



## Cidade saudável: o diagnóstico do território urbano por meio dos determinantes sociais de saúde: o caso Maracanaú

*Healthy city: the diagnosis of the urban territory through the social determinants of health: Maracanaú case*

Rochelle de Arruda Moura<sup>1\*</sup>, Karla Patrícia Martins Ferreira<sup>2</sup>, Cyntia de Freitas Melo Lins<sup>3</sup>, Timothy J Finan<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Terapeuta Ocupacional da Prefeitura de Maracanaú (CE), Brasil. <sup>2</sup> Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPG) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza (CE), Brasil. <sup>3</sup> Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPG) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza (CE), Brasil. <sup>4</sup> Docente da Universidade de Arizona, Tucson, Estados Unidos da América.

\*Autor correspondente: Rochelle de Arruda Moura - E-mail: rochellearruda@yahoo.com.br

### RESUMO

Compreender o território urbano por meio da análise dos Determinantes Sociais de Saúde (DSSs) como pressupostos para a estruturação de uma Agenda de Cidade Saudável. Esta pesquisa se caracterizou como um levantamento documental por meio das leis, plano diretor e relatórios de gestão da cidade de Maracanaú e nos cadernos de informação em saúde do governo. A análise se deu pela leitura e identificação do que versava sobre os DSSs, utilizando-se a análise de conteúdo. Os resultados trouxeram duas categorias de análise que estruturaram um diagnóstico do território, mapeando as fragilidades encontradas no que diz respeito aos DSSs analisados como crescimento demográfico, taxa de mortalidade, violência urbana, dentre outros. Acredita-se que o diagnóstico do território realizado por meio dos DSSs possibilitou identificar os pontos interventivos que possam ser utilizados para a preparação de uma agenda de cidade saudável.

Palavras-chave: Cidade saudável. Determinante social de saúde. Território urbano.

### ABSTRACT

To understand the urban territory through the analysis of Social Determinants of Health (SDOH) as a prerequisite for structuring a Healthy City Project. This research was characterized as a documentary survey through the Laws, Master Plan and Management Reports of the City of Maracanaú and in the Government Health Information Notebooks. The analysis took place through the reading and identification of what was about the SDOH, using Content Analysis. The results brought two categories of analysis that structured a diagnosis of the area, mapping the weaknesses found with regard to the SDOH analyzed, such as: population growth, mortality rate, urban violence, among others. It is believed that the diagnosis of the area carried out through the SDOH made it possible to identify the intervention points that can be used for the preparation of a Healthy City Project.

Keywords: Healthy city. Social determinant of health. Urban territory.

Recebido em novembro 12, 2019

Aceito em Setembro 25, 2020

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas as cidades brasileiras se tornaram palco dos grandes centros culturais e produtivos, servindo de molas propulsoras para o desenvolvimento humano e social, ao mesmo tempo que surgiram as problemáticas demográficas, ambientais, sociais e econômicas acentuadas pelo modo de organização e produção global. Neste cenário dicotômico, as iniquidades e desigualdades são alvos de preocupações em todas as áreas da gestão pública, observando que só um bom planejamento urbano pode ser capaz de construir “novos” modelos de desenvolvimentos e intervenções, que possibilitem melhores condições de saúde, ampliando o bem-estar que deve ser ponto primordial das políticas públicas.

Nessa perspectiva, desde a década de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou a promoção de conferências internacionais com o objetivo de estimular as práticas de hábitos promotores de saúde, fundamentando as políticas públicas<sup>1</sup> Como consequência, foi criado o programa de cidades saudáveis<sup>2</sup>, tendo em vista que o custo de cidades não saudáveis é pago pelos serviços sociais e de saúde, companhias de seguros e pela sociedade como um todo. Em contrapartida, as cidades saudáveis podem fazer economias significativas nos serviços e aumentar a produtividade local<sup>3</sup>. O foco central do programa deve ser maximizar o desenvolvimento humano para todos os moradores de uma cidade; colocar a saúde e o desenvolvimento humano no centro da tomada de decisões urbanas, com atenção especial à redução das desigualdades na saúde<sup>4</sup>. Assim, a cidade saudável é considerada uma estratégia internacional, proposta pela OMS para alavancar a saúde e o desenvolvimento sustentável a longo prazo, articulando ações que estimulem o bem-estar da população de um determinado território<sup>2</sup>.

Dessa forma, utilizou-se no presente trabalho a análise dos Determinantes Sociais de Saúde – DSSs – como pressuposto para a compreensão do território urbano e estruturação de uma agenda de cidade saudável, tendo em vista que as consequências ao longo prazo, de como se planeja e projeta os

ambientes urbanos, pode moldar até 80% da saúde de qualquer comunidade por sua influência nos DSSs<sup>4-5</sup>.

