

GT 14 Mobilidade, migração e espaço urbano
INTERSEÇÃO ENTRE MOBILIDADE E POLÍTICAS DE SAÚDE
EM NOVA FRIBURGO
Anna Paula C. do Nascimento

Resumo

A falta de acessibilidade nas ruas e opções de transporte, contribuem para um cenário em que várias pessoas enfrentam restrições em suas capacidades de viagem, afetando assim seu acesso a serviços essenciais, particularmente aqueles relacionados à saúde. O objetivo desta pesquisa é analisar a interação entre vulnerabilidade social, estratégias de saúde pública e desenvolvimento urbano em Nova Friburgo, Rio de Janeiro, no que diz respeito à mobilidade e ao acesso à saúde para pacientes debilitados que revela a falta de cumprimento integral das medidas propostas. Embora exista um plano diretor que foi parcialmente implementado, as estratégias de mobilidade atuais são insuficientes para permitir que os residentes trafeguem livremente pela cidade para acessar serviços essenciais que podem não estar disponíveis nas imediações.

Palavras-chave: acessibilidade, mobilidade, saúde.

1- INTRODUÇÃO

A mobilidade no Brasil enfrenta desafios significativos, refletindo uma complexa rede de questões que impactam diretamente diversos grupos sociais. A infraestrutura inadequada de transporte, o custo relativamente alto dos mesmos, aliados à falta de acessibilidade nas ruas e nos meios de transporte contribuem para uma realidade em que muitos cidadãos se veem limitados em sua capacidade de se deslocar, comprometendo, por conseguinte, o acesso a serviços essenciais, como, por exemplo, os relacionados à saúde. No caso de pessoas com mobilidade reduzida, idosos e outras comunidades vulneráveis, o problema se agrava devido à escassez de calçadas adaptadas, transporte público acessível e a inadequação de espaços públicos, que são alguns dos obstáculos que exacerbam as dificuldades enfrentadas por estes (Caribé, 2019).

Segundo estimativa da OMS, mais de um bilhão de pessoas possui algum tipo de deficiência e tal estimativa também concluiu que a acessibilidade abarca a acessibilidade física, de informação, econômica e a não discriminação como um dos quatro pilares do Direito à saúde aliados a disponibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços prestados (OMS, 2022).

Durante a pandemia do COVID-19, a população precisou usar frequentemente o Sistema Único de Saúde em virtude do novo coronavírus que assombrava o país. Frente ao caos instaurado no ano de 2020 no Brasil, as populações mais pobres e carentes, que tem

residência fixada em ambientes mais distantes dos centros, instalando-se, na maioria das vezes, em periferias ou favelas, tiveram seu acesso ao Sistema da Saúde ainda mais dificultado, considerando que boa parte dos hospitais, postos de saúde, UPAS, UBS, entre outros, ficam distantes das residências ou não conseguem atender a demanda local .

A Nota Técnica realizada pelo Instituto IPEA no ano de 2020 demonstrou que, em alguns Estados a população não conseguiu ter o acesso à saúde facilitado, pois a sua região não dispunha de atendimentos ou a área instalada mais próxima não atendia casos graves, tendo que se deslocar a hospitais de grande porte.

Segundo Wener (2019), categorizado como direito fundamental, o direito à saúde deve ser concretizado através do projeto constitucional denominado Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em três princípios basilares: da igualdade, do acesso universal e da integralidade. A sua estrutura pressupõe a participação consciente da comunidade e o fortalecimento do sistema federativo, por ser desenhado com base em uma rede hierarquizada e regionalizada, com ênfase na atuação dos Municípios.

O direito à saúde é um direito fundamental que desempenha um papel crucial na promoção da dignidade humana e na construção de uma sociedade justa e igualitária. No Brasil, esse princípio fundamenta-se na compreensão de que o acesso a serviços de saúde adequados é essencial para o pleno desenvolvimento e bem-estar de cada indivíduo. O artigo 6º da Constituição Federal de 1988 defende o direito à saúde como um dos direitos sociais, estabelecendo a responsabilidade do Estado em garantir políticas públicas que assegurem o acesso universal, gratuito e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Além disso, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e a Lei nº 8.142/1990 delineiam os princípios, diretrizes e responsabilidades do sistema de saúde brasileiro, consolidando a importância do direito à saúde como uma prioridade inalienável no contexto jurídico nacional., da a saúde o status de direito social de todos e dever do Estado cabendo ao poder público a sua regulamentação ,fiscalização e controle, “Através de uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único,” Constituição Federal de 1988

Diante da constatação de que há uma desigualdade na distribuição dos equipamentos coletivos de atendimento à saúde, como é o caso de várias cidades brasileiras, entre elas Nova Friburgo, uma situação de mobilidade precária compromete o acesso à saúde dos indivíduos da parcela mais pobre da população, pois afeta em muitos aspectos desde a gestão da condição do paciente até a definição do tratamento adequado. A mobilidade limitada, muitas vezes decorrente de barreiras urbanísticas e deficiências na infraestrutura de transporte, compromete

diretamente a capacidade desses indivíduos de buscar atendimento médico regular e realizar exames periódicos em locais distantes de sua residência. Para os que possuem algum tipo de limitação física, falta de acessibilidade em calçadas e a ausência de transporte público adaptado tornam os deslocamentos para consultas médicas, laboratórios ou centros de tratamento uma tarefa árdua, muitas vezes impossibilitando o cumprimento adequado do plano de cuidados.

Diante desse quadro, o objetivo deste estudo é analisar de que maneira as relações entre vulnerabilidade social, políticas públicas de saúde e planejamento urbano em Nova Friburgo, Rio de Janeiro, se relacionam com a mobilidade e o acesso à saúde dos pacientes debilitados. Devemos, então, investigar e analisar alguns dos pontos abordados nessa introdução.

