



# XIV Encontro Nacional da ANPUR

23 a 27 · maio · 2011 · Rio de Janeiro

---

XIV ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR  
Maio de 2011  
Rio de Janeiro - RJ - Brasil

---

SAÚDE E CIDADE: POSSIBILIDADES E LIMITES DE TRANSFORMAÇÃO URBANA NAS  
PROPOSTAS DA SAÚDE COLETIVA

**Paula Vilhena Carnevale Vianna** (Univap) - paulavianna@univap.br

*Medica, Doutora em Medicina Preventiva, professora de Saude Coletiva e pesquisadora em Planejamento Urbano e Regional*

**Jucelia Oliveira** (Univap) - juoliv@yahoo.com.br

*Geógrafa, mestranda em Planejamento urbano e Regional*

## **Saúde e Cidade: Possibilidades e Limites de Transformação Urbana nas Propostas da Saúde Coletiva**

---

---

Saúde e cidades são temas que se aproximaram e afastaram no decorrer do tempo. No início do século XX, constituíam um único campo de planejamento e atuação, voltado ao desenvolvimento econômico e social do país que simultaneamente se urbanizava e modernizava. Nas décadas seguintes, diversos fatores os distanciaram, entre eles a revolução científica e a incorporação da técnica como via privilegiada para a restauração da saúde: o coletivo cedia lugar ao individual. Na década de 1970, os campos voltam a se aproximar, diante da inequívoca relação entre condição de vida urbana e perfil de saúde da população. Análises e ações propositivas de intervenção urbana partiram do campo da saúde, entre elas movimentos conceituais (Saúde Urbana e Determinantes Sociais da Saúde) e operacionais (Promoção da Saúde, efetivada pela proposta das Cidades Saudáveis). Este artigo analisa as proposições destes movimentos sob a ótica do planejamento urbano no Brasil, procurando compreender o potencial e os limites da aplicação nacional destas propostas de origem canadense e europeia de intervenção sobre os condicionantes urbanos da saúde.

Palavras chave: saúde coletiva, saúde urbana, problemas urbanos, planejamento urbano.

## **O Brasil: as cidades e a justiça social**

A análise das cidades sob a ótica da justiça social é fundamental diante do desafio de implantar políticas públicas que beneficiem a população brasileira residente nos centros urbanos.

Esse enfoque se faz prioritário dada a longa trajetória e os desiguais arranjos espaciais característicos do processo histórico da urbanização brasileira. A dominação do território por uma minoria (a elite portuguesa seguida, ainda no período colonial, pela elite brasileira), é uma marca que se estendeu ao longo dos séculos. Na concepção de BARCELLOS (2008,p.47), o espaço geográfico retém a herança histórica de épocas passadas e a transforma. No Brasil, a ocupação do território se constituiu voltada essencialmente para suprir de mercadorias a metrópole portuguesa. Assim, o sistema capitalista estruturou núcleos urbanos ao longo do litoral, de forma fragmentada e com funções comerciais organizadas segundo os interesses europeus. Esta estrutura reforçou a divisão de classes na população que ali se estabelecia.

Os principais núcleos urbanos que se formaram ao longo do litoral exportavam suas mercadorias e, ainda que lentamente, se modernizavam, processo que não atingiu os núcleos urbanos do interior do país. Neste processo histórico, o grande proprietário rural adquiriu caráter político, num ambiente em que “as relações pessoais de parentesco, clientela e patronagem e as formas autoritárias de poder geradas pelo regime de propriedade, ... [desmoralizam as] as práticas de *self government* e ... [marginalizam] a maioria da população livre do processo político” (VIOTTI, 237). Como reflexo dessa formação, as cidades brasileiras conformaram um ambiente fragmentado, que se mantém e é reforçado pelo sistema econômico capitalista: de um lado, a elite privilegiada, e de outro, muitas vezes sem fronteira geográfica precisa, os territórios de segregação, que abrigam a maioria da população.

Esta trajetória marcada pelo patrimonialismo (entendido como concentração de patrimônio, poder econômico e político) é, segundo Maricato (2006), fator explicativo para um obstáculo atual ao desenvolvimento urbano: a acumulação de terras e imóveis.

As mudanças e tendências trazidas pela urbanização no século XX não romperam com este padrão, do contrário, potencializaram as estruturas de uso e ocupação do solo. O Estado tornou-se um instrumento regularizador dos interesses da burguesia, que acabou por concentrar o poder, inclusive, de ordenação do território. Na manutenção deste processo de expropriação do trabalho, as corporações industriais ampliaram sua abrangência territorial, influenciando os rumos das economias e direcionando a políticas de desenvolvimento loco-regionais.

De acordo com SANTOS (2008) a cidade, onde tantas necessidades emergentes demandam respostas, está fadada a ser tanto o teatro de conflitos crescentes como o lugar geográfico e político da possibilidade de soluções. Deste modo, a cidade se constitui num modelo espacial ambivalente, simultaneamente protetor e gerador de pobreza, seja pelo aspecto social e econômico, seja pela sua conformação física. Neste espaço de conflitos, as questões se apresentam continuamente renovadas, como o atual debate acerca da necessária harmonia entre o desenvolvimento econômico, a urbanização, as questões ambientais e a saúde das populações. É possível observar a ampliação da abordagem tradicional dos problemas urbanos associados às desigualdades sociais e econômicas. Assim, pensar e implementar ações inovadoras para combater a pobreza e a exclusão social entre os diferentes grupos populacionais é um desafio e um exercício obrigatório para os órgãos públicos.

O Brasil é um país urbano, e a concentração crescente da população nas cidades intensifica os contrastes sociais. O contexto atual das cidades brasileiras se caracteriza por mudanças aceleradas no meio técnico-científico-informacional, na velocidade e direção dos fluxos e na multiplicidade de serviços, que, por sua vez, mantêm e acentuam as diferenças e a distribuição intra-urbana de riquezas.

Em um país essencialmente urbano e socialmente desigual, as demandas por infraestrutura de equipamentos urbanos se intensificam, fragilizando ainda mais as populações marginalizadas. Como aponta VILLAÇA (2001), o funcionamento da sociedade urbana transforma seletivamente os lugares, que se afeiçoam às exigências funcionais.

Nesse contexto, é fundamental abordar o papel das políticas públicas como promotoras da cidadania e do bem estar dos habitantes das cidades. Cresce a importância de discutir o processo de urbanização no Brasil, abrindo o diálogo entre a sociedade e a academia sobre questões relacionadas ao desenvolvimento, à urbanização e à segregação sócio-espacial.

Dentre os desafios que as cidades devem enfrentar para atender a população que nelas habita, se destacam três grandes domínios de problemas e soluções: são as questões e demandas relativas aos campos da sustentabilidade, saúde e habitação. As cidades brasileiras estão capacitadas para assegurar o bem estar da população?

Nesse caso, o Estatuto da Cidade (BRASIL, 2001) foi um avanço e alguns de seus pontos merecem destaque. O espaço urbano não é uniforme e requer estratégias de planejamento para a adoção de políticas públicas que possibilitem o desenvolvimento de atividades sociais concretas de equalização das diferenças.

Um primeiro ponto a ressaltar no Estatuto da Cidade é o artigo segundo, que estabelece que a política urbana tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento

das funções sociais da cidade e da propriedade urbana. Trata-se de um conjunto de ações concretas cuja base está na justiça social.

Para BARZOTTO (2003), a justiça social pode ser fundamentada no caráter social do ser humano. Carente de uma plenitude que só pode ser alcançada na relação com outrem, a pessoa humana se vê envolvida em uma rede de relações de dever. Um elemento fundamental do conceito de justiça social e sua aplicabilidade no Brasil é a igualdade de oportunidades a todos e a distribuição equitativa entre os cidadãos dos bens produzidos pela sociedade, o que inclui o direito à propriedade.

