

CONFERIDO

PROC. N.º 0198887/11

RUB JOÃO

PRPG 03/04/14

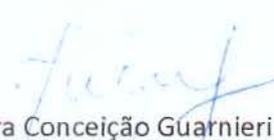
ERRATA

Eu, Jussara Conceição Guarnieri, ex-aluna do curso de Mestrado em Arquitetura, Tecnologia e Cidade, informo que se deve considerar a seguinte errata em folha iii:

Onde se lê: Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Tecnologia e Cidade da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo para obtenção do título de Mestre em Arquitetura, Tecnologia e Cidade.

Leia-se: Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Tecnologia e Cidade da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo para obtenção do título de Mestra em Arquitetura, Tecnologia e Cidade, na Área de Arquitetura, Tecnologia e Cidade.

Sem mais.


Jussara Conceição Guarnieri


Prof. Dr. Lauro Luiz Francisco Filho

Orientador


Prof. Dr. João Roberto Guimarães
Matrícula 245615
Coordenador de Pós-Graduação
FEC/UNICAMP



JUSSARA CONCEIÇÃO GUARNIERI

CONVERGÊNCIAS DAS POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO
URBANO E SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS
URBANOS SAUDÁVEIS

CAMPINAS

2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENGENHARIA CIVIL, ARQUITETURA E URBANISMO

JUSSARA CONCEIÇÃO GUARNIERI

**CONVERGÊNCIAS DAS POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO
URBANO E SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS
URBANOS SAUDÁVEIS**

Orientador: Prof. Dr. Lauro Luiz Francisco Filho

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Arquitetura, Tecnologia e Cidade da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo para a obtenção do título de Mestre em Arquitetura, Tecnologia e Cidade.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELA ALUNA JUSSARA CONCEIÇÃO GUARNIERI E
ORIENTADA PELO PROF. DR. LAURO LUIZ FRANCISCO FILHO

Assinatura do Orientador:

CAMPINAS

2013

iii

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Área de Engenharia e Arquitetura
Rose Meire da Silva - CRB 8/5974

G932c Guarnieri, Jussara Conceição, 1973-
Convergências das políticas de planejamento urbano e saúde na construção de espaços urbanos saudáveis / Jussara Conceição Guarnieri. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Lauro Luiz Francisco Filho.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo.

1. Planejamento urbano. 2. Saúde. 3. Políticas públicas. I. Francisco Filho, Lauro Luiz, 1957-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Convergence of urban planning and health policies in the construction of healthy urban spaces

Palavras-chave em inglês:

Urban planning

Health

Public Policy

Área de concentração: Arquitetura, Tecnologia e Cidade

Titulação: Mestra em Arquitetura, Tecnologia e Cidade

Banca examinadora:

Lauro Luiz Francisco Filho [Orientador]

Ana Maria Girotti Sperandio

Simone Cynamon Cohen

Data de defesa: 08-08-2013

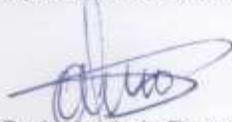
Programa de Pós-Graduação: Arquitetura, Tecnologia e Cidade

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENGENHARIA CIVIL, ARQUITETURA E URBANISMO**

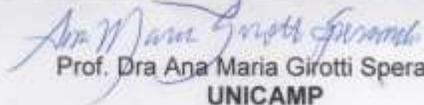
Convergências das Políticas de Planejamento Urbano e Saúde na construção de Espaços Urbanos Saudáveis.

Jussara Conceição Guarnieri

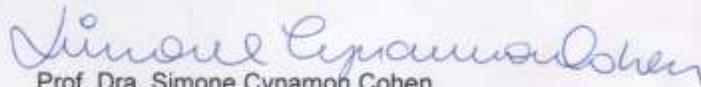
Dissertação de Mestrado aprovada pela Banca Examinadora, constituída por:



Prof. Dr. Lauro Luiz Francisco Filho
Presidente e Orientador/ UNICAMP



Prof. Dra Ana Maria Girotti Sperandio
UNICAMP



Prof. Dra. Simone Cynamon Cohen
FICORUZ

Campinas, 08 de agosto de 2013.

RESUMO

O planejamento urbano destaca-se enquanto um instrumento norteador para o desenvolvimento de programas e ações que buscam melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da população em um espaço urbano. Entretanto, estudos indicam que as cidades ainda enfrentam problemas consequentes da crescente urbanização, no Brasil e no mundo. Com o objetivo de identificar as convergências dos documentos referências entre as políticas de planejamento urbano e os da saúde para a construção de espaços saudáveis, este estudo buscou as semelhanças entre as ações do planejamento urbano e aquelas desenvolvidas pela saúde na geração de um espaço urbano saudável. Utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental, o método descritivo e qualitativo para o levantamento dos unitermos dos documentos norteadores e dos marcos jurídicos do planejamento urbano e da saúde. Após a elaboração do quadro demonstrativo com o intuito de visualizar as convergências, foi realizada uma discussão com a definição dos termos similares que denotam sentidos e ações de políticas públicas saudáveis para o planejamento urbano saudável. Notou-se a existência de unitermos comuns entre os documentos norteadores e os marcos jurídicos do planejamento urbano e os da saúde, identificando-se que para o desenvolvimento de um espaço urbano saudável com qualidade de vida é necessário a participação social, bem como, políticas de inclusão, que contemple a habitação, o trabalho, o lazer, bem-estar e a qualidade de vida da população através de ações intersetoriais.

Palavras-Chave: Planejamento Urbano, Saúde, Políticas Públicas.

ABSTRACT

Urban planning stands out as a tool for guiding the development of programs and initiatives aimed at improving the quality of life and well-being of the population in an urban space. However, studies indicate that cities still face problems caused by high urbanization in Brazil and worldwide. Aiming to identify convergences between the references of documents in urban planning policies and health for the construction of healthy places, this study searched for similarities between the actions of urban planning and those developed by the health in the generation of a healthy urban space. We used the literature and documents, and qualitative descriptive method through the survey of the common terms of guiding documents and legal frameworks of both the urban planning and health. After developing the framework and the table in order to demonstrate the convergence, a discussion was held to define the terms denoting similar meanings and actions of healthy public policies for urban planning healthy. It was noted the existence of uni-common terms between the guiding documents and legal frameworks of urban planning and health, emphasizing that the development of a healthy urban quality of life requires social participation, as well as inclusion policies, covering housing, work, leisure, wellness and quality of life through intersectoral actions.

Keywords: Urban Planning, Health, Public Policy.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	1
1.1 JUSTIFICATIVA.....	6
1.2 - Objetivo Geral.....	7
1.3 - Objetivos específicos	7
2. METODOLOGIA.....	11
3. CONSIDERAÇÕES DO PLANEJAMENTO URBANO (PU).....	17
3.1 - História do Planejamento Urbano (PU) no Brasil.....	17
3.2 - O Urbanismo na Organização das Cidades Brasileiras – Questões Urbanas que envolvem a estrutura da Cidade.	19
3.3 Considerações sobre cidade saudável no contexto do Planejamento Urbano	25
3.4 - Documentos Norteadores e Marcos Jurídicos do Planejamento Urbano.	28
3.4.1 - Documentos norteadores.....	28
3.4.2 Marcos Jurídicos do Planejamento Urbano.	31
4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE PLANEJAMENTO URBANO NA CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS SAUDÁVEIS	37
5. A SAÚDE.....	41
5.1 História da Saúde no Mundo e no Brasil.....	41
5.2 - Considerações da Saúde.....	47
5.3 – Aspectos do Saudável e do Planejamento Urbano Saudável.....	49
5.4 – Política de Promoção da Saúde (PS) apontando para o Planejamento Urbano	51
5.5 – Documentos Norteadores e marcos jurídicos da Saúde.....	60
5.5.1 – Documentos Norteadores da Saúde.....	60
5.5.2 – Marcos Jurídicos da Saúde	64
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
6.1 Relato de caso real: o município de Conchal –SP(Experiência vivenciada).	80
7. CONCLUSÃO.....	85
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

À minha filha, JULIA ROSSI, eterno amor!
Pela compreensão em minha ausência para a
realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a “DEUS”, pela força espiritual, me proporcionando a tranquilidade e a resignação necessárias, para que este trabalho fosse concluído com carinho.

À minha família, meus pais, minha irmã, meu marido e minha filha pela paciência e apoio ao mestrado.

À Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) pela oportunidade de estudar nesta faculdade tão renomada no Brasil e no mundo.

À Prof^ª. Dra Ana Maria Girotti Sperandio pelo apoio, pelo incentivo e pela oportunidade. Obrigada de coração!

À secretaria da pós-graduação da Faculdade de Engenharia Civil e Urbanismo, principalmente ao Eduardo, por sempre me auxiliar em minhas dúvidas e estar sempre pronto as minhas solicitações.

Em especial ao meu orientador, Prof. Dr. Lauro Luiz Francisco Filho pela paciência, pelo incentivo, pelo grande auxílio, por acreditar em minha capacidade e compreender minhas dificuldades, possibilitando-me estudar o planejamento urbano saudável.

Aos meus novos amigos de Mestrado: Osmar, Marialva, Lúcia, Daniel, Joseane, Ana Cláudia, Silvio, Dênis me lembrarei de vocês com muito carinho e afeto. Obrigada pela força nos momentos de desespero.

A minha eterna professora de português Cecília Lovo pelo auxílio e apoio.

À banca examinadora do mestrado, às Prof^ª Dra Ana Maria Girotti Sperandio, A Prof.^a Dra. Simone C. Cohen e ao Prof.^o Edison Fávero pelo apoio.

E a todos que se dispuseram a colaborar com o desenvolvimento desta pesquisa. Enfim, compartilho com toda minha felicidade em concluir mais uma etapa da minha vida acadêmica.

Planejamento de longo prazo não lida com as decisões futuras, mas com o futuro das decisões presentes.

Peter Drucker

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Gráfico dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), modelo de Dahlgren e Whitehead (1991). Referência: BUSS et al, 2007. 55
- Figura 2 - Mapa da saúde traduzido: Barton e Grant (2006) desenvolvido a partir da concepção de Dahlgren Gand e Whitehead M (1991). 59
- Figura 3 - Convergências entre as Políticas do Planejamento Urbano e da Saúde- Adaptação do diagrama apresentado na X Conferência Internacional de Saúde Urbana em Belo Horizonte. Francisco Filho e Sperandio (2011). 71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Convergências entre os unitermos	78
---	----

LISTA DE ABREVIACÕES

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BNH	Banco Nacional de Habitação
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIAM	Congressos Internacionais de Arquitetura Moderna
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNDU	Conselho Nacional de Desenvolvimento Urbano
CNH	Conselho Nacional de Habitação
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CNPU	Conselho Nacional de Política Urbana e Regiões Metropolitanas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COPURB	Conselho de Política Urbana
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EC	Estatuto da Cidade
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
GPLUS	Grupo de Pesquisa de Planejamento Urbano Saudável
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LABINUR	Laboratório de Investigações Urbanas, UNICAMP
MC	Ministério das Cidades
MCS	Municípios e Comunidades Saudáveis
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde (World Health Organization)
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PD	Plano Diretor
PL	Projeto de Lei
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
OS	Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PU	Planejamento Urbano
PUS	Planejamento Urbano Saudável
RMPS	Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

1. APRESENTAÇÃO

Esta dissertação apresenta um estudo sobre convergências entre as políticas públicas adotadas no desenvolvimento do planejamento urbano e aquelas preconizadas pelas políticas da Saúde e sua influência no desenvolvimento do espaço urbano saudável. A utilização dos espaços urbanos leva as pessoas a assumirem uma melhor percepção de qualidade de vida, estando aí, à transversalidade entre áreas que se convergem para a geração de um ambiente urbano saudável.

A saúde, como um bem-estar físico, mental e social, está presente entre as políticas preconizadas pelo Ministério das Cidades e o Ministério da Saúde, apontando a relevância da questão da saúde, enquanto gerador de espaço urbano saudável.

O Ministério das Cidades foi criado com a função básica de desenvolver, controlar e fiscalizar o crescimento e o funcionamento das cidades brasileiras, articulando as políticas urbanas para os municípios na busca pelo cumprimento da função social do solo urbano, princípio consolidado pelo Estatuto da Cidade-Lei nº 10. 257/01 (BRASIL, 2005), que passa a contar com um lócus institucional e os instrumentos necessários à consolidação de um projeto de desenvolvimento coerente para as cidades brasileiras.

O Ministério da Saúde promove a saúde da população por meio de políticas e programas específicos, que têm por objetivo reduzir as enfermidades, fazendo o controle de doenças endêmicas e de parasitas, favorecendo a vigilância à saúde e possibilitando à população brasileira uma melhor qualidade de vida.

Diante do acompanhamento das políticas públicas brasileiras é que se faz necessário estabelecer a relação entre as convergências das políticas de planejamento urbano e de saúde, visando implicações no bem-estar da população e na saúde das cidades.

Há a necessidade de se pensar no planejamento das cidades para que se tornem saudáveis, de tal modo que não haja exposição de pessoas a Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) tais como: hipertensão, diabetes, colesterol, acidente vascular cerebral e infarto, entre outros.

Há um expressivo aumento na expectativa de vida e a longevidade é uma realidade cada vez mais presente na vida de todos para todos. Os governos, tanto no âmbito Federal como Estadual e Municipal, precisam garantir o direito à saúde conforme preconiza a Constituição Federal (BRASIL, 1988) no artigo 196. O Ministério das Cidades e o Ministério da Saúde têm

um papel fundamental na responsabilidade da qualidade de vida dos espaços urbanos e da sociedade.

Neste contexto, visando atingir os objetivos definidos pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) colaborar nas práticas concretas que deem relevância à questão da saúde no âmbito social urbano, questiona-se: **quais são as convergências entre as políticas de planejamento urbano e saúde na construção de espaços urbanos saudáveis?**

Para responder a esta questão, os métodos utilizados foram baseados no **levantamento bibliográfico**, na seleção de textos, leis e documentos oficiais sobre o tema, conhecendo e refletindo os unitermos convergentes que possibilitem o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas no espaço urbano. Foi aplicado o método de caráter **exploratório, documental, descritivo e qualitativo**.

A pesquisa bibliográfica descreve peculiaridades de um grupo ou de uma ação tanto em forma de questões como observação, propondo relacionar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma população, as condições de habitação, indicadores entre outros (GIL, 2010).

Segundo o mesmo autor, a **pesquisa exploratória** tem “como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GIL, 2010).

A **pesquisa documental** está baseada em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas, extraídos delas a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta (PIMENTEL, 2001).

As **pesquisas descritivas** têm

[...] por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. São pesquisas descritivas aquelas que visam descobrir a existência de associações entre variáveis, como, por exemplo, as pesquisas eleitorais que indicam a relação entre preferência político-partidária e nível de rendimentos ou de escolaridade. Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, e pretendem determinar a natureza dessa relação. Nesse caso, tem-se uma pesquisa descritiva que se aproxima da explicativa. Há, porém, pesquisas que, embora definidas como descritivas com base em seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias. (GIL, 2010, p.42)

A **pesquisa qualitativa**, segundo Godoy (1995), não procura medir os eventos estudados, nem utilizar material estatístico algum para análise e contabilização dos dados, parte de um interesse amplo e busca se aprofundar juntamente com o desenvolvimento do estudo.

Foram elaboradas considerações sobre o planejamento urbano, destacando sua história no Brasil desde o fim do século XX até a criação do Ministério das Cidades, que trata do problema habitacional no Brasil, do saneamento básico e da mobilidade social, entre outros. O mesmo capítulo refere-se, ainda, ao conceito de Urbanismo e da cidade, a partir do entendimento de autores proeminentes no assunto e do conjunto de documentos que se constitui em norteadores e jurídicos.

Os documentos norteadores foram importantes por estabelecerem princípios para o desenvolvimento de espaços urbanos saudáveis, apesar de não terem caráter legal. Os marcos jurídicos definem princípios e normas que concorrem para a ordenação do espaço urbano visando à qualidade dos espaços urbanos.

Como documentos norteadores do planejamento urbano foram selecionadas:

- Carta de Atenas (1933), que define um procedimento metodológico de planejamento urbano;
- Carta dos Andes (1958), que estabelece um planejamento urbano baseado na planificação estratégica, possibilitando melhor uso da inteligência e das capacidades do homem para benefícios próprios e coletivos, favorecendo suas necessidades básicas de bem-estar.

E como marcos jurídicos referentes ao Planejamento Urbano foram selecionados:

- Lei nº 6766/79 (BRASIL, 1979) de origem federal, que estabelece parâmetros para o parcelamento do solo urbano, constituindo um marco jurídico do Planejamento Urbano que possibilita que não haja aproveitamento irregular de áreas fundiárias, dificultando a aquisição de terra de forma legal a custos menores;
- Constituição Federal (1988), que insere em seu conteúdo artigos que tratam da política urbana (artigos 182 e 183) e que darão origem ao Estatuto da Cidade – Lei nº 10.257/01(BRASIL, 2005); e

- O próprio Estatuto da Cidade (BRASIL, 2005), delegando aos municípios a responsabilidade pelo cumprimento da função social das cidades através dos Planos Diretores, que devem conter propostas de desenvolvimento socioeconômicas e uso do solo.

As Políticas Públicas do Planejamento Urbano trazem um entendimento de como se organizam os mecanismos de operação para o desenvolvimento do urbano saudável por meio de legislações e instrumentos que permitam normatizar a aplicação de políticas como exemplo a Lei do Uso do Solo e o Plano Diretor.

Independente daquilo que é definido no Plano Diretor como “ações legítimas”, pois derivam de um conjunto de leis que objetivam o desenvolvimento e controle do espaço urbano, existem outros programas e documentos que, embora fora do contexto do Plano Diretor, se constituem em importantes coadjuvantes na geração de espaços saudáveis. Como exemplo, podemos citar:

- PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) – Lei nº 11.578/07 (BRASIL, 2007).
- Agenda 21 Brasileira (1992)

A abordagem da temática “saúde” busca uma análise dos programas e marcos jurídicos controlados pela área da saúde, principalmente aqueles cuja origem está no Ministério da Saúde e que envolvem o aspecto do saudável, a história do sanitarismo no mundo, a história da política de saúde do Brasil e a preocupação das autoridades com a saúde pública nos diferentes períodos políticos pelos quais passou o país.

Dos documentos norteadores referentes à saúde, os selecionados para esta dissertação foram:

- A Carta de Ottawa (1986)
- O Resultado final da 8ª Conferência Nacional da Saúde (1986).

E dos marcos jurídicos que se refere à saúde foram:

- Constituição Federal (1988), os artigos 196 a 200, garantindo o direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros;
- Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), voltada para as necessidades da população, possibilitando fazer com que o Estado resgate o bem-estar social das pessoas, especialmente no que se refere à saúde coletiva, como um dos direitos da cidadania;
- Programa Saúde da Família (PSF) – Portaria nº 1.886/GM (BRASIL, 1997), estabelecendo ações cujas estratégias visem à organização de equipes multidisciplinares para dar atendimento à população na prevenção de doenças e na promoção da saúde. O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família com o propósito de reestruturar a prática da atenção à saúde e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família para, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros; e, por último, a
- Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS) – Lei nº 687/06 (BRASIL, 2006), que visa promover a qualidade de vida das pessoas, reduzindo riscos à saúde e propiciando um estilo de vida saudável através de seus sete (07) eixos da promoção da saúde: alimentação saudável, atividades físicas e práticas corporais, redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência doméstica, estímulo à cultura da paz e promoção do desenvolvimento sustentável.

Na sequência, foram abordadas as Políticas Públicas da Saúde, que visam tornar transparentes as ações do governo, potencializando os recursos disponíveis para oferecer

qualidade de vida e saúde aos indivíduos através de programas específicos de saúde, apresentando como conteúdo básico as leis e os objetivos das ações.

Como complemento a metodologia, foram sistematizados os unitermos em um quadro demonstrativo (quadro 01) e realizada as discussões em torno das convergências dos documentos norteadores e dos marcos jurídicos dos dois segmentos, através das convergências dos documentos oficiais citados anteriormente. E, finalmente, as considerações finais sintetizaram os aspectos relevantes expostos em cada título.

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse em desenvolver um entendimento sobre as relações existentes entre as políticas públicas derivadas das áreas da saúde e do planejamento urbano foi o principal motivo para o desenvolvimento deste estudo, que surgiu a partir da experiência que a pesquisadora teve no Departamento Municipal de Saúde da cidade de Conchal/SP, como responsável dos projetos de Promoção da Saúde durante os anos de 2010/21011 e 2012.

Sua atuação foi muito além de trabalhar na questão da Promoção da Saúde, definitivamente, sendo estimulada pela necessidade de refletir sobre o desenvolvimento urbano saudável através do planejamento das cidades brasileiras garantindo, assim, a função social das cidades.

Falar e fazer “saúde” dentro do departamento de saúde não era promissor, havia uma necessidade maior, a busca por setores que discutissem a questão da construção de espaços urbanos sadios para que os cidadãos se tornem saudáveis e doenças sejam prevenidas. Isto levou ao universo do planejamento urbano, trazendo à realização de que não se faz saúde sem arquitetos, engenheiros civis e planejadores das cidades para oferecer à qualidade de vida e o bem-estar a população.

Por isto se tornou imprescindível a realização deste estudo, focando na existência, ou não, de convergências entre as políticas públicas do planejamento urbano e da saúde na construção de espaços urbanos saudáveis.

Assim, o objetivo deste trabalho foi identificar, estudar e sistematizar convergências das políticas públicas de planejamento urbano e saúde na construção de espaços urbanos saudáveis.

A justificativa desta pesquisa está na relação entre as convergências das políticas do planejamento urbano e da saúde no que diz respeito ao bem-estar da população brasileira através da construção de espaços urbanos saudáveis.

Com a expectativa de vida e a longevidade, se faz necessário refletir e discutir as ações e os programas de prevenção de doenças e de promoção da saúde e como as três esferas de governo estão garantindo o direito à saúde, conforme preconiza a Constituição Federal (BRASIL, 1988) no artigo 196.

Diante do acompanhamento das políticas da saúde e do planejamento urbano é que se faz necessário estabelecer a relação entre as convergências entre estas duas áreas, para atingir o bem-estar da população.

Neste contexto, visando atingir os objetivos definidos pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) colaborar nas práticas concretas que deem relevância à questão da saúde no âmbito social urbano, questiona-se: quais são as convergências entre as políticas de planejamento urbano e saúde na construção de espaços urbanos saudáveis?

1.2 - Objetivo Geral

Identificar, estudar e sistematizar convergências das políticas públicas de planejamento urbano e saúde na construção de espaços urbanos saudáveis.

1.3 - Objetivos específicos

- Identificar e estudar as convergências dos documentos norteadores do planejamento urbano e da política de saúde com enfoque na construção de espaço urbano saudável, considerando seus aspectos;

- Selecionar e sistematizar termos comuns dos documentos norteadores e das políticas públicas do planejamento urbano e saúde;
- Construir um quadro demonstrativo das convergências dos documentos norteadores e das políticas públicas do planejamento urbano e da saúde.

2. METODOLOGIA

De acordo com Cervo et al (2007), método, em seu sentido mais geral, é a ordem que se deve impor aos diferentes processos julgados necessários, para que se torne possível atingir determinado fim ou um resultado almejado. Ele se concretiza como o conjunto das diversas etapas que devem ser seguidas para a realização da pesquisa. A metodologia é a forma de se conseguir um objetivo.

A pesquisa está voltada “à aquisição de novos conhecimentos, direcionada a amplas áreas com vistas à solução de reconhecidos problemas práticos” (GIL, 2010, p. 27).