Os DSSs, conforme a definição da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), são os fatores sociais, econômicos, culturais, éticos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco para a população<sup>5</sup>. Já a OMS afirma que os DSSs são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham<sup>2</sup>, aqui compreendidos como a distribuição desigual em três pontos: 1- materiais como habitação, alimentação, trabalho, saneamento e outros; 2 - fatores psicossociais e comportamentais; e 3 - fatores biológicos<sup>5-6-7</sup>. Para isso, utilizou-se o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) como base referencial<sup>6-7</sup>. O modelo Dahlgren; Whitehead organiza o entendimento dos DSSs em três camadas: a primeira é a nuclear – refere-se ao indivíduo com as suas características biológicas que exercem influência sobre a saúde. Na segunda camada está o estilo de vida, que também é capaz de influenciar as condições de saúde do sujeito pela tomada de algumas decisões. E na terceira camada encontram-se as redes sociais e comunitárias que destacam o nível de apoio e empoderamento de uma comunidade. Por fim, (4ª camada) encontram-se as condições de vida e de trabalho com a visão dos pontos do diagnóstico do território, sendo exatamente o foco da investigação<sup>5-6</sup>.

Em razão desta fundamentação, temos a hipótese que o estudo dos DSSs pode facilitar o diagnóstico do território da cidade, levando à melhor compreensão da territorialidade e apropriação o que caracteriza o primeiro passo para a implantação de uma agenda de cidade saudável. Para aprofundamento dos conceitos de territorialidade e apropriação, utilizou-se a psicologia ambiental por ser a área da psicologia dedicada aos estudos das inter-relações pessoa / ambiente<sup>8-9</sup>. A PA deixa evidente então que a territorialidade é um padrão de conduta da pessoa ou grupo que pode ser intencional ou não, em relação à apropriação e posse de um lugar<sup>10-11</sup>, carregada da multiplicidade de fatores sejam eles pessoais, socioculturais ou contextuais, permitindo compreender as interações sociais e a apropriação

do entorno físico<sup>8-9</sup>. E é a partir da apropriação que a formação da territorialidade inicia o processo de produção de um espaço para se viver e expressar as suas socialidades<sup>10</sup>. Pelo controle do acesso, as fronteiras físicas e subjetivas, realizadas pela comunidade, edificam práticas promotoras de saúde.

Pelo exposto, selecionaram-se fatores da inter-relação pessoa / ambiente x DSSs, sendo balizadores para a construção de uma agenda de cidade saudável: a caracterização geográfica; as condições econômicas; o crescimento demográfico; os indicadores de mortalidade por causa infantil e as arboviroses. Assim, o objetivo desse artigo foi compreender o território urbano através da análise dos DSSs como pressuposto para a estruturação de uma agenda de cidade saudável.

## METODOLOGIA

### DELIMITAÇÃO DO ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de uma pesquisa documental de corte transversal realizada por meio de análise secundária de dados da pesquisa intitulada “Os Caminhos de uma Cidade Saudável: uma Experiência em Maracanaú”. Esta pesquisa está de acordo com os princípios éticos contidos na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIOR) sob nº 3.152.503.

### CAMPO EMPÍRICO

A cidade selecionada foi Maracanaú, região metropolitana de Fortaleza (CE), é conhecida por ter em seu território o maior polo industrial do Ceará, o que lhe garante a importância econômica no Estado. Seu processo de urbanização ocorreu com a implantação do polo industrial juntamente com a construção de vários conjuntos habitacionais no início da década de 80. A união desses dois fatores (polo industrial e conjuntos habitacionais) fez da cidade uma atração pela oportunidade de emprego e casa própria. Segundo dados obtidos no Perfil Básico

Municipal – PBM – sua população atinge atualmente o índice de 223.188 habitantes, perdendo para Fortaleza, capital do Estado, que possui 2.627.482 e para Caucaia, região metropolitana de Fortaleza, com 362.223 habitantes.

### COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu na seguinte ordem cronológica: lei nº555/1997, lei nº1.945/2012, Lei Orgânica do Município (2016), Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM), perfil básico de Maracanaú (2016 e 2017), plano plurianual de 2014-2017, Relatório de Gestão Municipal (2017 e 2018) das secretarias de saúde, assistência social e caderno de informação em saúde do governo Ceará (2017).

O acesso às leis e ao plano plurianual foram realizados pelo site ([www.maracanau.ce.gov.br/](http://www.maracanau.ce.gov.br/)) do município. O IDM e o perfil básico da cidade foram acessados através do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) pelo site <https://www.ipece.ce.gov.br/>. Os relatórios de gestão municipal das secretarias foram obtidos em formato PDF após solicitação via ofício para cada secretaria. Por fim, o caderno de informação em saúde (2017) estava disponibilizado no site <https://www.saude.ce.gov.br/> do governo do Estado do Ceará.

### ANÁLISE DOS DADOS

De posse dos documentos, realizou-se a leitura minuciosa para a identificação do que versava sobre os DSSs. Foram escolhidos para o diagnóstico do território os seguintes DSSs: caracterização geográfica, condições econômicas e crescimento demográfico, por permitir o entendimento das características do território; das condições de bem-estar e as condições de ofertas públicas de saúde, educação, lazer, moradia, dentre outras, o que entrava em sintonia com o modelo de Dahlgren; Whitehead<sup>7</sup>. Ainda foram selecionados os indicadores de mortalidade por causa, mortalidade infantil e arboviroses, que estavam disponibilizados no relatório de gestão da secretaria de saúde (2017) e no caderno de informação à saúde

(2017), do que possibilitou a descrição das condições de saúde da população; a investigação epidemiológica e a avaliação de intervenções de saneamento; aspectos que estão intimamente relacionadas à territorialidade, envolvendo fatores socioculturais, econômicos.