2-DIREITO À CIDADE E SAÚDE PÚBLICA

O conceito de direito à cidade foi originalmente formulado pelo pensador marxista Henri Lefebvre em seu livro “O Direito à Cidade”, publicado em 1968. Lefebvre afirma que a produção do espaço é influenciada pela luta de classes, com várias classes, facções e grupos de classes atuando como atores-chave nesse processo. Ele argumenta que o espaço reflete a luta de classes em andamento, que é particularmente evidente na sociedade contemporânea.

A perspectiva de Lefebvre desafia as normas sociais existentes, sugerindo que a sociedade moderna falha em abordar as questões urbanas de forma eficaz, confiando, em vez disso, em pequenas intervenções técnicas que perpetuam o status quo. Essa visão crítica vai além do acesso individual aos recursos públicos, enfatizando o esforço coletivo para imaginar uma cidade mais justa e equitativa que priorize oportunidades iguais de bem-estar, reconhecimento e participação democrática.

No campo da política urbana, Castells (1983) aponta a importância do planejamento urbano como uma via prática para enfrentar os desafios da política urbana e utilizar ferramentas de pesquisa. Surgiram críticas em relação à distribuição desigual dos serviços públicos, especialmente no que diz respeito à habitação e ao transporte, bem como ao nível de controle exercido pelos órgãos governamentais.

Castells (1983) enfatiza ainda mais a necessidade de analisar o espaço urbano de forma abrangente, considerando suas dimensões econômica, política, ideológica e institucional,

juntamente com suas características simbólicas e centrais. A interação de fatores como produção, consumo, troca e governança molda as estruturas e a cultura urbanas.

O aumento da complexidade econômica levou a uma complexidade do tecido social e do espaço urbano e refletiu nos efeitos destas na saúde dos indivíduos e como se davam de modo diferenciado segundo a classe social a que pertenciam. Contudo algumas doenças eram mais “democráticas” e ao surgirem numa determinada classe e fração do espaço se espalhava e atingia as classes privilegiadas. Surgiu então a necessidade de pensar na população e no espaço como uma totalidade afim de evitar que uma doença de uma classe atingisse as demais. Percebe-se que a saúde devia ser tratada de forma coletiva e pelo Estado, surgindo o embrião da Saúde Pública, inserida num contexto mais amplo do Urbanismo e do Planejamento Urbano.

3-OS DESAFIOS DA MOBILIDADE URBANA

Com o passar dos anos e avanços da ciência, a população tem crescido exponencialmente e, assim, também evoluem e se complexificam as cidades. As pequenas e grandes cidades, à medida que o mundo foi evoluindo, foram desenvolvendo-se, tornando-se cada vez mais populosas. De fato, tudo isso implica na necessidade “de um gigantesco movimento de construção urbana necessário para o assentamento residencial dessa população, bem como para a satisfação de suas necessidades de trabalho, abastecimento, transporte, saúde, energia, água, etc.” (Maricato, 2000, p. 21).

Segundo Silmara Vieira da Silva (2023, p. 2)

“compreender as relações entre mobilidade urbana e o processo saúde-doença requer compreender a mobilidade como um processo indissociável da vida humana em sociedade. Desde as sociedades coletoras até as complexas sociedades pós-industriais, precisamos nos mover, seja para cumprir necessidades básicas como alimento e abrigo ou para cumprir necessidades mais elaboradas, como as que integram a vida cotidiana no mundo contemporâneo (trabalho, estudo, cuidados, segurança, cultura, entretenimento etc.). “

Por outro lado, esse crescimento populacional nem sempre foi acompanhado de um adequado planejamento quanto à questão da mobilidade urbana e infraestrutura, e “ainda que o rumo tomado pelo crescimento urbano não tenha respondido satisfatoriamente a todas essas necessidades, o território foi ocupado e foram geradas condições para viver nesse espaço” (Maricato, 2000, p. 21,).

O poder público, de uma forma geral, é responsável por garantir a integridade dos cidadãos, assegurando-lhes uma cidade habitável e com qualidade de vida. Importante destacar que a mobilidade não é o mero deslocamento de um lugar para o outro, pois envolve inúmeros fatores do início ao fim desse processo, assim, devem ser observadas três dimensões. A primeira compreende o tempo que está associado à duração do deslocamento e o modo de transporte (carro, ônibus, bicicleta, etc.); a segunda está ligada ao percurso, à acessibilidade, às vias de circulação e ao modo em que os transportes são deslocados; a terceiro e última dimensão concerne ao papel do Estado como garantidor das condições de conforto e segurança à população no processo de deslocamento, evitando acidentes ou intercorrências pessoais, como por exemplo, atrasos (Lopes; Martorelli; Da Costa, 2020, p.26-27).

4 - MOBILIDADE E SAÚDE

Inicialmente é importante compreender que relação entre mobilidade urbana e o processo saúde-doença perpassa o entendimento que a mobilidade é indissociável da vida humana em sociedade. Desde as sociedades coletoras até as complexas sociedades pós-industriais, precisamos nos mover, quer para cumprir necessidades básicas como alimento e abrigo quer para cumprir necessidades mais elaboradas como acesso a equipamento de saúde (Caribé, 2019).

Quando se trata da questão mobilidade e saúde em pacientes, diversos obstáculos nos percursos usados pelas pessoas que se dirigem aos ambientes de cuidados de saúde e reabilitação, representam iminentes riscos de acidentes. Isso ocorre porque na sociedade capitalista se tem por fundamento, os seus sistemas de mobilidade focados na produção e reprodução do capital, convertendo em mercadoria as diferentes dimensões da vida: morar, trabalhar, estudar, se alimentar e se deslocar e, conseqüentemente reproduzem a desigualdade social da cidade, restringindo a acessibilidade para muitos indivíduos e grupos em todo o mundo. Um dos resultados é que esses obstáculos ou barreiras dificultam o acesso regular de pessoas com deficiência (PcD) ou mobilidade reduzida (MR) ao atendimento de diversas necessidades, entre essas as de cuidados de saúde e reabilitação, comprometendo o bem-estar, a qualidade de vida e a inclusão social desses indivíduos e grupos.

O conceito de "direito à cidade" é essencial para entender como a mobilidade, o acesso a serviços de saúde e a qualidade de vida dos habitantes se relacionam, especialmente em cidades como Nova Friburgo. O direito à cidade, foi formulado por Henri Lefebvre em seu livro O Direito à Cidade em 1968, diz que “ a luta de classes intervém na produção do espaço,

produção da qual as classes, frações e grupos são os agentes” todos os cidadãos têm o direito de não apenas viver em uma cidade, mas também participar de sua construção, usar seus recursos e serviços e alterar seu ambiente de acordo com suas necessidades e desejos.

Nas palavras de David Harvey o Direito à Cidade é o direito de mudar a nós mesmos, mudando a cidade. Ademais; é um direito coletivo e não individual, já que essa transformação depende do exercício de um poder coletivo para remodelar os processos de urbanização. A liberdade de fazer e refazer as nossas cidades, e a nós mesmos é, a meu ver, um dos nossos direitos humanos mais preciosos e ao mesmo tempo mais negligenciados.

As diferentes condições de mobilidade, fenômeno subjacente às características físicas, geográficas e sociais do espaço urbano, podem representar maior ou menor riscos de adoecimento e morte, a depender de onde as pessoas moram (centro, periferia, áreas com infraestrutura e com ofertas de emprego e serviços, áreas urbanisticamente precárias), da distância do local da residência aos serviços de saúde, por onde e em que horários elas circulam e de que forma se locomovem (a pé, de bicicleta, moto, carro, ônibus, metrô etc.). Quanto maior, mais disperso e desigual o território urbano, mais desafios são impostos à população para os seus deslocamentos cotidianos, especialmente à população de baixa renda, que reside em regiões periféricas, uma vez que a reprodução das desigualdades do sistema capitalistas ocorre também na mobilidade urbana.

No Brasil, um terço da população nas grandes cidades vive em áreas periféricas (**IBGE, 2017**). Assim, trabalhadores geralmente, são obrigados a percorrer longas distâncias para chegar a centros de emprego e serviços essenciais, com uma distância média de 16 km (Alelo, 2016). A maioria desses indivíduos depende fortemente dos sistemas de transporte público, que normalmente são caracterizados como insuficientes, disponibilidade inadequada, qualidade abaixo do padrão e atendem principalmente ao trajeto diário entre residências e locais de trabalho (**Araújo et al., 2011**).

5- A QUESTÃO DA MOBILIDADE EM NOVA FRIBURGO

A mobilidade abrange não apenas a acessibilidade física, mas também possui uma conexão inerente com a qualidade de vida dos indivíduos e, no caso da sua relação com a saúde, a capacidade de cumprir os tratamentos prescritos e os cuidados necessários para controle da doença.

Além disso, a análise da mobilidade e acesso à saúde destaca disparidades regionais e urbanas significativas. Em áreas urbanas, ocorre a concentração de serviços de saúde, principalmente os de maior complexidade, nas áreas centrais e isso pode criar desafios

adicionais para aqueles que residem em bairros periféricos, onde a infraestrutura de transporte e/ou os recursos médicos podem ser escassos. Em municípios que possuem regiões mais distantes ou rurais, a falta de centros de saúde especializados e a precariedade das vias de acesso podem resultar em dificuldades ainda maiores para a população em busca de tratamento médico.

Nessas condições, os pacientes debilitados e em vulnerabilidade social são altamente afetados pela falta de mobilidade, aumentando o risco de complicações graves, especialmente aquelas relacionadas ao agravamento de doenças. Esses efeitos são visíveis tanto social quanto individualmente, mostrando uma realidade difícil para aqueles pacientes. A mobilidade limitada pode impedir que os pacientes consultem seus médicos rápida e regularmente, o que pode resultar em diagnósticos atrasados, tratamentos ineficazes, agravamento de casos e até o óbito. Estudos mostram que a falta de acesso médico rápido aumenta a probabilidade de complicações graves, como em casos de doenças cardíacas, câncer e diabetes, entre outras. Para melhor analisar com mais profundidade essa questão, tomaremos como referência o caso específico do município de Nova Friburgo.

Nova Friburgo é um município situado na Região Serrana do estado do Rio de Janeiro, Brasil, com uma área de 935,429 km² e dista 187 quilômetros da capital estadual. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, a população residente era de 189.939 habitantes, sendo considerado o 16º mais populoso do estado e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) atinge 0,745, ocupando a 13ª posição no mesmo estado.

Como está situado em uma região montanhosa e com núcleos populacionais relativamente distantes, o programa de atendimento à saúde em Nova Friburgo, encontra obstáculos distintos relacionados à questão da mobilidade. As ações tomadas para aumentar a disponibilidade de serviços médicos para pacientes em vulnerabilidade social são uma maneira de avaliar a eficácia das políticas públicas e diante do quadro de dispersão dessa população, a disponibilidade de transporte público eficiente e adaptado, calçadas acessíveis e medidas preventivas para as pessoas debilitadas, que realizam acompanhamento ambulatorial e hospitalar constante é um dos itens fundamentais a serem utilizados nessa avaliação.

Portanto, compreender a relação entre mobilidade precária e acesso à saúde de pacientes debilitados e vulneráveis socialmente é importante para desenvolver estratégias eficazes que atendam às necessidades específicas desses pacientes, garantindo que eles possam usufruir plenamente do direito à saúde, independentemente das barreiras de mobilidade que possam enfrentar em seu cotidiano.

Sobre a mobilidade urbana, podemos afirmar que está centrada em uma noção fundamental: ela prospera apenas no contexto da coletividade e não pode ser adequadamente compreendida pelas lentes do individualismo. A intrincada teia de milhões de rotas exige uma abordagem holística em vez de considerações isoladas para cada viagem específica (Caribé, 2019). Ainda segundo Caribé (2019), a mobilidade urbana é baseada em uma ideia básica: ela só pode funcionar no contexto da coletividade e não pode ser vista apenas a partir do ponto de vista do individualismo, sendo assim é necessária uma abordagem holística, em vez de considerações específicas para cada viagem em particular.

A constituição Federal de 1988 efetivou o direito de ir e vir, expresso no artigo 5º, garantindo a liberdade de todo o cidadão de se locomover, seja nas cidades ou por todo o território nacional, não podendo Estados e Municípios de forma arbitrária restringir essa liberdade. Todavia, essa realidade está longe de ser cumprida plenamente, pois mesmo que não haja ações deliberadas nesse sentido, essas restrições ocorrem pela inação e/ou omissão do poder público no enfrentamento da questão. Embora nossa compreensão da mobilidade seja crucial para a operação de cada conglomerado urbano, ela está repleta de desafios estruturais duradouros que desafiam a sua resolução.

A partir de 2023, uma década após os protestos de junho de 2013 desencadeados pelo aumento das tarifas de ônibus, os problemas persistentes parecem ter se exacerbado potencialmente. As tarifas exorbitantes, as estruturas de custos opacas dos serviços de transporte público, a qualidade inferior e a negligência governamental contribuem para os dilemas predominantes. Esses desafios vão além das redes de ônibus para abranger infraestrutura insuficiente para bicicletas, ruas e passarelas intransitáveis, uma presença avassaladora de automóveis nas ruas e estradas e pouca acessibilidade para quem precisa.

Segundo Santos & Guerreiro (2012) o objetivo da construção de redes é sempre buscar solucionar problemas que se apresentam na distribuição dos serviços e consequente equilíbrio, qualitativo e quantitativo no atendimento à população. No caso em questão falamos de redes específicas, a de saúde e a de mobilidade. A lacuna existente na literatura em relação à correlação entre mobilidade, saúde e prevenção de agravamentos à saúde enfatiza a necessidade urgente de investigação e compreensão mais aprofundadas desse fenômeno complexo.

A compreensão dessa relação é fundamental, devido aos impactos significativos que a falta de mobilidade pode ter na saúde e na qualidade de vida dos pacientes em situação de vulnerabilidade social. A mobilidade limitada pode impedir o acesso direto aos cuidados de

saúde, dificultando a identificação rápida de doenças básicas e suas complicações e a implementação de medidas preventivas eficazes. Além disso, compreender essa relação é fundamental para municiar de informações as políticas públicas e intervenções direcionadas que visam melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde e promover estratégias de prevenção mais eficientes. Ao abordar a interseção entre mobilidade, saúde e prevenção, particularmente em contextos locais, como o programa de saúde de Nova Friburgo, jogamos um pouco de luz nesse debate.

O problema da pesquisa reside na necessidade de compreender em que medida as políticas públicas de saúde e mobilidade estão efetivamente abordando os desafios enfrentados por essa população vulnerável. A pergunta que fundamenta o estudo é: até que ponto as iniciativas atuais do programa de saúde de Nova Friburgo influenciam a mobilidade e a prevenção de doenças na população vulnerável socialmente? Nesse sentido, a presente pesquisa tem por **objetivo** investigar, por meio de documentos e da literatura, o nível de acessibilidade e mobilidade dos pacientes em Nova Friburgo, identificando as principais barreiras de acesso ou urbanísticas que dificultam o acesso aos serviços de saúde.

A Lei Orgânica Municipal de Nova Friburgo, que entrou em vigor em 12 de dezembro de 2018, estabelece os princípios e diretrizes básicos que regulam a estrutura e o funcionamento do governo local. Em suas cláusulas, destacam-se vários artigos que ressaltam a salvaguarda das liberdades essenciais, a transparência nas operações governamentais e o avanço da inclusão e integração social.

Os artigos 285 e 294 tratam de políticas urbanas e ambientais, fazem referência `a áreas que estão interconectadas e que sua operação é cíclica. O inciso VI enfatiza a importância da mobilidade urbana e da acessibilidade. Isso significa que o planejamento urbano deve pensar em como as pessoas podem se mover pelas cidades e garantir que todos tenham acesso aos espaços públicos e privados.

O artigo 285. trata da política urbana e ambiental que é sistêmica e cíclica, abrangendo :mobilidade e acessibilidade que é complementado pelo art.294 que trata do plano diretor e política municipal de desenvolvimento urbano que institui medidas estruturantes de mobilidade e acessibilidade urbana.

De acordo com o artigo 631 do plano diretor, o município deve tomar medidas para fornecer melhor infraestrutura urbana e melhores condições de convívio social para pessoas com

deficiência ou com a mobilidade reduzida. Isso inclui garantir a acessibilidade em locais públicos, privados ou coletivos.

Apesar de ter como foco a qualidade de vida da população e a facilidade de acesso e apoiar o desenvolvimento sustentável e inteligente da cidade, o Plano Diretor de Nova Friburgo, na prática, principalmente após a pandemia do COVID-19, ainda está sendo executado com muitas dificuldades e muita coisa ficou somente no papel.

Os artigos extraídos do Plano Diretor de Nova Friburgo destacam a ênfase dada à mobilidade e acessibilidade urbanas, reconhecendo sua importância para o avanço sustentável da cidade. Mas as políticas de desenvolvimento urbano sustentável e de cidades inteligentes não foram postas em prática desde 2018.

No CAPÍTULO XVIII - Da Mobilidade e Acessibilidade Urbana e dos Serviços de Transporte ,do Plano Diretor de Nova Friburgo, destacam a ênfase dada à mobilidade e acessibilidade urbanas, reconhecendo sua importância para o avanço sustentável da cidade onde são obrigações do governo municipal como, por exemplo: garantir direito de ir e vir , prioridade de pessoas a veículos, melhoria da mobilidade e acessibilidade urbana e contribuir para o acesso universal `a cidade.

No entanto, observações importantes podem ser feitas, em relação à implementação do Plano Diretor; primeiro lugar, há uma falta de especificidade e elaboração. Apesar do objetivo declarado de melhorar a mobilidade e a acessibilidade na cidade, não há informações precisas sobre os métodos de obtenção, medidas, estratégias e prazos de implementação e no que diz respeito a práticas sustentáveis e cidades inteligentes, pouco foi feito nos últimos anos.

Em segundo lugar, a ambiguidade envolve práticas sustentáveis e cidades inteligentes: embora o texto faça referência à utilização de práticas sustentáveis adaptadas às especificações de cidades inteligentes, ele não consegue elucidar a natureza dessas práticas. É importante explicar quais tecnologias ou metodologias sustentáveis serão adotadas e como elas serão executadas. Além disso, a ausência de alusões específicas ao meio local é evidente: a formulação de políticas de mobilidade e acessibilidade deve levar em consideração os atributos distintos de Nova Friburgo, abrangendo sua topografia, densidade populacional e infraestrutura atual. Sem referências explícitas ao contexto local, existe o risco de formulação de políticas genéricas que atendam inadequadamente às necessidades genuínas da cidade.

Além disso, há uma omissão gritante de mecanismos de monitoramento e avaliação: nenhum mecanismo é estipulado para supervisionar e avaliar a eficácia das políticas propostas. A ausência de tais mecanismos torna difícil verificar se as medidas implementadas contribuem genuinamente para a melhoria da mobilidade e acessibilidade urbanas. Em essência, os artigos evidenciam uma preocupação legítima com a mobilidade e acessibilidade urbanas; no entanto, eles carecem de especificidade, transparência, alinhamento com as circunstâncias locais e adesão à legislação existente. Para alcançar esses objetivos de forma eficaz, um plano meticuloso e abrangente é imperativo, abrangendo medidas específicas, objetivos quantificáveis e mecanismos de monitoramento e avaliação.

Inicialmente é importante trazer os conceitos de barreiras expostos no art3º da Lei 13.146, Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência “obstáculos urbanos, barreiras arquitetônicas e barreiras de transporte, que constam no Estatuto da Pessoa com Deficiência. Esses obstáculos podem restringir a mobilidade de pessoas com deficiência ou mobilidade limitada. Para superá-los, são necessárias modificações como retificação de superfícies irregulares, instalação de rampas, elevadores e outros recursos em edifícios, bem como melhorias nos sistemas de transporte para torná-los acessíveis a todos. Entre essas barreiras temos:

- a) “barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo”. Essas barreiras impõem dificuldades, riscos e até impedem a mobilidade de algumas pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.
- b) “barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados”. Para removê-las, algumas características que os prédios devem ter são rampas, elevadores e outros equipamentos para a mobilidade entre os andares, banheiros adaptados, espaço e estrutura adequados para o uso de cadeira de rodas, piso tátil, corrimãos, entre outras.
- c) “barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes”. Algumas adequações necessárias são estações, pontos de parada, terminais e veículos seguros e acessíveis, com recursos de comunicação acessíveis, e vagas nos estacionamentos reservados para pessoas com deficiência e comprometimento na mobilidade.
- d) “barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação”.

e) “barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.”

f) “barreiras tecnológicas: as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias.”. Exemplos de recursos para removê-las são leitores de telas para o acesso a computadores, smartphones e TVs.

Analisando cada uma dessas barreiras, podemos verificar que atuam de maneira diferenciada, mas que em comum dificultam ou inviabilizam o acesso a bens e serviços. No caso das barreiras geográficas, segundo Oliveira, Travassos & Carvalho (2004) elas traduzem a dificuldade imposta pelo espaço em relação aos usuários dos serviços de saúde, no sentido de que quanto maior a distância, menor a utilização dos serviços de saúde.

Em relação às barreiras financeiras, elas são um enorme obstáculo para o acesso aos serviços de saúde, no estudo realizado pelo da utilização de serviço de saúde foi testado no clássico experimento (Health Insurance Experiment) da Rand Corporation, realizado nos Estados Unidos em 1982, onde constatou-se que quando os pacientes precisam participar do custeio com os medicamentos a adesão aos tratamentos diminui, sendo os mais pobres mais afetados nesse pela barreira financeira.

As barreiras organizacionais tratam das características da organização dos serviços e dos tipos /qualidade dos serviços que facilitam ou limitam a sua utilização, por exemplo: horário de funcionamento dos serviços, tempo de espera para receber atendimento, profissional que executará o atendimento e técnica de acolhimento. Estas dependem de um modelo organizacional que atenda igualmente, mas de maneira específica, as diferentes parcelas da população, o que, em geral, não é planejada e implementada adequadamente.

E por último temos a barreira de informação que diz respeito sobre a importância da divulgação informações relevantes sobre o sistema de saúde, as doenças e alternativas terapêuticas como facilitadoras na utilização dos serviços para o conjunto da população, também de forma igualitária, mas específica para cada segmento social, para atingir e municiar os indivíduos sobre como acessar aos seus direitos. Essa barreira denota os diferentes níveis de capital cultural das pessoas e grupos, excluindo parcelas consideráveis da população a esses serviços por falta de conhecimento e interpretação de mensagens veiculadas inadequadamente para esses grupos.

Dentro das barreiras urbanísticas, temos a segregação urbana utilizada para separar a cidade em regiões distintas sob o aspecto social e econômico. Segundo Villaça

(2001, p. 142) “é um processo segundo o qual diferentes classes ou camadas sociais tendem a se concentrar cada vez mais em diferentes regiões gerais ou conjuntos de bairros das metrópoles”.

Atuando como barreira para o acesso à saúde, no Estudo realizado por Pereira, Rodrigues (2009) no distrito de São Pedro da Serra, em Nova Friburgo houve a constatação que:

“O Plano Diretor participativo é um documento de suma importância para a discussão e implementação das estratégias de promoção da saúde. Pelos seguintes motivos: é um meio de gestão territorial colocando em campo o futuro das cidades e além da questão ambiental a saúde deveria ser um tema norteador. Ao constatar a ausência de participação popular e da saúde como princípio norteador, propôs, ao final como alternativa a essa abordagem, a reflexão sobre o uso de novas territorialidades e a inserção mais ativa da saúde pública em sua elaboração apresentam-se como caminhos viáveis”.

Esse conjunto de contradições entre o que é escrito e o que é realizado faz com que haja uma desigualdade na mobilidade entre os moradores dos diversos bairro do município, o que é agravado por dificuldades individuais, como, por exemplo, no caso de pessoas afetadas por determinadas doenças

6- DIFICULDADE DE SE DESLOCAR PARA A CIDADE PARA FAZER O TRATAMENTO

Os portadores de comorbidades que residem em área rural tem maiores dificuldades de buscar atendimento em centros urbanos em caso de urgência, além da questão da distância, há outros empecilhos como ausência de asfalto, e falta de transporte. A dificuldade de locomoção atrapalha muito o tratamento de alguns doentes crônicos, como os diabéticos, pois o paciente acaba faltando às consultas clínicas para acompanhamento da doença, o que gera o agravamento do quadro de saúde. Somado a isso, a indisponibilidade de serviços próximos à residência, incluindo UBS e farmácias ou o acesso restrito a esses serviços pode trazer o menor consumo de medicamentos essenciais para o tratamento e controle da doença. o que gera o agravamento do quadro de saúde. O resultado dessa deficiência na prevenção e tratamento é o agravamento das condições de saúde dos indivíduos que pode levar a casos extremos com a evolução para cegueira, amputação de membros e mesmo a morte.

Nessa linha verificamos que, conforme estudos realizados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular (SBVC) em 2023:

“... Mais de 282 mil cirurgias de amputação de membros inferiores (pernas ou pés) foram realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) entre janeiro de 2012 e maio de 2023 (...) ao analisar a série histórica, percebe-se o aumento desses procedimentos por todo o País. Há estados onde o volume de amputações aumentou mais do que 200% entre 2012 e 2013. Só em 2022, no País, os registros alcançaram a marca de 31.190 procedimentos realizados, o que significa que – a cada dia – pelo menos 85 brasileiros tiveram seus pés ou pernas amputadas na rede pública de saúde.”

O presidente da SBVC informa que o aumento no número de amputações é indicativo que é preciso fortalecer as ações de saúde pública, promovendo hábitos saudáveis e acesso a tratamentos adequados e que a falta de informação, marcada pela barreira informacional já trazida nesse estudo é um dado grave, visto que os especialistas afirmam que milhares de brasileiros tem diabetes e não sabem. E em relação a este cenário Borges, no estudo realizado em 2023 expõe que: “No mundo, uma em cada cinco pessoas ignora ser portador dessa doença. Muitos pacientes que chegam ao consultório ou aos serviços de urgência com complicações do diabetes só descobrem que a têm após o atendimento”.

Nesse sentido, combinado com as demais barreiras já citadas anteriormente, a situação é agravada pela desigual distribuição espacial dos serviços de saúde e as dificuldades de mobilidade que dificultam o deslocamento para unidades distantes da moradia dos possíveis paciente, o que acaba por ampliar o efeito da barreira da informação. Vamos analisar o caso específico de Nova Friburgo para poder demonstrar a correlação.

7- DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM NOVA FRIBURGO

No cenário complexo da saúde pública em Nova Friburgo, a rede de serviços de saúde se propõe a uma abordagem abrangente e voltada para a promoção da saúde em diferentes distritos. Em tese, A Estratégia de Saúde da Família (ESF) desempenha um papel central, operando em uma área geográfica definida, com unidades que tem sob sua responsabilidade até 4.000 pessoas por equipe, garantindo atendimento e cuidados especializados.

Segundo a carta de serviços ao cidadão, documento divulgado no portal da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Friburgo, em 2019, a Rede Municipal de Saúde contava com 23 equipes implantadas, distribuídas estrategicamente nos distritos de saúde, incluindo Amparo, Campo do Coelho, Centenário, Cordoeira, Conquista, Lumiar, Mury, Nova Suíça, Olaria I, Olaria II, Olaria, Riograndina, Rio Bonito, Subunidade de Salinas - São Lourenço, São Geraldo, São Lourenço, São Pedro da Serra, Terra Nova, Vargem Alta e Varginha.

Além das equipes de ESF, o município oferece serviços por meio de um posto de saúde, o Tunney Kassuga, localizado em Olaria, três Unidades Básicas de Saúde (José Copertino Nogueira (bairro de São Geraldo), Ariosto Bento de Mello (bairro Cordoeira) e Dr. Sílvio Henrique Braune (Centro da Cidade)), um Hospital da Maternidade Dr. Mário Dutra de Castro e o Hospital Municipal Raul Sertã, que é um hospital regional que atende municípios vizinhos com classificação de complexidade nível III, e se apresenta como um dos polos da Região Serrana, atendendo diretamente e indiretamente 14 (doze) municípios, além de manter padrão “porta aberta” emergencial com alta demanda diária sem distinção regional e/ou de outra natureza.

Ainda na visão do poder público municipal, dentro desse amplo espectro de atendimento, uma série de programas estratégicos são implementados para atender às necessidades específicas da população. Esses programas abrangem diversas áreas, como Saúde da Mulher, Planejamento Familiar, Pré-natal, Puericultura, Acompanhamento da Criança e do Adolescente, Atualização da Caderneta de Vacina, Saúde na Escola, Saúde Bucal, Saúde do Idoso, Saúde do Homem, Acompanhamento do Hipertenso e Diabético, Testes rápidos para Triagem de Sífilis, AIDS e Hepatites Virais, Atualização de calendário vacinal durante as campanhas, e Atendimento a demanda imediata, demanda agendada, visita domiciliar, dispensação de medicamentos, realização de curativos e atividades educativas.

Em tese, se considera que há uma “distribuição ampla e diversificada dos serviços busca garantir a acessibilidade da população aos cuidados de saúde, com uma atenção especial às demandas específicas de cada grupo, desde a infância até a terceira idade”, e que “a descentralização dos serviços contribui para a promoção de uma saúde integral, considerando não apenas a prevenção e o tratamento de doenças, mas também a promoção do bem-estar e da qualidade de vida”(Programa de Saúde da Prefeitura de Nova Friburgo, 2018).

Ainda na visão da Prefeitura municipal, “a distribuição dos serviços de saúde em Nova Friburgo reflete um compromisso com a atenção primária, programas estratégicos e cuidados personalizados, reforçando a importância da ESF e de uma rede de saúde integrada para atender efetivamente às necessidades da comunidade” (SMSNF, 2018). No entanto, é importante reconhecer que, apesar desses esforços, as dificuldades na mobilidade dos pacientes, muitas vezes associadas a condições de saúde crônicas, podem impactar significativamente o acesso a esses serviços. Barreiras geográficas, informacionais e limitações físicas podem representar desafios para a população, destacando a necessidade de estratégias específicas para garantir a equidade no acesso, promovendo, assim, uma

distribuição mais igualitária dos cuidados e no acesso amplo à saúde na cidade. A existência de somente três unidades básicas de saúde no Centro, São Geraldo e Cordoeira para uma população de 189 939 habitantes (dados censo de 2022) demonstra o quanto a realidade está em contradição com o discurso oficial.

Indicadores de risco e capacidade de resposta do setor saúde mostram que 61 % dos estabelecimentos de saúde de Nova Friburgo estão em área de risco de inundação 30,7 % dos estabelecimentos de saúde de Nova Friburgo estão em área de risco de deslizamento. Apenas 12,8 % dos estabelecimentos de saúde de Nova Friburgo não estão em áreas de risco de inundação ou deslizamento. 95,3 % dos leitos que atendem ao SUS no município de Nova Friburgo estão em áreas de risco de inundação 4,7 % dos leitos que atendem ao SUS no município de Nova Friburgo estão em áreas de risco de deslizamento 100% dos leitos que atendem ao SUS no município de Nova Friburgo estão em área de risco de inundação ou deslizamento (Isadora Silva, 2019, p. 72).

É importante destacar que Nova Friburgo foi atingida pelo desastre ambiental em 2011, e que nos termos do estudo realizado pela Escola Nacional de saúde pública (Ensp-Fiocruz) no ano de 2019 somente 20,8% dos estabelecimentos de saúde de Nova Friburgo não estão em áreas de risco de inundação ou deslizamento.

A realidade exposta nos indicadores analisados por Isadora Vida de Mefano e Silva (2019) mostram um quadro bastante crítico em relação à localização dos estabelecimentos de saúde e leitos do SUS em áreas de risco no município de Nova Friburgo, colocando em xeque o discurso oficial do poder público local de abrangência universal e, para complementar, apontam a deficiência da mobilidade urbana nas vias públicas, calçadas sem rampas, e também no acesso ao transporte público, ônibus sem rampa de acesso ou com motoristas que não sabem operá-las, como empecilho a realização plena do que foi proposto.

Sendo assim, verificamos que o planejamento urbano adequado a realidade da cidade é fundamental na provisão e no alcance dos serviços de saúde. A dispersão insuficiente das unidades de saúde, a concentração em zonas específicas ou as conexões de transporte inadequadas podem representar desafios para os residentes que residem em locais remotos ou de difícil acesso, em Nova Friburgo (Isadora Silva, 2019).

Por mais que não se possa evitar a ocorrência dos eventos extremos ou do risco climático, é possível reduzir os riscos dos desastres e diminuir a vulnerabilidade da população.

E isso passa pela garantia de fornecimento dos serviços de saúde, que são primordiais durante um desastre. Não preparar o setor saúde pode significar perdas de vida, perdas materiais, perdas de recursos públicos e de registros locais (Isadora Silva, 2019, p. 3).

Em contextos de calamidades ligadas a ocorrências extremas, como deslizamentos de terra, inundações ou outras calamidades naturais, a situação se agrava ainda mais. O planejamento urbano deficiente pode aumentar a suscetibilidade das comunidades aos impactos de tais desastres, dificultando a capacidade dos serviços de saúde de lidar com emergências de forma eficaz e garantir a acessibilidade à saúde para as pessoas afetadas (Isadora Silva, 2019).

O problema da mobilidade de acesso à saúde fica mais grave em períodos de desastres ambientais. Como descreve Silva (2019, p. 47):

...Sob a perspectiva das ciências sociais, a ocorrência de um evento extremo, que se constitui como uma ameaça, não significa que esta vá se tornar um desastre. No âmbito da Saúde Pública, esta ameaça se torna um desastre à medida que envolve a combinação de populações expostas à mesma, em condições de vulnerabilidade social, com insuficiente capacidade de resposta, o que envolve as condições de vulnerabilidade do próprio setor saúde. Essa vulnerabilidade, quando pensada em termos da infraestrutura do sistema de saúde, se conforma, dentre outras maneiras, quando os estabelecimentos de saúde estão expostos em áreas de risco. O comprometimento dos estabelecimentos de saúde, ou a falta de preparo para dar conta de um aumento na demanda de atendimento devido a uma situação de emergência, pode aumentar a vulnerabilidade das populações afetadas, bem como dos próprios profissionais de saúde, comprometendo diretamente a sua resiliência diante do desastre.

Castellanos (1994) afirma que as mudanças nos processos naturais ou sociais de uma comunidade podem afetar o processo saúde-doença, que é caracterizado por sua natureza dinâmica. Além disso, reações compensatórias, que incluem adaptação e resiliência, podem afetar esse fenômeno. Pode-se interromper esses processos por meio da implementação de políticas públicas que visam aliviar o sofrimento ou transcender para abordar as estruturas sociais que causam desigualdades.

A vulnerabilidade institucional do setor de saúde no município é evidente, caracterizada por um foco na resposta imediata em vez de medidas preventivas, exacerbando a

vulnerabilidade social da população de Nova Friburgo, especificamente no setor de saúde (Isadora Silva, 2019). Esta autora ainda salienta que é considerável a relação entre pressões sociais, escolha de localização residencial e vulnerabilidade em áreas de risco, conforme evidenciado em Nova Friburgo. As condições geográficas e urbanísticas podem influenciar a vulnerabilidade da população a eventos extremos. Ela sugere que a falta de opções habitacionais seguras e a concentração de construções precárias em áreas vulneráveis podem aumentar os riscos para a população em caso de desastres naturais, agravando o quadro de desigualdades vistos até aqui.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazendo um balanço do que foi analisado nesta relação entre mobilidade e políticas de saúde em Nova Friburgo, fica evidente que estas não cumprem integralmente o que propõem. Existe um plano diretor estabelecido e, em parte, implementado, que prevê um acesso universal a saúde para todos os moradores que inclui uma distribuição equilibrada e justa dos equipamentos de saúde, aliada a uma política de mobilidade que permitiria a livre circulação dos moradores, de qualquer parte do território municipal para possibilitar o acesso a serviços que, por algum motivo não exista no seu local de moradia.

Contudo, uma análise da realidade local no que diz respeito a estas duas políticas, demonstram claramente que o que foi dito no Plano e nas políticas públicas específicas não se coaduna com a realidade encontrada. Para começar a limitada e desigualmente distribuída rede de equipamentos e serviços de saúde não dá conta de atender a população como um todo e cria dificuldades ainda maiores para os moradores dos bairros periféricos e áreas rurais. Em segundo lugar a infraestrutura viária e os serviços de transporte público limitam ainda mais o acesso desses moradores aos equipamentos localizados em outros locais que distam de suas moradias.

Quando se lança o olhar para as parcelas mais vulneráveis da população, que além de morarem nessas áreas com deficiências de atendimento de saúde e mobilidade, possuem outras limitações, sejam elas físicas ou sociais, como no caso de doentes crônicos, PCDs ou mesmos em situação de pobreza extrema, verificamos que essas políticas são incapazes de vencer as barreiras econômicas, urbanísticas e geográficas, gerando um de grande injustiça no que diz respeito ao acesso a Saúde. Para finalizar, é sempre bom lembrar que estes são os

mesmos que vivem sob iminente risco ambiental e sofrem com os desastres socioambientais recorrentes no município.

9- REFERÊNCIAS

- Aguinaga, Andrea Ferreira; Costa, Renato Gama Rosa; Cohen, Simone Cynamon. Mobilidade e saúde urbana: o direito à saúde e à cidade. **REVISTA ELETRÔNICA DE JORNALISMO CIENTÍFICO**[s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/15357/Com%20Ci%c3%aancia%20%20SBPC_Labjor.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 29 abr. 2024.
- Brasil. Íntegra da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) LEI No – 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015. Disponível em: https://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/Content/uploads/20162317410_FINAL_SANCIONADALei_Brasileira_de_Inclusao_06julho2015.pdf
- Caribé, Daniel Andrade. TARIFA ZERO: mobilidade urbana, produção do espaço e direito à cidade. Salvador – BA 2019.
- Castells, Manuel A questão urbana Ed. Paz e Terra, 2020.
- LeFebvre, Henri. O direito à cidade. Tradução Rubens Eduardo Frias. São Paulo: Centauro, 2001.
- _____. A Re Produção das Relações Sociais de Produção Porto: Publicações Escorpião, 1973.
- _____. A Vida Cotidiana no Mundo Moderno São Paulo: Ed. Ática, 1991. Série Temas, V. 24, Sociologia e Política.
- _____. A Revolução Urbana Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002.
- _____. A produção do espaço. Trad. Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins (do original: La production de l'espace. 4e éd. Paris: Éditions Anthropos, 2000). Primeira versão :início - fev.2006
- _____. O Direito à Cidade . 5 ed. São Paulo: Ed. Centauro, 2008.
- GOMES, E.; DIAS, L. DE O. A triangulação enquanto estratégia de diálogo em pesquisa científica. **Comunicação & Sociedade**, v. 42, n. 1, p. 31–51, 26 ago. 2020.PDF.

Harvey, David. Paris, Capital of Modernity. New York, 2003a.

_____. The New Imperialism. Oxford University Press, 2003b.

Incid – Mapa da Cidadania do Direito à Saúde – Mobilidade – Nova Friburgo.

Disponível em: <<https://incid.org.br/download/mapa-da-cidadania-do-direito-a-saude-mobilidade-nova-friburgo/>>. Acesso em: 29 abr. 2024.

OMS. **Relatório mundial sobre a deficiência.** World Health Organization, The World Bank tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2012.

Pereira, Rafaela Rodrigues. (2009). **O Plano Diretor como Instrumento para a Promoção da Saúde? Um estudo de caso em Nova Friburgo, RJ.** Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Prefeitura de Nova Friburgo. **Ofício PGM.REE Nº. 1654/18.** Disponível em: <https://sapl.novafriburgo.rj.leg.br/media/sapl/public/documentoacessorio/2018/11887/11887.pdf>

Rosen, G. Uma história da saúde pública. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

Santos, Isadora Clemente de Oliveira. Melhora da Atenção aos Diabéticos da Unidade de Saúde da Família Paulo Pereira da Silva, Nova Friburgo. Especialização na Atenção Básica. Universidade Federal de Santa Catarina.

Santos Priscylla da Conceição Guerreiro dos. Análise da efetividade social das intervenções urbanísticas de água e esgoto no caso da Favela Cantagalo. Disponível em <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/5551/1/PCGSantos-min.pdf>

Silva, Isadora Vida de Mefano e (2019). **Vulnerabilidade institucional do setor saúde a desastres no município de Nova Friburgo.** Dissertação (mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Silva, S. V. DA DALL'ALBA, R.; DELDUQUE, M. C. Mobilidade urbana e determinação social da saúde, uma reflexão. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e220928pt, 2023.

World Health Organization. (WHO). WHO global strategy on people-centred and integrated health services. [Internet]. 2015. [cited 2021 jul 11]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf.