL GERAL	57	11,0	107	20,6	133	25,5	87	16,7	68	13,1	68	13,1	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A terceira questão investigada refere-se ao grau de escolaridade dos usuários entrevistados, como apresenta a Tabela 7, cujos dados demonstram que dos 520 usuários, o que corresponde ao total dessa amostra, 185 usuários, equivalente a 35,6% possuem nível fundamental, seguidos de usuários, equivalente a 39,8% de nível médio e 207 usuários, equivalente a 9,4% sem qualquer escolaridade. Os níveis maiores de estudo correspondem a 58 usuários, equivalente a 11,2% com curso superior, principalmente nas ESF Parque das Rosas II com 11 usuários, equivalente a 4,0% com curso de pós-graduação, correspondendo a 49 usuários, sendo que a ESF Parque das Rosas II tiveram 6 usuários e a ESF Jardim Europa teve 5 usuários. Estes dados apresentam correspondência com a faixa etária dos entrevistados, onde a maioria das pessoas encontra-se sem escolaridade e fundamental incompleto, sendo pessoas idosas. Já as maiorias das pessoas com graduação e pós-graduação foram de 21 a 50 anos.

Tabela 7. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo escolaridade dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	ENSINO											
	FUNDAMEN.		MÉDIO		SUPERIOR		PÓS-GRADUAÇÃO		S/ ESCOLAR		TOTAL GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIDADE ALTA	26	50,0	16	30,8	7	13,4	0	0	3	5,8	52	100
C. DE DEUS	31	45,0	29	42,0	4	5,8	2	2,9	3	4,3	69	100
JD. ATLÂNTICO	27	41,5	22	33,8	5	7,7	4	6,2	7	10,8	65	100
JD. EUROPA	21	32,3	29	44,6	5	7,7	5	7,7	5	7,7	65	100
JARDIM IGUAÇU	15	27,3	13	23,6	9	16,4	0	0	18	32,7	55	100
PQ. DAS ROSAS I	22	33,3	34	51,5	5	7,6	1	1,5	4	6,1	66	100
PQ. DAS ROSAS II	18	29,5	24	39,3	11	18,0	6	9,9	2	3,3	61	100
PQ. SÃO JORGE	13	31,0	22	52,4	4	9,5	0	0	3	7,1	42	100
VL. CARDOSO	12	26,6	18	40,0	8	17,8	3	6,7	4	8,9	45	100
TOTAL GERAL	185	35,6	207	39,8	58	11,2	21	4,0	49	9,4	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A quarta questão investigada refere-se à renda das famílias que residem na área de abrangência das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso, conforme apresenta a Tabela 8. Dos 520 usuários, o que corresponde ao total dessa amostra, as famílias que recebem de 1 a 2 salários ocorrem com 184 usuários, equivalente a 35,4%; de 2 a 5 salários mínimos 182 usuários, equivalente a 35,0% e de 1 salário mínimo 119 usuários, equivalente a 22,9%. Estes foram os maiores resultados obtidos nesta variável. Em menores porcentagens aparecem 31 usuários, equivalente a 6,0% nas famílias que recebem de 5 a 8 salários e 4 usuários, equivalente a 0,7% nas famílias que recebem acima de 8 salários. Nas ESF Vila Cardoso e ESF Jardim Europa o índice de usuários que recebem até 1 salário mínimo pode ser considerado baixo, com apenas 4 usuários, equivalente a 8,4%, e 6 usuários, equivalente a 9,2%, respectivamente, representando um resultado diferenciado das demais ESF. Estes resultados estão em concordância com as variáveis anteriores, que apontam a prevalência de idosos sem escolaridade ou pouco estudo, que recebem aposentadoria ou benefício de 1 salário, sendo as profissões dos entrevistados apresentadas a seguir.

Tabela 8. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo renda familiar dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	NÚMERO DE SALÁRIOS*										TOTAL GERAL	
	ATÉ 1		1 A 2		2 A 5		5 A 8		> 8			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIDADE ALTA	11	21,2	19	36,6	20	38,4	2	3,8	0	0	52	100
C. DE DEUS	26	37,7	23	33,3	18	26,1	2	2,9	0	0	69	100
JD. ATLÂNTICO	15	23,1	23	35,4	24	36,9	3	4,6	0	0	65	100
JD. EUROPA	6	9,2	15	23,1	35	53,8	8	12,3	1	1,6	65	100
JARDIM IGUAÇU	10	18,2	23	41,8	19	34,6	2	3,6	1	1,8	55	100
PQ. DAS ROSAS I	23	34,9	22	33,3	19	28,8	1	1,5	1	1,5	66	100
PQ. DAS ROSAS II	10	16,4	21	34,4	22	36,1	7	11,5	1	1,6	61	100
PQ. SÃO JORGE	14	33,3	13	31,0	14	33,3	1	2,4	0	0	42	100
VL. CARDOSO	4	8,9	25	55,6	11	24,4	5	11,1	0	0	45	100
TOTAL GERAL	119	22,9	184	35,4	182	35,0	31	6,0	4	0,7	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A quinta questão investigada refere-se à ocupação exercida pelos usuários das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso, conforme apresenta a Tabela 9, que de acordo com os dados, a maioria dos entrevistados encontra-se na situação de empregados, exercendo alguma atividade profissional, em seguida, os resultados apontam para aposentados e autônomos. Em menores números estão os estudantes, seguidos de mulheres do lar e desempregados. Conforme demonstram os resultados os empregados que representam a maioria, 209 usuários, equivalente a 40,2%, estão elencados abaixo de acordo com a ESF e a profissão que exerce. A ESF Cidade Alta: auxiliar de creche, auxiliar de serviços gerais, construtor civil, funilaria, motorista, ourives, *pizzaiolo*, pintor, professor, secretária do lar, segurança, técnico em enfermagem, vendedor e vigilante. Na ESF Cidade de Deus: agente de saúde, auxiliar de serviços gerais, comerciante, educador, empregada doméstica, feirante, professor, cabeleireiro e vendedor. Na ESF Jardim Atlântico: advogado, assistente social, construtor civil, cuidador de idosos, mecânico, motorista, produtor rural e salgadeira. Na ESF Jardim Europa: agente de saúde, babá, auxiliar de serviços gerais, caixa de supermercado, fiscal de obras, guarda noturno, jardineiro, policial militar, recepcionista, porteiro, secretária, técnico em edificações e zootecnista.

Na ESF Jardim Iguaçu: auxiliar de almoxarifado, auxiliar de manutenção, auxiliar de produção, auxiliar de serviços gerais, babá, cobrador, cuidador de idosos, *design*, empregada,

lavrador, instrutor de autoescola, metalúrgico, motorista, operador de máquinas, operador de máquinas agrícolas, professor de capoeira, padeiro, pedreiro, secretária, técnico em logística e vendedor de peças. Na ESF Parque das Rosas I: acompanhante de idosos, auxiliar de manutenção, auxiliar de serviços gerais, barbeiro, caminhoneiro, costureira, educadora, empregada doméstica, gerente de produção, maqueiro, *pet shop*, farmacêutico, lavrador, marceneiro, montador de móveis, operador de máquinas, pedreiro, soldador e vendedor. Na ESF Parque das Rosas II: auxiliar de almoxarifado, auxiliar de laboratório de análises clínicas, auxiliar de manutenção, auxiliar de produção, auxiliar de serviços gerais, babá, comerciante, *design* de sobancelhas, empregada, entregador, lavrador, motorista, operador de máquinas, operador de máquinas agrícolas, operador de *telemarketing*, professor de capoeira, professor universitário, padeiro, pedreiro, psicólogo, secretária e vendedor.

Na ESF Parque São Jorge: açougueiro, auxiliar de almoxarifado, auxiliar de produção, auxiliar de serviços gerais, babá, chapeiro, empregada doméstica, jardineiro, metalúrgico, motorista, operador de máquinas, professor de capoeira, pedreiro, técnico em enfermagem e vendedor de peças. Na ESF Vila Cardoso: agente de saúde, agente prisional, babá, cozinheira, frentista, jardineiro, massagista, moto taxista, recepcionista, secretária, técnico em laboratório e vendedor.

Verifica-se certa correspondência desses resultados com os dados anteriores, referentes ao sexo, à faixa etária e escolaridade dos usuários, pois considerando as mulheres donas de casa e os aposentados, obtém-se um total de 145 pessoas, equivalente a 28,0% que são na maioria mulheres, idosos e com pouco grau de escolaridade. A ESF Jardim Iguaçu apresentou número significativo de aposentados, no total de 15 pessoas, equivalente a 27,3%, também a ESF Vila Cardoso, com 11 pessoas, equivalente a 24,4%, sendo um dado diferenciado das demais unidades de saúde.

Tabela 9. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo ocupação dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	OCUPAÇÃO													
	EMPREG.		DO LAR		DESEMP.		AUTÔN.		APOSENT.		ESTUDAN.		TOTAL GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIDADE ALTA	17	32,7	12	23,1	7	13,5	4	7,7	6	11,5	6	11,5	52	100
C. DE DEUS	18	26,1	13	18,8	10	14,5	16	23,2	8	11,6	4	5,8	69	100
JD. ATLÂNTICO	26	40,0	5	7,7	9	13,8	11	17,0	9	13,8	5	7,7	65	100
JD. EUROPA	35	53,9	6	9,2	6	9,2	6	9,2	7	10,8	5	7,7	65	100
JARDIM IGUAÇU	16	29,1	6	10,9	5	9,1	9	16,4	15	27,3	4	7,2	55	100
PQ. DAS ROSAS I	37	56,1	10	15,1	5	7,6	4	6,1	8	12,1	2	3,0	66	100
PQ. DAS ROSAS II	32	52,4	3	4,9	5	8,2	12	19,7	7	11,5	2	3,3	61	100
PQ. SÃO JORGE	16	38,1	7	16,7	5	11,9	4	9,5	4	9,5	6	14,3	42	100
VL. CARDOSO	12	26,7	8	17,8	6	13,3	6	13,3	11	24,4	2	4,5	45	100
TOTAL GERAL	209	40,2	70	13,5	58	11,2	72	13,8	75	14,4	36	6,9	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A sexta questão referente à quantidade de horas trabalhadas por dia, de acordo com a Tabela 10, mostrou que dos 520 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 256 pessoas, equivalente a 49,2%, considerando também mulheres donas de casa, seguido das atividades desenvolvidas no intervalo de 4 a 7 horas, normalmente 4 horas (como por exemplo, o trabalho de diarista), com 79 pessoas, equivalente a 15,2%; atividades realizadas em intervalos de 1 a 4 horas (por exemplo, autônomos) com 65 pessoas, equivalente a 12,5%, assim como, as atividades realizadas além de 10 horas diárias (donas de casa).

Os entrevistados que não trabalham, totalizaram 93 pessoas, equivalente a 17,9%. A quantidade de horas trabalhadas está intimamente ligada com o tempo disponível para a vida social, incluindo o lazer como moderador na qualidade de vida do indivíduo. Assim, com uma carga horária que ocupa praticamente todo o dia, falta disposição para a prática de exercícios, convivência com outras pessoas, contato com áreas verdes e outros. Esta pesquisa é fundamental para compreender a dinâmicas de saúde, seus tratamentos e a utilização dos espaços públicos neste universo de investigação.

Tabela 10. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo horas diárias de trabalho das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	HORAS DIÁRIAS DE TRABALHO										TOTAL GERAL	
	0		1 A 4		4 A 7		7 A 10		> 10			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIDADE ALTA	7	13,5	3	5,8	4	7,7	36	69,2	2	3,8	52	100
C. DE DEUS	18	26,1	5	7,2	10	14,5	35	50,7	1	1,5	69	100
JD. ATLÂNTICO	10	15,3	12	18,5	12	18,5	26	40,0	5	7,7	65	100
JD. EUROPA	9	13,8	8	12,3	8	12,3	36	55,4	4	6,2	65	100
JARDIM IGUAÇU	14	25,5	8	14,5	10	18,2	22	40,0	1	1,8	55	100
PQ. DAS ROSAS I	8	12,1	4	6,1	13	19,7	39	59,1	2	3,0	66	100
PQ. DAS ROSAS II	11	18,0	6	9,9	8	13,1	31	50,8	5	8,2	61	100
PQ. SÃO JORGE	8	19,0	7	16,7	8	19,0	14	33,4	5	11,9	42	100
VL. CARDOSO	8	17,8	12	26,7	6	13,3	17	37,8	2	4,4	45	100
TOTAL GERAL	93	17,9	65	12,5	79	15,2	256	49,2	27	5,2	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A sétima questão refere-se aos bairros onde residem os usuários do território da área de abrangência das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso, de acordo com a Tabela 11. Como discutido anteriormente, quando da implantação do ESF, 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 ESF.

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 ESF Cidade Alta, dos bairros inicialmente inclusos em sua área de abrangência (parte do Cidade Alta, parte do Jardim Iguazu e Jardim Rondônia), ou seja, possíveis áreas de conflito onde mais de uma ESF atua na atividade preventiva, determinados pela unidade de saúde.

Os bairros Jardim Rondônia, Cidade Alta e Jardim Iguazu foram os representativos na amostra. Contudo, foram encontrados alguns bairros que pertencem a outras áreas de abrangência, como o Jardim Hortência, Vila Poroxo, São Sebastião II, João Antônio Fagundes,

Jardim Participação, Nova Conquista, Cidade de Deus III, Nossa Senhora da Guia, Residencial São José, Jardim Esplanada, Jardim São João, Jardim Popular e Jardim Progresso, sendo representativos. Foram encontrados usuários que residem em outras áreas de abrangência e, mesmo assim, recebem atendimento nesta ESF. De acordo com os resultados obtidos podem-se considerar representativos os demais bairros pertencentes à outra área de abrangência, totalizando 12 usuários, equivalente a 23,1%. As razões para esses fluxos diferenciados serão investigadas adiante.

A ESF Jardim Europa, cuja área de abrangência é formada pelos bairros Residencial Paraíso, parte do Jardim Atlântico, parte do Residencial Três Américas e parte do Jardim Europa, foram representativas na amostra. A ESF ainda apresenta atendimento a bairros de outras áreas de abrangência, como o Residencial Sagrada Família, no entanto, também pouco representativo na amostra.

Na ESF Cidade de Deus, dos bairros inicialmente adscritos na área de abrangência (Cidade de Deus I, II e III) pode-se considerar representativo na amostra os bairros Cidade de Deus I, II, e III. Ainda aparecem na amostra alguns bairros que pertencem a outras áreas de abrangência, como o bairro Sagrada Família, Jardim Atlântico, Jardim Europa, Cohab Ana Carla, Parque São Jorge, Residencial João Antônio Fagundes, Residencial André Maggi, Residencial Ananias Filho e Cidade Alta, foram representativos na amostra. Esta ESF apresenta uma característica peculiar, pois funciona como uma unidade de Pronto Atendimento no período noturno, até 21 horas.

A ESF Jardim Atlântico, cuja área de abrangência é formada pelos bairros Jardim Atlântico, parte do Residencial Sagrada Família e parte do Jardim Europa, teve a mesma dinâmica das unidades anteriormente analisadas, sendo o bairro do Jardim Atlântico, onde se localiza a unidade de saúde, e os outros pertencentes à área de abrangência foram poucos representativos. No entanto, esta ESF apresenta também 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 ESF anteriores, quais sejam: Alfredo de Castro, Vila Paulista e também a área rural Gleba Dom Bosco, por exemplo. E se caracteriza por uma demanda espontânea provinda de outras áreas de abrangência. 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 17 pessoas, equivalente a 26,2%.

Verifica-se nesta ESF uma dinâmica de fluxos diferenciada das ESF anteriores, pois a procura de atendimento por parte de outros usuários que não pertencem a área é relativamente

representativa, ou seja, esta unidade é mais procurada do que as outras, por moradores de outros bairros do município, sendo que possui uma farmácia de entrega de medicamentos, dentista e outros serviços de saúde relevantes a população. Esses bairros citados, em sua maioria, são formados por comunidades que não possuem unidade de atendimento de saúde na sua área quando foram entrevistados.

Na ESF Jardim Europa a área de abrangência e parte do Jardim Atlântico, parte do Jardim Europa, parte do Residencial Três Américas, Residencial Paraíso e Chácaras Alegria, podendo se considerar representativo a amostra dos bairros que pertencem à área e, os outros bairros que não pertencem a área foram pouco representativos.

Verifica-se na ESF Jardim Iguaçu que a área de abrangência adscrita é formada por partes dos bairros Jardim Iguaçu e São Sebastião II, podendo se considerar representativo os bairros pela amostragem, porém, bairros pertencentes a outras áreas também foram representativos, nos quais podem se citar os bairros Jardim Rondônia, Residencial Lucia Maggi, Nossa Senhora do Amparo, correspondendo a 14 usuários, equivalente a 25,5%.

Na ESF Parque das Rosas I os bairros pertencentes a esta área de saúde são parte do Residencial Margarida, Parque das Rosas somente a quadra 50 e Residencial Sítio Farias, sendo a amostra representativa para esses bairros. Esta ESF obteve o maior número de usuários da zona rural, apresentando 4 usuários, que correspondem a 6,1%, sendo um dado diferenciado na pesquisa. Já na ESF Parque das Rosas II tem-se parte do bairro Residencial Margarida, Residencial Sagrada Família, Residencial Azaleia e o Parque das Rosas, exceto a quadra 50, todos os bairros pertencentes a esta unidade de saúde foram representativos, sendo que os usuários oriundos de outras áreas foram poucos representativos.