O levantamento do estado da arte é um passo fundamental para desenvolver o alicerce teórico necessário para qualquer trabalho acadêmico e para uma aproximação com o tema selecionado.

Os procedimentos usados nesta pesquisa foram à pesquisa **bibliográfica** e **documental**. A **pesquisa bibliográfica** aparece como primeiro procedimento a ser utilizado no trabalho em questão.

De acordo com Cervo et al (2007), esse método procura explicar um problema a partir das referências teóricas publicadas em dissertações, teses, livros ou artigos, permitindo ao pesquisador o acesso a uma série de fatos e dados. A **pesquisa bibliográfica** fundamenta-se em material elaborado por autores com o propósito específico de ser lido por públicos específicos (GIL, 2010). Os documentos estudados foram pesquisados em bibliotecas, base de dados, internet e artigos em pdf, acervos pessoais, entre outros.

A **pesquisa documental** apresenta semelhanças com a pesquisa bibliográfica, ou seja, são dados disponíveis em livros, revistas, jornais, teses, dissertações, artigos em periódicos, anais de congressos e materiais disponibilizados na Internet.

O **método de análise documental** está baseado em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas, extraídos delas toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta, desde o momento em que estabelece sua meta de pesquisa até as conclusões apresentadas mediante a análise. Trata-se de um processo de garimpagem, extraídos das prateleiras, encontrados em acervos pessoais e na internet (PIMENTEL, 2001).

Nas abordagens teóricas metodológicas foram aplicados os métodos de caráter **exploratório, descritivo e qualitativo**.

Para Cervo et al (2007),

[...] a **pesquisa exploratória**, [...] é normalmente o passo inicial no processo de pesquisa pela experiência e um auxílio que traz a formulação de hipóteses significativas para posteriores pesquisas. (p.63)

A **pesquisa exploratória** tem “como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GIL, 2010, p. 27).

Para Gil (2010), **pesquisas descritivas** têm como principal meta descrever as características de uma selecionada população, podendo ser identificadas com possíveis relações entre as variáveis, estudando suas particularidades e proporcionando uma nova visão da problemática, o que se aproxima das pesquisas exploratórias.

A **pesquisa qualitativa**, segundo Godoy (1995), não procura medir os eventos estudados, nem utilizar material algum estatístico para análise e contabilização dos dados, parte de um interesse amplo e busca se aprofundar, juntamente com o desenvolvimento do estudo. Geralmente, parte de questões amplas que vão sendo delineadas na medida em que se desenvolve um trabalho científico.

O desenvolvimento da pesquisa foi construído em **duas etapas**, a saber:

- I) **Formulação do problema:** A primeira etapa foi realizada a formulação do problema, elaboração do plano de trabalho, identificação das fontes, localização das referências, obtenção do material, análise, interpretação dos dados e a própria redação final.
- II) **Revisão Bibliográfica:** A segunda etapa foi realizada a revisão bibliográfica que foi considerada em dois momentos.

Dando prosseguimento a metodologia, a revisão bibliográfica foi dividida em dois momentos:

I) **Compreensão do conteúdo histórico:** Foi considerado o levantamento histórico do Planejamento Urbano no mundo e no Brasil, de que forma se deu a organização das cidades, a história da Política Urbana no Brasil, o conceito de Saúde, o aspecto do saudável, a história do sanitarismo no mundo e no Brasil, a história da política de saúde do Brasil e a preocupação das autoridades com a saúde pública nos diferentes períodos políticos pelos quais passou o país. .

II) **Entendimento dos marcos e documentos oficiais:** Em seguida, foram estudados os documentos norteadores e os marcos jurídicos do planejamento urbano e da saúde que foram fundamentais para esta pesquisa. As seleções desses documentos oficiais se deram a partir da sua importância para o desenvolvimento de espaços urbanos saudáveis, por estabelecerem princípios para a construção de ambientes sadios nas cidades e por definirem normas que concorrem para a ordenação do espaço urbano visando à qualidade destes ambientes.

A seleção dos documentos norteadores do Planejamento Urbano que balizaram a política urbana no mundo e que estabeleceram uma conexão com os resultados desse estudo foram a:

- Carta de Atenas (1933);
- Carta dos Andes (1958).

E para o desenvolvimento do estudo foram levantados os principais marcos jurídicos do planejamento urbano em função do contexto histórico e da estreita relação entre o campo do planejamento urbano e o da saúde conforme listado:

- Lei nº 6766/79 (BRASIL, 1979);
- Constituição Federal nos artigos 182 e 183 (BRASIL, 1988) referentes à Política Urbana que derivou na Lei nº 10.257/01 (BRASIL, 2005);
- Estatuto da Cidade - Lei nº 10.257/01 (BRASIL, 2005);

- PLANO DIRETOR: Instrumento básico para orientar a política de desenvolvimento urbano nas cidades brasileiras, como instrumento de efetivação dos princípios estabelecidos pelo Estatuto da Cidade.

A escolha dos documentos oficiais ocorreu devido ao fato de serem relevantes ao desenvolvimento do planejamento urbano moderno e porque eles remetem ao saudável perante a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 (DUDH, 1948).

Os documentos norteadores da saúde elencados para este estudo foram a:

- Carta de Ottawa (1986);
- O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil (1986).

Os marcos legais da saúde que remeteram ao e fundamentaram o saudável perante Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) são:

- Constituição Federal com os artigos da saúde de 196 a 200 (BRASIL, 1998);
- Lei nº 8.080/90 – SUS (BRASIL, 1990);
- Portaria nº 1.886/GM (BRASIL, 1997) - Programa da Saúde da Família;
- Política Nacional da Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

Além destes documentos oficiais, políticas públicas relacionadas ao planejamento urbano foram selecionadas para esta pesquisa como:

- PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) Lei nº 11.578/07 (BRASIL, 2007).
- E o resultado da Conferência ECO-92 ou Rio-92 - Agenda 21 Brasileira (1992), ocorrida no Rio de Janeiro/Brasil em 1992, quando surgiu um documento importante conhecido como Agenda 21, esclarecendo a importância de cada país no comprometimento dos governos, empresas, organizações não governamentais e

todos os setores da sociedade na cooperação de estudo para soluções para os problemas socioambientais (BRASIL, 2005).

Em seguida, realizou-se a identificação e a sistematização das semelhanças encontradas entre os documentos norteadores e os marcos jurídicos do planejamento urbano e da saúde considerados como unitermos importantes para a identificação das convergências entre essas duas áreas. Esses unitermos subsidiaram a construção de ambientes saudáveis e estão contemplados na Constituição Federal de 1988.

Os documentos foram lidos e revisitados, os resultados foram organizados em um quadro demonstrativo (quadro 01). A partir deste momento houve a busca pelas convergências destes unitermos e foi realizada a investigação de suas definições, a partir do entendimento e da identificação das semelhanças.

Os critérios utilizados para a escolha dos unitermos foi a relação entre o “fenômeno” analisado e sua semelhança com o espaço urbano. Por exemplo, o termo “Participação Social” é utilizado tanto pela saúde como pelo planejamento urbano e se refere à possibilidade de participação da sociedade, direta ou indiretamente, nas decisões que interferem na gestão dos programas voltados para a cidade.

Os unitermos foram organizados em forma de legenda de gradiente de convergências em: **Direta** apresentado pela cor verde, **Equivalente** representado pela cor azul e a **Indireta** pela cor vermelha representados a seguir:

Gradiente de convergências

	Direta		Equivalente		Indireta
---	---------------	---	--------------------	--	-----------------

O grau de convergência **DIRETO** significa que o unitermo utilizado possui o mesmo significado. Exemplo, quando é usado o termo Habitação, há um entendimento que ambos os órgãos responsáveis pelas políticas públicas de saúde ou de planejamento urbano estão se referindo ao mesmo significado, a uma unidade destinada a moradia. Neste caso, o grau de convergência é direto.

O grau de convergência **EQUIVALENTE** significa que o unitermo, embora não se utilize da mesma denominação, trata da mesma ação ou fenômeno. Como exemplo, podemos

citar o termo *participação social*, em que há um entendimento dado pelo Ministério da saúde e outro dado pelo Ministério da Cidade. Em ambos pode haver ligeira discrepância no significado adotado por um ou outro órgão, normalmente derivado dos seus documentos e marcos jurídicos norteadores, mas que na realidade significam a participação do cidadão e da sociedade nas decisões que interferem no processo de gestão do território ou em uma política pública de assistência a saúde da população.

O grau de convergência **INDIRETO** é aquele em que há o uso de palavras similares, mas com significados diferentes, ou significados similares com palavras diferentes. Como exemplo, podemos citar o termo *Qualidade de Vida*, que pode significar diferentes abordagens, dependendo do documento norteador ou do órgão envolvido, mas que buscam o mesmo objetivo.

Após a elaboração do quadro demonstrativo dos unitermos com seus níveis de gradiente foi realizada uma discussão dos achados, definindo assim as convergências encontradas e a relação entre os unitermos dos documentos estudados chegando à conclusão final.

3. CONSIDERAÇÕES DO PLANEJAMENTO URBANO (PU)

O Planejamento Urbano possui diferentes interpretações feitas por vários autores que tratam da questão urbana.

Para Santos (2004), o Planejamento Urbano é um instrumento norteador para o desenvolvimento de programas que buscam melhorar ou revitalizar a qualidade de vida e o bem-estar da população em uma determinada área ou um novo espaço urbano.

Saboya (2008) classifica o Planejamento Urbano como resultado dos problemas encarados pelas cidades, tanto aqueles que foram causados pela urbanização como aqueles que não foram solucionados pelo urbanismo contemporâneo.

Villaça (1999) refere-se ao Planejamento Urbano como uma atuação do Estado, voltada para o interesse da classe dominante, com o discurso de que as intervenções urbanas seriam benéficas para as classes populares, que são consideradas as responsáveis pelo crescimento urbano descontrolado.

Os planejadores urbanos se preocupam com a qualidade do meio ambiente e da qualidade de vida das pessoas na cidade através de uma sequência de ações voltadas para ordenação e funcionamento do território urbano. A cidade tem intrínseca relação com o planejamento em suas tomadas de decisões que podem interferir na qualidade do espaço físico (DEL RIO, 1990).

O processo do Planejamento Urbano apresenta como um dos objetivos o uso de estratégias com preocupação constante com o meio ambiente, devendo ser uma preocupação constante do setor público (DEL RIO, 1990).

Segundo o mesmo autor, o Planejamento Urbano corresponde a uma atividade indispensável para se tomar decisões a partir das quais, por meio do planejamento, se estabelecem os meios e as ações para o alcance dos objetivos que dizem respeito à qualidade tanto do espaço físico como do ambiente da cidade na busca pela satisfação dos indivíduos.

3.1 - História do Planejamento Urbano (PU) no Brasil

O planejamento urbano, embora sendo possuidor de uma longa história desde o surgimento das cidades, vai ocorrer no Brasil a partir do início do século XX, tendo como marco importante a criação de um ministério especializado em urbanismo e habitação em 1953, por ocasião do III Congresso Brasileiro de Arquitetos, realizado em Belo Horizonte com a proposta de organizar leis para criar, no Brasil, um ministério especializado em urbanismo e habitação. Em 1954, realizou-se o IV Congresso em São Paulo, que reiterou essa reivindicação, adotando a tese denominada “O bem-estar social”, cujo autor foi o arquiteto Nestor Egydio Figueiredo, do Rio de Janeiro, constatando que “a moradia do homem não pode ser resolvida fora do conceito moderno dos problemas do urbanismo” (SERRAN, 1976, apud BASSUL, 2004).

Segundo SERRAN (1976, apud BASSUL, 2004), em 1964 foi criado um Projeto de Lei nº. 4.380/64, conhecida como Lei da “Casa Própria”, surgindo o Sistema Financeiro da Habitação. A proposta legislativa foi destinada para os financiamentos da aquisição de casa própria, havendo, inclusive, a criação de um Conselho Nacional da Habitação (CNH). No início da década de 70, o Banco Nacional de Habitação (BNH) estendeu sua atuação para programas de saneamento, cabendo ao governo federal instituir nas Regiões Metropolitanas as políticas setoriais de habitação, de saneamento e de transportes (SOUZA apud BASSUL, 2004).

Em 1983, o governo estava motivado pela percepção de que a questão urbana pudesse empolgar as camadas populares. O Poder Executivo enviou ao Congresso Nacional o projeto de Lei Nº. 775 - espécie de "pai" do Estatuto da Cidade. Nascido no antigo Conselho Nacional de Desenvolvimento Urbano, caracterizava-se pelo excesso de centralismo, fragilizando o papel dos municípios. Tal proposta buscava dar materialidade jurídica ao princípio da função social da propriedade e estabelecia diretrizes para a política urbana (BASSUL, 2004).

Este projeto de lei dispunha os direitos urbanos, a garantia pelo direito às cidades sustentáveis, à terra urbana, à moradia, ao saneamento básico, à infraestrutura, ao transporte, aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer. Reafirma a função social da propriedade, que assegura o direito à propriedade urbana, desde que seja cumprida sua função social, e dá o papel ao município de adequar o equilíbrio entre os interesses coletivos e individuais, no que tange à propriedade, podendo penalizar os proprietários de imóveis que não cumpriram a função social (SILVA, 2003).

A Constituição Federal de 1988 define a Política Urbana do Brasil nos seus artigos 182 e 183, que dariam origem, em 2001, à Lei nº 10.257/01, mais conhecida como Estatuto da

Cidade, apoiando o planejamento territorial urbano e a política fundiária dos municípios, evitando a ocupação irregular de imóveis ociosos nos grandes centros, com a participação da sociedade civil. É uma oportunidade para que a comunidade construa espaços urbanos integrados ao meio ambiente onde se implantam, respeitando a identidade e a pluralidade cultural nas cidades brasileiras (BRASIL, 2004).

Com o intuito de melhorar a Política Urbana no Brasil, após dois anos da criação do Estatuto da Cidade, foi criado o Ministério das Cidades, com o principal objetivo de articular as políticas públicas do Estado para os municípios. Com o Ministério das Cidades, o direito à cidade, princípio consolidado pelo Estatuto da Cidade, passa a contar com o apoio institucional e a oferecer alguns instrumentos básicos para concretizar projetos e ações de desenvolvimento para os municípios brasileiros (BRASIL, 2003).

O Ministério das Cidades ressalta uma política pública de desenvolvimento urbano em acordo com os Estados e Municípios, com os poderes legislativos e judiciários e com a participação da sociedade civil, integrando e articulando as ações e os investimentos nas cidades brasileiras para a redução das desigualdades sociais e regulação da sustentabilidade ambiental, dando ênfase, principalmente, para as áreas de moradia, saneamento, mobilidade e acessibilidade, levando em consideração o uso e a ocupação do solo (BRASIL, 2003). Para dar continuidade à questão do Planejamento Urbano no Brasil, adentramos na reflexão da organização das cidades brasileiras.

3.2 - O Urbanismo na Organização das Cidades Brasileiras – Questões Urbanas que envolvem a estrutura da Cidade.

Para Agache (1930), o urbanismo é considerado não só uma ciência, como também uma arte e, acima de tudo, uma filosofia de vida que envolve um conjunto de regras voltadas para a melhoria das construções, da ocupação dos espaços públicos e da acessibilidade. Para tanto, o urbanismo exige uma conscientização dos governantes, ao realizar e prever a ocupação desse espaço seguindo critérios de planejamento. O autor enfatiza, ainda, propostas no embelezamento das cidades, em sua remodelação, valorizando os estudos geográficos, respeitando a topografia local e o uso consciente dos recursos financeiros (AGACHE, 1930).

Castells (1983) classifica o urbanismo tal como o revelado na história da urbanização, em cujo processo estabelece problemas relativos ao desenvolvimento dos grupos sociais, com suas diferentes conceituações. Quando um espaço passa a ser ocupado por grupos de indivíduos, evidenciando uma concentração significativa, é possível que essa referência o designe “urbano”, de acordo com Castells (1983).

Para Bardet (1990), há várias definições para o urbanismo, podendo ser considerada como uma ciência diferenciada das demais, devido ao seu aspecto crítico e reflexivo. Em se tratando de uma ciência, o urbanismo deve induzir o ser humano a ser um cidadão que priorize a reflexão e o despertar para o senso crítico, frente ao respeito pelo meio ambiente, pela qualidade de vida, e possibilitar um convívio social harmonioso e produtivo (BARDET, 1990).

Dentro ainda do que se refere ao aspecto urbano, Santos (2006), relata sua preocupação com os valores sociais, incluindo a coletividade na cidade, o valor das instituições, a ocupação com o solo, a segurança e a movimentação dos indivíduos.

Choay (2005) estabelece que o espaço urbano deve ser traçado conforme uma análise das funções humanas e se trata de uma classificação instalada em locais distintos: o habitat, o trabalho, a cultura e o lazer. Para Castells (1983), a organização do espaço não se limita a situar o fenômeno urbano no seu contexto e o problema social da urbanização e do desenvolvimento parte da relação entre forças produtivas, classes sociais e normas culturais.

Faz parte desse ambiente urbano a interação dinâmica entre a população, seu desenvolvimento, a administração e a governança, pois é nesse contexto que a cidade se forma, constituindo uma grande rede de trocas nas relações de poder, por meio do fluxo de capital econômico, cultural, social, lazer e de movimentações diárias, conforme esclarecem Neiman e Hall (2010). Devido aos problemas derivados da alta densidade populacional das cidades a partir da revolução industrial, os pré-urbanistas buscavam propostas para solucionar os principais problemas que sucederam com o aumento da população, fazendo com que as cidades cumprissem suas funções sociais (FRANCISCO FILHO, 2010).

Milton Santos (2004) considera que o espaço urbano, propriamente dito, se impõe através das condições que ele oferece para produção, locomoção, moradia, comunicação, exercícios da política, das crenças e culturas, lazer e bem-estar (SANTOS, 2004).

Há estudiosos que consideram o urbanismo como um ramo da Arquitetura, também conhecido como “Arquitetura - Urbanismo”, reduzido a projetos arquitetônicos e de engenharia (SANTOS, 2006).

A arquitetura brasileira e o urbanismo foram insaciáveis por novos modelos, face ao desenvolvimento urbano na década de 80, com a redemocratização do Brasil e com a desmistificação de Brasília. Este distrito é o exemplo de novos modelos arquitetônicos, fazendo parte, também, nesse contexto, da urbanização brasileira. Conseqüentemente, o urbanismo pode ser considerado um processo abrangente e complexo, uma vez que discute o plano de uma cidade, de sua infraestrutura, de seu embelezamento e melhores condições de saneamento e de circulação (DEL RIO, 2005).

A realidade do tecido urbano, altamente concentrado em grandes centros e com enorme diversidade regional, constitui um agravante na perda de qualidade de vida e exclusão social da população mais pobre da periferia das cidades (BRASIL, 1998).

Francisco Filho e Fávero (2006) assinalam que a urbanização é responsável pelos impactos sociais, ambientais e de saúde, gerando discussões e questionamentos em relação à organização dos espaços públicos e à mobilização de diversos setores públicos, cumprindo a função social das cidades, de maneira saudável.

Para um melhor entendimento do que seja uma cidade, exploramos alguns autores que lhe impõem definições. De acordo com Lobato Corrêa (1999), a cidade pode ser definida como um aglomerado de pontos, linhas e áreas, onde se concentram pessoas de diferentes etnias e crenças, segmentos sociais com estruturas físicas, apresentando um local urbanizado e capitalista, repleto de conflitos, trocas, produção, consumo e serviços. É na cidade que as diversas classes sociais vivem e reproduzem, envolvendo o cotidiano de cada um; assim começou a preocupação do homem com a organização da cidade e com o desenvolvimento urbano (CORRÊA, 1999).

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹, a cidade pode ser entendida como qualquer comunidade urbana estabelecida como município.

Para o filósofo francês Henri Lefebvre, a cidade não se trata de um simples espaço de troca, mas um espaço de uso, de uma representação cultural, constituindo-a como objeto em um sistema de relações que envolve a sociedade. Ela é o produto de uma história, de uma

¹ Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 19 Ago 2012.

representação e de um momento, o que determina objeto indissociável entre social, histórico e arquitetônico (LEFEBVRE, 2008).

Para LeFebvre (2008), as cidades do século XX foram transformadas em lugar de consumo, cuja linguagem principal é a mercadoria, a aquisição de novos bens que se superam rapidamente, transformando a sociedade urbana de pós-industrial em um amontoado de problemas de todas as ordens. Percebe-se que, nesse período, havia necessidade de constante reorganização do espaço urbano com infraestrutura básica, porém os agentes capitalistas ignoravam a distância econômica e social existente entre o poder e a população (LEFEBVRE, 2008).

Castells (1983) classifica o espaço urbano como o lugar geográfico que dispõe de infraestrutura, de gestão, desenvolvimento técnico e social em direção à troca, à distribuição e ao consumo. A sociedade urbana não é apenas espaço, mas também traz consigo um sistema de valores, de normas e relações sociais como forma própria de se organizar e de se transformar (CASTELLS, 1983).

Para Corrêa (1999), o ser humano almeja sua qualidade de vida tentando adquirir bens de consumo e serviços diversos para satisfazer suas necessidades básicas e seus desejos. O fator geográfico é determinante, pois favorece o desenvolvimento local e, conseqüentemente, o poder econômico; todavia, o número crescente de pessoas gera conflitos e desavenças. A cidade é um lugar dinâmico, onde circula o capital e investimentos em várias atividades urbanas e na própria produção da cidade (CORRÊA, 1999).

Ela pode ser qualificada como um espaço dinâmico, com produções, prédios, pessoas, serviços e gestão política, difundindo o urbano como sendo um centro de decisão política (BRASIL, 2010).

A cidade é vista como um objeto técnico, determinado e exato, sem preocupação com as questões sociais, históricas e culturais que ocupam o espaço urbano, com as funções de habitar, trabalhar, circular e cultivar a mente e o espírito (LE CORBUSIER, 1989).

Benevolo (2001) acentua a cidade como

[...] o local de estabelecimento aparelhado, diferenciado e ao mesmo tempo privilegiado; sede de autoridades nasceu da aldeia, mas não é apenas uma aldeia que cresceu, ela se formou quando as indústrias e os serviços já não eram mais executados pelas pessoas que cultivavam a terra, mas por outras que não tinham esta obrigação e que eram mantidas pela primeira com o excedente do produto local. (BENEVOLO, 2001, p.23)

Benevolo (2001) estabelece que a cidade é um todo único, mas que pode ser dividida em zonas que ele chama de áreas privadas, destinadas às moradias, espaços sagrados, e outros lugares públicos, para comércio e lazer da população. É a cidade que configura a estrutura social e sua materialização nesse espaço que, embora não seja um lugar fechado, assume relações que vão além da esfera local e regional, exigindo que se tenha da cidade uma visão mais ampla, em um contexto político-econômico (BENEVOLO, 2001).

Francisco Filho (2010) ressalta que

A cidade foi o caminho encontrado pela humanidade para garantir sua sobrevivência e desenvolvimento, pois ela protege o indivíduo e permitia o nascimento do “espírito social”, responsável pelo esforço em comum na direção não só da sua sobrevivência, mas do bem estar e da qualidade de vida de todos os seus habitantes. É, portanto, um fator social, pois reflete a forma com que a sociedade se organiza. (FRANCISCO FILHO, 2010, p. 158)

De acordo com Mumford (2008), a cidade ideal é aquela sem divisões de classes, racional, como símbolo da democracia, mas sem que os direitos individuais sejam reprimidos. Evidentemente, a melhor cidade do mundo seria aquela em que todos seus habitantes fossem iguais nas diferentes situações, a começar pela educação de qualidade, justiça social, segurança no direito de ir e vir, respeito às suas ideologias, atendimento médico igualitário, sem discriminação e ausência de qualquer tipo de exclusão (MUMFORD, 2008).