Utilizou-se o Excel para tabular os dados na organização das variáveis (crescimento demográfico; mortalidade por causa, mortalidade infantil e arboviroses), e para o restante dos documentos, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardim<sup>12</sup> obtendo duas categorias: 1- caracterização geográfica, econômica e demográfica e; 2- indicadores de saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a implantação de uma agenda de cidade saudável é necessária uma gestão participativa acoplada ao empoderamento popular, planejando assim as estratégias promotoras de saúde<sup>13-14</sup>. Alguns passos são fundamentais para organização deste projeto sendo esses: relatório das condições de saúde da cidade; ações através da criação de alianças e parcerias; desenvolvimento das capacidades comunitárias, participação comunitária, política pública saudável<sup>3-4-14</sup>.

Tomando por base essas informações o diagnóstico do território torna-se o primeiro passo para compreensão das condições de saúde de uma cidade. Para a realização dessa compreensão é necessário o entendimento da inter-relação pessoa/ ambiente utilizando-se como suporte teórico a Psicologia Ambiental (PA).

[...] estuda a pessoa no seu contexto físico e social no intuito desembaraçar a lógica das inter-relação entre a pessoa e seu ambiente, pondo e evidência as percepções, atitudes, avaliações e representações ambientais de uma parte, e da outra, os comportamentos e condutas que acompanham<sup>(8:582)</sup>.

Dentro desta perspectiva da inter-relação pessoa/ambiente que “ações de promoção da saúde no território” se estruturam. O conhecimento da gestão pública das reais demandas do território

urbano ocorre com o diagnóstico do território que pode ser definido através da territorialidade<sup>5</sup>. Porém, na prática da territorialidade executada pela gestão pública, é evidenciada a divisão territorial estabelecida em critérios administrativos, que não caracteriza o território, não facilita o entendimento das potencialidades e fragilidades da comunidade e não possibilita o empoderamento territorial coletivo.

### CATEGORIA 01 - CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA, ECONÔMICA E DEMOGRÁFICA DO TERRITÓRIO URBANO

A cidade de Maracanaú possui extensão territorial de 105 km<sup>2</sup>, estando a 22 km de distância da capital cearense, pertencendo à região metropolitana de Fortaleza (RMF) que é composta pelos seguintes municípios: Aquiraz, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiuba, Horizonte, Itaitinga, Maranguape, Maracanaú, Pacajus, Pacatuba e São Gonçalo do Amarante. Em 2018, ocorreram modificações nos limites territoriais, após a assinatura do Termo de Ajuste de Divisas do Projeto Atlas de Divisas Georreferenciadas dos Municípios Cearenses e a publicação da lei de número 16.821 de 09 de janeiro de 2019. Os municípios ainda estão em processo de adaptação com as divisões das ruas e das responsabilidades com os equipamentos públicos.

Segundo o Perfil Básico Municipal, economicamente a cidade apresenta a segunda maior arrecadação do Estado do Ceará, classificação que lhe foi concedida em razão do importante Parque Industrial que garante cerca de 50% de toda a produção econômica cearense. Esse fato lhe fez alcançar a sétima posição nacional das melhores cidades para negócios do Brasil (Relatório de Gestão Municipal da Saúde, 2017).

Ainda foi por demanda do Parque Industrial que a cidade teve, nos últimos 20 anos, elevadas taxas de crescimento demográfico e a aceleração do processo de urbanização, subindo de 99,31% em 2010 para 99% em 2018 –. Essa taxa de crescimento, em curto espaço de tempo, trouxe problemas estruturais à cidade como ocupação desordenada do solo com

aumento de áreas de invasões; áreas descobertas por serviços básicos, centralização de equipamentos da saúde, violência, dentre outros (Relatório de Gestão Municipal da Saúde, 2017). Aspectos comuns gerados não pela velocidade da urbanização, mas pela forma não planejada que ocorreu a ocupação do solo, geram situações insustentáveis para o Poder Público e a coletividade<sup>15</sup>. O processo acelerado e não planejado de urbanização pelo qual as cidades vêm passando em nível mundial tem sido indicado como um dos vetores mais importantes na produção das iniquidades em saúde, associadas ao incremento da pobreza e da falta de oferta de serviços adequados às necessidades emergentes de uma população que se apresenta mais vulnerável e exposta às más condições do ambiente físico e social<sup>15-16</sup>.

Essas informações corroboram o entendimento de que o território urbano é delimitado pelas leis e acordos das gestões públicas sem nenhuma consulta e intervenção comunitária. Percebe-se uma política vertical que não levou em consideração os aspectos da inter-relação pessoa-ambiente. Essa conduta é antagônica à premissa da Agenda de Cidade Saudável que tem como uma de suas estratégias o desenvolvimento e a participação das comunidades nos processos decisórios<sup>2-3</sup>. Com a participação comunitária é possível que a comunidade seja reconhecida pelo ordenamento do seu território e das suas práticas de apropriação dos lugares e da utilização dos bens e serviços<sup>4-11</sup>.

Um bom exemplo das fragilidades geradas no território pelas políticas verticalizadas é o crescimento demográfico desordenado associado à má distribuição de renda, o que pode ser exemplificado ao observar os dados quantitativos de famílias (Quadro 01) que vivem em condições de pobreza na cidade. A pobreza é caracterizada por renda insuficiente para o alcance dos bens e serviços essenciais que permitem a sobrevivência das pessoas<sup>17</sup>. O aumento da pobreza é diretamente proporcional ao crescimento da desigualdade que ocorre com a crescente distribuição inadequada de renda, juntamente com a precarização de políticas públicas sociais<sup>17</sup>. O acelerado crescimento demográfico gerado pelo processo de urbanização

é inversamente proporcional ao planejamento urbano, sendo negado o acesso a bens e aos serviços a uma parte da população que automaticamente empobrece<sup>6-18-19</sup>.

**Quadro 1.** Quantitativo de famílias X situação de pobreza

Número de Famílias	Renda Familiar	Situação de Pobreza
10.735	75,00 reais	Extrema pobreza
8.867	145,00 reais	Pobreza

Fonte: Organizada pela autora

Em Maracanaú os dados permitem a observação de que a soma do quantitativo de famílias obtém-se um total de 19.602 que estão dentro do perfil do recebimento do Programa Bolsa-Família. Mas, conforme o cadastro, encontram-se 18.796 beneficiadas, verificando que 806 não recebem o benefício (Relatório de Gestão Municipal das Secretarias de Saúde e Assistência, 2017/2018). Interessante observar esta discrepância, pois a cidade tem o segundo lugar de arrecadação do Estado do Ceará, sétimo lugar nacional de cidade dos negócios, boa classificação de IDM em 2016, porém com alto índice de desigualdade social expressadas na distribuição de renda. Realidade esta que não é privilégio da região, mas uma tendência brasileira, porque,

[...] apesar dos investimentos feitos na última década para promover o emprego e a melhoria da renda (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), o país registra ainda imensa desigualdade social expressa na forma de ocupação dos espaços, no acesso aos recursos naturais e na distribuição de renda. Tais disparidades se refletem entre as regiões, estados e até em uma mesma cidade<sup>18-19</sup>.

As disparidades socioeconômicas do território<sup>19</sup> afirmam que a velocidade do processo de urbanização não é em si o disparador das problemáticas no território, mas os processos de ocupação e exploração de maneira insustentável, desassistidas de políticas públicas horizontais que ponderem as construções irregulares, os empreendimentos

especulativos das grandes imobiliárias, as carências de bens e serviços às camadas menos favorecidas. “a distribuição e o movimento das pessoas são de certa forma, ditados por uma macroestrutura social de poder que determina “o lugar certo para a pessoa certa”<sup>19:229</sup>.

Outro ponto de análise da caracterização geográfica, econômica e demográfica do território urbano foi a oferta de serviços e apoio para a população idosa. No ano de 2017, o município alcançou o total de 15.960 idosos, dos quais 9.013 eram do sexo feminino e 6.947 do sexo masculino. Conforme relatórios de gestão, há ofertas de atendimentos específicos para os idosos no Centro de Convivência dos Idosos, nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), e atividades físicas realizadas pelo Corpo de Bombeiros.

Os relatórios mostraram ações promotoras de saúde destinadas à população idosa através de grupo de atividades físicas realizados pelos Bombeiros com parceria da Secretária de Saúde, grupos de socialização realizados no Equipamento de Saúde Centro dos Idosos e Grupos de idosos realizados nos Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), porém, notou-se que os dados se limitam a quantificar estas ações de “saúde”, “assistência”, mas não são abordadas práticas que promovam autonomia dos idosos nos seus territórios. A carência desses relatos e a abundância de dados estatísticos nos relatórios pontuam mais uma vez que o planejamento de ações para o território não é dialógico. Nenhum documento relatou como esse idoso utiliza as vias públicas e os meios de transporte, quais atividades ofertadas

nos seus bairros, a relação com suas moradias e vizinhança, pontos fundamentais da apropriação do território que possibilita o envelhecimento ativo, a fim de construir uma cidade saudável.

A OMS considera o envelhecimento ativo como um processo de vida moldado por vários fatores que, isoladamente ou em conjunto, favorecem a saúde, a participação e a segurança de idosos<sup>20</sup>. Compreendemos que o ato de elaborar estratégias na cidade que promovam saúde aos idosos facilita o bem-estar, empoderamento e territorialização de toda a comunidade, pois uma cidade que articula saúde aos idosos tem alcance para todos os públicos<sup>1-21</sup>.

#### CATEGORIA 02- INDICADORES DE SAÚDE

Os DSSs analisados nesta categoria foram a mortalidade por causa, a mortalidade infantil e arboviroses. O Indicador Mortalidade por Causa é calculado pelo número de óbitos pela causa específica, expresso por 100 mil habitantes, ocorridos em um determinado território e período. Esse indicador estima o risco de uma pessoa morrer por determinada causa, sendo utilizado pelas políticas públicas para classificar as causas de óbito e suas frequências e embasar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde com objetivo de reduzir o número de óbitos por grupos específicos<sup>22</sup>.