Na penúltima ESF Parque São Jorge tem-se os seguintes bairros pertencentes a área de saúde: o Parque São Jorge e parte do Residencial Sagrada Família, sendo que os resultados obtidos foram representativos satisfatoriamente, e usuários oriundos de outros lugares foram poucos representativos.

Por fim, tem-se a ESF Vila Cardoso que tem como parte desta unidade de saúde os bairros Vila Cardoso, Jardim Glória e parte da Vila Poroxo e São Sebastião, nos quais tiveram uma boa representatividade por parte dos usuários assistidos por essa unidade.

Tabela 11. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo residentes nos bairros de abrangência das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

BAIRROS	EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA																	
	CIDADE ALTA		C. DE DEUS		JD. ATLÂNTICO		JD. EUROPA		JARDIM IGUAÇU		PQ. DAS ROSAS I		PQ. DAS ROSAS II		PQ. SÃO JORGE		VILA CARDOSO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIDADE ALTA	25	48,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JARDIM IGUAÇU	8	15,4	0	0	0	0	0	0	32	58,2	0	0	0	0	0	0	0	0
JARDIM RONDONIA	7	13,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C. DE DEUS I, II E III	0	0	58	84,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JD. ATLÂNTICO*	0	0	0	0	30	46,1	7	10,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RES. SG. FAMÍLIA*	0	0	0	0	10	15,4	3	4,6	0	0	0	0	17	27,7	6	14,3	0	0
JD. EUROPA*	0	0	0	0	8	12,3	30	46,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RES. PARAÍSO	0	0	0	0	0	0	9	13,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHAC. ALEGRIA	0	0	0	0	0	0	8	12,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RES. T. AMERICA	0	0	0	0	0	0	6	9,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V. S. SEBASTIÃO *	0	0	0	0	0	0	0	0	9	16,4	0	0	0	0	0	0	2	4,4
RES. MARGARIDA*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	36,4	4	6,7	0	0	0	0
RES. AZALÉIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	59,0	0	0	0	0
PQ. DAS ROSAS*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	9,1	3	4,9	0	0	0	0
RES. SÍTIO FARIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	45,5	0	0	0	0	0	0
PQ. SÃO JORGE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	76,2	0	0
VILA CARDOSO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	75,6
JARDIM GLÓRIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	8,9
VILA POROXO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	8,9
ABRAGÊNCIAS EXTERNAS	12	23,1	11	15,9	15	23,1	2	3,1	14	25,4	2	3,0	1	1,7	4	9,5	1	2,2
AREA RURAL	0	0	0	0	2	3,1	0	0	0	0	4	6,0	0	0	0	0	0	0
OUTROS MUNICÍPIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL GERAL	52	100	69	100	65	100	65	100	55	100	66	100	61	100	42	100	45	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A oitava questão analisa o tempo de residência dos usuários das Equipes de Saúde da Família na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso, de acordo com a Tabela 12. Dos 520 entrevistados, o que corresponde ao total dessa amostra, os residentes nos bairros no período de 6 a 10 anos, correspondem a 106 usuários, equivalente a 20,4% e de residentes no período de 1 a 3 anos, com o total de 81 usuários, equivalente a 15,6%.

Em seguida os resultados demonstram os residentes no período de 3 a 6 anos, num total de 79 usuários, equivalente a 15,2%, seguidos de pessoas que residem a menos de 1 ano, num total de 59 usuários, equivalente a 11,3%.

Verifica-se que os dados de usuários que residem nos bairros de abrangência das ESF no período maior de 10 anos são predominantes, perfazendo um total de 195 usuários, o equivalente a 37,5%, sendo que a maioria desses moradores são antigos, morando nos bairros desde a sua inauguração, ou seja, pessoas que tem vivência, experiência e conhecimento do seu entorno.

Os dados permitem separar os bairros por ESF, demonstrando os totais de usuários por bairros e seus períodos de tempo de residência. Os fluxos de população provindos de outras áreas de abrangência representaram 62 usuários, o equivalente a 11,9%, da área rural, 6 usuários, o equivalente a 1,2% e nenhum residente de outro município.

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 ESF, ou seja, não se dirigem a sua unidade de saúde de referência, tendo como justificativas, melhor atendimento prestado pela outra unidade de saúde, melhores condições de consultas, falta de ESF no bairro que reside e outras.

Tabela 12. Número de pessoas (Nº) e percentual (%) segundo tempo de residência nos das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	TEMPO DE RESIDÊNCIA										TOTAL GERAL	
	< 1 ANO		1 A 3		3 A 6		6 A 10		> 10			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIDADE ALTA	6	15,0	10	25,0	3	7,5	4	10,0	17	42,5	40	100
CIDADE DE DEUS	5	8,6	8	13,8	17	29,3	15	25,9	13	22,4	58	100
JARDIM ATLÂNTICO	2	4,2	5	10,4	9	18,7	12	25,0	20	41,7	48	100
JARDIM EUROPA	2	3,2	6	9,5	8	12,7	7	11,1	40	63,5	63	100
JARDIM IGUAÇU	6	14,6	3	7,3	3	7,3	4	9,7	25	60,1	41	100
PARQUE DAS ROSAS I	7	11,7	8	13,3	8	13,3	25	41,7	12	20,0	60	100
PARQUE DAS ROSAS II	9	15,0	16	26,6	7	11,7	21	35,0	7	11,7	60	100
PARQUE SÃO JORGE	5	13,2	8	21,0	5	13,2	3	7,9	17	44,7	38	100
VILA CARDOSO	4	9,1	5	11,4	5	11,4	8	18,1	22	50	44	100
ABRANGÊNCIA EXTERNA	12	19,3	12	19,3	10	16,2	7	11,3	21	33,9	62	100
ÁREA RURAL	1	16,7	0	0	4	83,3	0	0	1	16,7	6	100
OUTROS MUNICÍPIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
TOTAL GERAL	59	11,3	81	15,6	79	15,2	106	20,4	195	37,5	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

Na nona questão analisada conforme os dados da Tabela 13, referentes ao número de pessoas na família, prevaleceram as famílias compostas de 3 a 5 pessoas, normalmente 4 pessoas, com 337 pessoas entrevistados, equivalente a 64,8%, sendo o casal e dois filhos; seguidos de famílias compostas por menos de 2 pessoas, com 143 indivíduos, equivalentes a 27,0 %, sendo que desse grupo prevaleceram os idosos e os casais. As famílias numerosas obtiveram menores percentuais na amostra, sendo que as de 6 a 10 pessoas representaram 7,7% e, as com mais de 10 pessoas residentes no domicílio não ocorreu em nenhum dos entrevistados.

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

Tabela 13. Número de pessoas (Nº) na família e percentual (%) dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA								TOTAL GERAL	
	<2		3 A 5		6 A 10		>10			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIDADE ALTA	12	23,1	35	67,3	5	9,6	0	0	52	100
C. DE DEUS	23	33,3	38	55,1	8	11,6	0	0	69	100
JD. ATLÂNTICO	23	35,4	38	58,5	4	6,1	0	0	65	100
JD. EUROPA	26	40,0	34	52,3	5	7,7	0	0	65	100
JARDIM IGUAÇU	15	27,3	37	67,3	3	5,4	0	0	55	100
PQ. DAS ROSAS I	20	30,3	44	66,7	2	3,0	0	0	66	100
PQ. DAS ROSAS II	13	21,3	46	75,4	2	3,3	0	0	61	100
PQ. SÃO JORGE	4	9,5	33	78,6	5	11,9	0	0	42	100
VL. CARDOSO	7	15,6	32	71,1	6	13,3	0	0	45	100
TOTAL GERAL	143	27,5	337	64,8	40	7,7	0	0	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

3.3. A comunicabilidade e o aproveitamento das ESF por parte da sociedade na área de saúde Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

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 os serviços das ESF, exposta na Tabela 14, constatou-se que a maioria utiliza as unidades de saúde, por vários motivos citados: obter assistência em consultas médicas e odontológicas; receber informações de prevenção e manutenção dos cuidados com a saúde; tomar vacinas e injeções de campanhas e periódicas; acompanhar seus tratamentos junto aos grupos de saúde; adquirir medicamentos de controle de diversos tipos de patologias no setor farmacêutico da ESF; obter guias médicas que encaminhem para exames específicos e consultas com especialistas de área; para os atendimentos de urgência e emergência, pois necessitam de atendimento de média ou alta complexidade; pelo próprio hábito de frequentar o posto de saúde, para aferir a pressão, buscar informação de determinado fármaco, acompanhar alguém que necessite, ou, até mesmo, na vacinação antirrábica de animais que acontece nesses locais em determinados períodos do ano.

As pessoas que não costumam frequentar as ESF fazem normalmente por outros motivos: acompanham vizinhos para auxiliar, não sentem necessidade de receber os serviços prestados pela unidade de saúde; possuem plano privado de saúde; alguns consideram os

serviços de má qualidade; outros consideram que estes postos de saúde estão distantes de suas residências, dificultando o acesso à ESF; também existem alguns usuários que preferem ser atendidos por unidades de saúde de outra área. Todavia, existem argumentos que, por alguns períodos, estas unidades ficam sem médicos, preferindo o atendimento da UPA da cidade de Rondonópolis, pois acreditam que neste local irão encontrar resolutividade no tratamento de suas enfermidades.

Do total de 520 entrevistados, tem-se que 92,5%, o equivalente a 481 pessoas, são usuários assíduos da ESF, sendo apenas 7,5%, o equivalente a 39 pessoas, usuários que não costumam frequentar a ESF. Verifica-se com esses resultados que a população entrevistada pertencente às áreas de abrangência das ESF, realmente necessitam do atendimento de saúde ofertado pelas unidades existentes na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.

Tabela 14. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) que utilizam os serviços das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	SIM		NÃO		TOTAL GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESF CIDADE ALTA	48	92,3	4	7,7	52	100
ESF CIDADE DE DEUS	66	95,7	3	4,3	69	100
ESF JARDIM ATLÂNTICO	61	93,8	4	6,2	65	100
ESF JARDIM EUROPA	59	90,8	6	9,2	65	100
ESF JARDIM IGUAÇU	52	94,5	3	5,5	55	100
ESF PARQUE DAS ROSAS I	62	93,9	4	6,1	66	100
ESF PARQUE DAS ROSAS II	54	88,5	7	11,5	61	100
ESF PARQUE SÃO JORGE	40	95,2	2	4,8	42	100
ESF VILA CARDOSO	39	86,7	6	13,3	45	100
TOTAL GERAL	481	92,5	39	7,5	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A décima primeira variável refere-se à frequência em espaços públicos dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso, mostrado na Tabela 15. De acordo com os dados, a opção "eventualmente" foi equivalente a 34,2%, sendo que a maioria das pessoas diz não ter tempo para frequentar espaços públicos, pois existem obrigações no decorrer do dia que acabam impossibilitando a sua disponibilidade para os momentos de lazer.

Na alternativa "sempre", equivalente a 23,5%, das 520 pessoas entrevistadas, 122 pessoas disseram que sempre estão em espaços públicos, principalmente jovens e idosos.

A próxima alternativa com maior porcentagem foi "aos finais de semana", equivalente a 17,9%, prevalecendo, principalmente, mulheres que utilizam esses espaços para brincar com seus filhos.

Os menos citados pelos entrevistados foram "nunca" e "uma vez", equivalentes a 14,0% e 10,4% respectivamente, onde os usuários que optaram pela alternativa não gostam de sair de casa; uns não frequentam pela ausência deste espaço público próximo à sua residência; acreditam que há pouca atratividade nos locais públicos e preferem frequentar outros locais privados para seu lazer, e, os outros que frequentam uma vez por semana argumentam dispor de pouco tempo para estar nesses locais. Neste sentido, até gostariam de visitar com maior frequência, mas ficam impossibilitados pelo cansaço do serviço, porém, fazem ao máximo para estar, pelo menos um dia da semana para praticar um esporte, correr ou caminhar, pois dizem que faz muito bem para o corpo, a mente e a saúde.

Tabela 15. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo frequência em espaços públicos dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	FREQUENCIA EM ESPAÇOS PUBLICOS											
	1 VEZ		AOS FINAIS DE SEMANA		SEMPRE		EVETUAL.		NUNCA		TOTAL GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESF CIDADE ALTA	3	5,8	10	19,2	12	23,1	18	34,6	9	17,3	52	100
ESF CIDADE DE DEUS	6	8,7	8	11,6	17	24,6	26	37,7	12	17,4	69	100
ESF JARDIM ATLÂNTICO	7	10,8	13	20,0	16	24,6	20	30,8	9	13,8	65	100
ESF JARDIM EUROPA	6	9,3	14	21,5	15	23,1	22	33,8	8	12,3	65	100
ESF JARDIM IGUAÇU	6	10,9	11	20,0	12	21,8	18	32,7	8	14,6	55	100
ESF PARQUE DAS ROSAS I	7	10,6	12	18,2	16	24,2	25	37,9	6	9,1	66	100
ESF PARQUE DAS ROSAS II	8	13,1	14	22,9	13	21,3	17	27,9	9	14,8	61	100
ESF PARQUE SÃO JORGE	5	11,9	8	19,0	8	19,0	17	40,5	4	9,6	42	100
ESF VILA CARDOSO	6	13,3	3	6,7	13	28,9	15	33,3	8	17,8	45	100
TOTAL GERAL	54	10,4	93	17,9	122	23,5	178	34,2	73	14,0	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A décima segunda questão analisada refere-se ao período livre que as pessoas dispõem em horas semanais dedicadas ao lazer dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso, iniciando a pesquisa sobre a vinculação das áreas verdes entre os serviços públicos de saúde. Os moradores residentes no território de saúde Nossa Senhora do Amparo, permitem se dispor de algumas horas da semana, para frequentar uma praça, um parque, o horto florestal da cidade de Rondonópolis? Será que essas pessoas acreditam que o contato com o verde traz benefícios à sua saúde?

De acordo com os dados exibidos na Tabela 16, a maioria dos entrevistados não disponibiliza de tempo semanal para se dedicar ao lazer. O intervalo de 5 a 10 horas semanal representou 134 usuários, o equivalente a 25,8%. Em seguida tem-se o período de 10 a 15 horas, equivalente a 25,2%. Porém, tem-se o intervalo de 1 a 5 horas semanais, representando 127 usuários, o equivalente a 24,7% e 0 hora, representando 47 usuários, equivalente a 9,0%. Normalmente são as pessoas que trabalham ou estudam inclusive as mulheres donas de casa que destinam praticamente o seu tempo para desenvolver diversas atividades semanais, priorizando a vida profissional e intelectual, do que a preocupação com a qualidade de vida. Nesta variável pode-se considerar, por exemplo, as mulheres donas de casa, que dedicam praticamente o dia inteiro a essa atividade.

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

De modo geral, os usuários dos serviços de saúde destinam pouquíssimo tempo durante a semana para se dedicar ao lazer. Esta característica representa pouca dedicação à saúde, desencadeando diversas patologias, principalmente dos aparelhos respiratórios ou circulatórios, que ocorrem com frequência, de acordo com o DATASUS (BRASIL; 2010-2014). Assim, interagindo algumas horas durante a semana em locais que ofereçam contato com verde, pode-se transformar este tempo em algo primordial na qualidade e manutenção da saúde.

Tabela 16. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo número de horas semanais para o lazer dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	LAZER												TOTAL GERAL	
	0		1 A 5		5 A 10		10 A 15		15 A 20		> 20			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIDADE ALTA	3	5,8	15	28,8	13	25,0	12	23,1	8	15,4	1	1,9	52	100
C. DE DEUS	6	8,7	18	26,1	14	20,3	19	27,5	7	10,2	5	7,2	69	100
JD. ATLÂNTICO	7	10,8	7	10,8	14	21,5	23	35,4	8	12,3	6	9,2	65	100
JD. EUROPA	4	6,2	16	24,6	20	30,8	17	26,1	5	7,7	3	4,6	65	100
JARDIM IGUAÇU	6	10,9	17	30,9	12	21,8	14	25,5	4	7,3	2	3,6	55	100
PQ. DAS ROSAS I	5	7,6	15	22,7	20	30,3	18	27,3	6	9,1	2	3,0	66	100
PQ. DAS ROSAS II	4	6,6	12	19,6	23	37,7	11	18,0	7	11,5	4	6,6	61	100
PQ. SÃO JORGE	6	14,3	12	28,6	12	28,6	9	21,4	3	7,1	0	0	42	100
VL. CARDOSO	6	13,3	15	33,3	6	13,3	8	17,8	7	15,6	3	6,7	45	100
TOTAL GERAL	47	9,0	127	24,4	134	25,8	131	25,2	55	10,6	26	5,0	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A décima terceira questão analisada refere-se aos lugares de lazer frequentados pelos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso, conforme apresenta a Tabela 17. Nesta variável o percentual de pessoas que frequentam "casa dos amigos e/ou parentes" e "casa", equivalente 27,8% e 18,1%, respectivamente. Assim, 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, fazer um almoço em família. Já a questão de frequentar a casa dos amigos e/ou parentes segue a mesma dinâmica, pois as pessoas preferem estar no ciclo afetivo de seus pares e dentro do aconchego das residências.