Reafirma Benevolo (2001) que

[...] as Funções urbanas da cidade se aceita o princípio de manter separadas as funções, destinando a cada uma destas uma zona separada na cidade. De fato, da década de trinta em diante, os planos reguladores distinguem as zonas residenciais, as zonas industriais, as zonas para serviços, etc.; assim, de fato, são reduzidos os inconvenientes que derivam da mistura das funções da cidade tradicional. Mas não se aceita da mesma maneira a nova hierarquia das funções: a primazia da moradia, o desenvolvimento das zonas de recreação até formar um espaço verde unitário, a separação da rede de ruas para pedestres da rede de tráfegos de carro. (BENEVOLO, 2001, p.657)

Para alguns autores, a definição de cidade pode ser entendida como o território onde as funções urbanas ocorrem. Para Santos (2000), o território em que vivemos é mais que um simples conjunto de objetos, mediante os quais trabalhamos, circulamos, moramos, mas, também, um dado simbólico. O simbolismo a que o autor se refere diz respeito à interação e à

comunicação que vêm caracterizadas pela linguagem que aproxima as pessoas, enriquece seu relacionamento, decodifica mensagem e alarga a visão de mundo. Segundo o autor, a infraestrutura abrange a economia local, os setores agrícola e industrial, o grupo social, a mobilidade e serviços, incluindo ainda as leis civis, fiscal e financeira nos espaços geográficos (SANTOS, 2000).

Santos (2004) faz referência

[...] ao território como um movimento dinâmico econômico e social e que não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas. O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer aquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. (SANTOS, 2004, p.10)

Corrêa (1999) define o território como espaços urbanos nos quais o ser humano se identifica; é a razão de suas atividades, de suas lutas e conquistas, de sua permanência e realizações. É no território da cidade que é exercida a cidadania das pessoas. É possível verificar que o espaço urbano também é vulnerável, se apresenta articulado por diversos grupos sociais que se comunicam, trabalham, moram, frequentam igrejas, espaços públicos e praias. E ainda há os grupos sociais excluídos que se ocupam das periferias, favelas e áreas de risco (CORRÊA, 1999).

Nardi (2010) acentua que os espaços urbanos em que as pessoas vivem devem representar o ambiente onde se faz política, a partir da convivência e da solidariedade, o que possibilita o fortalecimento do poder municipal. O espaço como local restrito, precisa estar em constante interação com o espaço amplo, global, embora a tendência seja do poder local em torná-lo mais forte que o poder nacional. Trata-se, pois, do espaço principal de se fazer política (NARDI, 2010).

Foi na década de 60 que surgiram as primeiras críticas e protestos sobre a qualidade do ambiente urbano que vinha sendo produzido tanto pelo poder público quanto pela iniciativa privada. Questionava-se não só o impacto do empreendedorismo sobre o meio ambiente, mas também a vida das comunidades e a própria qualidade dos espaços urbanos e da arquitetura (DEL RIO, 1990).

Neste contexto, é indispensável, portanto, a apresentação de algumas definições de cidade perante alguns órgãos institucionais da saúde, devido a sua relevância na questão da qualidade de vida das cidades.

3.3 Considerações sobre cidade saudável no contexto do Planejamento Urbano

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS/OPAS, 1996), a cidade, para ser saudável, deve ter condições de oferecer ao ser humano um ambiente salubre e agradável, manter o ecossistema sustentável, dispor de necessidades básicas, como saneamento, interações e comunicações, uma economia local diversificada e serviços de saúde acessíveis a todos.

Maricatto (2011) acrescenta que a cidade é um espaço urbano com serviços públicos como o abastecimento de água, esgoto, rede de drenagem, pavimentação, iluminação pública, coleta de lixo, sinalização e dispõe de equipamentos coletivos públicos.

A cidade, para ser saudável, deve oferecer ambiente organizado, seguro, ter acesso a recursos, comunicações, apresentar uma economia inovada, consideração pela cultura local, serviços de saúde acessíveis a todos e promover a qualidade de vida da população, mediante a intersetorialidade e a construção de parcerias com os órgãos federais, com os municípios, com a iniciativa privada e com a sociedade civil (BRASIL, 2001).

Mendes et al (2004) relatam que a complexidade dos problemas urbanos que as cidades enfrentam e as possibilidades oferecidas pelas próprias cidades para a realização de ações objetivando a melhoria da qualidade de vida dos habitantes, faz com que alguns municípios brasileiros agreguem a algumas agendas e a movimentos articulados entre governo e grupos locais como Municípios/Cidades Saudáveis, Agenda 21, entre outros.

O projeto “Cidades Saudáveis” é um projeto que propaga em muitos países diferentes buscando melhorar a qualidade de vida dos habitantes, este movimento faz parte de um planejamento urbano das cidades mundiais cujas metas levam em construção o desenvolvimento urbano e humano sustentável, a relação da sociedade e a governabilidade (Mendes et al, 2004).

Segundo as mesmas autoras, o termo “Cidades Saudáveis” vem sendo discutido desde os anos de 1980, especialmente no Canadá e na Europa, nos colocando que a cidade possa responder às necessidades do desenvolvimento, tornando-as capazes de lidar com os problemas

do dia-a-dia e que possam apresentar habilidades perante as modificações do cotidiano oferecendo à população o bem-estar e a qualidade de vida.

Hancock (1993) considera, sobre o programa “Cidades Saudáveis”, a necessidade de retomar a história do processo de decisão por parte dos governos locais perante as condições de saúde da população e quais os determinantes sociais que podem intervir na saúde dos indivíduos através do planejamento urbano, da participação da comunidade e da autonomia. Uma “Cidade Saudável” é aquela que está em constante movimento, melhorando o espaço urbano, a qualidade de vida dos indivíduos, potencializando a comunidade para o desenvolvimento de espaços urbanos saudáveis (Hancock, 1993).

O movimento por cidades saudáveis pode ser considerado como um programa do campo da saúde, envolvendo o governo em diversos setores e a sociedade civil, objetivando a construção de cidades com ambientes de “produção social da saúde” (WESTPHAL et MENDES, 2000).

De acordo com Westphal (2000), a Organização Mundial de Saúde (OMS) juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) iniciaram o Movimento “Cidades Saudáveis” com o objetivo de motivar o governo e a sociedade civil a construir mecanismos em diversos setores das políticas sociais, implantando projetos intersetoriais visando a realizar ações de melhoria de qualidade de vida da população urbana.

Segundo a mesma autora, os principais movimentos “Cidades Saudáveis” estão bem próximos das antigas preocupações do movimento sanitário europeu do século XIX, onde uma série de iniciativas da própria OMS, iniciando pela Declaração de Alma-Ata (1978) sobre Atenção Primária à Saúde em 1977 e pelo projeto “Cidades Saudáveis” em 1986, que se mantém até os dias de hoje.

De acordo com Hancock e Duhl (OMS, 1988), cidade saudável não é somente um espaço com saúde mensurado pelos indicadores de mortalidade e morbidade, mas é uma cidade repleta de objetivos para se alcançar a saúde dos habitantes através de ações contínuas para atingir a qualidade de vidas dos cidadãos.

Guimarães (1999) afirma que “Cidades Saudáveis” é a nomenclatura que se dá a projetos de construção de políticas saudáveis para a sociedade, sendo um movimento de conquistas por um estilo de vida saudável e sustentável para a população urbana através de espaços de lazer.

Westphal (2000) complementa que o movimento “Cidades Saudáveis” inclui a participação social como forma democrática e de mobilização na busca por mudanças na gestão nos diferentes níveis de governo.

A conceituação “Cidade Saudável” de Hancock & Duhl (OMS, 1988) adotada pela OMS é aquela que está sempre criando e alterando seu ambiente, ampliando seus recursos para que os indivíduos se habilitem, onde todos possam desempenhar suas funções e expandindo ao máximo seu potencial. Desse modo, pode-se afirmar que a cidade saudável depende da ótica de cada indivíduo (WESTPHAL, 2000).

Para Westphal e Mendes (2000), o programa “Cidades Saudáveis” é importante para desenvolver e cogitar a necessidade da intersetorialidade entre “a saúde, a educação, a habitação, o saneamento, o transporte e o lazer” e esse movimento exige um compromisso do governo com a construção de políticas públicas saudáveis que possa melhorar as condições de vida da população. As políticas públicas saudáveis tratam do que é mais precioso: a vida, o destino, a liberdade dos indivíduos e da coletividade (WESTPHAL e MENDES, 2000).

Para Hancock (1986) município saudável é aquele que pratica políticas públicas e oferece práticas que possam facilitar o processo de auxiliar os indivíduos a melhorarem sua saúde. É um processo de governança, de onde estamos e para onde queremos chegar,

[...] não se combate a violência com a colocação de grades e nem com uso de violência, é preciso compreender que os problemas não se resolvem do dia para a noite e é preciso que se inicie um processo de mudança das normas sociais, que sejam criadas formas de promover a coesão da sociedade. (HANCOCK, 1986, p. 95).

Ainda para Hancock (1986), “Municípios Saudáveis” seguem os princípios que a Carta de Ottawa refere, ou seja, com a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis a saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de competências pessoais e a reorientação dos serviços de cuidados à saúde.

Segundo Mendes et al (2004), os gestores de governo podem coordenar ações intersetoriais de Políticas Públicas Saudáveis em nível local com a participação da sociedade civil, em torno de problemas específicos, buscando, assim, soluções próprias, convertendo o esforço conjunto em ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Enfim, o programa Cidade Saudável não é fácil de ser medido, pois a palavra saudável está, muitas vezes, relacionada apenas à saúde, o que dificulta discutir com outros

setores de governo nos três níveis: Federal, Estadual ou Municipal (WESTPHAL e MENDES, 2000).

A preocupação com a saúde e com o bem-estar não está somente dentro da área da saúde, ela torna-se tema central para outros setores. As doenças provenientes da falta de infraestrutura urbana tais como: obesidade, estresse, pressão alta, acidente vascular cerebral (AVC), problemas cardíacos, entre outros, podem ser solucionadas estas através de políticas alimentares, políticas de lazer e de transporte, portanto vê-se uma forte ligação entre o setor da saúde e o planejamento urbano (BARTON e GRANT, 2011).

O planejamento urbano adequado busca a construção de espaços saudáveis e promover a melhora da qualidade de vida dos habitantes, pelo qual se deve estar apoiado em leis e normas orientadoras que promovam o aproveitamento dos potenciais que a própria cidade oferece como ambiente saudável.

No próximo item, apresentamos uma breve explanação de algumas normas e documentos norteadores do Planejamento urbano.

3.4 - Documentos Norteadores e Marcos Jurídicos do Planejamento Urbano.

Os documentos norteadores e os marcos jurídicos elencados a seguir foram aqueles que permitiram o desenvolvimento do planejamento urbano atual no mundo.

3.4.1 - Documentos norteadores

Os documentos norteadores não vinculam as partes, apenas indicam como deveria ser feito e como estabelecer o objetivo a ser alcançado, os demais são os meios utilizados para atingi-los. Os documentos norteadores importantes historicamente e que promoveram mudanças na forma atual de se planejar uma cidade, selecionados para esta pesquisa, foram a Carta de Atenas (1933) e a Carta dos Andes (1958).

Foram os Congressos Internacionais de Arquitetura Moderna (CIAM), na Europa, entre as décadas de 30 e 50, que começaram a oferecer espaço para discutir a questão dos problemas urbanos. Em 1933, aconteceu o IV Congresso, realizado em Atenas, na Grécia, e,

como resultado das reuniões, foi publicada a Carta de Atenas, organizada por um conjunto de urbanistas, com forte influência de LeCorbusier, definindo um conjunto de novas diretrizes ordenadoras para o planejamento das novas cidades. A maior parte das cidades se apresentava com uma imagem de desordem e não satisfazia as necessidades fundamentais biológicas e psicológicas de seus habitantes (CARTA DE ATENAS, 1933).

Este documento passou a ser referência para muitos urbanistas durante longos anos e propunha, em termos sociais, que os indivíduos tivessem acesso ao lazer, habitação, locomoção, lazer e trabalho, os quais podem ser traduzidos em quatro funções: habitar, trabalhar, circular e divertir.

A Carta de Atenas (1933) apresenta, ainda, a separação das áreas residenciais, de lazer e de trabalho; conta com cento e onze propostas, sendo uma parte de declarações sobre as condições das cidades e outra para a correção dessas condições. Tais considerações acham-se agrupadas em cinco categorias principais: moradia, trabalho, circulação, lazer e edifícios históricos; algumas delas estão relacionadas com a saúde e com o advento das máquinas, que provocou imensas perturbações no comportamento dos homens. Como consequência, o excesso de moradias passou a abrigar mal as famílias, a corromper sua vida íntima, desconhecendo as necessidades vitais e favorecendo a proliferação de doenças (CARTA DE ATENAS, 1933).

Esta carta enumera quatro funções fundamentais para a saúde das pessoas, cujo equilíbrio cabe ao Urbanismo realizar: habitar, trabalhar, recrear e circular, estabelecendo que cada cidadão tivesse o direito à moradia saudável, ascensão às alegrias, ao bem-estar e ao lazer após o trabalho. Outro ponto relevante encontrado neste documento foi a questão da disseminação de algumas doenças que ocorre através do contato entre as pessoas em espaços aglomerados, e, conseqüentemente, a contaminação entre ambientes e, ainda, o questionamento do estresse no trânsito, o caos da cidade, a pouca *caminhabilidade*, a falta de horas de lazer e a necessidade do descanso (CARTA DE ATENAS, 1933).

Outro documento de fundamental importância para o urbanismo moderno, especificamente para a América Latina, e que se preocupou com o planejamento urbano na questão do bem-estar público e na difusão de preceitos orientadores da ação ordenadora do planejamento territorial, é a Carta dos Andes (1958), documento gerado a partir do "Seminário de Técnicos e Funcionários em Planejamento Urbano – Centro Interamericano de Vivenda e

Planejamento”, ocorrido em Outubro de 1958 na cidade boliviana de Bogotá (CARTA DOS ANDES, 1958).

A Carta dos Andes foi estruturada em temas que abordam os conceitos de planificação e seus aspectos humanos, à luz das características sociais Latino-Americanas, pontuando a questão da organização do ambiente e as funções sociais de uma cidade, que são requisitos fundamentais para alcançar o bem-estar da população. E as ações sociais devem incluir a participação da comunidade para garantir as necessidades básicas do homem, como o sustento, roupas, moradia, mobilidade, entre outros (CARTA DOS ANDES, 1958).

Outros elementos fundamentais para uma vida saudável que preconiza na Carta dos Andes (1958) são

[...] água potável, esgoto e luz elétrica, a deficiência de outros serviços comunais como transporte urbano, áreas de recreação, escolas, centros de saúde; ao crescimento dos problemas da administração e manutenção dos referidos serviços e ao aumento crítico do problema da habitação. (CARTA DOS ANDES, 1958, p. 07)

As infraestruturas públicas necessárias para a qualidade de vida da população requerem vontade política e investimentos, apresentando como meta as condições sociais, econômicas e físicas indispensáveis à vida da comunidade, fomentando espaços públicos adequados e propícios para o desenvolvimento de uma vida digna dos cidadãos. E a beleza das cidades melhora com a construção de habitação urbana decente, elevando o nível de vida e erradicando as favelas, corrigindo as deficiências físicas, oferecendo acessibilidade e mobilidade às pessoas, ruas de passeios e calçadas eficientes, trânsito menos caótico, áreas de lazer, praças, saneamento básico, esgoto, energia elétrica, acesso a serviços públicos municipais, entre outros espaços públicos desenvolvidos para usufruto da população (CARTA DOS ANDES, 1958).

A carta ainda nos relata que a participação da sociedade civil no planejamento urbano fundamenta o interesse por melhorar o nível de vida de seu meio e o futuro da sua cidade em relação ao seu próprio bem-estar.

A cidade é o resultado das concepções, ambições, atitudes e trabalho de seus habitantes, por isso tem-se insistido em que a planificação urbana deve basear-se no conhecimento da comunidade, que parte da aferição das necessidades básicas do homem em condições de satisfazê-las como alimentação, vestuário, abrigo, locomoção, desenvolvimento,

conservação da espécie, desenvolvimento espiritual e intelectual, recreação e relações sociais (CARTA DOS ANDES, 1958).

3.4.2 Marcos Jurídicos do Planejamento Urbano.

Rolnik (1999) expõe que a lei vem para organizar, qualificar e reunir os espaços urbanos, apostando em noções de civilidade e cidadania, diretamente ao estilo de vida de cada um, permitindo moldar a cidade perfeita.

Santos (2000) destaca que

[...] o simples nascer investe o indivíduo de uma soma inalienável de direitos, apenas pelo fato de ingressar na sociedade humana. Viver, tornar-se um ser no mundo, é assumir, com os demais, uma herança moral, que faz cada um portador de prerrogativas sociais. Direito a um teto, à comida, à educação, à saúde, à proteção contra o frio, a chuva, as intempéries: direito ao trabalho, à justiça, à liberdade e a uma existência digna. (SANTOS, 2000, p.07)

Os marcos jurídicos do Planejamento Urbano selecionados para esta pesquisa foram a Lei nº 6766/79 (BRASIL, 1979), a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) o Estatuto das Cidades (BRASIL, 2005) e os Planos Diretores devido à sua relevância para o urbano. Como primeiro marco jurídico importante, a revisitação da Lei nº 6766/79 estabelece uma base para que os marcos subsequentes possam tratar da questão urbana de forma objetiva no controle e melhoria da qualidade dos espaços urbanos.

3.4.2.1 Lei 6766/79 – Lei do Parcelamento do Solo

A Lei nº 6766/79 (BRASIL, 1979) dispõe sobre o parcelamento urbano, seus procedimentos e responsabilidades, de modo que os assentamentos informais sejam regularizados de forma sustentável, essa Lei favorece a regularização fundiária brasileira, partindo da divisão do solo urbano em lotes para o mercado formal, possibilitando que não haja aproveitamento das irregularidades fundiárias, dificultando a posse da terra de forma legal a custos menores aos mais pobres (BRASIL, 1979). Em seu primeiro artigo a Lei nº 6766/79 (BRASIL, 1979) estabelece as quatro (4) funções primordiais do solo urbano que são: moradia, circulação, lazer e trabalho.

Ela foi criada tendo como objetivo ordenar o crescimento dos municípios em território nacional e dar proteção à pessoa que venha adquirir terrenos na região urbana do município, abordando questões relativas ao assunto, estabelecendo regras e traçando diretrizes, além de dispor sobre os direitos e garantias aos compradores (NOVAES, 2012).

Segundo Furtini e Ferreira (2007), essa lei dispõe sobre o parcelamento do solo para expansão urbana em loteamentos definidos pelo plano diretor ou mesmo aprovados por lei municipal.

A Lei nº 6766/79 (BRASIL, 1979), em seu artigo 2º, § 1º define loteamento como

[...] “a subdivisão de gleba em lotes destinados a edificação, com abertura de novas vias de circulação, de logradouros públicos ou prolongamento, modificação ou ampliação das vias existentes”. Assim, no loteamento há necessidade de abertura de novas vias públicas de circulação, de logradouros públicos ou prolongamento, modificação ou ampliação dos já existentes. (BRASIL, 1979, p. 01)

De acordo com Novaes (2012), os loteamentos clandestinos ocorrem normalmente em regiões periféricas das cidades, sem infraestrutura, cuja demanda é feita por uma população de baixa renda e sem opção de moradia. As normas legais alusivas ao urbanismo, tanto para o loteamento como para o desmembramento, competem ao Município, por força de sua autonomia constitucional, ou ao Estado, quando for o caso.

A seguir, explana-se o marco legal brasileiro, nossa Carta Magna: a Constituição Federal de 1988 nos seus artigos 182 e 183 referem à nossa Política Urbana e o seu desenvolvimento. A saber:

3.4.2.2 Constituição Federal (1988) - artigos 182 e 183

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) introduz mudanças extremamente importantes em relação às cidades; o município se reafirmou como uma "entidade" da federação com atribuição política, financeira e econômica. Os artigos referentes à política urbana (182 e 183) expressam o desenvolvimento urbano no nível municipal, tendo por objetivo organizar as funções sociais da cidade, estabelecendo a qualidade de vida e o bem-estar de seus habitantes (BRASIL, 1988).

Nesses artigos, destaca-se a política de desenvolvimento urbano, executada pelo poder público municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em lei, que têm por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes (BRASIL, 1988). Esses dispositivos destinam-se, fundamentalmente, a exigir, da propriedade urbana e da própria cidade, o cumprimento de sua "função social".

A materialização jurídica da função social da propriedade encontrou uma definição consistente no artigo 182, estabelecendo que a propriedade urbana cumpra sua função social, quando atende às exigências fundamentais de ordenação da cidade expressas no plano diretor. O artigo 183 discorre sobre a usucapião, que possibilitou a regularização de áreas de ocupação clandestina, favelas e invasões, formalizando moradias e garantindo o direito de propriedade ao ocupante do imóvel urbano (BASSUL, 2002).

De acordo com Santos,

[...] a realização plena do indivíduo, ou simplesmente, a vontade de ser livre, e a realização do cidadão encontram-se as diversas organizações que estruturam a vida social. Sob o ângulo formal, a organização maior é teoricamente, o conjunto de normas legais, estabelecidas pelas diversas instâncias políticas, desde a Constituição, que é a lei das leis, até as posturas municipais. A sociedade, porém, não se regem apenas por leis, decretos, portarias aos níveis federais estaduais e municipais. (SANTOS, 2000, p.67)

Nesse aspecto, a Constituição Federal de 1988 apresenta e dá suporte para que a política urbana possa significar uma vida digna e saudável a todos em igualdade de condições. A fim de instrumentalizar, organizar e direcionar a gestão política das cidades brasileiras, leis, portarias, normas e decretos foram implantados, sendo uma delas o Estatuto das Cidades.

3.4.2.3 Estatuto das Cidades e Plano Diretor

O Estatuto da Cidade fornece à gestão pública municipal e aos movimentos sociais uma série de instrumentos para que possam garantir o direito à cidade e à sua função social, acentuado na própria lei como “o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer” (BASSUL, 2004).

O Estatuto da Cidade é o resultado de um longo processo de reivindicações da sociedade, em que a participação de movimentos sociais urbanos teve um papel decisivo, e estabeleceu um novo quadro institucional para a atuação política nas cidades brasileiras (LEME, 2004).

Essa lei vem regulamentar os artigos 182 e 183 da Constituição Federal de 88, estabelecendo a política do planejamento urbano no Brasil, ordenando o desenvolvimento da cidade, reunindo normas e regulamentações do uso da propriedade urbana em prol do bem-estar dos munícipes, garantindo a todos o direito à moradia, aos serviços públicos, à infraestrutura urbana, ao saneamento básico, à saúde, à acessibilidade, à mobilidade urbana e ao lazer, sem discriminação de classe racial, social e econômica (BRASIL, 2005).

O Estatuto das Cidades, Lei nº 10.257/01 (BRASIL, 2005), estabelece as diretrizes da política urbana que permitem a melhoria da qualidade de vida da população das cidades através de um planejamento com alto comprometimento social, buscando suprir o ambiente urbano com moradia decente, saneamento básico, acesso à infraestrutura urbana, transporte, serviços públicos e lazer.

Há a necessidade de uma gestão democrática, garantindo a participação da população urbana em todas as decisões de interesse público e as associações representativas dos vários segmentos da sociedade de se envolvem em todas as etapas da construção do Plano Diretor: em sua elaboração, implantação e na avaliação dos planos e dos programas de desenvolvimento urbano municipal (OLIVEIRA, 2001).

