

Determinantes Sociais da Saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem

The Social Determinants of Health inside and outside the household: capturing a new approach

Kelen Gomes Ribeiro¹, Luiz Odorico Monteiro de Andrade^{1,2}, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto^{1,2}, Sheila Pires Raquel³, Toa Leonor Munoz¹, Cardoza Santos¹

DOI: 10.1590/2358-289820241408590P

RESUMO Este artigo teve como objetivo compreender os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), em área periférica de uma capital brasileira, sob a perspectiva de atores sociais e políticos da região. Baseou-se na abordagem qualitativa, com 45 participantes, entre trabalhadores do setor saúde; de sede administrativa regional; vereadores, líderes religiosos e representantes de entidades organizadas do Grande Bom Jardim, Fortaleza (CE). Utilizou-se de análise documental, de grupo focal e de entrevista semiestruturada. Realizou-se análise de conteúdo, englobando as categorias dos DSS e os temas gerais 'dentro e fora de casa', analisados com base nas representações sociais. As mudanças positivas se evidenciaram no tema 'dentro das casas' dos moradores: alimentação, melhorias advindas de benefícios da política de assistência social, aumento do abastecimento de água e de energia elétrica. No tema 'fora das casas', a influência negativa na saúde destacou-se com baixo índice de cobertura de saneamento básico, insuficiência na oferta de transporte público e insegurança. Propõe-se a inclusão de temas sobre segurança, energia elétrica, mobilidade urbana, assistência social e saneamento básico para subsidiar novos estudos sobre determinação social e elaboração de medidas que contribuam para a promoção da saúde e equidade social nos territórios urbanos.

PALAVRAS-CHAVE Determinantes Sociais da Saúde. Políticas públicas. Território sociocultural. Promoção da saúde.

ABSTRACT *The aim was to understand the Social Determinants of Health (SDH) in the outskirts of a Brazilian capital, from the perspective of social and political actors in the region. It was based on the qualitative methodological approach, with 45 participants including health workers of the regional administrative headquarter, councilors, religious leaders, and representatives of organized entities from Grande Bom Jardim – Fortaleza (CE). We used document analysis, focus group, and semi-structured interview. The content analysis was carried out, encompassing the SDH categories and the general themes 'inside the household' and 'outside the household', analyzed based on social representations. In the results, the positive changes were evident on the theme 'inside the household' of residents: nourishment, improvements resulting from benefits of social assistance policies, an increase in water and electricity supply. On the theme 'outside the household', the negative influence on health was evidenced by the low level of basic sanitation coverage, insufficient supply of public transport, and insecurity. It is proposed to include the themes of security, electricity, urban mobility, social assistance, and basic sanitation to support new studies on social determination and the development of measures that contribute to the promotion of health and social equity in urban territories.*

KEYWORDS *Social Determinants of Health. Public policies. Sociocultural territory. Health promotion.*

¹Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.
kelengomesr@ufc.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Fortaleza (CE), Brasil.

³Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.



Introdução

Os determinantes sociais são considerados importantes preditores de saúde de indivíduos e populações^{1,2}. No Brasil, foram incorporados na Constituição Federal de 1988, quando se reconheceu que a saúde tem como condicionantes e determinantes: moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais³.

O social se impõe nas práticas cotidianas, na perspectiva de produção do cuidado. As determinações sociais dizem sobre o modo de viver das pessoas, com reflexo direto no processo saúde-doença. É preciso reconhecer as condições diferenciadas de vida, perpassando esse cuidado. Por isso, o território é fundamental, pois, ao mesmo tempo que se organiza a atenção primária, é, também, solo de economia, política, cultura e simbolismos. No entanto, na tensão da austeridade financeira, os investimentos vão mais para a estrutura dos sistemas de saúde e menos para a dimensão social, que está na base do cuidado⁴.

A maioria das doenças acontece devido às condições econômicas e sociais em que as pessoas vivem^{5,6}. Assim, é preciso olhar para as relações entre a saúde e as condições de vida, que se articulam com o ambiente e as potencialidades de desenvolvimento sustentável. Propôs-se, dessa forma, a análise dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) dentro da perspectiva do movimento dos municípios e comunidades saudáveis, com o anseio de compreender processos políticos e promover planejamento para a saúde, visando superar as iniquidades em saúde e a pobreza urbana, com enfoque de ação baseada nos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde⁷.

Privilegiou-se o estudo das condições de vida da população de um território⁸ da região Nordeste, tendo como base o modelo de DSS de Dahlgren e Whitehead⁹. Tal modelo se destaca como importante ferramenta para a compreensão dos DSS a partir da distribuição em camadas que caracterizam os determinantes proximais, intermediários e distais, conforme a *figura 1*.

Figura 1. Modelo de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren-Whitehead



Fonte: Dahlgren e Whitehead⁹⁽¹¹⁾.

Buscou-se identificar elementos dentro e fora da casa dos indivíduos, que se relacionam com sua saúde, sendo a casa entendida, a partir da perspectiva de Da Matta¹⁰, como um lugar crucial para a interpretação da sociedade, com destaque para a relação casa-rua como conceito inclusivo e básico da vida social. No sentido literal e simbólico, a casa traz raízes dos indivíduos, é ‘constituída de pessoas das mesmas substâncias e tendências’, mas também de um povo que, nesse caso, é o brasileiro morador de grandes centros urbanos.