O indicador “mortalidade por causa” da cidade de Maracanaú segue a tendência mundial, conforme observa-se na Figura 1:

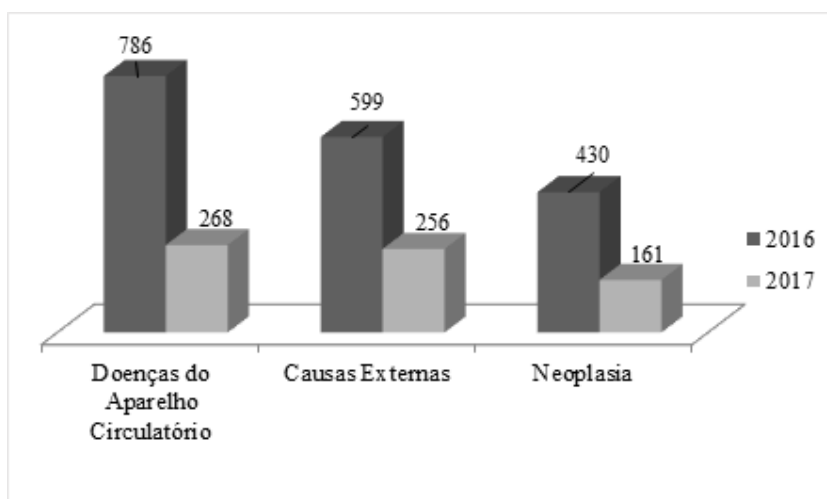


Figura 1. Mortalidade por causa em Maracanaú (2016 – 2017)

Fonte: Elaborada pela autora

A doença cardiovascular é considerada multifatorial, tendo origem em fatores biológicos, sociais, econômicos, psicológicos, demográficos e ambientais. Hábitos não condizentes com um estilo de vida saudável, baixa adesão a tratamentos e barreiras no acesso aos sistemas de saúde são as causas mais importantes da enfermidade<sup>23</sup>.

A primeira causa de óbitos de Maracanaú é as doenças cardiovasculares que foram justificadas pelos seguintes índices: no ano de 2018, o quantitativo de hipertensos chegou a – 30.459 –, seguidos por diabéticos – 12.333 – e obesos – 510, dados que apontam para uma população com patologias de risco que podem desencadear as doenças cardiovasculares (Relatório de Gestão Municipal de Saúde, 2017/2018). Esta incidência pode ser alterada através dos fatores modificáveis da doença – tabagismo, sedentarismo, alimentação, dentre outros – que são diretamente influenciadas pelas inter-relação pessoa/ambiente. Mas em nenhum relatório foram evidenciadas ações contínuas no território direcionadas à promoção de saúde para hipertensos e diabéticos. Este dado também faz acreditar que existe uma dificuldade da comunidade em apropriar-se dos espaços públicos.

A capacidade de apropriação humana dos espaços deve facilitar a aderência de hábitos mais saudáveis que possam ser efetivos na baixa desse indicador. Os hábitos de atividades físicas nos parques e praças das cidades são atitudes de empoderamento territorial coletivo viáveis para proporcionar bem-estar e melhores condições de saúde para a comunidade<sup>24</sup>. Dessa forma, talvez seja interessante perceber que quanto maior a apropriação das pessoas na cidade, melhor a capacidade de assumir mudanças no estilo de vida, pois a apropriação só é realizada, se as condições territoriais permitem à pessoa identificar-se com a comunidade em sua totalidade<sup>8</sup>.

A segunda taxa de mortalidade por causa apontada no município foi por “causa externa”. Estão inclusos nesse indicador os óbitos por homicídio, por acidentes de trânsito e por suicídio. No território analisado, a causa externa de maior incidência foi o homicídio com taxa de 145,7 assassinatos para cada 100 mil habitantes em 2017, o que fez de Maracanaú

a cidade mais violenta do país. Nos documentos analisados não foram encontrados dados da distribuição dos óbitos por bairros/comunidades, o que dificultou avaliar se a violência urbana está diferentemente atribuída a territórios específicos. Também não tem descrita nenhuma ação direcionada à prevenção da violência urbana em nenhum equipamento da saúde e assistência.

A violência urbana pode ser explicada pelo processo de urbanização que vem gerando um acelerado crescimento demográfico, sem o devido planejamento, fazendo com que não ocorra a devida proporcionalidade das demandas de emprego, moradia, acesso a bens e serviços, prejudicando as condições de bem-estar e saúde das pessoas<sup>25</sup>. A análise da violência urbana não pode ser realizada apenas pela incidência de pessoas atingidas, pois a complexidade do fenômeno na contemporaneidade está também associada à faceta do crime organizado, interferindo no território e instalando um poder paralelo ao Estado. A violência urbana se relaciona então às condições sociais de vida das populações e às precariedades de acesso às políticas públicas<sup>26</sup>.

Compreende-se que o óbito por homicídio é a última consequência da violência urbana. O fenômeno de ‘des-individualização’ pode explicar a elevação das taxas, já que não ocorre inibição dos atos criminosos em razão do fator de anonimato. Além da falta de atenção com outro e indiferença mútua, gerando forte sentimento de medo e impotência na comunidade,<sup>8</sup> estes fatos tornam a cidade esvaziada, com muito mais utilização de automóveis, muros altos e pouca apropriação dos espaços públicos.

O segundo indicador analisado foi a “mortalidade infantil” que é conceituada como o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos em determinado espaço geográfico e ano<sup>27</sup>. Os índices do território analisado estão explicitados na Figura 2.

Ao observarmos a linha do tempo contida na Figura 2, evidencia-se que se teve um aumento da Taxa de Mortalidade Infantil de 2016 para 2017. Os óbitos infantis devem ser preocupação constante da gestão municipal, pois estão mais propensos a

determinantes sociais do que os ocorridos na idade adulta.

Maracanaú, no ano de 2017, teve uma taxa de mortalidade infantil de 10,7 que representou o quantitativo de 90 óbitos. Deste índice, temos 62 óbitos evitáveis que são classificados como ocorrências em razão de alguma falha à assistência à

gestante ou ao recém-nascido. Nenhum relatório da gestão municipal expõe esse dado, mas na tabulação dos dados da Secretaria de Saúde do Município com a Secretaria de Saúde do Estado, encontraram-se divergências nas informações. Também não são relatados os motivos dos óbitos evitáveis.

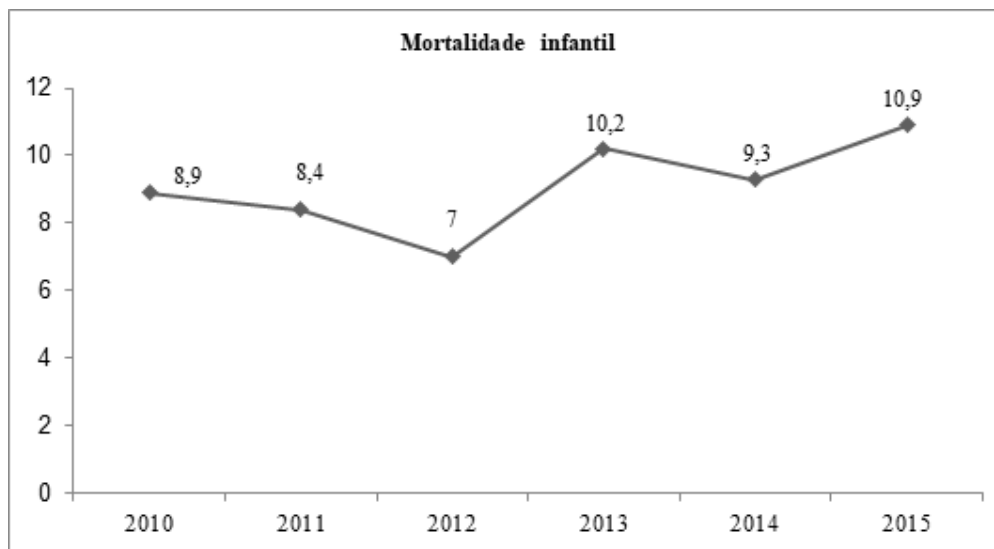


Figura 2. Mortalidade infantil em Maracanaú (2000 – 2017)

Fonte: Elaborada pela autora

Nos relatórios do município encontramos ações descritas para este público; pela Atenção Básica são realizadas consultas de pré-natal, grupos de gestantes, acompanhamento da puérpera e recém-nascido e puericultura. Na atenção terciária temos o Hospital da Mulher que realiza, em média, 300 partos por mês, sendo o índice de cesárea menor que 40%. Não são claros nos relatórios os óbitos infantis por bairros, o que impossibilita a análise dos dados distribuídos no espaço geográfico e a identificação de áreas prioritárias para as intervenções em saúde<sup>27</sup>. Mais uma vez a análise documental prova que a construção dos dados epidemiológicos de Maracanaú é subutilizada pela gestão, que deixa transparecer apenas a preocupação com o preenchimento de sistemas, mas que efetivamente não compreende as demandas da comunidade e os processos reais de territorialização da cidade.

Outro dado epidemiológico avaliado foi o número de casos confirmados das arboviroses. As

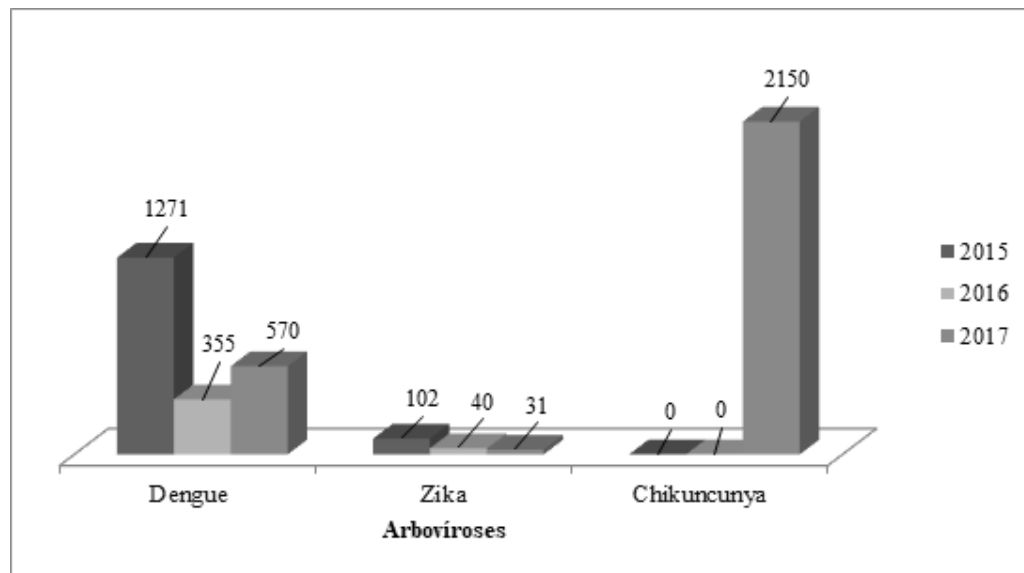
doenças infecciosas são consideradas zoonóticas, ou seja, são mantidas na natureza em ciclo que envolve um vetor e um animal silvestre.