Essa lei é uma oportunidade para que os cidadãos construam e reconstruam espaços urbanos humanizados, integrados ao ecossistema onde se implantam, respeitando a identidade e a diversidade cultural nas cidades brasileiras, atribuindo aos municípios a implementação de planos diretores participativos, definindo uma série de instrumentos urbanísticos que tem no controle a especulação imobiliária (BRASIL, 2004).

Como especifica na primeira diretriz do Estatuto das Cidades,

[...] reconhece e qualifica o direito às cidades sustentáveis, que passa a ter vigência como um dos direitos fundamentais da pessoa humana, incluído no conjunto dos direitos humanos, e o direito à cidade tem como fonte de origem os princípios constitucionais das funções sociais da cidade e da propriedade, norteadores da política urbana. (Brasil, 2005, p.32)

O Estatuto das Cidades reúne instrumentos urbanísticos que podem garantir a efetividade ao Plano Diretor, responsável pelo estabelecimento da política urbana no âmbito municipal e no desenvolvimento da função social da cidade e da propriedade urbana (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, torna-se obrigatório um conhecimento satisfatório dos Planos Diretores dos municípios, adotando um novo paradigma do documento, visando que novas propostas sejam colocadas para discussão para as sociedades, estabelecendo, assim, uma proposta mais coerente do ponto de vista urbano e da promoção da saúde.

De acordo com Bassul (2004), os Planos Diretores definem metas e diretrizes da política urbana, tanto para o setor público como para o privado, definindo critérios para atender à propriedade urbana em sua função social, estabelecendo normas que restringem e condicionam, na cidade, o exercício do direito de propriedade.

O Plano Diretor é um plano que, baseado em um diagnóstico da realidade física, social, econômica, política e administrativa da cidade, do município e de sua região, contém uma série de propostas para o futuro desenvolvimento socioeconômico e futura organização espacial dos usos do solo urbano, das redes de infraestrutura e de elementos fundamentais da estrutura urbana, para a cidade, tendo sido estas aprovadas por lei municipal e definidas para curto, médio e longo prazo (VILLAÇA, 1999).

Para Villaça (1999), o Plano diretor é o instrumento básico do ordenamento territorial urbano e a concretização da função social da propriedade em termos de parcelamento do solo e edificações, dos impostos sobre a propriedade predial e territorial urbana progressivo no tempo e de sanção de desapropriação.

Conforme o Estatuto da Cidade, o

[...] Plano Diretor é obrigatório para os municípios com mais de 20 mil habitantes, integrantes de regiões metropolitanas e aglomerações urbanas, com áreas de especial interesse turístico, situados em áreas de influência de empreendimentos ou atividades com significativo impacto ambiental na região ou no país. Os princípios que norteiam o Plano Diretor estão contidos neste estatuto. (BRASIL, 2004, p 10)

Os Planos Diretores devem ser discutidos e aprovados pela Câmara de Vereadores e sancionados pelo prefeito de cada município com inovação e criatividade estimulando a participação da sociedade civil (BRASIL, 2004).

Para iniciar a construção de um Plano Diretor, o município requer a articulação com os técnicos e com a sociedade civil, apresentando a realidade, definindo as prioridades, seleção de quais serão os instrumentos que serão aplicados, a implantação e gestão, e, finalmente, a fiscalização das ações (BRASIL, 2004).

Desse modo, com base na Constituição Federal de 1988 é que o Plano Diretor ressurge em consonância com o Planejamento Urbano sob a perspectiva da qualidade de vida das cidades e da população.

A Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2010) consideram que as doenças nas cidades e seus determinantes necessitam de atitudes intersetoriais, políticas públicas de vários setores públicos, participação da comunidade com medidas que englobem o meio ambiente, a habitação, acessibilidade e mobilidade, educação, o planejamento urbano e áreas de lazer.

O desenvolvimento do espaço urbano saudável depende dos princípios utilizados na elaboração do seu planejamento, alguns deles de caráter histórico, outros como marcos regulatórios (marcos jurídicos).

Entender quais princípios convergem para um espaço realmente saudável, e quais apenas servem como ordenadores da ocupação do espaço, é o mais importante, pois são as políticas públicas, no final do processo, que permitirão a construção dos espaços urbanos saudáveis.

4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE PLANEJAMENTO URBANO NA CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS SAUDÁVEIS

Pela literatura, a Política Pública nasceu nos Estados Unidos, surgindo no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos (SOUZA, 2006).

A política pública urbana é entendida como organização e mecanismos de operação para que a cidade acompanhe o desenvolvimento e a ocupação do espaço urbano, sua estrutura urbana situa-se dentro do planejamento urbano, configurando a função econômica, social e físico-urbanística na promoção da melhoria do sistema e da qualidade de vida da população local (BRASIL, 1979).

Azevedo (2011) reafirma que as políticas públicas devem apresentar metas e características institucionais, sendo consideradas de acordo com que o governo realiza ou deixa de fazer, impactando suas atitudes e suas omissões.

Não existe uma única definição de política pública. Lynn (1980, apud SOUZA 2006) considera a política pública como um conjunto de atitudes, reafirmando que a Política Pública é a soma das ações dos governos que atuam diretamente e podem influenciar na qualidade de vida dos cidadãos nas cidades.

Para Lima e Krüger (2004),

[...] é indispensável que as políticas públicas incorporem a preocupação com a manutenção e aprimoramento da qualidade ambiental da cidade, estabelecendo objetivos ambientais para os quais as ações da administração pública e da sociedade devam convergir, de forma que o resultado das intervenções presentes não venha a comprometer as condições ambientais de atendimento às demandas por infra-estrutura e qualidade de vida no futuro. (LIMA e KRUGER, 2004, p.89)

A governança urbana atribui um dos seus principais objetivos à geração de políticas públicas para tentar resolver os problemas de estrutura urbana, discutindo-as e direcionando as questões sobre o espaço que o governo atua na implantação das ações e no processo de planejamento urbano (LEFEBVRE, 2008).

Azevedo (2011) refere que as políticas públicas buscam consenso em torno do que se pretende fazer e do que se deixa de fazer; podendo apresentar regras tanto para a ação como para a solução dos eventuais conflitos entre os indivíduos.

Dye (1984, apud SOUZA, 2006) define política pública como aquilo que o governo quer ou não realizar, todavia a definição mais utilizada nas literaturas foca nos resultados das decisões e avaliações sobre uma determinada política do governo que implica no atendimento de ações realizadas ou não.

Souza (2006) destaca, ainda, que as políticas públicas podem ser classificadas em: redistributivas, distributivas e regulatórias e o objetivo das políticas públicas redistributivas é distribuir renda na forma de financiamento de equipamentos e serviços públicos. Já as distributivas apresentam objetivos pontuais ligados à oferta de equipamentos e serviços públicos. E as regulatórias visam a regular o funcionamento dos setores urbanos e ou/rurais, com legislação e instrumentos que permitam normatizar a aplicação de políticas redistributivas e distributivas, como por exemplo, a Lei de Uso do Solo e o Plano Diretor (SOUZA, 2006).

Segundo o mesmo autor, a melhora da saúde da população de um determinado local pode depender mais de investimento em outra política setorial com grande identidade, como, por exemplo, o saneamento básico, do que simplesmente o aumento dos gastos tradicionais com a distribuição de medicamentos à população.

As políticas públicas de planejamento urbano tendem a ser geradoras de qualidade de vida aos habitantes e essas políticas têm relação com a habitação e o saneamento básico, os quais priorizam algumas soluções para o urbano.

No Brasil, podemos citar o PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) como um exemplo de política pública, que é um plano do governo federal que visa estimular o crescimento da economia brasileira, através do investimento em obras de infraestrutura como habitação, portos, rodovias, aeroportos, esgotamento sanitário, geração de energia, hidrovias, ferrovias, entre outros. O PAC foi lançado pelo governo federal em 2007 (BRASIL, 2007), na sua primeira fase, e, em 2010, ocorreu a revisão, lançando o PAC (2) dois, tendo também como eixo principal a infraestrutura social, o saneamento básico, habitação, transporte, meio ambiente, desoneração tributária e medidas fiscais (BRASIL, 2007).

Entretanto, o PAC foi feito de forma desconexa com o Planejamento Urbano dos municípios brasileiros preconizados em seus Planos Diretores. As obras do PAC, por vezes,

entram em conflito direto com as normas dos Planos Diretores podendo gerar problemas futuros como a especulação imobiliária sem que haja um cuidado com o uso do solo.

Outro exemplo de Política Pública relacionada ao planejamento urbano que podemos mencionar foi o resultado da Conferência EC-92, ou Rio-92, ocorrida no Rio de Janeiro em 1992, quando surgiu um documento importante conhecido como Agenda 21, esclarecendo a importância de cada país no comprometimento dos governos, empresas, organizações não governamentais e todos os setores da sociedade na cooperação de estudo para soluções para os problemas socioambientais (BRASIL, 2005).

A Agenda 21 destaca que

[...] o desenvolvimento sustentável e a qualidade de vida dos indivíduos é um dos princípios da Declaração do Rio - Agenda 21, e as funções sociais da cidade serão desenvolvidas quando houver redução das desigualdades sociais, a promoção da justiça social e melhoria da qualidade de vida urbana, e enquanto a população não tiver acesso à moradia, transporte público, saneamento, cultura, lazer, segurança, educação, saúde, não haverá como demandar a defesa de que a cidade esteja atendendo à sua função social. (Brasil, 2005, p.45)

Define ainda que, cada país deverá desenvolver sua Agenda 21, sendo que no Brasil as discussões são coordenadas pela Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável pela Agenda 21 Nacional (CPDS). Essa comissão constitui um poderoso instrumento de reconversão da sociedade industrial rumo a um novo paradigma, que exige a reinterpretação do conceito de progresso, contemplando maior harmonia e equilíbrio entre o todo e as partes, promovendo a qualidade e não apenas a quantidade do crescimento.

As ações prioritárias da Agenda 21 brasileira são os programas de inclusão social, com o acesso de toda a população à educação, à saúde, à distribuição de renda, à sustentabilidade urbana e rural, à preservação dos recursos naturais e minerais e à ética da política para o planejamento rumo ao desenvolvimento sustentável, construção, ainda, de um plano de ação para ser adotado globalmente, nacionalmente e localmente por organizações do sistema das Nações Unidas através dos governos e da sociedade civil, em todas as áreas em que a ação humana impacta a cidade (BRASIL, 2005).

Para Lima e Krüger (2004), a organização da cidade, o uso e ocupação do solo urbano, a influência sobre a localização de atividades urbanas, a distribuição da densidade

populacional, a geração de tráfego, entre outros, está presente na elaboração da Agenda 21 brasileira e no próprio Estatuto da Cidade.

Para o entendimento da construção de uma relação entre urbanismo e saúde, foi necessária uma contextualização acerca da saúde. Há uma retomada da história da saúde, sua trajetória no mundo e no Brasil, a fim de subsidiar a compreensão contemporânea das contradições econômicas e sociais, provocadas pela urbanização, refletindo no aspecto social e na qualidade de vida da população.

Os Capítulos seguintes tratam dos conceitos de saúde, sua relação com a cidade e as formas de promoção da saúde, bem como os principais documentos norteadores das ações voltadas para a geração do bem-estar e os marcos jurídicos definidores das políticas de saúde preconizadas no Brasil.

5. A SAÚDE

5.1 História da Saúde no Mundo e no Brasil

Desde os primórdios dos tempos, filósofos fizeram referência à saúde associando-a ao bem-estar físico e mental, à retidão e a uma forma digna de vida ligada à justiça. O estudo da história da saúde no mundo e no Brasil se faz necessário para o entendimento do planejamento urbano como gerador de Políticas Públicas Saudáveis, visando ao desenvolvimento e à construção de espaços urbanos e sua utilização pelas pessoas que vivem nas cidades.

A revolução industrial foi um momento determinante no século XVIII nas grandes cidades europeias, pois proporcionou uma enorme aglomeração de pessoas, nunca registrado anteriormente na história das cidades, facilitando a propagação de doenças epidêmicas como a tuberculose e a varíola, causadoras das principais mortes em adultos jovens (CARVALHO, 2003).

Em Londres, as precárias condições de vida favoreciam a mortalidade causada por várias outras epidemias, especialmente o cólera; a má saúde da população ganhava grandes proporções e discutia-se se a pobreza causava a doença ou a doença causava a pobreza, embora a doença e pobreza fossem reconhecidas como entraves ao desenvolvimento da Inglaterra, segundo Azambuja (2011).

Em 1848, Chadwick, o pai da saúde pública inglesa, aprovou o Public Health Act, apresentando o argumento de que havia necessidade de investimentos em obras de engenharia sanitária, visando melhoria das condições de habitação e saneamento das cidades, que, além de beneficiarem diretamente a saúde, favoreceriam o emprego e a renda, melhorando as condições da população urbana (AZAMBUJA, 2011).

A partir das mortes ocorridas na Inglaterra no período de 1847 a 1854, surgiu a preocupação com a saúde pública que passou a ter destaque, pois a proximidade e a mistura das pessoas na cidade expunham ricos e pobres ao risco de adoecer e morrer (MARQUES, 2002).

Marques (2002) menciona ainda que as autoridades deveriam tomar medidas sanitárias para melhorar as condições de vida da população, dificultando o surgimento e a propagação de doenças e, dentre as mudanças, priorizava melhores condições de trabalho, de moradia, alimentação, educação, lazer, assistência médica e hospitalar, erradicação de doenças

infecciosas, controle ambiental entre outros, elevando a expectativa de vida das pessoas acima dos 70 anos.

A situação da Inglaterra no século XVIII não diferia muito da realidade dos grandes centros urbanos dos países menos desenvolvidos, dentre eles o Brasil.

Para Santos (1985), do descobrimento do Brasil ao período do primeiro reinado, o país contou com a presença dos colonizadores, degredados e aventureiros que não dispunham de nenhum modelo de saúde; nem havia interesse por parte do governo em criá-lo, sendo assim, dispunham de recursos oferecidos pela própria natureza, como as plantas e as ervas e, também, de pessoas que portavam conhecimentos empíricos, os chamados curandeiros.

Com a necessidade de se dar mais suporte ao poder real que se instalava no Rio de Janeiro, criou-se uma organização de estrutura sanitária modesta, sendo que, até 1850, as atividades de saúde pública se limitavam a delegar atribuições sanitárias às juntas municipais e também a manter controle de navios e verificação da saúde nos portos (SANTOS, 1985).

No início do século XX, os empreendimentos econômicos e a expansão da ocupação do território foram acompanhados por campanhas de saneamento de áreas urbanas e expedições científicas de reconhecimento, havendo intervenções sobre a saúde em muitas áreas do interior do Brasil (CARVALHO, 2003).

Durante a Primeira República (1889-1930), surgiu o processo histórico de construção da saúde pública e os primeiros projetos de reforma durante o curto período democrático que antecedeu o regime militar de 1964. Foram organizadas as bases para o surgimento de um Sistema Nacional de Saúde, assinalado pela concentração e verticalização das ações do governo central (LIMA et al, 2005).

O desenvolvimento da política social e nacional seria resultado de um amplo processo de negociação entre os órgãos federativos, assim o período da Primeira República ficou conhecido como a era do saneamento, marcado pelo crescimento da consciência da sociedade civil elitizada em relação aos sérios problemas sanitários no país (HOCHMAN, 1998, apud LIMA et al, 2005).

Em 1870, a teoria dos micróbios de Pasteur demonstrava que as doenças contagiosas não se transmitiam pelo ar, mas por germes infecciosos, alastrados pelo contato indireto entre as pessoas através de objetos e os micróbios não surgiam simplesmente nas substâncias em

decomposição, e sim na falta de infraestrutura do espaço urbano, portanto a reforma sanitária estabeleceu uma organização profilática nas políticas de saúde (LIMA et al, 2005).

O sanitarismo forneceu à política do Estado os meios legais e institucionais para cumprir tal missão, tendo como estratégia a montagem de um sistema de vigilância permanente, a política sanitária e a formulação de leis minuciosas definiam aquilo que deveria ser monitorado pelos fiscais (LIMA et al, 2005).

Em 1890, os trabalhadores fizeram reivindicações de saúde e a primeira Constituição Brasileira, de 1891, estabelecia que os Estados fossem responsáveis pela saúde pública, sendo que os Estados mais capacitados tivessem vários órgãos sanitários (NUNES, 2002).

Em 1904, houve uma reforma da cidade carioca, conhecida como “bota abaixo”, estimulada pelo prefeito Pereira Bastos, época em que Oswaldo Cruz assumia a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) e foi o responsável pela estruturação da saúde pública no Brasil, saneando a cidade do Rio de Janeiro e elaborando uma Campanha de Vacinação que deu origem ao movimento conhecido com a “Revolta da Vacina” (PORTO, 2003).

Tratava-se de uma lei que reiterava a vacinação a todos mesmo sem o consentimento das pessoas, sendo um importante acontecimento histórico brasileiro, porque exemplifica a intervenção de um conceituado médico, Oswaldo Cruz, nas questões urbanas. A partir daí houve uma reestruturação da área urbana carioca, visando à qualidade de vida da população (PORTO, 2003).

Segundo o mesmo autor, apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve vitórias no controle das doenças epidêmicas, erradicando a febre amarela no Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto, aceito como forma de intervenção na saúde coletiva, por várias décadas.

Em 1916, o médico sanitarista, Gouveia de Barros, já percebia que a população brasileira não tinha resistência às doenças tropicais, atribuindo tal fato à herança africana. No entanto, esse ano foi marcado por um movimento em favor da saúde brasileira, o Instituto Oswaldo Cruz publicava os cadernos de viagem dos médicos Artur Neiva e Belizário Pena pelos Estados do nordeste e Goiás (NUNES, 2002).

De acordo com Porto (2003), em 1918, a cidade do Rio de Janeiro era desprovida de saneamento básico e as precárias condições de higiene faziam dela um foco de epidemias. Os governantes da época decidiram melhorá-la com a remodelação urbana, tomando medidas

drásticas para combater as doenças, através de um plano de saneamento básico, em que as moradias precárias e casebres dos bairros centrais foram derrubados dando lugar a grandes avenidas e ruas largas, conseqüentemente, as favelas cariocas começaram a se expandir nas periferias (PORTO, 2003).

Em São Paulo, em 1919, um engenheiro audacioso, Saturnino de Brito, realizou inúmeros projetos e obras de saneamento de acordo com suas concepções sobre a cidade e o urbanismo. Ele tinha uma visão holística sobre o sistema urbano, procurando planejar o conjunto da cidade, preconizando o planejamento como uma forma de garantir um desenvolvimento harmônico das cidades como um todo (ANDRADE, 1993).

Dentre as obras de saneamento da era Saturnino estão os canais de drenagem da água pluvial para evitar as causas de epidemias, o conhecimento da topografia local tendo em vista a previsão do crescimento da cidade, instauração de espaços públicos, dando à cidade uma nova configuração limpa e ordenada, e ele apresentavam uma visão diferenciada da cidade, associada às necessidades sanitárias e, como sanitarista, via, nas obras de saneamento, as ações da política sanitária e uma alternativa às campanhas de vacinação da população brasileira (ANDRADE, 1993). Brito também se rebelou contra as inspeções domiciliares e à vacinação obrigatória, embora negasse até o fim de sua vida a teoria microbiana, ele deixou um legado modernizador de seu pensamento e de sua obra urbanística (ANDRADE, 1993).

Ainda na década de 20, nas cidades portuárias, o saneamento básico tornou-se importante política pública, para que a mão de obra imigrante pudesse desembarcar no país, favorecendo o desenvolvimento da economia brasileira, e as campanhas de Oswaldo Cruz alcançaram o controle da peste, febre amarela e da varíola, proporcionando assim fortes reformas do espaço urbano (CARVALHO, 2003).

O ano de 1920 foi o período de maior politização do movimento sanitário com o novo código sanitário, possibilitando que o governo federal criasse nos Estados postos de combate às epidemias no interior e, em 1922, com Artur Bernardes na presidência, os serviços de saúde ficaram centralizados na federação do país (LIMA, 2005).

Lima ressalta ainda que

[...] o período de 1930 foi um marco inicial das políticas sociais e da centralização estatal sendo tributário desse processo de expansão da autoridade por meio da adoção de políticas e ações de saúde orientadas por principio e estratégias comuns, resultado das interfaces das idéias defendidas pelo movimento sanitarista da época e do complexo

processo de negociações que envolveram estados e o governo federal. (LIMA et al, 2005, p. 37)

Ainda na década de 30, o presidente Vargas implantou o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), sendo este uma antiga aspiração dos higienistas. O presidente estava resolvido a elevar a qualidade de saúde e do saneamento dentro das fazendas e nas sedes dos municípios com o propósito da erradicação das “grandes endemias dos campos” (SANTOS, 1985).

Para Lima et al (2005), a literatura reconhece que o MESP foi um marco na configuração de políticas sociais no Brasil e as mudanças institucionais ocorreram para organizar a política pública brasileira, constituindo um arcabouço jurídico e material para a área da saúde.

Segundo o mesmo autor, em 1945, o MESP foi marcado pela insegurança e pela indefinição das ações e programas de saúde federal, o que refletiu na troca das pastas ministeriais. O futuro do Brasil era incerto e o formato institucional não estava compatível com os projetos políticos. Aos poucos, novos órgãos federais foram criados e reformulados, melhorando e fortalecendo as estruturas centralizadas e hierárquicas com o intuito de fortalecer os mecanismos, normalizando e controlando as atividades de saúde em todo o país.

Com a derrota de Getúlio Vargas em 1945 e a promulgação da nova Constituição em 1946, o Brasil conseguiu estruturar de uma forma organizada várias ações e serviços verticalizados na elaboração de campanhas e ações sanitárias, mesmo que fossem ainda a nível estadual (LIMA et al, 2005).

Segundo Carvalho (2003), na Bahia, em 1946, as campanhas de higiene infantil e antituberculose, promovidas pelo governo federal, foram intensificadas com as atividades de saneamento enquanto que, no estado do Rio de Janeiro, ocorriam aproximadamente 400 óbitos por mês por causa da tuberculose e da cólera, que estavam se tornando uma pandemia. As péssimas condições de trabalho, moradias precárias e a falta geral de saneamento das cidades foram acusadas como fatores determinantes da ocorrência de doenças e mortes (CARVALHO, 2003).

Em 1953, um órgão federal foi instituído: o Ministério da Saúde (MS), com a lei nº 1920/53, a qual desdobrou o Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP) em dois: Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Três anos depois, criou-se o Departamento Nacional de Endemias Rurais para realizar serviços de investigação e de combate a várias

endemias como a malária, doença de Chagas, leishmaniose, febre amarela e outras (PORTAL DA SAÚDE²).

Em 1963, na III Conferência Nacional da Saúde (CNS), ocorreu a municipalização dos serviços de assistência médico-sanitário, considerado um marco para a história da saúde brasileira (LIMA et al, 2005).

Em 1964, com a ascensão dos militares ao poder, o ministro da saúde passou a ser Raymundo de Brito, que incorporou ao Ministério da Saúde a assistência médica da Previdência Social, o Plano Nacional de Saúde, reordenando os serviços de assistência e médico-sanitário nos três níveis governamentais, ou seja, governo Federal, Estadual e Municipal (LIMA et al, 2005).

Em 1967, o Ministério da Saúde passou a ser responsável pela formulação e coordenação da Política de Saúde. Suas áreas de competência abrangiam a Política Nacional de Saúde (PNS), com ações preventivas em geral, atividades médicas e paramédicas, a vigilância sanitária de portos marítimos, fluviais, aéreos, de fronteira e o controle de medicamentos, de drogas, alimentos, etc (BRASIL, 2001). A esse ministério coube oferecer condições para a promoção, recuperação e proteção da saúde da população, reduzindo as enfermidades, fazendo controle das doenças endêmicas e de parasitas, favorecendo a vigilância à saúde e possibilitando, à população brasileira, uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2001).