Abordaram-se as políticas e os programas que se relacionam diretamente com os determinantes sociais estudados. Considerou-se que incrementar o conhecimento sobre o território e a dinâmica social pode servir de subsídio para a implementação dessas políticas públicas e de fomento para ações coletivas que levem à promoção da saúde e à sustentabilidade no território, o que, conseqüentemente, trabalha na contribuição com as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, o presente trabalho teve por objetivo compreender os DSS em área periférica de uma capital brasileira na perspectiva de atores sociais e políticos da região.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa¹¹. É parte integrante de uma tese de doutorado sobre os DSS¹², que considerou uma perspectiva história de 1990 a 2015, no território do Grande Bom Jardim (GBJ), região do município de Fortaleza-CE, constituída por cinco bairros: Bom Jardim, Canindezinho, Granja Lisboa, Granja Portugal e Siqueira¹³, representando 8,3% da população fortalezense¹⁴. Além disso, apresenta concentração dos indicadores sociais e econômicos que apontam para vulnerabilidade social, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,19, estando quatro bairros do GBJ entre os dez de Fortaleza com o maior percentual de pessoas na extrema pobreza¹⁵.

Os participantes foram 45 adultos no contexto de atuação social e política no GBJ, conforme a *tabela 1*, representados por nomes fictícios. Não houve delimitação prévia do número de participantes¹¹, a partir da ideia de que a ‘amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto’, mas com definição do critério de aproximação com a região (moradia ou trabalho), pelo menos, desde a década de 1990.

Tabela 1. Participantes da pesquisa, por local de vinculação ao GBJ

Local de vinculação do participante ao GBJ	Nº de participantes
Líderes religiosos	06
Saúde - sede da regional	02
Sine - sede da regional	01
Educação - sede da regional	01
Centros de Saúde da Família	10
Infraestrutura - sede da regional	02
Serviço Social - sede da regional	01
Meio Ambiente - sede da regional	02
Centro de Atenção Psicossocial - Caps	01
Centro de Referência de Assistência Social	01
Representantes entidades organizadas do GBJ	15
Núcleo do Território da Paz - sede da regional	01
Câmara dos Vereadores - eleitos com apoio do GBJ	02
Total	45

Fonte: elaboração própria.

Foram localizados trabalhadores da sede administrativa e das unidades de saúde, com vivência na região, no mínimo, a partir dos anos 1990: líderes religiosos católicos, evangélicos, de matizes afrodescendentes e da doutrina espírita; vereadores eleitos com apoio expressivo dos moradores do GBJ; representantes das entidades organizadas, associações comunitárias e Organizações Não Governamentais (ONG), selecionadas com o critério de conhecida atuação por parte da comunidade, nos 5 bairros do GBJ, fundadas entre 1980 e 2000. Trabalhou-se com a Rede de Desenvolvimento Sustentável do GBJ (Rede DLIS), que congrega 36 entidades comunitárias, em que 15 delas participaram do estudo, com representação dos 5 bairros.

Os dados foram obtidos por entrevista semi-estruturada, análise documental e grupo focal, nomeado de ‘Grupo Focal do GBJ’ (GFGBJ). Os participantes foram convidados para conversar sobre a história das políticas públicas no GBJ, nas décadas de 1990 a 2000. Pediu-se uma fala geral sobre as políticas públicas implementadas no GBJ no período estudado e, em seguida: quais as políticas públicas que não eram priorizadas e passaram a ser? Há políticas que não avançaram? Se sim, por quais motivos? Depois, apresentou-se o modelo de DSS e perguntou-se o que chamou a atenção dos participantes na relação do modelo com o contexto do GBJ. Além disso, foi feita análise documental com dados secundários disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir dos censos de 2000 e de 2010, e de material das políticas públicas disponibilizados nas unidades administrativas da região.

Foi utilizado o método de análise de conteúdo¹⁶ por meio da técnica de Análise Temática e auxílio do *software* ATLAS.ti 5.2. Foram construídas categorias iniciais a partir do modelo de DSS adotado e de outras categorias que emergiram do estudo dos dados, como assistência social, segurança e mobilidade urbana. As categorias, por sua vez, foram organizadas

nos temas ‘dentro de casa’ e ‘fora de casa’, embasadas no referencial das Representações Sociais^{17,18}, a fim de propiciar uma melhor compreensão espacial sobre os DSS que mais influenciaram na saúde.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com o número de parecer 518.711 e Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) número 26276413.7.0000.5054.

Resultados e discussão

Determinantes Sociais da Saúde evidenciados dentro de casa

A representação dos DSS, evidenciados dentro da casa, destacou a alimentação, os benefícios da assistência social, o fornecimento de água e de energia elétrica como capazes de repercutir na saúde da população.

ASSISTÊNCIA SOCIAL: COLOCA OS MENINOS NA ESCOLA

Os trabalhadores do Centro de Referência da Assistência Social (Cras) acompanharam famílias em situação de vulnerabilidade e evidenciaram características marcantes da população do GBJ, como desemprego dos responsáveis pelo domicílio e existência de ‘bicos’, número muito baixo de trabalhadores com carteira assinada, benefício do Programa Bolsa Família (PBF) como a única certeza da família, altos índices de adolescentes grávidas e de crianças e adolescentes sem querer ir à escola. A representação dos participantes aponta o PBF como influenciador positivo na vida da população do GBJ.

