

Cidades Saudáveis na Eminência da Pandemia de COVID-19

Ana Paula Serpa¹

Diogo Falante Cosendey²

Edilbert Pellegrini Nahn Junior³

Leonardo Muniz Duarte⁴

Lídia Balbino Matteini⁵

Rafaela Cristina Fernandes de Oliveira⁶

Samuel Ribeiro Martins⁷

Sebastião de Melo Fonseca⁸

GT 2. Políticas públicas, pandemia e sociedade

Resumo

O desenvolvimento socioeconômico das nações, permeia pela relação entre o urbano e o papel das instituições sociais na elaboração dos modelos de saúde pública. Por meio de pesquisa bibliográfica, esta pesquisa buscou informações sobre as ações da gestão pública de saúde na pandemia do COVID-19, relacionando a organização urbana com o conceito de cidades saudáveis, além de analisar analogicamente, as medidas adotadas pela União, pela Organização Mundial da Saúde e pela gestão municipal de Campos dos Goytacazes. Conclui-se que a urbanização promoveu avanço no desenvolvimento humano, porém é evidente que não é bem distribuída.

¹ Pós-doutorado (Uenf) por meio do Projeto de Educação Ambiental PESCARTE. Doutora em Sociologia Política (PGPS/UENF) com estágio de doutorado (CAPES) no IGOT (Instituto de Geografia e Ordenamento do Território), Universidade de Lisboa. Mestre em Políticas Sociais – UENF. Bacharel em Ciências Sociais UENF. Professora do Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Planejamento Regional e Gestão de Cidades, Universidade Cândido Mendes.

² Mestrando em Planejamento Regional e Gestão da Cidade - UCAM. Bacharel em Administração Pública – UFF. Especialização em Gestão Pública – UFF. Oficial Administrativo da Prefeitura Municipal de Niterói.

³ Mestrado em Dermatologia pela UFF - 1991; Professor de Dermatologia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ)/Campus Macaé e da Faculdade de Medicina de Campos/RJ (FMC).

⁴ Doutorando em Planejamento Regional e Gestão da Cidade / UCAM. Mestre em Pesquisa Operacional e Inteligência Computacional / UCAM. Professor de Saúde mental e Emergência da FMC.

⁵ Mestranda em Planejamento Regional e Gestão da Cidade / UCAM. Bacharel em direito - FDC. Pós graduada em Direito Penal e Processo Penal. Advogada.

⁶ Mestranda em Planejamento Regional e Gestão da Cidade / UCAM. Bacharel em Direito pela Universidade Faminas. Pós-Graduada em Direito Médico e da Saúde. Advogada e Professora Universitária.

⁷ Mestrando em Planejamento Regional e Gestão da Cidade / UCAM. Bacharel em Direito. Bacharel em Administração. Superior em Gestão de Recursos Humanos. Superior em Planejamento e Gestão Ambiental. Licenciatura em Pedagogia. Pós Graduação Lato sensu: Docência do Ensino Superior, Docência em Educação a Distância, MBA em Saúde, Direito Sanitário, Direito Constitucional, Vigilância Sanitária, Auditoria em Saúde, Gestão em Saúde Pública, Biossegurança em Serviço de Saúde, Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional – UFF. Atua a 22 anos na indústria de petróleo no qual já ocupou função gerencial. Também já atuou como professor e coordenador de Graduação e Pós Graduação.

⁸ Doutorando em Planejamento Regional e Gestão da Cidade / UCAM. Mestre em Pesquisa Operacional e Inteligência Computacional / UCAM. Médico Intensivista titulado pela AMIB/AMB. Professor de Epidemiologia e Emergência da FMC.

Além disso, a epidemia do COVID-19, fragilizou os alicerces das “estruturas” urbanas não adequadamente planejadas, proporcionando cenários mais graves de morbidade e mortalidade. No Brasil, faixas da população sofreram com as consequências da ineficiência do planejamento urbano, como um ineficaz sistema de transporte público, aumentando o risco de transmissão do vírus. Na cidade de Campos dos Goytacazes, não houve um colapso efetivo do sistema de saúde. Tal fato pode ser aventado, devido ao *gap* temporal entre a capital e o interior do estado do Rio de Janeiro o que propiciou que as medidas adotadas fossem adiantadas no interior.

Palavras-chave: cidades saudáveis; organização urbana; COVID-19.

1. Introdução

A humanidade tem, através dos tempos, trilhado por caminhos que resultaram em avanços civilizatórios no que tange à urbanização e à própria regulação da vida em sociedade nos seus diversos segmentos. Não é diferente na área da saúde. No Brasil, verifica-se desde 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF), inúmeras conquistas que protagonizam a universalização dos serviços públicos desta área a todos os cidadãos e cidadãs, denotando que demandas históricas da sociedade foram supridas pelo texto constitucional, base fundante da democracia vigente. O artigo 196⁹ da CF expressa claramente o papel do Estado brasileiro e sua relação com as demandas sociais esperadas, tais como a qualidade de vida. Conforme salienta Westphal (2000, p.44), as diferentes instituições e atores sociais clamam por verificar como a sociedade está satisfazendo as necessidades básicas da população, a distribuição de bens e serviços, as carências decorrentes de iniquidades. E conclui ainda, que é exigido do Estado a garantia dos direitos humanos básicos.

Dentre os modelos universais de saúde pública possíveis, observados por experiências mundo afora, o escolhido pelos constituintes brasileiros coloca o Estado nacional como canalizador e promotor prioritário das ações de gestão de políticas públicas de saúde. Em consonância com o caminho do desenvolvimento socioeconômico das nações que, desde o início da era capitalista, permeia pela relação entre o urbano e o papel das instituições sociais na elaboração dos modelos de saúde pública. No Brasil, não é diverso. Não há que se pensar nas pesquisas e

⁹ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

políticas de saúde pública brasileiras sem a correta relação aos estudos dos espaços urbanos e respectiva organização. De acordo com Marques (2003, p.705), a saúde pública brasileira é profundamente marcada por preocupações espaciais desde seus primórdios. O autor complementa que a partir da década de 1980, a saúde pública brasileira parece ter retomado seu interesse direto pelo espaço e pela cidade, trazendo o urbano mais para o centro das análises.

Assim sendo, a justificativa em torno da presente pesquisa dá-se em razão da necessidade da busca de informações claras sobre as ações da gestão pública de saúde sobre especificamente, a doença COVID-19, tentando relacionar a contribuição da organização urbana com o conceito de cidades saudáveis, além de analisar analogicamente, as medidas adotadas pela União, por municípios de regiões diversas e pela Organização Mundial da Saúde, bem como, as medidas executadas pela gestão municipal de Campos dos Goytacazes, com enfoque nos informes epidemiológicos disponibilizados.

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo geral observar e relacionar o papel do Estado brasileiro, mais precisamente da União e do ente municipal Campos dos Goytacazes, no combate à pandemia do novo corona vírus, além de ter como objetivos específicos, detalhar a contribuição da organização urbana no universo da saúde pública, relacionar o transporte público de massa e particular brasileiros com a propagação da doença e sua entrada em comunidades carentes, assim como analisar cronologicamente o desenvolvimento do combate à pandemia no município de Campos dos Goytacazes, através dos informes epidemiológicos.