Embora esse princípio ainda não seja respeitado nas cidades brasileiras, o Estatuto da Cidade o prevê, estabelecendo normas de ordem pública e de interesse social que regulam o uso da propriedade urbana. Assim, os órgãos públicos devem conduzir o planejamento urbano considerando o artigo 39º do Estatuto da Cidade sobre as condições sociais da cidade, guiadas pela justiça social e reguladas no Plano Diretor.

Isso nos faz refletir sobre a importância de avaliar a cidade em diferentes tempos, especialmente na atualidade, buscando romper e reorientar as rotas historicamente percorridas, considerando os impactos e impasses da urbanização para as minorias.

De acordo com SANTOS (2008), no Brasil a injustiça social tem forte componente de injustiça histórica. Compreende-se que a questão da formação das cidades no Brasil foi historicamente determinante para o processo de segregação urbana, com diversos atores disputando, em condições desiguais, parcelas do espaço urbano e de suas riquezas.

Os diversos programas dirigidos às questões urbanas podem se articular mais facilmente tomando a justiça social por seu denominador comum, elemento potencial para fomentar a implementação integrada de propostas públicas promotoras de mudanças urbanas significativas para a população como um todo.

## **E a saúde, como se desenvolveu?**

A trajetória da saúde pública no Brasil somente pode ser compreendida se contextualizada, inserida na estrutura política e sócio-econômica, e tendo como processo subjacente a urbanização não inclusiva do país. É a partir dos projetos políticos estabelecidos, das perspectivas e propostas de desenvolvimento social e econômico, da elaboração de normas e regulamentações e da articulação dos atores sociais com vistas à efetivação desses projetos que a saúde pública foi se conformando como um campo de pensamento e práticas, vinculados, como política social, em graus variados ao longo do tempo, ao território.

A despeito do grande avanço conceitual e operacional decorrentes da definição da saúde como direito, na Constituição de 1988, e da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) para efetiva-lo, a saúde, como política pública, ainda se apresenta aos cidadãos como um campo fragmentado. A representação social da saúde tende a ser reduzida a um dos seus componentes, qual seja, a disponibilidade e o acesso aos equipamentos sociais que lhe são específicos – unidades básicas de saúde, serviços médicos especializados (incluindo estabelecimentos de exames laboratoriais e diagnóstico por imagem) e hospitais. Ainda da perspectiva da representação social, há uma mitificação do setor privado como mais eficiente e efetivo nestas ações, cujo valor social é diretamente relacionado ao grau de tecnologia a elas incorporada. As ações preventivas permanecem, por sua vez, vinculadas ao setor público, na forma de campanhas ou ações de baixa tecnologia. Esta aceção, no Brasil, possui um componente histórico amplamente investigado por pesquisadoras da área da história e da política de saúde (BUSS, 2000) .

No campo acadêmico e institucional, no entanto, a saúde pública – no Brasil, renomeada coletiva – se apresenta no país como um campo de intensa reflexão intelectual e inovadores projetos. Embora a proximidade dos campos da saúde e do planejamento urbano seja mais clara e diretamente vinculada às ações normativas e saneadoras das primeiras décadas do século XX, em diversos momentos saúde coletiva e cidade voltaram a se aproximar. E este é, inquestionavelmente, um desses momentos de reaproximação.

A configuração de um Sistema Único de Saúde a partir dos serviços e ações fragmentados e centralizados, em que as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde eram separadas da prestação de assistência (esta, provida majoritariamente por prestadores privados), se deu em um campo permeado por conflitos econômicos e políticos. Nos primeiros dez anos, a estruturação do SUS foi pautada por definições, planejamento e implementação de mecanismos operacionais relativos à definição de responsabilidades, atribuições e relação entre os entes federativos; financiamento e transferências de recursos, e modelos de organização e gestão do chamado cuidado em saúde. Este último, desde a concepção do sistema, tem se pautado pelo esforço de valorizar e fortalecer a atenção primária em saúde – no âmbito da promoção, prevenção e assistência.