O crescimento desordenado das cidades, acompanhado da poluição de rios e formação de valas, disponibiliza sítios de oviposição artificiais para a proliferação e disseminação dos mosquitos, principalmente o *Ae.aegypti*. As mudanças climáticas também atuam positivamente na proliferação dos mosquitos vetores. A maior frequência de chuvas que vem sendo observada em alguns locais acarreta no acúmulo de água em mais recipientes, aumentando a oferta de criadouros, naturais ou artificiais, para as fêmeas dos mosquitos depositarem seus ovos. Em contrapartida, o período de seca em determinadas regiões obriga as pessoas a armazenarem água em tonéis ou em outros depósitos artificiais, que servem de criadouros para a proliferação e aumento da população dos vetores<sup>28,5</sup>.



A urbanização com as modificações no ambiente causadas por ações antrópicas, tornam as doenças infecciosas sinantrópicas – vetor causador e homem. Nos últimos dez anos, o Brasil vem

aumentando a incidência das arboviroses – transmitida por mosquitos vetores – no território analisado vamos demonstrar a dengue, zika e chikuncunha (Figura 3)<sup>27-28</sup>.



**Figura 3.** Incidências de casos de arboviroses entre 2015 e 2017 em Maracanaú.

Fonte: Elaborada pela autora

Na observação do gráfico evidencia-se o quantitativo de casos confirmados de arboviroses nos anos 2015, 2016 e 2017, sendo que no ano de 2015 o mais agravante foi a dengue e em 2017 a chikuncunha. Conforme Relatório de Gestão Municipal da Saúde, 2017, a Atenção Básica realiza ações de educação e saúde sobre o tema com a população, como também os agentes de saúde e agentes de endemias realizam visitas domiciliares para orientação e descobertas de criadouros do mosquito.

Esta incidência possibilitou a seguinte reflexão sobre o diagnóstico do território. Nota-se que a comunidade não está apropriada suficientemente do seu território e que as práticas educativas realizadas pelos equipamentos não estão sendo resolutivas e didáticas para o alcance do objetivo de diminuir a proliferação do mosquito. Esse fenômeno nos sugere que é necessário tornar a comunidade participativa e capacitada no processo de controle do mosquito.

Para que isso aconteça, a comunidade deve se apropriar da sua rua, bairro e cidade. Apropriar-se aqui compreendido como o exercício do “domínio”

sobre o espaço sendo através desse que a relação pessoa/ambiente pode fazer com que o ser humano se projete no espaço e o modifique, criando um lugar seu. Quando estamos um lugar que consideramos nossa a possibilidade de identificação com o lugar aumenta e as ações de cuidado se tornam mais resolutivas, permitindo ações de empoderamento em relação aos cuidados em saúde com o entorno.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico do território realizado através dos DSSs possibilitou identificar os primeiros pontos interventivos para a efetivação de uma Agenda de Cidade Saudável em Maracanaú. A análise documental mostrou uma cidade com excelente cobertura de Unidades Básicas de Saúde, Rede de Assistência Social, variadas ações de educação e saúde, porém chamou atenção que nenhum documento evidenciou a participação comunitária no processo de planejamento das ações. As ações em

saúde são planejadas e executadas pela gestão sem o devido entendimento das demandas do território, gerando ações igualitárias para todos os bairros o que não proporciona resolutividade. Essas ações ficam no plano de estratégias biomédicas, sanitárias e medicamentosas que dificultam a apropriação da comunidade sobre o seu entorno, trazendo a percepção de que o cuidado com a cidade é missão apenas da gestão.

A Agenda Cidade saudável se estrutura em um modelo inverso ao que foi encontrado, a carência da participação popular pode ser exemplificada em quase todos os dados analisados, sendo a problemática que urgentemente precisa ser dialogada. É necessário ao poder público permitir e incentivar que a comunidade narre suas dificuldades e reflitam sobre elas em busca de soluções. O planejamento não deve ser estabelecido apenas por critérios administrativos sem levar em consideração a realidade local com os seus devidos parâmetros sociais, epidemiológicos, culturais etc. Mas que se construa através de parcerias entre o poder público e a comunidade, fomentando uma cultura de bem-estar através das teias comunitárias, reorganização dos serviços de saúde, dentre outros.

A presente pesquisa não está isenta de limitações. Uma primeira limitação refere-se às divergências de dados dos relatórios das secretarias do município e do Estado, a falta de mapeamento dos dados por bairro, dificultando o diagnóstico do território com peculiaridades microespaciais. O que limitou um estudo aprofundado de áreas da cidade com maior ou menor vulnerabilidades sociais, que poderiam dar acesso a um planejamento de cidade saudável, mas eficaz. Reforça-se, contudo, que não é o propósito deste artigo generalizar os resultados, mas explorar essa realidade.

Uma segunda limitação refere-se ao tipo de escrita nos relatórios analisados com tabulações apenas de dados quantitativos, não mencionando descrições metodológicas e operacionais de ações realizadas nos territórios. O que deixa dúvidas se a aplicabilidade dessas ações ocorre em parceria com a comunidade. Sugere-se assim um aprofundamento com realização de pesquisas que possam analisar

a percepção da comunidade em relação às ações de saúde na cidade, com amostras representativas, para avaliação das fragilidades e potencialidade do território urbano, com fim de uma Agenda de Cidade Saudável.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva; 2010.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Vinte pasos para formular un proyecto de ciudades sanas. Washington; 1995.
3. Hancock T. Creating healthy cities and communities. CMAJ: Canadian Medical Association journal; journal de l'Association medicale canadienne, 2018 190(7):E206.
4. Prokofyeva AV, Lebedeva-Nesevrya NA. Creation of health-oriented city space as a way to manage population health risk. Analiz riska zdorov'í u, 2018;(3):144-55
5. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus Determinantes Sociais. Physis: Revista. Saúde Coletiva, 2007;7(1):77-93
6. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. Saúde em Debate. 2017;41(112): 63-76.
7. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
8. Moser G. Introdução a psicologia ambiental: indivíduo e ambiente. Alínea; 2018.
9. Altman L. The environment and social behavior: Privacy, territoriality, crowding and personal space. Monterey, CA: Brooks-Cole; 1975.
10. Gifford R. Environmental psychology, principles and practice. Boston: Allyn & Bacon; 1987.
11. Higuchi MIG, Theodorovits IJ. Territorialidade. In: Cavalcante S, Elali GA. (org.) Psicologia Ambiental: conceitos para a leitura da relação pessoa-ambiente, Petrópolis, RJ: Vozes; 2018. 228-36.

12. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. SP: Edições 70; 2011
13. OPAS. *El Movimiento de municipios saludables: una estrategia para la Promoción de la Salud en América Latina*. 1996; 96(14).
14. Sperandio AMG, Moreira RN, Bernardino F. Conexões entre o planejamento urbano e a Cidade Saudável. *Rev. Labor e Engenho*. 2018; 12(4):482-94.
15. Dimenstein M. Urbanização, modos de vida e produção da saúde na cidade. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 2020;10(1):61-73.
16. Santos M. *A urbanização brasileira*. São Paulo: Hucitec; 1993.
17. Santos FP, Silva DR. Desigualdades, pobreza e os desafios para a efetivação das políticas públicas no Brasil. XVI Seminário Internacional de demandas sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporâneas; 2019.
18. Barbosa MSM, Lima KSCL, Friede RR, Miranda MG. A relação entre a pobreza e a degradação ambiental no Brasil sob a ótica dos indicadores, PIB/IDH. *Revista Semioses*. 2015; 9(1):17-35.
19. Dias OÉ. et al. A Urbanização Enquanto uma estrutura produtora de (des) igualdades socioespaciais e consciência crítica. *Revista Geográfica Acadêmica*. 2019; 13(1):116-27.
20. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Guia Global: Cidade amiga do idoso*; 2015.
21. Rodrigues R, Martins E. Envelhecimento ativo e Cidade amiga das pessoas idosas. Atlas do ecUI & D. V Encontro Científico da Unidade de investigação & Desenvolvimento do SLA Santarion; 2019.
22. Lima JS, Santos GCS, Rodrigues RSS. Morbidade e mortalidade por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequadas em Belém Pará. *Rev. Ciência e Sustentabilidade – CeS*. 2018; 4(2):115-32.
23. Martins SM. Morte por câncer e doença cardiovascular entre dois Brasis. *Arq. Bras. Cardiol.* [online], 2020; 114(2).
24. Siczko AB, Vivan AT. Todos os sujeitos ocupam um lugar no espaço urbano: a cidade de Parana-  
guá para todos?. *Revista Ciência é minha praia*, 2020; 8(1):36-48.
25. Ferreira MAS, Gonçalves ABR, Lucena ML. Paz e Crime organizado na Agenda 2030: o papel da organização dos estados americanos. *Revista Latinoamericana Estudios de la Paz y el Conflicto*. 2020; 1(1):74-96.
26. Benício LFS, Barros JPP. Estratégia saúde da família a violência urbana: abordagens e prática sociais em questão. *Revista SANARE, Sobral*, 2017; 16(1):102-12.
27. Carvalho RAS, Santos VS, Melo CM, Gurgel RQ, Oliveira CCC. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*. 2015;49(1):1-9.
28. Camara TNL. *Arboviroses emergenciais e novos desafios para a saúde pública no Brasil*, 2016. *Revista de Saúde Pública*. 2016.
29. Oliveira ED, Santos, CB, Geremias MCP, Sampaio SS. A urbanização enquanto uma estrutura produtora de (des)igualdades socioespaciais e consciência crítica. *Revista de Geografia Acadêmica*. 2019; 13(1)..