Nesta ótica, observa-se certo distanciamento de locais livres, pois o temor da criminalidade alerta a população, por isso, é fundamental que as praças, os parques, os espaços públicos de maneira geral, favoreçam a frequência da comunidade, possibilitando a atratividade

das famílias nesses locais, promovendo eventos, gincanas, cinema comunitário, entre outros, com segurança.

Para Camargo (2012, p. 5), existem vários pontos de vistas sobre as formas de lazer,

o que também varia são as concepções ligadas ao lazer: em algumas culturas, há mais ênfase no desporto e nas atividades ao ar livre, em outras, nas atividades de sociabilidade; em países francófonos, você coloca um pouco mais de ênfase na cultura, etc. Além disso, os significados de lazer variam muito segundo os ciclos de vida (adolescentes, pais jovens, idosos, etc) (CAMARGO, 2012, p.4).

Em seguida a alternativa “outros”, equivalente a 14,2% dos entrevistados, exemplifica diversos locais onde as pessoas procuram alguma forma de lazer, tais como: nas ruas do próprio bairro, onde residem para fazer caminhadas e comemorações folclóricas, por exemplo: a Festa de São João; a igreja que para muitos é sinônimo de lazer; os passeios ciclísticos que vem se tornando expressivo entre pessoas de diversas idades.

Gehl e Gemzoe (2002, p.10), no livro “Novos espaços urbanos”, apresentam no primeiro capítulo uma descrição de um dia de sol na área central de Copenhague, demonstrando a importância das ruas para o convívio,

(...) os espaços urbanos receberam uma nova forma e um novo conteúdo. (...) A vida nas ruas revela-se como um cortejo colorido e variado, neste dia de verão. Um traço comum é o caráter recreativo das atividades que se desenvolvem. Outro é a sua qualidade social. Os novos espaços urbanos liberados do carro são usados para uma forma urbana de recreação social, uma forma especial, na qual a oportunidade de ver, encontrar e interagir com outras pessoas é uma atração importante (GEHL e GEMZOE, 2002, p.10).

Especificamente na área Nossa Senhora do Amparo às pessoas normalmente percorrem o trajeto da Avenida dos Estudantes (MT-130) até o Parque da Seriema, bem como em outros trechos da cidade e da região aproveitando a beleza paisagística de áreas de preservação, com cachoeiras e trilhas que vem se estabelecendo como potencial turístico de Rondonópolis. De acordo com Rondonópolis (2015), o Parque da Seriema, conforme apresenta a Figura 5, terá ciclovia, lago, pista de caminhada, pista de autódromo, praia, museu e biblioteca, quadra de futebol, vôlei de areia, piscina natural, banheiros, duchas, trilhas suspensas em madeira, quiosques e deck.



Figura 5. Projeto do Parque da Sériema, Rondonópolis, Mato Grosso.
 Fonte: Rondonópolis (2015).

O espaço escolar também é muito utilizado pelos jovens para o lazer, através de jogos estudantis, gincanas, projeto de capoeira, dança e outros espaços, tais como, a academia de musculação e ginástica; bares e conveniências, lanchonetes e pizzaria que foram equipamentos urbanos citados como espaços de lazer pelos entrevistados.

A variável “praça”, equivalente a 12,8% dos entrevistados, normalmente é visitada por jovens e idosos, sendo que os primeiros utilizam, principalmente, para prática esportiva e o convívio social com os amigos e colegas, e, os segundos comparecem, principalmente, para caminhadas de acordo com recomendações médicas.

As alternativas “shopping center” e “cinema”, equivalente a 9,7% e 6,3%, sendo o Rondon Plaza Shopping, é frequentado principalmente pelos jovens e pessoas adultas, que utilizam este local para diversão em jogos eletrônicos, compras de roupas e, também, para frequentar a academia. Todavia, o único cinema da cidade de Rondonópolis encontra-se no interior do shopping.

Em menores porcentagens encontram-se as variáveis “campo” frequentado normalmente por pessoas que já residem em área rural e outros que possuem sítios e chácaras no entorno da cidade de Rondonópolis que preferem migrar para estes locais em suas folgas semanais. Também a variável “clube”, de acordo com a amostra, normalmente frequentado por pessoas de várias idades nos clubes de piscinas para se refrescar do calor da cidade, principalmente na região da Rodovia do Peixe, onde existem alguns locais propícios à sociabilidade. E, ainda, a variável: “pesqueiro”, que tem pouca procura por parte da população investigada, no entanto, existem em áreas do entorno do município e, também, na área rural, mas são pouco utilizadas como lazer, principalmente, por serem distantes, sendo o acesso mais oneroso.

Dos 520 entrevistados foram identificados 783 locais de lazer, o que correspondeu a frequentar 1,5 locais de lazer para cada usuário da ESF, considerando que muitos optaram por mais de uma alternativa.

Tabela 17. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo locais de lazer dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	MOTIVOS *																					
	CAMPO		CASA DOS PARENTES E/OU AMIGOS		CINEMA		CLUBE		PARQUE		PESQUEIRO		PRAÇA		SHOPPING		CASA		OUTROS		TOTAL GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIDADE ALTA	4	5,5	19	26,0	6	8,2	2	2,8	0	0	1	1,4	8	11,0	3	4,1	15	20,5	15	20,5	73	100
C. DE DEUS	6	7,3	27	32,9	4	4,9	2	2,5	0	0	0	0	10	12,2	5	6,1	16	19,5	12	14,6	82	100
JD. ATLÂNTICO	6	5,6	22	20,6	8	7,5	4	3,7	0	0	4	3,7	19	17,8	14	13,1	12	11,2	18	16,8	107	100
JD. EUROPA	3	3,7	16	19,8	6	7,4	7	8,6	1	1,2	1	1,2	15	18,6	7	8,6	14	17,3	11	13,6	81	100
JARDIM IGUAÇU	7	8,3	25	29,8	5	6,0	0	0	0	0	3	3,6	6	7,1	8	9,5	16	19,0	14	16,7	84	100
PQ. DAS ROSAS I	6	7,1	21	25,0	7	8,3	4	4,8	2	2,4	0	0	5	6,0	12	14,3	18	21,4	9	10,7	84	100
PQ. DAS ROSAS II	2	2,2	30	33,8	8	9,0	5	5,6	0	0	2	2,2	8	9,0	10	11,2	11	12,4	13	14,6	89	100
PQ. SÃO JORGE	3	3,7	25	30,9	3	3,7	2	2,5	0	0	0	0	11	13,6	6	7,4	19	23,4	12	14,8	81	100
VL. CARDOSO	6	5,9	33	32,4	2	2,0	1	1,0	1	1,0	2	2,0	18	17,6	11	10,8	21	20,5	7	6,8	102	100
TOTAL GERAL	43	5,5	218	27,8	49	6,3	27	3,4	4	0,5	13	1,7	100	12,8	76	9,7	142	18,1	111	14,2	783	100

*Alguns entrevistados optaram por mais de 1 alternativa.

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A décima quarta questão apresenta os diversos motivos pelos quais os usuários das Unidades Básicas de Saúde costumam frequentar os espaços de lazer mencionados na Tabela 18. 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 26,7%, é normalmente realizada nas ruas, na calçada do Rondon Plaza *Shopping*, na avenida dos estudantes (MT-270) e nas praças existentes na área de saúde Nossa Senhora do Amparo. A variável representativa, equivalente a 24,0% dos entrevistados denominada “outros” apresentou vários motivos de frequência nestes espaços de sociabilidade, quais sejam: lancha; simplesmente passear; assistir apresentações culturais ou participar de festas populares; conversar; beber; namorar e pescar.

A respeito da variável na amostra “levar criança ou filho para brincar”, equivalente a 20,9%, reforçou a frequência em espaços de lazer para que as crianças possam brincar e interagir com outras crianças de suas idades, favorecendo o vínculo afetivo pelo semelhante. Já a variável “praticar esportes”, equivalente 17,7%, teve uma boa representatividade, principalmente mencionada pelos jovens que buscam o lazer em benefício da saúde, praticando esportes que favorecem a manutenção de seu corpo, auxiliando na questão cardiorrespiratória.

Os dados também demonstram algumas porcentagens menores nas variáveis "não frequenta", “descansar”, “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, evidenciando a falta do hábito de leitura. Também, a falta de informação sobre a necessidade que o organismo humano tem em tomar sol e descansar, sendo evidente que esses locais favorecem a contemplação e o descanso mental favorecendo positivamente o corpo.

Conforme os resultados obtidos, os usuários dos serviços de saúde da área Nossa Senhora do Amparo apresentaram uma frequência baixa em relação aos espaços de lazer, sendo a atividade representativa, a caminhada, normalmente realizada no *shopping* da cidade e na MT-270 e 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, ou seja, tornam-se necessários maiores investimentos em espaços verdes nestas localidades, permitindo melhor uso da cidade.

Tabela 18. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo os motivos de frequência aos espaços de lazer dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	MOTIVOS *																	
	NÃO FREQUENTA		TOMAR SOL		DESCANSAR		CAMINHAR		PRATICAS DE ESPORTES		LER		LEVAR CRIANÇAS PARA BRINCAR		OUTROS		TOTAL GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESF CIDADE ALTA	0	0	1	1,9	0	0	15	28,8	7	13,5	0	0	12	23,1	17	32,7	52	100
ESF CIDADE DE DEUS	0	0	0	0	6	8,6	11	15,7	13	18,6	1	1,4	14	20,0	25	35,7	70	100
ESF JARDIM ATLÂNTICO	3	3,8	0	0	4	5,1	24	30,4	16	20,2	3	3,8	18	22,8	11	13,9	79	100
ESF JARDIM EUROPA	2	2,8	2	2,8	0	0	21	29,2	14	19,4	0	0	14	19,4	19	26,4	72	100
ESF JARDIM IGUAÇU	7	11,9	0	0	0	0	17	28,8	12	20,3	2	3,4	9	15,3	12	20,3	59	100
ESF PARQUE DAS ROSAS I	6	9,1	0	0	2	3,0	15	22,7	12	18,2	0	0	15	22,7	16	24,3	66	100
ESF PARQUE DAS ROSAS II	4	5,9	0	0	0	0	15	22,1	14	20,6	0	0	19	27,9	16	23,5	68	100
ESF PARQUE SÃO JORGE	5	8,6	0	0	3	5,2	18	31,0	7	12,1	0	0	10	17,2	15	25,9	58	100
ESF VILA CARDOSO	6	9,4	1	1,6	5	7,8	21	32,8	9	14,0	0	0	12	18,8	10	15,6	64	100
TOTAL GERAL	33	5,6	4	0,7	20	3,4	157	26,7	104	17,7	6	1,0	123	20,9	141	24,0	588	100

*Alguns entrevistados optaram por mais de 1 alternativa.

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A décima quinta questão refere-se ao número de usuários que frequenta a praça próxima das equipes de saúde da família na área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, apresentando os diversos motivos e opiniões sobre o tema abordado apontados na Tabela 19.

De acordo com os dados, a maioria dos entrevistados costuma frequentar as praças próximas às suas residências, porém, as moradias próximas de algumas unidades de saúde não são agraciadas por estes espaços, ficando sem opção de usufruir deste local.

A ESF Jardim Atlântico e a ESF Cardoso apresentaram como resultados em relação às demais unidades de saúde da área Nossa Senhora do Amparo, o percentual de 87,7% e 82,2%, respectivamente. Percebe-se que apresentou índices significativos, pois se considera que ambas as unidades de saúde possuem praças próximas, propiciando o seu uso pelos usuários. Logo em seguida, tem-se a ESF Jardim Europa, que teve 80,0% dos entrevistados que frequentam a praça próxima da unidade de saúde, ou seja, nestas 3 ESF tem-se praças próximas, contribuindo para a utilização destes espaços nas diversas práticas esportivas e de convivência.

Já a ESF Cidade de Deus apresentou 63,8%, possuindo uma praça pequena para o uso da comunidade, sendo precária nas condições ideais para sua utilização, ficando os usuários restritos a uma estrutura adequada do espaço público, mesmo assim, muitos entrevistados falaram que utilizam as praças que se encontram no Jardim Atlântico, principalmente, pela proximidade e pela estrutura que oferece à comunidade.

A ESF Jardim Iguazu e Cidade Alta apresentaram 54,5% e 55,8%. Ambas não possuem praças para suas atividades físicas e de lazer, tendo como auxílio o Mini estádio Vitorino Garcia de Farias situado na área do ESF Iguazu, localizado no bairro Jardim Iguazu, ficando próximas às duas unidades de saúde. Todavia, este local não tem condições de atender com qualidade os moradores que vivem próximos, pois só possui um campo de futebol em precárias condições. Existe outra área no bairro Jardim Rondônia, cujo território é pertencente à ESF Cidade Alta, sem nenhum gramado, em péssimas condições para o uso e ocupação.

Algumas ESF na amostra apresentaram variáveis com valores menores, sendo elas: a ESF Parque das Rosas I, 12,1%; a ESF Parque das Rosas II, 16,4% e a ESF Parque São Jorge, 19,0%. Por fim, essas últimas 3 ESF, possuem espaços para a instalação de praças, mas, até o presente momento, não estão aproveitados para este fim. Portanto, é necessária melhor utilização e investimentos em locais onde a população possa usufruir de momentos agradáveis em sociedade, seja, na prática esportiva, nos momentos de convívio, no cuidado da saúde, na contemplação do verde ou em outras atividades que possam ser desenvolvidas nestes espaços.

Tabela 19. Número de usuários (Nº) e porcentagem (%) que frequenta a praça próxima das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	SIM		NÃO		TOTAL GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESF CIDADE ALTA	29	55,8	23	44,2	52	100
ESF CIDADE DE DEUS	44	63,8	25	36,2	69	100
ESF JARDIM ATLÂNTICO	57	87,7	8	12,3	65	100
ESF JARDIM EUROPA	52	80,0	13	20,0	65	100
ESF JARDIM IGUAÇU	30	54,5	25	45,5	55	100
ESF PARQUE DAS ROSAS I	8	12,1	58	87,9	66	100
ESF PARQUE DAS ROSAS II	10	16,4	51	83,6	61	100
ESF PARQUE SÃO JORGE	8	19,0	34	81,0	42	100
ESF VILA CARDOSO	37	82,2	8	17,8	45	100
TOTAL GERAL	275	52,9	245	47,1	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A décima sexta questão apresenta as opiniões para a melhoria dos espaços públicos dos usuários das equipes de saúde da família na área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso exibidas na Tabela 20.

De acordo com os dados, a maioria dos entrevistados mencionou a alternativa "outro", equivalente a 35,2%, sendo que as principais melhorias citadas foram, a necessidade de banheiros, a ausência de bebedouros, *playground*, quadras poliesportivas, bancos, gramados e arvores, e, a construção da praça que ainda não foi constituída em seu bairro.

Em seguida a alternativa "segurança", equivalente a 20,6% dos entrevistados, teve como sugestões a necessidade de instalações das câmeras de segurança, contratação de vigias, policiamento ostensivo para inibir os vândalos, ou seja, a necessidade de maior segurança. A ESF Vila Cardoso, equivalente a 40,0% dos entrevistados, apresentou melhor estrutura e beleza paisagística em sua praça que, no entanto, é pouco frequentada em períodos noturnos e por se localizar próxima à margem do Córrego Arareau, configura-se como um lugar que apresenta riscos a população pela ausência de segurança.

As alternativas "iluminação" e "limpeza", equivalente a 15,1% e 13,4%, respectivamente, foram variáveis onde a população enfatizou a necessidade de manter com maior regularidade a limpeza periódica da praça, podas de arvores; manutenção do gramado; organização e instalação de lixeiras e a conscientização ambiental direcionada à população. A respeito da iluminação, trocar com mais rapidez as lâmpadas queimadas, colocar mais soquetes de lâmpadas para ampliar a iluminação nesses locais; e fiscalizar por parte da população e do

poder público as ações de vandalismo, denunciando as pessoas que depredam o patrimônio público.

As variáveis com valores menores foram às alternativas "não soube opinar" e "academia popular", porém, ressalta-se que as academias de uso coletivo são fundamentais na prática de exercícios, mas deve se levar em consideração que existem poucas que necessitam de manutenção regular para que funcionem com qualidade. Por fim, algumas pessoas preferiram não opinar, considerando a ausência do espaço público próxima a sua casa ou a unidade de saúde. Por isso, acreditam que seria necessária a composição dos espaços públicos.