A atenção primária em saúde se realiza no território, e é concebida para atender as necessidades específicas de uma população geograficamente definida. A estratégia do Ministério da Saúde para aprimorar a atenção primária no país, e correlaciona-la às demais políticas de base territorial, é a Saúde da Família, implantada em meados da década de 1990. Baseada nos princípios de

territorialização, trabalho em equipe multiprofissional, assistência integral e resolutiva, com foco na família, a estratégia estimula a participação social e prevê a intersectorialidade de ações. Dados recentes mostram que o programa abrange mais de 90% dos municípios do país, e 52% da população (BRASIL, Secretaria...,s/d.). O cuidado prestado pelas equipes é mais abrangente e inclusivo, e a efetivação de parcerias com demais equipamentos e agentes sociais é reiteradamente superior, em comparação aos modelos tradicionais (IBAÑEZ et , 2006). Com esta estratégia, os conceitos de territorialização da política de saúde, planejamento segundo as necessidades de saúde da população e integração a demais políticas públicas, presentes nos documentos que antecederam a implantação do SUS, tornaram-se operacionalmente factíveis, e a possibilidade de estruturação de redes passou a ser proposta, de diversas perspectivas. Na saúde, uma dessas perspectivas são os Territórios Integrados de Saúde (Teias) que articulam a rede de saúde. Em âmbito nacional, a vinculação da estratégia da saúde da família às demais políticas e ações públicas constituiria os Territórios de Cidadania.

Além de demarcar uma mudança de trajetória histórica, o SUS foi instituído em contexto adverso, de implementação de políticas neoliberais, e, seguindo o modelo das políticas de proteção social europeias, se configurou como uma das principais políticas inclusivas no país. Sua implementação, no entanto, não é uniforme e guarda correlação tanto com as marcas históricas e estruturais como com a estrutura sócio-espacial do país: a ampla rede de saúde concentra, nas cidades mais dinâmicas e populosas, tanto profissionais como equipamentos de maior tecnologia; a influência do complexo econômico da saúde é acentuada; os recursos públicos despendidos para uma política de corte universal são escassos e a valoração social é pequena (VIANA e MACHADO, 2008) .

Balancos realizados em 2008, marcando os vinte anos de implantação do sistema, são consensuais em analisar que, a despeito de suas inúmeras limitações, ainda presentes e reiteradas, os avanços da política nacional de saúde são igualmente inquestionáveis, e os caminhos para sua consolidação, incertos (VIANA e MACHADO, 2008). Não há dúvida que a consolidação da política nacional de saúde exige sua articulação às demais políticas de base territorial.

### **Saúde urbana, Promoção da Saúde e o Movimento Cidades Saudáveis: por que e como a saúde se propõe a intervir nas cidades.**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define temas de interesse global para celebrar, anualmente, o dia mundial da saúde. O tema do ano de 2010 foi *Urbanismo e*

*Vida Saudável.* A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) reforçou a importância do tema para a América Latina e Caribe, a região mais urbanizada e desigual do mundo. Concentrando mais de três quartos dos habitantes (433 milhões) nas cidades, e mais de 190 milhões de pessoas em situação de pobreza, não há dúvidas: também na AL “o urbanismo constitui ..., um desafio para a saúde pública”. (PAHO, s/d)

Em artigo que analisa as perspectivas acerca da condição urbana e a saúde da população, David Vlahov et al. (2005) enfatizam que a cidade é mais do que um agregado de pessoas com fatores de risco individuais e necessidades específicas de saúde: é um ambiente físico e social, e este ambiente, somado aos sistemas de saúde e serviços sociais, conformam os determinantes primários da saúde da população urbana. Em sua breve análise histórica, diferenciam Europa e América do Norte e AL: nas primeiras, os avanços sanitários, incluindo intervenções urbanísticas e vacinação, melhoraram sobremaneira a condição de vida urbana. Na América Latina, no entanto, as cidades médias cresceram mantendo a segregação periférica, que abriga populações à margem dos benefícios urbanos. Esta população é vitimada por uma dupla carga de doenças, dado sua maior vulnerabilidade a diversos agravos de saúde, sejam as doenças infecciosas, sejam as crônicas, ou, ainda, os acidentes e lesões. Os autores acrescentam que, embora a globalização tenha impulsionado certo crescimento econômico e integrado a AL à economia mundial, a desigualdade urbana se manteve, refletida tanto no acesso à saúde como na deterioração da condição de vida da população urbana vulnerável. Ainda assim, os autores assumem a posição de análise a partir do que denominam “condições de vida urbana” : a cidade propicia circunstâncias de vida cotidiana que podem ser tanto promotoras como prejudiciais à saúde, e estas condições são moldadas por fatores globais, nacionais e locais.

Assim, um desafio para as políticas públicas é a compreensão de que as características dos lugares são tão ou mais importantes do que as dos indivíduos no entendimento do estilo de vida relacionados à saúde (SANTANA, 2008,p.3). E este lugar, transformado pelo homem por meio da técnica (trabalho), gera uma segunda natureza, um espaço renovado onde se realiza a produção da vida (GONDIM, 2008, p.59): o homem, ocupando determinado espaço, o modifica de acordo com suas necessidades, transformando-o em seu lugar de moradia e subsistência. Para BARCELLOS (2008, p.51), o lugar ainda é pouco explorado no campo da saúde coletiva.

A saúde urbana pode ser compreendida, assim, em seu processo de constituição, como o campo complexo do conhecimento sobre a problemática do ambiente, da doença e do planejamento; da associação das questões urbanas como



pobreza, desemprego, violência, poluição e habitação inadequada e seu desdobramento em agravos à saúde, como as doenças infecciosas (emergentes e re-emergentes), doenças crônicas e violência. As pessoas sempre adoecerão, mas a probabilidade de uma doença destruir vidas é principalmente determinada por condições sociais, políticas e econômica. GREEN (2009, p.257)

O reconhecimento da relação saúde/cidade não é novo na área da saúde pública, do contrário, data de sua origem, na Inglaterra e França. Alguns autores relacionam a ideia da promoção da saúde a esses princípios da Medicina Social da Europa da segunda metade do século XIX. No entanto, o termo “promoção da saúde” foi usado pela primeira vez apenas em 1945, no bojo do desenvolvimento da medicina preventiva, e se ampliou e adquiriu novo significado conceitual na década de 1970, em decorrência de questionamentos que buscavam compreender a crise do estado de bem estar social que, então, se instituía (BRASIL, 2010).

“Saúde” passou a ser conceituada não como *estado*, *condição*, mas como *campo*, resultante da correlação de fatores pertencentes a quatro categorias determinantes (Laframboise, 1973 apud Buss, 2000): os fatores biológicos (herança genética, processos de crescimento e envelhecimento, outros fatores decorrentes do organismo individual); os fatores externos ao corpo humano e que estão além do controle pessoal (qualidade do ar, características dos alimentos); o estilo de vida e atitudes (decisões sobre a forma de andar a vida) e a disponibilidade, quantidade e qualidade de recursos (bens e serviços) disponíveis ao indivíduo e à população para a prevenção de agravos, cura e recuperação do estado de bem estar.

Este quadro conceitual reforçou a importância dos determinantes sociais para a saúde das populações e subsidiou uma nova proposição de saúde pública. Conhecido como Informe Lalonde, o documento “A New Perspective on the Health of Canadians”, de 1974, inaugurou o movimento de promoção da saúde no Canadá. Os fatores que o impulsionaram foram de natureza técnica e igualmente econômica e política, diante de um quadro de aumento de custos e baixa resolubilidade da assistência médica (Buss et al., 2000)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a reforçar sistematicamente estes conceitos mais amplos de saúde em suas Conferências Internacionais, gradativamente mudando o enfoque de responsabilização. Inicialmente voltado aos indivíduos e centrado na mudança de hábitos e adoção de atitudes saudáveis, o enfoque passa ao âmbito da responsabilidade pública sobre a oferta de serviços de saúde acessíveis e resolutivos e ao investimento nas condições sócio-ambientais e políticas que permitissem o alcance do bem-estar da população, sempre enfatizando o papel da participação social. (Brasil, 2010, p.16-24) A I Conferência Internacional

sobre Atenção Primária da Saúde (Alma Ata, 1978 “Saúde para todos no ano 2000”), foi a primeira a reforçar este conceito – da saúde como um produto social; seguida de conferências específicas, iniciadas no ano de 1986, em Ottawa, Canadá. Nesta Conferência a promoção da saúde foi definida na Carta de Ottawa como “processo de capacitação dos sujeitos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população” (PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2000, apud BRASIL, p.20). As conferências seguintes (1988, Adelaide; 1991, Suécia; 1997, Jacarta; 2000, México; 2005, Bangkok; 2009, Nairóbi) reforçaram os conceitos básicos da promoção da saúde – equidade, participação social e intersectorialidade; conectaram o movimento a outros, em especial os ambientais, estabeleceram linhas de ação e prioridades, e discutiram as limitações da proposta face ao cenário econômico e político do mundo tornado global.

Nascida das contradições da vida urbana, a promoção da saúde se concretizaria em uma proposição sobre este meio, formulada no Canadá em 1978 e tendo como piloto a cidade de Toronto: o movimento das Cidades Saudáveis. Dez anos após, a Organização Mundial de Saúde o assumiu como um movimento global, a partir de conferência realizada em Lisboa. A primeira conferência latino-americana sobre o tema aconteceu em 1992, em Bogotá.

O movimento buscava articular os governos locais no desenvolvimento da saúde como um compromisso político, ação que envolve mudança institucional, formação de competências, planejamento horizontal e parcerias com a sociedade para a elaboração de projetos de inovação (WHO, s/d). Neste processo, a política e o planejamento em saúde devem abordar a pobreza urbana e as inequidades em saúde, avaliar as necessidades de grupos vulneráveis e estabelecer mecanismos de governança democráticos e participativos. A saúde é assim inserida no contexto econômico e de desenvolvimento urbano.

A definição dos princípios e a adesão de algumas cidades não logrou alcançar o êxito planejado, e, em 2005, a OMS instituiu a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde, visando dar maior visibilidade à proposta de tratar a saúde como produto social, correlacionada às demais políticas de base territorial. Partindo do princípio da injustiça social como o principal determinante da saúde, e, portanto, do impacto das políticas sociais e econômicas sobre a saúde da população, comissões foram instituídas nos escritórios regionais da OMS. As comissões elaboraram, em processo de consulta pública, um documento, publicado em 2008, a fim de divulgar evidências de ações promotoras da equidade em saúde, e assim incentivar movimentos que a alcancem. (OMS, 2008)

Um dos tópicos deste documento é inteiramente dedicado ao ambiente urbano (Quadro 2), e recomenda que: “o governo local e a sociedade civil, com apoio do governo nacional, estabeleçam mecanismos de governabilidade participativa que permitam às comunidades e ao governo local a parceria na construção de cidades mais saudáveis e seguras” (OMS, 2008, p. 63). O documento apresenta o setor saúde como protagonista e articulador deste processo. Diversos documentos foram então produzidos pela Organização Panamericana de Saúde sobre o tema, com a participação de técnicos e pesquisadores de Universidades brasileiras que têm apoiado as iniciativas locais (Universidade de São Paulo, Universidade de Campinas, Universidade Federal de Pernambuco).

Buscando maior integração, e em estratégia comum na OMS, as cidades/municípios saudáveis se articularam em redes. Atualmente, 90 cidades são membros da rede europeia de cidades saudáveis, e o movimento se expandiu para a região do Pacífico e AL e Caribe.

Em 2000, o tema ainda era incipiente no Brasil, agregando experiências de poucos municípios, em São Paulo, Minas Gerais, Fortaleza e Pernambuco. (AKERMAN et al, 2002) A produção científica sobre o tema consistia de oito artigos, o primeiro indexado em 1993: seis classificados como “texto geral”, discutiam a pertinência do movimento para o Brasil e compreendiam-no como uma estratégia de gestão municipal, e dois eram estudos de caso de projetos intersetoriais – Fortaleza e Campinas (SP).