2. Procedimentos Metodológicos

Haja vista o propósito do presente trabalho estar relacionado com a observação das medidas adotadas por entes da federação brasileira contra a propagação do COVID-19 e os impactos dessas medidas por meio da análise sobre os resultados epidemiológicos em Campos dos Goytacazes, utilizou-se o método dedutivo por meio de pesquisa bibliográfica, seleção de documentos e coleta de dados atribuídos ao problema. Para tanto, o presente trabalho faz uso de artigos, *sites* de internet, dissertações, dados oficiais, nos quais poder-se-á analisar a visão de diversos autores sobre a temática proposta, juntamente com a seriação de

informações públicas acerca da pandemia. Conforme afirma Gil (2010), pesquisa bibliográfica é aquela elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos periódicos e material disponibilizado na internet.

A presente pesquisa pretende ter uma abordagem explicativa em relação ao tema proposto, fazendo-se necessário uma pesquisa exploratória em torno dos Informes Epidemiológicos de Campos dos Goytacazes, atuantes como mecanismos de gestão de saúde pública e que tendem a informar sistematicamente a situação mundial, no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro, o cenário epidemiológico no município em voga, bem como, o perfil e distribuição espacial de óbitos, números de óbitos confirmados, casos em profissionais de saúde e a avaliação de risco de acordo com o Plano de Retomada de Atividades Econômicas e Sociais.

3. Referencial Teórico

a) O Papel do Estado no Combate a Problemas de Saúde Pública

A Constituição Federal de 1988, ao tratar dos direitos e garantias fundamentais, inovou sobremaneira ao consagrar o direito à saúde dentre os direitos fundamentais sociais, no *caput* do art. 6º. E, para regulamentar este importante direito, tratou do tema a partir do art. 196, consagrando, assim, o Sistema Único de Saúde.

Segundo o art. 198 da Constituição Federal de 1988, deveria ser instituído um sistema único, que executaria as ações e serviços públicos de saúde, integrados de forma regionalizada e hierarquizada, tendo por diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

Não é demais mencionar que até a criação do Sistema Único de Saúde o Ministério da Saúde, que geria o então Sistema Nacional de Saúde, priorizava principalmente campanhas de vacinação e controle de endemias. Apenas com a instituição do SUS é que a finalidade e atribuições do sistema de saúde pública no Brasil foi ampliado.

Desta feita, dentre outras incumbências o SUS possui o dever de controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde; participar da produção de medicamentos; executar ações de vigilância sanitária; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; incrementar sua área de atuação

de modo a atender aos avanços tecnológicos;fiscalizar e inspecionar alimentos, etc. (PADILHA, 2020).

Não bastasse isso, a Lei nº 8.080/1990, que regulamenta as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, e que regulamenta o SUS, estabelece uma série de atribuições aos entes federados, para que a saúde pública seja efetivamente prestada a todos os cidadãos, atendendo ao que preconiza o princípio da universalidade.

Por isso o SUS, na atualidade, é uma verdade política de Estado, e não de governo, que é (ou deveria ser) insuscetível aos interesses político-ideológicos, não podendo ser cooptada por determinado partido que estivesse no poder para fins casuísticos. Em outras palavras, trata-se de uma política pública contínua, prevista constitucionalmente dada a sua importância, pois a saúde adquire sinônimo de cidadania e, em última análise, de direito à vida (PADILHA, 2020).

Nesse ponto vale ressaltar que apesar de todos os entes federativos possuírem competência para legislar sobre a saúde, não significa que todos possam produzir normas conforme bem entenderem, o que certamente acarretaria a desorganização do sistema e a ineficiência do SUS, distanciando-se dos objetivos traçados pela Constituição. Logo, as normas devem ser editadas de forma a assegurar o equilíbrio e o bem-estar de todos, no âmbito nacional. Outrossim, como se extrai do art. 9º da Lei do SUS, a direção do sistema é única e é exercida pelo Ministério da Saúde, no âmbito da União; pelas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente, na seara estadual e do Distrito Federal; e, no âmbito dos Municípios, pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1998).

Há ainda, em cada esfera governamental, dois espaços para que a sociedade possa participar da gerência do SUS, democratizando a sua gestão. São eles as conferências de saúde e os conselhos de saúde, como forma de cumprir o determinado pelo art. 198, III, da CF/88. Esse modelo de gestão que garantiu a atuação popular rompeu com o modelo contributivo anterior, o qual era excludente e discriminatório, pois a participação popular, segundo Tavares(2020), é inerente aos objetivos do SUS.

Em meio a esse cenário, portanto, é dever do Estado implementar políticas públicas para a efetivação do direito social fundamental à saúde, pois enquanto direito social clama a ação proativa, prestações por parte do Poder Público que, repita-se,

exteriorizam-se através de políticas públicas.

De acordo com Franco (2019), o SUS, por regular todas as ações e serviços de saúde, no território nacional, embora estas sejam prestadas de forma descentralizada, se norteia por princípios que não podem ser ignorados pelo gestor público, a exemplo da universalidade de acesso, integralidade do cuidado, autonomia das pessoas, igualdade de acesso, dentre outros.

Exatamente por isso é dever do Estado enfrentar os problemas de saúde pública, buscando alternativas, adotando medidas restritivas, investindo recursos em pesquisas, dentre outras ações, para que de fato o direito à saúde seja resguardado, pois, enquanto gestor da saúde pública, repita-se, é do Estado o dever de promover medidas para solucionar os problemas enfrentados no setor.

Outrossim, sendo a gestão do SUS compartilhada entre a União e os Estados-membros e Distrito Federal, sem prejuízo da atuação dos Municípios, todos os entes devem envidar esforços para que os problemas enfrentados na saúde pública sejam solucionados, pois a descentralização busca atender principalmente aos anseios da população em cada região do país, que possui, como sabido, características e necessidades bem diversas.

Um claro exemplo da importância da atuação do Estado no combate a problemas de saúde pública são as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para o enfrentamento da pandemia do Covid-19. De fato, a propagação do novo coronavírus evidenciou, a um só tempo, a importância de um Sistema Único de Saúde e a atuação dos entes federados que, no âmbito de suas atribuições, possuem competências e devem envidar esforços, na seara legislativa e administrativa para o conter a disseminação do vírus.

Diversas foram as medidas implementadas pelo Estado, a exemplo da edição, em 06 de fevereiro de 2020, da Lei nº 13.979, que decretou o Estado de Calamidade Pública. E, em virtude do aumento progressivo do número de casos, os Estados e Municípios adotaram medidas diversas, dentre elas a suspensão de atividades escolares, fechamento de estabelecimentos comerciais como academias, restaurantes, shopping centers, etc.

De acordo com Oliveira et al. (2020), o Ministério da Saúde adotou, tão logo detectada a doença emergente, ou seja, antes mesmo da declaração do estado de pandemia pela Organização Mundial de Saúde, medidas para o enfrentamento, como o acionamento do Centro de Operações de Emergência, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, buscando a harmonização, planejamento e organização de atividades voltadas ao monitoramento da situação epidemiológica.

Complementam os autores que houve, ainda, a mobilização de diversos órgãos do governo, no afã de instituir um plano de contingência, o que incluiu a comunicação da população e imprensa quanto às estratégias para o enfrentamento da pandemia, o que, somado aos meios de atendimento à população, como a instituição de um aplicativo e de canais de comunicação, buscaram informar a sociedade das medidas preventivas (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Portanto, dentre as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, responsável pela direção do SUS no âmbito da União, a principal é o repasse de valores aos Estados e Municípios, para o fortalecimento das medidas descentralizadas. Um claro exemplo foi a transferência de R\$ 72,5 bilhões de reais para a implementação de benefícios e agilidade de atendimento nas comunidades indígenas, valores estes destinados à aquisição de equipamentos, habitação de leitos de UTI, dentre outras medidas (BRASIL, 2020b).

Segundo informações do Ministério da Saúde, até o dia 19 de agosto foram habilitados, no Sistema Único de Saúde, mais de 12 mil leitos de UTI, sendo 247 pediátricos, totalizando o repasse de R\$ 1,72 bilhão, apenas nos últimos 90 dias, de valores da União para os Estados e Municípios (BRASIL, 2020b).

Resta evidente, portanto, que o Estado, enquanto gestor da saúde pública, tem o dever de gerir, por meio da implementação de políticas públicas, para sanar os mais diversos problemas que o setor enfrenta, sendo a questão da pandemia do Covid-19 citada apenas ilustrativamente, pois a saúde clama pela disponibilização de leitos em hospitais, acesso a medicamentos, tratamentos adequados, profissionais da saúde disponíveis, dentre tantas outras ações que, direta ou indiretamente, proporcionam uma vida com qualidade aos cidadãos.

b) Cidades Saudáveis e Organização Urbana

O reconhecimento de associação entre condições de saúde e condições ambientais e de vida é muito antigo. Hipócrates já ensinava aos médicos de então sobre como prever o padrão de adoecimento da população ao chegarem a um novo povoado, pela observação dos ares, águas e lugares. (AZAMBUJA, MARIA INÊS, 2015)

É fato que a urbanização permitiu avanços formidáveis em todas as áreas da

atividade humana, inclusive na saúde. (SANTOS, MILTON, 2003) Entretanto, pelo que podemos observar em diversas cidades, em particular dos países dito em desenvolvimento, este ensinamento não foi absorvido pelos seres humanos, já que a degradação do meio ambiente é uma triste realidade em diversas partes do planeta. Particularmente nos períodos de intensificação da urbanização, o crescimento econômico sempre se acompanhou de piora do meio ambiente urbano, expondo especialmente as populações socialmente mais vulneráveis às situações mais nocivas, com reflexos nos níveis e distribuição de adoecimento e morte. (AZAMBUJA, MARIA INÊS, 2015)

De acordo com Vianna e Oliveira 2011, o risco de adoecimento associado ao meio urbano é maior para a população mais carente, que ocupa áreas mais vulneráveis do espaço urbano, apontando para a necessidade do melhor entendimento dos determinantes da saúde das populações que vivem nas Cidades. (apud GOMES; BASTOS; FERES, 2014)

Fica claro na leitura dos trabalhos de pesquisas sobre o tema que os determinantes sociais, leia-se desigualdades sociais, estão intimamente relacionados com a qualidade e equidade da saúde coletiva da população. Poderíamos dar apenas como um exemplo a localização criteriosa dos serviços de saúde, como um aspecto operacional para a equidade no atendimento as comunidades.

A abordagem das desigualdades pelo viés da saúde urbana se iniciou na virada para o século XXI, a partir do reconhecimento da importância crescente da urbanização como uma força motora transversal determinando a saúde e o desenvolvimento, sendo inclusive o tema (Saúde urbana) da OMS em 2010. (AZAMBUJA, MARIA INÊS, 2015)

Para Chadwick, quando se fala em desenvolvimento sustentável, entende-se que a saúde seja tanto um pré-requisito (saúde para o desenvolvimento) como uma finalidade (desenvolvimento para a saúde), justificando que se defenda a melhoria da saúde como direito humano individual, mas também como um bem coletivo, com potencial de gerar melhoria nas condições de vida de todos. (AZAMBUJA, MARIA INÊS, 2015)

A promoção da saúde é considerada como um conjunto de ações que

envolvem estratégias para a ampliação de autonomias individuais e coletivas para a vivência no território, devendo respeitar os princípios e valores como a participação, a autonomia e a intersetorialidade, estimulando o convívio coletivo, a mobilidade, a acessibilidade sustentável e o pertencimento. (SPERANDIO, ANA MARIA GIROTTI, 2016).

A Lei 8080/90 inclui o debate da ação do planejamento urbano em vários artigos e incisos envolvendo o meio ambiente e ambiente do trabalho. Entretanto a promoção da saúde, como política, surge no Brasil apenas em 2006 com a publicação da Portaria MS/GM n. 687 em 30/03/2006 da Política Nacional de Promoção da Saúde., reformulado em 2014, onde a promoção da saúde deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem.

Não podemos, entretanto, deixar de citar o Estatuto da Cidade (Lei 10.257/01) como instrumento de política urbana, onde no seu Art. 1, parágrafo único, nas diretrizes gerais estabelece normas de ordem pública e interesse social que regulam o uso da propriedade urbana em prol do bem coletivo, da segurança e do bem-estar dos cidadãos, bem como do equilíbrio ambiental. Este importante documento ainda obriga as cidades a realização do seu Plano Diretor, detalhando e especificando as nuances municipais.

O planejamento urbano é uma ferramenta que deve ter como meta a melhoria da qualidade de vida, colaborando na promoção da saúde. (SPERANDIO, ANA MARIA GIROTTI, 2016). A inclusão de estratégias do Planejamento Urbano na Política Nacional de Promoção da Saúde ajuda no desenvolvimento da cidade saudável e os documentos governamentais citados são fundamentais na construção de uma Cidade Saudável.

No Brasil, há mais de duas décadas, após o advento da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a promoção da Saúde vem sendo debatida e desenvolvida por gestores e profissionais, principalmente no âmbito da Atenção Básica da Saúde. Na década 80, com a I Conferência Internacional sobre

Promoção da Saúde, ocorrida no Canadá, tem-se um marco na história e no aspecto conceitual da promoção da Saúde. As diretrizes adotadas a partir da Carta de Ottawa, documento final da conferência e assinado pelos governos presentes, foram amplamente analisadas e aprofundadas nas conferências seguintes e temas como a necessidade da universalização da saúde, integridade da atenção, necessidade de trabalhar a saúde em conjunto com outras políticas da área da educação, transportes, meio ambiente dentre outros setores ganharam espaço nas agendas dos governos e transformaram em tendência mundial (PEREIRA, 2014, p. 11).

Em direção a esta tendência, organismos multilaterais iniciaram a adoção de práticas com o intuito de promover saúde através da nova lógica de pensar saúde. O apoio de organismos internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), escritório Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas, e o próprio escritório Central da OMS, tiveram um papel fundamental ao possibilitar o desenvolvimento de estratégias adotadas em um contexto internacional, baseada em princípios discutidos em conferências ou outros eventos com participação de diversos países, como o Movimento Cidades Saudáveis. (PEREIRA, 2014, p. 11).

Deste modo, o Movimento Cidades Saudáveis teve sua origem em Toronto, no Canadá, em 1984, a partir da conferência “*Beyond Health Care*”, evento que discutiu a necessidade de iniciativas de políticas públicas saudáveis, inclusive como abordagem de novos riscos para a saúde presentes no ambiente urbano, como violência e acidentes, temas que não eram tratados de forma adequada (TAYLOR 2010, apud PEREIRA, 2014, p. 31).

O processo que levou à estratégia de Cidades Saudáveis deve ser entendido dentro da evolução conceitual da promoção da saúde que se desenvolveu na década de 70 e nos moldes propostos pela Carta de Ottawa. As ações de promoção da saúde são desenvolvidas em diferentes espaços sociais, definidas por políticas de Órgãos governamentais, universidades ou outros, a partir do princípio de fortalecer o protagonismo do nível local, com dimensão participativa e tendência a priorizar a intersetorialidade. A necessidade de pensar em intervenções nas cidades é justificada pelo fato de que nelas os problemas estão inter-relacionados com outros e gera desafios e novas possibilidades de respostas para sua complexidade e diversidade (DUHL, 1993, apud PEREIRA, 2014, p. 31).

Como argumento para a implementação de projetos no âmbito das cidades podem ser citados a implicação imediata da crescente urbanização e o impacto na qualidade da saúde da população, que em contradição com a perspectiva de melhores empregos e acesso aos bens de consumo e serviços, depara-se com problemas que se configuram como riscos à saúde, relacionados à habitação, abastecimento de água poluição, destino de objetos sólidos, além da marginalidade e violência (MENDES, 2000, apud PEREIRA, 2014, p. 31).

Assim, o movimento Cidades Saudáveis, que inicialmente foi concebido na América do Norte, especificamente no Canadá, expandiu-se rapidamente ao redor do mundo, primeiramente para países europeus e em seguida para outros continentes, inclusive na América Latina e Brasil (PEREIRA, 2014, p. 11).

A adoção da estratégia Cidades Saudáveis está intimamente ligada a um conjunto de condições que, ou devem já estar presentes no Município, ou precisam paralelamente ser desenvolvido no decorrer da implantação da estratégia. Requer um modelo estruturado nos princípios da Atenção Primária e que, dentro da estrutura dos espaços democráticos, haja garantia da participação popular na tomada de decisões relacionadas às políticas públicas. (PEREIRA, 2014, p. 12)

Para muitos indivíduos, as Cidades representam oportunidades, ao disponibilizar um maior número de serviços, entre eles o de saúde. Deve-se considerar também que as Cidades geram impactos negativos relacionados à falta de organização social que podem comprometer o bem-estar, tais como: poluição, trânsito caótico e habitação precária que levam ao agravamento dos problemas de saúde (GOMES; BASTOS; FERES, 2014, p. 1).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como sendo um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Também define Município Saudável como sendo aquele que, continuamente cria e melhora o meio ambiente físico e social, fortalecendo os recursos comunitários de modo a permitir a seus habitantes apoiarem-se mutuamente no desempenho de suas funções e na plena realização de suas potencialidades. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), para um Município ser considerado saudável, ele deve atender as questões básicas de saúde. (GOMES; BASTOS; FERES, 2014, p. 2)

De acordo com a OMS (1995), conforme citado por GOMES; BASTOS; FERES (2014, p. 2) são dez requisitos para o Município ser considerado saudável:

- I. Ambiente físico limpo e seguro;
- II. Ecossistema Estável e Sustentável;
- III. Sociedade sem formas de exploração;
- IV. Alto grau de participação social;
- V. Necessidade básicas satisfeitas;
- VI. Acesso à experiências, recursos, contatos, interações e comunicações;
- VII. Economia local diversificada e inovativa;
- VIII. Orgulho e respeito pela herança biológica e cultural;
- IX. Serviços de saúde acessíveis a todos;
- X. Alto nível de saúde.

Assim, pode-se conceituar uma Cidade Saudável como aquela que de maneira contínua, coloca em prática a melhoria de seu ambiente físico e social, através da utilização de recursos de sua comunidade, com objetivo de oferecer aos seus cidadãos uma aptidão mútua em todas as atividades humanas que levem ao seu potencial máximo (HANCOCK E DUHL, 1986, apud PEREIRA, 2014, p. 33), ou seja, aquela em que as autoridades políticas e civis, as instituições e organizações públicas e privadas, proprietários, empresários e trabalhadores, e a sociedade, dedicam esforços permanentes para melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população, estabelecendo assim, uma relação harmoniosa com o meio ambiente físico e natural, e expandem os recursos comunitários para melhorar a convivência, desenvolver a solidariedade e a democracia (OPS, 1992, apud PEREIRA, 2014, p. 33).

Na primeira metade da década de 1990, dez Cidades Brasileiras incluíram em sua agenda os princípios do Movimento Cidade Saudável: Diadema; Campinas Jundiaí e Santos (São Paulo); Iaraquara (Bahia), Céu Azul, Chopinzinho, Curitiba e Palmeira (Paraná) e Maceió (Alagoas). Na segunda metade da década de 1990, a partir de colaboração técnica e financeira de instituições como Universidades, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da Fundação Kellogg, foram desenvolvidos projetos em outras Cidades: Vargem Grande Paulista (São Paulo), Sobral, Cratús e Fortaleza (Ceará), Anadia, Arapiraca e Flexeiras (Alagoas), Dionísio e São José do Goiabal (Minas Gerais). Nesta década, foram realizados

diversos eventos com o objetivo de compartilhar experiências e sensibilizar os Municípios quanto à importância de projetos de Cidades Saudáveis. Devido às mudanças administrativas, ainda na década de 1990, algumas Cidades interromperam o processo: São Paulo, Santos, Campinas, Palmeiras e Iaraquara. As Cidades de Diadema e Céu Azul são consideradas localidades que se aproximam do ideário das Cidades Saudáveis, mas não chegam a implantar ações efetivas (MENDES, 2000, *apud* PEREIRA, 2014, p. 46).

O processo de desenvolvimento do Movimento Cidades Saudáveis no Brasil mostra fases distintas ao longo do tempo, desde os fins da década de 80 até o ano de 2013, período que foi analisado. Os elementos chave que estruturam esta estratégia são a participação social, as parcerias com os diversos setores e instituições e a capacitação da comunidade para a prática da cidadania (PEREIRA, 2014, p. 78).

Sperandio, considera que estes são elementos críticos da boa governança no âmbito dos determinantes sociais e ambientais das desigualdades, observadas ao abordar a saúde urbana. Além disso, eles constituem uma preocupação central da Carta de Ottawa para a promoção da Saúde, cujos princípios produziram uma base de valor para o Movimento Cidades Saudáveis (SPERANDIO, 2013, *apud* PEREIRA, 2014, p. 78).

Nas áreas urbanas, alguns problemas ganham importância adicional, nomeadamente aqueles que são mais impactados pelas alterações climáticas, tais como: afetação de níveis de poluição do ar, ciclos patogênicos mais curtos, alteração na disponibilidade e no controle da qualidade da água. A estes problemas somam-se questões de segurança alimentar, que perante a massificação do consumo e as necessidades de manter uma produção sem falhas, transformamos alimentos em canais portadores de agrotóxicos, de descontaminantes e de conservantes. Estes acontecimentos reforçam a lista de riscos, em especial os problemas respiratórios, cardiovasculares e do sistema imunológico (GUIMARÃES; COSTA; NOSSA, 2020)

De fato, dentre as ameaças identificadas pela OMS, o risco de uma pandemia se efetivou. O novo coronavírus, denominado Sars-Cov-2, tem gerado o desafio de garantir acesso aos serviços de saúde para todos os pacientes com deficiência respiratória aguda, principalmente nos leitos de unidade de tratamento intensivo equipados com respiradores/ventiladores, equipamentos de alta complexidade

médica (CORONAVÍRUS...2020, apud GUIMARÃES; COSTA; NOSSA, 2020)

O relatório de 2016 da OMS, intitulado *Global Report on Urban Health: Equitable, Healthier Cities for Sustainable Development*, identifica algumas dimensões estruturantes: (1) a redução das desigualdades em saúde e respectiva promoção de sistemas universais de saúde em todo o mundo; (2) o combate às doenças transmissíveis e o controle da expansão das não transmissíveis; e ainda, (3) diminuir a fome e a desnutrição. Para atingir estes objetivos o planejamento urbano deve, segundo relatório, garantir saneamento e água potável para todos, desenvolver um desenho urbano que promova uma cidade mais saudável e inclusiva, melhorar a mobilidade urbana, aumentar as condições da habitação e garantir a segurança da cidade (WHO, 2016, apud GUIMARÃES; COSTA; NOSSA, 2020).

No entanto, as orientações da OMS cruzam com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas para muito além do “Objetivo 3 – Saúde e Bem-estar”. Ela se liga de forma transversal aos restantes ODS, nos quais a proteção dos recursos, a racionalização dos consumos e o combate às desigualdades têm efeitos em todos os domínios da saúde (OBJETIVOS, 2015, apud GUIMARÃES; COSTA; NOSSA, 2020)

Nesse contexto, necessário se faz discutir sobre a importância da transversalidade da saúde no território, centrada no processo de envelhecimento das sociedades e os desafios inerentes a ele; a questão da equidade no acesso à saúde e a importância do planejamento para desenvolver respostas no sentido de construir cidades mais saudáveis (GUIMARÃES; COSTA; NOSSA, 2020).

O processo de envelhecimento demográfico acarreta novos desafios ao território, nomeadamente no acesso à saúde. Porém, por via do planejamento, da gestão ambiental e da intervenção urbana, se podem encontrar soluções que reforçam as complexas conexões da saúde com o espaço em constante transformação e movimento (GUIMARÃES; COSTA; NOSSA, 2020). Com relação ao registro da equidade no acesso à saúde, podemos discutir uma das 10 ameaças da OMS (WHO, 2019, apud GUIMARÃES; COSTA; NOSSA, 2020), relacionada com a expansão de agentes patogênicos de alto risco. Recentemente no contexto de atuação à difusão da pandemia gerada pelo SARS-COV2, (WANG, NG E BROOK, 2020, apud GUIMARÃES; COSTA; NOSSA, 2020), sublinharam que cenários de contenção bem-sucedidos, como a Tailândia, dependem de contextos de saúde pública bem

treinados e que integram estruturas de gestão multinível, processos de comunicação culturalmente adaptados e instrumentos de atuação flexíveis adaptados às necessidades de cada lugar. (GUIMARÃES; COSTA; NOSSA, 2020)

Já no que concerne ao planejamento de Cidades Saudáveis, pode-se afirmar que o Projeto Cidades Saudáveis congrega algumas destas premissas, ao enfatizar a importância prática de uma gestão holística da cidade e de sua inclusão. Ele sublinha a importância da ação local e das ligações que a gestão e promoção da saúde detém como o planejamento urbano, o zoneamento, a construção/adequação de espaços verdes, a habitação, os transportes, entre outros (LOURO; MARQUES DA COSTA, 2017, apud GUIMARÃES; COSTA; NOSSA, 2020). Desde a década de 1980, vários movimentos urbanísticos produziram uma abordagem crítica e apontaram a necessidade de se desenharem cidades sustentáveis, capazes de combater a expansão urbana dominante. Esse alastramento Urbano, também conhecido como *urban sprawl*, é marcada por grandes impactos ambientais associados ao crescimento horizontal da cidade, que gera periferias economicamente segregadas; e a utilização crescente do automóvel como forma privilegiada de deslocamento, que agrava modos de vida progressivamente mais sedentários, com evidentes prejuízos para a saúde (MARQUES DA COSTA, 2016, apud GUIMARÃES; COSTA; NOSSA, 2020)

c) Medidas adotadas pelo Brasil para contenção do COVID-19

c.1) A realidade da comunidade carente

É muito relevante debater os infortúnios causados pelo processo de urbanização, sobretudo frente ao contexto de globalização alcançado pela sociedade contemporânea. A acentuada desigualdade social que se impõe em localidades como as comunidades (favelas) nascidas do Rio de Janeiro, desnuda e potencializa fragilidades previamente já instaladas, devido à perene ingerência governamental associada às sucessivas crises na economia brasileira. É certo que tal perspectiva deve receber a seriedade que merece. Esse cenário se apresenta através da negligência sobre tais comunidades, desde a campanha insuficiente de testes até à potencialização do risco de contaminação associados às aglomerações e ao acesso precário às condições sanitárias mínimas adequadas. Aliado a isso, existe uma um

subdimensionamento de leitos e recursos no Sistema Único de Saúde (SUS), o principal prestador de serviços de saúde à essa população.

Diante da situação do abandono governamental, mecanismos autóctones emergiram dessas próprias localidades. A Web protagonizou importante papel na articulação e logística das necessidades intrínsecas dessas comunidades, como medidas de capitalização coletiva, campanhas para alimentos e Gêneros de primeira necessidade, viabilizando o isolamento social, à revelia do apoio governamental. É também fundamental o papel informativo adotado por esses segmentos, atualizando os moradores e instituindo um caráter educacional e de conscientização (MATOS, 2020).

c.2) Algumas diferenças entre o plano de ação proposto pela OMS e o Ministério da Saúde (Brasil)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), lançou durante a Pandemia, uma cartilha orientadora aos gestores, de modo a tentar otimizar as diversas ações de saúde. O documento “COVID-19: Operational Planning Guidelines to Support Country Preparedness and Response”, serviu de modelo para diversos países no mundo. Para a instituição, deveria ser adotado um modelo de ampla investigação, com testagem maciça, rastreamento e a ação de um time de resposta rápida, com monitorização contínua (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020)

No caso do Brasil, o Ministério da saúde (MS) criou um próprio Plano Nacional de Contingência, no qual estão relatados 3 níveis distintos de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência. Tal documento se baseia em duas fases de ação. A primeira visou o contingenciamento de transmissão até os 100 primeiros casos, e uma segunda fase de mitigação, baseada na vigilância, testagem, assistência médica e farmacêutica, vigilância sanitária, comunicação e gestão. Porém, esse documento não prevê a necessidade em se estimar recursos materiais ou articulações intersetoriais a fim de estimular o provimento monetário necessário.

Outro ponto de interesse é a comunicação para com a população de riscos, bem como o pool de ações adotadas pelo governo. Além disso, há a necessidade de orientação acerca de medidas profiláticas e de controle nos diversos serviços de saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

c.3) Particularidades no transporte público

A densidade populacional de uma área urbana parece exercer papel fundamental na transmissão da COVID-19. Nessas localidades, o uso sistemático dos meios de transporte coletivo e o baixo índice de distanciamento social, permitem a facilitação dessa contaminação. Cidades como Nova Iorque sofrem devido à condensação de pessoas, à democratização dos espaços e ao uso intenso do espaço e do transporte público. Em cidades com menos acessibilidade e impregnada de desigualdades, a exemplo de São Paulo, o processo de disseminação foi mais errático. Isso torna a difusão do vírus menos universal. Parece que em cidades mais democráticas e com um excelente sistema de transporte público sofreram mais em um primeiro momento, mas foram mais efetivas em relação à mobilidade no período de *lockdown*, muito devido à abrangência e à possibilidade de uso restritivo de seus sistemas.

Quanto às cidades com deslocamento individual, por meio de veículos, houve um certo fator protetivo inicial para determinadas classes sociais, mas sobretudo aquelas que dependiam de uma mobilidade urbana ineficiente e insuficiente, pagaram um preço muito mais alto. No entanto, o transporte individualizado teria os pontos negativos dos engarrafamentos, dos acidentes automotores, do custo e da poluição ambiental, além da obsolescência do sistema coletivo a médio prazo. O grande desafio seria aliar o conceito de equidade social à eficiência do transporte de massa, melhorando o acesso e a qualidade e sobretudo prezando por um mínimo distanciamento (LEIVA *et al.*, 2020).

c.4) Gestão de risco e a governança na pandemia: as medidas adotadas no Brasil

Para avaliar as ações mais imediatas em relação à pandemia do COVID-19, não se pode negligenciar que os desdobramentos da mesma podem se projetar no futuro, influenciando aspectos não considerados no momento atual. É preciso planejar, reabilitar, reconstruir e recuperar todos os segmentos da vida moderna. Tais disrupções podem gerar um mecanismo de causa-efeito promovendo vulnerabilidade, em grande medida nos mais desfavorecidos econômica e socialmente.

Algumas medidas foram propostas pelos órgãos competentes e alguns vieses de suas aplicações (CEPEDES/ENSP, 2020): a) coordenação: em todas as esferas

do governo, seja na gestão de emergência, planejamento e monitoração das respostas; b) medidas de distanciamento social: visava reduzir o contato entre indivíduos e proteger os grupos de risco, mitigando a possibilidade de colapso do sistema público de saúde. Não guardaram a proporcionalidade relativa às diferentes situações de renda. Divergências ideológicas e de informação também polarizaram a sua efetividade. A ineficiência do transporte público dificultou a sua implementação. Instituição de atividades remotas e *home office*; c) controle das fronteiras: em qualquer modalidade de transporte, entre os estados, municípios e nas divisas internacionais; d) higiene coletiva: medidas de higienização aos acessos públicos, transporte e nos diversos locais; e) produtos: controle sobre abusos de preços e garantia de abastecimento; f) segurança: garantida lei e da ordem; g) medidas na saúde pública: sem a devida coordenação administrativa, foram adotadas de forma diversa entre os entes da federação. São elas: **otimização da atenção primária** (com o intuito de preservar o acesso em massa aos hospitais); **melhoria da atenção hospitalar e de emergência** (o SUS já era insuficiente antes da pandemia e apenas intensificou a posição de que há obsolescência e inércia de ações de gestão); **vigilância em saúde** (fundamental para a avaliação e proposição de resposta; manipulação adequada de cadáveres, com treinamento e insumos adequados teve a função diminuir a transmissão *post mortem*) e; **comunicação informativa** (com divulgação sob forma de boletins acerca da evolução e do *status* atual da pandemia, de modo a manter a população informada e atualizada).

d) Medidas adotadas em Campos dos Goytacazes

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a SARS-CoV-2 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. Apenas quatro dias antes, foi confirmado o primeiro caso no Estado do Rio de Janeiro e no dia 22 de março de 2020 foi confirmado o primeiro caso em Campos dos Goytacazes.

Em 17 de Abril de 2020, diante da declaração de área de transmissão comunitária no município de Campos dos Goytacazes, a Vigilância Epidemiológica orientava a mudança da fase de contenção para a fase de mitigação. Nesta fase, as

estratégias de vigilância e controle da pandemia foram alteradas para vigilância de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e para vigilância de Síndrome Gripal (SG) nas Unidades de Saúde. Nesta mesma datao Brasil confirmava 33.682 casos e 2.141 mortes por infecção pelo COVID-19. Em Campos dos Goytacazes, haviam sido notificados 159 casos. Neste momento inicia a publicação de informes epidemiológicos com o objetivo de orientar a população.

Em 2 de maio de 2020, o coeficiente de incidência de Campos dos Goytacazes era inferior ao do Brasil (46 casos/100.000 habitantes) e do Estado do Rio de Janeiro (41 casos/100.000 habitantes). Contudo, a cidade estava no 49º dia após a confirmação do primeiro caso enquanto o Estado está no 59º de acordo com a mesma referência temporal. Ao considerar o coeficiente de incidência do Estado no 49º dia após a confirmação do primeiro caso, Campos apresentava valor menor, o que provavelmente estava relacionado com a implementação do isolamento social anterior ao primeiro caso confirmado, diferentemente do Estado que já possuía 33 casos confirmados da COVID-19 quando implementou essa medida de mitigação.

Nesta data, havia 390 casos notificados de COVID-19 no município e várias medidas foram tomadas. Em relação a coordenação e gestão foi criado o Centro de Controle e Combate ao Coronavírus (CCC), ocorreram palestras de orientação para o uso consciente dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), foi implementado o fluxograma de atendimento para possíveis pacientes com sintomas da doença e capacitação de profissionais de saúde para atendimento aos casos de Covid-19.

Foi otimizada a atenção primária, com o intuito de preservar o acesso em massa aos hospitais, como a criação da central telefônica 192 para atendimento 24 horas por dia a casos suspeitos de coronavírus.

Foi realizada a licitação para compra de insumos hospitalares e aquisição de 1.000 kits para teste rápido de coronavírus.

Em relação a higienização coletiva, foi realizada a higienização sanitária das unidades de saúde, terminais rodoviários e no centro da cidade.

Foi estabelecido o fechamento de todos os estabelecimentos comerciais, com exceção dos que comercializam alimentos, água, gás, combustível e materiais de construção. Nestes, foi estipulado um novo horário, que passaram a funcionar de segunda a sábado das 8h às 20h, suspendendo suas atividades aos domingos. As aulas na rede municipal de ensino foram suspensas.

Setenta e duas horas após a confirmação do primeiro caso de infecção pelo

coronavírus em Campos dos Goytacazes, foram criadas barreiras sanitárias nos acessos ao município e a redução em 50% da capacidade de locação dos veículos do transporte público. Foi determinado, no transporte público, de que só circulassem veículos em que fosse possível abrir as janelas.

Foram tomadas medidas referentes ao controle sobre abusos de preços e garantia de abastecimento. Neste período foi decretado a proibição no corte do fornecimento de água e prorrogação no prazo de vencimento das contas de água e no pagamento dos débitos municipais.

Até 8 de maio de 2020, haviam sido notificados 398 casos de Síndrome Gripal (indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou coriza) e 135 casos (dados acumulados independentemente das altas hospitalares) de Síndrome Respiratória Aguda Grave (dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada dos lábios ou rosto). Em 6 de maio, foram distribuídos testes rápidos para as forças de segurança e instituições hospitalares. Nesta época, os profissionais de saúde que representavam 45,2% dos casos confirmados da doença, o que chamava a atenção para o risco ocupacional de transmissão e, conseqüentemente, para a necessidade de fortalecimento dos programas de educação continuada, das orientações para o uso correto dos equipamentos de proteção individual e das ações de vigilância da saúde do trabalhador.

Até 15 de maio de 2020, haviam sido notificados 739 casos suspeitos e confirmados da COVID-19. Observou-se um aumento importante no coeficiente de incidência da cidade de 31,0 para 55,0 casos por 100.000 habitantes ao considerar a projeção populacional da cidade pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2018. Ao considerar apenas os leitos do Centro de Controle e Combate ao Coronavírus a taxa de ocupação dos leitos de UTI chegava à 85% e a dos leitos de enfermaria à 95%. Estes valores estavam associados a baixa taxa média de isolamento social na cidade dos últimos 30 dias que era de 43,2%. Diante da análise implementava-se a medida de distanciamento social mais restritivo (*lockdown*), o que promoveu uma queda da mortalidade no início do mês de junho.

No fim de maio a região norte de saúde do Estado do Rio de Janeiro ocupava a 3^o colocação em relação ao número de casos confirmados da COVID-19 (2008

casos) entre as nove regiões de saúde do estado, com o maior número de casos na cidade de Campos dos Goytacazes (741 casos em 31 de maio) de acordo com os dados do estado.

Análise de Riscos, é uma área da pesquisa científica que visa avaliar, comunicar e gerenciar os riscos relacionados a atividades industriais (aviação, navegação, petróleo e gás) ou a saúde (epidemiologia, cardiologia), ou à ecologia e conservação da natureza.

A base para a análise de risco à saúde é o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), aprovado na 58ª Assembleia Mundial da Saúde em 2005. O RSI é um instrumento jurídico internacional vinculativo para 196 países em todo o mundo, que inclui todos os Estados membros da OMS. Seu objetivo é ajudar a comunidade internacional a prevenir e responder a graves riscos de saúde pública que têm o potencial de atravessar fronteiras e ameaçar pessoas em todo o mundo. Em relação as doenças infecciosas causadas por vírus, a avaliação do risco depende das características do microrganismo, incluindo o quão bem ele se espalha entre as pessoas; a gravidade da doença resultante; e as medidas médicas ou outras disponíveis para controlar o impacto (por exemplo, vacinas ou medicamentos que podem tratar a doença) e o sucesso relativo dessas medidas. Na ausência de vacinas ou tratamentos, as intervenções não farmacológicas se tornam a estratégia de resposta mais importante. Estas são intervenções comunitárias que podem reduzir o impacto da doença. Em 1º de junho de 2020, o Município de Campos dos Goytacazes – RJ implementou a avaliação de risco com base em um escore (pontos) para nortear a adoção de medidas de intervenção comunitárias.

O plano de retomada de atividades econômicas e sociais, prevê a transição gradual das medidas de isolamento social como meio de combate à disseminação do novo vírus. Este plano prevê a adoção de 5 (cinco) níveis, separados por fases com atribuição de cores, entre as quais haverá a previsão das atividades econômicas e sociais que serão restringidas ou liberadas, bem como a adoção de normas específicas para cada atividade, que foram elaboradas com base no nível de risco para disseminação e contágio do vírus, bem como a essencialidade das atividades. O monitoramento da evolução da epidemia é feito com a avaliação de dois indicadores destinados a mensurar a propagação da COVID-19 e a capacidade de atendimento do sistema de saúde. Os indicadores são calculados a partir de diferentes taxas e da capacidade hospitalar. Após a realização dos cálculos para cada uma das medidas e,

de acordo com o resultado obtido, é atribuído uma pontuação que ao final será somada e permitirá definir o nível de risco da cidade. Esta classificação de risco iniciou na fase laranja. Na terceira semana de junho, houve a primeira diminuição de casos novos desde o dia 8 de maio, porém como a taxa de ocupação de leitos de UTI continuavam em torno de 70% a cidade manteve-se na classificação de risco laranja.

Em 19 de junho iniciou a testagem em massa no município. Na última semana de junho, a manutenção da diminuição de casos novos de infecção pelo coronavírus, associado a uma diminuição da ocupação dos leitos de UTI fez com que em 1º de julho, a cidade saísse do nível quatro de risco (fase laranja) para o nível três de risco (fase amarela). Apesar da redução na taxa média de crescimento da ocupação dos leitos clínicos e de UTI quando comparado ao mês de maio, observa-se que a taxa média de ocupação desses leitos na saúde pública ainda estava acima de 70,0%.

O início da testagem em massa em diferentes grupos, tinha o objetivo de diminuir a velocidade de transmissão, reduzir o número de casos e encerrar os surtos se as medidas de prevenção e controle forem implementadas pelos casos identificados e pelas respectivas instituições.

Uma determinação do Ministério da Saúde (MS), através da Portaria Nº 1.792 publicada em 17 de julho de 2020³, que torna obrigatório para os laboratórios da rede pública, rede privada, universitários em todo o território nacional a notificação em até 24 horas de todos os resultados de testes diagnósticos para detecção do SARS-CoV-2. Assim, desde o início do mês de agosto a Vigilância em Saúde vem realizando treinamentos com as equipes dos laboratórios da rede de saúde suplementar do município em vista de orientar para as adequações necessárias relativas ao uso do sistema de informação E-SUS VE para a notificação dos casos suspeitos ou confirmados da COVID-19 submetidos à investigação laboratorial.

A partir desta publicação deverão ser notificados ao Ministério da Saúde todos os resultados de testes diagnósticos realizados, independente do resultado e da metodologia de testagem utilizada. Além disso, a partir desta publicação, os resultados de exames laboratoriais feitos pelos laboratórios privados deverão ser disponibilizados para os gestores locais do Sistema Único de Saúde (SUS) para atualização e conclusão da investigação. Diante desse novo contexto, ocorrerá aumento na velocidade de inserção dos casos sob investigação laboratorial. Observa-se aumento no registro de casos confirmados de infecção por SARS-CoV-2

na cidade a partir da 29ª semana epidemiológica. O aumento observado no número de novos casos da doença ocorreu após o início das notificações no sistema de informação E-SUS VE diretamente pelos laboratórios. Porém, observava-se manutenção de uma mantida tendência de redução da média de óbitos. A cidade continuava em classificação de risco amarelo.

4. Considerações Finais

Diante do exposto, conclui-se que em muitos aspectos, a urbanização promoveu considerável avanço a diferentes pontos do desenvolvimento humano. No entanto é evidente que a abrangência de suas vantagens não é rigorosamente igualitária e bem distribuída, muitas vezes marginalizando populações vulneráveis do ponto de vista econômico e social. Ademais, em muitos lugares, devido ao seu caráter errático, foi amplamente associado a processos de degradação ambiental. Essas vertentes explicam, em grande medida, a incidência de diversas doenças em indivíduos mais carentes.

O que fica evidente é o duplo padrão aqui exposto. Da mesma forma que a urbanização planejada e consciente promove saneamento e profilaxia, aquele modelo caótico do qual muitos brasileiros em situação de vulnerabilidade estão submetidos, gera (ao contrário), insalubridade e condições inadequadas de sobrevivência, facilitando a disseminação de doenças.

Todo esse aparato gerou o conceito de Cidades Saudáveis, como uma evolução natural da necessidade de promoção da saúde nos diversos espaços, que a partir dos anos 70 no Canadá, procurou suplantar tais desafios. Esses requisitos vão desde a limpeza e segurança do ambiente, até a acessibilidade e qualificação da prestação de serviços de saúde, passando ainda pela participação popular. E apesar da complexidade envolvida, existem mecanismos para tentar equacionar essas discrepâncias. Exemplo disso são leis e ações por parte do Estado, como o Estatuto da Cidade, o Plano Diretor e o Planejamento Urbano na Política Nacional de Promoção à Saúde.

Esse conceito de democratização dos espaços e da inclusão cidadã, acaba por ser testado em situações que fogem à regra. A epidemia do COVID-19, fragilizou os alicerces das modernas “estruturas” urbanas e seus diversos estamentos. Poucas

vezes no último século, o *layout* urbano foi posto à prova dessa maneira.

A soberania decisória de cada nação, ou mesmo dentro de cada ente federado nacional, evidenciou divergências de opinião, acertos e erros diversos. As divergências talvez exponham uma falsa segurança erguida no conceito da atual globalização.

Como exemplo dessa reflexão, o Brasil se comportou de forma muito similar aos demais países, apesar de ter traçado uma linha de ação diferente quando comparada às recomendações da OMS. Por sua enormidade continental, grandes desafios surgiram, desde a testagem até a logística. Faixas da população, alheias à plena atenção do Estado, mostraram enorme capacidade de resolutividade interna de seus problemas, a exemplo do que ocorreu nas comunidades carentes. Nesses locais, a capacidade de inventividade, a solidariedade e o uso das mídias sociais, mostrou-se como solução para diversos problemas aos quais o governo pôde pouco ou nada ajudar.

Ainda falando de Brasil, algumas características curiosamente relacionadas à algum grau de ineficiência urbana, como o transporte público de massa ineficaz e à enorme massa de veículos automotores, pareceu funcionar em certa medida como fator protetivo, visto que os deslocamentos urbanos eram mais individualizados. Apesar disso, é óbvia a participação de alguns pontos negativos, como os congestionamentos e acidentes oriundos dessa sobrecarga viária.

Na cidade de Campos dos Goytacazes, de acordo com a linha do tempo investigada, não houve um colapso efetivo do sistema de saúde frente à pandemia, ainda que tenha havido sobrecarga. Tal fato pode ser aventado, devido ao *gap* temporal entre a capital e o interior do estado do Rio de Janeiro. Muitas das medidas adotadas para o combate à pandemia iniciados na cidade do Rio, com a doença em curso, foram adiantados no interior, previamente à explosão de casos.

Medidas como distanciamento, controle de fronteiras, higienização coletiva, logística, controle de preços abusivos, segurança e medidas de saúde pública (tanto na atenção básica como no âmbito da emergência) foram tomadas em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde. E apesar da não completa efetividade, edificou resultados melhores do que os observados em outras cidades do Rio de Janeiro. A observação estatística eficaz, previu comportamento nas curvas de comportamento da doença e permitiu ações mais precoces, como o trânsito entre os diversos níveis de alerta e até mesmo o *lockdown*.

Apesar do desempenho razoável, há de se ressaltar que o curso poderia ainda ser mais efetivo, caso a integração de todo o sistema urbano se mostrasse mais eficaz e menos exclusivo, assim como o aporte ao sistema de saúde fosse mais pujante. É possível que, conforme orientação da OMS, a população fosse submetida à testagem maciça, os dados seriam mais sólidos, otimizando mais as medidas protetivas, estimando melhor os gastos necessários e isolando mais eficazmente e de forma precoce os doentes.

Por fim, é clara a associação de uma urbanização bem sedimentada e planejada com a efetividade de resposta às intempéries que afligem uma determinada população. Apesar de não ser tão evidente para o senso comum, existe um delicado imbricamento entre o urbanismo e a saúde, não podendo esses serem dissociados. Talvez, o aprofundamento teórico e experimental acerca dessa associação, por meio de novos estudos, possa ainda lançar uma maior luz sobre esse tema fundamental tangente ao crescimento sustentável das cidades.

5. Referências

BRASIL. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Centro de Operações de Emergências. v. 1, p. 22, **Ministério da Saúde**, Brasília/DF, 2020.

BRASIL. Ações do Ministério da Saúde avançam para fortalecer estados e municípios durante a pandemia. **Ministério da Saúde**, 20 ago. 2020b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47377-acoes-do-ministerio-da-saude-avancam-para-fortalecer-estados-e-municipios-durante-a-pandemia>. Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constitui%EAo_Compilado.htm. Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020a**: Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735#:~:text=Art.,objetivam%20a%20prote%C3%A7%C3%A3o%20da%20coletividade>. Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 9 de junho de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 out. 2020.

CEPEDES/ENSP. **A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil.** Análise dos decretos estaduais no primeiro mês. p. 87, 2020.

DA COSTA, E. Da ação em saúde à ação para a saúde. *In:* ALDEMIR, J.; ALVES, G. **Geografia em Saúde: ambientes e sujeitos sociais no mundo globalizado**, p.71-93. Manaus, 2016.

DUHL, L. J. *Conditions for Healthy Cities: diversity game boards and social entrepreneurs.* **Environ Urban**, nº5, v. 2., p.112-124.

FRANCO, Glenda Sabrina Morales. **Acesso a medicamentos:** um estudo sobre a judicialização e o fornecimento de medicamentos. 2019, 108 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª edição. Ed. Atlas, São Paulo, 2010.

GOMES, Bruno Silva de Moraes Gomes; BASTOS, Suzana Quinet de Andrade e FERES, Flávia Lucia, **Espaços Urbanos Saudáveis e os Determinantes Sociais da Saúde (DDS)**, 2014, p. 1/2). Disponível em: <https://www.ufjf.br/encontroeconomiaaplicada/files/2014/05/ESPA%c3%87OS-URBANOS-SAUD%c3%81VEIS-E-OS-DETERMINANTES.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

GUIMARÃES, Raul Borges; DA COSTA, Nuno Marques e NOSSA, Paulo Nuno. **Saúde Urbana e Território:** dos desafios pré e durante a pandemia às respostas pós pandemia, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000200200&tlng=pt. Acesso em: 02/11/2020.

HANCOCK, T., DUHL, L. **Healthy Cities: promoting health in the urban context.** *World Health Organization.* Copenhagen, 1986.

LEIVA, G. de C.; REIS, D. S. dos; FILHO, R. D. O. Estrutura urbana e mobilidade populacional: implicações para o distanciamento social e disseminação da Covid-19. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 37, p. 1–22, 2020.

LOURO, A.; DA COSTA, E. M.; A cidade saudável no planejamento municipal: exemplos de atuação na área metropolitana de Lisboa. *In:* SOARES, B. R. *et al* (org). **Construindo cidadessaudáveis: utopias e práticas**, p.33-68, Uberlândia, 2017.

MATOS, T. da S. Covid-19 nas Favelas: Desigualdades Sócioespaciais e Novas Formas de Organização. **Revista Discente do Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFF**, v. 5, n. 10, p. 1–5, Niterói, 2020.

MENDES, R. Cidades Saudáveis no Brasil e os Processos Participativos: os casos de Jundiaí e Maceió (Tese). USP, 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06112004-211843/pt-br.php>

NAJAR, A. L.; MARQUES, E. C. A sociologia urbana, os modelos de análise da metrópole e a saúde coletiva: uma contribuição para o caso brasileiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 8(3), pp.703-712. Rio de Janeiro, 2003.

OLIVEIRA, Wanderson Kleber de et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 02, abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Comissão de determinantes sociais em saúde. Relatório Final. Disponível em: http://determinantes.saude.bvs.br/doc/relatoriofinal_CDSS_OMS.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *El Movimiento de municipios saludables em America*, 1992.

PADILHA, Rodrigo. **Direito constitucional**. 6. ed. São Paulo: Método, 2020.

PEREIRA, Evangelos Adriano, **O Movimento Cidades Saudáveis e seu desenvolvimentono Brasil**, 2014, p. 11/12; 31; 33; 46; 78). Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/22868/1/ve_Evangelos_Adriano_ENSP_2014. Acesso em: 02/11/2020.

SPERANDIO AMG *et al.* Desenvolvimento de Consórcios Regionais e Redes Sociais para Urbanismo saudável. **Revista de Arquitetura da IMED**, u2, n2, 2013, P. 96-107. Disponível em: seer.imed.edu.br/index.php/arqimed/article/download/435/423. Acesso em 05 out. 2020.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

TAYLOR, M. *Healthy Cities Movement. Working Paper for Lancelot Comission Healthy Cities, 2010*. Disponível em: <https://www.ucl.ac.uk/healthy-cities/outputs/workingpaper>. Acesso em: 05 out. 2020.

VIANNA, P. V. C.; OLIVEIRA, J. Saúde e Cidade: possibilidades e limites de transformação urbana nas propostas de saúde coletiva. 14º ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR. Rio de Janeiro, 2011.

WANG, C. J.; NG, C.V.; BROOK, R.H. *Response to Covid-19 in Taiwan: big data analytics. New technology and Proactive Tesling*. JAMA, Chicago, 2020. Disponível em <https://bit.ly/2yB3CDU>. Acesso em 20 mar. 2020.

WESTPHAL, M. F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1), pp.39-51. Rio de Janeiro, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease pandemic**. Genebra, 2020. Disponível em <https://bit.ly/36Bdjid>. Acesso em 02 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Operational Planning Guidelines To Support Country Preparedness and Response**. n. May, p. 17, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report urban health: equitable healthier citiesfor sustainable development**. Genebra, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/36Bdjid>. Acesso em: 02 fev. de 2020.