Tabela 20. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo as opiniões para a melhoria dos espaços públicos dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMLA	OPINIÕES*													
	SEGURANÇA		LIMPEZA		ACADEMIA		ILUMINAÇÃO		NÃO SOBE OPINAR		OUTROS		TOTAL GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CIDADE ALTA	14	25,0	7	12,5	2	3,6	11	19,6	6	10,7	16	28,6	56	100
C. DE DEUS	23	30,3	11	14,5	1	1,3	16	21,0	1	1,3	24	31,6	76	100
JD. ATLÂNTICO	18	25,3	20	28,2	3	4,2	6	8,5	0	0	24	33,8	71	100
JD. EUROPA	16	22,9	16	22,9	5	7,1	12	17,1	6	8,6	15	21,4	70	100
JARDIM IGUAÇU	13	20,0	6	9,2	6	9,2	10	15,4	14	21,6	16	24,6	65	100
PQ. DAS ROSAS I	10	14,1	3	4,2	8	11,3	13	18,3	10	14,1	27	38,0	71	100
PQ. DAS ROSAS II	5	7,5	3	4,5	0	0	7	10,4	14	20,9	38	56,7	67	100
PQ. SÃO JORGE	1	1,8	9	16,1	3	5,4	5	8,9	10	17,8	28	50,0	56	100
VL. CARDOSO	20	40,0	3	6,0	0	0	8	16,0	2	4,0	17	34,0	50	100
TOTAL GERAL	120	20,6	78	13,4	28	4,8	88	15,1	63	10,9	205	35,2	582	100

*Alguns entrevistados optaram por mais de 1 alternativa.

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A décima sétima questão demonstra a contribuição das áreas verdes para a melhoria da qualidade de saúde dos usuários indicada na Tabela 21. De acordo com os dados, a porcentagem de usuários 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 que 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; espaço para se sentir mais tranquilo e à vontade; para praticar exercícios físicos; é sinônimo de vida; é um ambiente que faz muito bem a saúde; sentir-se bem em apoiar e contribuir para a conservação dessas áreas; purificar os pulmões; ótimo local para seguir orientações médicas sugeridas nos tratamentos de saúde; um local peculiar paisagisticamente dentro da cidade; é um ambiente necessário para viver bem; é o que determina a saúde; o contato com o verde desperta o amor pela natureza e a necessidade de preservá-la; ajuda a combater doenças; descontraí; é um ambiente calmo e transmite paz; ambiente bonito e conservado; espaço para o convívio em sociedade e recreação; ótimo lugar para esquecer o estresse do dia a dia; o cheiro da natureza faz muito bem; é uma necessidade para o ser humano e para todos os organismos vivos; é um lugar ótimo para levar as crianças para se divertir e interagir com seus pares.

Nestes espaços as pessoas se sentem mais alegres, um clima bem mais agradável, sensação de liberdade, o contato com a natureza traz felicidade, uma temperatura menor do que nas suas residências; um ótimo local para viver a vida perto de pessoas agradáveis; são áreas sem poluição sonora; são ótimas para descarregar a energia; o contato com as áreas verdes e pratica de exercícios nesses locais contribuem para a melhor condição e qualidade de vida.

A porcentagem de pessoas que não consideram qualquer contribuição das áreas verdes para a saúde foi mínima, pois normalmente as pessoas desconhecem que estes locais são imprescindíveis para a manutenção da saúde humana. Desta forma, não conseguem estabelecer relação entre o tema ou simplesmente não souberam responder à questão. Conforme os resultados, de acordo com a amostra, as pessoas entrevistadas tem consciência da relevância das áreas verdes para a saúde, descritas pela maioria absoluta dos usuários de todas as ESF.

A Figura 6 mostra a localização dos espaços públicos urbanos (praças e áreas verdes), localizadas na área em estudo:



Figura 6. Áreas verdes e Praças localizadas na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso.
 Fonte: Rondonópolis (2015).
 Org.: SILVA, R. A. (2017).

Tabela 21. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo contribuição das áreas verdes para a saúde dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	SIM		NÃO		TOTAL GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESF CIDADE ALTA	50	96,2	2	3,8	52	100
ESF CIDADE DE DEUS	68	98,6	1	1,4	69	100
ESF JARDIM ATLÂNTICO	65	100,0	0	0	65	100
ESF JARDIM EUROPA	65	100,0	0	0	65	100
ESF JARDIM IGUAÇU	53	96,4	2	3,6	55	100
ESF PARQUE DAS ROSAS I	66	100,0	0	0	66	100
ESF PARQUE DAS ROSAS II	60	98,4	1	1,6	61	100
ESF PARQUE SÃO JORGE	41	97,6	1	2,4	42	100
ESF VILA CARDOSO	44	97,8	1	2,2	45	100
TOTAL GERAL	512	98,5	8	1,5	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A décima oitava questão demonstra a opinião dos entrevistados com relação à utilização de espaços públicos, como praças e parques, pelas ESF para alguma atividade em saúde demonstrada na Tabela 22. De acordo com os dados, a maioria dos entrevistados acredita ser fundamental a utilização desses espaços para as atividades e expressam várias possibilidades, dentre as quais: a organização de atividades de conscientização em Educação Ambiental (conservação de áreas verdes), tais como, o plantio de árvores, por exemplo; melhoria da imagem, da paisagem e da qualidade de vida das cidades; atividades físicas, com alongamentos, caminhadas e exercícios de relaxamento; atividades de lazer: piquenique, jogos, recreação (gincanas); 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; grupos para a limpeza das áreas verdes; sociabilidade, visual agradável que faz bem à mente, organização de eventos; promoção de momentos de reflexão; local de estudo e análise de conteúdos de várias disciplinas do aprendizado, como a Biologia, a Geografia, Educação Física e outras; palco de manifestações culturais, religiosas, políticas e outras; recreação e embelezamento urbano.

A porcentagem de entrevistados que não consideram fundamental a utilização desses espaços para atividades em saúde foi mínima, na maioria das vezes julgam a sua participação desnecessária, questionam a falta de tempo em para participar, principalmente, pela questão da jornada de trabalho. Por isso, demonstram desinteresse por estas ações.

Alguns entrevistados consideraram que a ESF não dispõe de tempo para se dedicar a essas atividades, pois já é sobrecarregada de trabalho na própria ESF, cabendo à prefeitura ou aos líderes comunitários desenvolver tais ações.

Todavia, tem-se uma ferramenta que serve para auxiliar as atividades das ESF, no qual se trata do Núcleo de Apoio a Família, conforme descreve o PNAB (BRASIL, 2014) que,

em linhas gerais, destaca-se a importância de que o Nasf possa atuar considerando todos e quaisquer momentos do ciclo de vida das pessoas do seu território adstrito, sempre considerando a realidade epidemiológica, cultural, socioeconômica daquela população e, especialmente, o planejamento conjunto com as equipes que apoiam. Ou seja, a equipe do Nasf não exclui, como possibilidade de intervenção, nenhuma faixa etária ou grupo populacional específico, podendo, portanto, desenvolver ações voltadas a crianças, adolescentes, adultos e idosos, de diferentes classes, raças, gênero e etnias, com a clareza da missão especial desse tipo de equipe (não devendo se sobrepor às equipes de Atenção Básica, nem se distanciar do cuidado dos usuários) (BRASIL, 2014, p. 22)

Conforme os resultados obtidos pode-se considerar que os usuários dos serviços de saúde têm como verdadeiro que as ESF, devem organizar parte de suas atividades aproveitando esses espaços públicos na prevenção e manutenção em cuidados à saúde, garantindo melhor qualidade de vida para todos os usuários.

Tabela 22. Número de pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo espaços públicos podem ser utilizados para as atividades das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	SIM		NÃO		TOTAL GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESF CIDADE ALTA	45	86,5	7	13,5	52	100
ESF CIDADE DE DEUS	66	95,7	3	4,3	69	100
ESF JARDIM ATLÂNTICO	64	98,5	1	1,5	65	100
ESF JARDIM EUROPA	62	95,4	3	4,6	65	100
ESF JARDIM IGUAÇU	50	90,9	5	9,1	55	100
ESF PARQUE DAS ROSAS I	60	90,9	6	9,1	66	100
ESF PARQUE DAS ROSAS II	57	93,4	4	6,6	61	100
ESF PARQUE SÃO JORGE	36	85,7	6	14,3	42	100
ESF VILA CARDOSO	41	91,1	4	8,9	45	100
TOTAL GERAL	481	92,5	39	7,5	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

A décima nona questão analisada refere-se à responsabilidade nos cuidados e manutenção dos espaços públicos representada na Tabela 23.

A maioria dos entrevistados acreditada que o trabalho deve ser em conjunto, onde todos têm o direito e dever de participar de forma ativa para que haja qualidade nestes espaços utilizados por todos os cidadãos, onde o poder público, representado pela Prefeitura do Município, juntamente com a população, garante sua representatividade por meio de organizações de bairro (associações) ou Organizações Não Governamentais (ONGs), pode desenvolver um trabalho adequado para garantir o uso e acesso de destes espaços de convívio. Neste sentido, existe a ideia de adoção dos espaços públicos, como a praça ou o jardim público, por empresários que, com a colaboração das comunidades pretendem manter estes espaços com qualidade, no entanto, ainda é um projeto futuro.

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 do poder público. Conforme os resultados obtidos, considera-se que os usuários dos serviços de saúde acreditam que a atuação em conjunto da população e o poder público, possibilita a melhoria na qualidade dos espaços públicos do território analisado, bem como enfatizam a relevância da construção de novos espaços para o uso coletivo da comunidade, sendo observado que existe certa carência referente nessa população estudada, principalmente em alguns bairros menos privilegiados na área de saúde Nossa Senhora do Amparo, realizando uma conjunção de todos entes envolvidos para melhor conservação e manutenção de áreas verdes, permitindo a sociabilidade conjugada ao atendimento em saúde de forma eficiente, acolhendo todos os moradores destas ESF envolvidas, principalmente, ao que demandam da necessidade destes espaços para a sua qualidade de vida e bem-estar social.

Tabela 23. Número de Pessoas (Nº) e porcentagem (%) segundo opinião sobre a responsabilidade com relação aos espaços públicos dos usuários das ESF na Área Nossa Senhora do Amparo, Rondonópolis, Mato Grosso

EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA	POPULAÇÃO EM GERAL		PODER PUBLICO (PREFEITURA)		AMBOS		TOTAL GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESF CIDADE ALTA	4	7,7	8	15,4	40	76,9	52	100
ESF CIDADE DE DEUS	2	2,9	9	13,0	58	84,1	69	100
ESF JARDIM ATLÂNTICO	4	6,2	8	12,3	53	81,5	65	100
ESF JARDIM EUROPA	3	4,6	4	6,2	58	89,2	65	100
ESF JARDIM IGUAÇU	4	7,3	6	10,9	45	81,8	55	100
ESF PARQUE DAS ROSAS I	1	1,5	3	4,5	62	93,9	66	100
ESF PARQUE DAS ROSAS II	2	3,3	2	3,3	57	93,4	61	100
ESF PARQUE SÃO JORGE	0	0	8	19,0	34	81,0	42	100
ESF VILA CARDOSO	3	6,7	9	20,0	33	73,3	45	100
TOTAL GERAL	23	4,4	57	11,0	440	84,6	520	100

Org.: SILVA, R. A. (2017).

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 suas condições de vida.

3.4 Experiências no trabalho de campo a partir da produção de fotos aéreas sobre organização espacial entre os espaços públicos e os serviços de saúde

Neste momento apresentam-se as fotos produzidas no trabalho de campo, sendo que a partir dos resultados serão ponderadas 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. Estas imagens aéreas foram produzidas com um drone, que é um Veículo Aéreo Não

Tripulado (VANT), sendo que o modelo utilizado foi o modelo Phantom Pro 4 DJI, conforme apresenta a Figura 7.



Figura 7. Veículo Aéreo Não Tripulado (VANT) - Modelo Phantom Pro 4 DJI.
Fonte: SILVA, R. A. (23 de Abril de 2017).

Diante disso evidencia-se a necessidade em discorrer sobre a ocupação do solo dos bairros pertencentes a área de saúde Nossa Senhora do Amparo.

Para Nardes (1997), a história de implantação de conjuntos habitacionais foi marcada, principalmente, pela construção de moradias em zonas da periferia, em locais de dificuldade de infraestrutura. Essas casas tinham como características, quarenta metros quadrados, plantas das moradias iguais para todas as casas construídas naquele projeto, que passavam por diversas áreas vazias, demonstrando o intuito da realização dessas moradias distantes do centro da cidade, pois teriam que promover a infraestrutura até esses bairros, favorecendo a implantação e instalação de água, energia, transporte, e outros, propostas pelo Banco Nacional de Habitação, o extinto BNH, nas décadas de 1960 e 1970.

Existem diversos bairros na cidade de Rondonópolis que foram criados através de uma estratégia do mercado imobiliário, onde os conjuntos de habitação percorriam áreas de vazios

urbanos, aumentando a malha urbana e, conseqüentemente, favorecendo os proprietários de grandes pedaços de terras.

Desta maneira, nasceram diversos bairros em diversas localidades da cidade, dentre os quais, podem-se citar alguns desses bairros que foram criados no intuito de favorecer esses grupos, tais como: Colina Verde, Coophalis, Jardim Atlântico, Jardim Europa, Coopharondon, todos no quadrante leste, distantes em média mais de quatro quilômetros do centro da cidade, que surgiram neste período, intercalados, às vezes, por um ou por outro pequeno residencial (NEGRI, 2008).

À respeito do bairro Jardim Atlântico, Moreira (2017, p. 93), menciona que,

o Bairro Jardim Atlântico está localizado nas margens da MT 270 no sentido Rondonópolis/Guiratinga, a seis quilômetros da Praça Brasil, no centro da cidade, e está situado no quadrante leste do município. Por ser um bairro próximo à universidade tem característica de bairro universitário. Aprovado em 1982, o bairro Jardim Atlântico passou a ser erguido por etapas sucessivas que duraram em torno de quatro anos (1984-1988). Custeados pelo Banco Nacional de Habitação (BNH) e executados pelas empresas privadas “Treze Incorporadora”, “Congepel” e “Construtora Alvorada”, as moradias populares tinham como público-alvo os moradores de baixa renda, que, por sua vez, conviviam com precárias condições de infraestrutura e sofriam com a falta de serviços públicos adequados por situarem-se em uma região periférica da cidade (MOREIRA, 2017, p. 93).

Este instrumento demonstra a política capitalista histórica do município, onde o favoritismo e o insulamento sobrepõem a adoção de um projeto para a cidade que permita o desenvolvimento sustentável e o anseio social de suas comunidades, prejudicando, principalmente, as famílias desprovidas de receitas financeiras, forçando-as a viverem em bairros distantes de todos os direitos sociais. Pode-se mencionar, sem dúvida, que houve uma segregação do espaço enraizada em Rondonópolis, onde este fato histórico vem se repetindo até os tempos atuais, com a criação de diversos empreendimentos imobiliários, porém, hoje existem regras para o parcelamento do Solo Urbano para fins habitacionais, que possibilitam uma melhor uso e ocupação do solo Rondonopolitana.

Os Residenciais Azaléia e Margarida foram implantados através do Programa Arrendamento Residencial, sendo construídos distantes, totalmente isolados dos demais bairros centrais da cidade. Essa lógica se deve pela especulação imobiliária que acomete por diversas décadas a cidade de Rondonópolis. Nesses bairros foram construídas 999 casas populares, em terrenos de 200 m², e também, neste mesmo momento, foi criado o bairro Conjunto Habitacional Cidade de Deus (NEGRI, 2008).

Para Portela (2016) a partir da implantação de loteamentos da faixa 2 do PMCMV (Programa Minha Casa Minha Vida), diminuiu-se os espaços vazios existentes através da construção de casas, ocupando o interior dos loteamentos, como o Parque Sagrada Família, Jardim Liberdade e o Parque universitário. Através de projetos individuais financiados por linhas de créditos pela Caixa Econômica Federal, foi possível diminuir os vazios, principalmente do Loteamento Parque Sagrada Família, que tem extensão territorial maior nesta cidade, porém, diversos desses projetos foram realizados por empresários do ramo, onde muitas dessas casas sofreram um aumento alto demais, acarretando outra vez na chamada especulação imobiliária.

Seguindo esta abordagem Negri (2008), destaca a Construtora Engesul, sediada na cidade Rondonopolitana, empresa do ramo imobiliário que vem se destacando na construção de diversos prédios na cidade, verticalizando e criando uma segregação socioespacial, principalmente, a partir da construção de edifícios luxuosos em áreas consideradas nobres, que conta inclusive com apartamento duplex e o Edifício Da Vinci, que terá treze andares, sendo dois apartamentos por andar, ambos localizados no Parque Residencial Sagrada Família.

Durante o mandato do ex-prefeito Hermínio J. Barreto, durante os anos de 1989 a 1992, foram criados vários loteamentos destinados a construção de casas populares, como Núcleo Habitacional Marechal Rondon, Jardim Europa, Vila São Sebastião e outros (PORTELA, 2016).

De acordo com Portela (2016), no ano de 2004 houve a implantação de vários loteamentos habitacionais na cidade, como o Loteamento Sobrinho, Jardim Liberdade II, Residencial Azaléia, Residencial Margaridas e outros, que tiveram suas criações através de programas vinculados ao Ministério das Cidades, durante a gestão de Adilton Sachetti.

Por fim, no ano de 2006 foi produzido o Plano Diretor Municipal que ainda está em vigor, sendo que outro encontra-se em produção. O Plano Diretor Municipal é o documento básico, constituído de várias partes para favorecer o planejamento territorial de Rondonópolis - MT cuja finalidade é promover o desenvolvimento urbano voltado para o progresso e bem-estar da população, baseado nos princípios da gestão pública participativa. Dentre as suas determinações está a lei de Uso e Ocupação do Solo Urbano⁵.

⁵ RONDONÓPOLIS. Lei Complementar nº 056, de 14 de Dezembro de 2007. Regulamenta disposto no art. 5º, III da Lei Complementar nº 043 de 28/12/2006 (Plano Diretor Participativo de Desenvolvimento Urbano e Ambiental do Município de Rondonópolis) instituindo o USO E OCUPAÇÃO DO SOLO DO MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS, e dá outras providências. Rondonópolis, 2007.

À respeito do bairro Jardim Atlântico pode-se dizer que, atualmente, ele sofre uma rugosidade acentuada, pois a sua dinâmica vem sendo modificada rapidamente para que possa atender aos estudantes da UFMT, sendo que diversos alunos são oriundos de diversas cidades do Brasil. Também diversos bairros sofrem com esta dinâmica, pois a comunidade do Jardim Atlântico não consegue absorver todos esses estudantes, que acabam buscando moradias em bairros próximos, como o Jardim Europa, Cidade de Deus, Residencial Três Américas, entre outros circunvizinhos, onde diversos proprietários de imóveis, vem transformando esses domicílios em quitinetes para alugarem e melhorem sua renda, configurando este entorno em uma verdadeira Cidade Universitária.

De acordo com Moreira (2017, p. 105),

a proximidade com universidade é um importante fator locacional. No entanto, como a demanda por novos espaços continua aumentando, principalmente pela entrada na instituição de ensino superior pelo SISU, o preço do aluguel se mantém elevado, impulsionando os alunos, muitos dependentes de bolsas, a migrarem para outros pontos do Jardim Atlântico e Europa, e mesmo para bairros limítrofes como as Chácaras Paraíso, Sagrada Família, (que na faixa litorânea ao Atlântico está concentrando novas quitinetes) e o bairro Três Américas. Além desses aspectos expostos pelos comerciantes é perceptível que o Jardim Atlântico vem adquirindo uma centralidade e com características bem semelhantes a bairros mais estruturados. Nos seus primórdios, o Jardim Atlântico era um dos locais mais segregados da cidade, localizado a cinco quilômetros do bairro mais próximo, o extremo do limite externo da cidade. Foi implantado a essa distância na perspectiva de servir como local de moradia para funcionários da Universidade, que à época apresentava aproximadamente 600 alunos, e um pouco menos de uma centena de professores e servidores (MOREIRA, 2017, p. 105).

O território da área de saúde Nossa Senhora do Amparo vem modificando sua estrutura ano a ano, sendo que existem diversas diferenças do acesso aos serviços público, onde alguns bairros pertencentes a esta área de estudo não possuem infraestrutura adequada para o sua utilização, faltando escolas, postos de saúde, creches, entre outros serviços que atendam a população de maneira adequada. Já no que tange às áreas verdes, as fotos a seguir irão retratar a realidade de diversos bairros pertencentes a área do presente estudo.

De acordo com Paulo Junior (2015) o Banco Nacional de Habitação (BNH) foi criado pela Lei nº 4.380, de 21 de agosto de 1964, na qual era, inicialmente, uma autarquia federal, vinculada ao Ministério da Fazenda (art. 16 e seguintes), depois repassado ao Ministério do Interior, por força do Decreto nº 60.900, de 26 de junho de 1967. Foi modificado pela Lei nº 5.762, de 14 de dezembro de 1971, transformando-o em empresa pública, de personalidade

jurídica de direito privado, com seu patrimônio próprio (art. 1º), permanecendo no Ministério do Interior e foi extinto através do Decreto-Lei nº 2.291, de 21 de novembro de 1986, o qual foi incorporada à Caixa Econômica Federal.

Segundo o art. 17 da Lei nº 4.380, de 21 de Agosto de 1964, o BNH tinha como finalidade:

- I - orientar, disciplinar e controlar o sistema financeiro da habitação;
- II - incentivar a formação de poupanças e sua canalização para o sistema financeiro da habitação;
- III - disciplinar o acesso das sociedades de crédito imobiliário ao mercado nacional de capitais;
- IV - manter serviços de redesconto e de seguro para garantia das aplicações do sistema financeiro da habitação e dos recursos a ele entregues;
- V - manter serviços de seguro de vida de renda temporária para os compradores de imóveis objeto de aplicações do sistema;
- VI - financiar ou refinanciar a elaboração e execução de projetos promovidos por entidades locais...(Vetado)... de conjuntos habitacionais, obras e serviços correlatos;
- VII - refinanciar as operações das sociedades de crédito imobiliário (BRASIL, 1964).

Silva e Tourinho (2015) consideram que no período de funcionamento do Banco Nacional de Habitação (BNH), de 1964 a 1986, mais de 4 milhões de unidades habitacionais foram construídas, número esse que até hoje não foi superado por nenhuma outra política habitacional no país.

A Lei nº 10.188, de 12 de Fevereiro de 2001, cria o Programa de Arrendamento Residencial (PAR), para atendimento da necessidade de moradia da população de baixa renda, sob a forma de arrendamento residencial com opção de compra.

Bonates (2008) caracteriza o PAR como um programa que apresenta uma forma diferente de acesso à moradia, por meio de uma operação financeira chamada “arrendamento mercantil”, ou leasing. O imóvel faz parte do patrimônio do Fundo de Arrendamento Residencial (FAR), na qual permanece sob a “propriedade fiduciária” da Caixa Econômica Federal (CAIXA), que é a gestora do fundo. Assim, a propriedade do imóvel é do FAR, enquanto o arrendatário paga uma taxa de arrendamento mensal, por um período de 15 anos, quando poderá obter o direito de optar pela aquisição do imóvel, mediante pagamento ou financiamento do saldo devedor, se houver.

A Lei nº 11.977, de 7 de Julho de 2009, dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida – PMCMV e a regularização fundiária de assentamentos localizados em áreas urbanas. Esse Programa tem por finalidade criar mecanismos de incentivo à produção e aquisição de novas unidades habitacionais ou requalificação de imóveis urbanos e produção ou reforma de habitações rurais, para famílias com renda mensal de até R\$ 4.650,00 (quatro mil e seiscentos e cinquenta reais).

De acordo com Silva e Tourinho (2015), o Governo Federal lançou o Programa Minha Casa Minha Vida (PMCMV) em 2009 como um grande “pacote” habitacional que objetiva, dentre outras coisas, o financiamento de habitação popular, na qual nem o BNH conseguiu aplicar tantos recursos à baixa renda numa única operação.

A Lei nº 6.766, de 19 de Dezembro de 1979, que dispõe sobre o parcelamento do solo urbano, o capítulo I, art. 2º, parágrafo 1º, define loteamento:

§ 1º - Considera-se loteamento a subdivisão de gleba em lotes destinados a edificação, com abertura de novas vias de circulação, de logradouros públicos ou prolongamento, modificação ou ampliação das vias existentes.

Seguindo os tipos de empreendimento realizados na área de saúde Nossa Senhora do Amparo, temos na tabela 24, a composição dos bairros de acordo com ano de implantação, ano de sua aprovação, quantidade de obras de obras prediais e terrenos presentes nesses locais, permitindo avaliar historicamente a origem de cada bairro presente neste território de estudo, de acordo com sua inserção na cidade de Rondonópolis, Mato Grosso.

Tabela 24. Loteamento e Empreendimentos na Área de saúde Nossa Senhora do Amparo

LOTEAMENTO	IMPLAN.	APROV.	PRED.	TERR.	TOTAL
VILA CARDOSO	1978	1978	428	94	522
J. IGUASSU 1ªPARTE	1978	1979	624	151	775
JD. GUASSU 2ªPARTE	1979	1979	597	169	766
P. RES. CIDADE ALTA	1979	1979	665	318	983
JARDIM GLÓRIA	1979	1979	71	42	113
PQ. SAGR FAMÍLIA	1982	1982	2.430	3.338	5.768
JARDIM ATLÂNTICO	1982	1982	999	26	1.025
PARQUE SÃO JORGE	1983	1983	128	26	154
CHÁCARA ALEGRIA	1983	2002	28	59	87
JARDIM RONDÔNIA	1985	1963	312	139	451
JD. EUROPA I	1991	1990	542	3	545
V. SÃO SEBASTIÃO I	1991	2007	179	4	183
V. SÃO SEBASTIÃO II	1991	1991	497	28	525
RES. PARAISO	1992	XX	61	96	157
VILA POROXO	1995	XX	290	60	350
C.H.CIDADE.DE DEUS	2003	2003	1053	58	1.111
L. P. DAS ROSAS	2006	2006	143	349	502
SÍTIO FARIAS	2007	2007	3	3	6
R. SÍTIO FARIAS	2007	2007	188	387	575
R. DAS MARGARIDAS	2009	2006	500	XX	500
R. DAS AZALEIAS	2008	2006	499	XX	500
TOTAL			10.237	5.342	15.879

Fonte: Prefeitura Municipal (2017).

Org.: SILVA. R.A (2017).

Na figura 8 observa-se a ESF Cidade Alta, que atende os moradores pertencentes aos bairros Jardim Iguaçu e o Parque Residencial Cidade Alta, ambos aprovados em 1979 e o Jardim Rondônia, aprovado em 1985. Esses bairros são oriundos de loteamentos e programas habitacionais. Hoje as pessoas que são atendidas nesta Unidade de Saúde localizada no bairro Cidade Alta, apresenta um prédio novo, com uma equipe formada por profissionais dedicados e preocupados com o bem estar dos cidadãos. Na mesma quadra onde encontra-se a ESF, localiza-se também, a Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) Pequenos Brilhantes, a Associação de Moradores Cidade e o Jardim Rondônia, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e uma academia comunitária, com equipamentos para a manutenção da saúde. É importante ressaltar que esta sinergia entre todos os espaços públicos no mesmo quarteirão favorece um proximidade e ambientalização por parte dos moradores que ali frequentam.



Figura 8. ESF Cidade Alta, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (23 de Abril de 2017).

Na Figura 9 observa-se o campo de futebol localizado no bairro Jardim Rondônia, pertencente à ESF Cidade Alta. Este campo de futebol necessita de diversas melhorias, pois não tem gramado, alambrados, vestiários, pouca arborização. Pode-se ressaltar, que o local é propício para diversas práticas esportivas, que favorecem a qualidade de vida das pessoas que residem na área da ESF Cidade Alta, localizado a aproximadamente 500 metros da unidade de saúde. A sociedade que frequenta esta localidade, vem por anos tentando alcançar melhorias para este espaço, procurando que o Poder Público desenvolva ações que fomentem uma revitalização na área, para que todos possam ter a oportunidade de usufruir em momentos de lazer com os familiares e amigos.

Vale ressaltar que este espaço de lazer encontra-se em uma localização atraente, próximo ao shopping, com diversos edifícios de moradia de alto valor e diversas obras prediais em plena construção, fator marcante, que evidencia a falta de mobilização por parte dos agente públicos, para a efetivação de benfeitorias neste espaço, que tem grande potencial agregador para a melhoria de saúde dos residentes dos bairros pertencentes à ESF Cidade Alta, onde diversos cidadãos buscam desenvolver suas práticas de exercícios no entorno do *shopping*, já que não possuem melhores estruturas para o lazer. Neste espaço necessita-se de diversas melhorias, como, por exemplo, mecanismos que possam garantir a acessibilidade e permitir o uso coletivo e democrático deste espaço



Figura 9. Campo de Futebol na Area da ESF Cidade Alta, Jardim Rondonia, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (23 de Abril de 2017).

A Figura 10 apresenta a ESF Iguaçu, localizada no bairro Jardim Iguaçu, comunidade implantada em 1978 e aprovada em 1978, estando listado como um dos 10 bairros mais populosos de Rondonópolis (IBGE, 2010), tem como pertencente a esta unidade os moradores do bairro São Sebastião I que foi implantado em 1991 e aprovado em 2007. Esta ESF fica ao lado de uma EMEI chamada Pequeno Príncipe, e, no mesmo quarteirão, tem-se o CRAS, também um quadra de esportes e a associação dos moradores, ficando evidente uma organização social em termos locais. Evidencia-se que os espaços públicos pertencentes a área desta unidade de saúde necessitam de melhorias e maiores espaços, pois as obras são antigas e, principalmente, o ambiente de saúde é uma casa improvisada que atende diversas famílias pelo PSF. Observa-se que há uma determinada diferença entre aos anos de implantação de aprovação dos bairros citados, porém, as necessidades de acesso a infraestrutura na área de lazer e áreas verdes são similares.

Já a Figura 11 apresenta o Mini Estádio Vitorino Garcia de Farias, localizado no bairro Jardim Iguassu, ficando nas proximidades da ESF Iguassu. Essa área de lazer necessita de uma revitalização total, melhorias no gramado, nos vestiários, nos alambrados, maior arborização ao seu redor e manutenção da iluminação. Assim, esse espaço com condições melhores de uso, pode se propiciar diversas atividades físicas e sociais que contribuem na preservação do Sistema Cardiorespiratório, beneficiando o ganho da massa magra, melhorando o condicionamento físico. Mas a este ambiente pode-se ainda acrescentar diversas práticas para a qualidade de vida, como encontrar pessoas para arejar a cabeça, diminuir a ansiedade do dia a dia, estimular o psicológico com energias boas, melhorar a coordenação motora. Por isso, é imprescindível este local para a prática de esportes, assim como todas as atividades físicas, pois faz bem para a saúde.



Figura 10. ESF Iguaçu, Jardim Iguaçu, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (23 de Abril de 2017).



Figura 11. Mini Estadio Vitorino Garcia de Freitas, Jardim Iguaçú, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (23 de Abril de 2017).

A Figura 12 apresenta a ESF Cidade de Deus, cujos bairros atendidos por esta unidade de saúde são o Conjunto Habitacional Cidade de Deus I, II, e III. O bairro Cidade de Deus I foi aprovado na cidade de Rondonópolis no ano de 2003 e implantado no mesmo ano, ainda sobre a gestão do ex-prefeito Percival S. Muniz, 2000 - 2004. Tem como característica, a presença de moradias pequenas e simples, oriundas de programas assistenciais do governo. A ESF funciona em horário comercial e das 18:00 horas até as 00:00 horas tem um função de Pronto Atendimento beneficiando todos os bairros circunvizinhos e descongestionando a Unidade de Pronto Atendimento de Rondonópolis. Vale ressaltar que esta forma de atendimento em saúde é uma política assertiva por parte da gestão, pois a cidade apresenta uma demanda de usuários que necessitam desse tipo de intervenção em saúde.

A Figura 13 expõe a imagem de locais para lazer da população dos bairros pertencentes a ESF Cidade de Deus, observando-se que são locais próximos à Unidade de Saúde, que contam com pouca infraestrutura, ou seja, necessita de uma reestruturação para beneficiar a população que ali vive. Fica evidente que existem espaços nesta área que podem propiciar melhor organização espacial para contribuir nas condições de vida a estes cidadãos, pois existem espaços vazios que podem ser potenciais de uso.

Esses espaços vazios localizados entre os bairros do C. H Cidade de Deus I, II e III que são pertencentes a Prefeitura Municipal de Rondonópolis, devem ser utilizados na construção de praças amplas para proporcionar o convívio do moradores, embelezando e melhorando o a acessibilidade a esses locais. Assim, os ambientes de sociabilidade e socialização oriundos nestes bairros são pequenos e limitados para diversas atividades. Assim, a implementação de praças com um estrutura maior faz-se necessário para a população adscrita, sendo que os habitantes destas comunidades acabam tendo que frequentar bairros vizinhos para desenvolver suas atividades físicas, de lazer e convívio social, pela ausência desses locais nas proximidades de suas residências. Desta forma, também pode-se enfatizar que o direito ao acesso não está igualitário para todos, caracterizando a ausência de planejamento e acesso igualitário aos espaços públicos.



Figura 12. ESF Cidade de Deus, Cidade de Deus I, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (23 de Abril de 2017).



Figura 13. Espaço Público Cidade de Deus I, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (24 de Abril de 2017).

A Figura 14 ilustra-se a quadra nova do Jardim Atlântico, em frente desta quadra encontra a ESF Jardim Atlantico e, também, no mesmo local funciona a ESF Europa. A ESF Atlântico compreende o territorio dos bairros Jardim Atlântico que foi arovado e implementado em 1982, parte do Jardim Europa que foi aprovado em 1990 e implantado em 1991 e parte do Parque Sagrada Sagrada Familia aprovado e implantado em 1982. A Esf Jardim Atlântico fica a 200 metros da Escola Estadual Elizabeth de Freitas Magalhaes, ao lado de uma EMEI, onde acontece a feira tradicional do bairro a diversos anos, em frente à praça nova no Jardim Atlântico. Os moradores desses bairros desfrutam de benefícios trazidos pela praça, sendo proporcionados pelo seu uso para convívio social, influenciando de maneira positiva na vida dos moradores, propiciando momentos agradáveis de lazer e interação entre grupos de crianças, jovens, adultos e idosos. Hoje, esse espaço é utilizado por diversos pessoas diariamente, de vários grupos sociais, favorecendo a qualidade de vida no contexto sociocultural deste lugar.

Já a ESF Europa atende parte dos moradores do Jardim Atlântico, parte dos moradores do Jardim Europa, Residencial Paraiso implantado no ano de 1992 e Chácara Alegria aprovado em 2002 e implantado desde 1983. Pode-se afirmar que estes bairros também beneficiam-se dos mesmos espaços públicos que a ESF Atlântico, pois são bairros próximos uns dos outros. Assim, hoje estes bairros contam com uma estrutura para os momentos de interação, favorecendo nos cuidados e manutenção com a saúde.

Na Figura 15 observa-se o Praça mais antiga do Atlântico, onde tem playground, uma quadra de areia, um quadra poliesportiva, um campo de futebol, um vestiário com banheiros. Este local é utilizado para a pratica e inserção social de crianças que, com a colaboração de um Projeto Social que a anos vem sendo desenvolvido por um bombeiro aposentado com nome de Adones, mais popularmente Cabo Adones, tiram crianças de ruas, e dão a oportunidade de participar de uma pratica esportiva, beneficiando a sociedade desses bairros, ou seja, essas duas praças localizadas no bairro Jardim Atlântico, favorecem moradores de diversos bairros daquela região, sendo que são locais prazerosos aos que frequentam.

Neste contexto, afirma-se que estas comunidades localizadas nas áreas de saúde das ESF Atlântico e Europa, contam com uma infraestrutura básica para atender as necessidades das pessoas que ali moram, propiciando ambientes de descontração, possibilitando um pertencimento ao local que vivem.



Figura 14. ESF Atlântico e Europa e Praça, Jardim Atlântico, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (24 de Abril de 2017).

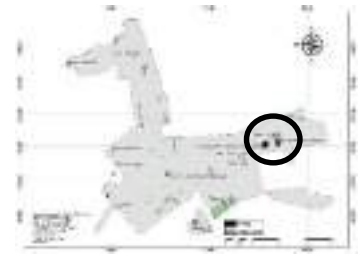


Figura 15. Espaços Públicos na Area do ESF Atlântico e Europa, Jardim Atlântico, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (24 de Abril de 2017).

Já na Figura 16, tem-se um caso de abandono em uma área direcionada para o uso da comunidade como espaço de lazer. Nos anos de 1990, este lugar era um campo de futebol do bairro jardim Europa. Hoje é um ecoponto, e, no mesmo terreno, encontra-se a Associação de Moradores do Jardim Europa. Contudo, ressalta-se que este local merece uma atenção especial por parte dos representantes políticos, retirando-se o ecoponto desta localidade, que na verdade sofre por diversos incêndios anualmente, prejudicando a saúde e causando diversas patologias respiratorias aos morados próximos a este lixão a céu aberto, propriamente dito. Por isso, a inserção de uma area verde para uso da população seria a melhor alternativa por parte do poder público para esse espaço.

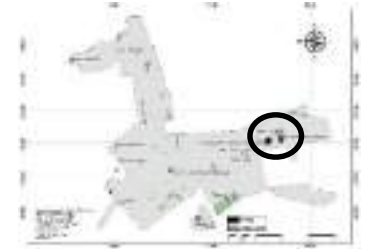


Figura 16. Espaço Público na Área da ESF Europa, Jardim Europa, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (24 de Abril de 2017).

A Figura 17 apresenta as ESF Parque das Rosas I e II localizadas no Residencial Margarida. A ESF Parque das Rosas I atende a população dos bairros Residencial Margarida aprovado em 2006 e implantado 2009, parte do Loteamento Parque das Rosas aprovado e implantado em 2006 e o Residencial Sítio Farias aprovado e implantado em 2007. Já na ESF Parque das Rosas II, as comunidades pertencentes são Residencial Margarida, Residencial Azaleia aprovado em 2006 e implantado 2008, parte do Loteamento Parque das Rosas e Parque Residencial Sagrada Família. Os bairros citados, são comunidade com diversas diferenças sociais, onde observa-se moradias características de programas habitacionais, casas feitas por financiamentos junto à Caixa Econômica Federal, um bairro criado através de uma invasão e, também, existem diversas construções até o momento da pesquisa de campo a serem terminadas próximas a chácaras da região.

Percebe-se uma forte variação de diversos grupos sociais nestas unidades de saúde, rendas, escolaridade e visões culturais diferentes, tornando o local em questão heterogêneo, pois existem diversas formas de ocupação, como invasão, concessão de casa própria através do Programa de Arrendamento Residencial, compra de terrenos e especulação imobiliária.

A Figura 18 apresenta os espaços públicos nas áreas das ESF Parque das Rosas I e II, localizados nos bairros Residencial Margarida e Residencial Azaleia, onde foi possível perceber que existem locais para possíveis arranjos de equipamentos públicos, mas ainda, não existe infraestrutura nesses locais, cabendo aos órgãos competentes a viabilização de recursos que permitam inserir praças ou áreas de lazer para o uso da população.

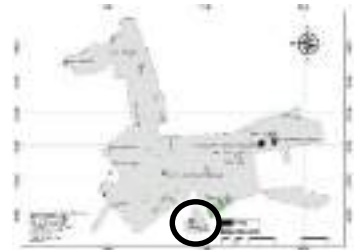


Figura 17. ESF Parque das Rosas I e II, Residencial Margarida, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (25 de Abril de 2017).

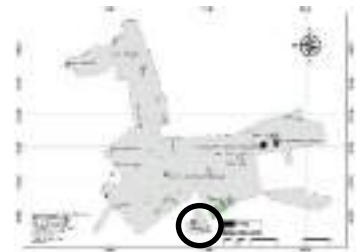


Figura 18. Espaços Públicos na Areas das ESF Parque das Rosas I e II, Residencial Margarida e Residencial Azaleia, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (25 de Abril de 2017).

Na Figura 19, vê-se o bairro Residencial Sitio Farias, que começou através de uma invasão no ano de 2007, onde diversas famílias construíram barracos, para morarem por alguns meses. Hoje este bairro pertencente a ESF Parque das Rosas I, vem passando por dificuldades sanitárias, porém, ainda, não existe um espaço onde as pessoas possam praticar atividades físicas, de lazer e de convívio social, ou seja, muitos adolescentes se direcionam à Praça localizada no Bairro Colina Verde para poder desfrutar desses tipos de atividades, sendo que a esta praça fica cerca de 3 km de distância, que dificulta o acesso, pois muitos não possuem meios de transporte para frequentar o local.

Este fatores apontam a necessidade de uma olhar mais generoso por parte do representantes do povo para com essa comunidade, sendo que obras de infraestrutura são imprescindíveis para a qualidade de vida dessas pessoas.



Figura 19. Bairro Residencial Farias na Área do ESF Parque das Rosas I, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (23 de Abril de 2017).

A Figura 20 retrata a imagem do campo de futebol localizado na ESF Parque São Jorge. Esta unidade de saúde tem como bairros pertencentes o Parque Sagrada Família e o próprio Parque São Jorge aprovado e implantado no ano de 1983. Estabelece-se nesta localidade a falta de áreas verdes, ou seja, os moradores do bairro Parque São Jorge sofrem há décadas pela exclusão social por parte do poder público, faltando locais atrativos para os jovens dessa área, sendo que existe uma discriminação alta por parte de bairros circunvizinhos para quem mora neste bairro, sendo um dispositivo favorável para a marginalização, pois onde há segregação de pessoas, existe a diferenciação social e, portanto, a discriminação, que resulta em sérios problemas sociais entre as comunidades envolvidas. Neste sentido, o Parque necessita rapidamente de uma contrapartida política para que possa estabelecer raízes e melhorais a essa comunidade, pois quando há cidadania, justiça social e participação social é possível haver uma mudança nos paradigmas da sociedade, não sendo excludente e proporcionando a igualdade social.

O bairro em questão fica distante de praças e áreas verdes, impossibilitando a comunidade que tem uma renda inferior a se deslocar para as comunidades onde existem esses espaços. Existe certa cobrança por parte dos moradores junto ao poder pública sobre esta carência de áreas verdes urbanas, ficando evidente que eles almejam um local para o convívio e bem estar social.

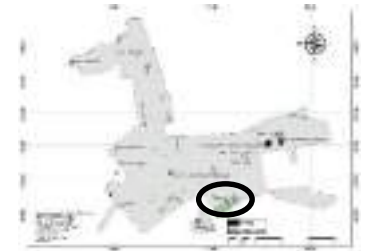


Figura 20. Espaço Público e ESF Parque São Jorge, Parque São Jorge, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (23 de Abril de 2017).

Na figura 21 observa-se uma imagem da Praça e da ESF localizada na Vila Cardoso. A ESF Cardoso compreende os bairros Vila Cardoso com aprovação e implantação em 1978, Jardim Gloria com aprovação e implantação em 1979, parte do São Sebastião II com aprovação e implantação em 1991. Os bairros pertencentes a esta unidade de saúde ficam próximos ao shopping, localidade nobre da cidade de Rondonópolis.

A praça em questão fica às margens do córrego Arareau, favorecendo a questão térmica. Vale ressaltar que esta área é bem arborizada, tornando-se um local muito agradável para se frequentar, seja com amigos e familiares. Este modelo de área verde é fundamental para a qualidade de vida das pessoas, pois possibilita uma agradável sensação de conforto térmico, diversidade da fauna e flora, beleza natural paisagística, ou seja, esse modelo é fundamental dentro da cidade

Neste contexto, a respeito da proximidade das áreas verdes (praças, campos de futebol, bosques, gramados públicos, entre outros), pode se afirmar que essas localidades devem ser planejadas de forma conjunta com a sociedade, que possibilite o acesso para todos de forma democrática. No estudo em questão percebe-se que existem falhas, principalmente em áreas com pessoas de pouca instrução e condição financeira, havendo assim, certa exclusão por parte de políticas públicas, não permitindo o direito igualitário à cidade.



Figura 21. ESF Cardoso e Praça, Vila Cardoso, Rondonópolis.
Fonte: SILVA, R. A. (23 de Abril de 2017).

4. DISCUSSÕES

O presente estudo aborda a relevância e a necessidade de otimização dos serviços que envolvem o segmento da saúde, observando as desigualdades sociais relativas à divisão de sua área de abrangência investigada, ficando evidente algumas falhas e distorções na divisão desse território. Assim, esta análise espacial territorial formulou uma visão sobre a relação do contexto do setor de saúde em relação às áreas verdes urbanas, ressaltando a qualidade de vida, onde recentes abordagens caracterizam a influência do território na melhoria e manutenção da saúde.

Neste contexto cabe-se ressaltar que existem diversos espaços públicos de comum acesso a todos os cidadãos, onde os centros urbanos verdes permitem maior benefício para a vida dos cidadãos, sendo locais caracterizados por um espaço urbano com predomínio de vegetação. Desta maneira, pode-se enfatizar que as áreas verdes trazem inúmeros benefícios à saúde, dentre os quais: diminuição da poluição sonora, o conforto térmico relacionado com a arborização, diversificação da paisagem que favorece o embelezamento natural, o abrigo de animais característicos da região, composição de espaços para o desenvolvimento humano através de atividades físicas e outros.

A união entre a Geografia e as Ciências da saúde, permite um olhar estratégico e notável nas práticas de melhoria nas políticas públicas que circundam a saúde com a qualidade das áreas verdes, ou seja, a partir da integração entre essas ciências envolvidas é possível ter novas perspectivas e dinâmicas no planejamento urbano.

A pesquisa ressalta a questão da abordagem do território nos estudos da Geografia da saúde, cujo espaço delimitado denominado Área de Saúde Nossa Senhora do Amparo é constituído por diversos bairros, porém, esta separação em áreas não seguem os mesmos mecanismos para todos os setores da cidade, ou seja, o planejamento territorial em diferentes segmentos da administração pública de Rondonópolis, dificulta a organização referente às melhorias que podem ser ofertadas pelo poder público.

Com relação ao território analisado no estudo, ficam nítidas as diferenças sociais de diversas formas, seja financeira, cultural, entre outros. Assim, são observadas várias formas de apropriação dos indivíduos no local em que vivem ou frequentam, sendo que a forma de ocupação do espaço tem características próprias, de acordo com as ações que o homem desenvolve na sociedade, propiciando uma relação íntima das pessoas sobre o seu entorno.

Ressalta-se que o homem ocupando o seu espaço na natureza, procura condições ambientais favoráveis para a sua qualidade de saúde, por isso, é imprescindível destacar que os ambientes compostos por áreas verdes são valiosos, pois concebem fatores fundamentais para os cuidados de patologias pré-existentes e existentes, já que esses ambientes são compostos de benefícios na vida das pessoas, como, por exemplo, a interação com outros grupos sociais, a prática de atividade física, o conforto térmico, a visão paisagística, entre outros.

A política local de territorialização favorece os atendimentos ofertados para a comunidade. Por isso, os estudos voltados às dinâmicas do território, podem ser formulados, produzindo dados relevantes, que possam direcionar à melhoria das políticas públicas, ou seja, no caso deste estudo, observa-se que a separação de áreas de saúde auxilia e propicia um entendimento da comunidade assistida, já que todas as áreas de saúde tem suas diferenças e a ação do poder público tem que ser realizada de maneira diversificada, pois os contrastes das comunidades são percebidos facilmente. Assim, acredita-se que estas áreas devem ser pensadas num contexto geral, interligando diversos setores públicos, podendo ser um estratégia de planejamento urbano eficaz em relação às vicissitudes da população.

A área de saúde Nossa Senhora do Amparo possui espaços públicos referentes as áreas verdes, mas, para que a população conquiste melhor qualidade de vida, outros aspectos também são fundamentais, como, por exemplo, ter a segurança de emprego e renda, ter uma residência, o saneamento básico, a educação, a saúde, e outros. Desta forma, o estudo buscou compilar todos esses fatores, para entender o território analisado. Esses aspectos sociais de níveis de qualidade de vida estabelecem que o indivíduo necessite dessas condições para viver, ou seja, condições para o bem-estar global do indivíduo, na busca pela saúde que vai além de espaços de lazer, centros de saúde, entre outros.

O território de saúde na área Nossa Senhora do Amparo da cidade de Rondonópolis, atende uma população significativa do município. Foi possível analisar no estudo a partir dos dados da Ficha A de 2010 a 2014, que as pessoas procuram as Unidades de Saúde com devida frequência, pois a saúde é primordial para alcançar os seus objetivos de vida. Em qualquer faixa etária existe a necessidade de cuidar da saúde, para alcançar os outros aspectos que envolvem os níveis de qualidade de vida almejados por todos.

Neste contexto, foi necessário abordar em campo usuários das Unidades de Saúde pertencentes ao território, realizando entrevistas com diversos moradores *in loco*, permitindo compreender as distinções entre as comunidades. Também, um estudo abrangente de campo

através de registros, fotos e fatos históricos foi elaborado permitindo a confirmação de resultados estatísticos coletados em campo.

A análise dos dados investigados sobre os atendimentos das unidades de saúde assegurou a predominância de problemas, como diabetes, hipertensão arterial e outros problemas cardíacos, podendo-se relacionar com a circulação e a respiração, sendo que estas patologias podem ser tratadas de maneira eficaz, no contato direto com as áreas verdes, através de diversas atividades físicas, utilizando as praças, campos de futebol e outros espaços que permitam essa convivência. Neste contexto, o grupo com maior frequência de doenças como diabetes e hipertensão são os idosos.

Esses bairros pertencentes a área Nossa Senhora do Amparo, apresentam um alto índice de falta de esgoto, ruas sem arborização densa, falta de calçadas em alguns bairros, algumas comunidades sem asfalto, a falta ou a precarização dos equipamentos públicos existentes, iluminação precária, segurança ineficiente. Esses são relatos evidenciados pelos moradores e presenciados no estudo, onde é possível entender que existem espaços e acesso a diversos serviços públicos, mas a qualidade deixa a desejar. Algumas comunidades estão tendo melhores atendimentos públicos, porém, o crescimento urbano desorganizado, causa a falta de igualdade a todos os indivíduos pertencentes a este território. Alguns bairros, mesmo existindo há décadas, padecem de falta de infraestrutura que permita atender de maneira satisfatória todos os cidadãos, existindo assim, uma segregação espacial, que podem ser minimizadas através de planejamento urbano.

Observa-se que a maioria dos usuários da ESF da área Nossa Senhora do Amparo são pessoas do sexo feminino, demonstrando que o cuidado com a saúde é maior por parte das mulheres, pois ainda existe uma resistência por parte da população masculina na prevenção da saúde, por diversos fatores, o preconceito, a falta de tempo devido ao trabalho, entre outros. Contudo, vale ressaltar que existem políticas voltadas para a saúde do homem, mas a sensibilização ainda é incipiente, por parte dos órgãos responsáveis, causando, com isso, certa expectativa de vida menor para as pessoas do sexo masculino.

Vale ressaltar que nas entrevistas foram encontrados todos os níveis escolares, sendo que as pessoas com pouca ou nenhuma escolarização são na maioria idosos, que tiveram poucas oportunidades de estudo em sua época de jovens.

No entanto, a maioria das pessoas entrevistadas, tem certo nível de escolaridade. Desta maneira, enfatiza-se que a informação e o conhecimento vem crescendo para as classes sociais menos favorecidas, sendo um dado significativo para a sociedade, apesar de diversas atitudes

contrárias, por parte do atual governo, que vem aos poucos retirando direitos conquistados pelo segmento da educação, conquistados pela ação dos movimentos sociais.

Analisando a questão salarial dos moradores da área da saúde Nossa Senhora do Amparo, foi possível verificar que grande parte da população tem um ganho mensal por volta de 1 salário mínimo, demonstrando a relação com o grau de escolaridade, pois diversas pessoas na idade produtiva, ainda possuem pouco grau de instrução, impossibilitando um ganho remuneratório maior, que possibilite melhor condição de vida. Pode-se destacar nesta variável os idosos que, em sua maioria, são pessoas que recebem benefício de apenas um salário mínimo, sendo uma remuneração que não permite o acesso ao plano de saúde, uma boa alimentação, a compra de medicamentos, a prática de fisioterapia, entre outros recursos necessários para o cuidado com a saúde na terceira idade. Por isso, são fundamentais programas públicos que possibilitem o acesso de todos os níveis sociais a atendimentos que promovam a saúde de modo geral.

Ainda seguindo a abordagem anterior, pode-se mencionar que, a maioria das pessoas neste território, possuem emprego, seja de carteira assinada ou autônomo, no entanto, são atividades que, em sua maioria, não recebem salários altos. Um dado relevante é relacionado às mulheres do lar, que, perante à sociedade, enquadram-se como indivíduos que não tem atividade profissional, por isso, impera-se uma equivocada abordagem do trabalho doméstico

À respeito da quantidade de horas trabalhadas diariamente, percebe-se que a maioria trabalha até 10 horas diárias, sendo que as atividades dos entrevistados são as mais diversas e muitas exigem a prática de serviços pesados, cansativos fisicamente, causando um desgaste diário e, assim, torna-se difícil a prática de esportes, atividade físicas, que proporcionem a qualidade de vida.

Já referente aos locais que os usuários residem, basicamente todos moram nos bairros pertencentes à área de saúde Nossa Senhora do Amparo, mas alguns ex-moradores e outros oriundos de bairros circunvizinhos, utilizam estas ESF. Desta forma, existe o fluxo de pessoas de outras áreas de saúde, que se dá, principalmente, pela falta dessas unidade de saúde em alguns bairros ou pelo pertencimento na unidade da qual o cidadão morava anteriormente, fazendo com que este individuo continue utilizando este local, pois existe uma confiança na equipe de saúde que pertencia. Assim, destacam-se três itens, a acessibilidade, o atendimento e falta da unidade de saúde em alguns bairros, que são determinantes na utilização das unidades desta área.

O tempo que uma pessoa mora em um bairro, favorece a vida em comunidade, pois o morador passa a sentir, respeitar, conviver e participar mais dos movimentos que acontecem neste local. Dessa forma, a pesquisa possibilitou observar que a maioria dos cidadãos moram há mais de dez anos nestes bairros, reforçando o apego comunitário, ou seja, as pessoas conhecem umas às outras, o sentimento de pertencimento contribui para a participação social, destacando a cidadania e o controle social entre essas comunidades. Por isso, foi possível perceber ao longo da pesquisa, mesmo nos bairros mais novos, que a maioria reside nesses bairros, desde a sua inauguração e, acreditam que o envolvimento comunitário seja uma ferramenta fundamental para a melhoria de seu bairro.

Com relação ao número pessoas residentes nas moradias, pode-se afirmar que o padrão é de 4 pessoas. Essa constituição familiar foi se modificando ao longo das décadas, num contexto global, pois sabe-se que hoje muitos jovens em idade de ter filhos optam pelo estudo e pelo trabalho, pois temem a instabilidade financeira. Outro fator relevante é o uso correto de contraceptivos, bem como outras formas de prevenção da gravidez e as Doenças Sexualmente transmissíveis (DST) que são trabalhados por equipes de Planejamento Familiar, já que a criação e a formação de uma pessoa depende de diversos fatores, sejam afetivos, morais, materiais e outros.

Contudo, outro fato encontrado no estudo é a questão de muitos idosos estarem morando sozinhos. Nesta perspectiva, uns relatam o abandono e outros por opção própria, mas fica evidente que a maioria gostaria de morar com familiares, porém, não querem atrapalhar e dar trabalho. Acreditam que a família é base que mantém vivo o ser humano, uma vez que, sem ela, as pessoas, por exemplo, podem se aproximar da loucura e do esvaziamento sentimental. Desta forma, uma abordagem humana é necessária para com o outro, trabalhando-se o contexto familiar e, compreendendo também, as mudanças que vem sofrendo o perfil da família na atualidade.

A utilização da ESF é essencial para todos, buscando consultas, vacinação, exames, medicamentos, entre outros. Assim, destacou-se que quase todos os cidadãos entrevistados utilizam essas unidades de saúde, para a prevenção de sua vida. Contudo, a maioria usa esse serviço de saúde de forma eventual, pois possuem pouco tempo para ir até a unidades, ou trabalham e, por isso, ficam incapacitados de utiliza-la.

Neste sentido, deveriam ser implantadas Unidade de Saúde que façam horários diferenciados para atender a comunidade, pois sabe-se que algumas unidades desenvolvem este serviço em Rondonópolis, na área de saúde Nossa Senhora do Amparo, como, por exemplo, a

ESF Cidade de Deus, atendendo em regime de Pronto atendimento, ou seja, o serviço não é o equivalente de uma ESF.

Desta forma, muitas pessoas necessitam de atendimentos oriundos de programa de saúde, tais como, o de pré-natal, da saúde do homem, saúde da mulher, campanhas de vacinação, entre outros. Os usuários acreditam que a organização dos serviços, vem melhorando a cada dia, porém, deve ter um arranjo participativo, onde a sociedade tem a voz para opinar, já que existem conselhos de saúde local, no entanto, não se percebe entusiasmo da comunidade em participar, pois as opiniões são dadas e, posteriormente, esquecidas por parte do poder público.

Com relação à utilização dos espaços públicos no entorno da ESF, pontua-se que a maioria dos moradores utilizam esses locais eventualmente, elencando diversos motivos, como a falta de tempo, insegurança, a ausência de espaços próximos às suas residências. Contudo, esses locais são preciosos para sociedade, permitindo uma sociabilidade e socialização considerável para pessoas de qualquer idade. Neste contexto, campanhas devem ser elaboradas no intuito de fomentar a participação das comunidades no uso desses equipamentos públicos, possibilitando o seu acesso com maior frequência, mostrando relevância da utilização do espaço público comunitário, onde todos podem usufruir de melhor qualidade de vida.

Nota-se que à respeito do tempo disponibilizado para o lazer, por parte dos usuários da ESF da área Nossa Senhora do Amparo, muitos entrevistados disseram possuir pouco tempo semanalmente, sendo fator preocupante quando trata-se de saúde, pois, quando associa-se o lazer, pensa-se em um dos fatores determinantes para o não surgimento de patologias. A pessoa que dispõe de algumas horas para frequentar locais públicos, consegue incorporar em sua vida a qualidade de sua saúde, ou seja, embora tenha-se pouco tempo no dia-dia por causa da vida urbana, onde sempre falta tempo, deve-se parar, pensar e buscar alternativas visando a qualidade nas ações, que contribuam para a saúde e o contato com espaços verdes que permite a revigoração do corpo, da mente e da vida.

Observando o contexto de lazer, percebe-se que a população averiguada tem muito medo desses locais públicos, preferindo frequentar a casa de amigos e parentes. Para isso, alguns mecanismos devem ser utilizados na tentativa de este contexto, sendo que o distanciamento das praças, campos de futebol, entre outros espaços de lazer, não deve existir nas comunidade, bem como melhor policiamento nestas áreas.

Assim, um plano de ação integrado entre comunidades, empresários, poder público, estudantes, dever ser criado, pois o direito de acesso a esses locais são fundamentais.

Particularmente, no município de Rondonópolis, de clima quente, onde esses ambiente servem como amenizadores de temperatura, devido a flora, a cobertura vegetal, entre outros aspectos, uma proposta criada com o intuito de preservar o verde para obter melhor qualidade de saúde e de vida deve ser alcançada para a sociedade.

Nesta abordagem, cabe ressaltar que o Projeto Parque Seriema que está em estudo, já é uma resposta positiva para a sociedade de Rondonópolis, mas não absorve toda a necessidade da cidade, para isso, precisa-se compor novos locais bem planejados e pensados para todos, permitindo a acessibilidade, o lazer e a sociabilidade todos, de forma pacífica e igualitária.

Na tentativa de se conhecer as principais formas de lazer adotadas pelas pessoas, a maioria dos entrevistados expressaram que o seu lazer é realizado dentro de casa ou na casa de amigos e parentes, alguns frequentam o *shopping* Rondon Plaza, outros, cinema, pesqueiro. Mas, quando cita-se a praça, poucos utilizam como local de lazer, argumentando sobre a sua precarização, sua falta em alguns bairros estudados, a falta de segurança para frequente-la com tranquilidade e dignidade.

As pessoas fazem uso dos espaços de lazer correspondentes à área Nossa Senhora do Amparo para diversas práticas, tais como, caminhar, brincar com os filhos, descansar, conviver com amigos, participar de eventos festivos, entre outros. Ou seja, a utilização desses locais favorecem sobremaneira a vida das pessoas, propiciando a preservação de locais belos, cuidados, acessíveis para todos, podendo ser uma alternativa justa para a sociedade, permitindo que os moradores tenham esses locais para conviver em sociedade, sendo um resgate comunitário, onde todos podem participar de maneira ativa e feliz para a formação de sua comunidade, preservando a unidade participava social.

O uso frequente das praças na área de saúde Nossa Senhora do Amparo é incipiente, pois em muitos bairros, ainda é um espaço inexistente. Verificou-se com esta pesquisa, que existem locais para a construção destas áreas nas comunidade, mas ainda não foram realizadas obras de infraestrutura para atender algumas comunidades pertencentes a essas ESF. Já à respeito dos locais estabelecidos em alguns bairros que necessitam de melhorias e manutenções periódicas, serão necessárias estratégias pontuais junto com ao poder público e às comunidades, para que possa haver êxito nos cuidados e melhorias nesses espaços de uso.

Nesta ótica, é possível afirmar que existem poucas praças para atender as pessoas que moram na Área de saúde Nossa Senhora do Amparo. Com isso, uma ação conjunto com todos os entes envolvidos se faz necessária, no intuito de cuidar e preservar as praças existentes, através de projetos que beneficiem a todos, contando com a participação efetiva de todos os

órgãos responsáveis e moradores. Também, é mister destacar que alguns bairros necessitam com urgência da implantação de praças, pois existem espaços disponíveis para que se desenvolvam estes projetos, ou seja, o momento é de planejamento comunitário e políticas públicas que propiciem esta melhoria, bem como a criação desses locais de uso coletivo para as comunidades.

À respeito das melhorias dos espaços públicos, ficou caracterizado que necessitam de diversos fatores para alcançar melhor qualidade, pois diversos espaços públicos não possuem banheiros com qualidade, falta de bebedouros, ausência de bancos, pouca arborização e cobertura vegetal, entre outros. Cabe ao poder público e a sociedade como um todo, reconhecer que esses atributos são indispensáveis para esses locais, ou seja, de nada adianta ofertar um espaço público à população, se não existem recursos para a sua utilização.

Para isso, nos locais existentes, devem-se corrigir essas carências e tornar esses ambientes aconchegantes para as pessoas, adaptando, por exemplo, melhorias para as pessoas com deficiências (PcD), pois nenhum desses locais estão atendendo de forma correta a essas pessoas, ou seja, adaptar e construir áreas verdes que possuam elementos que permitam o acesso a todos de maneira equivalente e acessível, numa cidade justa e inclusiva.

As áreas verdes correspondem a locais de suma importância para as cidades, pois fornecem elementos fundamentais para a saúde, permitindo melhor respiração, o contato interativo com a natureza e outros. Por isso, pode-se estabelecer que as áreas verdes tem sua valia por parte das pessoas, onde a maioria considera que a sua existência traz diversos benefícios para as suas vidas. O seu uso por parte das ESF nos cuidados da saúde da população, facilita a prevenção de doenças e a melhorias das patologias existentes, ou seja, havendo esses locais, as equipes de saúde podem utilizá-los no sentido de complementar o tratamento de diversas doenças.

Outra observação relevante nesse estudo foi a utilização desses espaços públicos para diversas ações, como, por exemplo, no intuito educacional, ambiental e social (exposições, evento, festas), ou seja, ofertando outras opções para o uso da comunidades. Assim, diversas contribuições podem ser manifestadas nesses ambientes, concebendo melhorias para todos os envolvidos, ou seja, o direito da cidade se dá também nesse espaço democrático.

A existência de espaços públicos para auxiliar na qualidade de vida é um arranjo determinante nas políticas públicas de saúde das cidades, cobrando-se efetivamente do poder público, onde os políticos precisam se mobilizar desenvolvendo projetos em prol da sociedade, sendo que uma vez implantados e construídos esses espaços, a sociedade tem um papel também

protagonista na manutenção e conservação desses espaços. Desta forma, na pesquisa foi possível verificar que a população tem a consciência que cuidar não é só serviço da prefeitura, mas a população tem que estar lado a lado, cobrando e ajudando a preservar estas áreas verdes.

Foi possível verificar que existem áreas verdes e espaços públicos que podem ser melhor aproveitados, sendo que trabalhos científicos devem buscar a veracidade dos fatos e contribuir para um melhor planejamento por parte dos responsáveis. Este trabalho trouxe a necessidade de ampliar a qualidade dos serviços públicos, enfocando nas áreas verdes o seu potencial para a melhoria da saúde da população, ou seja, a adoção de projetos voltados à políticas públicas em saúde, permitindo o desenvolvimento de diversas ações preventivas em saúde, onde a territorialização tem efeitos benéficos, ou seja, a interação de diversos setores pode permitir um avanço essencial aos cuidados em saúde, adotando medidas de planejamento das áreas verdes articulado ao planejamento dos serviços de saúde na ótica territorial, pode-se materializar a realidade local e potencializar o seu uso substancial no contexto saúde.

A configuração territorial atual da área de saúde Nossa Senhora do Amparo, tem mostrado a necessidade de adoção de medidas em parceria com diversos setores, 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). Nesse contexto, as instituições de ensino superior da cidade de Rondonópolis tem papel influente na melhoria desses espaços públicos, no caso as áreas verdes e áreas de saúde, pois a colaboração de diversos estudantes oriundos de diversos cursos, pode permitir um avanço expressivo nas políticas públicas relativas a este temário, ficando evidente que a Prefeitura tem que direcionar projetos que incluam a coletividade, sempre contando com a parceria Acadêmica, que vem investigando de modo peculiar as potencialidades e possibilidades do território.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se com o presente trabalho que a territorialização em saúde, visa atender deficiências da vida social no campo da saúde, visando a locomoção das pessoas quando buscam atendimento e acesso às ESF, não sintetizando este trabalho na investigação de uma simples divisão dos bairros próximos às ESF da área de saúde Nossa Senhora do Amparo. Nessa análise foi possível assimilar a relação da necessidade das áreas verdes para os serviços de saúde na adjacência das ESF, pois esses locais são fundamentais recursos terapêuticos, servindo para a coletividade, permitindo uma abordagem de diversos debates em questões de saúde e qualidade do ambiente natural, propiciando o convívio social entre as pessoas, valorizando a companhia dos outros, fomentando a discussão e o respeito às questões que envolvam a saúde dos equivalentes. As comunidades da área de saúde Nossa Senhora do Amparo recebem um bom atendimento nas unidades de saúde, um Pronto Atendimento que funciona na ESF Cidade de Deus das 18:00 às 00:00 horas, sendo primordial para solucionar algumas necessidades de atendimento de urgência/emergência da área do estudo. Mas, ainda a população assistida procura a Unidade de Pronto Atendimento da cidade de Rondonópolis, pela questão cultural de próprio costume ainda existente, é oportuno enfatizar que a cidade é referência no estado em serviços de saúde, onde há diversos hospitais, clínicas, centro de hemodiálise, que são ofertados para todas as pessoas moradores da região sul do estado de Mato Grosso. Nessa concepção as Ciências da Saúde correlacionada com a Geografia devem integrar o conceito território, pois a presença das áreas verdes urbanas nas proximidades das ESF colaboram de maneira eficaz para o equilíbrio de uma vida saudável, sendo que a população é apresentada de forma significativa com estes espaços próximos às essas unidades de saúde, recebendo um ambiente saudável, bonito e útil para a manutenção do corpo, favorecendo a sociabilização dos que utilizam os serviços de saúde em seu entorno. Assim, as áreas verdes urbanas devem ser planejadas nas proximidades das unidades de saúde, permitindo o acesso sistematizado e integrado. Contudo, percebe-se a necessidade em vincular a Geografia e as Ciências da Saúde, pois a população tem seus anseios, suas opiniões e seus relatos. Isto quer dizer que diversos projetos de planejamento urbano tendem a favorecer associações humanas específicas. Competirá aos dirigentes uma habilidade visionária, estabelecendo medidas que propiciem atender a todos os grupos sociais, sem distinção territorial, possibilitando o acesso a todos com qualidade nos serviços públicos que atendam a saúde e bem estar social, permitindo a qualidade de vida sem discriminação dos cidadãos. Uma associação de novos conceitos que resultem em novos resultados,

proporcionando as pessoas espaços com condições atrativas para o seu uso, garantindo a permanência ecológica sustentável para o futuro, mantendo o entorno com majestade e amor. Desta maneira, permitirá uma mudança social, que trará uma sociedade mais justa, serena, com condições iguais para todos.

REFERÊNCIAS

- ACHOUR JUNIOR, A. Os efeitos da associação atividade física e saúde estão cada vez mais presentes na literatura científica. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 3-4, 1995.
- ALVAREZ, Karla Lopes Blanco. O projeto de espaços públicos na periferia de São Paulo: uma questão socioambiental. **Dissertação**. Programa de Pós-graduação em Arquitetura. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.
- ANDRADE, S. M. SOARES, D. A. CORDONI JUNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Ed. UEL. Londrina, 2001.
- 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: I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2000. v.2. p.27-34.
- BARCELLOS, C. & MONKEN, M. O território na promoção e vigilância em saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 177-224p.
- BONATES, Mariana Fialho. O Programa de Arrendamento Residencial - PAR: acesso diferenciado à moradia e a cidade. Artigo. Revista de pesquisa em arquitetura e urbanismo. Programa de Pós-graduação do Departamento de Arquitetura e Urbanismo. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Políticas de Saúde Projeto Promoção da Saúde As cartas de promoção à saúde. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde. – 3. ed. – Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Guia do Gestor Municipal. Cadastro Único para Programas Sociais. Brasília, 2010.

BRASIL. Lei nº 4.380, de 21 de Agosto de 1964. Institui a correção monetária nos contratos imobiliários de interesse social, o sistema financeiro para aquisição da casa própria, cria o Banco Nacional da Habitação (BNH), e Sociedades de Crédito Imobiliário, as Letras Imobiliárias, o Serviço Federal de Habitação e Urbanismo e dá outras providências. Brasília, 21 de agosto de 1964; 143º da Independência e 76º da República.

BRASIL. Lei nº 6.766, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1979. Dispõe sobre o Parcelamento do Solo Urbano e dá outras Providências. Brasília, 1979.

BRASIL. Lei nº 10.188, de 12 de Fevereiro de 2001, cria o Programa de Arrendamento Residencial, institui o arrendamento residencial com opção de compra e dá outras providências. Brasília, 2001.

BRASIL. A Lei nº 11.977, de 7 de Julho de 2009, dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida – PMCMV e a regularização fundiária de assentamentos localizados em áreas urbanas; altera o Decreto-Lei no 3.365, de 21 de junho de 1941, as Leis nos 4.380, de 21 de agosto de 1964, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 10.257, de 10 de julho de 2001, e a Medida Provisória no 2.197-43, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Brasília, 07 de julho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde : saúde e qualidade de vida : políticas de Estado e desenvolvimento : relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso: 12 de mai. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Rondonópolis, Mato Grosso, 2016. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 15 de mai. 17.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entenda o Sus**. Site oficial. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>. Acesso em 01 de mar.17.

BRASIL. PORTARIA Nº 719, DE 7 DE ABRIL DE 2011. Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.pr.gov.br>>. Acesso em: 10 de abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. **Nota Técnica**, 2017. Disponível em http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em 10 de mai. 17.

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, Maryane Oliveira. NETO, João Felício Rodrigues. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.32, n.2, p.232-240. Bahia, 2008.

DANUBILA, Lais Atanaka. FERREIRA, Marco Aurelio Marques. MONTEIRO, Doraliza Auxiliadora Abranches. Programa Bolsa Família: Análise Da Trajetória Dos Indicadores Sociais Em Minas Gerais. XXXIV Encontro Brasileiro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração Pública - ANPAD. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/apb1239.pdf>. Acesso em 01 de ago. 17.

FONSECA, Angélica Ferreira. CORBO, Ana Maria D'Andrea. **O Território e o processo saúde-doença**. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2007.

FREITAS, Lúcia Rolim Santana de. GARCIA, Leila Posenato. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.21, n.1, p.1-13. Brasília, 2012.

GADELHA, C. A. G., et al. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ, N. (Orgs.). Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 105.

GALVÃO, Altair Aparecido. TONELLA, Celene. Políticas públicas urbanas, espaço público e segregação em uma cidade média: o caso de Maringá – PR. **Anais**. Seminário Nacional Governança Urbana e Desenvolvimento Metropolitano. Rio Grande do Norte, 2010.

GALVÃO, Altair Aparecido. Políticas públicas urbanas, espaço público e segregação em Maringá - PR. **Dissertação**. Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Geografia. Doutorado em Geografia. Maringá, 2012.

GATTI, Simone. **Espaços Públicos. Diagnóstico e metodologia de projeto Coordenação do Programa Soluções para Cidades**. São Paulo, ABCP, 2013.

GEHL, Jan; GEMZOE, Lars. Novos espaços urbanos. Barcelona: Gustavo Gili, 2002.

GOBBI, S. Atividade Física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Pelotas/RS**, v. 2, n. 2, p. 41- 49, 1997.

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.

GOMES, Paulo Cesar C.(2002). *A Condição Urbana: ensaios de geopolítica da cidade*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.

GONDIM, Gracia Maria de Miranda. MONKEN, Mauricio. **Territorialização em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em: 01 de mar. 17.

INDONÉSIA. *Declaração de Jacarta*. Jacarta: Indonésia. V Conferência Internacional sobre a promoção da saúde, 1997. (Documento). Disponível em: Acesso em: 02 de abr. 2017.

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

LEMOS, Jureth Couto. LIMA, Samuel do Carmo. A Geografia Médica e as doenças infecto-parasitárias. *Revista online Caminho de Geografia*. Programa de pós-graduação em Geografia. Instituto de Geografia. Universidade Federal de Uberlândia, 2002.

_____. **Mapas do município de Rondonópolis, Mato Grosso**. Rondonópolis: UFMT/Laboratório de Geoprocessamento e sensoriamento remoto, 2014.

MINAYO, MCS, HARTZ, ZMA, BUSS, PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2000.

MIZBUTI, S. **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3 Ed. Coleção Espaço, território e paisagem, 2007.

MORAES, Tiago Cacique. CORREIA, Alan Albuquerque Ribeiro. **Os conselhos de políticas públicas de Minas Gerais: espaços públicos e participativos, mas quanto efetivos? II** Congresso Consad de Gestão Pública, 2007.

MOREIRA, Maria Regina Ritter. **A UFMT e a Dinâmica Espacial de seu Entorno**. Dissertação (Planejamento e Gestão Territorial). Universidade Federal de Mato Grosso. Instituto Ciências Humanas e Naturais. Rondonópolis: MT.2017.

NAHAS, M.I.P. Bases teóricas, metodológicas de elaboração e aplicabilidade de indicadores intra-urbanos na gestão municipal da qualidade de vida urbana em grandes cidades: o caso de Belo Horizonte. Tese (Doutorado em Ecologia e Recursos Naturais). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos: UFSCar, 2002.

NARCISO, Carla Alexandra Filipe. Espaço público: ação política e práticas de apropriação. Conceito e procedências. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. ANO 9, N.2, P. 265-291, 2º SEMESTRE DE 2009.

NARDES, Antônia Marília Medeiros. **Rondonópolis – MT: Sua Espacialidade Reconstruída. Brasília, 1997**. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano) Universidade de Brasília – UNB.

NEGRI, Silvio Moisés. **O processo de Segregação Sócio-espacial no contexto do desenvolvimento econômico da cidade de Rondonópolis/MT**. Tese (Doutorado). Universidade Federal Paulista. Instituto de Ciências e Ciências exatas. Rio Claro: SP. 2008.

NETO, E. F. RIBEIRO, C. D. M. SILVA JUNIOR, A. G. As Práticas em Saúde Pública no Brasil (Niterói-RJ): O TERRITÓRIO e suas possibilidades. Associação Latina para Análise dos Sistemas de Saúde.

OMS. 7ª CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE. Promoting Health and Development: Closing the implementation Gap. Boletim informativo da 7ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde - Nairobi, 2009.

OMS. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Bangkok, Tailândia, 2005. Disponível em:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf >. Acesso em: 03 de abr. 2017

OKUMA, S. S. **O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico**. São Paulo, 1997. 380 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

OLIVEIRA, T. D. S. **Mapa de localização do município de Rondonópolis, Mato Grosso**. Rondonópolis: UFMT/Laboratório de Geoprocessamento e sensoriamento remoto, 2014.
PAULO JUNIOR, Luiz. A história do BHN- Banco Nacional de Habitação. Artigo. Site Resumo Imobiliário. Artigos Histórias imobiliárias, julho de 2015. Disponível em <http://www.resimob.com.br/a-historia-do-bnh-banco-nacional-de-habitacao/>. Acesso em 20/09/17.

PEDON, Nelson Rodrigo. **Geografia e movimentos sociais: dos primeiros estudos à abordagem socioterritorial**. Editora Unesp. São Paulo, 2013.

PEREHOUSKEI, Nestor Alexandre. BENADUCE, Gilda Maria Cabral. **Geografia da Saúde e as Concepções sobre o Território**. **Revista Gestão & Regionalidade** - Vol. 23 - Nº 68 - set-dez/2007.

PEREHOUSKEI, N. A.; DE ANGELIS, B. L. D. Áreas Verdes e Saúde: paradigmas e experiências. **Diálogos & Saberes, Mandaguari**, v. 8, n. 1, p. 55-77, 2012.

PEREHOUSKEI, Nestor Alexandre. Áreas verdes e serviços públicos de saúde na cidade de Mandaguari, Paraná: 2000 a 2010. **Tese** (doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Geografia, Programa de Pós-Graduação em Geografia. Maringá, 2013.

PEREHOUSKEI, Nestor Alexandre. ANGELIS, Bruno Luiz Domingos. FONZAR, Udelysyes Janete Veltrini. A organização dos serviços de saúde na práxis territorial. **Revista Sociedade e Território**, v. 27, nº 1, p. 101 -116. Natal, 2015.

PHANTOM 4 PRÓ DJI. Disponível em:<<http://phantombrasil.com/phantom-4-pro-novo-lancamento-dji/>>. Acesso em: 01 de mar. 17.

PORTELA, Aline de Assis. **A Produção do Espaço Urbano em Rondonópolis- MT: Um Ensaio de Ritmanálise**. Dissertação (Geotecnologia Aplicadas à Gestão Ambiental). Universidade Federal de Mato Grosso. Instituto Ciências Humanas e Naturais. Rondonópolis: MT.2016.

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.

RIBEIRO, H.. Saúde Pública e Meio Ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p.70-80, 2004.

ROJAS, Luisa Iñiguez. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(4):701-711, out-dez, 1998.

RONDONÓPOLIS. Lei Complementar nº 056, de 14 de Dezembro de 2007. Regulamenta disposto no art. 5º, III da Lei Complementar nº 043 de 28/12/2006 (Plano Diretor Participativo de Desenvolvimento Urbano e Ambiental do Município de Rondonópolis) instituindo o USO E OCUPAÇÃO DO SOLO DO MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS, e dá outras providências. Rondonópolis, 2007.

RONDONÓPOLIS. **Dados de população do município de Rondonópolis, Mato Grosso. Rondonópolis**: Prefeitura do Município de Rondonópolis, 2010. Disponível em: <http://www.rondonopolis.mt.gov.br>. Acesso em 10 de mai. 17.

RONDONÓPOLIS. **Dados de população do município de Rondonópolis, Mato Grosso**. Rondonópolis: Prefeitura do Município de Rondonópolis, 2014.

SANTANA, Paula. **Geografia da Saúde: território, saúde e bem-estar**. Coimbra University Press. Coimbra, 2014.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do Espaço Habitado, fundamentos Teórico e metodológico da geografia**. Hucitec.São Paulo, 1988.

SANTOS, M. A **natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. *Cálculo amostral*: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 13 de abr. 2016.

SANTOS, M. BECKER, B. K. SILVA, C. A. F. S. GONCALVES, C. W. P. LIMONAD, E. ALMEIDA, F. G. LIMA, I. BINSZTOK, J. SILVA, J. S. S., BARBOSA, J. L. OLIVEIRA, M. P. FERNANDES, N. N. HAESBART, R. ERTHAL, R. MOREIRA, R. CUNHA, S. B.

SAQUET, Marcos Aurélio. SILVA, Sueli Campos. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Revista Geo UERJ** - Ano 10, v.2, n.18, 2º semestre de 2008. P. 24-42. Disponível em www.geouerj.uerj.br/ojs. Acesso em: 15 de mar. 17.

SAQUET, Marcos Aurélio. O território: diferentes interpretações na literatura italiana. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. Território e Desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004.

SAQUET, Marcos Aurélio. SPOSITO, Eliseu Savério. **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. Programa de Pós-Graduação em Geografia. UNESP. Expressão Popular. 1.ed. São Paulo : 2008.

SELYE, Hans. Stress, a tensão da vida. Edição original publicada por McGraw – Hill Book Company, Inc. 1956.

SILVA, Marlon Lima da Silva. TOURINHO, Helena Lúcia Zagury. O Banco Nacional de Habitação e o Programa Minha Casa Minha Vida: duas políticas habitacionais e uma mesma lógica locacional. *Cad. Metrop.*, São Paulo, v. 17, n. 34, pp. 401-417, nov 2015.

SILVA, Fabiana Brito. Análise do índice de vulnerabilidade social das áreas de cobertura das equipes saúde da família e sua distribuição territorial em Uberaba – MG, 2010. **Dissertação**. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde. Uberaba, 2011.

SILVA, J. L. A prática educativa como expressão da prática profissional no contexto saúde da família do Rio de Janeiro. *Dissertação (Mestrado)* - Universidade do Estado de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2010.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 8, n. 16, p.20-45, jul/dez. 2006.

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 de abr. 2017.

TEIXEIRA, Tiago Roberto Alves. O Conceito de território como categoria de análise. **Anais**. XVI Encontro Nacional de Geógrafos. Porto Alegre, 2010.

TROMPOWSKY, Mário. O espaço público como território: uma sucinta reflexão. [in]VAZ, L. F. ANDRADE, L. S. GUERRA, M. W. **Os espaços públicos nas políticas urbanas: estudos sobre o Rio de Janeiro e Berlim.** Rio de Janeiro: 7 Letras, 2008.

URSS. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, URSS, 1978. Disponível em: <[http:// http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf](http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf)>. Acesso em: 10 de fev. 2016.

VAZ, L. F. ANDRADE, L. S. GUERRA, M. W. **Os espaços públicos nas políticas urbanas: estudos sobre o Rio de Janeiro e Berlim.** Rio de Janeiro: 7 Letras, 2008.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. IBAÑES, Nelson. ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Saúde, Desenvolvimento e Território.** Editora Hucitec. São Paulo, 2009.

ZAR, J. H. Biostatistical Analysis. Nova Jérsei: Prentice Hall International, 1984, p. 43- 45.

]

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA: MAPEAMENTO DO NÍVEL DO BEM ESTAR NO ESPAÇO URBANO DA CIDADE NA CIDADE DE RONDONÓPOLIS, MATO GROSSO.

Orientado: Rodrigo Andrade da Silva/Orientação: Prof. Dr. Nestor Alexandre Perekouskei

ESF/ UBS: _____ Data: _____

1 - Levantamento sócio-econômico: Perfil do usuário.

a) Sexo:

Masculino () Feminino ()

b) Faixa etária:

() 15 a 20 anos () 21 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos
() 51 a 60 ano () mais de 60 anos

c) Grau de escolaridade:

() Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós-graduado
() Sem escolaridade

d) Renda familiar:

() Até (1)
() De (1 a 2)
() De (2 a 5)
() De (5 a 8)
() Mais de (8)

OBS: Salário mínimo (SM) =

e) Ocupação:

() Empregado () Do lar () Desempregado () Autônomo
() Aposentado () Estudante () Outros

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 ESF ou UBS?

Sim Não. Por quê?

b) Com que frequência vai ao espaço público?

Uma vez por semana aos finais de semana Sempre

Eventualmente Outros:

c) Quanta hora por semana dedica-se ao lazer?

d) Em Rondonópolis quais os lugares (até 3) você costuma frequentar em seus momentos de lazer?

Campo Casa de parentes e/ou amigos Cinema Clube

Parque Pesqueiro Praça Shopping Casa Outros

e) Normalmente quando você vai a uma praça ou a um parque são por quais motivos?

Tomar sol Descansar Caminhar Praticar esportes Ler

Levar a criança/filho para brincar

Outros:

f) Você frequenta a praça próxima a este ESF ou UBS? Por quê?

j) O que seria importante na organização deste espaço público no seu bairro para que ele melhore?

g) Acredita que as áreas verdes possam contribuir para a melhoria da qualidade de sua saúde (ou de seu tratamento)? Por quê?

i) Espaços públicos como parques e praças, podem ser utilizados para a prática de atividades do ESF ou UBS? De que formas esses espaços podem ser utilizados?

l) Em 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.