De acordo com Mendes (1999), a década de 80 foi marcada pela trajetória de mudanças jurídicas e institucionais difundidas pelos pressupostos da reforma sanitária, que passaram à impressão de que os projetos político-sanitários fortaleciam as políticas de saúde.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, no Brasil, que se discutiu a situação da saúde no país com a aprovação de um relatório com sugestões de descentralização, participação da sociedade civil e a eficácia da administração pública local e estas recomendações constituíram o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, onde o SUS foi implantado a partir da proposta de Reforma do Sistema de Saúde (NATALINI, 2004).

Segundo o mesmo autor, em 1988 foram incluídos na Constituição Federal os artigos 196 a 200, referentes à saúde, inclusive nas Constituições Estaduais e Municipais bem como a elaboração da Lei Orgânica da Saúde. Finalmente, em 1992, a 9ª Conferência Nacional de Saúde avaliou e propôs avanços no sistema de saúde, implantando o SUS e o controle social.

² Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm>. Acesso em 12 Ago 2012.

A estrutura da saúde pública no Brasil conta com a atuação das secretarias estaduais e municipais de saúde, e foi por meio da Constituição Federal de 1988 que a saúde se fortaleceu com a criação do SUS (Lei 8.080/90), em 1990, cujos princípios apontam para a democratização nos serviços de saúde, passando a ser universais e descentralizados (NATALINI, 2004). Assim, os Estados e Municípios assumem suas responsabilidades diante do SUS e também no que diz respeito ao desenvolvimento de ações que priorizam a prevenção de doenças e a promoção da saúde (NATALINI, 2004).

No terreno político, a transição de uma cidadania plena possibilitava o reconhecimento do direito igualitário a todas as ações de saúde, cabendo ao Estado, enquanto regulador público, a responsabilidade pela garantia desse direito de cidadania, propondo uma reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando como princípios essenciais a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação da sociedade civil (MENDES, 1999).

Por causa da Reforma Sanitária Brasileira, foi possível a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) que fez com que o Brasil fosse considerado um dos únicos países latino-americanos a preservar a saúde, embora não na totalidade dos serviços, mas ao garantir em nossa constituição um direito de todos e dever do Estado (SANTOS, 1987 apud MENDES, 1999).

A seguir, destacamos o conceito de saúde, considerações sobre promoção da saúde, aspectos saudáveis, movimentos da saúde e ainda apresentamos os documentos norteadores, bem como os marcos legais, referentes à saúde, que foram selecionados para este estudo.

5.2 - Considerações da Saúde

O conceito de saúde tem se modificado ao longo dos anos. No início do século XX, saúde era sinônimo de ausência de doença e era catalogada somente na enfermidade com destaque na medicina curativa, que tratava as pessoas apenas como um elemento humano (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde destaca que

[...] a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela

população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação*, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer*, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud MENDES, 1999, p. 42)

A Organização Mundial de Saúde (1948) propõe em sua Carta Magna um conceito de saúde subjetivo e idealizado: “Saúde como um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente ausência de doenças ou enfermidades” (OPAS/OMS, 2000).

Acrescenta, ainda, um novo tipo de saúde: a social, mais próxima da realidade, embora com dificuldade de mensuração, pois há necessidade de definir o que venha a ser “bem-estar” (OPAS/OMS, 2000). Trata-se de uma questão problemática em sua quantificação, pois há opiniões diversas sobre tal conceito.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também faz referência estabelecendo que

[...] a saúde é o gozo do mais alto padrão atingível de saúde e é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é fundamental para a consecução da paz e da segurança e é dependente de máximo a cooperação de indivíduos e Estados. (OPAS/OMS, 2000, p 01)

De acordo com esse mesmo documento, a saúde abrange aspectos individuais e coletivos, envolvendo questões ambientais e sociais. É gerada a partir das condições de vida das pessoas, educação, trabalho digno, prática de atividades físicas, lazer, repouso, pensamento positivo, aceitação das responsabilidades do dia a dia, qualidade de vida e a diminuição do nível de estresse das pessoas.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986), realizada em Brasília, estabelece o seguinte conceito de Saúde:

[...] saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação; educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos aos serviços de saúde, é assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social. (CNS, 1986)

Segundo Medronho (2003), a Constituição Federal de 1988 reconhece que a saúde tem estreita relação com as condições econômicas e sociais, dentre elas o emprego, salário digno,

moradia, alimentação adequada, educação, lazer, transporte e acesso amplo e equânime aos serviços de saúde.

E a Carta de Ottawa (1986) descreve que

[...] a saúde é um direito humano fundamental e garantido constitucionalmente caracterizado por um bem estar físico, mental e social que permitem ao sujeito levar uma vida produtiva. Nessa perspectiva, a saúde envolve aspectos pessoais, sociais, econômicos, ambientais e até mesmo envolve aspectos de vida, acesso e qualidade de serviços de saúde, paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade, lazer e ambientes saudáveis. (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.01)

Para Adriano *et al* (2000), faz parte da qualidade de vida das pessoas o acesso e a aquisição de bens e serviços econômicos e sociais como: emprego e renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade, entre outros.

A Carta de Adelaide (1988) afirma que

[...] a saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social, devendo os governos investir recursos em políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde, de maneira a melhorar o nível de saúde dos seus cidadãos. Assegurando-se que a população tenha acesso aos meios imprescindíveis para uma vida saudável e satisfatória, aumentar-se-á, ao mesmo tempo, de maneira geral, a produtividade da sociedade tanto em termos sociais como econômicos. Ressalta, ainda, que as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade. (CARTA DE ADELAIDE, 1988, p.01.)

Para Caiaffa (2008), as definições de saúde e doença não são lineares e não é possível desvincular estes conceitos do momento histórico e do contexto social que os compreende como associadas também das condições de vida, de moradia e trabalho dos indivíduos.

A saúde é um produto social, e só existirá se houver ações concretas dos governantes, trata-se de um processo que precisa de uma construção contínua atuando contra tudo o que venha comprometer a qualidade de vida dos cidadãos (NUNES, 2004).

5.3 – Aspectos do Saudável e do Planejamento Urbano Saudável.

A partir de algumas considerações de saúde, compreender e poder entender o conceito do saudável, se faz necessário para complementar essa pesquisa.

O “saudável”, de acordo com Ferreira (1999), é um adjetivo conectado com a saúde para a promoção da qualidade de vida às pessoas, visando ao bem-estar, tanto físico como psicológico.

Para o Ministério da Saúde, ambiente saudável é

[...] o território vivo, dinâmico, que incorpora, além das dimensões físicas e biológicas, a social, a cultural, a econômica e a política, no qual se materializa a vida humana e que coloca a qualidade de vida em foco. Prevê um conjunto de ações que integram a atuação do Estado no território e a do cidadão que no seu espaço, criando objetivos comunitários, de forma participativa e articulada, promovendo comportamentos e relações favoráveis à saúde e desenvolvimento humano. (BRASIL, 2012, p. 16)

O conceito de ambiente saudável abrange a infraestrutura urbana base para a sobrevivência como o saneamento básico das cidades, espaços físicos organizados e adequados para se viver e conviver e ambientes seguros (COHEN, 2004).

Segundo Sperandio (2012) entende-se por Planejamento Urbano Saudável (PUS) aquele que contempla as características de uma cidade, juntamente com as pessoas que nela vivem, considerando como estratégias metodológicas o desenvolvimento de políticas públicas urbanas saudáveis, a ação intersetorial, a formação do capital humano, a participação social e o movimento em rede, tendo em vista valores como vizinhança, coletividade, governança, cooperação, afetividade e integração visando à melhoria da qualidade de vida e ao bem-estar de seus habitantes.

A Organização Mundial de Saúde destaca que o Planejamento Urbano Saudável entende-se como ações e planos que tornem a Cidade um local “bom de viver”, que contemple as premissas da Organização Mundial da Saúde, pontuando o planejamento urbano como fundamental para uma vida saudável e, ainda, propõe medidas que conduzem as melhores condições de moradia, a governança participativa e os locais inclusivos, acessíveis e resistentes a desastres e emergências (OMS, 2010).

A Conferência de Adelaide (1988) se refere às políticas públicas urbanas saudáveis como instrumentos necessários em todos os setores, para que possam afirmar um compromisso com a saúde, apresentando como principal objetivo o desenvolvimento de espaços urbanos saudáveis, visando à qualidade de vida das pessoas.

Nessa perspectiva, seria necessária a abordagem de habitação saudável pelas suas dimensões socioeconômicas, ecológicas e saúde ampliando o conceito de moradia, não somente pelo espaço físico, mas também pelo espaço sociocultural, técnico-sanitário e psíquico, construindo, assim, um ambiente urbano saudável (COHEN et BARCELOS, 2012).

Cohen e Barcelos (2004) destacam ainda

[...] o conceito de habitação não somente como espaço físico, mas também como espaço sociocultural, técnico-sanitário e psíquico, estar-se-ia construindo passo a passo um ambiente saudável. Para essa construção seria necessária, primeiramente, a percepção ambiental, exercício de observação seguido de uma leitura e interpretação desse espaço. Nesse processo, o conhecimento do contexto seria fundamental para que se estudassem tecnologias que não agredissem o meio ambiente. (COHEN et BARCELOS, 2004, p.810)

Destacam ainda, que, o Planejamento Urbano e os Planos Diretores seriam utilizados como instrumentos indispensáveis para o ordenamento das cidades, com programas específicos para garantir a qualidade de vida da população (COHEN et BARCELOS, 2004). E a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) refere, em seu artigo XXV, que

Toda pessoa tem o direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. (DUDH, 1948, art. XXV p.03)

5.4 – Política de Promoção da Saúde (PS) apontando para o Planejamento Urbano

Os primeiros conceitos de Promoção da Saúde (PS) foram apresentados entre as décadas de 20 e 40, expondo alguns requisitos da medicina como a PS, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Posteriormente, na década de 60, apresentando em três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, ainda com predominância individual e pouco direcionado aos espaços e modos de vida (BRASIL, 2007).

Para a Organização Mundial de Saúde (1998) a Promoção da Saúde

[...] é o processo de capacitar a população para melhorar suas condições de saúde e aumentar o seu controle sobre as mesmas³⁷. São pré-requisitos para a saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade. Promoção da Saúde vai além da assistência à saúde; a saúde deve figurar na

agenda política de todos os setores e níveis governamentais. Além disso, a participação da população/comunidade é essencial para sustentar as ações de promoção da saúde. (OMS, 1998, p.01)

Sperandio (2010) acrescenta de que a Promoção da Saúde aproximam diferentes setores para a construção de espaços urbanos saudáveis, capacitando os indivíduos no processo de Políticas Públicas Saudáveis.

Para a Carta de Ottawa (1986), a Promoção da Saúde é o processo de habilitar a sociedade civil a trabalhar na melhoria da qualidade de vida e da saúde das pessoas. Apresenta como condições para a saúde: “paz, habitação, alimentação, educação, renda e justiça social”. A Promoção da Saúde é conhecida como slogan e um marco da primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa em 1986.

Fizeram parte deste movimento a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Associação Canadense de Saúde Pública (ACSP), em defesa da saúde como responsável pelo desenvolvimento social, aliada ao processo de capacitar as pessoas para atuar na qualidade de vida, de modo a atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social da comunidade Carta de Ottawa (1986)

As ações de Promoção da Saúde a que se refere esta carta estão direcionadas às necessidades de cada local, levando em conta suas particularidades, estabelecendo a relação entre os conceitos de Atenção Primária de Saúde (APS), da Promoção da Saúde e de espaços saudáveis, bem como, as trocas de informações sobre o bom desempenho dos programas através de cinco estratégias básicas da Promoção da Saúde como: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, a ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986).

O tema sobre Políticas Públicas Saudáveis também passou a ser utilizado a partir da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa no Canadá, em 1986, que resultou no documento norteador da Promoção da Saúde: a Carta de Ottawa (1986), mesmo ano em que, no Brasil, acontecia a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Há uma preocupação e um compromisso por parte dos governantes, nos três níveis de governo, em se fazer políticas públicas saudáveis, visando ao bem-estar da população mundial (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988). Esta Carta foi resultado da 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Adelaide – Austrália em 1988.

Esse documento confirmou que

[...] as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa, consideradas interdependentes, mas destacou que as políticas públicas saudáveis estabelecem o ambiente para que as outras quatro possam tornar-se possíveis. A respeito das políticas públicas saudáveis, enuncia que estas se caracterizam pelo interesse e preocupação explícita de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população, tendo como principal propósito a criação de um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis (CARTA DE ADELAIDE, 1988, p. 01)

Um exemplo de aplicação dos princípios da Promoção da Saúde no nível local está no movimento de Município e Comunidades Saudáveis, que favorece a transformação do ambiente urbano em um espaço propício para o desenvolvimento da vida familiar na coletividade, promovendo a adaptação social do ser humano (OPAS/OMS, 2000).

Esse movimento é uma estratégia que permite fortalecer as execuções das ações de Promoção da Saúde como prioridade de agenda política local para que a cidade se torne saudável. Uma cidade saudável, na definição da Organização Mundial de Saúde,

[...] é aquela que coloca em prática de modo contínuo a melhoria de seu meio ambiente físico e social, utilizando todos os recursos de sua comunidade (OPAS/OMS, 2000, p. 18)

Para o Ministério da Saúde, o programa Cidades Saudáveis é o movimento elaborado pela OMS para desenvolver políticas públicas urbanas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população, havendo um forte compromisso das autoridades locais, da comunidade e de outros atores sociais, priorizando a participação social, a intersetorialidade e a equidade na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, a Promoção da Saúde é uma das estratégias de se fazer saúde articulada com outros setores e com o Sistema Único de Saúde, contribuindo para o desenvolvimento de programas e ações para satisfazer as necessidades da qualidade de vida da população. A Promoção da Saúde está contida na agenda do governo federal através do Pacto pela vida, dialogando com diversas áreas do setor sanitário, ou mesmo com outros setores do governo e com participação social (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) refere à promoção da saúde sendo

[...] uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006, p12)

Nesta mesma publicação federal, a Promoção da Saúde tem por objetivo dialogar com outras áreas, com o governo, o setor privado e a sociedade civil e pretende romper com a fragmentação determinada pela abordagem biologicista do processo saúde-adoecimento e compor redes de compromisso em relação à vida da população. Incide sobre as condições de vida e na busca por escolhas saudáveis, como realizar programas e ações que envolvam atividades físicas, alimentação saudável, combate ao uso abusivo de drogas e álcool, redução e combate ao uso do tabaco, promover a cultura da paz, redução de acidentes de trânsito e favorecer o desenvolvimento sustentável.

Sperandio acentua ainda que a

[...] promoção da saúde desafia o modelo biomédico e os parâmetros normativos tradicionais do campo da saúde, a complexidade da promoção da saúde é dada pela complexidade dos seus objetivos e do contexto em que as iniciativas estão inseridas. Está em jogo a preocupação das desigualdades sociais vistas como determinantes para a saúde e qualidade de vida (BODSTEIN, 2009 apud SPERANDIO, 2010, p. 20).

O dia a dia das pessoas, os hábitos diários e as condições sociais podem impactar a saúde dos indivíduos, conforme explanados no gráfico abaixo definindo os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), elaborados por Dahlgren e Whitehead (1991).



Figura 1 - Gráfico dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), modelo de Dahlgren e Whitehead (1991). Referência: BUSS et al, 2007.

Para o Ministério da Saúde os Determinantes Sociais da Saúde são

[...] fatores sociais, econômicos, culturais, ético-raciais, psicológico, comportamentais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença. Por exemplo: habitação, saneamento, condições de trabalho, serviços de saúde e educação. Incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias. As intervenções sobre os DSS devem ser baseadas em evidências e promover a equidade em saúde, os pilares de intervenção sobre os DSS devem ser a intersetorialidade e a participação social. (BRASIL, 2012, p.21)

Os Determinantes Sociais de Saúde podem ser potencialmente alterados pela ação e escolhas individuais baseadas em informações e conhecimentos. O conceito de determinantes sociais está ligado aos "fatores que ajudam as pessoas a ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes" (BUSS et al, 2007), possibilitando a aproximação de alguns pontos para quantificar as políticas públicas saudáveis no local, pensando na possibilidade de diminuir as diferenças sociais. São condições sociais em que as pessoas vivem, moram, trabalham e se relacionam (BUSS et al, 2007).

Em 2005, a OMS criou uma comissão para analisar os Determinantes Sociais da Saúde, objetivando a redução das desigualdades de saúde no mundo, apresentando algumas recomendações, como: prover melhor qualidade de vida às pessoas, diminuir a hierarquia, desigualdade socioeconômica e avaliar as desigualdades de saúde.

Esta comissão, conhecida como Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDS), confirma que os Determinantes Sociais da Saúde “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de doenças e seus fatores de risco na população” (CNDSS, 2011) e de que as condições de vida e de trabalho das pessoas estão relacionadas com a situação de saúde (CNDSS, 2011).

A comissão foi estabelecida para organizar os documentos para promover a igualdade na saúde, a qual é um problema para todos os países e é significativamente afetada pela economia global e os sistemas político, a comissão adota uma perspectiva holística dos determinantes sociais da saúde (OMS/OPAS, 2010).

Segundo esse mesmo documento

[...] a saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global, a conseqüentemente a injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população, o seu acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as suas condições laborais e recreativas, os seus lares, comunidades, vilas e cidades e as suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera. (OMS/OPAS, 2010, p.01)

O Relatório dos Determinantes Sociais da Saúde (OMS, 2010) estabelece que os determinantes estruturais e as condições de vida do dia-a-dia constituem os determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países. As desigualdades na distribuição do poder e das estruturas econômicas, globalmente, são de particular importância para a igualdade na saúde.

De acordo com esse relatório as apreensões para com a saúde tende a fazer parte do equilíbrio estabelecido pela sociedade, pelo desenvolvimento social e econômico da população mundial na igualdade da saúde tomando como exemplo a seriedade dada pelas políticas centrais ao crescimento econômico (OMS, 2010).

A Organização Mundial de Saúde faz referência à atuação que os Determinantes Sociais da Saúde têm de envolver o governo, a sociedade civil, empresas, conferências, políticas de saúde e as ações, e os programas têm de abranger todos os setores da sociedade e não apenas o setor da saúde.

Três são os princípios de ação do Relatório dos Determinantes Sociais de Saúde (2010). São eles:

[...] melhorar as condições de vida cotidianas perante as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem; abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos, os motores estruturais das condições de vida referidas aos níveis global, nacionais e locais, quantificar o problema, avaliar a ação, alargar a base de conhecimento, desenvolver um corpo de recursos humanos formado sobre os determinantes sociais da saúde e promover a consciência pública sobre o tema. (OMS/OPAS, 2010, p.02)

A Comissão faz recomendações como: melhorar o bem-estar da população, melhorar a qualidade de vida, proporcionar condições para uma vida confortável aos idosos, isso requer um setor público forte e empenhado, capaz e adequadamente financiado e para alcançar essa meta é necessário mais que um governo sólido, precisa de legitimidade e do apoio da comunidade (OMS, 2010).

Os Determinantes Sociais de Saúde estão organizados em escalas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes.

Os cidadãos estão identificados na base do gráfico, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre suas condições de saúde. A camada externa apresenta os estilos de vida individuais, aqueles dependentes da escolha feita por cada indivíduo; estas opções são entendidas através do conhecimento, das informações, da propaganda, das possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e dos espaços de lazer, entre outros (BUSS et al, 2007).

A camada seguinte do gráfico (figura 01) refere à comunidade, cuja ligação social tem influência para uma vida saudável em grupo, os fatores correspondentes ao estilo de vida e de produção das pessoas, a disponibilidade de sobrevivência e acesso aos serviços públicos. E, por último, estão engendrados às condições socioeconômicas e culturais da população (BUSS et al, 2007).

A penúltima camada retrata a governabilidade em relação à infraestrutura das cidades, fazendo com que a comunidade possa ter melhor acesso à água tratada, redes de esgoto, moradia decente, alimentação saudável, renda, saúde, educação, entre outros. No último nível do

gráfico estão expostos os macrodeterminantes relacionados ao mercado de trabalho, ao cuidado com o meio ambiente, à questão da sustentabilidade, à justiça social e à paz (BUSS et al, 2007).

Caiaffa et al (2008) fazem referência à influência do ambiente urbano na saúde e no comportamento das pessoas, apontando a necessidade do melhor entendimento dos Determinantes Sociais de Saúde. Enquanto as cidades podem representar boas oportunidades de qualidade de vida, alguns impactos negativos estão relacionados à falta de organização social, às precárias condições urbanas, à falta de governança e à capacidade de desenvolver políticas para ações tendem a ampliar os efeitos adversos sobre a saúde das pessoas (CAIAFFA et al, 2008).

Para Lalonde (1974),

[...] o ambiente urbano tem sido considerado como um acionador para o determinante da saúde e para as “escolhas pessoais e hábitos não saudáveis que podem indicar alto risco para a saúde das pessoas, ainda quando estes riscos podem resultar em doenças graves ou até a morte, a escolha do estilo de vida pode contribuir para as doenças ou mortes”. (LALONDE, 1974, p.32)

Pensando na qualidade de vida das pessoas, deve-se fazer uma reflexão entre a saúde e o espaço urbano, as condições de vida dos indivíduos e da sustentabilidade do ambiente, fatores que estão interligados diretamente com a convivência, a construção e as possíveis alterações do meio ambiente e todo espaço urbano é desenvolvido pelo ser humano e pela sua relação com o mundo (MINAYO, 2008).

Ferreira (1999) define o ambiente saudável como sendo um local, um espaço onde residem os seres vivos (pessoas, plantas e animais) e não vivos (pedras e objetos) que proporcionam bem-estar às pessoas, influenciando positivamente na saúde dos mesmos.

O ambiente urbano tem sido considerado como um fator determinante da saúde e promover a saúde somente através de programas de Promoção da Saúde que oferecem estilos de vida saudáveis não está apresentando boa eficácia, sendo assim, percebe-se a importância de avaliações dos impactos socioeconômicos e ambientais, no desenvolvimento físico, exigindo uma reflexão responsável na questão do planejamento urbano e nos programas de Promoção da Saúde (BARTON e GRANT, 2011).

Em 2006, Barton e Grant elaboraram um mapa que sistematiza o efeito do ambiente e do desenvolvimento de Políticas Públicas Saudáveis perante a qualidade de vida dos indivíduos (Figura 02), ampliada a partir da figura 01 de Dahlgren e Whitehead (1991), sobre os

determinantes de saúde, acentuando as esferas da vida social, econômica e o ambiente que podem afetar a saúde das pessoas.

Podemos observar na figura 02 o gráfico desenvolvido para o guia de boas práticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), inspirado em parte pela figura 01 sobre os determinantes da saúde, demonstrando as diversas esferas da vida social e econômica, do ambiente em geral que influencia na saúde dos indivíduos.

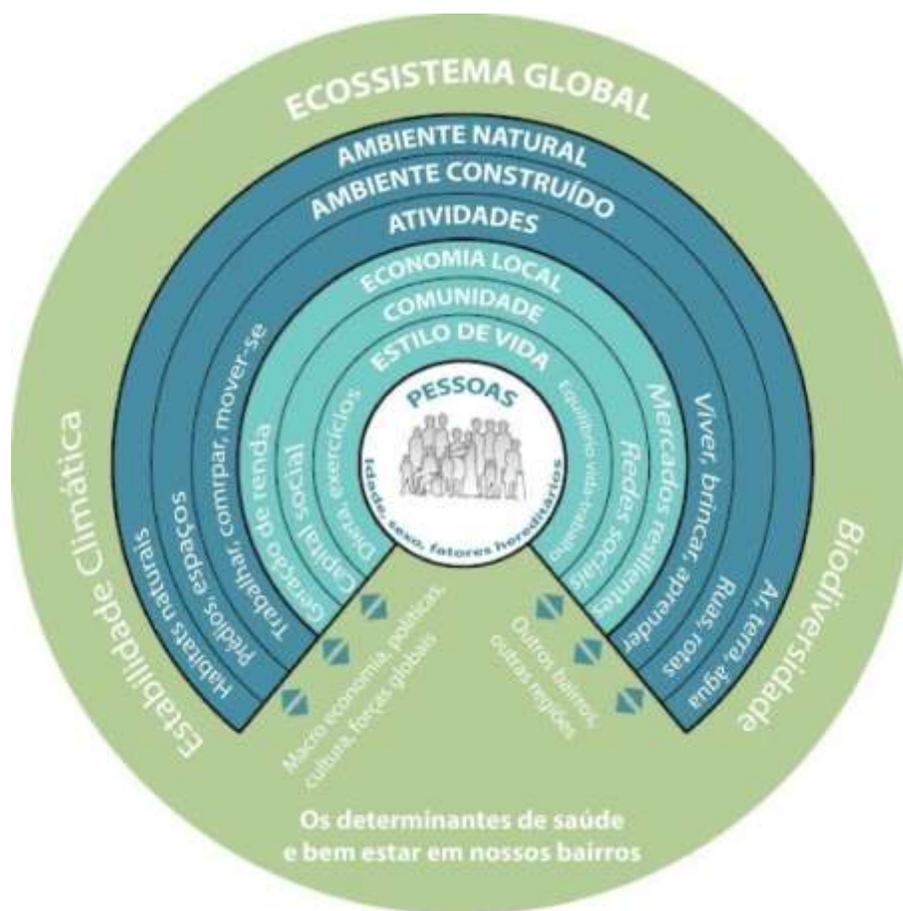


Figura 2 - Mapa da saúde traduzido: Barton e Grant (2006) desenvolvido a partir da concepção de Dahlgren Gand e Whitehead M (1991).

Segundo Barton e Grant (2011), há necessidade de se rever o papel do planejamento urbano e dos projetos de moradia, para que o desenvolvimento físico seja mais eficaz para promover a saúde da população, somente os programas de promoção de saúde não são suficientes para mudar o comportamento dos indivíduos.

Ainda para Barton e Grant (2011), as evidências mostram que o ordenamento do território ou o planejamento urbano tem efeito sobre os riscos e desafios à saúde da população, um exemplo típico é o declínio do uso do caminhar no dia a dia das pessoas e do ciclismo, os quais estão resultando em obesidade, diabetes e Doenças Crônicas não- Transmissíveis (DCNT).

A OPAS / OMS (2000) implantou o programa Cidades Saudáveis, uma iniciativa de Planejamento Urbano Saudável, na Europa, com o intuito de promover estilos de vida saudáveis, facilitar a coesão social e rede de apoio, acesso à moradia de boa qualidade, acesso a oportunidades de emprego, acessibilidade às instalações de boa qualidade, incentivo à produção local de alimentos e lojas de alimentos saudáveis, segurança, promoção da equidade e, conseqüentemente, a promoção de um ambiente saudável e a garantia de boa qualidade de água e de saneamento básico.

Conforme preconizado no parágrafo anterior, foi realizada uma experiência no município de Conchal em que os vazios urbanos foram aproveitados para a instalação de hortas comunitárias e para a instalação de academias ao ar livre, que serviu de apoio à população idosa, carente de espaços para exercícios físicos, gerando espaços urbanos geradores de qualidade de vida .

A saúde tem embasamento em documentos norteadores e marcos legais, que se preocupam com as políticas públicas do planejamento urbano associado às políticas de saúde. Dentre os documentos norteadores selecionados, três (03) foram selecionados por serem relevantes e fazerem parte do contexto deste estudo.

5.5 – Documentos Norteadores e marcos jurídicos da Saúde

Os documentos norteadores e os marcos jurídicos elencados a seguir, foram aqueles que permitiram o desenvolvimento da saúde no mundo.

5.5.1 – Documentos Norteadores da Saúde

Os documentos norteadores referentes à saúde selecionados para compor os próximos tópicos foram: Carta de Ottawa (1986) e o Relatório Final da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986) devido ao fato desses documentos centralizarem pontos relevantes na questão da prevenção de doenças e na promoção da qualidade de vida dos indivíduos.

5.5.1.1 – Carta de Ottawa (1986)

A Carta de Ottawa, que derivou da VIII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa (Canadá) em 1986, é um relevante documento norteador para a saúde pública no mundo, contendo princípios fundamentais para o planejamento urbano e para o desenvolvimento de espaços saudáveis nas cidades. Algumas condições fundamentais para a saúde estão preconizadas neste documento: “a paz, a habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A Carta de Ottawa ressalta que

[...] a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis. (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.01.)

Esse documento preconiza a necessidade de investimentos na área da saúde como prioridade nas agendas dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, tendo responsabilidades políticas e comprometimento com a saúde. A política da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais e pode ser uma ação conjunta e coordenada para contribuir e assegurar bens e serviços públicos mais seguros e saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis.

A Carta de Ottawa também acentua de que

[...] a saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões

e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros. Além disso, os envolvidos neste processo devem ter como guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais. (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.01)

Esse documento preconiza que uma das condições fundamentais para que o cidadão tenha uma vida saudável é a aquisição de moradia, juntamente com as condições básicas de sobrevivência, uma vez que o setor saúde não pode ser responsável sozinho pela qualidade de vida das pessoas.

Há necessidade de um envolvimento articulado com os diversos setores governamentais, as ONGs, o setor privado e a participação da coletividade na criação de ambientes saudáveis, favorecendo a qualidade de vida das pessoas e urbanização saudável. As mudanças do modo de vida, tanto do trabalho como do lazer, e a urbanização podem ter um expressivo impacto à saúde produzindo uma vida sadia.

A Carta de Ottawa enfatiza que as

[...] ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis. Nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. Assim a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. As inextricáveis ligações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem sócio-ecológica da saúde. (CARTA DE OTTAWA, 1986, P.02.)

Outro documento atual que expõe a questão da promoção da saúde perante o papel dos governos para alcançar a saúde da população e a equidade, foi o resultado da 8ª Conferência Global de Promoção da Saúde que ocorreu em 2013, na cidade de Helsinque, Finlândia organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde e Assuntos Sociais da Finlândia conhecida como “Declaração de Helsinque e a Saúde em Todas as Políticas”.

O documento final deste encontro estabeleceu que a promoção da saúde e da equidade através da implementação da “*Saúde para todas as Políticas*”, com principais metas a facilitação de trocas de experiências; as reorientações de mecanismos eficazes para a promoção de ações intersetoriais; a revisão de abordagens para enfrentar obstáculos e capacitar a implementação da Saúde em todas as políticas; a identificação de oportunidades para se

implementar as recomendações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde; contribuir na promoção da saúde e na renovação dos cuidados de saúde primários analisando os progressos, os impactos e os resultados da promoção da saúde desde a Conferência de Ottawa.

Outro resultado positivo desta conferência, foi uma ferramenta elaborada pelo comitê e pelos participantes que poderá disponibilizar aos países envolvidos mecanismos e informações sobre como implementar a “Saúde para todas as Políticas”.

Dando prosseguimento, outro encontro relevante para esta pesquisa foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ocorreu no mesmo ano da 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que resultou em um documento importante e norteador para a Política da Saúde no Brasil, conforme definido a seguir.

5.5.1.2 – Oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS)

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi o grande marco da história das conferências de saúde no Brasil, tendo, pela primeira vez, a participação da sociedade civil. Suas propostas foram contempladas no texto da Constituição Federal/1988, como também nas leis orgânicas da saúde, (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90). Participaram dessa conferência profissionais impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, que indicaram a concepção de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação (8ª CNS, 1986).

Esta conferência aconteceu através de um decreto presidencial em março de 1986, tendo como local de realização a cidade de Brasília, e os temas propostos foram: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor (8ª CNS, 1986)³.

A 8ª CNS foi mencionada no documento da Política Nacional da Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) apresentando como tema

[...] “democracia e saúde” e constitui-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde no Brasil e pela implantação de políticas sociais que defendesse e cuidassem da vida. Era um movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a

³ Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista06.html>. Acesso em: 12 mar. 2013.

garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final desta conferência lançou os fundamentos da proposta do SUS. (BRASIL, 2006, p.09)

Foi nessa conferência que o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e o Sistema único de Saúde (SUS) foram criados preconizando a universalização, a integralidade e a descentralização através do Decreto nº 99.060/90, as Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), apresentando ao SUS uma de suas principais características: a participação social. O antigo sistema, o INAMPS, foi abolido pela Lei nº 8.689/93 (8ª CNS, 1986).

Segundo o mesmo documento, as várias conferências estaduais e municipais foram responsáveis pela disseminação no Brasil da discussão sobre a reforma sanitária brasileira e foi na VIII CNS, aberta pelo presidente José Sarney, que assumira em definitivo a presidência depois da morte do Presidente Tancredo Neves, foi declarado que essa conferência representava a “Pré-Constituinte da Saúde”.

5.5.2 – Marcos Jurídicos da Saúde

Entende-se por marco jurídico toda legislação que rege um determinado assunto, desde a Constituição, leis, decretos e portarias (FERREIRA, 1999).

Os Marcos Jurídicos referentes à área da Saúde, selecionados para esta pesquisa, devido ao seu grau de importância no Brasil para a saúde pública, foram: a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), com aos artigos 196 a 200 referentes à Saúde, e a Lei Orgânica de Saúde-Lei nº 8.080/90 – SUS (BRASIL, 1990), a Portaria nº 1.886/GM (BRASIL,1997), que instituiu o Programa Saúde da Família (PSF) e a Portaria nº 687/06 (BRASIL, 2006) que instituiu a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS).

5.5.2.1 – Constituição Federal (1988) - artigos 196 a 200 – Saúde

A Constituição Federal de 1988 formou-se em um espaço democrático, ao longo das diversas etapas de negociação, desempenhando um papel relevante entre os congressistas apoiados pelas forças que construíram o projeto da reforma sanitária no Brasil, com expressiva

mobilização da população brasileira na década de 80, fazendo com que o direito à saúde fosse congregado aos direitos fundamentais (RODRIGUES NETO, 1991, apud MENDES, 1999).

Segundo Mendes (1999), a Constituição de 1988 incorpora um conjunto de princípios e diretrizes extraídas da prática corrente e hegemônica, propondo uma nova lógica organizacional estabelecida pela reforma sanitária no Brasil.

Na Constituição Federal de 1988, Carta Magna do Brasil no título VIII, da ordem social, capítulo dois, na segunda seção, os artigos 196 a 200 fundamentam a saúde brasileira. O direito à saúde é um direito fundamental para todos e os cidadãos brasileiros devem exigir ações e programas positivos dos gestores públicos e a Constituição Federal de 1988 se refere à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, adotando um conceito amplo de saúde, reconhecendo não só o ser humano sem doenças, como também a melhoria das condições de vida e do meio ambiente, priorizando a prevenção, a promoção da saúde e reduzindo o risco de doenças (BRASIL, 1988).

No artigo 196 da Constituição Federal de 1988 preconiza de que

[...] 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. (BRASIL, 1988, artigo 196, p. 133)

O Art. 197 refere que cabe ao poder público a responsabilidade pelas ações e pelos serviços de saúde, além de regulamentar, fiscalizar e controlar suas implantações e, no artigo 198, as ações e os serviços públicos de saúde que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas nesse artigo, respeitando um dos seus princípios que é a participação social (BRASIL, 1988).

O acesso aos serviços de saúde é direito da população brasileira, seguindo alguns princípios, tais como a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da sociedade civil, conforme podemos visualizar no artigo 198 da Constituição:

Ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade. (BRASIL, 1988, artigo 198, p.133)

O Art.199 refere-se à assistência à saúde como sendo livre à iniciativa privada e as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde e no último, Art. 200, compete ao SUS controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados, controlar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador (BRASIL, 1998).

Assim, a questão da saúde na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) ressalta aspectos fundamentais de entendimento da saúde como direito social e universal; a caracterização das ações e dos serviços de saúde como relevância pública e a criação de um Sistema Único de Saúde: o SUS, organizado segundo as diretrizes de descentralização em cada esfera de governo, num entendimento integral com a participação da comunidade e a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social. Portanto, vejamos a seguir o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

5.5.2.2 – Lei Orgânica de Saúde - Lei nº 8.080/90 – Sistema Único de Saúde (SUS)

Outro marco jurídico da saúde é a Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), aprovada pelo Congresso Nacional com a nomenclatura de SUS (Sistema Único de Saúde). O texto constitucional (BRASIL, 1988) revela que a concepção do SUS baseia-se na formulação de um movimento pró-saúde, voltado para as necessidades da população, possibilitando fazer com que o Estado resgate o bem-estar social das pessoas, especialmente no que se refere à saúde coletiva como um dos direitos de cidadania (BRASIL, 1990).

Os princípios doutrinários do SUS são definidos perante a universalidade, ou seja, as ações e os serviços devem ser garantidos a todos. Também a equidade, o princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, levando em conta as necessidades reais da população a ser atendida em sua integralidade. O ser humano é considerado como um todo, cabendo às ações de saúde atender às suas necessidades. O sistema tem que atender a qualquer cidadão, mesmo que ele não contribua financeiramente, ser gratuito e integral, com prioridade de atendimento para os problemas mais sérios (BRASIL, 1990).

A Lei nº. 8.080/90, o terceiro artigo dispõe que

[...] a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, habitação, a educação, a mobilidade, acesso a bens de serviços públicos, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho e o lazer. (BRASIL, 1990, p.01)

É da competência do SUS organizar e avaliar as políticas de alimentação, participar na implantação das políticas de meio ambiente, saneamento básico, ambientes de trabalho que envolve a saúde das pessoas.

O surgimento do SUS tem sido considerado como a mais bem-sucedida reforma da área da saúde sob o novo regime democrático (LIMA et al, 2005). E para complementar, outro marco legal da área da saúde fundamental para este estudo foi a portaria que institui o Programa saúde da Família (PSF), a saber:

5.5.2.3 – Portaria nº 1.886/GM (BRASIL, 1997) - Programa Saúde da Família (PSF)

O Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia da Saúde da Família (ESF), que define que os municípios brasileiros podem delinear a atenção primária de saúde, colocando a família como objeto de atenção primordial na área em que vive, recebendo os cuidados primários e as ações de promoção da saúde bem como a prevenção, recuperação e a reabilitação, criando, assim, um novo modo de fazer saúde, possibilitando o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde (MERCADANTE et al, 2002).

O objetivo da Estratégia da Saúde da Família é estabelecer ações cujas estratégias visem à organização de equipes multidisciplinares para dar atendimento à população (BRASIL, 1997).

Segundo este mesmo documento, as ações realizadas por estas equipes focam na prevenção de doenças e na promoção da saúde da comunidade, delimitada em uma área geográfica e tendo a média de três mil habitantes, definidos para a Atenção Básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um projeto dinamizador do SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde, esta linha de ação foi implantada no contexto da atenção básica, com um enorme desafio para avançar na perspectiva da melhoria do acesso das populações à assistência e aos cuidados médicos, e percebe-se que existe uma grande demanda da população para que as ações do programa possam se voltar para o cuidado com a água, lixo, saneamento, entre outros (PORTAL DA SAÚDE⁴).

O Ministério da Saúde, desde 1994, vem priorizando a saúde da família, tendo como um dos desafios reorientar as práticas e as ações de saúde de maneira integral e contínua. Tais práticas devem favorecer a qualidade de vida da população, sendo o resultado positivo nos indicadores de saúde, e um dos princípios fundamentais desse programa é a participação social (PORTAL DA SAÚDE⁴).

O Programa de Saúde da Família (PSF) ou a Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem

[...] provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família. O trabalho das equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. (Portal da Saúde – SUS)

Ainda segundo o Programa de Saúde da Família, as ações ocorrem nas USF (Unidades de Saúde da Família) e em domicílios e conta com a mobilização de comunidades, servindo como porta de entrada para um sistema regionalizado de saúde, apresentando um território definido, com uma população delimitada, intervindo sobre os fatores de risco a que a comunidade está exposta (BRASIL, 1997).

Segundo o mesmo documento, a Estratégia da Saúde da Família atua para melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, compondo um conjunto de prioridades políticas oriundas do governo federal para realização de atividades de educação e promoção da saúde, estabelecendo vínculos de compromisso para com a população na organização das comunidades. Este programa

⁴ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360. Acesso em: 20 Set 2012.

tem se configurado como uma referência de organização da saúde no Brasil e uma grande inovação dessa estratégia têm gerado o debate sobre o conceito de território, a sua relação com a saúde coletiva e com o planejamento urbano saudável.

O entendimento sobre o conceito de território varia nos âmbitos federal, estadual e municipal, assim como é diferenciado dentro da própria Equipe de Saúde da Família (PEREIRA ET BARCELOS, 2006)

Segundo os mesmos autores,

[...] a transformação da realidade local está diretamente relacionada à multiterritorialidade, organizada através da intersetorialidade dentro da Secretaria da Saúde e outras Secretarias, e do poder municipal com a comunidade e outras instituições que abrangem escalas geográficas diferenciadas (PEREIRA e BARCELOS, 2006)

A seguir, vejamos a Portaria nº 687/06 (BRASIL, 2006) – Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS) a qual contribui para a questão da intersetorialidade das ações de promoção da saúde no Brasil.

5.5.2.4 – Portaria nº 687/06 (BRASIL, 2006) - Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS).

Investimentos realizados no Brasil tiveram destaques na formulação e implantação de políticas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, cujos esforços priorizaram a construção de um modelo de cuidado à saúde, visando ações que favorecessem melhor qualidade de vida das pessoas e da coletividade (BRASIL, 2006).

O objetivo da Política Nacional da Saúde é

[...] promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes e os modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2006, p.17)

O Sistema Único de Saúde (SUS), cuja política prioriza a qualidade de vida, reafirma o direito à vida e à saúde; realiza diálogos reflexivos e movimentos que visam à promoção da saúde por meio de ações que correspondam às necessidades da sociedade (BRASIL, 2006).

Segundo o mesmo documento, a articulação transversal, a promoção da saúde constitui uma estratégia viável para que a saúde da população não seja posta em risco, assim

como as suas necessidades, de modo a criar meios que reduzam as situações vulneráveis das pessoas e defendam a equidade e a participação na gestão das políticas públicas.

A própria Constituição de 1988 registra como seus objetivos a diminuição das desigualdades sociais e regionais, a construção de uma sociedade solidária e sem discriminação, inclusive na saúde (BRASIL, 1988).

A Política Nacional de Promoção da saúde incorpora ações e programas ampliando a autonomia da comunidade, promove o acesso a informações, contribui para a eficiência dos projetos de promoção da saúde nos municípios valorizando o uso dos espaços públicos (BRASIL, 2006).

Esta política auxilia na estruturação e no fortalecimento dos programas de promoção da saúde dos municípios no Sistema Único de Saúde no Brasil, estimulando a implantação de projetos de promoção da saúde como: projetos voltados para praticas de atividades físicas, controle do tabaco, prevenção do uso de álcool e drogas, prevenção a violência doméstica e ao desenvolvimento sustentável, entre outros.

O Capítulo seguinte relata sobre Política de saúde, sua relação com as decisões públicas e a questão da necessidade da intersetorialidade para que os programas sejam voltados para a geração do bem-estar e da qualidade de vida da população.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tomando-se por base algumas legislações no mundo e no Brasil que contemplem o planejamento urbano e a saúde, é possível identificar convergências entre as ações preconizadas por instituições que tratam do espaço urbano e as que são voltadas para a saúde.

No Brasil, podemos buscar estas convergências nas práticas e nos conteúdos elaborados pelo Ministério das Cidades, visando basicamente à qualidade dos espaços urbanos, seus objetivos e suas ações que fazem parte de órgãos como o Ministério da Saúde. Cada qual possuem seus Marcos Jurídicos e uma base de ações que são próprias de sua estrutura, mas ambos, em sua essência, têm o mesmo objetivo: espaços saudáveis para indivíduos saudáveis através de programas e projetos de Promoção da Saúde.

Podemos visualizar no diagrama definido na Figura 03 (três), os documentos oficiais selecionados do Planejamento Urbano e da Saúde para esta pesquisa na busca das convergências.



Figura 3 - Convergências entre as Políticas do Planejamento Urbano e da Saúde- Adaptação do diagrama apresentado na X Conferência Internacional de Saúde Urbana em Belo Horizonte, Francisco Filho e Sperandio (2011).

O conceito de convergência, segundo os dicionários da língua portuguesa, é definido como um objetivo para qual se apresenta a intenção de se alcançar uma meta com um próprio propósito comum (DICIO, 2013)⁵.

Segundo este trabalho, unitermos são aqueles termos que possuem os mesmos significados para a saúde e para o planejamento urbano, entendendo como “significado” o objetivo que se espera alcançar através de ação que utiliza esta nomenclatura.

Os unitermos encontrados mais frequentemente nos 13 (treze) documentos estudados foram: habitação, trabalho, qualidade de vida, bem-estar, lazer e participação social.

O critério utilizado para a escolha dos unitermos foi à relação entre o “fenômeno” analisado e sua relação com o espaço urbano. Por exemplo, o termo “Participação Social” é utilizado tanto pela saúde como pelo planejamento urbano e se refere à possibilidade de participação da sociedade, direta ou indiretamente, nas decisões que interferem na gestão dos programas voltados para a cidade.

A discussão sobre as convergências encontradas neste trabalho apontam para um conjunto de termos adotados tanto nas políticas públicas quanto nos documentos norteadores de saúde e de planejamento urbano, sendo os unitermos organizados em um quadro demonstrativo (quadro 01).

Os primeiros resultados foram revisitar os unitermos pra reforçar os achados da pesquisadora. Um dos termos selecionados foi à **habitação**, que está em quase 100% (cem por cento) dos documentos estudados, ou seja, dentre os treze documentos estudados, dez (10) apresentaram o direito à habitação. E este termo conota com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), e se observa como uma prioridade de agenda dos governantes nos documentos oficiais revisados para se alcançar a qualidade de vida da população. O direito à habitação está traduzido na Carta de Ottawa, na 8ª CNS, na Lei nº 8.080/90 (SUS), na Lei nº 686/06 - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) - também referem o direito à habitação aos indivíduos, na Carta de Atenas em uma de suas quatro funções, o habitar, na Carta dos Andes, na Lei nº 6766/79 como o direito a moradia, no Estatuto da Cidade, no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e na Agenda 21 brasileira.

Entende-se por **habitação**, segundo Valença (2003), um produto durável, algo que se compra e vende no mercado. A habitação não é como qualquer mercadoria peculiar, ela é uma

⁵ Disponível em: www.dicio.com.br. Acesso em: 19 ago 2012.

necessidade básica, todos necessitam dela, é um bem essencial para a sociedade, onde se vive o dia a dia, supre suas necessidades físico-biológicas, mentais e sociais, sendo um lugar de convivência familiar, onde os indivíduos se alimentam, dormem, descansam, cuidam da saúde e da higiene pessoal, da educação, da recreação, entre outros e é considerado um espaço de intimidade, de trocas e de consumo fundamental ao convívio humano e todos desejam possuir uma moradia digna (VALENÇA, 2003).

De acordo com Medeiros (2007), a questão habitacional tem grande importância social e política na sociedade, que pode entrever nos mercados habitacionais mediante programas políticos e auxílios, objetivando a estimulação da produção de casas. A moradia representa o abrigo das pessoas, protegendo-as dos perigos externos, desempenhando atividades fundamentais para sobrevivência como “alimentação, descanso, entretenimento, atividades fisiológicas, convívio social etc”.

Ainda segundo Medeiros (2007), a habitação é um direito básico, sendo incluída da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, que em seu Art. 25 estabelece a todos o direito a um padrão de vida adequado, à habitação, à saúde, ao bem-estar e à qualidade de vida. Em 1960, na 2ª Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos, o HABITAT II reafirmou a necessidade de habitação adequada e serviços públicos como direito básico fornecido pelo governo à população.

Segundo COHEN (2004) entende-se por padrão de habitação a

adoção de tipologias em correspondência aos requisitos mínimos que garantam o morar com desfrute de saúde e bem-estar e propiciem a dignidade humana. Nesse sentido, promove o pleno exercício do ato de morar, ampliando e melhorando, respectivamente, a qualidade do espaço e da vida. Padrões que propiciem o convívio harmônico através da reflexão e do aprimoramento do lugar/objeto/habitação. (COHEN, 2004, p.809)

Baseado nas abordagens realizadas até o momento pode-se relatar de que o direito a habitação traz como princípio básico o direito à saúde, uma vez que morar bem, ter um ambiente salubre, adequado às necessidades básicas do indivíduo e da família é um componente imprescindível para que se tenha vida saudável.

Um segundo termo comum encontrado neste estudo é o **trabalho**, que está presente também em dez (10) dos treze (13) documentos estudados, ou seja, na Carta de Ottawa, na 8ª

CNS, na Constituição Federal no artigo referente à saúde, na Lei nº 8.080/90, na Lei nº 686/06, na Carta de Atenas, Carta dos Andes, no Estatuto da Cidade, no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e na Agenda 21 brasileira.

Segundo ANTUNES (2010), o acesso ao trabalho pode ser considerado como a demanda de alimentação, relações de poder, processo capitalista de produção, noção de espaço como processo de transformação política e social, inserção das relações sociais, acúmulo do capital, relações de subordinação e estranhamento e relações de produção.

Essa classe engloba todo um corpo social que estabelece suas relações conforme o sistema de metabolismo social do capital, num contexto de funcionalidade da estrutura social como meio de transformação, utilizando mecanismos engendrados dentro do sistema de trabalho (ANTUNES, 2010).

Como o trabalho contribui para a saúde do indivíduo e da sociedade? Com o acesso ao trabalho, os indivíduos têm dignidade e renda para usufruir de necessidades básicas para a sobrevivência, portanto, este unitermo encontrado em alguns documentos oficiais estudados nesta dissertação é imprescindível para qualidade de vidas das pessoas.

Estes dois termos, **habitação** e **trabalho**, foram considerados como grau de convergência **DIRETO**, pois com os termos habitação e trabalho há um entendimento que ambos os órgãos responsáveis pelas políticas públicas de saúde ou de planejamento urbano estão se referindo exatamente a mesma coisa, a uma unidade destinada à moradia e ao acesso ao trabalho, respectivamente. Neste caso, o grau de convergência é direto.

O terceiro unitermo estabelecido nesta pesquisa foi à **qualidade de vida**, o qual foi encontrado em quase todos os documentos selecionados para esta dissertação, ou seja, na Carta de Ottawa, na 8ª CNS, na Lei nº 8.080/90 (SUS), na Lei nº 1.886/GM (PSF), na Lei nº 686/06-PNPS, na Carta dos Andes, no Estatuto da Cidade, no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e na Agenda 21 brasileira.

A qualidade de vida é considerada um termo genérico e precisa ser contextualizado de forma a definir como um termo e não como um conceito.

Entende-se por qualidade de vida

[...] o grau de satisfação das necessidades da vida humana como alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde, lazer e elementos naturais que tem como referência noções subjetiva de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. Devem-se levar em consideração três aspectos: Histórico uma determinada

sociedade tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outro momento histórico; Cultural e os valores e as necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições; estratificações ou classes sociais, em sociedades em que as desigualdades e as heterogeneidades são muito fortes e os padrões, as concepções de bem-estar são também estratificados. Assim, a idéia de qualidade de vida está também relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro. Na concepção da qualidade de vida, é importante levar em consideração, também, valores não materiais como: amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade. (BRASIL, 2012, p. 29)

A qualidade de vida é subjetiva, depende de cada indivíduo, cada pessoa tem uma perspectiva quanto à sua qualidade de vida. Suas condições de vida dependem de vários fatores, havendo para cada um uma escala de prioridades envolvendo o físico, o mental e o social, ou mesmo a educação, a saúde, a habitação, o saneamento básico, o poder de compra e o descanso.

De acordo com Minayo et al, qualidade de vida é

[...] uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural. (MINAYO et al, 2000, p.10)

Por fim, qualidade de vida, para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995), é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

O quarto termo comum é o **bem-estar**, que foi encontrado em nove (09) dos documentos, ou seja, na Carta de Ottawa, na 8ª CNS, na Lei nº 8.080/90(SUS), na Lei nº 686/06 (PNPS), na Carta de Atenas, Carta dos Andes, na Constituição Federal nos artigos da Política Urbana, no Estatuto da Cidade, no PAC e na Agenda 21.

De acordo com GIACOMONI (2004), o bem-estar se define como a qualidade de vida das pessoas ao longo do tempo, cada setor define de sua maneira, o setor econômico refere o bem-estar das pessoas através do montante de bens, produtos e serviços, os pesquisadores sociais avaliam através de itens como baixas taxas de violências, longevidade, direitos humanos e equidade dos recursos.

GIACOMONI (2004) relata ainda que, definir bem-estar é difícil,

[...] uma vez que pode ser influenciado por variáveis tais como idade, gênero, nível sócio-econômico e cultural. Amplamente, aponta-se que uma pessoa com elevado sentimento de bem-estar apresenta satisfação com a vida, a presença freqüente de afeto positivo, e a relativa ausência de afeto negativo. (GIACOMONI, 2004, p.44)

O bem-estar está associado à felicidade, à afetividade, à satisfação com a vida, com o profissional e com o social e à autonomia.

Outro termo comum encontrado é o **lazer**, o qual estabelece a ocupação à qual o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repouso ou diversão, para recreação ou entretenimento, para ampliar seus conhecimentos, sua capacidade criadora ou sua formação ou, ainda para desenvolver a participação social voluntária (BRASIL, 2012).

O nível de gradiente destes últimos três termos: **qualidade de vida**, **bem-estar** e **lazer** foram consideradas como grau de convergência **INDIRETO**, pois há o uso de palavras similares, mas com significados diferentes, ou significados similares com palavras diferentes. Como exemplo, podemos citar o termo *Qualidade de Vida*, que pode significar diferentes abordagens, dependendo do documento norteador ou do órgão envolvido, mas que buscam o mesmo objetivo, o mesmo acontece com o termo bem-estar e lazer.

No que tange o Planejamento Urbano a definição de lazer retrata não uma definição única, mas diferentes formas de pensar sobre uma questão que abrange a todos os habitantes de uma cidade. O lazer é uma ocupação não obrigatória, possui valores individuais, de escolhas, de necessidades de cada um em seu espaço, de recuperação do emocional intenso na vida urbana, englobando um tempo pra si mesmo com atividades gratuitas, prazerosas, de repouso e diversão.

O lazer pode ser considerado como a forma como cada indivíduo quer gastar seu tempo livre, desfrutando de afazeres que lhe proporcionam o bem-estar, seja se divertir com algo, repousar, entreter-se, é uma forma de utilizar seu tempo da melhor maneira possível com atividades que lhe proporciona prazer.

Este termo foi encontrado em nove (09) documentos, são eles: Carta de Ottawa, 8ª CNS, Lei nº 8.080/90 (SUS), Lei nº 686/06 (PNPS), na Carta de Atenas, Carta dos Andes, na Constituição Federal nos artigos da Política Urbana, no Estatuto da Cidade, no PAC e na Agenda 21 brasileira.

O último unitermo comum encontrado nos documentos estudados foi a **participação social**, apresentando em quase todos os documentos estudados. São eles: Carta de Ottawa, 8ª CNS, Constituição Federal nos Artigos da Saúde, na Lei nº 8.080/90(SUS), na Lei nº 1.886/GM

(Programa da Saúde da Família), na Lei nº 686/06 (PNPS), na Carta dos Andes, no Estatuto da Cidade, no PAC e na Agenda 21.

A participação social é o

processo no qual interagem os vários segmentos sociais na elaboração, execução, fiscalização de políticas públicas. Possibilita o exercício do protagonismo, pois leva os indivíduos a tornarem-se sujeitos conscientes de suas ações e potencialidades e autores de suas próprias histórias. Os diferentes atores intervêm na identificação de necessidades e problemas comuns e se unem para desenhar e propor soluções e ações, fortalecendo a relação entre comunidade e gestão nas três esferas de governo. O fortalecimento da participação social na gestão das políticas de saúde é uma importante estratégia para possibilitar avanços na universalização e na equidade do acesso à saúde. (BRASIL, 2012, p.26)

A **participação social** é uma integração para que ocorram mudanças sociais, trocas de experiências com a comunidade em que se vive, é uma necessidade básica para resoluções futuras através de organizações sociais.

A participação ativa da população é destacada como um meio essencial para a Promoção de Saúde: a participação efetiva e concreta da comunidade como prioridade de agenda é essencial para tomadas de decisões e elaboração de estratégias e de mecanismos para se alcançar a saúde (OMS, 1996).

A **participação social** é compreendida como o envolvimento dos membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implantação e avaliação das iniciativas (OMS, 1998).

Este termo foi considerado como grau de convergência **EQUIVALENTE**, pois significa que, embora não se utilize da mesma denominação, tratam da mesma ação ou fenômeno, havendo um entendimento dado pelo Ministério da saúde e outro dado pelo Ministério da Cidade. Em ambos pode haver ligeira discrepância no significado adotado por um ou outro órgão, normalmente derivado dos seus documentos e marcos jurídicos norteadores, mas que na realidade significam a participação do cidadão e da sociedade nas decisões que interferem no processo de gestão do território ou em uma política pública de assistência a saúde da população. Na página seguinte, apresenta-se o quadro com os documentos norteadores, os marcos jurídicos e as convergências encontradas.

Quadro 1 - Convergências entre os unitermos⁶

Documentos norteadores, marcos jurídico e termos comuns			
Documentos da Saúde	Termos comuns	Documentos do Planejamento Urbano	Termos comuns
CARTA DE OTTAWA	HABITAÇÃO TRABALHO QUALIDADE DE VIDA BEM-ESTAR LAZER PARTICIPACAO SOCIAL	CARTA DE ATENAS	HABITAÇÃO TRABALHO BEM-ESTAR LAZER
RESULTADO DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAUDE (8°CNS)	HABITAÇÃO TRABALHO QUALIDADE DE VIDA BEM-ESTAR LAZER PARTICIPAÇÃO SOCIAL	CARTA DOS ANDES	HABITAÇÃO TRABALHO QUALIDADE DE VIDA BEM-ESTAR LAZER PARTICIPACAO SOCIAL
POLITICA DA SAÚDE DA CF (196 a 200)	TRABALHO PARTICIPAÇÃO SOCIAL	LEI Nº 6766/79 – LEI DO PARCELAMENTO DO SOLO	HABITACAO LAZER
LEI Nº 8.080/90 – SUS	HABITACAO TRABALHO QUALIDADE DE VIDA BEM-ESTAR LAZER PARTICIPAÇÃO SOCIAL	POLÍTICA URBANA DA CF (182 e 183)	BEM-ESTAR
LEI Nº 1.886/GM (1997) PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	QUALIDADE DE VIDA PARTICIPAÇÃO SOCIAL	ESTATUTO DA CIDADE	HABITAÇÃO TRABALHO QUALIDADE DE VIDA BEM-ESTAR LAZER PARTICIPAÇÃO SOCIAL
LEI Nº 686/06 POLÍTICA NACIONAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	HABITAÇÃO TRABALHO QUALIDADE DE VIDA BEM-ESTAR LAZER PARTICIPAÇÃO SOCIAL	PAC – PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DE CRESCIMENTO - lei 11.578-2007	HABITAÇÃO TRABALHO QUALIDADE DE VIDA BEM-ESTAR PARTICIPACAO SOCIAL
		AGENDA 21 BRASILEIRA	HABITAÇÃO TRABALHO QUALIDADE DE VIDA BEM-ESTAR LAZER PARTICIPAÇÃO SOCIAL
Legenda: Gradiente de convergência			
	Direta		Equivalentente
			Indireta

FONTE: Autora (Faculdade de Engenharia Civil e Urbanismo (FEC) - Laboratório de Investigações Urbanas(LABINUR)/ UNICAMP/CAMPINAS/SP/BRASIL.

⁶ Obs. O critério utilizado para a escolha dos unitermos foi à relação entre o “fenômeno” analisado e sua relação com o com o espaço urbano. Por exemplo, o termo “Participação Social” é utilizado tanto pela saúde como pelo planejamento urbano, e se refere à possibilidade de participação da sociedade, direta ou indiretamente, nas decisões que interferem na gestão dos programas voltados para a cidade.

Os pontos de convergências apresentados até o momento trazem a questão da organização do ambiente, das funções sociais de uma cidade, o direito a moradia, o acesso as áreas de lazer, ao bem-estar e destaca a importância da participação social no planejamento urbano fundamentando o interesse por melhorar o nível de vida de seu meio e o futuro da sua cidade em relação à qualidade de vida.

Como refere a Lei nº 6766/79, a qual objetiva ordenar o crescimento dos municípios, criando parâmetros mínimos para parcelamento e ocupação do solo em cidades que não dispõem de leis urbanas, estabelecendo assim, proteção à pessoa que venha adquirir terrenos na região urbana do município para a construção de moradias dignas, trazendo como convergência nos pontos em que a lei define espaços mínimos necessários a qualidade de vida da população.

Os artigos 182 e 183 da Política Urbana da Constituição Federal (CF/1988) referem, ainda, o desenvolvimento urbano baseado na função social da cidade, estabelecendo o bem-estar e garantindo a qualidade de vida dos indivíduos.

O Estatuto da Cidade considera em uma de suas diretrizes o direito à terra urbana, à habitação, à infraestrutura urbana, ao transporte, aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer.

Sendo assim, as políticas públicas do planejamento urbano têm como um dos principais objetivos a geração de qualidade de vida permitindo o direito à habitação e ao bem-estar.

Um exemplo de programa de apoio para o crescimento econômico no Brasil é o PAC (Programa de Aceleração do Crescimento), que estabelece uma base para aplicação de recursos em obras de infraestrutura que podem promover impacto social na geração de empregos e, como consequência, o acesso a renda gerando desenvolvimento: o PAC proporciona investimentos em obras de infraestrutura para a habitação, para o transporte, o saneamento básico, entre outros.

Outro documento importante para a regulação da ocupação do solo é a Agenda 21, oriunda da conferência Rio 92 ou ECO-92, a qual estabelece o desenvolvimento da qualidade de vida dos munícipes considerando as funções sociais da cidade para diminuir as desigualdades sociais.

A ECO-92 foi um encontro que firmou o compromisso de agenda de grande parte dos governos no mundo e das organizações do Sistema das Nações Unidas com o desenvolvimento sustentável, que procurou enfatizar o desenvolvimento socioeconômico, as transformações do espaço urbano, o ambiente para qualidade de vida das cidades e das pessoas.

A discussão perante um dos documentos norteadores da saúde, ou seja, a Carta de Ottawa (1986), esclarece as condições necessárias para sobrevivência do ser humano como: a saúde, acesso ao trabalho e a qualidade de vida que estão também presentes na Carta de Andes e no Estatuto da Cidade.

O relatório da 8ª CNS (1986) considera que a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda e lazer e o Programa da Saúde da Família (PSF) destaca os desafios para se trabalhar nas práticas e ações governamentais de saúde para a qualidade de vida da população e destaca a importância da participação social.

A aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) pelo Governo Federal em 2006 estabeleceu uma política facilitadora para com a qualidade de vida dos municípios, através dos programas de promoção da saúde relacionados ao modo de vida, condições de trabalho, habitação, lazer entre outros.

E os artigos da Política da Saúde na Constituição Federal reconhecem que a saúde tem relação com as condições socioeconômicas, ou seja, o acesso à renda, habitação, alimentação e lazer.

E por último, destacamos na Lei 8.080/90, a qual dispõe que a saúde advém dos determinantes sociais como habitação, trabalho e lazer juntamente com a participação da sociedade civil.

Ocorreu a identificação dos unitermos e, a partir destes resultados e para o aprofundamento nestes achados, utilizou-se uma experiência que a pesquisadora vivenciou em seu município nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012.

6.1 Relato de caso real: o município de Conchal –SP(Experiência vivenciada).

Um exemplo que se refere às convergências analisadas das políticas públicas de saúde e do planejamento urbano que pode-se relatar é o caso de um município brasileiro de pequeno porte: Conchal (SP), o qual trabalha na questão do desenvolvimento de espaços públicos saudáveis através dos Programas de Promoção da Saúde.

Esse município está situado há 180 km da capital de São Paulo (Brasil) com uma população acerca de 25.000 mil habitantes e que faz parte da Rede de Municípios Potencialmente

Saudáveis (RMPS) desde 2010. A RMPS vem colaborando em projetos com foco na elaboração de Políticas Públicas Saudáveis para que os ambientes urbanos se tornem mais saudáveis. Ela possibilita a triangulação entre governo, comunidade e universidade e subsidia as decisões políticas e desenvolvem as competências, as alianças intersetoriais para conduzir os projetos na perspectiva da promoção da saúde no município (RMPS⁷)

O Departamento de Saúde da cidade de Conchal (SP) vem elaborando projetos de promoção da saúde com enfoque na transformação de espaços urbanos saudáveis, os quais foram enviados ao Ministério da Saúde (MS) através de portarias estabelecidas para a serem pleiteados com repasse federais para o desenvolvimento desses projetos.

Os projetos desenvolvidos neste município em questão nos anos de 2010, 2011 e 2012 foram: Projeto de Promoção da Saúde através de práticas corporais e atividades físicas nas Unidades de Saúde da Família (USFs); Projeto de Promoção da Saúde com foco na redução do uso de álcool e drogas e fomentação do desenvolvimento sustentável; Ambientes 100% livre do tabaco; Projeto de Promoção da Saúde com foco na redução e na prevenção de acidentes e violência doméstica e a Cultura da Paz no trânsito, através da construção de políticas públicas saudáveis e a cooperação intersetorial pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A Política Nacional da Promoção da Saúde (2006) prioriza diversas ações no campo da atividade física, a transformação de espaços públicos saudáveis, construção de pólos de academias, hortas comunitárias incentivando a alimentação saudável, prevenindo assim, doenças e oferecendo o acesso e uso dos espaços públicos ao lazer através do planejamento urbano saudável.

As ações desenvolvidas nos espaços urbanos e a gestão dos recursos do Ministério da Saúde foram destinadas à implantação dos projetos de promoção da saúde com foco na construção de espaços urbanos saudáveis através da articulação de vários setores dentro das prefeituras brasileiras que desenvolve a adoção de ambientes e espaços públicos saudáveis favorecendo a melhora qualidade de vida a população.

Desenvolveu-se um trabalho articulado entre os departamentos da saúde e do planejamento urbano, juntamente com a participação da sociedade civil e a mobilização de diversos técnicos para a melhora dos espaços públicos, com a revitalização do parque ecológico municipal para o desenvolvimento de atividades físicas ao ar livre.

⁷ Disponível em: www.redemunicipiosps.org.br. Acesso em: 19 ago 2012.

Outros exemplos de projetos de promoção da saúde para a construção de espaços urbanos saudáveis são: o programa “Academia da Saúde”, criado em abril de 2011 pelo governo federal, e a implantação de hortas comunitárias.

O primeiro visa à promoção de atividade física e tem por meta a construção de espaços urbanos saudáveis que promovam ações de promoção do urbano saudável, estimulando, assim, a prática de atividades físicas para prevenção de doenças através de oferta de ações de promoção da saúde relativas a práticas de atividades físicas e corporais como caminhadas, prescrição de exercícios, atividades lúdicas, jogos recreativos, esporte, dança e lazer nas Unidades de Saúde da Família (USFs) e nos serviços de atenção primária voltada tanto para a comunidade saudável, bem como para os grupos vulneráveis como: hipertensos, diabéticos, cardiopatas entre outros.

As ações estão voltadas para a melhoria dos espaços públicos com o principal objetivo aumentar os níveis de atividade física, diminuindo o sedentarismo entre a comunidade, prevenindo assim, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), desenvolvendo ações e programas voltados para estilos de vida saudáveis no desenvolvimento de políticas públicas de promoção de saúde no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis, de modo a permitir a interação da saúde com o espaço urbano.

O segundo exemplo foi a implantação de uma horta comunitária no município em um bairro de baixa renda, com foco na redução do uso de Álcool e drogas e com o principal objetivo oferecer a população local alimentação saudável e oferta de geração de renda as famílias pertencentes à Unidade de Saúde da Família (USF) “Maria Silva Batista Correia”.

Realizou-se um trabalho intersetorial, visando atenção integral à saúde da população, ações que propiciaram benefícios à população como mudanças no estilo de vida, aquisição de hábitos saudáveis e transformação de ambientes urbanos saudáveis, sendo fundamentais para o bem-estar e a qualidade de vida da população, através da otimização de espaços físicos urbanos para o desenvolvimento dos programas que atendem os eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e as estratégias do Plano Diretor (PD) do município.

A construção das academias de ginástica, as hortas comunitárias, as ações contra a violência doméstica e no trânsito e a prevenção ao tabaco são resultados de uma política que busca a geração de espaços saudáveis.

A cidade trabalha na perspectiva da promoção da saúde, sendo possível visualizar a participação da comunidade local nos projetos de Promoção da saúde, principalmente no projeto da Horta Comunitária na Unidade de Saúde da Família “Maria Silva Batista Correia”, que conferiu sustentabilidade ao projeto, pois independente da gestão política o trabalho com a horta prevalece nesta unidade até os dias atuais.

Outra experiência que se pode citar é a Horta Comunitária de Maringá, com o programa Maringá Saudável - que teve apoio da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS), que viabiliza, amplia e monitora projetos e ações estratégicas da Organização Pan-Americana da Saúde para Cidades Saudáveis construindo políticas públicas saudáveis, promove a participação social de todos os setores e cria iniciativas sustentáveis - foi a primeira Horta Comunitária do Brasil. Houve a promoção desta nos bairros através do Espaço Saúde e a implantação das Hortas Comunitárias gerenciadas pela Secretaria de Serviços Públicos.

O Maringá Saudável é um programa que defende um estilo de vida saudável como forma de melhorar a qualidade de vida das pessoas através de três pontos básicos: o estímulo à alimentação saudável, a prática de atividades físicas e a luta contra o tabagismo.

O desenvolvimento do Planejamento Urbano Saudável no município de Conchal foi à transformação de espaços públicos ociosos, ou seja, terrenos baldios os quais foram transformados em espaços verdes, como hortas comunitárias, o desenvolvimento coletivo de ações e projetos integrados com diretores e técnicos na transformação de espaços verdes; implantação de leis municipais que instituem programas de políticas públicas saudáveis. Essa cidade colabora para aumentar o número de espaços verdes, de áreas de lazer, o ir e vir, a saúde dos moradores potencializando o planejamento urbano saudável (SPERANDIO, GUARNIERI, 2012).

Essas ações relacionadas à promoção da saúde e ao planejamento urbano saudável também podem ser vistas em diversos municípios brasileiros através das portarias federais que repassam verbas para a implantação de políticas públicas, garantindo a melhora do modo de vida no espaço urbano.

A mobilização de instituições públicas juntamente com universidades e comunidade pode se obter resultados satisfatórios em relação ao desenvolvimento urbano saudável.

7. CONCLUSÃO

Esta pesquisa intensificou na colaboração do processo do desenvolvimento das Políticas Públicas no mundo e no Brasil e buscou-se trazer para o debate acadêmico, a aproximação entre o planejamento urbano e a saúde, elencando documentos norteadores e marcos jurídicos das duas áreas, estabelecendo assim, a intersetorialidade.

O entendimento dessas duas áreas tem uma ligação intrínseca; afinal, a partir do momento em que a cidade conta com um planejamento responsável, a comunidade sentirá o reflexo de uma melhor saúde e qualidade de vida.

A saúde da população é um dos principais produtos para se alcançar o bem-estar e o planejamento urbano adequado visa melhorar os espaços públicos para que os indivíduos tenham qualidade de vida, fazendo uso mais racional do território, proporcionando bem-estar aos cidadãos e estabelecendo uma harmonia com o meio ambiente. O urbanismo planeja e organiza espaços visando à qualidade de vida urbana, oferecendo a população o direito de ir e vir.

A promoção da saúde representa um importante papel para o desenvolvimento de espaços urbanos bem como o planejamento urbano cria espaços saudáveis para a prevenção de doenças. Também é importante o processo de informação à comunidade, norteando os atores locais na efetividade dos projetos de promoção da saúde nas cidades brasileiras.

Nesta pesquisa foi possível identificar convergências entre os documentos estudados, que foram: habitação, trabalho, bem-estar, lazer, qualidade de vida e participação social. A busca destas convergências visa, basicamente, à qualidade dos espaços urbanos, ou seja, o planejamento de espaços saudáveis para indivíduos saudáveis. Os pontos de convergências trazem a questão da organização do ambiente, da função social da cidade, o direito a habitação, o acesso às áreas de lazer, ao bem-estar e destaca a importância da participação social no planejamento urbano para melhorar o nível de vida em relação à qualidade de vida.

A falta de convergência entre as políticas públicas da saúde e o planejamento urbano pode ser geradora de perda de qualidade de vida dos indivíduos. A integração das diferentes políticas setoriais envolvidas, e a identificação das ações educativas que podem ser implantadas e aprimoradas, com a finalidade de planejar processos complementares que ampliem e qualifiquem as ações para o saudável.

É fundamental para o acesso às políticas públicas, que haja grupos articulados com o poder público municipal e outros grupos que atuam no planejamento urbano, na educação e na saúde. Em muitos casos, a diversidade de atribuições existentes, a reduzida dimensão das equipes envolvidas na gestão municipal nos diversos grupos e instituições limita a capacidade de articulação.

Nesse sentido, contribuir para essa aproximação é extremamente positivo e tende a potencializar a atuação dos grupos desenvolvendo programas continuados e com eficácia ao Planejamento Urbano Saudável, sendo um campo para proporcionar a reflexão sobre o desenvolvimento e a transformação de espaços urbanos através do Planejamento Urbano Saudável.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADRIANO, J. R. et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida. **Ciência Saúde Coletiva**. 2000, vol.5, n.1, pp. 53-62.

AGACHE, A.. Cidade do Rio de Janeiro, remodelação, extensão e embelezamento (Plano Agache) Rio de Janeiro – RJ. Ed. Foyer Brésilien, 93 p,1930. Disponível em: <http://www.urbanismobr.org/bd/documentos.php?id=2694>. Acesso em: 06 Jul. 2012.

AGENDA 21 - Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, 1992 - Rio de Janeiro. Brasília: Senado Federal, 1996. 585p. Disponível em: paraiso.ifto.edu.br/docente/admin/upload/.../material_8038efbdd5.doc Acessado em : 10.02.13 as 14 hrs.

ANDRADE. C.R.M. A cidade como um corpo são e belo: o pensamento urbanístico de Saturnino de Brito. Revista Anpur, v.2, n.1, 1993. Disponível em: <http://www.anpur.org.br/revista/rbeur/index.php/shcu/article/view/323>

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. Por Isis do mar Marques Martins. Mestranda – PPGE/UFF. Revista pegada – vol. 11 n.2 190 - 2010 Disponível em:<http://www4.fct.unesp.br/ceget/PEGADA112/10OPCIT1102.pdf>

AZEVEDO.S. Políticas Públicas: discutindo modelos e algumas problemas de implementação in: Políticas Públicas e direito à cidade: programa interdisciplinar de formação de agentes sociais e conselhos municipais /Orlando Alves dos Santos Junior, Ana Carolina Christovão, Patrícia Ramos Novaes, Organizadores. – Rio de Janeiro, Letra Capital: Observatório das Metrôpoles: IPPUR/URFJ, 2011. Disponível: [HTTP://obsertaotiodasmetropoles.net/download/miolo_livro-curso-baixada.pdf](http://obsertaotiodasmetropoles.net/download/miolo_livro-curso-baixada.pdf).

AZAMBUJA M.I.R. et al. Saúde urbana, ambiente e desigualdades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e comunidade**. Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 6(19): 110-5. Disponível em: www.rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/151/311. Acesso em: 03 Jun. 2012.

BARDET, G. O Urbanismo. Tradução Flávia C. S. Nascimento. Campinas: Papyrus, 1990.

BARTON, H; GRANT, M. Urban Planning for Healthy Cities: A Review of the Progress of the European Healthy Cities Programme. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. doi:10.1007/s11524-011-9649-3, 2011.

BASSUL, J.R. Reforma urbana e estatuto da cidade, EURE (SANTIAGO), v. 28, nr. 84 Santiago, Set. 2002. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0250-71612002008400008&script=sci_arttext. Acesso em: 10 Mar. 2012.

BASSUL, J.R. Estatuto da Cidade: quem ganhou? quem perdeu? Brasília: 2004. Disponível em: http://apache.camara.gov.br/portal/arquivos/Camara/internet/comissoes/cdu/artigos.html/estatuto_bassul.pdf. Acesso em: 19 Ago. 2012.

BENEVOLO, L. A história da cidade. 3ª ed. São Paulo. Editora Perspectiva. S.A, 2001.

BRASIL, Lei Federal nº 6766/79- Lei do parcelamento do solo urbano de 19 de dezembro de 1979.

BRASIL. Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979 II PND – Republica Federativa do Brasil, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da VIII - Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1986.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro 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. Diário Oficial da União. Seção 1. 20/09/1990. p. 18055. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990>. Acesso em: 10 .Abr 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/PSF. Portaria n. 1886/GM, 18 de dezembro de 1997.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Formulação de Políticas de Saúde POLÍTICAS DE SAÚDE Metodologia de Formulação. Brasília, agosto de 1998. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério das Cidades. 2003. Disponível em: http://www.cidades.gov.br/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=46&Itemid=77. Acesso em: 10 Abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Cidade. Plano Diretor Participativo: Guia para a elaboração pelos municípios e cidadãos, maio, junho 2004.

BRASIL. Estatuto da Cidade: guia para implementação pelos municípios e cidadãos. 4ª ed. Brasília: Instituto Polis. Senado Federal, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2006- 60p. (série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde, 2006. v.7).

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico/agência nacional de saúde suplementar – 2. ed. rev. e atual. – rio de janeiro: ANS, 2007. 168 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DAS CIDADES, LEI Nº 11.578, de 26 de novembro de 2007, Dispõe sobre a transferência obrigatória de recursos financeiros para a execução pelos Estados, Distrito Federal e Municípios de ações do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, Brasília, 26 de novembro de 2007.

BRASIL. Ministério das Cidades. Trabalho social em programas e projetos de habitação de interesse social – Brasília, DF: Ministério das Cidades, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático : promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUSS,P.M. in. Saúde e Democracia: historia e perspectiva do SUS. Lima, N.T et al (org). Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2005.

BUSS et al, A saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007 Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf. Acesso em: 19 Ago. 2012.

CAIAFFA, W. T. et al. Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. Ciência & Saúde Coletiva, 13(6):1785-1796, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a13v13n6.pdf>. Acesso em 20 Abr. 2012.

CARTA DE ATENAS. Tradução: LECORBUSIER. São Paulo: Hucitec, EDUSP, 1989.

CARTA DE OTTAWA. Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde. Ottawa, 1986. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/ottawa.pdf. Acesso em 08 Mar. 2010.

CARTA DE ADELAIDE, Declaração de Adelaide segunda conferência internacional sobre promoção da saúde Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 19 Ago. 2012.

CARTA DOS ANDES - Seminário de Técnicos e Funcionários em Planejamento Urbano. Tradução de Gustavo Neves da Rocha Filho, Editora Fivestar, São Paulo, 1960, 64p.

CARVALHO, L. Epidemiologia – História e Fundamentos. In: EPIDEMIOLOGIA. Medronho, R. et al. 1ª ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2003. Pag. 04.

- CASTELLS, M. A questão urbana. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, vol.48, 1983.
- CERVO, A. et al. Metodologia Científica. 6ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- CHOAY, F. O urbanismo: utopias e realidades, uma antologia – 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- COMISSÃO NACIONAL DOS DETERMINANTES DE SAÚDE (CMDSS) Disponível em: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/08/Primeira_versao_documento_tecnico_CMDSS.pdf. Acesso em: 19 Ago. 2012.
- COHEN, S.C. et al. Habitação saudável no SUS. Uma estratégia de ação para o PSF: uma incorporação do conceito de habitação saudável na política pública de saúde. Documento produzido pela Rede Brasileira de Habitação Saudável. ENSP, Rio de Janeiro, 2003.
- Cohen SC. Habitação Saudável como caminho para a Promoção da Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
- COHEN, S.C. et al. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. Ciência e Saúde Coletiva. 9(3) p. 807/813. (2004). Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n3/a26v09n3.pdf>
- COHEN, S.C. M. R.B. BARCELOS. Construção do "Habitat-Ação" saudável por meio de fundamentação teórico-metodológica do campo da semiologia do ambiente construído. Saúde e sociedade. Vol. 21 no.3 São Paulo July/Sept. 2012, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000300019&script=sci_arttext - Acesso em 13 Fev. 2013.
- CNS - Conferência Nacional de Saúde, 8., 1986, Brasília. Relatório final, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986.
- CMDSS - Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Anais Eletrônicos. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/08/Primeira_versao_documento_tecnico_CMDSS.pdf. Acesso em: 19 Ago. 2012.
- CORRÊA, R.L. **O espaço urbano**. 4ª ed. São Paulo. Editora Ática, 1999.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1977) Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em 07 Mai. 2013.
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS - DUDH Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948). Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm. Acesso em 14 Dez. 2012.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. Segunda Conferencia Internacional sobre Promoção da Saude . Adelaide, Austrália, 1988. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>. Acesso em: 21 Out. 2009

DICIO - Dicionário on-line de português Disponível em: <http://www.dicio.com.br/palavra/>. Acesso em 15 Mar. 2013.

DEL RIO, V. Introdução ao desenho urbano no processo de planejamento, São Paulo, 1ª edição, Editora Pini, 1990.

DEL RIO, V. Além de Brasília – Design Urbano contemporânea no Brasil, 41st ISOCARP Congresso 2005. Disponível em: http://www.isocarp.net/Data/case_studies/586.pdf. Acesso em 23 Mai. 2012.

FERREIRA, A. B.H, ANJOS, Margarida dos (co-aut.); FERREIRA, Marina Baird (co-aut.). Aurelio Seculo XXI: o dicionario da lingua portuguesa / Aurelio Buarque de Holanda Ferreira; coordenação e edição Margarida dos Anjos, Marina Baird Ferreira. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRANCISCO FILHO, L.L.; FÁVERO, E. Plano Diretor para Municípios Potencialmente Saudáveis. O plano diretor: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável: o processo de entendimento, construção e implantação do plano diretor. p. 83-97. Ana Maria Girotti; Miguel Malo (orgs.) – Campinas: Universidade de Campinas. Departamento de Medicina Preventiva; Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. In Sperando

FRANCISCO FILHO, L.L. in: Organização Pan-Americana da Saúde, Políticas Integradas em Rede e Construção de Espaços Saudáveis: Boas práticas para a iniciativa dos Rostos, Vozes e Lugares. 1ªed. Brasília: OPAS, 2010.

FRANCISCO FILHO e SPERANDIO. Convergências entre as Políticas do Planejamento Urbano e da Saúde- Adaptação do diagrama apresentado na X Conferência Internacional de Saúde Urbana em Belo Horizonte. 2011.

FURTINI, M.B. e FERREIRA, E; Aplicabilidade da Lei Federal 6766/79 utilizada geotecnologia. Anais XIII Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto, Florianópolis, Brasil, 21-26 abril de 2007, INPE, p. 2665-2672.

GIACOMONI, C.H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. Temas em Psicologia da SBP. Universidade Federal de Santa Maria. Vol. 12, no 1, 43– 50. 2004. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v12n1/v12n1a05.pdf>

GIL, C. M. Como elaborar Projeto de Pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOY, A . S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. In: Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, mai/jun, 1995.

GUIMARÃES, R.P. 1998-1999. Agenda 21 e desenvolvimento sustentável: o desafio político da sustentabilidade. *Debates Sócio-Ambientais*

HANCOCK, T. The evolution, impact and significance of the healthy cities/healthy communities movement. *Journal of Public Health Policy*, 14(1):5-18, 1993. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8486751>.

HANCOCK, T. Lalonde and beyond: Looking back at “A New Perspective on the Health of Canadians”. *Oxford Journal - Health Promotion Internacional*, vol. 1, 1986, p. 93-100. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/1/1/93.short>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Brasil. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 18 Mar. 2013.

KRUGER, T.R. O desconhecimento da reforma Sanitaria e da legislação do SUS na pratica do Conselho de Saúde. *Revista Planejamento e Políticas Pública*, nº 22 – Dez, 2000.

LALONDE, M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Healthy and Welfare Canada; 1974. Disponível em: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf. Acesso em: 19 Ago. 2012.

LEFEBVRE, H. O direito à cidade. 5ª ed. São Paulo: Editora Centauro, 2008.

LEME, M.C.S. Consolidação do papel de articulação acadêmica e de fórum de debate de políticas urbanas e regionais. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais* 2001-2003. Publicação semestral da ANPUR. Volume 6, número 1, maio de 2004.

LIMA, N. T et al (org). A saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LIMA e KRÜGER Políticas públicas e desenvolvimento urbano sustentável *Desenvolvimento e Meio Ambiente*, n. 9, p. 9-21, jan./jun. 2004. Editora UFPR
Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/made/article/viewFile/3077/2458>

MARICATO, E. *Revista Desafios do Desenvolvimento*. Entrevista por Gilberto Maringoni. Ano 8, nº.71, São Paulo, 2011. Disponível em http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2508:catid=28&Itemid=23. Acesso em: 03 Jun. 2012.

MARQUES, C.M.S. Manual de capacitação de pessoal e nível médio as Doenças Crônicas Não transmissíveis. 3ª edição, Marília/SP, 2002.

MEDEIROS, F.B. Análise da adequação dos programas de financiamento habitacional para atender as necessidades de aquisição de moradias adequadas da população de baixa renda no

Brasil / Dissertação de Mestrado. Ed. Rev. -- São Paulo, 2007. 129p Disponível em: http://www.realestate.pcc.usp.br/arquivos%20PDF/DST_FabioBomfim.pdf

MEDRONHO, R. et al. EPIDEMIOLOGIA. 1ª ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2003-(Prefácio).

MENDES, R. et al. Apropriação de conhecimento, alianças, redes sociais, participação social e intersetorialidade como fatores de fortalecimento da sustentabilidade de ações de Promoção da Saúde. CEPEDOC Cidades Saudáveis. Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo: São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/avaliacao_sustenta.pdf. Acesso em: 03 Set. 2010.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal in: Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das praticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. Editora HUCITEC-ABRASCO. São Paulo - Rio de Janeiro, 1999.

MENDES, R. et al. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. Saude soc. vol.13 no.1 São Paulo Jan./Apr. 2004.

MERCADANTE, O.A et al. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil in: : Caminhos da saúde pública no Brasil/ organizado por Jacobo Finkelman, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328 p.

MINAYO, M.C.S. et al Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000, p. 7-18.

MINAYO, M.C.S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: Campos, G.WS.; Minayo MCS; Akerman, M; Drumodn Jr. M; Carvalho, YM. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2008. 871 p. (Saúde em debate; v. 170). p. 295-315

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de Avaliação do Programa de Saude da Familia, 1999. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 18 Mar. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Biblioteca Virtual Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista06.html>. Acesso em: 18 Mar. 2013.

MUMFORD, L. A cidade na história: suas origens, desenvolvimento e perspectivas. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes Editora Ltda, 2008.

NARDI, A.C.F. in: Organização Pan-Americana da Saúde, Políticas Integradas em Rede e Construção de Espaços Saudáveis: Boas práticas para a iniciativa dos Rostos, Vozes e Lugares. 1ªed. Brasília: OPAS, 2010.

NATALINI, G. Princípios Básicos do SUS. In: SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, vo. 01, São Paulo, Editora Atheneu, 2004.

NEIMAN, A., HALL, M. Urbanization and Health Promotion: Challenges and opportunities. Magazine Global Perspectives on Health Promotion, section 3, 2010, p.201-224. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/pg378x1p12851852>. Acesso em 23 Jun. 2012.

NOVAES, A.C. Portal Boletim Jurídico, Ano XI, nr 1033 2012 Uberaba – MG – Brasil
Disponível: <http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=640>

NUNES, E.D. Sobre a história da Saúde Pública: Idéias e Autores. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Abril-junho, ano/vol.5, número 2002, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil, p..251-264. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200004&script=sci_arttext. Acesso em: 10 Abr. 2012.

NUNES, L.A.SUS.O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, Volume 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. Receita para um bom Sistema de Saúde Municipal, p. 153-158.

OLIVEIRA, I C.E. Estatuto da cidade: para compreender... /Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal.IBAM/DUMA, 2001.

OMS – Organização Mundial de Saúde (World Health Organization) - Constitution 14 U.N.T.S No. 185 (1948), Art. 1 Disponível em:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em: 19 Ago. 2012.

OMS - Organização Mundial de Saúde (World Health Organization). Discussion document on the concept and principles. In. Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984. p.20-3.

OMS - Organização Mundial de Saúde (World Health Organization) . Promoting health in a urban context. *WHO Healthy Cities Papers*, nº 1. FADL, Copenhagen, 1988.

OMS Organização Mundial de Saúde (World Health Organization). Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. v.41, n.10, 1995, p.403-409.

OMS – Organização Mundial de Saúde (World Health Organization). Quality of Life Assessment. The WHOQOL Group, 1994. What Quality of Life? The WHOQOL Group. In: *World Health Forum*, Geneva, 1996.

OMS – Organização Mundial de Saúde (World Health Organization). Health promotion glossary. WHO: Genebra, 1998. Disponível em: <http://www.ldb.org/vl/top/glossary.pdf>. Acesso em: 10 Jul. 2012.

OMS - Organização Mundial de Saúde (World Health Organization) . CDSS-Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da

Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial de Saúde; 2010.

OMS – Organização Mundial de Saúde (World Health Organization). Media centre. Urban planning essential for public health. News release. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/urban_health_20100407/en/index.html>. Acesso em: 01 ago. 2012.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. El Movimiento de Municipios saludables – una estratégia para El desarrollo. OPAS-OMS, Division of Health Promotion and Protection, Mexico. Julia-agosto, vol.36, nr 04, 1996.

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde / OMS Organização Mundial de Saúde: Municípios e Comunidades Saudáveis: Guia dos Prefeitos para promover qualidade de vida. 2000. Disponível em : http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiapor/MCS_Guiapor.pdf. Acesso em: 20 Out 2010.

PEREIRA, M.P.B, C. BARCELOS, O TERRITÓRIO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847>

PIMENTEL, A. O método da Análise Documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. Cadernos de Pesquisa, n. 114, p. 179-195, novembro/ 2001, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf> acessado em 20.10.12 as 14 hs.

Programa Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>. Acesso em: 25 Ago. 2012. Portal da saúde Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126. Acesso em: 23 Mai. 2012

Portal da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360. Acesso em: 25 Ago. 2012.

PORTO, M.Y. Uma revolta popular contra a vacinação. Revista Ciência e Cultura. Vol.55, nº1. São Paulo. Jan./Mar 2003.

RISI JUNIOR et al. As condições de Saúde no Brasil. in: Caminhos da saúde pública no Brasil/ organizado por Jacobo Finkelman, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328 p.

RMSP (Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis). Disponível em: www.redemunicipiosps.org.br. Acesso em 14 Jun. 2012.

ROLNIK, R. A cidade e a lei: legislação, política urbana e territórios na cidade de São Paulo, 2ª ed. São Paulo, SP: Studio Nobel: FAPESP, 1999.

SABOYA, R. (2008) Urbanismo e planejamento urbano no Brasil – 1875 a 1992 Disponível em: <http://urbanidades.arq.br/2008/11/urbanismo-e-planejamento-urbano-no-brasil-1875-a-1992/> acessado em 10.02.13 as 15 hs.

SANTOS, L.A.C. O pensamento sanitaria na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.

SANTOS, M. O espaço do cidadão. 5ª Edição - São Paulo: Studio Nobel, 2000.

SANTOS, M. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4ªed. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2004.

SANTOS, J.L.C. Reflexões por um conceito contemporâneo de urbanismo. Malha Urbana. Rev. Lusófona, v.3. n.3, 2006. Disponível em: http://sburbanismo.vilabol.uol.com.br/reflexoes_urbanismo.htm. Acesso em: 15 Out. 2010.

SILVA, E.R. O movimento Nacional pela Reforma Urbana e o processo de democratização do planejamento urbano no Brasil. Dissertação de Mestrado – UFSCAR, 2003. Disponível em: http://www.oidc.org.br/oidc/img/img_downloads. Acesso em: 19 Ago. 2012.

SPERANDIO. A.M.G. in: Organização Pan-Americana da Saúde, Políticas Integradas em Rede e Construção de Espaços Saudáveis: Boas práticas para a iniciativa dos Rostos, Vozes e Lugares. 1ªed. Brasília: OPAS, 2010.

SPERANDIO, AMG. GUARNIERI, J.C. Revista Intellectus. A rede Social como instrumento do desenvolvimento do Urbano saudável: a experiência de Conchal – São Paulo. Ano VIII nº 22, 2012. P.44-55.

SPERANDIO, AMG. Revista Intellectus, Ano VIII, nº 22, 2012.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias n.16 Porto Alegre jul./dez. 2006
Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=pt&nrm=iso&userID=-2

VALENÇA, M.M. Habitação: Notas sobre a natureza de uma mercadoria peculiar. Cadernos Metrópole, n. 09, PP 165-171, 2003. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/9209/6824>

VILLAÇA, F. Uma contribuição para a história do planejamento urbano no Brasil. In: DEÁK, C saba; SCHIFFER, Sueli Ramos (Org.) O processo de urbanização no Brasil. São Paulo: EdUSP, 1999. p. 169-243.

VILLAÇA, F. Dilemas do Plano Diretor. In: CEPAM. O município no século XXI: cenários e perspectivas. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima – Cepam, 1999. p. 237 – 247.

WESTPHAL, M. F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. In: Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 5, n.2, p. 39-51, 2000. Disponível em: <http://www.cidadessaudaveis.org.br/marcia1.pdf>. Acesso em: 19 Ago. 2012.

WESTPHAL, M. MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. RAP Rio de Janeiro 34(6):47-61, Nov./Dez. 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6347/4932>, acessado em 23.04.13 as 12 hs.

WHITEHEAD M. The concepts and principles of equality and health. Geneva: WHO; 2000.