Eu não vejo mais crianças desnutridas, anjos morrendo [...] então o que é que significa? Que com a política do bolsa família, por quantas críticas possa receber, mudou a configuração da população pobre

do Brasil. Mudou a vida aqui. Se tu não morre de fome, aí tu tem a possibilidade de encontrar um caminho. (ROMILDA, representante de entidade organizada).

A redução da desnutrição é uma melhoria constatada como ganho do PBF, e é preciso superá-la para ter condições de construir outras possibilidades de vida. A alimentação deficiente tem impacto direto na altura das crianças, por exemplo, e o programa contribuiu para reduzir em 51% a baixa estatura das crianças no Brasil. De acordo com o Mapa da Fome¹⁹, o País reduziu em 82% a população considerada em situação de subalimentação entre 2002 e 2013. Esse dado é muito relevante, especialmente porque, na ordem econômica neoliberal, a alimentação como condição de vida, estranhamente, não compõe a essência do sistema alimentar, o que se torna mais controverso no contexto atual de aumento das desigualdades sociais²⁰.

Além dessas mudanças, foram observadas outras nos setores da educação e da saúde, devido às condicionalidades do PBF, com mudanças quanto à realização de consultas de pré-natal e a garantia da presença dos filhos na escola.

O Bolsa Família ajuda na frequência escolar, que quando num tinha, 'ah, pode dormir aí até dez e meia', 'eu num vou pro colégio hoje não', e com o Bolsa Família não [...] então coloca os meninos pra escola, nem que seja à força. (LUCIANA, trabalhadora do SUS).

Foram citados avanços no campo da assistência social, como a criação de casas de apoio para mulheres vítimas de violência doméstica; casas de abrigo para pessoas em situação de rua; acompanhamento das famílias que receberam moradia dos programas habitacionais, o que propiciou a melhoria na convivência e na segurança dos moradores; a criação e o fortalecimento de conselhos tutelares, garantindo maior proteção à criança.

ALIMENTAÇÃO: MUDANÇA DO OVO PARA A GALINHA

Os participantes abordaram distintos hábitos alimentares na região. Há pessoas que têm escolaridade e poder aquisitivo mais altos, além de alimentação baseada em frutas, verduras e com a presença da carne, destacada como elemento de privilégio. Há aqueles que viveram a escassez de alimentos, que vivem mais afastados dos serviços públicos como saúde e educação, e que tiveram algumas melhorias em suas condições alimentares.

No segundo grupo, há influência de estratégias governamentais que propiciaram o aumento da renda do morador e a consequente mudança alimentar, que simbolicamente é registrada como a 'mudança do ovo para a galinha':

Agora, eu vou na casa de uma pessoa que eu visitava antes, eles comiam assim um ovo, uma coisa, mas agora não, ele já pode comprar um frango. (LUCAS, trabalhador do SUS).

Os dados estão em consonância com o relatório sobre segurança alimentar da Food and Agriculture Organization (FAO)²¹, no qual o Brasil é colocado como um país que saiu do mapa mundial da fome, dentro do período deste estudo. Tem-se o acesso como condição central para essa melhoria, que se dá mediante a renda elevada com geração de empregos formais, o aumento do salário mínimo e da rede de proteção social. Infelizmente, dos 166 países analisados pela FAO entre 2019 e 2021, 118 entraram no Mapa da Fome, em que o País voltou a constar, ocupando o 94^o no *ranking*²². O chamado para reverter esse quadro traz o imperativo para novos arranjos de produção, distribuição, consumo e acesso aos alimentos, que aproximem produtores e consumidores, campo e cidade, gerando vantagens econômicas e ganhos sociais²³.

Houve progressos relativos ao acesso, tanto no que toca à oferta de alimentos na região como às condições financeiras dos moradores.

Contudo, os alimentos preferidos têm baixo teor nutricional.

Aqui o pessoal tem preconceito em relação a alguns alimentos, como ovo e sardinha, acredita? Diz que é comida de pobre. Mas bota chilitos e o recheado, que todo mundo quer: criança, adulto, tudim. (CONCEIÇÃO, trabalhadora da assistência social).

Esses aspectos precisam ser considerados no aperfeiçoamento de políticas públicas voltadas para a alimentação, no sentido de propor melhorias na questão nutricional e em suas relações com os demais fatores da vida, de forma a garantir vidas saudáveis e a contribuir para melhoria dos que, na contemporaneidade, estão entre os principais desafios para os seres humanos, como as pandemias de obesidade e desnutrição. Com as mudanças climáticas, essas pandemias impulsionam a Sindemia Global, que requer ações sinérgicas para alcance da saúde do planeta, em um entrelaçar de bem-estar humano e dos ambientes naturais²⁴, que solicitam elementos palpáveis para construção de territórios sustentáveis e saudáveis.

Trata-se de repensar as políticas públicas, considerando a possibilidade de viver e sonhar um futuro ancestral²⁵, a partir dos modos tradicionais de cultivo dos povos originários e quilombolas, como a ‘roça crioula’. Propõe-se uma perspectiva de produção agrícola que respeita os rios e outros entes da natureza, sem utilização de agrotóxicos. No contexto urbano, implica a valorização de hortas comunitárias, com a utilização de sementes crioulas²⁶ e a ressignificação do trabalho local.

Infraestrutura domiciliar: ainda há lugares onde falta água todo dia e a energia elétrica é no gato

A chegada de água tratada e da energia elétrica no GBJ ocorreu a partir de muitas reivindicações da população. Os relatos mostram que as pessoas passaram a ter água encanada no início da década de 1990. Pelos censos do IBGE^{14,27}, a rede geral de água do GBJ teve

valores acima da média nacional, o que faz os participantes da pesquisa afirmarem que “*Eu acho que nós temos pouco problema com a oferta de água*” (GFGBJ).

No GBJ, é visível a progressão dessa cobertura, que passou de 91,61% para 98,17% de acordo com os censos demográficos^{14,27}. Encontra-se relação entre esses dados e entre o conceito de promoção da saúde, baseado nos determinantes sociais, que se alinham com princípios dos direitos humanos²⁸.

Os dados do IBGE¹⁴ apontam também a quase totalidade dos domicílios particulares permanentes do GBJ (99,4%) abastecida com energia elétrica, o que demonstra grande avanço nessa área. Os participantes enfatizaram as melhorias históricas quanto a esse tema geral, mas que há algumas dificuldades para o abastecimento de água e de energia.

Na Granja Lisboa, falta água todo dia. É pouca pressão e a água não chega. É muito difícil viver assim, juntar água também pode ser adoecedor: mosquito da dengue, é estresse de ficar juntando água em balde pra garantir um banho quando você chega cansado, enfim, em muitos sentidos. (VIVIANE, trabalhadora da educação).

Nós temos problema, algumas áreas que não se liga energia elétrica. Por exemplo, tem uma parte do Marrocos que a galera é no gato, não chega, dentro de casa tem, mas num tem no oficial. (GFGBJ).

Vê-se, portanto, que a representação social é de melhoria na infraestrutura domiciliar do GBJ quanto ao abastecimento de água e de energia, o que é muito significativo na perspectiva das bases da Teoria da Representação Social (TRS) pelo fato de que as concepções são advindas da vida diária, da troca cotidiana da vida social e comunicativa²⁹. No entanto, em alguns casos, a baixa renda das famílias não propicia o pagamento nem mesmo do valor mínimo do serviço de energia, de água e esgoto, o que leva a refletir sobre a efetividade de políticas públicas diante das condições de vida de moradores desse território.

Determinantes Sociais da Saúde evidenciados fora de casa

Mostra-se a representação social dos DSS evidenciados fora de casa, que emergiram neste estudo como categorias com grande influência na saúde da população do território estudado: atividade física, saneamento básico, mobilidade urbana e segurança.

ATIVIDADE FÍSICA: NÃO TEM ESPAÇO PARA JOGAR BOLA

A atividade física é reconhecida como fator de proteção para a saúde, mas o sedentarismo chama atenção em vários países³⁰. Entre as práticas de atividade física, a representação mais significativa foi o futebol, com alterações no período estudado. Na década de 1990, existia um grande número de campos de várzea que facilitava o jogo de futebol e a socialização dos moradores. Isso mudou com o aumento da construção de moradias, com a consequente diminuição dos terrenos e com o aumento da violência urbana.

Nós temos um campo de futebol público pros cinco bairros do GBJ, que é lá no final da Granja Lisboa, o resto não tem onde jogar bola e você sabe que a juventude gosta de bola [...] e dá briga, porque não tem espaço público! Os nossos menino pra jogar bola, cada um tem que levar dois reais, porque os campo é particular [...] Aí, nós não tem lazer pra juventude! (GFGBJ).

Existe um fato reaal que é a droga, é o assalto né, a facilidade do adolescente de ter armas é muito comum você ver. Às vezes no próprio campo, né? [...] Os meninos vão e colocam a arma lá embaixo de um pneu e fazem o seu jogo né, mas em algum momento pode ter uma briga e, de repente, alguém de outra rua que não pode passar ali [...] você fica com cuidado. (VANESSA, trabalhadora do Caps).

Essas falas são representativas da insatisfação dos moradores do GBJ quanto a esse tema. A redução da prática do futebol, em espaços

públicos e como uma atividade recreativa, é constatada em todo o Brasil³¹, e isso se torna uma dificuldade para a maioria dos jovens do GBJ, onde a renda familiar de mais de 50% dos domicílios não ultrapassa um salário mínimo.

Esses elementos evidenciam a redução da atividade física em si e de espaços promotores de saúde, o que deve ser observado com muita atenção dentro de uma perspectiva da construção de territórios saudáveis. É preciso ficar atento a esses modos de vida e às forças políticas que se conectam e se materializam na produção do jovem contemporâneo, objetivando-o a partir de territórios de vulnerabilizações e de violências que os envolvem³².

SANEAMENTO BÁSICO: É FEIA A SITUAÇÃO

As condições de saneamento básico são um dos principais determinantes nos índices de agravos à saúde humana, principalmente no tocante a doenças infectocontagiosas por veiculação hídrica³³. A diminuição da propagação de diversas doenças contagiosas está relacionada, em grande parte, com o acesso ao esgotamento, importante componente do saneamento básico. Os participantes trouxeram a compreensão de que

[...] saneamento básico é muito importante também porque tem tudo a ver com a saúde das pessoas, questão de rato, barata, insetos que transmitem muita doença e acaba, em muitos locais aqui, acontecendo de não ter o saneamento e tem mais doença. (RICARDO, vereador).

Os dados do GBJ retratam uma realidade brasileira de insuficiência quanto ao saneamento básico, com apenas 29,4% de cobertura dos domicílios pela rede geral ou pluvial¹⁴. Em dados nacionais, o IBGE traz ainda que 15,1% das crianças brasileiras, na faixa de zero a 4 anos de idade, vivem em áreas em que o esgoto corre a céu aberto. Dentre as regiões do País, destacam-se a Norte e a Nordeste, com 32% e 26% dos domicílios, respectivamente, apresentando esgoto em seu entorno.

Os participantes apresentaram exemplos de comunidades do GBJ onde as pessoas precisam desenvolver estratégias para ter condições de sair de casa.

[...] a mulher pra sair de casa, ela botou uma tábua da casa dela até lá na outra ponta, é fora de sério, é feia a situação! Então, não tem como a gente pensar em outras políticas públicas se não começa pela infraestrutura, como é que a gente fala de saúde, o que adianta a gente ir pro posto de saúde, se no caminho já vai adoecendo e quando volta adoecer do mesmo jeito? (GFGBJ).

A representação social é sobre a necessidade de aumento do percentual de esgotamento sanitário como forma de promover a saúde, o que coaduna com o sexto Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), no contexto em que esse desenvolvimento está colocado como uma das maiores metas mundiais das últimas décadas³⁴.

Diante disso, ressaltaram as associações mais diretas entre o aparecimento de doenças e as condições ambientais.

[...] Por que nós temos uma população muito grande acometida por essas doenças? A gente tem postos aqui que são campeões na cidade inteira de tuberculose e hanseníase [...] e a gente não faz essa associação [com ausência de esgotamento, grifos nossos], ou às doenças respiratórias, ou às verminoses, enfim, todo esse conjunto de coisas. (MARIA, representante de entidade organizada).

Além disso, a ausência de banheiros em grande quantidade de domicílios, na década de 1990, foi outro ponto comentado do contexto do GBJ como elemento adoecedor. Eles também informaram sobre os banheiros incompletos nos anos 2000: “[...] considero que 60% da nossa população não tem banheiro pronto, se tem um aparelho sanitário, falta descarga, por exemplo” (RAIMUNDO, líder religioso). Esses elementos apontam para condições ainda muito precárias de higiene, falta de cuidado com o meio ambiente e riscos para a saúde da população.

MOBILIDADE URBANA: TRANSPORTE QUE CANSA MAIS QUE O TRABALHO

O tema do transporte tem relação direta com o direito de ir e vir³, por meio da facilitação da locomoção. Apesar de não ser direito fundamental, o transporte público é indispensável para garantir o acesso do cidadão a vários direitos estatuídos como fundamentais, como saúde, educação e trabalho³⁵. Por esse motivo, ele foi incluído neste estudo como integrante do estilo de vida.

O transporte coletivo viabiliza o crescimento das cidades, organizando e condicionando a ocupação dos espaços urbanos. No caso de Fortaleza-CE, há evidências da falta de priorização das gestões quanto a alguns tipos de transporte público. Um deles é o metrô, cujo primeiro consórcio para construção de linhas já data de quatro décadas³⁶, mas que ainda não funciona dentro do previsto.

Como representação, os meios de transporte particular figuraram no desejo de consumo dos moradores, por isso a grande densidade de tráfego nos grandes centros urbanos. Isso afeta a saúde de milhares de pessoas pelo aumento dos agentes poluentes, pelos fatores estressores de lidar com muito tempo para locomoção e pela inatividade corporal.

A literatura traz o transporte ativo como uma maneira muito eficaz de incorporar a atividade física à vida diária, com caminhadas ou bicicleta/skate, e aumento dos níveis gerais de atividade física³⁷. Foram explicitados questionamentos sobre a forma de movimentação das pessoas, com apontamentos para a construção de ciclovias como forma de produzir saúde na cidade:

Construir vias com ciclovias, ciclofaixas, e dizer da importância pra saúde e mesmo pra mobilidade [...] nós temos gente que vai de bicicleta pros trabalhos, uns porque gosta por causa do tempo, mas outros é porque economiza também o dinheiro do ônibus! Isso faz diferença. (MATEUS, trabalhador do setor de meio ambiente).

São diferenças como essas que precisam ser valorizadas, pois ainda há insuficiência mesmo no modal rodoviário, que é o mais trabalhado pelos gestores nos municípios brasileiros. Como aspecto positivo nesse tema, destacou-se a construção de terminais de ônibus no município, a partir dos anos 1990, o que possibilitou a acessibilidade a vários pontos da cidade com o pagamento de tarifa única. Apesar dos benefícios, os terminais não evitam que os moradores do GBJ passem horas para se locomover:

Produce uma vida adoecedora também, e de estresse nas relações familiares. Os muitos problemas que nós temos mentais, aí eu acho que olhar o que nós fazemos como trabalho e essa relação de se movimentar na cidade, é uma coisa que eu olho com preocupação. (RODRIGO, trabalhador do setor de infraestrutura).

Os participantes abordaram a rotina de parte da população do GBJ, que sai por volta de 5h de casa e gasta quatro horas, ao total, para ir e voltar do trabalho. Descreveram a sensação de que isso é mais cansativo que o próprio trabalho, representando alteração significativa no cotidiano do morador do GBJ. Isso aponta para a necessidade de uma política de transporte público que considere as condições de quem vive na periferia da cidade, de forma a facilitar a mobilidade dessas pessoas e a construir uma cidade saudável.

SEGURANÇA VIVIDA: ESTÁ LONGE DE SER SEGURANÇA

O sentimento de insegurança é alto no Brasil e está ligado às condições concretas, como o percentual de crimes, à influência da mídia, dos vizinhos, e da percepção dos riscos ou do ambiente geográfico. Embora a atenção midiática focalize os acidentes e as agressões mais espetaculares, a violência continua presente nas mais diferentes formas cotidianas de interação, afetando a saúde³⁸.

Neste estudo, os participantes trouxeram representações de aspectos subjetivos e objetivos inseridos no contexto do GBJ, região conhecida pela violência local e que, para eles, teve a política de segurança pública como a que menos avançou nos últimos anos.

Das formas atuais de expressão da violência, os assaltos e os homicídios foram os mais comentados. No *ranking* dos homicídios ocorridos nos bairros de Fortaleza-CE entre os anos 2000 e 2010, o Bom Jardim figurou várias vezes como o primeiro da lista³⁹. Para Benício⁴⁰, a morte na juventude, em decorrência de conflitos territoriais, coloca-se para grande parte dos jovens desse contexto e é atualizada dentro da política de ‘guerra às drogas’.

Houve a representação ampla de segurança pública que se relaciona com infraestrutura, com serviços sociais básicos e com direitos fundamentais. Observou-se uma dificuldade em lidar com o estigma da violência e o aumento do número de policiais na região sem melhoria nos dados.

[...] eu acho que a gente precisa não ir por essa lógica da mídia sangrenta da compreensão de segurança, o que é segurança pra nós? É policial no meio da rua armado que quando aborda uma pessoa já é com um revólver na cara da pessoa, porque é assim que o pessoal daqui é abordado [...] É esse tipo de segurança que a gente tá falando? Pra nós, não. Isso tá longe de ser segurança! (GFGBJ).

A representação expressa foi de que o Ronda do Quarteirão não funciona com efetividade, que ‘o Ronda do Quarteirão não é polícia’. Os policiais desse programa não são vistos como autoridade:

Esse Ronda talvez era pra funcionar lá na Inglaterra e talvez lá funcionasse bem, né? [...] Aqui, o Ronda é motivo de mangofa, de xacoca. Aqui, os menino pequeno tão brincando, um pega o outro, aí diz tá preso – rapaz, respeita, isso aqui é o Raio, não é o Ronda não, viu? Risos. (BERNARDO, líder religioso).

O Programa Rondas de Ações Intensivas e Ostensivas (Raio) emerge como um modelo de policiamento atuante, por quem a população tem respeito, trazendo uma noção de que a ostensividade ainda é valorizada pela população. Dentro dessa compreensão, foi inaugurada, em 2022, a 2ª Companhia do 17º Batalhão da Polícia Militar do Ceará no território do GBJ, com o anúncio de que esse fato traz mais segurança para os moradores⁴¹.

Direcionamentos como esse levam à reflexão sobre a necessidade de renovações efetivas na política de segurança pública; na atribuição de responsabilidades compartilhadas entre Estado, indivíduo, comunidades, instituições e estruturas socioeconômicas e, por fim, sobre a expectativa que se tem da polícia como solucionadora de questões que ultrapassam a competência da segurança, mas que deveria envolver várias outras políticas públicas em um plano de segurança para o Estado.

Diferentemente dos anseios de alguns participantes deste estudo e da própria resposta do governo estadual por intermédio da criação de mais uma companhia policial, a literatura aponta uma mudança de perspectiva das políticas de segurança pública como repressiva e punitiva desde a década de 1990, quando a violência passou a ser compreendida como fenômeno multicausal. Nesse sentido, há um tensionamento para a intersectorialidade nas políticas de segurança pública e de prevenção à violência no Brasil⁴².

Desta pesquisa, destaca-se a necessidade de construção de estratégias para diminuição da violência, como a ampliação do núcleo de mediação comunitária, instrumento com reconhecido alcance na redução da violência doméstica e entre vizinhos. Além disso, o imperativo de que os jovens ocupem o tempo ocioso, por meio da implementação da escola de tempo integral para todos e da mobilização organizada para que as pessoas ‘ocupem as praças’, dando vitalidade aos equipamentos públicos e, conseqüentemente, mais segurança e bem-estar.

Considerações finais

Compreende-se que houve alterações nos DSS no GBJ ao longo das décadas estudadas. Pode-se afirmar que as mudanças positivas mais expressivas aconteceram nos aspectos e nos serviços que se evidenciam dentro das casas dos moradores: alimentação, benefícios da política de assistência social, aumento considerável de abastecimento de água e de energia elétrica, fruto de investimentos públicos nessas áreas e que garantem condições para o desenvolvimento da sustentabilidade e da saúde nos territórios.

Nas ruas, ainda há muito que avançar. A maioria delas é caracterizada pela ausência de saneamento básico e pelo fato de o transporte público não atender às necessidades da população. Associado a isso, está o que se considera, na atualidade, o determinante social que tem grande influência negativa na saúde da população, que é a (in)segurança pública. Esses são elementos vistos ‘fora de casa’ que não tiveram melhorias significativas ao longo das décadas, com pouco investimento proporcional do Estado e apresentando-se como grande desafio na construção de um território saudável.

Ao estudar a realidade social do GBJ, que se aproxima de outras áreas periféricas de metrópoles nacionais, o modelo adotado de DSS mostrou-se insuficiente para abordar alguns aspectos importantes da vida urbana. Destacaram-se os temas de segurança, energia elétrica, mobilidade urbana, assistência social e saneamento básico – em separado da água, por entender que passaram por processos históricos muito diferenciados.

Acrescenta-se a Assistência Social por compreender que as condições individuais para que ocorra a superação da pobreza ainda estão fragilizadas e que os benefícios concedidos por meio dessa política dão condições de avanços, como o desenvolvimento de estratégias para a entrada no mercado de trabalho. Além disso, o fornecimento de energia elétrica evidencia-se como um DSS devido à sua importância na vida

contemporânea e pelo fato de, no GBJ, ainda haver muitas ruas sem iluminação pública e muitos domicílios em que as ligações são feitas na clandestinidade.

Espera-se contribuir para os conhecimentos da saúde no contexto de território urbano do Brasil, pois as especificidades dos DSS de populações que apresentam condições de vida permeadas por iniquidades são reconhecidas. O destaque para a relevância da captura de uma nova abordagem, com os DSS de dentro e de fora de casa, além da proposição de novos temas destacáveis no campo dos DSS, pode subsidiar a elaboração de medidas que colaborem para a promoção da saúde, da sustentabilidade nos territórios e da equidade social.

Colaboradores

Ribeiro KG (0000-0003-0870-1971)* contribuiu substancialmente para a concepção e planejamento do trabalho; para análise,

interpretação dos dados e discussão dos resultados; para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e para a aprovação final do manuscrito.

Andrade LOM (0000-0002-3335-0619)* contribuiu substancialmente para a concepção e planejamento do trabalho; para a análise, interpretação dos dados e discussão dos resultados; e para a revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Barreto ICHC (0000-0001-8447-3654)* contribuiu significativamente para a discussão dos resultados, para a revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito. Raquel SP (0000-0002-7463-5450)* contribuiu substancialmente para a revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito. Munoz TL (0009-0003-1372-3785)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito. Santos C (0000-0003-3254-2894)* contribuiu para a discussão dos resultados e para a revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. World Health Organization. World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro: WHO; 2011. [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2011/10/19/default-calendar/world-conference-on-social-determinants-of-health>.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2014. [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.
3. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
4. Pitombeira DF, Oliveira LC. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. Ciênc. saúde coletiva. 2020 [acesso em 2021 jan 17]; 25(5):1699-708. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>.
5. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 19-38.
6. Mitano F, Ventura CAA, Palha PF. Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. *Physis*. 2016 [acesso em 2021 jan 18]; 26(3):901-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300010>.
 7. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Institucional Territórios Sustentáveis e Saudáveis: termo de referência conceitual e metodológico e proposta de governança. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019. [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/tr-pitss-programa-institucional-de-territorios-sustentaveis-e-saudaveis>.
 8. Santos M. Globalisation: Its exclusions of poor and black populations. *Alternautas*. 2020 [acesso em 2023 out 6]; 7(2):77-88. Disponível em: <https://doi.org/10.31273/alternautas.v7i2>.
 9. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.
 10. DaMatta R. O que faz o Brasil, Brasil? Rio de Janeiro: Rocco; 1986.
 11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
 12. Ribeiro KG. Os Determinantes Sociais da Saúde no Grande Bom Jardim – Fortaleza (CE). [tese]. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual do Ceará; 2015.
 13. Carlos CAF. Invenções Democráticas pela Periferia: a Rede de Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável do Grande Bom Jardim. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2014.
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Resultados preliminares do universo, população estimada. Panorama de Fortaleza, Ceará, Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>.
 15. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Informe 43: Perfil Municipal de Fortaleza. Ceará: IPECE; 2012. (Tema viii: o mapa da extrema pobreza). [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2012/12/Ipece_Informe_43_05_novembro_2012.pdf.
 16. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2014.
 17. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. *As Representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj; 2002, p. 17-44.
 18. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
 19. Campello T, Falcão T, Costa PV, organizadores. O Brasil sem miséria. Brasília, DF: MDS; 2014. [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/livro_o_brasil_sem_miseria/livro_obrasilsemmiseria.pdf.
 20. Paula NF, Bezerra I, Paula NM. Saúde coletiva e agroecologia: necessárias conexões para materializar sistemas alimentares sustentáveis e saudáveis. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2023 set 25]; 46(esp2):262-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E218>.
 21. Food and Agriculture organization of the United Nations. *The State of Food Insecurity in the World 2014. Strengthening the enabling environment to improve food security and nutrition*. Rome: Global Launch; 2014.
 22. Food and Agriculture organization of the United Nations; International Fund for Agricultural Development; Fundo das Nações Unidas para a Infância, et al. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2021. Transforming food systems for food*

- security, improved nutrition and affordable healthy diets for all. Rome: FAO; 2021.
23. Niemeyer CB, Silveira VCA. Da pandemia para a agroecologia: construindo um novo paradigma socioecológico. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2023 set 25]; 46 (esp2):377-90. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5125/713>.
 24. Jaime P. A Sindemia Global da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas. Relatório da comissão The Lancet. 2019. [acesso em 2023 set 25]. Disponível em: https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2019/08/idec-the_lancet-sumario_executivo-baixa.pdf.
 25. Krenak A. Futuro Ancestral. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
 26. Santos AB. A terra dá, a terra quer. São Paulo: Ubu Editora; 2023.
 27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2000. [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/administracao-publica-e-participacao-politica/9663-censo-demografico-2000.html?edicao=10558&t=resultados>.
 28. Neves-Silva P, Heller L. O direito humano à água e ao esgotamento sanitário como instrumento para promoção da saúde de populações vulneráveis. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(6):1861-70.
 29. Grazziany MD, Silva NMA, Oliveira ALL. Representações sociais do meio ambiente: um estudo no balneário do açude em Santa Rita-PB, Brasil. *Braz. J. Develop*. 2021 [acesso em 2024 fev 1]; 7(4):40501-19. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-487>.
 30. Polisseni MLC, Ribeiro LC. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. *Rev Bras Med Esporte*. 2014 [acesso em 2024 fev 1]; 20(5):340-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1517-86922014200502114>.
 31. Sá TH, Garcia LMT, Claro RM. Frequency, distribution and time trends of types of leisure-time physical activity in Brazil, 2006–2012. *Int. J. Public Health*. 2014 [acesso em 2024 fev 1]; 59(6):975-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0590-6>.
 32. Campos EA, Couto ACP, Barros CF. Lazer, juventude e violência: uma análise da literatura vigente. *Movimento (Porto Alegre)*. 2021 [acesso em 2024 fev 1]; 7:1-18. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.105400>.
 33. Silva ES, Oliveira DD, Lopes AP. Acesso ao saneamento básico e incidência de cólera: uma análise quantitativa entre 2010 e 2015. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2024 fev 1]; 43(3):121-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S309>.
 34. Costa TMS, Cabral NRAJ, Cysne AP. Esgotamento sanitário e o avanço da meta 6.2 do ODS 6: estudo de caso no município de Paracuru, Ceará. *Conex. Ciência e Tecnol*. 2022; 16(1):1-8.
 35. Guimarães GS. Comentários à lei de mobilidade urbana - Lei nº 12.587/12: essencialidade, sustentabilidade, princípios e condicionantes do direito à mobilidade. Belo Horizonte: Fórum; 2012.
 36. Pasterbin. Sistema Antigo de Transporte em Fortaleza 2012. [acesso em 2017 jun 29]. Disponível em: <http://www.fortalbus.com/2012/09/sistema-antigo-de-transporte-de.html#uds-search-results>.
 37. Camargo EM, Santos MPM, Ribeiro AGP. Interação dos fatores sociodemográficos na associação entre fatores psicossociais e transporte ativo para a escola. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2024 fev 1]; 36(5):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00102719>.
 38. Minayo MCS, Pinto LW, Silva CMFP. A violência nossa de cada dia, segundo da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022 [acesso em 2024 fev 1]; 27(9):3701-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202279.07532022>.

39. Brasil GM. Cartografia da Criminalidade e da Violência na Cidade de Fortaleza. Relatório de Pesquisa dos núcleos Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética-LABVIDA, Laboratório de Estudos da Conflitualidade e Violência-COVIO e do Laboratório de Estudos da Violência-LEV. Fortaleza: UECE; UFC; 2010.
40. Benicio LFS, Barros JPP, Silva DB. Homicídios juvenis em Fortaleza sob a perspectiva de profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev. psicol. polít.* 2019 [acesso em 2023 abr 23]; 19(46):509-27. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2019000300010&lng=pt&nrn=iso.
41. Herculano D. Região do Grande Bom Jardim, em Fortaleza, ganha reforço na segurança com a chegada da 2ª Companhia do 17º Batalhão da Polícia Militar. Portal do Governo, Comunicação Institucional. 2022 maio 3. [acesso em 2023 abr 23]. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2022/05/03/regiao-do-grande-bom-jardim-em-fortaleza-ganha-reforco-na-seguranca-com-a-chegada-da-2a-companhia-do-17o-batalhao-da-policia-militar/>.
42. Oliveira DCN, Lico FMC, Pereira HMS. Intersetorialidade e saúde nas políticas estaduais de segurança pública e de prevenção à violência no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022 [acesso em 2023 abr 23]; 27(4):1301-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.06802021>.

Recebido em 16/05/2023

Aprovado em 14/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa recebeu financiamento do Ministério da Saúde/Capes, projeto pró-ensino na saúde - Laboratório de Pesquisas em Ensino e Gestão do Conhecimento, da Educação e do Trabalho em Saúde, nº do processo: 0363163

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto