



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

GRASIELI MARTINS ALIANO DE MOURA

**TERRITÓRIO USADO E SAÚDE NO PARQUE WALDEMAR  
HAUER B, LONDRINA-PARANÁ**

GRASIELI MARTINS ALIANO DE MOURA

**TERRITÓRIO USADO E SAÚDE NO PARQUE WALDEMAR  
HAUER B, LONDRINA-PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Geografia, da Universidade Estadual de Londrina, como exigência à obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Roberto Braguetto

Londrina  
2012

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da  
Universidade Estadual de Londrina**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

M929t Moura, Grasieli Martins Aliano de.

Território usado e saúde no parque Waldemar Hauer B, Londrina - Paraná /  
Grasieli Martins Aliano de Moura. – Londrina, 2012.  
119 f. : il.

Orientador: Cláudio Roberto Bragueto.  
Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Estadual de Londrina,  
Centro de Ciências Exatas, Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2012.  
Inclui bibliografia.

1. Geografia médica – Teses. 2. Cidades e vilas – Promoção da saúde – Teses.  
3. Espaço urbano – Teses. 4. Serviços de promoção da saúde – Teses. 5. Qualidade  
de vida – Teses. I. Bragueto, Cláudio Roberto. II. Universidade Estadual de Londrina.  
Centro de Ciências Exatas. Programa de Pós-Graduação em Geografia. III. Título.

CDU 911.3:614

GRASIELI MARTINS ALIANO DE MOURA

**TERRITÓRIO USADO E SAÚDE NO PARQUE WALDEMAR HAUER  
B, LONDRINA-PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Geografia, da Universidade Estadual de Londrina, como exigência à obtenção do título de mestre.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Cláudio Roberto Bragueto  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Edilson Luis de Oliveira  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima  
Universidade Federal de Uberlândia - UFU

Londrina, 27 de setembro de 2012.

Dedico este trabalho ao meu marido Cleber e ao meu filho Luiz Guilherme, pela compreensão, disposição e apoio durante este período tão especial. Amo vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, fonte maior de inspiração e perseverança.

Ao Prof. Dr. Cláudio Bragueto, meu orientador, pelas muitas horas de apoio na formulação e correção do trabalho, bem como pelo tempo, dedicação e aprendizado.

A Prof. Dra. Marcia Siqueira de Carvalho pela disposição, dedicação e pelas muitas contribuições durante o desenvolvimento deste estudo e na qualificação.

Ao Prof. Dr. Edilson Luis de Oliveira, pelo diálogo generoso e cuidadoso e pelas contribuições na qualificação.

Aos funcionários do Departamento de Geografia e da Secretaria de Pós - Graduação do CCE/UEL, pelo atendimento gentil, pelo apoio e esclarecimento com documentos ou dúvidas burocráticas.

Ao meu marido Cleber e meu filho Luiz Guilherme, pelo tempo que deixamos de compartilhar, pelos sonhos concretizados e ideais partilhados.

À minha família, que sempre me incentivou a continuar estudando e sonhando.

Aos meus amigos de sempre; aos novos colegas da turma do Mestrado especialmente: Cida e Rafael; aos colegas de trabalho, pelo apoio, conversas, angústias compartilhadas e pelos momentos de risos...

Algumas pessoas foram muito especiais neste momento, Patrícia Góes, Franciene e Neusa – mais que amigas – sempre me motivaram e incentivaram nos momentos mais difíceis, me deram oportunidade para superar, continuar e amadurecer na caminhada e como não agradecer também pelas trocas de ideia, leituras, revisões... e muito mais... Amo muito vocês!!!

À Celina, coordenadora da UFS-Lindoia, aos moradores do Parque Waldemar Hauer B, pela generosa colaboração.

À AEPIL e Rondopar em especial ao Sr. Ary Sudan, à Jessycka Darolt, à Josiani que me acolheram, apoiaram e possibilitaram o enriquecimento desta pesquisa.

A todos que de alguma maneira contribuíram para a conclusão desta pesquisa.

MOURA, Grasieli Martins Aliano de. **Território usado e saúde no Parque Waldemar Hauer B, Londrina – Paraná**. 2012. 119 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Estadual de Londrina. Londrina – PR.

## RESUMO

O objetivo geral desta pesquisa consiste em investigar a relação entre território usado e saúde no Parque Waldemar Hauer B, bairro localizado na zona leste do município de Londrina, Paraná. Para tanto, foi inserida discussão teórica sobre a categoria território na escala local; buscou-se caracterizar os elementos da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) e sua efetividade, além de avaliar os fatores determinantes da saúde e da qualidade de vida no Parque Waldemar Hauer B e no Parque das Indústrias Leves (PIL). A metodologia adotada constou de pesquisa bibliográfica, pesquisa de campo com um grupo de moradores dos bairros mencionados, além de entrevista realizada com representante da Associação das Empresas do Parque das Indústrias Leves – AEPIL - e com a coordenadora da Unidade Básica de Saúde - UBS que atende aos moradores do Parque Waldemar Hauer B. Os resultados encontrados permitem afirmar que nem sempre os moradores identificam as mudanças que ocorrem em seu entorno, ou não as reconhecem como válidas para assegurar melhores condições de qualidade de vida. Não foi definida claramente uma identidade territorial a partir do trabalho dos sujeitos da pesquisa, dada a especificidade de poucos moradores exercerem atividades profissionais no PIL. Embora não tenham sido claras, nos resultados obtidos na pesquisa junto aos moradores, as repercussões na saúde e na qualidade de vida de sua população, a entrevista com o presidente da AEPIL deixa entrever avanços, sobretudo no que diz respeito à proposição de ações conjuntas em que empresários e moradores se mobilizam tornando possíveis realizações que podem ser consideradas conquistas para toda a coletividade.

**Palavras-chave:** Promoção de saúde. Qualidade de vida. Parque Waldemar Hauer B.

MOURA, Grasieli Martins Aliano de. **Geographical Space and Health at the Waldemar Hauer B, Londrina – Paraná.** 2012. 119 p. Thesis (Master Degree in Geography) – State University of Londrina. Londrina – PR.

### **ABSTRACT**

The general objective of this research is to investigate the relationship between among geographical space and health at the Waldemar Hauer B, a district located in the eastern area of the city of Londrina, Paraná. To that end, a theoretical discussion on the category territory was inserted on a local scale. We sought to characterize the elements of the National Health Promotion (PNPS) and its effectiveness, and evaluate the determinants of health and quality of life in the Park Waldemar Hauer B. The methodology consisted of literature research, field research with a group of residents surrounding the PIL, and additionally of an interview with the representative of the Association of Companies of the Light Industrial Park - AEPIL - and with the coordinator of the basic health unit serving residents of Waldemar Hauer B. The results found have revealed that the residents do not always identify the changes occurring around them, or do not perceive them as valid to ensure better quality of life. A territorial identity was not clearly defined from the work of the research subjects due to the specificity that few residents work at the PIL. Although not clarified in the results obtained from the survey with the residents, the implications resulting from the advance in the process of industrialization at the Light Industrial Park and its consequences on the health and quality of life of its population, the interview with the president of AEPIL shows glimpses of advances, particularly with regard to the proposal of joint activities in which businesses and residents are mobilizing and making accomplishments come true which may be considered real achievements for the whole community.

**Keywords:** Health promotion. Quality of life. Waldemar Hauer B Park.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Mapa da localização do município de Londrina.....	18
<b>Figura 2</b> – Parque das Indústrias Leves e Parque Waldemar Hauer B .....	56
<b>Figura 3</b> – Empresas localizadas no Parque das Indústrias Leves Mapa .....	58
<b>Figura 4</b> – Localização das escolas e UBS .....	83

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Sexo dos entrevistados .....	69
<b>Gráfico 2</b> – Faixa etária .....	70
<b>Gráfico 3</b> – Estado civil .....	71
<b>Gráfico 4</b> – Escolaridade .....	72
<b>Gráfico 5</b> – Tempo de residência no bairro.....	73
<b>Gráfico 6</b> – Número de pessoas da família.....	75
<b>Gráfico 7</b> – Renda familiar mensal.....	76
<b>Gráfico 8</b> – Número de pessoas da família que contribuem para a renda familiar.....	77
<b>Gráfico 9</b> – Número de pessoas da família que trabalham no PIL.....	78
<b>Gráfico 10</b> – Mudanças no entorno do PIL .....	80
<b>Gráfico 11</b> – Espécie de mudanças no entorno do PIL.....	81
<b>Gráfico 12</b> – Sugestões de melhorias no bairro.....	82
<b>Gráfico 13</b> – Ações do Poder Público .....	86
<b>Gráfico 14</b> – Situação profissional .....	87
<b>Gráfico 15</b> – Bairro que trabalha.....	89
<b>Gráfico 16</b> – Avaliação da oferta de trabalho no PIL .....	90
<b>Gráfico 17</b> – Possui plano de saúde .....	91
<b>Gráfico 18</b> – Frequência de utilização da UBS .....	92
<b>Gráfico 19</b> – Motivos da procura pela UBS.....	93
<b>Gráfico 20</b> – Avaliação do atendimento da UBS.....	94
<b>Gráfico 21</b> – Existência de campanhas de promoção da saúde pela UBS.....	95
<b>Gráfico 22</b> – Existência de doenças crônicas .....	96
<b>Gráfico 23</b> – Doenças crônicas relatadas .....	97
<b>Gráfico 24</b> – A industrialização afeta a qualidade de vida e a saúde da população.....	100
<b>Gráfico 25</b> – Formas pelas quais a industrialização pode afetar a qualidade de vida.....	101
<b>Gráfico 26</b> – Existência de ações de promoção da saúde na empresa em que trabalha .....	102
<b>Gráfico 27</b> – Preocupação das empresas com a qualidade de vida da população.....	103

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	– Organização das equipes do NASF no município de Londrina .....	50
<b>Tabela 2</b>	– Empresas localizadas no Parque das Indústrias Leves .....	59
<b>Tabela 3</b>	– Sexo dos entrevistados .....	69
<b>Tabela 4</b>	– Faixa etária .....	69
<b>Tabela 5</b>	– Estado civil .....	70
<b>Tabela 6</b>	– Escolaridade .....	71
<b>Tabela 7</b>	– Tempo de residência no bairro.....	73
<b>Tabela 8</b>	– Número de pessoas da família.....	74
<b>Tabela 9</b>	– Renda familiar mensal.....	75
<b>Tabela 10</b>	– Número de pessoas da família que contribuem para a renda familiar.....	76
<b>Tabela 11</b>	– Número de pessoas da família que trabalham no PIL.....	78
<b>Tabela 12</b>	– Mudanças no entorno do PIL .....	79
<b>Tabela 13</b>	– Espécie de mudanças no entorno do PIL.....	80
<b>Tabela 14</b>	– Sugestões de melhorias no bairro.....	82
<b>Tabela 15</b>	– Ações do Poder Público .....	85
<b>Tabela 16</b>	– Situação profissional .....	87
<b>Tabela 17</b>	– Ocupação exercida .....	88
<b>Tabela 18</b>	– Bairro que trabalha.....	89
<b>Tabela 19</b>	– Avaliação da oferta de trabalho no PIL .....	90
<b>Tabela 20</b>	– Possui plano de saúde .....	91
<b>Tabela 21</b>	– Frequência de utilização da UBS .....	92
<b>Tabela 22</b>	– Motivos da procura pela UBS.....	93
<b>Tabela 23</b>	– Avaliação do atendimento da UBS.....	94
<b>Tabela 24</b>	– Existência de campanhas de promoção da saúde pela UBS.....	95
<b>Tabela 25</b>	– Existência de doenças crônicas .....	96
<b>Tabela 26</b>	– Doenças crônicas relatadas .....	97
<b>Tabela 27</b>	– Itens importantes para uma boa qualidade de vida.....	98
<b>Tabela 28</b>	– A industrialização afeta a qualidade de vida e a saúde da população .....	100
<b>Tabela 29</b>	– Formas que a industrialização pode afetar a qualidade de vida .....	101

<b>Tabela 30</b> – Existência de ações de promoção da saúde na empresa em que trabalha .....	102
<b>Tabela 31</b> – Preocupação das empresas com a qualidade de vida da população.....	103

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEPII	Associação das Empresas do Parque das Indústrias Leves
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CNS	Conferência Nacional da Saúde
CODEPAR	Companhia de Desenvolvimento do Paraná
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OTAN	Organização do Tratado do Atlântico Norte
PEFI	Programa de Fomento à Industrialização
PIL	Parque das Indústrias Leves
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
SM	Salários-mínimos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1 A FORMAÇÃO DO TERRITÓRIO NAS DIMENSÕES GLOBAL E LOCAL</b> .....	23
1.1 TERRITÓRIO: ENTRE MÚLTIPLOS ESPAÇOS, ATORES SOCIAIS E RELAÇÕES DE PODER .....	23
1.2 TERRITÓRIO: DO GLOBAL AO LOCAL .....	27
1.3 O TERRITÓRIO USADO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE .....	33
<b>2 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA EFETIVIDADE NO MUNICÍPIO DE LONDRINA</b> .....	36
2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL .....	36
2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE LONDRINA .....	43
<b>3 TERRITÓRIO USADO E SAÚDE NO PARQUE WALDEMAR HAUER B – LONDRINA</b> .....	55
3.1 O PONTO DE VISTA DA AEPIL .....	61
3.2 O PONTO DE VISTA DOS MORADORES DO PARQUE WALDEMAR HAUER B .....	68
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	106
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	109
<b>APÊNDICES</b> .....	114
APÊNDICE A – Resultados da entrevista com representante da AEPIL .....	115
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados para os moradores .....	116

## INTRODUÇÃO

Neste trabalho pretende-se discutir as questões que emergem da constituição do território como elemento fundante das diferentes dimensões que constituem a sociedade, moldada em um perfil no qual a preocupação com a saúde é determinante.

Estão presentes no enfoque pretendido as diferentes lógicas de produção do espaço urbano, as quais apontam para as relações entre os interesses envolvidos nos diferentes segmentos que compõem a sociedade. Nesta dimensão, a promoção da saúde é uma preocupação inerente a todos os indivíduos, uma vez que produz impactos na qualidade de vida.

Para Buss (*apud* CZERESNIA; FREITAS, 2003), as propostas de promoção da saúde, desencadeadas a partir da década de 1960, privilegiavam ações educativas normativas voltadas para indivíduos, famílias e grupos. Nesta perspectiva, estabeleceu-se um amplo debate em vários países, realçando a determinação econômica e social da saúde, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade. Dentre os vários acontecimentos que estabeleceram as bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma de promoção de saúde pode-se mencionar a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 e a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, de 1986, que culminou na promulgação da Carta de Ottawa, documento que aponta questões muito amplas como a paz, recursos sustentáveis, justiça social e equidade de condições como requisitos essenciais à saúde. Ao mesmo tempo, define promoção da saúde nos seguintes termos:

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.

No mesmo documento, são explicitados cinco campos de ação preconizados para a promoção da saúde: a) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; b) criação de ambientes favoráveis à saúde; c) reforço da ação comunitária; d) desenvolvimento de habilidades pessoais; e) reorientação do sistema de saúde.

Na perspectiva abrangida por estes campos de ação, constata-se que a promoção de saúde resulta de um amplo processo que integra todas as dimensões da vida humana e abarcam, sobremaneira, a atuação do sujeito e da comunidade, concebendo a saúde como produção social e, por esta singularidade, representa um espaço de atuação que extrapola o setor saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores da gestão.

Deve-se, portanto, ponderar que as ações de promoção de saúde devem estar integradas às dimensões ambiental, social, política, econômica, comportamental, além da biológica e médica, na articulação com políticas governamentais responsáveis pelos espaços físico e social. Trata-se de um campo complexo, uma vez que se propõe à articulação entre a competência específica das ações do campo da saúde e a necessária integração com outras múltiplas dimensões.

Os avanços trazidos como resultado desta conceituação positiva de saúde trazem, contudo, novos desafios, dada a amplitude das dimensões inseridas nesta perspectiva. Ao se considerar a saúde em toda sua amplitude, entende-se que se faz necessário avaliar as ações do Estado em âmbito global, não desprezando a singularidade e autonomia dos sujeitos (CZERESNIA, 2003).

A par desta nova maneira de conceber a saúde em uma amplitude maior, deve-se ainda considerar as relações exercidas sobre o espaço-território no atual estágio de desenvolvimento da sociedade apresentam uma complexidade muito grande e, devido ao modo de produção capitalista ter dinamizado o território a partir de novas necessidades de circulação de pessoas, informações/comunicações e mercadorias, as transformações no cotidiano das pessoas também foram alteradas de forma contundente.

Uma vez atingida tal compreensão, o tema do presente trabalho relaciona-se às mudanças no território usado, decorrentes de vários fatores, considerando que as mesmas se efetivam de formas distintas no tempo e no espaço.

Sob a égide do pensamento de Monken *et al.* (2008), atualmente, chama a atenção a emergência do interesse pela categoria território como variante da aproximação histórica entre geografia e saúde, em particular no Brasil. Para estes autores, nos estudos sobre a saúde, a incorporação de conceitos geográficos como espaço, território e ambiente vem sendo novamente privilegiada. Este aumento do interesse pelo território na saúde é um fenômeno recente, desencadeado pelos gestores e trabalhadores de saúde. Tal fato gera a possibilidade de um novo processo de fertilização mútua entre a saúde coletiva e a geografia.

As diferentes formas de promoção da saúde podem influenciar a maneira de viver perante a sociedade. Nos estudos sobre a saúde coletiva e a saúde pública, a incorporação de conceitos geográficos como espaço, território, ambiente e atores sociais, vem sendo bastante privilegiada na literatura.

Nesta abordagem, o objeto de estudo selecionado é a relação entre o território usado e a saúde no Parque Waldemar Hauer B, selecionado por ser um bairro contíguo ao Parque das Indústrias Leves, onde existe uma predominância de importantes estabelecimentos industriais, que se localizam as margens da BR-369. Trata-se de um dos primeiros parques industriais de Londrina, tendo sido planejado como tal.

A dinâmica da economia urbana londrinense, redefinida pela urbanização acelerada e concentrada pela industrialização e pelas transformações na divisão territorial do trabalho, passou a requerer ajustes em relação ao meio construído. A industrialização, principalmente, teve grande impacto na expansão físico-territorial de Londrina por meio da criação de áreas especificamente destinadas a essa atividade. A primeira área industrial criada na cidade foi o Parque das Indústrias Leves (CILO I), aprovado pela Prefeitura em 1969. Foram deslocadas para essa área muitas indústrias antes localizadas na zona leste da cidade, as quais, com a expansão da área central, tornaram-se vizinhos indesejáveis (OLIVEIRA, 2011, p. 104).

A escolha da temática encontra-se vinculada aos temas de estudo da Geografia, posto que o território é uma das categorias mais difundidas na geografia contemporânea, sendo tema recorrente de estudos urbanos. Da mesma forma, o estudo dos usos do território associado à categoria saúde ajuda a evidenciar as contradições nos lugares, o que remete à ideia da possibilidade de a Geografia se enriquecer com esta categoria de análise.

Em linhas gerais, não se pretende esgotar a temática pretendida em uma única análise, dada sua complexidade. A ênfase maior voltou-se para o entendimento da complexidade que envolve os elementos fundantes da formação do espaço, repercutindo em modos de vida, em formas de pensar, agir e sentir o mundo e suas infindáveis nuances.

O objetivo geral desta pesquisa consistiu em investigar a relação entre território usado e saúde no Parque Waldemar Hauer B, bairro localizado na zona leste do município de Londrina, Paraná.

Os objetivos específicos foram assim elencados:

- a) Realizar a discussão teórica sobre a categoria território na escala local;
- b) Analisar os elementos da Política Nacional de Promoção da Saúde e sua efetividade no Parque Waldemar Hauer B;
- c) Investigar a relação entre território usado e saúde no Parque Waldemar Hauer B.

A pertinência da proposta, inserida no âmbito dos estudos geográficos, pode ser corroborada pelo que afirma Santos (2002, p. 9):

A geografia alcança neste fim de século a sua era de ouro, porque a geograficidade se impõe como condição histórica, na medida em que nada é considerado essencial hoje se faz no mundo que não seja a partir do conhecimento do que é Território. O Território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações de sua existência. A Geografia passa a ser aquela disciplina mais capaz de mostrar os dramas do mundo, da nação, do lugar.

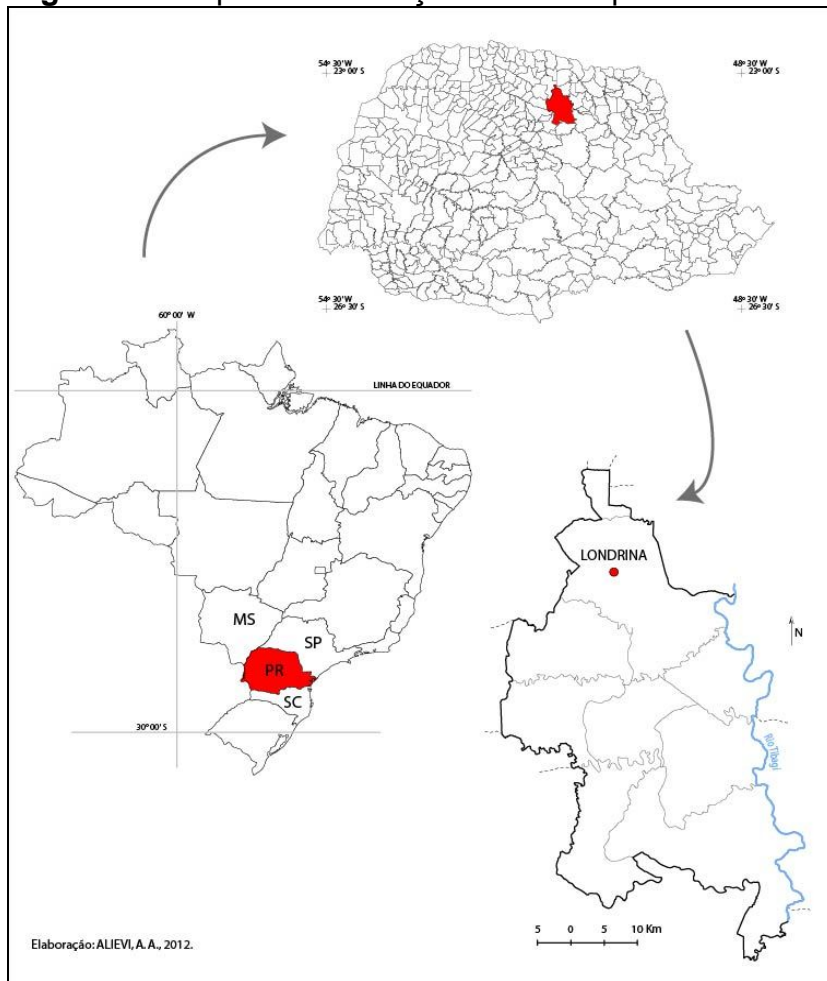
A par das manifestações derivadas do território, cuja importância Santos (2002) elevou pela utilização do termo em notações maiúsculas, percebe-se que esta categoria apresenta a potencialidade de auxiliar na apreensão de fenômenos que norteiam a organização do espaço, de acercar a multiplicidade de usos do espaço que se realizam na cidade.

Entende-se que uma das principais preocupações da geografia é o território e seus diversos usos. Sendo assim, este estudo mostra-se relevante por se propor a interpretar os contextos dados pela coerência espacial e temporal dos eventos relacionados à saúde.

Paralelo a esta ideia, depende-se que a discussão sobre as mudanças em relação ao território usado e à saúde em um bairro impactado pela forte presença da atividade industrial mostra-se pertinente com os estudos geográficos.

Parte-se da premissa de que território deve ser apreendido em múltiplas vertentes com diversas funções. O olhar aqui pretendido volta-se para as transformações no território em um bairro com características impactadas pela industrialização, associado às condições de saúde e qualidade de vida. Vislumbra-se ainda o entendimento de que o bairro traduz um espaço que é apropriado coletivamente no cotidiano de seus moradores. A figura a seguir aponta a localização do município de Londrina no Estado do Paraná.

**Figura 1 – Mapa da localização do município de Londrina**



O recorte espacial abarca dois bairros contíguos do município de Londrina selecionados a partir da intencionalidade de avaliar as nuances complexas

que oferecem maior amplitude de análise para subsidiar a discussão entre território usado e saúde no Parque Waldemar Hauer B e Parque das Indústrias Leves.

Para obter dados mais precisos sobre o Parque das Indústrias Leves, foi realizada uma entrevista com o fundador e presidente da AEPIL– Associação das Empresas do Parque das Indústrias Leves – a partir de um roteiro pré-estabelecido contendo nove questões abertas (Apêndice A).

Para a realização do estudo empírico, optou-se também por realizar a aplicação de instrumento de coleta de dados (constante do Apêndice B), com 32 questões abertas e fechadas a moradores do Parque Waldemar Hauer B, localizado na zona leste de Londrina.

A amostra da pesquisa foi restrita a cinquenta domicílios/moradores, entendendo-se que, de aproximadamente quinhentos domicílios do Parque Waldemar Hauer B e Parque das Indústrias Leves e seria viável aplicá-la a 10% desta quantidade.

Os dados foram tabulados e transformados em gráficos e tabelas com auxílio da planilha do Excel. Em seguida, foram confrontados com o referencial teórico aqui apresentado.

Outra ação desenvolvida em campo foi a entrevista realizada com a enfermeira, coordenadora do Centro de Saúde Municipal “Irmã Maria Osvalda Kneer”, localizado no Conjunto Lindoia, que abrange o território do Parque Waldemar Hauer B. Buscou-se investigar as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelo município e de forma mais específica no território objeto da pesquisa.

Estabelecidos os recortes espacial e temporal e diante dos objetivos a que nos propusemos, é importante, pois, reavivar os conceitos básicos que devem ser considerados para dar seguimento à presente proposta.

Este trabalho ampara-se em grande parte no ideário de Santos (1988), o qual esboça, com muita propriedade, a concepção de que o sujeito também vale pelo lugar que habita.

Concordamos com esta asserção por considerar que o lugar em que o sujeito mora é importante também para a saúde, para além do que a pessoa é.

Também Barcellos (2008) aponta para a retomada do interesse pelo espaço geográfico na área da saúde, tanto como categoria de análise da distribuição espacial de agravos à saúde quanto para o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde.

Na opinião do autor, ao lado da renovação da epidemiologia, ressalta-se a preocupação com o desenvolvimento da promoção de saúde, compreendendo o território como estratégia de ação.

Em primeiro plano, entende-se, conforme Santos (1996), que a essência do espaço é social. Assim, da integração entre as coisas, os objetos geográficos, naturais e artificiais; os eventos e a sociedade englobam sua totalidade, a qual não resulta meramente da justaposição de seus componentes, nem estes podem ser compreendidos sem referência à totalidade.

[...] a linguagem cotidiana frequentemente confunde território e espaço. [...] Para uns, o território viria antes do espaço; para outros, o contrário é que é verdadeiro. Por território entende-se geralmente a extensão apropriada e usada. Mas o sentido da palavra territorialidade como sinônimo de pertencer àquilo que nos pertence [...] esse sentimento de exclusividade e limite ultrapassa a raça humana e prescinde da existência do Estado. Assim, essa ideia de territorialidade se estende aos próprios animais, como sinônimo de área de vivência e de reprodução. Mas a territorialidade humana pressupõe também a preocupação com o destino, a construção do futuro, o que entre os seres vivos, é privilégio do homem. Num sentido mais, restrito, o território é um nome político para o espaço de um país (SANTOS e SILVEIRA, 2001, p.19).

Nestas condições é importante acrescentar que o território é um dos princípios fundamentais do SUS, no qual a geografia pode trazer inúmeras contribuições para a ampliação do entendimento do processo de promoção de saúde.

Mais além, Santos e Silveira (2001, p. 25) afirmam que “o espaço deve ser considerado como uma totalidade, a exemplo da própria sociedade que lhe dá vida”. Desta forma, a produção do espaço urbano se faz de forma coletiva, envolvendo várias camadas da sociedade.

Fresca (2004, p. 32) postula que:

Ao passar por processos de mudanças, que abrangem alterações nas relações sociais, políticas, econômicas e culturais etc, a totalidade implica também em mudança em relação ao espaço que se transformará para adaptar-se a novas necessidades e imposições da sociedade. Tal alteração ocorre pela imbricação existente entre o arranjo dos elementos naturais e artificiais, cristalizados no espaço social, e o conjunto das relações sociais presentes no cerne do processo de mudança.

É a partir das próprias condições de vida de um lugar que este estudo se desenvolve, ou seja, a partir do pressuposto de que o território é o local

concreto da realidade da vida coletiva, onde as relações entre uma dada sociedade e a natureza se expressam e tomam vulto nas percepções que este estudo pretende investigar.

Em suma, o território representa condições de vida dos indivíduos e populações, por ser o local da vida concreta e cotidiana.

Por sua vez, o olhar sobre o território evidencia um forte cunho relacional, uma vez que diz respeito à própria dinâmica do cotidiano que ultrapassa os limites geográficos, cartográficos ou comunais, no sentido restrito do termo.

Ao se contemplar a cidade como palco de relações sociais e de uma grande diversidade de comportamentos, são realçados os diferentes matizes que levam ao entendimento de que ela não é homogênea sob vários aspectos e, portanto, seus vários lugares não devem ser tratados da mesma forma. Vislumbre-se, assim, conforme Koga (2003, p.33), a cidade como “[...] um território múltiplo, como o chão concreto das políticas, a raiz dos números e a realidade da vida coletiva”.

Este território social é onde se processam as várias desigualdades e, dada a dinamicidade decorrente das relações sociais nele contidas, suas partes integrantes possuem um desenvolvimento próprio, tornando evidente diferentes especificidades dos conflitos sociais de cada um desses lugares e seus reflexos no restante da cidade.

Para Haesbaert (2004), território, assim, em qualquer acepção, tem a ver com poder, tanto em sua acepção explícita, de dominação, quanto ao poder no sentido mais implícito ou simbólico, de apropriação.

Para enfatizar esta comparação do território como um campo de forças, cabe ressaltar a questão do poder que deriva do uso do território, entre outros fatores. A este respeito, Souza (2009, p. 66), afirma que:

O poder é uma relação social (ou, antes, uma dimensão das relações sociais), e o território é a expressão espacial disso. A existência de território é impossível e inconcebível sem o substrato espacial material, da mesma maneira não se exerce o poder sem contato com e referência à materialidade em geral; ao mesmo tempo, porém, o território não é redutível ao substrato, não devendo ser com ele confundido.

Souza salienta que “[...] todo espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder é um território, do quarteirão aterrorizado por uma

gangue de jovens até o bloco constituído pelos países membros da OTAN” (SOUZA, 2001, p.11).

É forçoso também repensar a cidade como conjunto, e nesta posição, vislumbra-se o crescimento urbano e a formação de novas centralidades a partir da consolidação de uma aliança de vários fatores, dentre os quais o trabalho e a saúde predominam com absoluta prioridade.

O espaço, socialmente organizado pelos homens, congrega as marcas impressas por essa organização, adquirindo características locais próprias que expressam a diferenciação de acesso aos resultados da produção coletiva (SANTOS, 1996). A ocupação do espaço territorial refletiria, assim, as posições ocupadas pelos indivíduos na sociedade e seria consequência de uma construção histórica e social, sendo, por isso, capaz de refletir as desigualdades existentes.

A par da estrutura urbana, são constituídas as relações que integram a vida urbana. Assim, o espaço do trabalho, do lazer, enfim, das múltiplas esferas da convivência humana, é determinado pela maneira que caracteriza cada território. Em direção semelhante, a saúde mostra-se como um dos aspectos mais relevantes na vida das pessoas.

O presente trabalho encontra-se estruturado em três capítulos. Na introdução, apresentam-se os objetivos, a justificativa e os procedimentos metodológicos adotados. O primeiro capítulo aborda os conceitos teóricos que subsidiam a discussão sobre a formação do território nas dimensões global e local.

O segundo capítulo traz a discussão sobre a promoção da saúde no Brasil, a partir da análise das diretrizes nacionais, bem como de aspectos relacionados especificamente ao município de Londrina.

No terceiro capítulo, são apresentados os resultados das pesquisas realizadas. Por fim, são mostradas algumas conclusões atingidas diante dos resultados obtidos tanto na parte teórica quanto na aplicação dos instrumentos de coleta de dados, além de proposições de intervenção para a promoção de saúde no território estudado.

## 1 A FORMAÇÃO DO TERRITÓRIO NAS DIMENSÕES GLOBAL E LOCAL

Neste capítulo são delineadas as concepções de território inerentes à sua compreensão como componente essencial de toda discussão engendrada a partir do espaço urbano como disseminador de relações que permeiam toda a sociedade e determinam a intensidade das mudanças em todos os segmentos da vida humana. Desenvolve-se ainda a explanação sobre as dimensões em que o território se configura, nos aspectos global e local. Da mesma forma, intensifica-se a discussão sobre o território usado como categoria fundante da discussão que se pretende desenvolver ao longo desta pesquisa.

### 1.1 TERRITÓRIO: ENTRE MÚLTIPLOS ESPAÇOS, ATORES SOCIAIS E RELAÇÕES DE PODER

Sem a realidade efetiva do que pode vir a ser o território formado pelos homens na construção do espaço geográfico fica muito difícil a compreensão do que ele significa.

Nesta direção, busca-se em Santos (1988, p. 6) o entendimento de que:

O espaço como construção social tem como elementos constitutivos os homens, o meio ecológico (base física do trabalho humano), as infraestruturas (materialização do trabalho humano em formas), as “firmas” (responsáveis pela produção de bens, serviços, ideias) e as instituições (encarregadas de produzir normas, ordens e legitimações).

Medeiros (2009, p. 225) reforça que a partir da luta pela conquista do espaço social e do território, pela organização dos movimentos sociais, de seus sujeitos, de suas contradições e perspectivas, mostra-se conveniente considerar a dimensão de poder que se faz presente tanto no espaço local quanto no global.

É bem didática a explanação de Souza sobre as diferentes acepções do vocábulo território, confo

A palavra território normalmente evoca o “território nacional” e faz pensar no Estado – gestor por excelência do território nacional –, em grandes espaços, em sentimentos patrióticos (ou mesmo chauvinistas), em governo, em dominação, em “defesa do território pátrio”, em guerras. A bem da verdade, o território pode ser entendido também à escala nacional e em associação com o Estado como grande gestor (se bem que, na era da globalização, um gestor cada vez menos privilegiado). [...] não precisa e nem deve ser reduzido a essa escala nacional e à associação com a figura do Estado. Territórios existem e são construídos (e desconstruídos) nas mais diversas escalas, da mais acanhada (p. ex., uma rua) à internacional (p. ex., a área formada pelo conjunto dos territórios dos países-membros da Organização do Tratado do Atlântico Norte – OTAN); territórios são construídos e (desconstruídos) dentro de escalas temporais as mais diferentes: séculos, décadas, anos, meses ou dias; territórios podem ter um caráter permanente, mas também podem ter uma existência periódica, cíclica (SOUZA, 2005, p. 81).

Raffestin (1993) contempla uma variável essencial para a compreensão do território, que é o poder exercido por pessoas ou grupos. Cabe salientar que a conceituação de espaço e território entre Raffestin (1993) e Santos (1996) são divergentes, pois, para o último, por vezes ambos são tomados como sinônimos, ao contrário do primeiro que demarca as diferenças, apontando o espaço como anterior ao território, e que assim se conformará tão somente após a delimitação decorrente de relações de poder que oportunizam a apropriação em suas diversas modalidades.

Este estudo segue a concepção assumida por Santos, embora se reconheça que as relações de poder assumem especial importância na conformação do território.

Raffestin afirma que o território consiste em “espaço delimitado por e para relações de poder”. A partir desta conceituação, verifica-se que é essencial compreender que o espaço é anterior ao território; posto que este se forma a partir daquele, como o resultado de uma ação conduzida por um ator em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente [...] o ator “territorializa” o espaço (RAFFESTIN, 1993, p. 143).

Santos (1996, p. 19) concebe o território a partir das técnicas, pelos meios de produção, pelos objetos e coisas, pelo conjunto territorial e pela dialética do próprio espaço. O autor expõe a categoria território como: “[...] um nome político para o espaço de um país”.

Ressalta-se, neste ponto, um aprofundamento maior na conceitualização de território, uma vez que o enfoque deste estudo volta-se para a

questão urbana e enseja uma percepção mais ampla no que diz respeito a esta categoria de análise geográfica.

Já na década de 1980, Lacoste (1988, p. 49) referia-se a “[...] uma espacialidade diferencial feita de uma multiplicidade de representações espaciais, de dimensões muito diversas, que correspondem a toda uma série de práticas e de ideias, mais ou menos dissociadas [...]”. Isto nos leva a repensar a produção social do espaço.

Ao afirmar que o território é uma produção a partir do espaço, Raffestin (1993) enfatiza que os atores delimitam, constróem, destróem, alteram os territórios sempre em função de alguma intenção. As fronteiras, as redes de circulação e os recursos são assim pensados e instrumentalizados em função do interesse de cada ator. Especificamente acerca dos recursos, enfatiza que o recurso é o produto de uma relação que pode evoluir, constantemente, seu número de propriedades correspondentes às técnicas disponíveis e ao interesse do processo produtivo.

Embora este capítulo não traga como objetivo discutir as demais categorias geográficas, cumpre destacar, sob a égide do pensamento de Santos (1988 p.72), que:

O espaço é uma realidade relacional, envolvendo a natureza e a sociedade mediadas pelo trabalho (energia), técnicas, tecnologias e, evidentemente, pelo conhecimento. O gastar energia, no trabalho, é o grande mediador da relação sociedade-natureza, na qual há *objetos naturais* e *objetos sociais* em movimento permanente, heterogeneidade do *espaço habitado*, expansão da população, urbanização, hierarquias, fixos e fluxos (SANTOS, 1988).

Para outros, o território compõe, de forma indissociável, a reprodução dos grupos sociais, no sentido de que as relações sociais são espacial ou geograficamente medidas, e de que a territorialidade ou a “contextualização territorial” é inerente à condição humana. Embora muito variável em suas manifestações, o território está presente em todo processo histórico. Trata-se da noção mais ampla de território e que muitas vezes se confunde com a própria noção de espaço geográfico (SANTOS, 1996, p. 43).

Nesta via de pensamento, a dimensão histórica é de extrema relevância para a articulação entre tempo, espaço e mundo, conforme segue:

Tempo, espaço e mundo são realidades históricas, que devem ser mutuamente conversíveis, se nossa preocupação epistemológica é totalizadora. Em qualquer momento, o ponto de partida é a sociedade humana em processo, isto é, realizando-se. [...] Assim, empirizamos o tempo, tornando-o material, e desse modo o assimilamos ao espaço, que não existe sem a materialidade (SANTOS, 1996, p. 44).

Souza (1995) explicita os pressupostos a partir dos quais a noção de território é construída. Um primeiro ponto é a necessária distinção entre território e espaço geográfico, considerando este muito mais amplo que o primeiro. Outro pressuposto revela que o território é uma construção histórica e, portanto, social, a partir das relações de poder concreto e simbólico que envolvem, ao mesmo tempo, sociedade e espaço geográfico.

Haesbaert (2004) assume uma posição central quando considera território de forma integrada, envolvendo, ao mesmo tempo, a dimensão espacial material das relações sociais e o conjunto de representações sobre o espaço. Aponta duas possibilidades para a definição de território nos dias atuais: admitir vários tipos de territórios que coexistiriam no mundo contemporâneo, dependendo dos fundamentos ligados ao controle e/ou apropriação do espaço, isto é, territórios políticos, econômicos e culturais, cada um deles com uma dinâmica própria, ou trabalhar com a ideia de uma nova forma de construirmos o território, se não de forma total, pelo menos de maneira integrada.

Comungamos da possibilidade proposta por Haesbaert (2004) quando se verifica uma nova forma de constituição do território, embora seja notória a existência das dimensões políticas, econômicas e culturais na integração entre as formas de apropriação do espaço.

Sem adentrarmos na discussão sobre o processo produtivo, vale destacar que a sociedade deste início do século XXI revela uma gama de implicações que interferem de maneira decisiva na produção do espaço urbano, seja na dimensão geográfica, histórica ou cultural.

A este respeito, Santos (1996, p. 63) assim se posiciona:

De acordo com suas ideias, o espaço geográfico é [...] formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único no qual a história se dá. No começo, era a natureza selvagem, formada por objetos naturais, que ao longo da história vão sendo substituídos por objetos fabricados, objetos técnicos, mecanizados e, depois, cibernéticos, fazendo com que a natureza artificial tenda a funcionar como uma máquina. Através da presença desses objetos técnicos: hidroelétricas, fábricas, fazendas modernas, portos, estradas de rodagem, estradas de ferro, cidades, o espaço é marcado por esses acréscimos, que lhe dão um conteúdo extremamente técnico.

O território é uma construção histórica que resulta de uma acumulação de tempos e espaços/ação dos homens.

Uma vez explicitados os elementos que configuram o território e a complexidade que se observa na formulação de um conceito que atenda às suas múltiplas conformações, no tópico a seguir são acrescentadas as discussões acerca da dimensão global e local desta categoria.

## 1.2 TERRITÓRIO: DO GLOBAL AO LOCAL

Ao analisar a questão do território na dimensão global, recorre-se inicialmente ao pensamento de Souza (2004, p. 16), quando refere que os “lugares tornados mundiais” a partir da sua maior inserção na divisão internacional do trabalho e nos processos de internacionalização, passam a abrigar as densidades técnicas, científicas e informacionais que aderem ao território usado as funções demandadas pelo capital hegemônico. Assim, os lugares vão se caracterizando pelas densidades e usos que abrigam e, quanto mais se tornam mundiais, mais intensificam os processos de acumulação capitalista e o aumento da desigualdade socioespacial.

O conceito de territorialidade em Sack (1986, p. 1), determina que “[...] a territorialidade em seres humanos é melhor compreendida como uma estratégia espacial para afetar, influenciar, ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área; e, como territorialidade pode ser ativada e desativada.” Esta abordagem vai ao encontro da análise pretendida neste estudo, a qual vislumbra a produção industrial de determinada região como elemento fundante das mudanças na forma de constituição do urbano.

Trata-se, assim de estratégia para organizar coisas e pessoas no espaço. A territorialização da saúde por sua vez, é uma estratégia de gestão territorial para mobilizar coisas e pessoas, com a intenção de construir territórios saudáveis.

Souza (2004) argumenta, sobre a questão da territorialidade:

Discordamos da expressão territorialidade aplicada a qualquer setor. Tudo o que existe implica no uso do território, logo desnecessário explicitar sua 'territorialidade'. O uso do território que implica no território efetivamente usado é sinônimo de espaço geográfico, entendido como instância social, ou seja, aquilo que se impõe a tudo e a todos. Logo, não existe territorialidade de coisa alguma, pois tudo é, por definição, essência e natureza, territorializado. A discussão que se coloca é, portanto, outra, aquela do direito ao uso do território por algo: a saúde, a educação, a moradia, o plantio etc (SOUZA, 2004, p. 57).

Apesar da ideia de Souza, outros autores acrescentam aspectos importantes que merecem ser considerados.

A territorialidade nos moldes apresentados por Sack (1986) está vinculada às relações de poder, como uma estratégia ou recurso estratégico que pode ser mobilizado de acordo com o grupo social e o seu contexto histórico e geográfico. A territorialidade estaria assim intimamente ligada ao modo como as pessoas se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar.

Territorialidade é o modo como pessoas e coisas estão organizadas no espaço geográfico, com forma, dinâmica e história.

Santos remete à existência de uma parceria do público com o privado, quando afirma que o Estado intervém, de forma direta ou indireta, nas relações de trabalho, por meio de estímulos diferenciados às diversas atividades, da mesma forma quando estabelece os usos do solo e cria zonas especiais, como distritos industriais ou as próprias Regiões Metropolitanas. Assim, cada parcela do território urbano é mais ou menos valorizada em virtude de um jogo de poder exercido ou consentido pelo Estado (SANTOS, 1994).

Saquet (2009, p.87) explana que:

É nesse sentido que entendemos o território e a territorialidade como multidimensionais e inerentes à vida na natureza e na sociedade. [...] O homem vive relações sociais, construção do território, interações e relações de poder; diferentes atividades cotidianas, que se revelam na construção de *malhas*, *nós* e *redes*, constituindo o território. A territorialidade efetiva-se em distintas escalas espaciais e varia no tempo através das relações de poder, das redes de circulação e comunicação, da dominação, das identidades, entre outras relações sociais realizadas entre sujeitos e entre estes com seu lugar de vida, tanto econômica como política e culturalmente.

Reiteram-se, aqui, os postulados de Santos e Silveira (2001), quando referem que ao território corresponde à extensão apropriada e usada pelos

sujeitos nas diferentes esferas de atuação, enquanto territorialidade consiste em um sentimento de pertencimento àquilo que nos pertence.

Raffestin (1993, p.158) acrescenta que:

[...] a territorialidade adquire um valor bem particular, pois reflete a multidimensionalidade do vivido territorial pelos membros de uma coletividade, pelas sociedades em geral. Os homens “vivem”, ao mesmo tempo, o processo territorial e o produto territorial por intermédio de um sistema de relações existenciais e/ou produtivistas.

Na continuidade deste mesmo pensamento, entende-se que o lugar, concebido na mediação entre o particular e o universal, representa o território e a territorialidade constituídos pela relação efetivada entre os sujeitos. À vista das ideias apresentadas, depreende-se que é no lugar que os processos se efetivam.

Reforça-se, nestes termos, a condição primeira da análise de um território, que deve se voltar para as relações estabelecidas entre os sujeitos em seus diferentes espaços de vivência.

O território é uma construção social dos indivíduos e coletividades que também são construídos enquanto constróem.

Muito oportuna a conclusão a que chega Corrêa (2001), quando explicita que a ideia de singularidade se vincula ao conceito de lugar, enquanto a particularidade é configurada no plano espacial na região, que se apresenta como mediação entre o singular e o universal, entre o local e o global.

Oriunda da flexibilização no conceito de território, podemos conceber as distintas territorialidades como:

[...] expressão da coexistência de grupos, por vezes num mesmo espaço físico em tempos diferentes. Trata-se de uma dimensão do espaço geográfico que desvincula as relações humanas e sociais da relação direta com a dimensão natural do espaço, extraíndo deste conceito a necessidade direta de domínio, também dos recursos naturais, como se expressa na concepção clássica de território. Nestas territorialidades, a apropriação se faz pelo domínio de território, não só para a produção mas também para a circulação de uma mercadoria, a exemplo das territorialidades por vezes estudadas, como o território das drogas. Estas novas territorialidades apresentam-se como voláteis e constituem parte do tecido social, expressam uma realidade, mas não substituem em nosso entender a dominação política de territórios em escalas mais amplas. Devendo essas, para serem explicadas e não somente descritas, serem inseridas em espaços de dimensão relacional (SANTOS e SILVEIRA, 2001, p. 21).

Ao postularem que as territorialidades devem ser elevadas à condição de espaços de dimensão relacional, os autores abordam a complexidade do conceito de território. Ao analisar esta posição de forma crítica, cabe destacar, no entanto, que ao trabalharmos sob o enfoque do território usado, as relações humanas e sociais encontram-se estreitamente relacionadas à dimensão de natural de espaço.

Haesbaert e Limonad (2007, p. 43) apontam as mudanças verificadas no posicionamento assumido pelo território na atual configuração social:

Se nas sociedades tradicionais o homem preenchia todos os poros de seu território através de uma apropriação simbólica onde, por exemplo, uma dimensão sagrada dotava de sentido o espaço em sua totalidade, nas sociedades modernas o território passa a ser visto antes de tudo, numa perspectiva utilitarista, como um instrumento de domínio, a fim de atender às necessidades humanas e não dos deuses [...].

Neste ponto, ao se trabalhar o enfoque das relações entre território usado e a promoção da saúde, percebe-se que a inserção da presente proposta leva em conta a singularidade presente na própria gênese da cidade.

Isto posto, embora Londrina tenha sido, no início de sua colonização, direcionada para as atividades agrícolas, seu grau de industrialização permite afirmar que a conformação de seu território, após a primeira década do século XXI, mostra-se dividida entre a prestação de serviços, as atividades comerciais e a produção industrial.

Segundo Bragueto (2007), Londrina é o município mais importante do que ele denomina de Aglomerado Urbano Industrial de Londrina. Além de Londrina, município de maior porte, compõem o Aglomerado Urbano Industrial as cidades de Apucarana, Arapongas, Cambé, Ibiporã e Rolândia, cidades dotadas de uma dinâmica territorial vinculada à expansão da frente pioneira do café, depois à capitalização da agricultura que, mais recentemente, passaram por importantes transformações urbano-industriais.

Na acepção defendida por Santos e Silveira (2001), cidades de porte similar a Londrina desempenham, prioritariamente, um papel técnico e secundariamente político, ou politicamente subordinado à metrópole. Entretanto, esses espaços, também, são produtores de ideias e representações por conta das

contradições e interesses políticos e econômicos dos diferentes segmentos atuantes em escala local.

Pode-se ainda mencionar outro determinante para definir Londrina como um importante polo regional, a partir da noção de *situação geográfica favorável*, definida por Sposito (2001), quando se refere à proximidade de cursos d'água, estradas, disponibilidade de recursos naturais, capacidade de oferta de bens e serviços à demanda solvável, ou seja, as oportunidades oferecidas tanto para o desenvolvimento econômico, quanto para o desenvolvimento social.

A expansão da cidade de Londrina, a partir de 1970, pode ser considerada um processo complexo e de grandes proporções. Houve uma expressiva expansão da área urbana que recebeu migrantes de outras cidades e de áreas rurais paranaenses. Londrina atingiu no ano de 2010 a marca de mais de quinhentos mil habitantes, mantendo-se na posição de terceira maior cidade da Região Sul do Brasil, precedida apenas por Porto Alegre e Curitiba, ambas capitais (IBGE, 2010).

Oliveira (2011, p.111) confirma que “As modernizações do período técnico-científico pós 1970 redefiniram a produção em Londrina e no seu entorno regional.” Explica tal afirmação relatando que as novas especializações produtivas trouxeram para a economia urbana londrinense as agroindústrias e as cooperativas. No entanto, esta realidade se transforma nos anos seguintes.

A partir de meados dos anos 1990, novas modernizações incidiram sobre Londrina e, com elas, vieram novas especializações produtivas. Essas transformações não se fizeram no vazio, realizaram-se a partir das condições herdadas do período anterior, os anos 1970 e 1980 (OLIVEIRA, 2011, p. 134).

Tratando desse período mais recente, a partir do objetivo de interpretar a reestruturação socioespacial e as transformações industriais no Aglomerado Urbano Industrial de Londrina, Bragueto (2007, p. 3) aponta que:

Esta região, que a partir do início dos anos de 1990 vem apresentando índices de crescimento do pessoal ocupado na indústria superiores ao total do Brasil e do estado do Paraná, apresenta uma agricultura moderna e dinâmica, infraestrutura de serviços bastante desenvolvida, uma razoável infraestrutura para fluxos materiais e uma excelente infraestrutura para realização de fluxos imateriais, o que facilita, intensifica e modifica as relações históricas estabelecidas com o estado de São Paulo e sua região metropolitana, polo hegemônico industrial brasileiro.

Novamente as ideias de Santos e Silveira (2001) corroboram a relação existente entre os diferentes segmentos da sociedade, ao argumentarem que:

O uso do território pode ser definido pela implantação de infraestruturas, para as quais estamos igualmente utilizando a denominação 'sistemas de engenharia', mas também pelo dinamismo da economia e da sociedade. São os movimentos da população, a distribuição da agricultura, da indústria e dos serviços, o arcabouço normativo, incluídas legislação civil, fiscal e financeira, que, juntamente com o alcance e a extensão da cidadania, configuram as funções do novo espaço geográfico (SANTOS e SILVEIRA, 2001, p. 21).

Da amplitude proposta pelos autores, denota-se que a concepção de território associa-se à ideia de natureza e sociedade configuradas por um limite de extensão do poder. No discurso contemporâneo, são analisadas as complexidades territoriais, entendendo território como campo de forças, ou teias ou redes de relações sociais.

Cada lugar se equipara a um teatro de combinações pouco duráveis, cujo fator de mudança é esse dado global. Cada lugar é, assim, a cada instante, objeto de um processo de desvalorização e revalorização, onde as exigências de natureza global têm um papel fundamental (SANTOS, 1996, p. 225).

No enfoque pretendido por este estudo, defendemos a ideia de que a implantação de um parque industrial – com as vantagens e desvantagens inerentes às atividades relacionadas à indústria – mantêm estreita ligação com as mudanças na forma de ocupação do território e no estilo de vida dos moradores do entorno, o qual pode ser transformado e redimensionado pela implantação da indústria.

No lugar – um cotidiano compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições – cooperação e conflito são a base da vida em comum. Porque cada qual exerce uma ação própria, a vida social se individualiza; e porque a contiguidade é criadora de comunhão, a política se territorializa, com o confronto entre organizações e espontaneidade. O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade (SANTOS, 1996, p.322).

Das palavras de Santos, denota-se que diante do lugar, o individual de uma sociedade se depara com o coletivo. É no lugar que se concretiza o

acontecer solidário; por um lado temos uma racionalidade técnica e científica vigente e suas diversas trocas de informação, concomitantemente temos uma comunicação social permeada de significados.

A construção de significados a partir da interseção entre o individual e o coletivo permite a apreensão das singularidades, dos tempos e territórios e suas articulações. Nesta direção, ao analisar o movimento e as contradições desencadeadas no tempo e no espaço, torna-se possível coletar elementos para conhecer a especificidade de cada território.

Ao retomarmos as preleções de Souza (2001, p. 79), chegamos à conclusão de que não persiste na realidade contemporânea a possibilidade de conceber "[...] uma superposição tão absoluta entre espaço concreto com seus atributos materiais e o território como campo de forças". Para este autor, "territórios são no fundo relações sociais projetadas no espaço".

A partir destas projeções, os espaços concretos podem ser formados ou dissolvidos rapidamente, sendo sua existência breve ou permanente, mas com o mesmo substrato material. Fica, assim, privilegiada a perspectiva de dominação-apropriação do território pelo homem. Nesta perspectiva, observamos que as relações são múltiplas e que os territórios, conseqüentemente, também são.

### 1.3 O TERRITÓRIO USADO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE

Na abordagem pretendida neste estudo, o foco recai sobre o território usado, sinônimo de espaço geográfico. “Essa categoria, território usado, aponta para a necessidade de um esforço destinado a analisar sistematicamente a constituição do território. Como se trata de uma proposta totalmente empiricizável, segue-se daí o enriquecimento da teoria” (SANTOS e SILVEIRA, 2001, p. 20).

[...] a partir da concepção de espaço como um híbrido - híbrido entre sociedade e natureza, entre política, economia e cultura [...] numa complexa interação tempo-espaço, [...] o território pode ser concebido a partir da imbricação de múltiplas relações de poder, do poder mais material das relações econômico-políticas ao poder mais simbólico das relações de ordem mais estritamente cultural (HAESBAERT, 2004, p. 79).

Segundo Raffestin (1993, p. 144), ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente, o ator territorializa o espaço. Neste sentido, entende o território como sendo:

[...] um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. [...] o território se apoia no espaço, mas não é o espaço. É uma produção a partir do espaço. Ora, a produção, por causa de todas as relações que envolve, se inscreve num campo de poder [...].

Nesta direção, torna-se possível falar na consolidação de um território onde as pessoas possam manifestar suas escolhas e potencialidades, gerando um espaço de discussão sobre as diferentes formas de apreensão do mundo e os determinantes sociais.

Isto posto, refletir sobre a categoria território usado é um modo de clarificar como esta contribui para a tarefa da Geografia, qual seja discernir o papel da dimensão espacial na realidade. Nesta perspectiva, as reflexões realizadas neste tópico perseguem este sentido.

Santos (1999, p. 18) propôs o termo território usado, para se referir a um espaço que contém objetos, seu uso e significação para os seus ocupantes:

O território não é apenas um conjunto de sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas. O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. O território em si não é uma categoria de análise em disciplinas históricas, como a Geografia. É o território usado que é uma categoria de análise. Aliás, a própria ideia de nação, e depois a ideia de Estado Nacional, decorrem dessa relação tornada profunda, porque um faz o outro, a maneira daquela célebre frase de Winston Churchill: “primeiro fazemos nossas casas, depois nossas casas nos fazem”. Assim é o território, que ajuda a fabricar a nação, para que a nação depois o afeiçoe.

Reitera-se a existência de uma relação dialética, que explica como indivíduos e coletividades, são construídos enquanto constroem o território.

Cumprir enfatizar que a relação e organização que integram o espaço expressam as formas pelas quais os indivíduos movimentam a realidade material que sustenta suas vidas. Nestes termos, é primordial compreender os agentes que territorializam, as relações que estabelecem, como forma privilegiada de promover uma leitura do espaço.

Face às considerações tecidas até este ponto, cabe, ainda, retomar o conceito de totalidade, componente primordial para a compreensão do território usado. No entendimento de Kosik (2002, p. 43), este conceito não engloba todos os fatos, mas a essência dialética que neles se observa. “Totalidade não significa todos

os fatos, totalidade significa realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classe de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido”.

Assim, o território usado é uma totalidade concreta compreendida por meio dos eventos. O evento ocorre na realidade como totalidade concreta e é definido por Santos (1996, p. 76) como “[...] resultado de um feixe de vetores, conduzido por um processo, levando nova função ao meio pré-existente”. Trata-se, ainda na concepção de Santos (1996), da empiricização do tempo, enquanto uso do território no momento presente, tendo como âncoras o passado e o futuro.

Cardoso (2007, p. 37) explicita:

Uma vez qualificado como matriz do tempo e do espaço, o evento pressupõe uma duração no tempo e uma extensão ou amplitude da sua área de ocorrência; em outros termos, uma dada espacialidade. Tendo em vista que eventos históricos ou sociais são frutos da ação de sujeitos, eles não ocorrem isoladamente, mas interagem entre si considerando-se tanto os conteúdos das áreas de ocorrência dos eventos quanto as temporalidades e espacialidades distintas e concomitantes que se apresentam no momento em que múltiplos eventos se combinam. Há aqui dois eixos a partir dos quais os eventos se organizam. No primeiro, os eventos se apresentam a partir de uma ordem temporal sequencial. É o eixo das sucessões, do tempo abstrato. No segundo, os eventos sofrem a influência do tempo da simultaneidade. É o eixo da coexistência, da ordem simultânea dos eventos, do tempo concreto. Vistos pelo ângulo da convergência dos dois eixos, os eventos não são apenas sucessivos, mas também simultâneos. É esta característica de simultaneidade de diferentes eventos e suas temporalidades também distintas que o espaço acolhe e reúne, revelando as múltiplas formas de representação, ação e usos dos sujeitos sobre o espaço.

No capítulo seguinte, discute-se a promoção da saúde no Brasil, a partir da análise das diretrizes nacionais, bem como de aspectos relacionados especificamente ao município de Londrina.

## 2 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA EFETIVIDADE NO MUNICÍPIO DE LONDRINA

No intuito de aprofundar a discussão sobre a importância da saúde na vida humana, esta primeira seção aponta elementos da promoção de saúde no Brasil.

### 2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A saúde, como esfera da vida humana que assume especial relevância, encontra-se regulada pela própria Constituição Brasileira de 1988, que a define como “[...] direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

[...] a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida. Assim, não é um “bem de troca”, mas um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia desenvolvidos pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. (ALMEIDA, CASTRO e LISBOA, 1998, p. 11).

A organização dos serviços em saúde é assim definida pela Magna

Carta:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (BRASIL, 1988, art. 198).

Nestes termos, o Estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país, dentre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

Em complementaridade a estes objetivos, verifica-se que a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde e esta ação somente poderá ser efetivada a partir de formulação de políticas sociais e econômicas cujo enfoque esteja voltado para a redução das vulnerabilidades.

Czeresnia (2003, p. 42) refere que “[...] a saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra”.

Lima e Silveira (2012, p. 1052) explicitam:

A saúde é determinada e condicionada ao bem-estar físico, mental e social. A acessibilidade, participação e envolvimento das pessoas nas decisões no território e no território de saúde a que se inserem, é fator imprescindível no bem estar dessas, pois os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Nessa abordagem, a saúde não está unicamente relacionada à ausência de doenças, tem a ver com o modo de vida do cidadão, seus hábitos, estilos, informações e também com a estrutura disponibilizada pelos serviços públicos, ou seja, ela é determinada socialmente.

No Brasil, as ações voltadas para a área da saúde vêm sendo fortalecidas a partir das últimas décadas do século XX.

Os debates sobre o conceito de determinantes sociais da saúde iniciaram-se nos anos 70/80, a partir do entendimento de que as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e da qualidade de vida em uma sociedade. Neste mesmo período, intensificaram-se as propostas de modelos de sistema de saúde que fortalecessem a atenção básica, a promoção da saúde, a democracia e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2009, p.14).

Reforça-se, assim, a promoção da saúde dentre as ações do Ministério da Saúde, como um tema que vem sendo bastante veiculado no Brasil, desde a introdução, em meados dos anos 1980, pelo acirramento das discussões em torno da Reforma Sanitária.

Freitas (2003, p. 149) preleciona que:

[...] a promoção da saúde parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, refletindo uma reação à crescente medicalização da vida social. Como resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas, procura integrar saberes técnicos e populares, bem como mobilizar recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde.

Denota-se, assim, que a promoção da saúde é dotada de uma complexidade que nem sempre é atingida em sua totalidade pelos órgãos do setor de saúde. Nesta condição, da articulação entre os saberes e técnicas institucionais e populares, devem resultar as estratégias para enfrentamento de problemas que atingem a população no que diz respeito à demanda pelos serviços de saúde no Brasil.

Para Barcellos (2008, p.47):

Hoje são numerosos os recortes espaciais utilizados para a gestão de serviços de saúde e para o controle de doenças. [...] Um dos desafios para o setor é, portanto, contribuir sobre uma base consensual um sistema de territórios que permita gerir as diversas ações de saúde. Esse sistema, que é descentralizado, hierarquizado e regionalizado, deve recuperar o conteúdo geográfico do espaço.

Para recuperar este conteúdo geográfico, têm sido efetivadas inúmeras ações no âmbito da atenção à saúde. Uma das mais eficazes de promoção da saúde no Brasil foi concretizada pelo Programa Saúde da Família, concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, como resposta dos órgãos governamentais no âmbito da assistência, para superar a crise do modelo vigente de atenção à saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) caracteriza-se por propor o desenvolvimento de trabalho por uma equipe multiprofissional e pretende estabelecer vínculo entre os profissionais e as famílias do território em que cada equipe irá atuar, com vistas a ampliar o acesso e a resolutividade das ações (BRASIL, 2002).

A ESF pressupõe processo de territorialização, de planejamento participativo, de atuação no fortalecimento dos espaços de controle social além de intervenção no processo saúde-doença. Depara-se com as mais extremas expressões da exclusão social, com negação dos direitos humanos e sociais. No âmbito da saúde, há que se destacar a importância da participação social de diferentes forças na luta pela construção de um projeto democrático, em face dos preceitos constitucionais: saúde como direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 2010, p. 88).

A realidade brasileira, no entanto, encontra-se, em muitas situações, distanciada dos preceitos constitucionais que garantem o direito à saúde como elemento fundante da própria constituição de estado democrático.

Para Almeida (1997), a compreensão da saúde como resultante de determinantes sociais, embora remeta há várias décadas, nem sempre deu origem a políticas públicas concretas, pautadas em intervenções ativas voltadas para questões no âmbito da sociedade como um todo, dos grupos sociais que a compõem e dos indivíduos.

Para garantir a efetividade das ações estabelecidas para a ESF, o conceito de território é essencial, conforme segue:

O território, enquanto lugar de uso e acontecimento social passa a ter um peso importante na compreensão do processo saúde-doença. Assim, prestar serviços de saúde ou promover a saúde junto à população passa necessariamente por considerar, conhecer e interagir com o território, lugar de referência e de vida da população com a qual se trabalha. O território da Saúde da Família passa a ser um campo privilegiado para o encontro das ações públicas municipais (BRASIL 2010, p. 89).

No rol das ações em saúde desempenhadas pelo programa ESF situa-se a Atenção Primária em Saúde (APS), complexo que demanda intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade, visando obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população. A efetividade deste conjunto de ações demanda a consolidação de saberes tanto específicos da saúde como de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer etc., compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade (BRASIL, 2010, p. 10).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006, p. 9), ao analisar o processo saúde-adoecimento, “[...] evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico [...]”.

A partir desta relação estabelecida pela PNPS, torna-se possível associar a organização da produção e o modo de vida resultando no processo saúde/doença.

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2006, p. 10).

É possível verificar que o princípio basilar da PNPS volta-se para a premissa de que a saúde depende da qualidade de vida. Isto posto, as ações públicas em saúde devem ir além da ideia de cura e reabilitação, com vistas a privilegiar medidas preventivas e de promoção, transformando os fatores da vida cotidiana que colocam as coletividades em situação de iniquidade e vulnerabilidade (BRASIL, 2009).

Na garantia de direitos e equidade, a PNPS aborda a saúde e o adoecer de cada sujeito e comunidade no seu processo de produção, que é sempre único porque acontece nos territórios onde se vive e trabalha. Nesta abordagem, “[...] cada território é uma composição de circunstâncias; a expressão da articulação dos determinantes sociais da saúde [...]” (BRASIL, 2009, p. 15).

Reiterando a intencionalidade deste estudo, que pretende discutir as relações existentes entre território usado e saúde em um determinado recorte espacial, importa contemplar esta composição de circunstâncias que configura o contexto da promoção da saúde na atualidade.

Tendo em vista a continuidade das propostas de atenção integral à saúde, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2010).

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 SF precisam conhecer a realidade do território em suas várias dimensões, identificando as suas fragilidades e possibilidades, figurando-a como algo vivo e dinâmico (BRASIL, 2010, p. 18).

A partir dos pressupostos lançados no processo de territorialização da atenção à saúde, constata-se a emergência de importantes elementos que sustentam a ideia inicial deste estudo, na medida em que sejam consideradas as distintas dimensões da vida social do território como elemento primordial na adoção de estratégias de promoção de saúde.

Outra ação desenvolvida no setor público para ampliar a oferta de serviços cujo foco esteja voltado para os determinantes sociais da saúde é o Projeto de Saúde no Território (PST), estratégia das equipes de PSF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em articulação com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.

O PST deve ser sempre baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, bem como na existência de demanda e na criação de espaços coletivos de discussão onde sejam analisados a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. É no espaço coletivo em que comunidade, outros sujeitos estratégicos (lideranças locais, representantes de associações e/ou grupos religiosos, entre outros) e membros de outras políticas e/ou serviços públicos presentes no território poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades e pactuar o projeto de saúde para a comunidade. É assim que o projeto terá sua finalidade e seu processo de implementação avaliados (BRASIL, 2010, p. 30).

É oportuno frisar que o PST revela-se como um instrumento fundamental de intervenção para o PSF e NASF, após o diagnóstico da situação de saúde do território. Faz-se necessário para obter tal diagnóstico a análise dos fatores presentes no território que impactam a saúde da população. Por sua vez, o plano de intervenção a ser executado encontra-se relacionado aos determinantes sociais presentes no território. E estes problemas detectados no diagnóstico somente podem ser efetivamente resolvidos pela participação popular e intersetorial.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: *O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS)*, *O Pacto em Defesa da Vida* e *o Pacto de Gestão*.

Destaca-se aqui o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um (BRASIL, 2006).

Costa (2007, p. 141) reforça que:

A saúde passou a ser compreendida como resultante do acesso ao emprego com salário justo, à educação, a uma boa condição de habitação e saneamento do meio ambiente, ao transporte adequado, a uma boa alimentação, à cultura e ao lazer; além, evidentemente do acesso a um sistema de saúde digno, de qualidade e que resolva os problemas de atendimento das pessoas quando necessitem.

Deste modo, a promoção da saúde deve ser compreendida como uma agenda integrada e multidisciplinar cujo objetivo primordial consiste em fomentar mudanças em três níveis: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas e proteção e desenvolvimento social para todos.

A promoção de saúde, a prevenção e a assistência clínica na maioria das necessidades de saúde da população de determinado território se reproduzem em campo de grande complexidade cultural, social, econômica e emocional [...] (BRASIL, 2010, p. 97).

Mendes (1996) postula que a saúde expressa a qualidade de vida de uma população, como resultado de um processo de acumulação social que sintetiza uma multiplicidade de determinações que compreendem o meio ambiente, o estilo de vida, os serviços de saúde e a biologia humana.

Mercadante (2002) frisa a necessária integração entre todos os setores da sociedade, com vistas ao objetivo maior de imprimir maior qualidade de vida à população.

A concepção de desenvolvimento sustentável, que engloba as diretrizes de intersetorialidade, deve orientar as políticas de emprego, moradia, acesso à terra, saneamento e ambiente, educação, segurança pública e segurança alimentar, para que, integradas às políticas de saúde, tenham por referência a saúde das populações como melhor indicador de qualidade de vida das pessoas e das coletividades (MERCADANTE, 2002, p. 293).

Czeresnia (2003, p. 45), considerando o sentido semântico do termo *prevenir*, o qual remete às ideias de *preparar*, *chegar antes de*, *impedir que se realize*, ressalva:

A prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos.

Rojas (2006) pondera que a trama de processos de reprodução social que influencia o processo de saúde-enfermidade é portadora de uma determinação política, econômica, ambiental e cultural, além da biológica, onde se integram componentes estruturais tais como políticas públicas e sociais, estrutura

classista e ocupacional e tantos outros comumente ignorados. De forma similar, componentes e processos da reprodução social dos quais emanam as satisfações humanas podem ser considerados positivos ou negativos segundo as diferenças espaciais e temporais. Assim como na saúde, o bem-estar pode se referir ao indivíduo ou ao coletivo, ao psicológico e material, ou físico e econômico, entre outras variantes.

## 2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE LONDRINA

Na realidade brasileira, denota-se que a estratégia da promoção da saúde, quando persegue o princípio da intersetorialidade, busca criar e fortalecer elos entre diversos setores e programas, envolvendo, além do setor de saúde, outras agências de governo, organizações não governamentais e movimentos sociais.

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (BRASIL, 2006, p. 15).

Nestes termos, cabe a todos os setores da sociedade compartilhar a responsabilidade no esforço de proteger e cuidar da vida humana, promovendo saúde e qualidade de vida para todos.

Albuquerque (2006, p. 12), ao refletir sobre a condição contemporânea, vinculada aos preceitos que integram a totalidade, pondera que:

O período atual ajuda a compreender e a apreender o mundo como uma totalidade concreta e, portanto, as condições de saúde associadas a esta totalidade. A lida do ser humano com a instantaneidade e a simultaneidade dos eventos aguça a percepção sobre a relação entre o sentido dos eventos e seus significados na realidade para a concretização do bem-estar. Isso acontece porque o período atual, marcado pela hegemonia do meio técnico-científico-informacional, facilita a produção e a circulação de informações de forma instantânea e simultânea, divulgando para todos os lugares os acontecimentos no mundo.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas

e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Barcellos (2008, p.48) postula que:

[...] ambiente, condições de vida e saúde formam uma tríade indissociável de fatores com múltiplas e complexas interações. A mediação entre esses fatores se dá pelas relações que esses grupos estabelecem com seu território. [...] Também o Estado atua sobre essa base territorial, de modo a viabilizar a produção e a reprodução da sociedade dentro de uma racionalidade espacial. Portanto, um importante aspecto a ser observado nos estudos sobre saúde e condições de vida é a distribuição desigual dos recursos, necessidades e desenvolvimento de políticas públicas no espaço.

Ao mencionar com bastante pertinência a relação entre a saúde, o meio e as condições de vida, Barcellos (2008) reforça a mediação que ocorre entre estes elementos em um determinado território. Esta forma de pensamento ratifica a abordagem aqui pretendida, uma vez que implica o aprofundamento de questões vinculadas à saúde, ao trabalho e ao território usado.

Souza (2004, p. 65), ao realizar pesquisas sob a ótica do uso do território, estende sua análise sobre a noção da complexidade e se refere à:

[...] inter-relação que existe entre as coisas que precisamos para viver. A saúde, por exemplo, não precisa apenas de médicos, enfermeiras, hospitais, ambulâncias, remédios, para se fazer. Ela exige também saneamento básico, ar puro, boa alimentação, higiene etc. São os usos do território pelas distintas funcionalidades requeridas pela existência que nos interessa. Então, a pergunta que se faz é outra! Não importa saber como vai "o social", o transporte, a economia. Mas, como está tal lugar, tal região, tal cidade, tal bairro. Lá tem tudo? Não basta ter apenas um setor, é preciso que tenha tudo aquilo que dignifica a vida humana, naquele lugar. E a interação e articulação entre todas as coisas é que fará daquele lugar, um lugar bom de se viver, enfim, um lugar saudável.

Rojas (2006) pontifica que as noções e conceitos tal como espaço banal, o espaço vivido e o território usado como sinônimo de espaço geográfico corroboram o sutil trânsito de escalas que permitem tratar tanto o espaço científico-técnico-informacional como os espaços do cotidiano. Com uma força expressiva digna de nota, a autora apresenta a noção de que o território não é palco, mas o ator de permanentes mudanças.

Monken *et al.* (2008) referem que a base territorial representa um dos princípios organizativo-assistenciais de maior importância no sistema de saúde,

uma vez que o estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde.

Denota-se, de uma observação mais atenta das contribuições trazidas pela Geografia, que o território é ao mesmo tempo produzido pelo setor saúde, por meio da instalação de redes de atenção e promoção e um componente externo, posto que assume o papel de resultado da acumulação de situações históricas, sociais e políticas.

Nesta via de pensamento, o reconhecimento desse território e das forças que sobre ele atuam mostra-se etapa crucial para a gestão dos serviços de saúde e a identificação de determinantes dos problemas de saúde. A Geografia tem buscado reconceituar esse território, permanentemente alterado pelos processos globais e moldado por agentes locais (HAESBAERT, 2004).

Importa, neste ponto da discussão, reforçar a pertinência dos aportes teóricos apresentados neste estudo à relação existente entre a geografia para a saúde, a qual se distingue pelo seu enfoque e sua vocação especial pela maior proximidade dos seres humanos dentro das múltiplas formas de fazer geografia.

Inserida em um contexto que leve em conta as desigualdades sociais, esta geografia para a saúde deve transitar escalas, que a distinga das estratégias e das táticas, que fomente e se apóie na prática interdisciplinar e intersetorial e na horizontalidade mais que na verticalidade ou singularidade de programas sociais ou de controle de enfermidades ou outros danos. Cabe ainda à disciplina a tarefa de identificar contextos espaciais onde se geram ou solucionam os conflitos de relações em torno da temática da saúde (ROJAS, 2006).

Guimarães (2006, p. 256) aponta que:

Tradicionalmente, as pesquisas da geografia no campo da saúde têm sido divididas em duas grandes vertentes. A primeira delas refere-se aos estudos dos padrões espaciais de morbimortalidade e da difusão das doenças no tempo e no espaço. Uma segunda vertente, mais recente, está direcionada à análise da relação entre a oferta de serviços e necessidades da população, o que é um problema complexo: envolve a separação da necessidade e demanda, necessidade sentida pela população e prescrita pelos especialistas, necessidades básicas (frequentes) e contingenciais (ocasionais), necessidades coletivas e individuais.

A concepção destes territórios da saúde coletiva é formulada por Monken *et al.* (2008) como produções coletivas, dotadas de uma materialidade

histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor. Visam traçar um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas.

Para Monken *et al.* (2008, p. 38) os territórios da saúde coletiva:

[...] pressupõem limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem estar. Assim, o território de que falamos é, ao mesmo tempo:

- O território suporte da organização das práticas em saúde;
- O território suporte da organização dos serviços em saúde;
- O território suporte da vida da população;
- O território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem estar;
- O território da responsabilidade e da atuação compartilhada.

Neste estudo não se pretende avaliar questões de necessidade e demanda pelos serviços de saúde no bairro selecionado, mas sim analisar possíveis mudanças nesta dimensão a partir da articulação entre o território usado e saúde.

Acrescenta-se ainda que o território deve ser trabalhado sempre a partir de sua perspectiva temporal, já que envolve profundas transformações ao longo da história.

Para Gondim *et al.* (2008, p.250):

É importante o reconhecimento dos territórios e de seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersectorialidade. O território utilizado pela população pode ser assim operacionalizado, devido à concretude produzida pelas práticas humanas, tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial como as circunscritas à vida social cotidiana.

Denota-se, nesta perspectiva, que o território usado é fator predominante na determinação das ações que visam à promoção da saúde. Reconhecer os elementos que lhe são pertinentes demanda, por sua vez, uma atenção diferenciada aos atores sociais que o integram.

Retomam-se, assim, as ideias de Monken e Barcellos (2005), quando os autores pontuam que o território apresenta muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico (censo), epidemiológico

(morbimortalidade), administrativo, tecnológico, político, social e cultural que se caracteriza e se expressa num território em permanente construção.

Tendo em vista a importância do território na análise das condições de saúde, reitera-se a ideia de que os centros urbanos concentram atividades de troca e interação social. Nesta perspectiva, deve-se considerar a complexidade das transformações em todas as esferas de convívio humano, que impõe novas formas de elaboração teórica acerca do espaço.

Tais mudanças interferem nas relações sociais, nos valores, nos modos de agir, viver e pensar. O seu ritmo cada vez mais acelerado produziu uma crise na experiência do espaço e do tempo, desafiando a própria capacidade de o homem lidar com a velocidade das transformações, sobretudo quando estão envolvidos componentes importantes como a saúde e o trabalho.

Gondim *et al.* (2008, p.238) destacam:

O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o lócus onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaços singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais, para sua resolução, devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde.

Sob este viés, a promoção da saúde implica a compreensão de que os modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. Isto é importante para as estratégias de Promoção da Saúde.

É importante salientar o que a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) preceitua, sobre a promoção da saúde, a qual demanda uma intervenção sobre problemas como “[...] violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água (BRASIL, 2009)”. Promover saúde é resolver estes problemas.

Barcellos (2008, p. 52) destaca algumas possíveis contribuições da geografia para o aperfeiçoamento das práticas de saúde coletiva:

- A incorporação do espaço geográfico como uma busca de recuperação do contexto em que se produzem os problemas de saúde – e também de sua contribuição para a superação do paradigma individualista da epidemiologia;
- O reconhecimento das diferentes expressões espaciais dos sistemas de atenção à saúde e a possibilidade de se territorializarem as ações de promoção da saúde;
- O desenvolvimento de metodologias que permitam construir indicadores sociais e ambientais de modo a identificar desigualdades espaciais de saúde e atuar sobre elas;
- O aprimoramento do trabalho de campo como ferramenta de reconhecimento de práticas sociais que determinam esses problemas de saúde.

Assim, pensar nos determinantes que impactam as relações entre saúde, trabalho e qualidade de vida implica também repensar as ações desenvolvidas no que diz respeito à promoção da saúde da população em um determinado território.

Dada a complexidade dos fatores presentes nessas ações, constata-se, na realidade vivenciada na esfera da saúde pública no Brasil, que a promoção de saúde se consolida no âmbito da atenção básica em saúde.

Na materialidade dos serviços de saúde, as ações de promoção à saúde acontecem prioritariamente nos serviços de atenção primária, já que se constituem como porta de entrada preferencial do SUS, como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, o que possibilita, por causa da proximidade com a casa e com a comunidade, a criação de espaços coletivos de discussão e de resolução dos problemas postos pela vida em sociedade. A atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que tanto as ações de promoção à saúde como as ações de prevenção de doenças têm papel fundamental nas ações de saúde. Não se trata de hierarquizar ou excluí-las, no entanto é preciso clareza da diferença entre elas para que se possa avançar em sua construção, e, certamente, o exercício da reflexão é o primeiro passo para mudanças das práticas em saúde (CZERESNIA, 2003).

A exemplo disso, pode-se mencionar, com base na entrevista realizada com a coordenadora da UBS-Lindoia, de Londrina, que a atenção básica na assistência à saúde em Londrina encontra-se estruturada a partir das equipes de

saúde da família distribuídas nas 52 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo 13 em área rural e 39 em área urbana.

Acrescenta-se a essas informações que a atenção básica em locais de difícil acesso da população é feita através de uma Unidade Móvel de Saúde (UNIMOS). A implantação dessas unidades ocorreu nas regiões periféricas com características da Atenção Primária à Saúde, cuja expansão ocorreu, principalmente em função da construção dos conjuntos habitacionais na década de 1980. O processo de melhoria do modelo assistencial foi estruturado a partir da implantação maciça do Programa Saúde da Família em 2001, atingindo a cobertura de 70% da população do município sendo priorizadas as regiões e agrupamentos populacionais de maior vulnerabilidade social (LONDRINA, 2010).

O município dispõe do Serviço de Internação Domiciliar (SID), implantado em 1996, que é destinado a pacientes que devem ficar internados, mas podem receber esse atendimento em sua própria casa na área urbana de Londrina. Respeitando-se os critérios estabelecidos para o atendimento em urgência/emergência pré-hospitalar móvel é feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU – 192 e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência SIATE – 193. O SAMU abrange a região metropolitana incluindo Cambé e Ibiporã através de unidades de Suporte Básico (6) e de Suporte Avançado (2) e ainda de ambulâncias para transporte de pacientes regulados através de Central de atendimento telefônico e orientação (LONDRINA, 2010).

Os Hospitais da Zona Norte e da Zona Sul são hospitais gerais e atendem a procura espontânea e também atendimentos referenciados pelas UBS, pronto-atendimentos e SAMU/SIATE. Os hospitais gerais terciários (Santa Casa, Evangélico e Universitário) recebem preferencialmente pacientes encaminhados pelos SIATE/SAMU e pronto-atendimentos evitando a sobrecarga dessas unidades hospitalares e as distorções da procura espontânea (LONDRINA, 2010).

Na área de saúde mental existe o pronto atendimento psiquiátrico 24 horas que está instalado junto ao CAPS III e é responsável pelo atendimento de urgência e emergência para a macrorregião e faz a regulação das internações psiquiátricas para os dois Hospitais Psiquiátricos de Londrina (LONDRINA, 2010).

Especificamente sobre a UBS em que atua a entrevistada, obteve-se a informação de que o atendimento é realizado nas áreas de Enfermagem, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Odontologia infanto-juvenil e gestante.

A UBS atende de segunda a sexta-feira, das 7 às 19h. e tem como área de abrangência os seguintes bairros: Aratel, Cidade Industrial de Londrina, Conjuntos Lindoia, Eucaliptos e José Maurício Barroso, Jardins Alemanha, Indusville I e II, Marissol, Urca, Parque Waldemar Hauer B e Nacional, Vila Isabel, Vila Romana, Gleba Lindoia.

Além destes atendimentos, a enfermeira que participou da pesquisa ressaltou a atuação do NASF, por meio de ações pontuais realizadas quando convocado para dar apoio ao Programa Saúde da Família através de palestras e cursos de capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais profissionais, visando coletar sugestões e propor estratégias diferenciadas de enfrentamento das dificuldades relatadas.

Também vinculada ao trabalho desenvolvido pelo NASF em Londrina, pode ser mencionada a realização de grupos de apoio voltados a pessoas com problemas psicológicos e grupos de atividades físicas, destinados a toda a comunidade.

O NASF em Londrina atua apenas nas UBS da área urbana, junto ao programa ESF. Cada equipe é composta por cinco profissionais, sendo um educador físico, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um nutricionista e um psicólogo. Cada Equipe NASF é responsável por desenvolver seu trabalho junto a oito equipes do programa ESF, o que corresponde de três a cinco UBS por NASF, considerando-se a existência de 39 UBS localizadas na área urbana do município.

A tabela a seguir apresenta a organização das equipes do NASF no município de Londrina.

**Tabela 1 – Organização das equipes do NASF no município de Londrina**

<b>NASF</b>	<b>Região</b>	<b>UBS</b>
NASF 1	Região Leste	Marabá, Vila Ricardo, Ernani, Armindo Guazzi.
NASF 2	Região Leste	Ideal, Novo Amparo, Mister Thomas, Lindoia.
NASF 3	Região Sul	Cafezal, Ouro Branco, Parque das Industrias, Itapoã, União da Vitória.
NASF 4	Regiões Sul e Centro	Piza, San Izidro, Eldorado, Vila Brasil.
NASF 5	Região Oeste	Panissa, Tóquio, Bandeirantes, Alvorada.
NASF 6	Região Oeste	Leonor, Santiago, Cabo Frio, Jardim do Sol.
NASF 7	Região Norte	Chefe Newton, Parigot, Vivi Xavier.
NASF 8	Região Norte	Maria Cecília, João Paz, Aquiles
NASF 9	Região Centro	Guanabara, Centro, Casoni, Fraternidade
NASF 10	Regiões Centro e Norte	CSU, Carnascialli, Vila Nova, Milton Gavetti.

**Fonte:** Entrevista realizada

A entrevistada mencionou ainda a intervenção dos diferentes profissionais que compõem o NASF no cotidiano das ações de atenção básica à saúde, que resultam em promoção de saúde na medida em que desencadeiam mecanismos que permitem a opção autônoma de cada indivíduo por um estilo de vida mais saudável, voltado para o não-adoecer. Tem-se, como exemplo a sugestão de fisioterapeutas quanto a hábitos posturais, a recomendação de nutricionistas quanto a bons hábitos alimentares e de farmacêuticos sobre o uso correto da medicação prescrita pelos médicos.

Foi enfatizada ainda a atuação de um educador físico pertencente ao NASF e que realiza semanalmente, no salão pertencente a uma igreja do bairro, atividades físicas orientadas à população de modo geral, tendo em vista a inserção das atividades físicas como proposta para melhoria das condições de qualidade de vida.

Neste tipo de atuação, a enfermeira salientou que têm sido evidenciadas algumas mudanças nos usuários que participam das atividades físicas, sobretudo no que diz respeito à interação entre os participantes do grupo. Frisou que percebe em alguns idosos que participam de tais atividades uma melhoria na autoestima e uma preocupação maior com a promoção de saúde. A entrevistada também ressaltou a importância desses espaços não só para os usuários da UBS, mas para a comunidade de forma geral e também para os profissionais da UBS, que podem experimentar uma outra forma de produzir saúde. Referiu que essas atividades constituem um dos poucos espaços que não possuem um caráter normativo, pois buscam, junto aos recursos próprios da comunidade, alternativas de produção de saúde real.

A partir desta forma de promoção de saúde desenvolvida de maneira simples pelo educador físico, comprova-se a efetividade de uma ação de promoção à saúde, uma vez que objetiva a produção de patamares crescentes de autonomia, embasados em um conceito ampliado de saúde, buscando procurar saídas coletivas para as condições de vida e oferecer opções de escolha dentro da realidade da comunidade do Conjunto Lindoia.

Diante dos resultados obtidos por meio da entrevista com a enfermeira, denota-se que as ações realizadas tanto pela equipe da UBS quanto pelos profissionais do NASF revelam-se positivas, uma vez que aliam os cuidados de atenção básica à saúde a ações que deixam entrever práticas de promoção de

saúde, dentro das possibilidades de cada equipe atuando num determinado território.

Nestas condições, é possível verificar que os avanços são claros, embora ainda haja obstáculos que precisam ser transpostos. As dificuldades devem-se, em primeiro plano, às próprias condições estruturais das UBS, além das deficiências quanto à formação para o trabalho em políticas públicas, e também da resistência ao estabelecimento de parcerias que venham a viabilizar outras iniciativas como a relatada pela enfermeira.

É importante ainda atentar que para que haja outras mudanças na promoção da saúde, é necessário, em primeiro plano, desconstruir os modelos tradicionais calcados em uma visão biomédica e voltar-se para a construção de modelos focados na atenção à saúde, na promoção do bem-estar social, em consonância com as necessidades da saúde da população de um determinado território.

A partir da apresentação dos dados sobre a saúde no Brasil e no município de Londrina, e tendo em vista a importância do território na análise das condições de saúde, reitera-se a ideia de que os centros urbanos concentram atividades de troca e interação social. Nesta perspectiva, deve-se considerar a complexidade das transformações em todas as esferas de convívio humano, que impõe novas formas de elaboração teórica acerca do espaço.

Tais mudanças interferem nas relações sociais, nos valores, nos modos de agir, viver e pensar. O seu ritmo cada vez mais acelerado produziu uma crise na experiência do espaço e do tempo, desafiando a própria capacidade de o homem lidar com a velocidade das transformações, sobretudo quando se trata de um componente tão importante quanto a saúde.

Cabe ainda ressaltar que a promoção da saúde encontra-se intrinsecamente relacionada à consolidação da cidadania, conforme pontua Mercadante (2002, p. 292):

No Brasil, a promoção de saúde deve se confundir com a construção de sujeitos cidadãos, que se encontra assinalada nos princípios do SUS. O SUS é um produto de um processo social de participação da sociedade civil para garantir acesso universal e integral à saúde e, portanto, faz parte do esforço da sociedade por qualidade de vida.

Ainda no que diz respeito à qualidade de vida como resultante de um processo complexo, torna-se importante verificar as perspectivas de análise dos indivíduos em sua relação com o território usado, posto que tratar de saúde e território implica mergulhar na ideia de complexidade, de totalidade. Nesta via de pensamento, os territórios usados permitem o engendramento de uma discussão que está também relacionada à questão da saúde e qualidade de vida.

Por qualidade de vida entendemos o grau de satisfação das necessidades da vida humana que têm como referência noções subjetivas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. Na concepção da qualidade de vida, é importante levar em consideração, também, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal, felicidade. (BRASIL, 2012).

Carvalho (2004) ressalta que as ações de saúde não são neutras e ensejam diferentes percepções por parte de usuários e profissionais da área, constituindo desafios para a efetivação de ações baseadas em uma perspectiva ampliada de saúde.

Quando se concebe as ações em saúde como um produto social, presume-se a existência de problemas concretos de pessoas vivendo em um determinado território.

Assim, ao voltar a atenção para uma perspectiva ampliada de saúde, compreendida como bem-estar e qualidade de vida, consideramos os determinantes físicos, sociais, políticos, econômicos e culturais que perpassam as ações de promoção da saúde. Salienta-se que é primordial valorizar a participação dos sujeitos e a construção da autonomia dos usuários dos serviços de saúde na consolidação de uma nova proposta de atenção à saúde no Brasil, possibilitando opções de escolhas às populações, mediante informações que favoreçam a autonomia. Nesta via de ação, são relevantes as intervenções coletivas que diminuam a exposição do indivíduo a condições de vida insalubres tais como “[...] alimentação deficiente, analfabetismo ou escolaridade precária, distribuição perversa da riqueza, condições de trabalho desfavoráveis, condições sanitárias deficientes” (CAPONI, 2003, p. 63).

Quando se aponta a necessidade de participação dos sujeitos na consolidação de ações de promoção de saúde, considera-se a saúde como resultado de múltiplos fatores que nem sempre são considerados quando se objetiva

a perspectiva ampliada do conceito de saúde. Para Czeresnia (2003), a consciência do limite entre os enfoques preventivos e de promoção à saúde são a base para mudanças mais radicais nas práticas de saúde.

A compreensão da realidade entrevistada pela enfermeira que atua como coordenadora da UBS-Lindoia, do município de Londrina sinaliza caminhos alternativos para ações mais amplas de promoção à saúde, tendo em vista a forma pela qual tais ações vêm ocorrendo na prática e o impacto que elas têm obtido junto à comunidade.

Retomando o conceito de promoção de saúde como uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do SUS, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde, voltamos a considerar a necessidade de uma abordagem integral do processo saúde-doença a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde na sua produção. Assim, entende-se que quaisquer ações voltadas para o atendimento das necessidades de diferentes sujeitos de um determinado território devem dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, com outros setores do governo e com a sociedade, para que sejam partícipes no cuidado com a vida (BRASIL, 2012).

No próximo capítulo, são aprofundadas as discussões teóricas sobre território usado e saúde, buscando a articulação com a análise da realidade vivenciada pelos moradores do Parque Waldemar Hauer B, bem como da atuação da Associação das Empresas do Parque das Indústrias Leves (AEPIL).

### 3 TERRITÓRIO USADO E SAÚDE NO PARQUE WALDEMAR HAUER B – LONDRINA

Neste capítulo, são apresentadas as interfaces entre território usado e saúde no Parque Waldemar Hauer B e Parque das Indústrias Leves, localizados na zona Leste do município de Londrina.

A partir da utilização de dois instrumentos de pesquisa, tornou-se possível compor intercaladamente uma aproximação com nosso objeto de estudo, o qual foi composto pelas relações entre território usado e saúde.

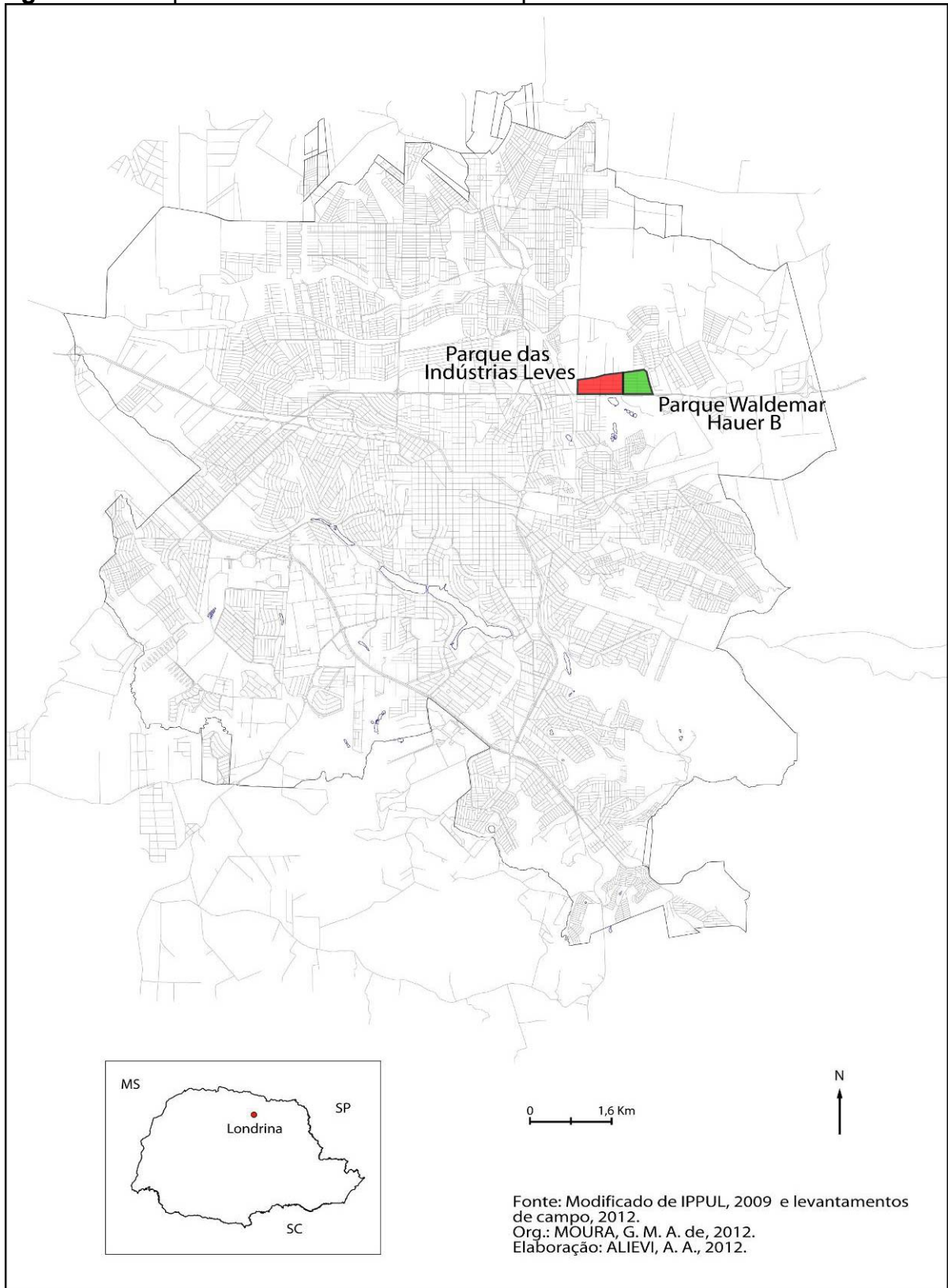
No recorte espacial deste estudo, a abordagem volta-se para o Parque Waldemar Hauer B e o Parque das Indústrias Leves, conforme já mencionado na introdução deste trabalho.

Conforme informações de Cesário (1981, p. 50), o Parque teve início em janeiro de 1971, a partir da demanda, por parte de empresários de pequenas indústrias – principalmente da localidade – de lugar adequado para instalação de suas empresas. Cesário (1981, p. 58) oferece informações adicionais sobre o Parque das Indústrias Leves:

O Parque se localiza à margem da BR 369, que liga o Norte do Paraná ao Estado de São Paulo. Congregando indústrias de pequeno porte – na essência voltadas para o mercado regional – abrange uma área física de 477.200 m<sup>2</sup>. Dividida em três blocos, o primeiro, com área de 140.000 m<sup>2</sup>, contava com vinte indústrias em funcionamento, cinco em fase de construção e sete para serem construídas. O segundo bloco, com área de 192.153 m<sup>2</sup>, encontrava-se apto para a instalação de aproximadamente 40 unidades industriais. Um terceiro bloco com 145.200 m<sup>2</sup>, destinado exclusivamente a indústrias de produtos de origem animal, contava com uma indústria em fase de implantação. No curto prazo de 15 meses, a área acabou por formar um aglomerado de indústrias, com ramo de atividade os mais variados, numa situação geográfica privilegiada em termos do município e da região.

Na figura a seguir pode ser observada a localização dos bairros selecionados como *locus* desta pesquisa.

**Figura 2 – Parque das Indústrias Leves e Parque Waldemar Hauer B**



À época da criação do bairro, os empresários receberam alguns incentivos iniciais de infraestrutura, tais como saneamento, terraplanagem, energia elétrica e rede telefônica. Além disso, a aquisição de terreno foi facilitada (CESÁRIO, 1981).

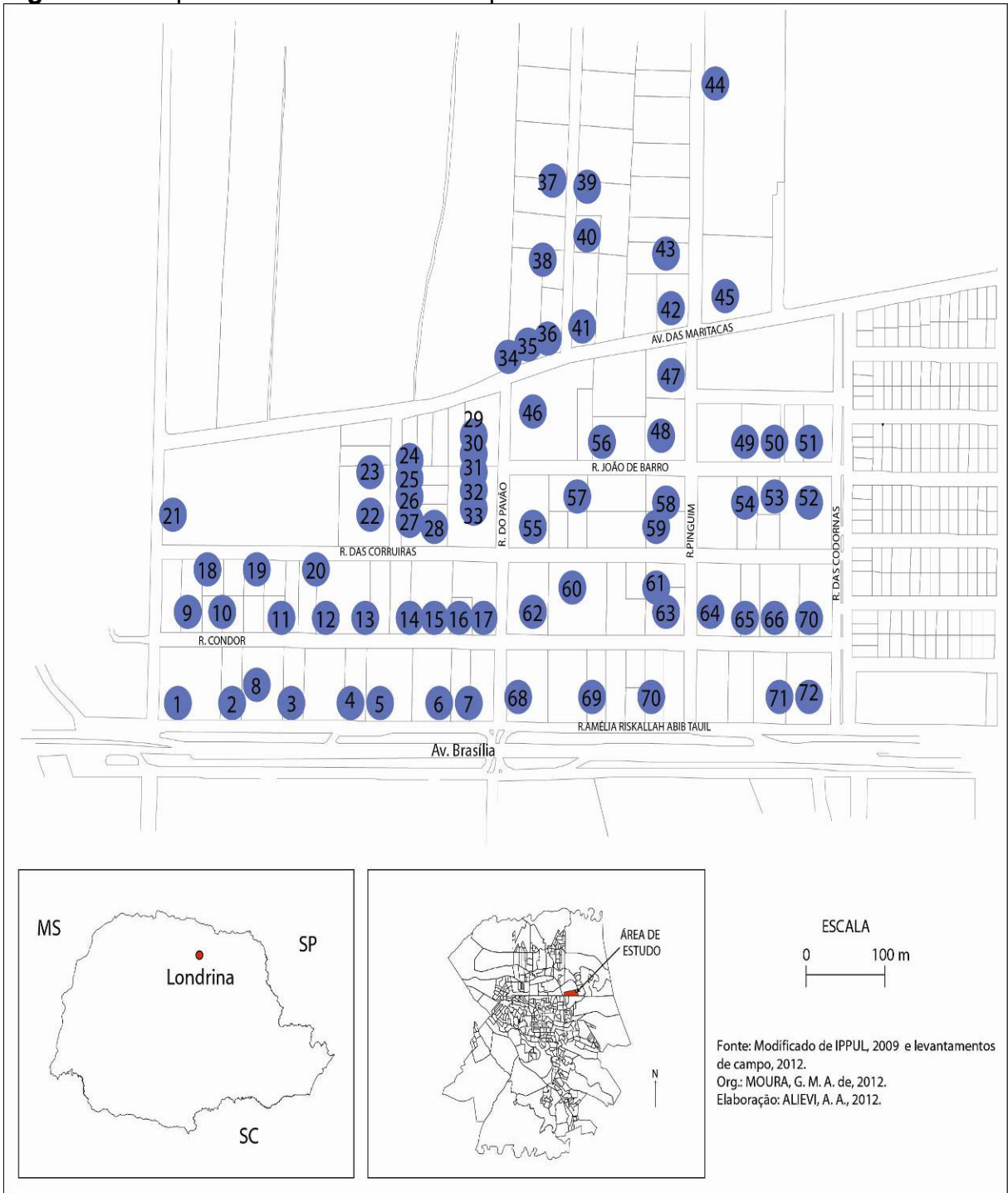
Cesário (1981, p. 53) acrescenta que a criação do Parque das Indústrias Leves revestiu-se de maior significado, na medida em que caracterizou uma participação mais marcante do Poder Público municipal no processo de industrialização.

A tomada de posição se deu em decorrência de fatores estruturais locais. Nestes anos de formação da estrutura econômica da região, o setor industrial se caracterizou pelo aparecimento de um elevado número de pequenas indústrias, com apenas um ou outro grande empreendimento. Como as pequenas indústrias são, justamente, aquelas que maiores problemas encontram, foi esta faixa que exerceu maior pressão sobre a administração pública municipal. Na falta de apoio dos órgãos oficiais, estaduais, e federais, no sentido de elaboração de um programa de desenvolvimento do setor secundário que viesse, de imediato, atender às necessidades dos empresários desta faixa de indústrias, acorreram ao Poder Público municipal.

Cesário (1981) realizou pesquisas junto a vinte empresários no Parque das Indústrias Leves nos anos de 1972 e 1973, visando o levantamento de elementos que pudessem revelar a situação econômica, social e política destes empreendedores. Constatou que os industriais pioneiros do Parque das Indústrias Leves formavam um grupo que iniciava um processo de capitalização acompanhado de pesados compromissos e encargos e disputavam o mercado consumidor com outras pequenas indústrias tentando subsistir na periferia do processo industrial global.

Atualmente, segundo informações da AEPIL, o Parque das Indústrias Leves conta com 72 empresas, representadas pela Figura 3 e Tabela 2.

Figura 3 – Empresas localizadas no Parque das Indústrias Leves



**Tabela 2 – Empresas localizadas no Parque das Indústrias Leves**

1) Leo Madeiras	19) SS Plásticos	37) Vencofam	55) Antigo Posto do Trabalhador
2) Color Painéis	20) Fabrec	38) Super Box Comércio e Indústria de Embalagens	56) LCI estandes
3) Rodoplac Transportes	21) Copel	39) Arte Nova Móveis	57) Juntas Santa Cruz
4) JDC Comércio de Calçados	22) Depósito Primavera	40) Alphamax	58) MD PAR Indústria Metalúrgica
5) Pepilon	23) Grafflit	41) Gaiolas Londrina	59) Ayohama
6) Alfa Transportes	24) Madeireira Brenzal	42) Gonzi e Oliveira	60) Raul Móveis
7) Transpolar	25) Demartini	43) Toldos Mundo	61) Aliança Marmoraria
8) Graka	26) Afonso Transportadora	44) Spironelli	62) Coferpan
9) Golden Ink Tintas	27) Vip Transportes	45) Diplomata	63) Vale Expositores
10) Unidoor Outdoors	28) D. Souza Blocos e Pavers	46) Rondopar Energia Acumulada	64) La Casa Design
11) Marmoraria Condor	29) Transcomsi	47) Haymax	65) Carretão
12) Pirangui Londrina Comércio de Frutas e Legumes	30) Interbat	48) Saquis Samara	66) Jakali
13) Marmoraria Decopedras	31) Arabrás	49) Móveis Divano	67) Tranceres Transportes
14) Arlon Projetos	32) MM Plásticos	50) Tambor Tom	68) Renato Pneus
15) Aimê Moda Íntima Feminina	33) Fabrec	51) Silva Transportes	69) Antiga Estampar
16) Casa Serra Morena	34) Stumpf	52) Rodalon	70) Aki Gelo
17) Hinori Produtos de Limpeza	35) Max Log	53) Acumuladores Super Life	71) Viscardi
18) Agro Rodas	36) Brumax Baterias	54) Fabrec	72) Haoynic

**Fonte:** adaptado de AEPIL, 2012.

Ao analisar as empresas existentes no PIL, percebe-se similaridade quanto aos tipos de estabelecimentos, uma vez que foi evidenciada a existência de seis indústrias de madeira e do mobiliário, três estabelecimentos do setor têxtil de vestuário e artefatos de tecidos e quatro indústrias de produtos alimentícios, bebidas e álcool etílico, tendo ainda uma indústria metalúrgica.

A expressividade da localidade pode ser comprovada pela ativa participação da AEPIL – Associação das Empresas do Parque das Indústrias Leves no processo de tomada de decisões que envolvem não apenas a atividade industrial, mas projetos extensivos a toda a comunidade.

Santos e Silveira (2001, p. 20) complementam:

A divisão territorial do trabalho cria uma hierarquia entre lugares e redefine, a cada momento, a capacidade de agir das pessoas, das firmas e das instituições. Nos dias atuais, um novo conjunto de técnicas torna-se hegemônico e constitui a base material da vida da sociedade. É a ciência que, dominada por uma técnica marcadamente informacional, aparece como um complexo de variáveis que comanda o desenvolvimento do período atual. O meio técnico-científico-informacional é a expressão geográfica da globalização.

Com embasamento teórico em Santos e Silveira (2001), quando os autores mencionam que o meio técnico-científico-informacional representa a

expressão geográfica da globalização, Albuquerque (2006) reitera que o uso do território pela saúde, no que diz respeito às técnicas e funções modernas, acompanha a densificação do meio técnico-científico-informacional nos lugares. O autor aponta ainda que a constituição do SUS – Sistema Único de Saúde brasileiro é intrínseca ao período técnico-científico-informacional.

Neste ponto, cabe destacar que as diretrizes que coordenam o Sistema Único de Saúde atuam de forma decisiva na relação que se estabelece nas interfaces entre a saúde e o território.

Na articulação entre os conceitos de território usado e promoção de saúde, Barcellos (2008, p. 47) referenda que:

Os sistemas de saúde se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição espacial desses serviços segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. As diretrizes estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS) – lei nº. 8080 – têm uma forte relação com a definição do território. O município representa o nível inferior no qual é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de ‘descentralização’. Nesse território, as práticas de saúde avançam para a ‘integração das ações’, curativas, promocionais e preventivas, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações. A organização desses serviços segue os princípios de ‘regionalização’ e ‘hierarquização’, delimitando uma base territorial, ou seja, uma área de atuação das unidades de saúde, da equipe de saúde da família ou um distrito sanitário.

Para a saúde, o significado de território é um tanto distinto, embora conceba que as ações que acontecem nele tenham de ser consideradas para melhor conhecimento da população nele habitante.

Haesbaert e Limonad (2007, p. 49) afirmam que:

A construção do território resulta da articulação de duas dimensões principais, uma mais material e ligada à esfera político-econômica, outra mais imaterial ou simbólica, ligada sobretudo à esfera da cultura e do conjunto de símbolos e valores partilhados por um grupo social. Assim, a princípio, há três possibilidades na fundamentação dos territórios, conforme estejam mais ligados a uma ou outra destas três esferas da sociedade. Num sentido mais material-funcionalista, o território pode estar vinculado tanto ao exercício do poder e ao controle da mobilidade via fortalecimento de fronteiras, quanto à funcionalidade econômica que cria circuitos relativamente restritos para a produção, circulação e consumo.

Santos e Silveira (2001) argumentam que o território condiciona a localização dos atores, uma vez que as ações que sobre eles se operam situam-se na dependência da própria constituição.

Ao pontuar com bastante propriedade a posição do homem como sujeito e o espaço como produto histórico, Santos (1996) postula que o espaço possui um componente de materialidade de onde lhe vem uma parte de sua concretude e empiricidade. Diante da tarefa de unificar tempo e espaço, na busca de torná-los mutuamente incluídos, o tempo deve ser também, empiricizado.

Cardoso (2007, p. 35) refere que empiricizar o tempo significa dotá-lo de materialidade e essa dimensão é, para Santos (1996, p. 29), expressa pela técnica. “Enquanto principal forma de relação entre o homem e a natureza, ou melhor, entre o homem e o meio [...]. As técnicas são um conjunto de meios instrumentais e sociais, com os quais o homem realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria espaço”.

A partir da possibilidade de o homem produzir e criar espaço buscase na sequência analisar as ações engendradas pela AEPIL, a partir do delineamento de dados mais específicos sobre o Parque das Indústrias Leves, obtidos por meio de entrevista realizada junto ao presidente da AEPIL, sr. Ary Sudan, bem como informações obtidas no site da referida associação.

### 3.1 O PONTO DE VISTA DA AEPIL

Uma das etapas complementares à pesquisa bibliográfica que respalda este estudo constou de entrevista realizada com o representante da AEPIL. Foi elaborado um roteiro contendo nove questões, constante do apêndice A, e, após agendamento de horário, a abordagem pessoal foi realizada em março de 2012.

Os dados foram transcritos e tornaram possível confirmar resultados obtidos quando da pesquisa acerca do histórico do PIL, e permitiram também identificar os projetos já realizados, em andamento e na fase de concepção.

No que se refere ao surgimento do PIL, foi questionado se houve iniciativa da prefeitura ou dos empresários, se houve participação do governo estadual em algum aspecto, quais foram as lideranças políticas e empresariais mais importantes da época de sua constituição.

No final dos anos 60, o Prefeito de Londrina, na época o Dr. Dalton Paranaguá, criou o Parque das Indústrias Leves com o objetivo de atrair empresas industriais para a cidade, além de permitir a instalação de empresas já existentes na cidade que desejassem ampliar suas atividades. Não houve participação do governo do Paraná. O órgão que criou o Parque das Indústrias Leves foi a CODESIL – Companhia de Desenvolvimento Industrial de Londrina, que foi a antecessora da CODEL (A.S., 2012).

Observa-se assim que a proposta inicial de instalação do PIL partiu da iniciativa pública e beneficiou diretamente as empresas já existentes.

Ainda segundo o entrevistado, a criação do Parque das Indústrias Leves, em janeiro de 1971, teve origem na demanda, por parte dos empresários de pequenas indústrias, principalmente da localidade, de um lugar adequado para a instalação de suas empresas. Paralelamente à implantação do PIL, surge a SUDESIL (Superintendência de Desenvolvimento de Londrina), em agosto de 1971.

A SUDESIL funcionava na área do PIL e oferecia constante atendimento aos empresários. Promovia campeonatos de futebol, feira pública de amostra de produtos fabricados, reuniões de técnicos com os empresários, e realizava levantamento geral sobre as condições dos empregados no PIL, visando nortear um planejamento da atuação futura. Na época o bairro oferecia 344 empregos, sendo que as empresas pequenas eram para os operários de baixa qualificação um espaço de treinamento para entrar nas maiores (AEPIL, 2012).

É possível verificar que a proposta inicial da SUDESIL apresentava aspectos bastante positivos em relação aos benefícios para a comunidade, e estes não foram mencionados pelo entrevistado, nem pelos moradores abordados.

Deste modo, denota-se que tanto o PIL como a SUDESIL tiveram sua fundação decorrente de necessidades estruturais do próprio sistema econômico do município, sem a intervenção direta de esferas administrativas superiores.

Deve-se ponderar que a iniciativa de criação do PIL e da própria SUDESIL atendeu as próprias necessidades dos empresários, que buscavam maior projeção no mercado.

A criação da SUDESIL voltada para a industrialização ocorreu principalmente por pressão das pequenas empresas, que compõem numericamente a faixa mais expressiva do processo regional. O órgão representava toda a orientação do poder público municipal no desenvolvimento de uma política de industrialização. E volta-se à preocupação tanto com pequenas como grandes empreendimentos. A SUDESIL contava com certos setores em sua organização, pesquisa, projetos, serviço social, que faziam dela um órgão planejador e não meramente administrativo (AEPIL, 2012).

No tocante às alterações na conformação atual do PIL, o entrevistado afirmou que:

O PIL atualmente apresenta a mesma constituição inicial, não houve expansão de área, o que houve foi a transferência de parte dos imóveis para outras empresas e a ampliação de área de algumas empresas com a compra de seus vizinhos (A.S., 2012).

Novamente percebe-se a preocupação da associação em ampliar os seus domínios, revertendo em benefícios para as empresas instaladas no PIL. As ações desenvolvidas desencadeiam reflexos também na população do entorno do PIL. Chama a atenção o elevado número de pessoal ocupado nas empresas que integravam o PIL à época de sua implantação.

O entrevistado reforçou que a localização do PIL às margens da BR 369, que liga o Norte do Paraná ao Estado de São Paulo, congrega empresas de pequeno porte, voltadas para o mercado regional.

Reforçou as condições já apontadas por Cesário (1981), quando mencionou a aquisição facilitada dos terrenos, além de incentivos iniciais de infraestrutura, tais como saneamento, terraplanagem, energia elétrica e rede telefônica.

Estes itens, embora em primeiro plano resultem em benefícios para as empresas instaladas, trazem também melhorias para a população no entorno.

Buscou-se, na sequência, investigar o contexto histórico em que surgiu a AEPIL e as ações desenvolvidas desde sua instalação. Neste ponto, foram obtidas as seguintes informações:

A AEPIL começou a partir do sonho de estabelecer sólidos relacionamentos entre empresas de uma mesma região, em 2009. Essa ideia passou a ser disseminada por 10 empresas que, aos poucos, foram contagiando outras. Atualmente, nós já somamos 40 empresas associadas à AEPIL. O planejamento e execução dos projetos da Associação são administrados por um comitê composto por 10 pessoas, responsáveis pela diretoria executiva, conselho fiscal e comunicação. Com a articulação da associação é possível, além de reivindicar direitos do poder público, também implementar ações em benefício de toda a comunidade (AEPIL, 2012).

A organização da AEPIL evidencia uma necessidade presente no contexto organizacional contemporâneo em que pequenas empresas buscam estratégias para consolidar seu desenvolvimento com respaldo no poder público.

O entrevistado frisou ainda que o Parque das Indústrias Leves foi o primeiro bairro industrial no Estado a se mobilizar em grupo e mencionou várias ações concretizadas com a mobilização e trabalho voluntário realizados pela AEPIL, cuja missão é construir um parque industrial modelo, pautado em ações de sustentabilidade e de fomento aos negócios.

A AEPIL nasceu por iniciativa do empresário Ary Sudan, atual Presidente, que convenceu outros nove empresários de que precisariam estar juntos em uma associação, para trabalhar em prol do bairro. A iniciativa teve sucesso e em pouco tempo chegou-se ao número de trinta e cinco associados. O que gerou a iniciativa foi o fato de que o Parque Industrial foi abandonado pelo poder público desde sua criação. O empresariado, ainda que bastante representativo em termos de número e de boas empresas instaladas no bairro, nunca se posicionou coletivamente e suas reivindicações feitas, ainda que esporadicamente, nunca mereceram a atenção dos administradores, até pelo fato dos pedidos quando feitos, terem como foco de interesse a empresa e não o coletivo (A.S., 2012).

Quanto ao número de empresas identificou-se que são ao todo setenta e duas empresas, englobando aproximadamente dois mil e quinhentos funcionários, conforme se observa pela Tabela 2.

Dada a quantidade de funcionários absorvida pelas indústrias do PIL, verifica-se a pouca expressividade dos moradores do entorno do parque em termos de pessoal ocupado.

Verifica-se, assim, segundo informações do entrevistado, que “O PIL é muito diversificado, com empresas do setor metal mecânico, farmacêutico, alimentos, vestuário, tintas, logística e outros segmentos de menor participação (A.S., 2012)”.

O número de empresas que integram a AEPIL, conforme indicado pela própria associação, é formado de quarenta empresas.

Quando se buscou informações sobre os problemas verificados no bairro, e se existe preocupação por parte das empresas na busca de soluções, o entrevistado salientou que “O principal problema é de infraestrutura e segurança (A.S., 2012)”.

Para minimizar o problema da falta de segurança, o entrevistado relatou que estão sendo estudadas medidas de segurança para coibir a violência no bairro, como câmara de segurança em pontos estratégicos nas ruas, bem como a contratação de vigia para fazer ronda no bairro.

Sobre a preocupação das empresas em buscar soluções que minimizem ou solucionem tais problemas, encontrou-se que:

Atualmente, sabe-se que os consumidores têm assumido um novo papel na sociedade. São pessoas que, além de consumir produtos e serviços, questionam, exigem e investigam se as práticas da empresa são sustentáveis. [...] Reconhecendo este cenário e, que o que nós queremos não deve estar condicionado à vontade e a disposição do poder público, todos os nossos projetos estão pautados nos três pilares da sustentabilidade (econômica, social e ambiental) para garantir às pessoas da comunidade e cidade bons exemplos, oportunidades de ensino e trabalho, benfeitorias em espaço público e, sobretudo, a melhoria da qualidade de vida. Com ações sustentáveis, nosso Parque Industrial crescerá de forma estruturada, com boas práticas das empresas associadas e, conseqüentemente, com a valorização do capital humano (AEPIL, 2012).

Embora os resultados ainda não tenham sido atingidos de forma ampla, percebe-se a preocupação das empresas com o desenvolvimento sustentável, nos moldes requeridos pela legislação em vigor, mas, acima de tudo, como uma tendência estimulada pela AEPIL por meio da proposição de projetos amparados nos pilares que sustentam a proposta de sustentabilidade.

Observa-se que as ações, no plano do discurso evocam um comprometimento das empresas com o bem-estar da população. No entanto, a realidade observada no PIL e no Parque Waldemar Hauer B encontra-se distanciada das ações planejadas.

Referente à existência de uma preocupação específica com a promoção da saúde e qualidade de vida da população, o entrevistado afirmou que:

Esse é um objetivo da AEPIL que ainda não foi atacado. Algumas empresas trabalham bem esses temas e a AEPIL tem procurado divulgar na medida do possível, utilizando principalmente do seu Jornal. Nós devemos envolver o SESI para despertar nas empresas esses propósitos (A. S., 2012).

Novamente denota-se que as ações da AEPIL que poderiam beneficiar a comunidade encontram-se situadas no plano ideal.

A respeito de a AEPIL ou a população local ter voz ativa/poder de articulação junto ao poder municipal, o entrevistado revelou que:

Não existe esse poder de forma constitucional, mas quando se fala através de uma associação a coisa fica bem diferente, porque o poder público entende que o que se está defendendo é de interesse coletivo e não em defesa de uma única empresa. Foi dessa forma que conseguimos o asfalto do bairro e recentemente a modificação do acesso ao bairro, além de ter criado um canal de comunicação com a administração municipal (A. S., 2012).

Com bastante propriedade o entrevistado reforçou que a união de grupos ou de empresas apresenta um grande potencial, quando se busca obter prerrogativas do poder público.

A este respeito, o entrevistado reiterou sua fala anterior, quando expressou a preocupação das empresas em garantir às pessoas da comunidade oportunidades de ensino e trabalho, benfeitorias no espaço público e a consequente melhoria da qualidade de vida.

Uma das ações levadas a termo foi a criação do Parque Tecnológico Francisco Sciarra, em 2000, que teve como escopo a criação e atração de empresas que produzam produtos com alto valor agregado. O entrevistado reforçou que vem acontecendo uma razoável articulação dos setores privados, poder público e de pesquisa e ensino superior, reforçada recentemente por uma maior participação do poder público municipal.

O Parque das Indústrias Leves foi o primeiro bairro a participar da Rede de Desenvolvimento Local, iniciativa do Sistema FIEP/SESI, que acontece em todo o Paraná e que consiste na aplicação de uma metodologia pautada na participação e na cooperação como elementos centrais do desenvolvimento.

Além da parceria com a Prefeitura de Londrina, a AEPIL já firmou uma nova parceria pública com a Universidade Estadual de Londrina e, desde o início de 2011, alunos e professores do Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual de Londrina (UEL) têm desenvolvido projetos de melhoria urbanística no bairro.

Em outras palavras, encontramos que:

A AEPIL nasceu embasada nesta ideia: edificar sólidos relacionamentos entre o empresariado local, para a construção de um bairro sustentável. Assim, nada mais viável do que estabelecer uma parceria com o SESI, para potencializar a mensagem de que a sinergia em um bairro industrial é fundamental para a contribuição do sucesso aos negócios. Muitas empresas investem em materiais de proteção, palestras, planos de saúde, alimentação, uniforme e, inclusive em lazer. Porém, este mesmo funcionário ainda pode ter uma qualidade de vida ruim, pois enfrenta riscos no trânsito, enfrenta filas, toma chuva no ponto de ônibus etc (AEPIL, 2012).

O entrevistado reiterou o objetivo da AEPIL, que consiste em despertar a consciência das empresas da localidade e do poder público e mencionou os projetos já concluídos, os quais foram sintetizados nos trechos a seguir.

O Mutirão da Limpeza foi uma das primeiras ações das pessoas que hoje compõem a AEPIL. Vários empresários doaram materiais, alguns funcionários foram liberados pelas empresas para que pudessem participar do mutirão e foram limpas as ruas e calçadas, visando contribuir com a campanha contra a dengue.

Talvez a ação mais efetiva em favor da comunidade desenvolvida desde a criação da AEPIL tenha sido o recapeamento asfáltico no PIL, realizado em julho de 2011, que teve como objetivo melhorar a qualidade de vida e a produtividade das empresas e contou com a articulação da AEPIL e arrecadação financeira de algumas empresas associadas.

A obra toda custou entre R\$ 750 mil e R\$ 800 mil. Nossa parte ficou em R\$130 mil. Das empresas do bairro, trinta e cinco aderiram e contribuíram com cotas que variaram entre R\$ 2,8 mil e R\$ 5 mil, pagas em três vezes. Nossa opção era ficar esperando o poder público sem perspectiva de prazos, ou contribuir e fazer já (AEPIL, 2012).

Não obstante percebe-se que esta ação trouxe benefícios principalmente para as empresas, pois as áreas com mais benfeitorias situam-se nas proximidades das indústrias instaladas no PIL.

Na abordagem acerca das ações futuras da AEPIL para melhoria das condições do bairro, buscando atender aos anseios da população ainda não concretizados, foram obtidas as seguintes projeções:

A AEPIL está conseguindo criar uma visão de futuro nos empresários locais e isso é muito importante para que consigam enxergar para onde queremos ir e, desta forma, ajudar a chegar lá. Fizemos um trabalho com os alunos de Arquitetura da UEL e foram apresentadas várias sugestões de melhorias, que passaram a compor o plano de trabalho. São melhorias como arborização, portal, ponto de ônibus que ofereçam proteção real para seus usuários, melhoria da sinalização, além de propostas de centro cultural, projeto de expansão e outras sugestões que aos poucos serão postas em prática. Criamos um sistema de comunicação, com jornal, site e mailing que é usado para comunicação com todos os empresários. Essa comunicação está permitindo que os empresários conheçam melhor seu bairro, saibam mais de seus vizinhos e tenham maior participação no dia a dia da comunidade industrial (A.S., 2012).

O entrevistado apontou o ponto crucial para se atingir a integração entre empresas, poder público e comunidade consiste na comunicação e permanente interação entre estes segmentos no processo de tomadas de decisões que venham trazer benefícios não apenas para as empresas, mas acima de tudo para a coletividade.

É importante ponderar, diante dos resultados obtidos por meio da entrevista realizada com representante da AEPIL, que a mobilização sinalizada pelos projetos já implantados e, acima de tudo, por iniciativas em gestação, evidencia uma preocupação das empresas com as demandas da população do PIL, embora seja reconhecido o caráter incipiente das ações desenvolvidas pela associação.

Nós sabemos que boa parte das ações que planejamos precisa de tempo para se concretizar, em função da mobilização das pessoas e poderes públicos e também pela complexidade dos projetos. Mesmo assim, nós temos ações planejadas para acontecer em até 10 anos, tais como: mudança de fachada das empresas; ponto de ônibus com cobertura adequada; Unidade Básica de Saúde; cesta de lixo nas ruas; agência bancária; ciclovia; pista para caminhada; academia ao ar livre; centro esportivo; creche; biblioteca; espaço para jogos; centro de treinamentos para empresários e funcionários e construção de sede da AEPIL (AEPIL, 2012).

A própria criação da referida associação já demonstra um caminho a ser percorrido na melhoria das condições de vida da população. Embora não tenha sido sinalizado, de forma clara, a preocupação das empresas com a promoção da saúde, quando se coloca como projeto a reabertura da UBS do bairro, a construção de ciclovias, pistas de caminhada, academia ao ar livre e outros benefícios que interferem no bem estar físico e mental da população, fica comprovada a preocupação com a saúde da população.

Na seção a seguir, são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa realizada com moradores do Parque Waldemar Hauer B.

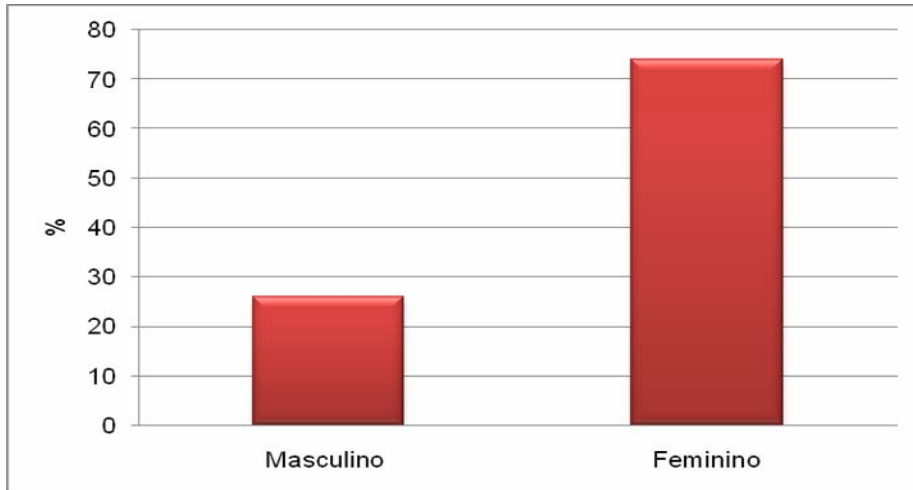
### 3.2 O PONTO DE VISTA DOS MORADORES DO PARQUE WALDEMAR HAUER B

Conforme mencionado na introdução deste estudo, foram aplicados questionários a cinquenta moradores do Parque Waldemar Hauer B e Parque das Indústrias Leves. O primeiro bloco de questões visou obter o perfil dos sujeitos da pesquisa. Na primeira pergunta, buscou-se classificar os moradores segundo o gênero. Na Tabela 3 e no Gráfico 1 podem ser visualizados os resultados obtidos.

**Tabela 3 – Sexo dos entrevistados**

	Total	%
Masculino	13	26,00
Feminino	37	74,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 1 – Sexo dos entrevistados**

Fonte: autora

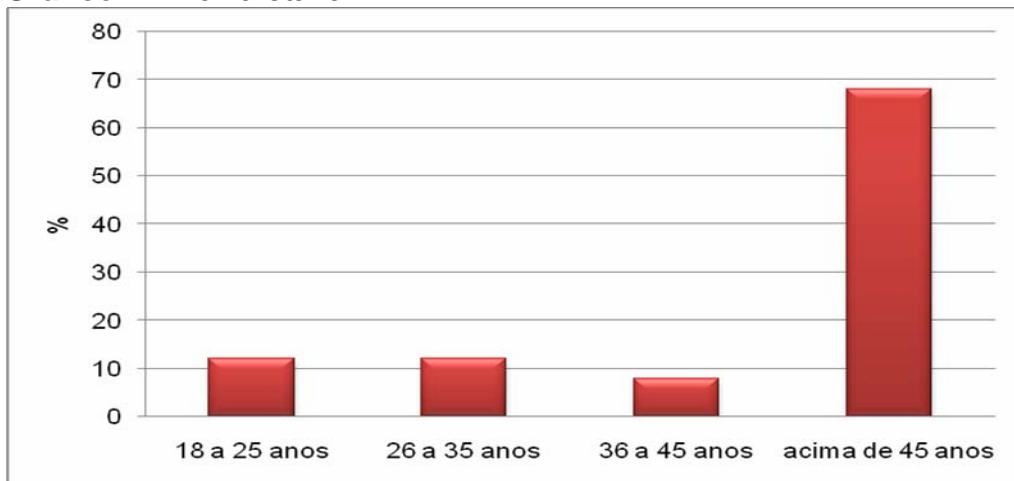
A predominância de moradores do sexo feminino, sendo trinta e sete mulheres, perfazendo 74 % do total da amostra da pesquisa, pode ser atribuída ao fato de a aplicação dos instrumentos de coleta de dados ter sido realizada durante os períodos matutino e vespertino de dias úteis, quando muitos homens poderiam estar cumprindo atividades profissionais.

No tocante à faixa etária dos moradores que integraram a pesquisa, os resultados são expressos na Tabela 4 e Gráfico 2.

**Tabela 4 – Faixa etária**

	Total	%
18 a 25 anos	6	12,00
26 a 35 anos	6	12,00
36 a 45 anos	4	8,00
acima de 45 anos	34	68,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 2 – Faixa etária**

Fonte: autora

Em consonância com o exposto no Gráfico 2, destaca-se a prevalência de moradores com idade superior a 45 anos, com trinta e quatro sujeitos, o que totaliza 68% da amostra. Na faixa etária compreendida entre 18 a 25 anos, foram abordados seis moradores, e igual número corresponde aos entrevistados na faixa entre 26 a 35 anos, sinalizando 12% da amostra considerada para cada uma das faixas etária. Foram ainda entrevistados quatro moradores na faixa etária entre 36 a 45 anos, o que perfaz um percentual de 8% do total.

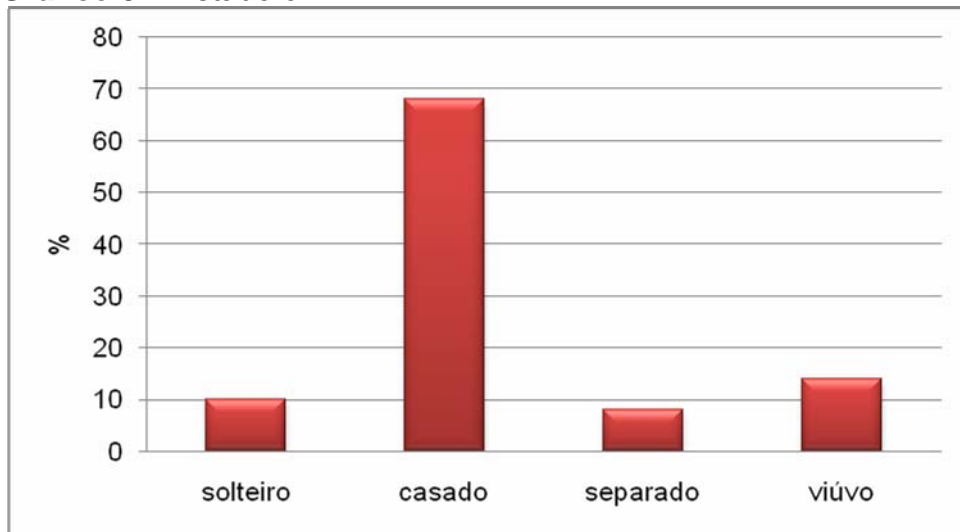
O elevado número de pessoas com mais de 45 anos deve-se ao fato que existem, nos bairros selecionados como recorte espacial desta pesquisa, um grande número de aposentados, moradores que lá residem há muitos anos.

O estado civil dos sujeitos da pesquisa pode ser comprovado pela observação da Tabela 5 e do Gráfico 3.

**Tabela 5 – Estado civil**

	Total	%
casado	34	68,00
viúvo	7	14,00
solteiro	5	10,00
separado	4	8,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 3 – Estado civil**

Fonte: autora

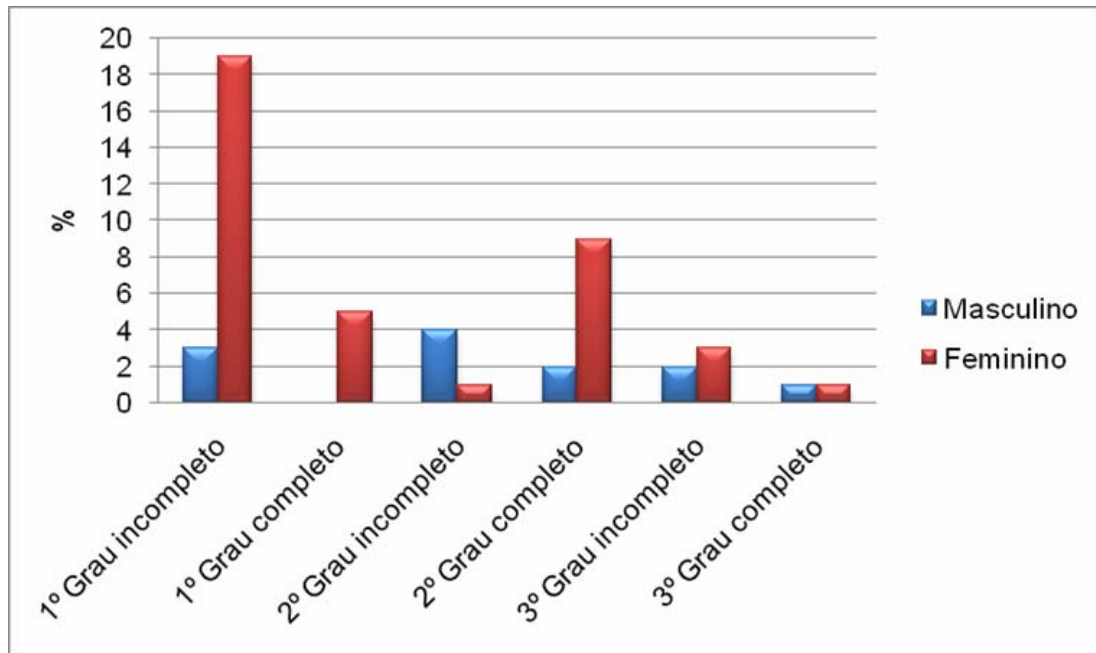
Quanto ao estado civil, detectou-se também a predominância de pessoas casadas, sendo trinta e quatro, num percentual de 68% da amostra. Foram abordadas ainda sete pessoas viúvas, perfazendo 14% do total de sujeitos abordados, cinco moradores solteiros, que correspondem a 10%, e quatro separados, num percentual de 8%.

Foi também investigada a escolaridade das pessoas que participaram da pesquisa, conforme apontam a Tabela 6 e o Gráfico 4.

**Tabela 6 – Escolaridade**

Escolaridade						
	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
1º Grau incompleto	3	6,00	19	38,00	22	44,00
1º Grau completo	0	0,00	5	10,00	5	10,00
2º Grau incompleto	4	8,00	1	2,00	5	10,00
2º Grau completo	2	4,00	9	18,00	11	22,00
3º Grau incompleto	2	4,00	3	6,00	5	10,00
3º Grau completo	1	2,00	1	2,00	2	4,00
<b>Total</b>	12	24,00	38	76,00	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 4 – Escolaridade**

Fonte: autora

No tocante à escolaridade, optou-se por estabelecer o cruzamento com os resultados expressos na Tabela 3 e no Gráfico 1. Assim, o maior percentual obtido corresponde aos sujeitos que possuem 1º Grau incompleto, que equivale a 44%. Esta proporção é menor em relação aos sujeitos com 2º Grau completo, quando se identificou que 22% do total da amostra apontaram este grau de escolaridade. Foram obtidos percentuais de 10% em relação aos níveis referentes ao 1º Grau completo e 2º e 3º graus incompletos. Foram ainda encontrados 4% de sujeitos com nível de escolaridade referente ao terceiro grau completo.

Observa-se, pelos resultados expressos, que o percentual de mulheres com apenas o 1º Grau, completo ou não, é maior em relação aos homens, sendo vinte e quatro mulheres, perfazendo 48% do total de entrevistadas, enquanto somente 6% dos homens estão nessa mesma faixa. Já em relação a um nível maior de escolaridade – referente ao 2º grau, completo ou incompleto, obteve-se um percentual de 20% das mulheres e 12% dos homens. No que diz respeito ao ensino superior, obteve-se 8% das mulheres e 6% dos homens.

Neste ponto, deve-se atentar para o baixo nível de escolaridade dos moradores abordados como uma das limitações da pesquisa, o que pode sinalizar prejuízos à compreensão das questões relativas à promoção de saúde e mesmo uma certa ignorância quanto à atuação das empresas.

No segundo bloco de perguntas, foram realizados questionamentos sobre residência e trabalho.

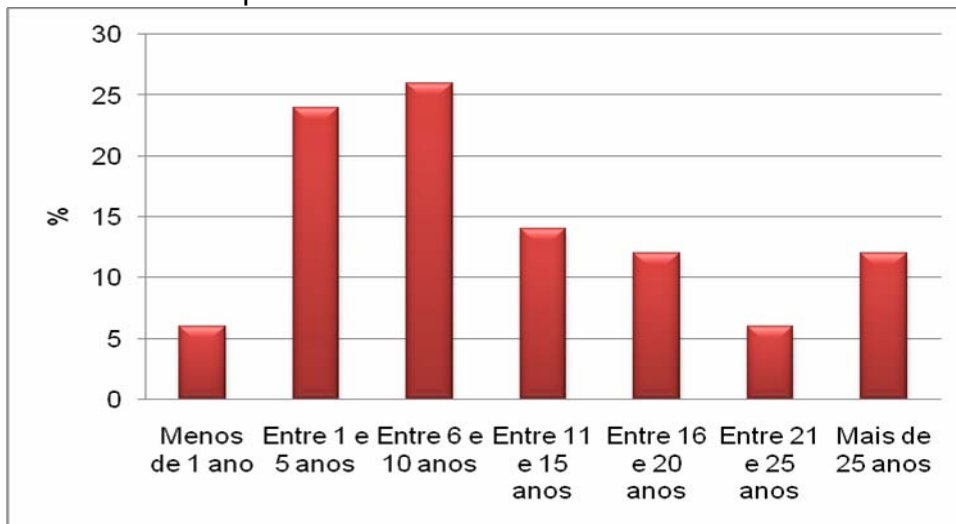
Sobre o tempo em que moram no bairro indicado, a Tabela 7 e o Gráfico 5 evidenciam os resultados encontrados.

**Tabela 7 – Tempo de residência no bairro**

Tempo de Residência		
	Total	%
Menos de 1 ano	3	6,00
Entre 1 e 5 anos	12	24,00
Entre 6 e 10 anos	13	26,00
Entre 11 e 15 anos	7	14,00
Entre 16 e 20 anos	6	12,00
Entre 21 e 25 anos	3	6,00
Mais de 25 anos	6	12,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 5 – Tempo de residência no bairro**



Fonte: autora

Os resultados encontrados mostram-se variáveis quanto ao tempo de residência dos moradores nos dois bairros investigados. O tempo prevalente de residência no bairro foi entre um e dez anos, sendo que na faixa entre 1 a 5 anos foram encontrados doze moradores, perfazendo 24% da amostra, enquanto no

intervalo de 6 a 10 anos houve treze indicações, o que representa um percentual de 26% da amostra.

Outros sete moradores disseram residir no local por períodos entre 11 a 15 anos (14%) e seis dos sujeitos que compõem a amostra desta pesquisa apontaram tempo de residência entre 16 e 20 anos, perfazendo 12% do total. Foram ainda encontradas seis pessoas que residem no local há mais de 25 anos, simbolizando 12% da amostra.

Os menores percentuais de moradores referem-se às faixas de residência entre 21 a 25 anos, e menos de 1 ano, com três pessoas em cada faixa, num percentual de 6% da amostra em cada uma das categorias de análise.

Retomando o enfoque deste estudo, quando se pretendeu analisar a relação entre território usado e saúde, comprova-se que quanto maior o tempo de residência, maior deveria ser a clareza na identificação dos problemas e vantagens relacionados ao fato de ser um bairro residencial conurbado a um parque de forte prevalência industrial.

No entanto, algumas das respostas obtidas deixam entrever a falta de entendimento dos moradores principalmente quanto à relação entre a qualidade de vida e a promoção de saúde da população.

No bloco seguinte de questões, foi investigada a composição familiar dos sujeitos da pesquisa.

A Tabela 8 e o Gráfico 6 explicitam o número de pessoas que compõem cada família representada pelos moradores abordados.

**Tabela 8 – Número de pessoas da família**

	Total	%
Uma a três pessoas	35	70,00
Quatro a seis pessoas	15	30,00
Total	50	100

**Fonte:** autora

**Gráfico 6 – Número de pessoas da família**

Fonte: autora

A prevalência na composição familiar foi de uma a três pessoas, sinalizada por trinta e cinco moradores, perfazendo 70% da amostra, seguida por quinze pessoas que indicaram a existência de 4 a 6 pessoas na família, perfazendo 30% do total de sujeitos participantes da pesquisa.

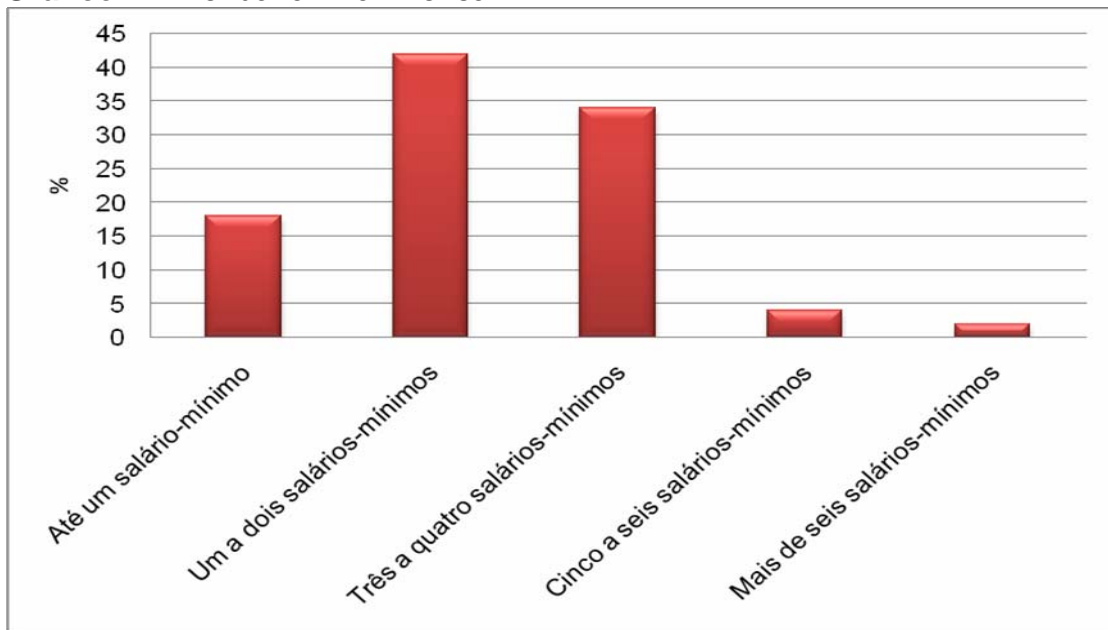
Os resultados encontrados confirmam a tendência observada na composição familiar brasileira de diminuição de número de componentes das famílias.

Quanto à renda familiar, o perfil da mesma pode ser visualizado através da Tabela 9 e do Gráfico 7.

**Tabela 9 – Renda familiar mensal**

	Total	%
Até um salário-mínimo	9	18,00
Um a dois salários-mínimos	21	42,00
Três a quatro salários-mínimos	17	34,00
Cinco a seis salários-mínimos	2	4,00
Mais de seis salários-mínimos	1	2,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 7 – Renda familiar mensal**

Fonte: autora

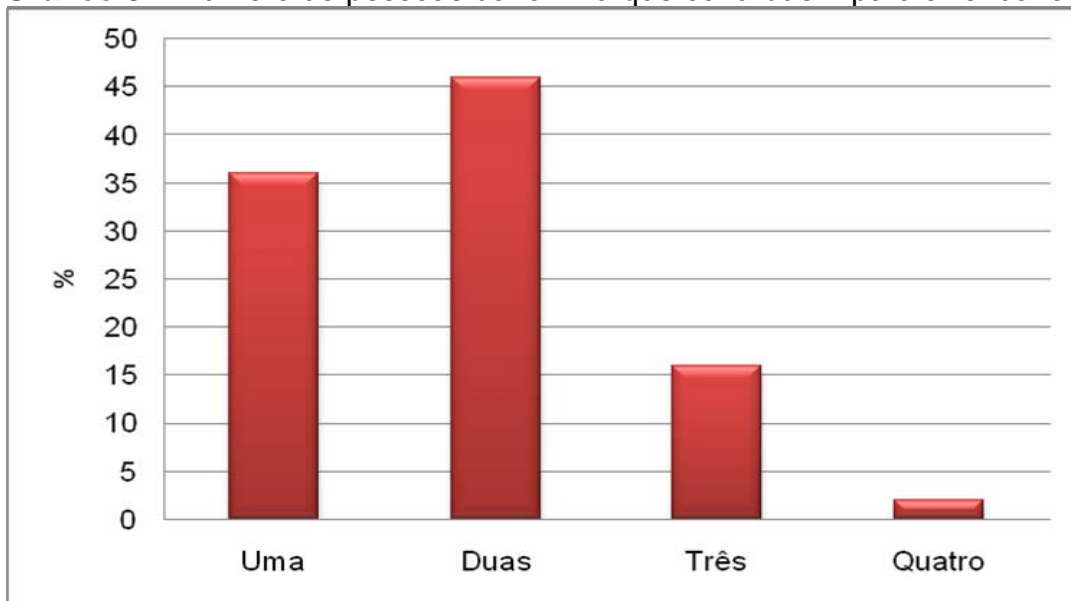
Da observação mais atenta da Tabela 9, verifica-se que um percentual de 60% da amostra sinaliza famílias com renda igual ou menor que dois salários-mínimos, uma vez que vinte e uma pessoas disseram possuir renda entre um a dois salários-mínimos e nove moradores têm menos de um salário-mínimo como renda familiar. Dezessete pessoas declararam uma renda familiar entre três a quatro salários-mínimos, perfazendo 34% da amostra, enquanto dois moradores indicaram renda entre cinco a seis salários-mínimos e apenas um sujeito declarou ter renda familiar superior a seis salários-mínimos.

A pergunta seguinte visou identificar quantas pessoas contribuem para a composição da renda familiar.

**Tabela 10 – Número de pessoas da família que contribuem para a renda familiar**

	Total	%
Uma	18	36,00
Duas	23	46,00
Três	8	16,00
Quatro	1	2,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 8 – Número de pessoas da família que contribuem para a renda familiar**

Fonte: autora

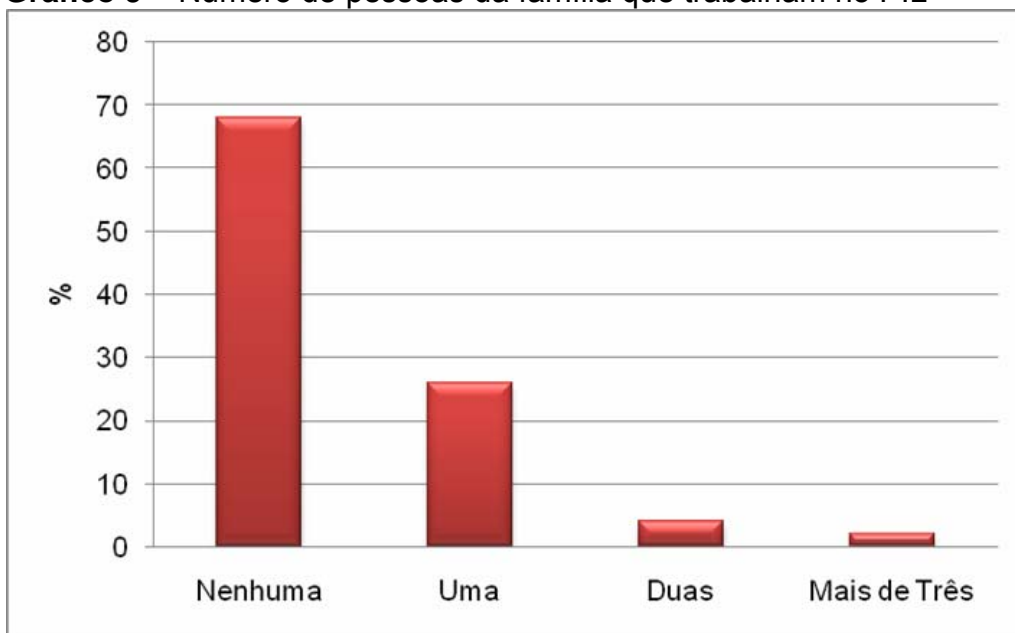
Se compararmos os resultados obtidos quanto ao número de pessoas que contribuem para a renda familiar com o número de pessoas de cada família, indicado pela Tabela 8 e Gráfico 6, que apontaram que a grande maioria das famílias é formada por uma a três pessoas, verificamos que muitos são os casos em que todos os componentes da família contribuem para a composição da renda. Nesta direção, em vinte e três famílias, duas pessoas formam a origem da renda familiar, sinalizando 46% da amostra, enquanto em dezoito famílias, simbolizando 36% do total de sujeitos, a renda provém do trabalho de apenas uma pessoa. Oito moradores, perfazendo 16% da amostra, disseram que três pessoas contribuem para a formação da renda familiar, enquanto apenas um sujeito da pesquisa disse que quatro pessoas são base da composição da renda da família.

A pergunta seguinte do instrumento de coleta de dados indagou quantas pessoas, dentre as que contribuem para a renda familiar, trabalham no Parque das Indústrias Leves. A Tabela e o Gráfico subsequentes apontam os resultados obtidos a este respeito.

**Tabela 11 – Número de pessoas da família que trabalham no PIL**

	Total	%
Nenhuma	34	68,00
Uma	13	26,00
Duas	2	4,00
Mais de Três	1	2,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 9 – Número de pessoas da família que trabalham no PIL**

Fonte: autora

Os dados obtidos corroboram a sondagem previamente realizada com o representante da AEPIL, quando foi informado que grande parte dos trabalhadores que atuam no Parque das Indústrias Leves provém de outras localidades, de bairros e municípios vizinhos.

Assim, constatou-se que, em relação às famílias de trinta e quatro moradores abordados, num percentual de 68% da amostra, nenhum membro exerce suas funções profissionais no PIL. Segundo informações de treze moradores, representando 26% dos moradores, apenas uma pessoa da família trabalha no bairro. Dois moradores informaram que existem duas pessoas da família trabalhando no PIL, enquanto apenas um morador disse que mais de três pessoas de sua família trabalham neste bairro.

As informações obtidas revelam uma realidade presente em muitas situações de trabalhadores em municípios do mesmo porte de Londrina, quando nem sempre as vagas de empregos são preenchidas por moradores do bairro, muitas vezes pela falta de qualificação necessária.

Por outro lado, se considerarmos a resposta dada pelo presidente da AEPIL em relação ao número de pessoas empregadas no PIL (aproximadamente duas mil e quinhentas pessoas), percebe-se a demanda por pessoal residente em outras localidades.

Neste ponto, deve-se questionar a efetividade das ações propostas pela AEPIL, sobretudo no que diz respeito ao incentivo à pesquisa e formação de profissionais que possam atuar nas empresas que compõem o parque. Melhorar a qualidade de vida da população implica também a capacitação para o trabalho e a oferta de melhores empregos, se possível em localidades próximas à residência dos trabalhadores.

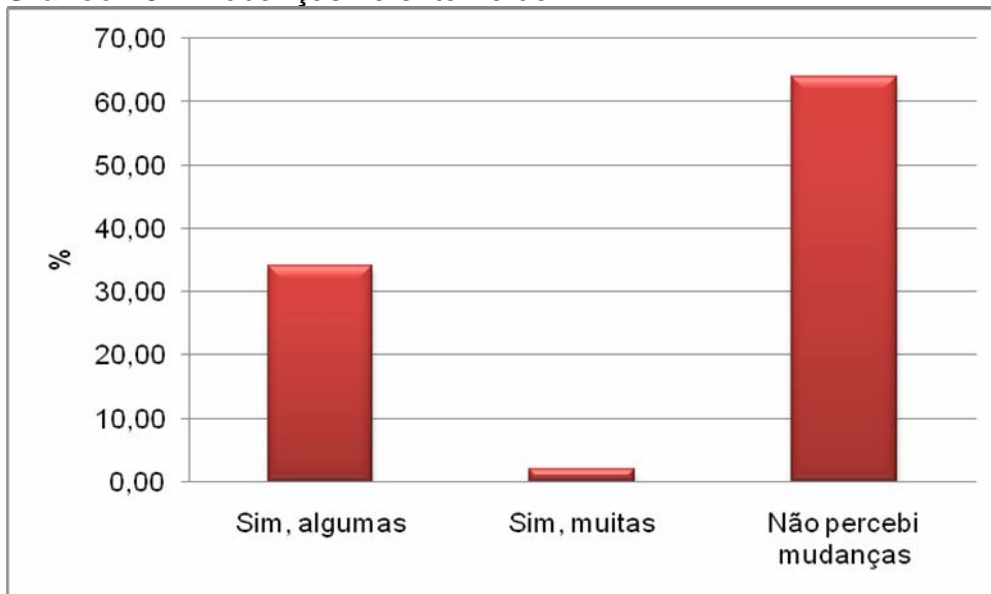
No bloco seguinte de questões, as perguntas se aproximaram mais do tema da pesquisa, pois visou investigar a concepção dos moradores sobre o território.

Foi perguntado se desde que vieram morar nos bairros pesquisados, os sujeitos da pesquisa observaram mudanças no entorno. Os resultados podem ser conferidos na Tabela 12 e no Gráfico 10.

**Tabela 12 – Mudanças no entorno do PIL**

<b>Mudanças percebidas no entorno do PIL</b>		
	Total	%
Sim, algumas	17	34,00
Sim, muitas	1	2,00
Não percebi mudanças	32	64,00
Total	50	100

**Fonte:** autora

**Gráfico 10 – Mudanças no entorno do PIL**

Fonte: autora

Um número expressivo de moradores não percebeu mudanças em seu entorno, conforme apontam a Tabela e o Gráfico apresentados, reveladores de que trinta e dois moradores, num percentual de 64% do total da amostra, deixaram de perceber mudanças expressivas no território.

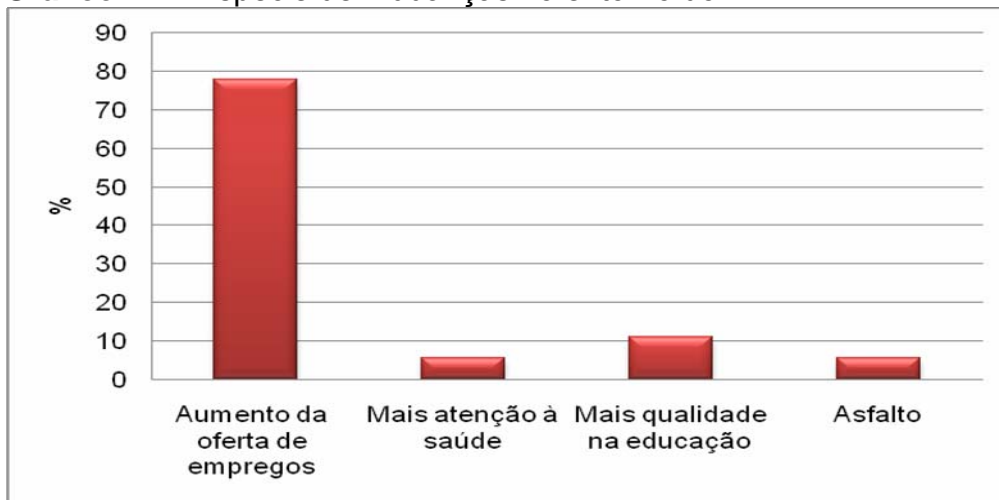
Em sentido contrário, dezessete participantes da pesquisa disseram que perceberam algumas mudanças, o que sinaliza 34% da amostra, e uma pessoa disse percebeu muitas mudanças no bairro desde que se mudou para o local.

Na sequência, foi solicitado que os sujeitos que haviam percebido mudanças indicassem de quais espécies de transformações se tratavam. As respostas resultaram na Tabela 13 e no Gráfico11.

**Tabela 13 – Espécie de mudanças no entorno do PIL**

	Total	%
Aumento da oferta de empregos	14	77,78
Mais qualidade na educação	2	11,11
Mais atenção à saúde	1	5,56
Asfalto	1	5,56
Total	18	100

Fonte: autora

**Gráfico 11 – Espécie de mudanças no entorno do PIL**

Fonte: autora

A respeito do entendimento dos moradores sobre as mudanças ocorridas no entorno do PIL, quatorze sujeitos, perfazendo 77% das dezoito pessoas que visualizaram mudanças no entorno do PIL reportaram-se ao aumento da oferta de empregos no bairro. Duas pessoas, num percentual de 11%, referiram-se a mais qualidade na educação, enquanto um sujeito mencionou maior atenção à saúde. Um morador disse que uma mudança percebida deve-se ao asfalto.

Especial atenção deve ser dada à observação do morador que mencionou a questão do asfalto como mudança observada. Conforme informações obtidas na entrevista com representante da AEPIL, e mesmo pela visita realizada ao bairro, é evidente que o recapeamento das ruas é uma mudança incorporada ao cotidiano do bairro, mas não identificada por muitos moradores e representa o resultado positivo da aliança entre as iniciativas pública e privada, ocorrida em julho de 2011, uma articulação da AEPIL, incluindo arrecadação financeira de algumas empresas associadas e parceria com a Prefeitura de Londrina.

Deste modo, pode-se inferir que não houve, por parte da grande maioria dos moradores abordados na pesquisa, um reconhecimento da mudança ocorrida no entorno, uma vez que apenas um morador mencionou a obra recente realizada no bairro.

Novamente reitera-se a possibilidade de os moradores, em virtude do baixo grau de escolaridade, não atingirem a compreensão plena das mudanças verificadas no entorno das empresas que integram o PIL. Da mesma forma, a desinformação pode estar relacionada ao pouco envolvimento da comunidade nos problemas locais.

Neste ponto, cabe retomarmos a fala de Santos e Silveira (2001), quando os autores pontuam que o uso do território pode ser definido pela implantação de infraestrutura, com ênfase para o dinamismo da economia e da sociedade. Na confluência de todos os elementos constituintes da sociedade, encontram-se configuradas as funções do novo espaço geográfico.

Deste modo, o Parque das Indústrias Leves, como parque industrial de referência no município, não foi identificado pelos participantes da pesquisa como referência sólida no que diz respeito a esta configuração específica.

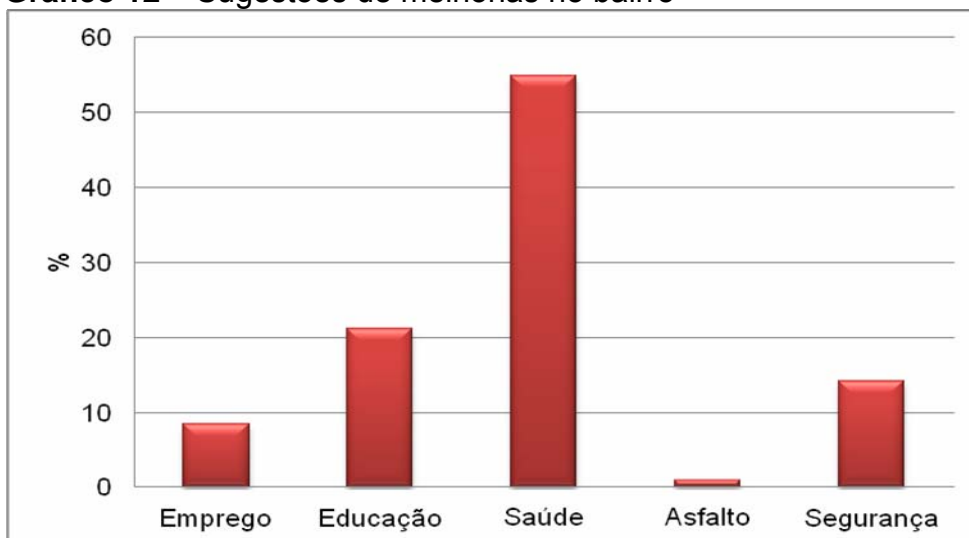
Quando questionados sobre o que gostariam que melhorasse no bairro em que residem, os moradores abordados deram respostas que tornaram possível a elaboração da Tabela 14 e do Gráfico 12. Sendo que nesta questão, poderiam ser assinaladas mais de uma alternativa.

**Tabela 14 – Sugestões de melhorias no bairro**

	Total	%
Saúde	39	54,93
Educação	15	21,13
Segurança	10	14,08
Emprego	6	8,45
Asfalto	1	1,00
Total	71	100

Fonte: autora

**Gráfico 12 – Sugestões de melhorias no bairro**



Fonte: autora

Instigados a apontar sugestões de melhoria no bairro, trinta e nove moradores assinalaram a saúde como requisito essencial para melhorar a qualidade de vida da população, expressando um desejo de 55% dos participantes da pesquisa.

Na figura a seguir pode ser observada a localização das escolas e UBS situadas no entorno do Parque Waldemar Hauer B e PIL.

**Figura 4 – Localização das escolas e UBS**



Este dado encontra-se em conformidade com a realidade vivenciada pelos moradores, uma vez que o Parque das Indústrias Leves não possui Unidade Básica de Saúde e a UBS de referência é a Unidade Básica de Saúde Jardim Ideal “Armando Porto Alegre”, onde os moradores do PIL precisam deslocar-se, para o lado oposto da Rodovia BR- 369, representando perigo para a população, além de transtornos e dificuldades na locomoção. Já o Parque Waldemar Hauer B está incluído na área de abrangência da UBS do Conjunto Lindoia, Centro de Saúde Municipal “Irmã Maria Osvalda Kneer”.

Deste modo, os resultados desta questão deixam entrever que a prioridade atribuída pelos participantes – acima da questão do trabalho – diz respeito à saúde, como bem a ser garantido com absoluta prioridade pelo Poder Público. Acrescenta-se que havia, anteriormente no bairro, uma UBS, mas esta foi fechada e os atendimentos realocados para outra UBS.

O segundo item mencionado pelos moradores, tendo recebido quinze indicações, num percentual de 21% da amostra, foi referente à educação. Deve-se salientar que existe, no entorno do PIL, dois colégios estaduais e três escolas municipais.

Assim, sendo, saúde e educação situam-se entre os itens de maior destaque nas sugestões apresentadas pelos sujeitos da pesquisa para melhoria do bairro.

Se confrontarmos as indicações dos moradores com a entrevista realizada com o gestor da Aepil, verifica-se que este mencionou a infraestrutura e a segurança como maiores problemas, enquanto para os moradores a prioridade volta-se para a saúde e a educação.

A segurança foi apontada como sugestão por dez sujeitos, perfazendo um percentual de 14% das respostas obtidas. Neste sentido, as opiniões encontradas situam-se na confluência dos anseios de grande parte da população brasileira, de grandes ou pequenas cidades, uma vez que saúde, educação e segurança são os pilares que sustentam desde as expectativas da totalidade das famílias até as plataformas políticas de inúmeros governos, por expressarem categorias que constituem o índice de desenvolvimento humano – IDH de uma cidade, do estado e do país.

Seis moradores deram como sugestão a instalação de maior número de empregos no entorno do PIL. Um morador assinalou a resposta referente a

outras sugestões e enfatizou a necessidade de melhorar as condições de pavimentação asfáltica do entorno do PIL, uma vez que somente as ruas principais do PIL receberam o recapeamento fruto da parceria entre a AEPIL e a Prefeitura Municipal de Londrina.

Ao se fazer o contraponto entre os resultados da entrevista realizada junto ao presidente da AEPIL e a opinião da população pesquisada, verifica-se que as prioridades elencadas pelo representante da associação das empresas são reveladoras de uma visão mais ampla das necessidades do território analisado. Não obstante, deve-se reforçar que a associação é agente do poder econômico e, como tal, as perspectivas abordadas remetem à satisfação dos interesses das próprias empresas, embora o discurso seja voltado para o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida da população no entorno do PIL.

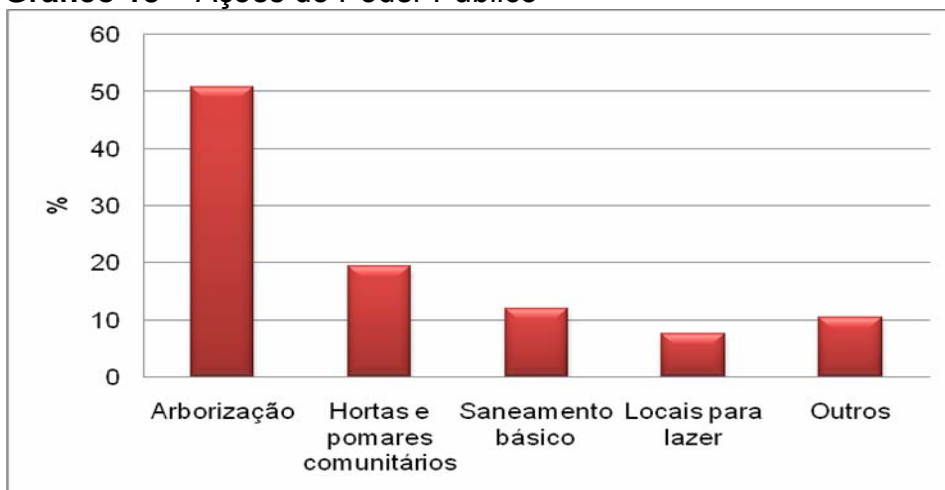
Na décima quarta questão do instrumento de coleta de dados, foi perguntado aos moradores o que pensam que o Poder Público – Governos Federal, Estadual e Municipal – poderia fazer para tornar o ambiente mais saudável.

Na Tabela 15 e no Gráfico 13, podem ser visualizados os resultados obtidos a este respeito. Embora pudessem ser assinaladas várias alternativas, foram poucos os moradores que indicaram mais de uma resposta.

**Tabela 15 – Ações do Poder Público**

	Total	%
Arborização	34	50,75
Hortas e pomares comunitários	13	19,40
Saneamento básico	8	11,94
Locais para lazer	5	7,46
Outros	7	10,45
Total	67	100

**Fonte:** autora

**Gráfico 13 – Ações do Poder Público**

Fonte: autora

Merece destaque a elevada incidência de indicações voltadas para a necessidade de incrementar a arborização de praças e ruas dos bairros, sinalizada por trinta e quatro moradores, simbolizando 51% das respostas obtidas. Isto leva a reflexões no sentido de que os moradores reconhecem a necessidade de preservação ambiental – mesmo em sua forma mais elementar, de plantio de árvores – como conduta necessária a ser exigida do Poder Público como uma forma de melhorar as condições de vida. Na mesma linha de pensamento, situam-se as treze indicações – num percentual de 19% – que sugerem a importância de estimular a formação de hortas e pomares comunitários, não apenas como meios de incrementar a renda dos habitantes do bairro, mas, sobretudo, como mecanismo de proteção ambiental.

Oito moradores, representando 12% das respostas, apontaram a necessidade de maiores investimentos em saneamento básico, por entenderem que água e esgoto são condições relacionadas à saúde e ao bem estar da população. A implantação de locais para lazer, tais como academias ao ar livre, ciclovias e parques, foi destacada por cinco moradores, sinalizando 8% das respostas a esta questão. O item referente a outras possíveis ações do Poder Público obteve sete respostas, que corresponde a 10% da amostra, sendo que quatro referiram-se à saúde, duas mencionaram a necessidade de mais escolas e um morador ratificou a necessidade que já mencionara antes de asfalto em todas as vias do entorno do PIL.

A par das sugestões obtidas, constata-se que as situações mencionadas pelos sujeitos que compuseram a pesquisa condizem com a proposição inicial deste estudo, uma vez que se pretendeu analisar a vinculação

existente entre saúde, trabalho e território usado como condições que favorecem a qualidade de vida.

O bloco seguinte também foi determinante para a concretização dos objetivos estabelecidos no estudo, quando se buscou analisar a questão do trabalho dos sujeitos da pesquisa.

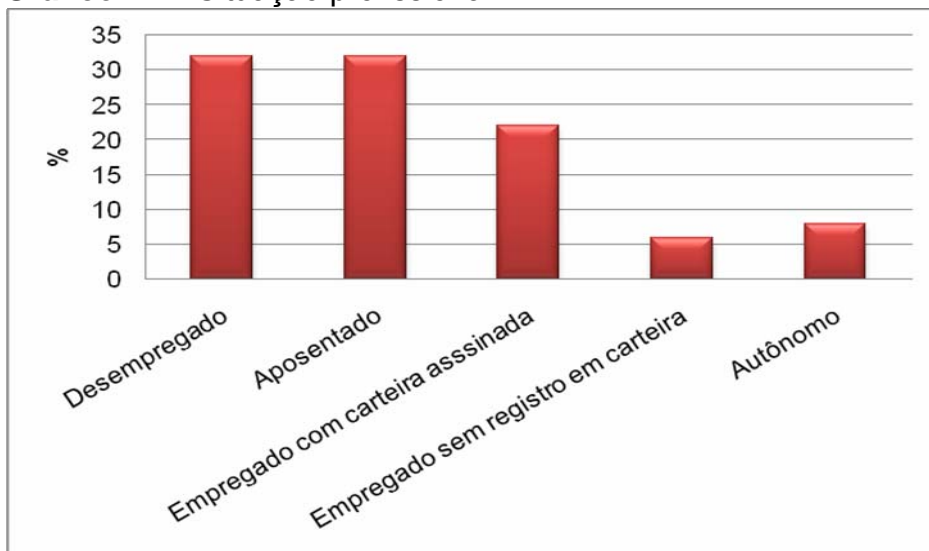
Sobre a situação profissional atual, a Tabela 16 e o Gráfico 14 expressam os resultados obtidos.

**Tabela 16 – Situação profissional**

	Total	%
Desempregado	16	32,00
Aposentado	16	32,00
Empregado com carteira assinada	11	22,00
Autônomo	4	8,00
Empregado sem registro em carteira	3	6,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 14 – Situação profissional**



Fonte: autora

Com uma observação mais atenta dos dados expressos pela Tabela 16 e pelo Gráfico 14, constata-se a aproximação de uma realidade pouco alentadora que permeia a sociedade brasileira neste início de milênio, quando se constata que dezesseis sujeitos encontravam-se desempregados à época da pesquisa, enquanto

igual número de moradores era formado de aposentados, totalizando 64% da amostra.

Quanto aos empregados com carteira assinada, representam 22% da amostra, situação esta indicada por onze moradores. Os empregados sem registro em carteira foram três e havia, dentre os moradores abordados, quatro profissionais autônomos, perfazendo, respectivamente, 6 e 8%.

Embora restrita à amostra da pesquisa, a população avaliada contradiz os dados apontados pelo representante da AEPIL, quando este destacou a oferta de empregos como elemento vital na promoção de qualidade de vida da população. Neste sentido, novamente se percebe um contraponto entre as visões do poder econômico e os indicadores sociais levantados pela pesquisa.

Conforme expressa a Tabela 17, as ocupações exercidas pelos dezoito moradores que exercem atividades profissionais são variadas e podem ser comprovadas na sequência.

**Tabela 17 – Ocupação exercida**

	Total	%
Vendedor	3	16,67
Depiladora	2	11,11
Auxiliar de produção	2	11,11
Porteiro	2	11,11
Doméstica	1	5,56
Segurança	1	5,56
Professor	1	5,56
Operador de máquina	1	5,56
Cozinheira	1	5,56
Vidraceiro	1	5,56
Office boy	1	5,56
Empresário	1	5,56
Costureira	1	5,56
Total	18	100

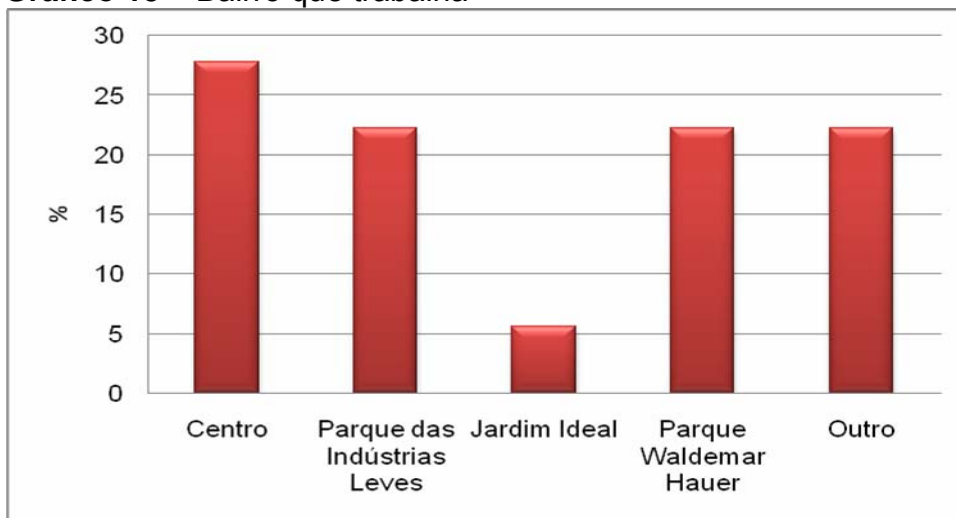
**Fonte:** autora

Quando questionados sobre o bairro em que trabalham, os dezoito moradores que exercem atividades profissionais apresentaram respostas que convergiram para os dados expressos na Tabela 18 e no Gráfico 15.

**Tabela 18 – Bairro que trabalha**

	Total	%
Centro	5	27,78
Parque das Indústrias Leves	4	22,22
Parque Waldemar Hauer B	4	22,22
Jardim Ideal	1	5,56
Outro	4	22,22
Total	18	100

Fonte: autora

**Gráfico 15 – Bairro que trabalha**

Fonte: autora

A observação da Tabela e do Gráfico apresentados acima deixa entrever uma realidade que sugere a dispersão dos moradores dos dois bairros – PIL e Waldemar Hauer B – em diferentes lugares, no exercício das atividades profissionais. Assim, cinco moradores disseram trabalhar no centro, sinalizando 28% das pessoas empregadas; quatro atuam no Parque das Indústrias Leves e outros quatro trabalham no Parque Waldemar Hauer B, representando 22% dos profissionais em cada localidade e uma pessoa disse trabalhar no Jardim Ideal (6%), enquanto quatro pessoas, num percentual de 22%, assinalaram o item referente a outras localidades, incluídas Cambé (duas indicações), Jardim Eucalipto (uma indicação) e Jardim Champagnat (uma indicação).

Estes resultados permitem inferir a pouca expressividade de moradores que exercem suas funções profissionais no próprio bairro em que residem, o que poderia levar a condições pouco favoráveis de análise sobre os problemas relacionados à indústria e ao território locais.

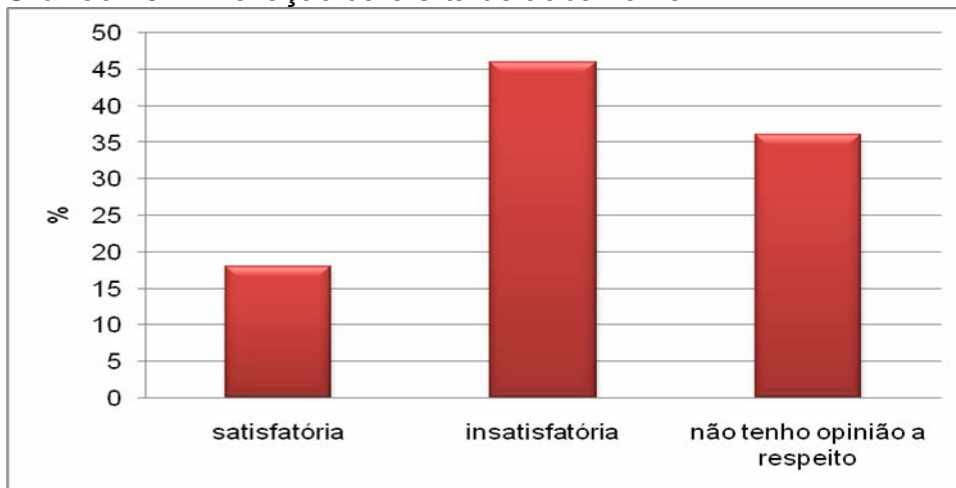
Quando solicitados a avaliar a oferta de trabalho no Parque das Indústrias Leves, os moradores deram respostas que tornaram possível a elaboração da Tabela 19 e do Gráfico 16.

**Tabela 19 – Avaliação da oferta de trabalho no PIL**

	Total	%
Insatisfatória	23	46,00
não tenho opinião a respeito	18	36,00
Satisfatória	9	18,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 16 – Avaliação da oferta de trabalho no PIL**



Fonte: autora

Conforme se percebe, vinte e três pessoas, perfazendo 46% da amostra da pesquisa, declararam que a oferta de trabalho no PIL é insatisfatória, enquanto apenas nove sujeitos, sinalizando 18% do total de moradores abordados, declararam ser satisfatória esta oferta.

A prevalência de respostas demonstrando a insatisfação dos moradores sobre a oferta de trabalho no PIL também explicita o contraponto entre a opinião expressa pelo representante da AEPIL e a real situação apontada pelos moradores e pelos dados obtidos, expressos pela Tabela 19 e pelo Gráfico 16.

Destaca-se ainda a resposta de dezoito moradores, que relataram não ter opinião a respeito. Tal resultado induz-nos a pensar que não existe uma preocupação maior por parte dos moradores que participaram desta pesquisa, no que diz respeito ao trabalho no Parque das Indústrias Leves. Diferentemente da preocupação identificada dos moradores em relação à saúde, o trabalho parece

situar-se em plano de menor destaque na concepção dos sujeitos que compõem a amostra deste estudo.

Assim, poderíamos tecer algumas conjecturas com base no que Raffestin (1993) argumenta quanto à apropriação de um espaço, de forma concreta ou abstrata, e que torna possível aos diferentes atores sociais territorializar o espaço. No caso dos moradores que compuseram a amostra desta pesquisa, não houve esta apropriação, o que revela o pouco envolvimento dos sujeitos quanto a questões essenciais do bairro em que residem, como a questão da relação indústrias/mudanças.

Nesta direção, em relação aos moradores selecionados para a pesquisa, não é possível falar na consolidação de um território a partir de sua ocupação pelo mundo do trabalho, dada a pouca relevância do pessoal ocupado nas empresas que constituem o PIL.

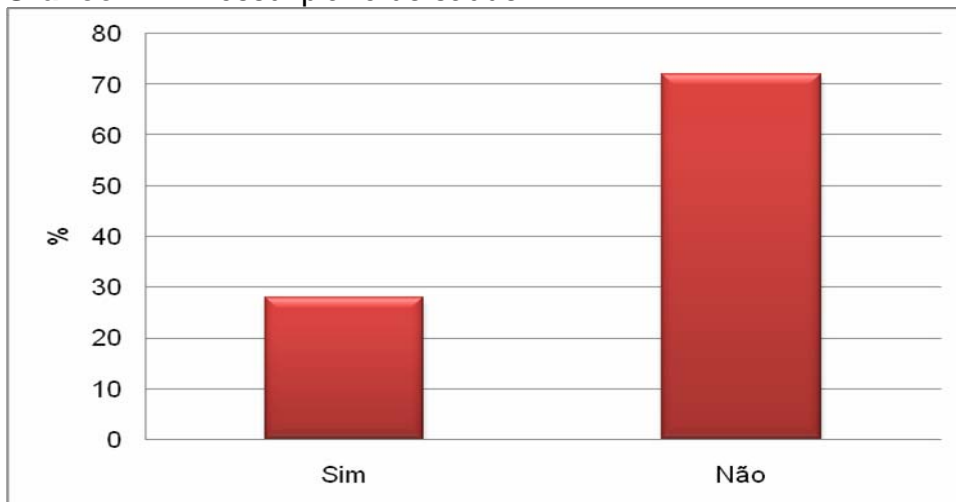
Buscando aprofundar a investigação, o outro bloco de questões abordou sobre as interfaces entre saúde e trabalho. Inicialmente, foi perguntado se os moradores possuíam plano de saúde. A este respeito, convém observar a Tabela 20 e o Gráfico 17.

**Tabela 20 – Possui plano de saúde**

	Total	%
Não	36	72,00
Sim	14	28,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 17 – Possui plano de saúde**



Fonte: autora

Sobre a vinculação a um plano de saúde, apenas quatorze pessoas, perfazendo 28% do total de sujeitos da pesquisa declararam possuir este tipo de assistência à saúde, enquanto a maioria dos moradores – trinta e seis pessoas, num percentual de 72%, declararam não possuir plano de saúde.

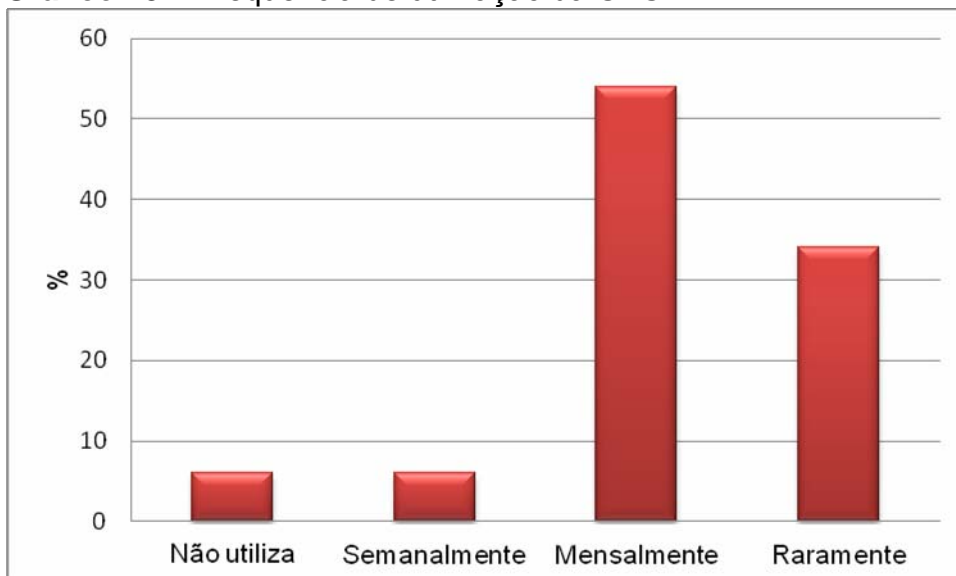
Na questão seguinte, objetivou-se identificar a frequência com que os moradores ou seus familiares utilizam os serviços UBS, e os resultados podem ser observados pela Tabela 21 e Gráfico 18.

**Tabela 21 – Frequência de utilização da UBS**

	Total	%
Mensalmente	27	54,00
Raramente	17	34,00
Não utiliza	3	6,00
Semanalmente	3	6,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 18 – Frequência de utilização da UBS**



Fonte: autora

Embora quatorze pessoas tenham declarado que possuem plano de saúde apenas três, perfazendo 6% da amostra, relataram não utilizar os serviços da UBS.

Quanto aos quarenta e sete moradores que utilizam os serviços da UBS, a maioria assinalou o item referente à frequência mensal, tendo sido feitas vinte e sete indicações, num percentual de 54% da amostra, enquanto dezessete moradores, perfazendo 34% do total de sujeitos participantes da pesquisa,

frequentam raramente a UBS. Por sua vez, três sujeitos da pesquisa disseram que frequentam a UBS toda semana.

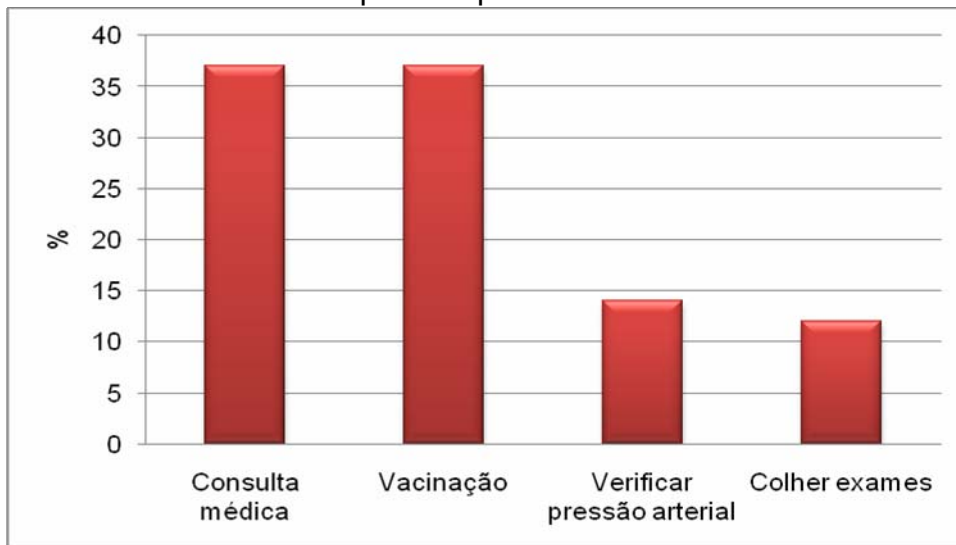
Quanto aos serviços utilizados pelos moradores que declararam frequentar a UBS, podem ser confirmados pela observação da Tabela 22 e Gráfico 19, salientando-se que nesta questão poderia ser assinalada mais de uma alternativa.

**Tabela 22 – Motivos da procura pela UBS**

	Total	%
Consulta médica	37	37,00
Vacinação	37	37,00
Verificar pressão arterial	14	14,00
Colher exames	12	12,00
Total	100	100

Fonte: autora

**Gráfico 19 – Motivos da procura pela UBS**



Fonte: autora

A maior incidência de respostas vinculou-se a consultas médicas e vacinação itens indicados por trinta e sete sujeitos, representando 37% das respostas obtidas. Foram ainda obtidas quatorze indicações, perfazendo 14% da amostra quanto aos motivos da procura pela UBS, referentes à verificação de pressão e doze indicações, num percentual de 12%, para a coleta de exames. Tais indicadores apontam a cobertura dos cuidados básicos de saúde, representados pela oferta de consultas médicas e, em alguns casos, de coleta de exames.

Quanto ao elevado índice de pessoas que procuram a UBS para vacinação, e mesmo em relação às pessoas que fazem o controle da hipertensão arterial, verifica-se a preocupação com o caráter preventivo da atenção à saúde nos bairros investigados.

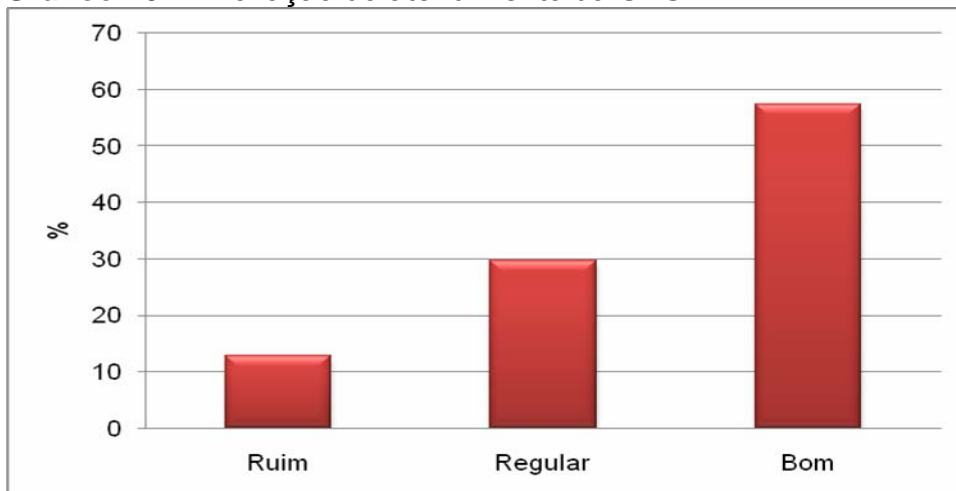
A questão seguinte visou avaliar o atendimento da UBS, na concepção dos quarenta e sete moradores que disseram utilizar tais serviços. Os resultados podem ser confirmados pela observação da Tabela 23 e Gráfico 20.

**Tabela 23 – Avaliação do atendimento da UBS**

	Total	%
Ruim	6	12,77
Regular	14	29,79
Bom	27	57,45
Ótimo	0	0,00
Total	47	100

Fonte: autora

**Gráfico 20 – Avaliação do atendimento da UBS**



Fonte: autora

É possível verificar, conforme a Tabela e o Gráfico apresentados, que vinte e sete moradores, sinalizando 57% dos sujeitos que responderam à questão, possuem um conceito bom em relação ao atendimento da UBS. Quanto a quatorze sujeitos, num percentual de 30%, declararam que os serviços são regulares, enquanto seis moradores, expressando 13%, disseram que o atendimento é ruim. Os resultados negativos em relação ao atendimento parecem refletir as dificuldades rotineiras em muitas UBS, em que nem sempre as condições de trabalho permitem um atendimento de melhor qualidade para a população.

São retomados aqui alguns aspectos presentes na entrevista realizada com a coordenadora da UBS-Lindoia, na qual são atendidos os moradores do Parque Waldemar Hauer B. Conforme destacou a enfermeira entrevistada, existem obstáculos à efetivação da promoção de saúde que extrapolam os limites de possibilidade de atuação da equipe, mas com o apoio dos profissionais que atuam no NASF estão sendo cumpridas algumas ações que visam o atingimento da proposta ampliada de saúde.

Vislumbra-se aqui novamente a não compreensão dos moradores que participaram da pesquisa sobre a amplitude da promoção de saúde, deixando entrever um entendimento de que a oferta de consultas, vacinas e exames de rotina e controle são suficientes para os cuidados em saúde da população. Parece-nos que as ações de prevenção não são vistas pelos moradores como prioridade.

Em outra questão dirigida a todos os moradores, mesmo aqueles que não se valem dos serviços da UBS, foi perguntado se a UBS desenvolve campanhas de promoção da saúde da população. Na Tabela 24 e Gráfico 21, são expostos os resultados obtidos a este respeito.

**Tabela 24 – Existência de campanhas de prevenção da saúde pela UBS**

	Total	%
Não sei dizer	34	68,00
Não	8	16,00
Sim	8	16,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 21 – Existência de campanhas de prevenção da saúde pela UBS**



Fonte: autora

A grande maioria dos participantes, sendo trinta e quatro moradores, representando 68% do total de sujeitos da pesquisa, não soube informar sobre a existência de campanhas de prevenção de saúde pela UBS. O restante das pessoas que foram abordadas mostrou-se dividido, pois oito sujeitos responderam de forma positiva e igual número, simbolizando um percentual de 16%, relatou que a UBS não promove campanhas deste tipo.

As respostas convergem para a constatação que os moradores desconhecem as ações desenvolvidas pela UBS, uma vez que esta não se localiza próxima da residência dos sujeitos da pesquisa.

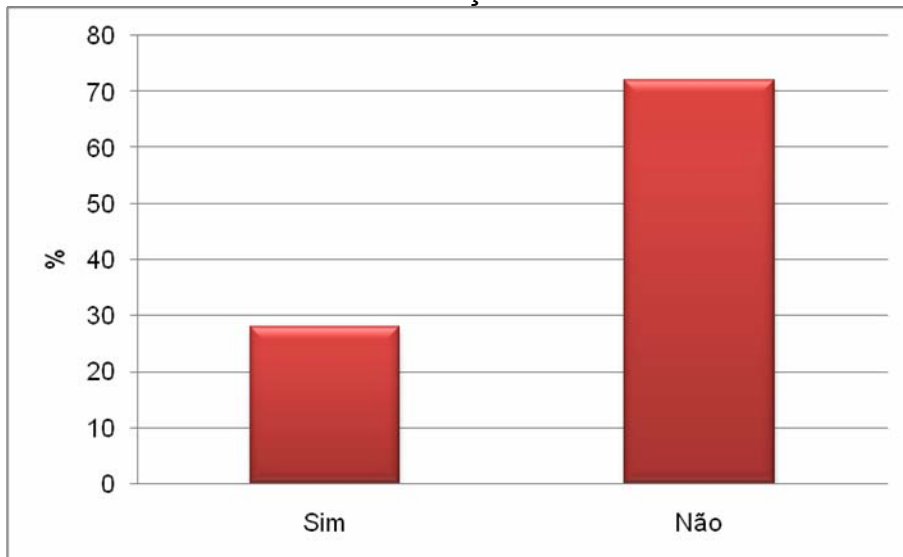
Perguntados se possuem alguma doença crônica (diabetes, hipertensão arterial, alcoolismo, tabagismo etc), os sujeitos deram respostas que tornaram possível a construção da Tabela 25 e do Gráfico 22.

**Tabela 25 – Existência de doenças crônicas**

	Total	%
Não	36	72,00
Sim	14	28,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 22 – Existência de doenças crônicas**



Fonte: autora

Dentre os sujeitos que participaram da pesquisa, quatorze, perfazendo 28% da amostra, informaram ter algum tipo de doença crônica, enquanto trinta e seis, num percentual de 72%, disseram não ter nenhuma doença do gênero.

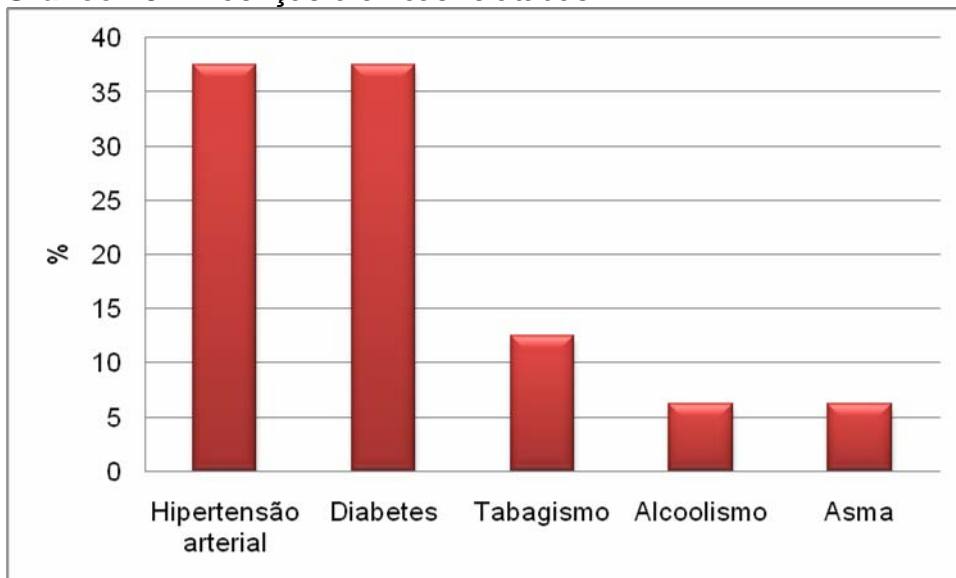
Quanto às doenças identificadas, podem ser visualizadas na Tabela 26 e no Gráfico 23.

**Tabela 26 – Doenças crônicas relatadas**

	Total	%
Hipertensão arterial	6	37,50
Diabetes	6	37,50
Tabagismo	2	12,50
Alcoolismo	1	6,25
Asma	1	6,25
Total	16	100

Fonte: autora

**Gráfico 23 – Doenças crônicas relatadas**



Fonte: autora

Verifica-se que, dentre as quatorze pessoas que declararam possuir doenças crônicas, seis relataram problemas de hipertensão arterial e igual número de pessoas sinalizou diabetes como doença existente. Dois sujeitos referiram-se ao tabagismo, um outro morador incluiu o alcoolismo como doença crônica, e a asma foi mencionada por outro sujeito da pesquisa.

Deste modo, verifica-se também em relação às doenças crônicas que persistem aquelas diretamente relacionadas ao estilo e qualidade de vida da população, sendo diretamente assistidas pelos programas de atenção à saúde.

Uma vez que, conforme já informado, não existe uma UBS nos bairros a que pertencem os sujeitos desta pesquisa, não foi possível obter dados sobre esta população junto à mesma. Neste sentido, o território, como lugar de uso e

acontecimento social, não foi avaliado como componente de importância na compreensão do processo saúde-doença, em direção contrária ao que preconizam as diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, ao contemplar a necessidade de considerar, conhecer e interagir com o território, lugar de referência e de vida da população com a qual se trabalha (BRASIL, 2010).

No que diz respeito à qualidade de vida, uma das questões deste bloco visou identificar, na concepção dos participantes da pesquisa, o que consideram importante para uma boa qualidade de vida. Por se tratar de uma questão aberta, em que os sujeitos poderiam assinalar mais de uma resposta, foram obtidas respostas diferenciadas, razão pela qual se optou pela exposição dos resultados apenas na Tabela 27.

**Tabela 27 – Itens importantes para uma boa qualidade de vida**

	Total	%
Saúde	23	29,87
Alimentação	12	15,58
Trabalho	12	15,58
Segurança	9	11,69
Educação	8	10,39
Lazer	5	6,49
Habitação	3	3,90
atividade física	2	2,60
estabilidade economica	1	1,30
saneamento básico	1	1,30
não sabe	1	1,30
Total	77	100

Fonte: autora

Os itens indicados pelos moradores confirmam dados anteriormente obtidos. Dentre os itens mencionados reiteradas vezes pelos moradores, destacam-se a saúde, mencionada vinte e três vezes, sinalizando 30% das respostas obtidas; a alimentação e o trabalho foram verbalizados por doze sujeitos em cada categoria, num percentual de 16% cada, a segurança, referida por nove moradores e a educação, item indicado por oito pessoas, perfazendo, respectivamente, 12% e 10% das respostas.

Aqui consideramos pertinente apontar a preocupação destacada pelo representante da AEPIL em relação à segurança como pressuposto de

qualidade de vida, embora esta também diga respeito ao aumento de lucratividade das empresas.

Da mesma forma, reiteram-se as informações obtidas junto à coordenadora do Centro de Saúde Municipal “Irmã Maria Osvalda Kneer”, quando relatou a importância de ações simples como as desenvolvidas pelo educador físico em relação à prática de atividades físicas tendo como resultados ganhos positivos na autoestima dos usuários que participam das práticas semanais oferecidas em local cedido pela comunidade. Ainda se percebe a importância do trabalho do NASF no trabalho da nutricionista que integra a equipe em relação a boas práticas de alimentação.

Em menor número, mas presentes em mais de uma resposta, situam-se o lazer, e a habitação, além da atividade física. Também foram mencionados a estabilidade econômica e o saneamento básico. Um morador declarou não saber a resposta a esta questão.

No enfoque deste estudo, contempla-se a saúde como uma das categorias de análise da qualidade de vida da população de um determinado bairro, buscando-se a convergência entre esta dimensão, o trabalho e o território usado.

Muito além de ser meramente o espaço político-administrativo do sistema de saúde, o território onde se verifica a interação população-serviços no nível local caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços (MONKEN e BARCELLOS, 2005, p. 898).

Isto posto, verifica-se que a relação entre a saúde e o trabalho é manifestada no cotidiano dos indivíduos, quando se reconhece estes como dimensões essenciais à qualidade de vida da população.

Assim, quando os moradores assinalaram a saúde em primeiro plano, confirmam a hipótese inicialmente lançada, de que a qualidade de vida da população encontra-se diretamente relacionada às condições de saúde, bem como à sua atuação no território em que vive.

No intuito de tornar mais explícitas estas conclusões, foi questionado se os moradores acreditam que o processo de industrialização pode afetar a qualidade de vida e a saúde da população. Os dados constantes da Tabela 28 e do

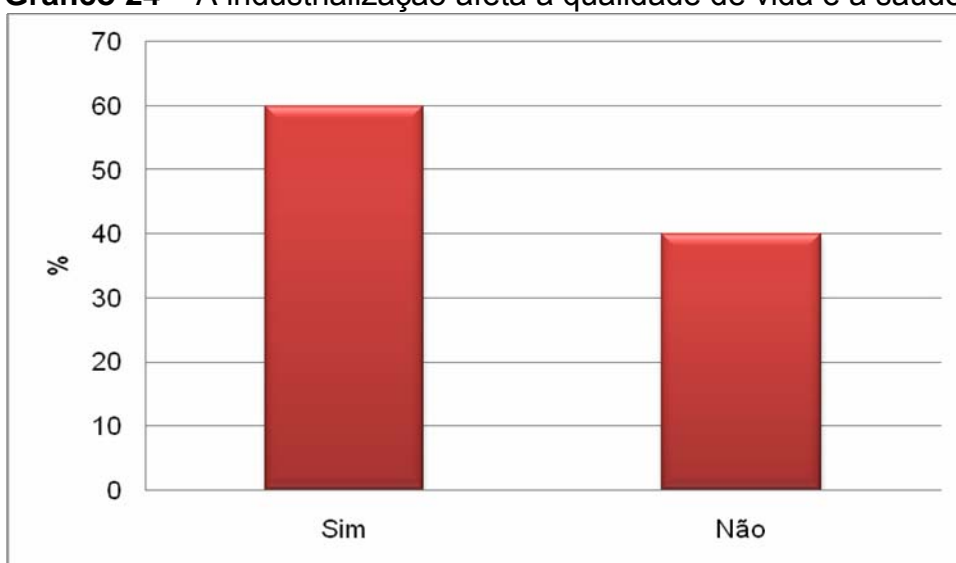
Gráfico 24 comprovam a prevalência de respostas afirmativas dos sujeitos da pesquisa.

**Tabela 28 – A industrialização afeta a qualidade de vida e a saúde da população**

	Total	%
Sim	30	60,00
Não	20	40,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 24 – A industrialização afeta a qualidade de vida e a saúde da população**



Fonte: autora

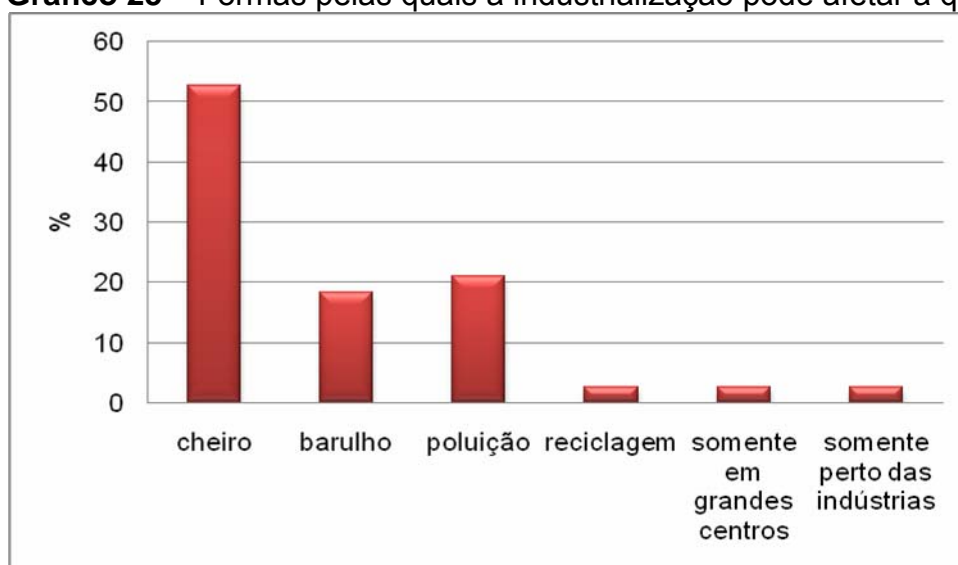
Na direção pretendida pela questão, foram obtidas respostas positivas de trinta pessoas, perfazendo um percentual de 60% do total de participantes da pesquisa, enquanto vinte moradores, perfazendo 40% da amostra, declararam não reconhecer a relação entre industrialização e qualidade de vida e condições de saúde da população.

Quanto ao grupo que respondeu afirmativamente, foi solicitado, em questão aberta, que apontassem quais os problemas percebidos pelos sujeitos, sendo estes demonstrados pela Tabela 29 e Gráfico 25.

**Tabela 29** – Formas pelas quais a industrialização pode afetar a qualidade de vida

	Total	%
Cheiro	20	52,63
Barulho	7	18,42
Poluição	8	21,05
Reciclagem	1	2,63
somente em grandes centros	1	2,63
somente perto das indústrias	1	2,63
Total	38	100

Fonte: autora

**Gráfico 25** – Formas pelas quais a industrialização pode afetar a qualidade de vida

Fonte: autora

Dentre os problemas sinalizados pelo maior número de moradores, situam-se o cheiro, indicado por vinte pessoas, em um percentual de 53% da amostra, e outras formas de poluição, mencionadas por oito sujeitos, perfazendo 20%, enquanto o barulho, mencionado por sete pessoas, simboliza 18% das respostas obtidas. Deste modo, percebe-se que o maior problema detectado em relação aos efeitos da industrialização na qualidade de vida da população no PIL refere-se à poluição, uma vez que o cheiro e o barulho correspondem à poluição do ar e sonora, respectivamente. Sendo assim, poderiam ser somados os três maiores indicadores obtidos, perfazendo, assim, trinta e cinco indicações, o que corresponde a 91% das trinta e oito pessoas que perceberam a influência do processo de industrialização na qualidade de vida e saúde da população.

Em complementariedade, um morador mencionou a reciclagem como consequência do processo de industrialização, enquanto outra pessoa disse

que somente em grandes centros ocorrem problemas e outra apontou a existência de problemas somente nas proximidades das indústrias.

Inferre-se, a partir da pouca expressividade das respostas obtidas que, embora tenham respondido de forma afirmativa à questão da industrialização como fator determinante de problemas à qualidade de vida da população, os moradores não desenvolveram de forma consistente suas ideias, o que pode ser considerado uma limitação à presente análise.

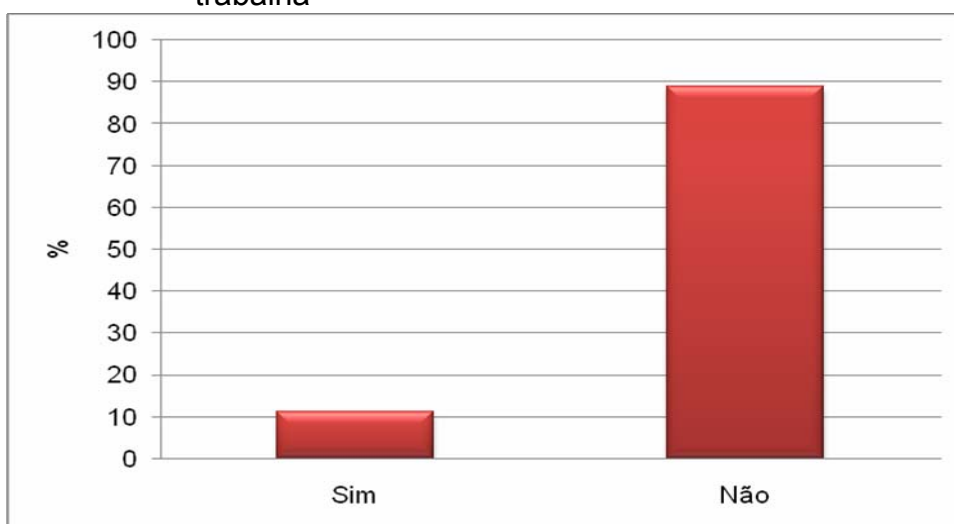
Na penúltima questão do instrumento de coleta de dados, foi solicitado que as pessoas que exercem atividades profissionais indicassem se na empresa em que trabalham são desenvolvidas ações para promoção da saúde dos funcionários. A Tabela 30 e o Gráfico 26 indicam os resultados obtidos neste sentido.

**Tabela 30** – Existência de ações de promoção da saúde na empresa que trabalha

	Total	%
Sim	2	11,11
Não	16	88,89
Total	18	100

Fonte: autora

**Gráfico 26** – Existência de ações de promoção da saúde na empresa em que trabalha



Fonte: autora

Os resultados expressos pela Tabela e Gráfico apresentados acima deixam entrever uma reduzida preocupação por parte das empresas quanto a ações de promoção da saúde, uma vez que dezesseis profissionais, representando 89%

das pessoas que trabalham, disseram não existir este tipo de estratégia na empresa em que atuam e apenas duas pessoas, perfazendo 11%, mencionaram a prática de alongamento proposto pelas empresas.

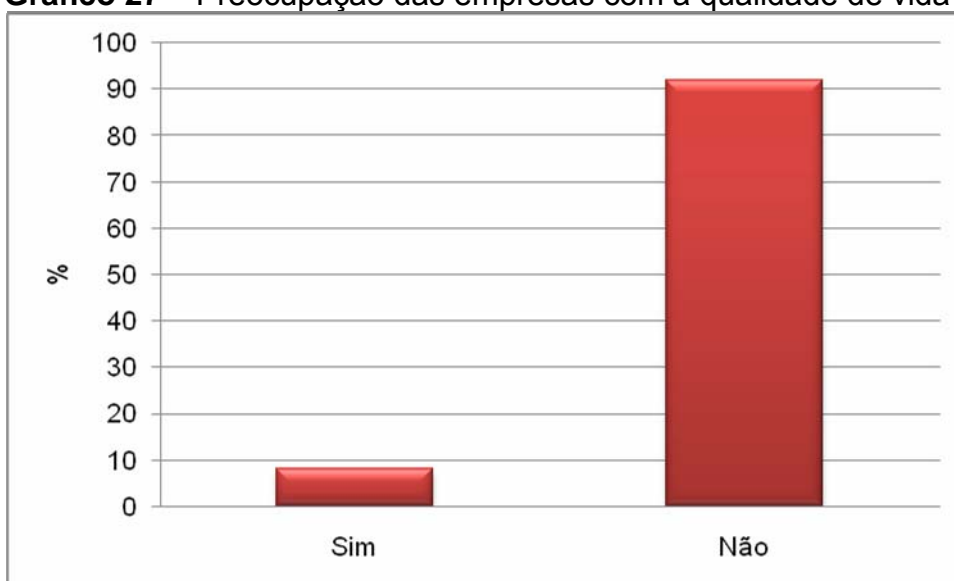
Para estender a discussão aos demais participantes da pesquisa, na última questão foi indagado se os moradores percebem a preocupação por parte das empresas em contribuir para a melhora da qualidade de vida da população do entorno do PIL. Os resultados são apresentados na Tabela 31 e Gráfico 27.

**Tabela 31 – Preocupação das empresas com a qualidade de vida da população**

	Total	%
Sim	4	8,00
Não	46	92,00
Total	50	100

Fonte: autora

**Gráfico 27 – Preocupação das empresas com a qualidade de vida da população**



Fonte: autora

Quanto ao entendimento dos moradores em relação à preocupação das empresas com a qualidade de vida da população, satisfatório, tendo em vista que quarenta e seis pessoas, sinalizando 92% da amostra, responderam de forma negativa a esta questão, enquanto apenas quatro pessoas, num percentual reduzido de 8%, declararam perceber ações que denotam a preocupação das empresas com o bem-estar da população no entorno das empresas do PIL.

Os itens mencionados por estes quatro moradores como benefícios trazidos pelas empresas para a qualidade de vida da população do bairro foram

empregos, asfalto e a presença de empresas multinacionais que ampliam a potencialidade de progresso da região.

Cabe, neste ponto, repensar a questão da identidade territorial, não contemplada em sua efetividade nas respostas obtidas junto ao grupo de moradores que participaram desta pesquisa. Quando se enfoca esta temática vislumbra-se a possibilidade de conformação da identidade territorial a partir de representações destinadas a interpretar e reconhecer fatos, valores, mitos que dizem respeito a uma experiência histórico-geográfica comum.

Comprovou-se que muitos moradores não conseguiram estabelecer as relações de permanência e mudança em relação ao território usado, o que leva a inferir que houve maior aproximação quanto às dimensões de saúde e trabalho.

Os resultados trazidos à discussão permitem apontar algumas considerações, sobretudo no tocante ao entendimento dos moradores quanto ao território usado e saúde.

No confronto entre o referencial teórico analisado e os resultados da entrevista com representante da AEPIL e com os moradores que constituíram a amostra da pesquisa de campo realizada, tornou-se possível visualizar a necessidade das empresas ampliarem algumas ações que vêm sendo desenvolvidas para melhorar as condições de qualidade de vida da população do entorno no qual se encontram instaladas, concretizando as ações de responsabilidade social demandadas pelo atual cenário organizacional.

Também sob a ótica dos resultados trazidos à tona pela entrevista com a coordenadora da UBS-Lindoia, verifica-se que as ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica em saúde podem ser ampliadas para estratégias de promoção de saúde, como nos exemplos mencionados pela entrevistada em relação à atuação da equipe do NASF, em conjunto com os profissionais da UBS.

De forma ampla, ao se encaminhar para a conclusão deste estudo, pode-se afirmar que as análises teóricas que subsidiam a presente análise corroboram a percepção de que existe uma relação direta entre território usado e saúde.

Na perspectiva pretendida, reforçou-se a emergência de condições que podem impactar a condição de vida de uma determinada população, conforme se percebeu na abordagem junto aos moradores quando opinaram sobre os reflexos da industrialização no bairro em que residem.

Da mesma forma, restou comprovado que a saúde constitui um componente essencial na determinação da qualidade de vida da população, elevando-se à condição de substrato para a própria determinação do território usado, posto que, conforme se percebeu na pesquisa realizada, muitos moradores apontaram a existência de uma UBS no bairro como principal necessidade da população local.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao nos propormos a discussão teórica e metodológica da categoria território como referencial de análise no campo da saúde, este estudo apresentou as várias concepções do território, a evolução do conceito e seu encontro com o espaço geográfico.

Da mesma forma, destacou a saúde como categoria central da análise das condições de vida da população, facilmente identificada pelos moradores como um componente essencial à conformação de parâmetros que sinalizam indicadores de qualidade.

No decorrer do estudo, quando se inseriu o território usado como outra categoria de análise, foi possível desenvolver reflexões sobre suas possíveis articulações intersetoriais, suas variadas abordagens e seus diferentes significados e aplicações no campo da saúde.

Restou comprovado que a utilização do termo território não pode ser traduzida apenas pela concepção de espaço geográfico, posto que é vital ampliar o conhecimento acerca dos processos e territorialidades de uma determinada população em torno de questões essenciais, como foi o caso deste estudo, que enfocou o território usado e a saúde em um determinado recorte espacial.

A partir do objetivo geral do estudo, que consistiu em investigar a relação entre território usado e saúde no entorno do Parque Waldemar Hauer B, em Londrina, Paraná, constatou-se que nem sempre os moradores identificam as mudanças que ocorrem em seu entorno, ou não as reconhecem como válidas para assegurar melhores condições de qualidade de vida.

Busca-se, assim, elencar algumas considerações que podem ser formuladas a partir do desenvolvimento da pesquisa bibliográfica e de campo realizada.

No que tange à promoção de saúde:

a) Os moradores dos parques das Indústrias Leves e Waldemar Hauer B consideram a saúde como componente central da manutenção de boas condições de qualidade de vida;

b) Não foram apontados elementos que permitem identificar o entendimento dos moradores participantes da pesquisa, no sentido de considerar a

saúde como resultado de um processo de acumulação social que sintetiza o meio ambiente, o estilo de vida, além dos serviços de saúde propriamente ditos;

c) Na entrevista com o presidente da AEPIL, ficou comprovado que as ações em saúde ainda não foram concretizadas, situando-se apenas no plano ideal.

Na percepção dos moradores quando à relação entre saúde e qualidade de vida, os resultados obtidos permitem afirmar que:

a) Os sujeitos da pesquisa representam a conformação de novos padrões da empregabilidade no país, já que foram encontrados elevados percentuais de aposentados e desempregados;

b) Não foi definida claramente uma identidade territorial a partir do trabalho dos sujeitos da pesquisa, dada a especificidade de poucos moradores exercerem atividades profissionais no PIL;

c) Quanto aos problemas verificados no bairro, foram mencionadas a segurança e as melhores condições de vida da população, além de problemas estruturais, como asfalto, ausência de UBS, de ciclovia e de escolas destinadas a atendimento da Educação Infantil e Ensino Fundamental;

d) Quanto à qualidade de vida, foi possível identificar as perspectivas de análise dos indivíduos em sua relação com o território usado. Embora não tenha sido possível atingir a complexidade desejada, constatou-se que no caso do Parque das Indústrias Leves e do Parque Waldemar Hauer B, encontra-se presente nos moradores a articulação entre a qualidade de vida e a questão da saúde.

A maior dificuldade de análise encontrada reside na percepção dos moradores sobre o território usado. Nesta direção, encontramos que:

a) A grande maioria dos sujeitos não soube relacionar as mudanças ocorridas no território a partir do avanço no processo de industrialização no bairro selecionado como recorte espacial do estudo;

b) Embora não tenham sido claras as repercussões na saúde e na qualidade de vida de sua população nos resultados obtidos na pesquisa junto aos moradores, a entrevista com o presidente da AEPIL deixa entrever avanços, sobretudo no que diz respeito à proposição de ações conjuntas em que empresários e moradores se mobilizem tornando possíveis realizações que podem ser consideradas conquistas para toda a coletividade.

Verificamos que o PIL representa um território privilegiado para o aprofundamento destas questões, dado a singularidade de sua formação e a expressividade de sua representação por meio da AEPIL.

Diante dos resultados obtidos nas diferentes etapas de concretização da presente pesquisa, torna-se possível propor formas de intervenção que possibilitem ações positivas de promoção de saúde a partir dos elementos já existentes no território em análise.

Deve-se ponderar, com base nas análises resultantes da pesquisa realizada, que as mudanças que se fazem urgentes e necessárias no atendimento à saúde da população somente se concretizam a partir de uma mudança de foco. Isto equivale a afirmar que é essencial investir mais na atenção básica e promoção de saúde com resolutividade, considerando o território e todos os atores sociais que o integram.

Sugere-se para futuros estudos que sejam abordados os responsáveis pelas setenta e duas empresas que formam a AEPIL, no intuito de investigar as estratégias utilizadas para minimizar os possíveis efeitos adversos oriundos do processo de industrialização e que impactam de forma negativa a qualidade de vida da população.

## REFERÊNCIAS

AEPIL. **Associação das empresas do Parque das Indústrias Leves**. Disponível em <http://aepil.com.br/previa/sobre-nos/o-inicio/> Acesso em abril, 2012.

ALBURQUERQUE, M. V. **Território usado e saúde**: respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas- SP. 2006. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J. VIEIRA, C. A. L.; **Distritos Sanitários**: Concepção e Organização. São Paulo: USP, 1998.

ALMEIDA, E. S.; Cidade/município Saudável - a questão estratégica: o compromisso político. **Saúde e Sociedade**, 6(2):71-81.1997.

BARCELLOS, C. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: BARCELLOS, Christovam; MIRANDA, Ary Carvalho de; MOREIRA, Josino Costa *et al.* (Org.) **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 43-55.

BRAGUETO, C. R. **O aglomerado urbano-industrial de Londrina**: sua constituição e sua dinâmica industrial. 2007. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90**: Avanços e Limites. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Painel de Indicadores do SUS nº 6**. Temático Promoção da saúde IV. Brasília: Organização Pan-americana da saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático**: promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.

CARDOSO, I. C. C. “Cartografias” de um debate teórico: o “espaço” e o “tempo” na dinâmica urbana do trabalho e da cidade. In: FRANCISCO, Elaine M. V.; ALMEIDA, C. C. L. de. (Org.). **Trabalho, território, cultura: novos prismas para o debate das políticas públicas.** São Paulo: Cortez, 2007. p. 33-51.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 9, n. 3, 2004, p. 669-678.

CESÁRIO, A. C. C. **Industrialização e pequenos empresários em Londrina.** Curitiba: GRAFIPAR, 1981.

CORRÊA, R. L. **Trajetórias geográficas.** 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

COSTA, A. P. **Os parques industriais do município de Londrina-PR: estudo de caso do Parque Industrial José Belinati.** 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação Geografia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2003.

COSTA, M. R. A luta pela reforma sanitária: direitos em saúde. In: ROMANO, J. O.; ATHIAS, R. ; ANTUNES, M. (Org). **Olhar crítico sobre participação e cidadania: trajetórias de organização e luta pela redemocratização da governança no Brasil.** São Paulo: Expressão Popular, 2007. p. 133-159.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.

CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. In: MERHY, E.E. *et al.* **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, p. 55-123, 2003.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.141-159.

FRESCA, T. M. **A rede urbana do norte do Paraná.** Londrina: Eduel, 2004.

GONDIM, G. M. de M. *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C. ; MIRANDA, A. C. ; MOREIRA, J. C. *et al.* (Org.). **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237-255.

GUIMARÃES, R. B. Saúde Pública na América Latina: questões de Geografia política. In: LEMOS, Amalia I.G. de; SILVEIRA, M. L.; ARROYO, M. (Org.). **Questões territoriais na América Latina**. Buenos Aires: CLACSO; São Paulo: USP, 2006. p. 249-260.

HAESBAERT, R. **O Mito da Desterritorialização: do "Fim dos Territórios" à Multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

\_\_\_\_\_. **Território e multiterritorialidade: um debate**. I Seminário Nacional sobre Múltiplas Territorialidades, promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFRGS, Curso de Geografia da ULBRA e AGB-Porto Alegre, set. 2004.

HAESBAERT, R.; LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e outras coisas**. N° 2(4), VOL. 1, 15 de agosto de 2007.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico. 1935-2000**. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) Acesso em maio, 2011.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) Acesso em maio, 2011.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) Acesso em maio, 2011.

IGLESIAS, A. *et. al.* Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). **Psicologia: Teoria e Prática**, 11(1), 2009, p. 110-127.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

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

LACOSTE, Y. **A Geografia – isso serve, em primeiro lugar, para fazer a guerra**. 5.ed. Campinas - SP: Papirus, 1988.

LIMA, J. C.; SILVEIRA, Y. M. S. C. da. Território e saúde: um enfoque geográfico. I **Simpósio internacional sobre território e promoção da saúde**. Uberlândia, 2012.

LONDRINA. **Plano Municipal de Saúde – 2010-2013**. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Perfil do Município de Londrina – 2011 (ano – base 2010)**. Londrina: Secretaria Municipal de Planejamento, 2011.

MEDEIROS, R. M. V. Território, espaço de identidade. In: SAQUET, M. A. ; SPOSITO, E. S. (Org.). **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular: UNESP. Programa de Pós Graduação em Geografia, 2009. p. 217–227.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MONKEN, M. *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: BARCELLOS, C. ; MIRANDA, A. C. ; MOREIRA, J. C. *et al.* (Org.) **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 23-41.

MONKEN, M. ; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. 21 [3], 2005, p. 898-906.

OLIVEIRA, E. L. **Divisão do trabalho e circuitos da economia urbana**. Londrina: Eduel, 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Indústria, Comércio e do Desenvolvimento Econômico. **Programa Paraná Mais Empregos: incentivos fiscais do Paraná**. Curitiba: SEID, jun. 1995.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

ROJAS, L. I. Salud y bienestar humano en La Geografía de América Latina. In: LEMOS, A. I.G. ; SILVEIRA, M. L.; ARROYO, M. (Org.). **Questões territoriais na América Latina**. Buenos Aires: CLACSO; São Paulo: USP, 2006. p. 227-248

SACK, R.D. **Human Territoriality**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTOS, M. **O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

\_\_\_\_\_. **Espaço e método**. São Paulo: Hucitec, 1985.

\_\_\_\_\_. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teórico e metodológico da Geografia**. São Paulo: Hucitec, 1988.

\_\_\_\_\_. **Por uma economia política da cidade**. São Paulo: Hucitec-Educ, 1994.

\_\_\_\_\_. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. O horror não dura eternamente: o mundo, o Brasil & a globalização. **Rumos**, n.137, p.4-9, jun. 1997.

\_\_\_\_\_. Território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, Rio de Janeiro, 1999. Ano XIII, n.2, p.15-26.

\_\_\_\_\_. **O espaço do cidadão**. 5. ed. São Paulo: Studio Nobel, 2000.

\_\_\_\_\_. **O dinheiro e o Território**. Território, Territórios. Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal Fluminense/ Associação dos Geógrafos Brasileiros. Niterói, 2002.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L.. **Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SAQUET, M. A. Por uma abordagem territorial. In: SAQUET, Marcos Aurelio; SPOSITO, E. S. (Org.). **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular: UNESP. Programa de Pós Graduação em Geografia, 2009. p. 73–94.

SILVA, T. M. G. V. *et. al.* Papel modulador de territórios na estratégia saúde da família. **I Simpósio internacional sobre território e promoção da saúde**. Uberlândia, 2012.

SOUZA, M. L. de. O território: sobre espaço e poder. Autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, p.77-116.

\_\_\_\_\_. “Território” da divergência (e da confusão): em torno das imprecisas fronteiras de um conceito fundamental. In: SAQUET, Marcos Aurelio; SPOSITO, Eliseu Savério (Org.). **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular: UNESP. Programa de Pós Graduação em Geografia, 2009. p. 57–72.

SOUZA, M. Adelia A. Uso de território e saúde: Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. Campinas: IPES. 2004. Vol. 2.

\_\_\_\_\_. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E. *et al.* (Org.). **Geografia: Conceitos e Temas**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

SPOSITO, M. E. As cidades médias e os contextos econômicos contemporâneos. In: **Urbanização e Cidades. Perspectivas Geográficas**. São Paulo: Gasper/EDUSP, 2001. p. 609-643.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

## Roteiro de entrevista com representante da AEPIL

Programa de Mestrado em Geografia - Universidade Estadual de Londrina-UEL

**TERRITÓRIO USADO, SAÚDE E TRABALHO NO PARQUE DAS INDÚSTRIAS  
LEVES DE LONDRINA-PARANÁ**

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Roberto Bragueto

Aluna: Grasieli Martins Aliano de Moura

1. Histórico do Parque das Indústrias Leves (como surgiu a ideia do Parque, se foi iniciativa da prefeitura ou dos empresários, se houve participação do governo estadual em algum aspecto, quais foram as lideranças mais importantes da época (políticas e empresariais).
2. Houve alterações na conformação atual do parque, e se houve quais foram e a que atribui esta situação?
3. Histórico da AEPIL (como surgiu, ações desenvolvidas).
4. Número de empresas: \_\_\_\_\_
5. Predominância:  
( ) serviços ( ) comércio ( ) indústria
6. Problemas verificados no bairro, se existe preocupação por parte das empresas com os problemas do bairro e de que forma.
7. Existe preocupação específica com a promoção da saúde e qualidade de vida da população? Em caso positivo, como é manifestada?
8. A AEPIL ou a população local tem voz ativa/poder de articulação junto ao poder municipal? Em caso positivo, mencionar exemplos de situações em que isto se concretizou:
9. Ações futuras da AEPIL para melhoria das condições do bairro (projetos em andamento ou em fase de elaboração, anseios da população ainda não concretizados)

## APÊNDICE B

## Instrumento de coleta de dados para os moradores

Este questionário faz parte de uma pesquisa relacionada ao Mestrado em Geografia da Universidade Estadual de Londrina e tem como objetivo avaliar a relação entre território usado, saúde e trabalho no âmbito de um bairro industrial de Londrina.

Agradecemos sua colaboração.

## PERFIL DO ENTREVISTADO

**1. Sexo:**

- Masculino
- Feminino

**2. Faixa Etária:**

- 18 a 25 anos
- 26 a 35 anos
- 36 a 45 anos
- acima de 45 anos

**3. Estado civil:**

- solteiro
- casado
- separado
- viúvo
- outro

**4. Escolaridade:**

- 1º Grau incompleto
- 1º Grau completo
- 2º Grau incompleto
- 2º Grau completo
- 3º Grau incompleto
- 3º Grau completo

**5. Bairro em que reside?**

- Parque das Indústrias Leves
- Parque Waldemar Hauer B

**6. Há quanto tempo ? \_\_\_\_\_**

## COMPOSIÇÃO FAMILIAR

**7. Número de pessoas da família**

- Uma a três pessoas
- Quatro a seis pessoas
- Sete a nove pessoas
- Mais de nove pessoas

**8. Renda mensal familiar**

- Até um salário-mínimo
- Um a dois salários-mínimos
- Três a quatro salários-mínimos
- Cinco a seis salários-mínimos
- Mais de seis salários-mínimos

**9. Número de pessoas que contribuem para a renda familiar**

- Uma
- Duas
- Três
- Quatro
- Mais de quatro

**10. Das pessoas que contribuem para a renda familiar, quantas trabalham no Parque das Indústrias Leves?**

- Nenhuma
- Uma
- Dois
- Três
- Mais de três

## TERRITORIO

**11. Desde que veio morar na região do Parque das Indústrias Leves, você observou mudanças no seu entorno?**

- Sim, algumas
- Sim, muitas
- Não percebi mudanças

**12. Em caso positivo, de que espécie foram as mudanças ocorridas?**

- Aumento da oferta de empregos
- Mais atenção à saúde
- Mais qualidade na educação
- Outras. Quais? \_\_\_\_\_

**13. O que você gostaria que melhorasse no bairro em que mora?**

- Maior número de empresas
- Mais escolas
- Melhor atendimento à saúde
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

**14. O que você acha que a Prefeitura poderia fazer para tornar o ambiente mais saudável?**

- Investir mais em saneamento básico (água e esgoto)
- Arborização de praças e ruas dos bairros
- Formação de hortas e pomares comunitários
- Locais para lazer (academias ao ar livre, ciclovia, parques, etc.)
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

## TRABALHO

**15. Situação profissional atual:**

- Desempregado
- Aposentado
- Empregado com carteira assinada
- Empregado sem registro em carteira
- Autônomo
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**16. Estando empregado, indique a ocupação exercida:** \_\_\_\_\_

**17. Bairro em que trabalha?**

- Centro
- Parque das Indústrias Leves
- Jardim Ideal
- Jardim Itaipu
- Parque Waldemar Hauer B
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**18. Como você avalia a oferta de trabalho no Parque das Indústrias Leves?**

- satisfatória
- insatisfatória
- não tenho opinião a respeito

**SAÚDE E TRABALHO**

**19. Possui plano de saúde?**

- sim
- não

**20. Com que frequência você ou sua família utilizam os serviços da UBS?**

- não utiliza
- raramente
- semanalmente
- mensalmente

**CASO NÃO UTILIZE OS SERVIÇOS DA UNIDADE DE SAÚDE, RESPONDA A PARTIR DA QUESTÃO 23**

**21. Por quais motivos você procura a UBS de seu bairro?**

- Consulta médica
- Vacinação
- Verificar pressão arterial
- Colher exames
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**22. Como você avalia o atendimento da UBS?**

- Ruim
- Regular
- Bom
- Ótimo

**23. A unidade de saúde desenvolve campanhas de prevenção da saúde da população?**

- Não sei dizer
- Não

Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**24. Possui alguma doença crônica (diabetes, hipertensão arterial, alcoolismo, tabagismo etc)?**

- Sim
- Não

**25. Em caso positivo, qual?** \_\_\_\_\_

**26. O que você considera importante para uma boa qualidade de vida?**

---

---

---

**27. Você acredita que o processo de industrialização pode afetar a qualidade de vida e a saúde da população?**

- Sim
- Não

**28. Em caso positivo, de quais formas isto pode ocorrer?** \_\_\_\_\_

---

---

**29. Na empresa em que trabalha são desenvolvidas ações para promoção da saúde dos funcionários?**

- sim
- não

**30. Em caso positivo, quais as ações?** \_\_\_\_\_

---

---

**31. Você percebe a preocupação por parte das empresas em contribuir para a melhora da qualidade de vida da população do PIL?**

- sim
- não

**32. Em caso positivo, comente?** \_\_\_\_\_

---

---