Uma análise da implantação da estratégia em dois municípios mineiros apontava, neste mesmo período, os limites de seu alcance: os resultados pontuais não se deram por mobilização social, nem, tampouco, indicaram modificações na forma de gerir as cidades. (ADRIANO et al, 2000) Referendando a análise de VIOTTI (1999) e MARICATO (2006), a relação estrutural, historicamente constituída no país, entre o poder público e a sociedade brasileira – centralizada, marcada pelo clientelismo político e pela ausência de participação social, não seriam rompidas por meio de um planejamento técnico, ainda que, conceitualmente, participativo.

Entretanto, algumas iniciativas se concretizaram, em cidades de pequeno e médio porte, e em 2010 o Ministério da Saúde reconhecia quatorze redes/movimentos identificados como relacionados à saúde urbana. Todas estas iniciativas são subsidiadas parcial ou totalmente pelo Ministério da Saúde, e muitas conduzidas com o apoio de Universidades e parcerias internacionais. A vinculação institucional se constituiu progressivamente, acompanhando o estabelecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cujas discussões se iniciaram em 2002. Aprovada em 2006, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância à Saúde, a PNPS possibilitou a

inclusão da promoção da saúde como um objetivo prioritário em saúde no país, estabelecido no Pacto pela Vida, atual documento ordenador do sistema. (BRASIL, 2010, p. 24 a 29). Constituída de sete eixos, sendo um deles a promoção do desenvolvimento sustentável, a Política inaugurou uma via formal de financiamento e ampliou a perspectiva de diálogo intersetorial, imprescindível para a construção de pontes e compartilhamento de instrumentos com as demais instâncias de planejamento de políticas públicas relacionadas à melhoria da qualidade de vida das cidades brasileiras.

Um exemplo desta abordagem é a iniciativa do Estado de Pernambuco, iniciada em 2005 em cinco municípios. Diferente dos projetos iniciais, centrados nos municípios, a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis é coordenada pela Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa (responsável também pelas diretrizes do plano diretor, embora não pelo Plano Diretor Regional da Saúde), com apoio da Universidade e de parceria internacional, e reforça como princípio a integração dos diversos níveis de ação relacionados à cidade. Adotada por uma instância de planejamento estadual, a proposta possui maior abrangência territorial, possibilitando a coordenação de redes e consórcios, bem como legitimidade política para estruturar uma agenda de discussão de temas urbanos como habitação, transporte (GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2010).

### **Planejamento Urbano, Saúde Coletiva, Cidades Saudáveis**

As limitações para a implantação da estratégia da OMS de desenho de cidades saudáveis no país é evidente, a partir das análises anteriormente apresentadas. A cidade, e a saúde, são arenas de interesses conflitantes; de disputa de projetos políticos e econômicos.

A partir da década de 1990, diante das mudanças políticas do país e de seus desdobramentos institucionais, saúde e planejamento urbano voltaram a se aproximar. No entanto, a despeito da identidade da base conceitual e mesmo da natureza de seus instrumentos ordenadores, o diálogo entre as áreas, de modo geral, não é facilmente reconhecível.

A proposição de municípios saudáveis lançada pela OMS, baseada em princípios ordenadores de planejamento, apresenta, a despeito de uma ampla conceituação e abrangência, claros impedimentos à implantação no país. Entre esses óbices, destacam-se a trajetória histórico-institucional e as características socioeconômicas e espaciais do território brasileiro, bem como os diversos interesses econômicos presentes tanto no setor saúde quanto no planejamento urbano. A

característica estrutural dos países, seus processos e caminhos históricos devem ser considerados na formulação proposta, que tende a ser utópica e reducionista.

De outro lado, o amadurecimento do processo democrático no país, a efetiva implantação de propostas que tem o território como locus privilegiado de ação (como o Estatuto da Cidade e a estratégia Saúde da Família) e a aproximação conceitual de diversos campos que até recentemente vinham traçando caminhos paralelos – saúde, planejamento urbano, ambiente – são fatores favoráveis para a implantação de políticas integradas visando a melhoria das condições de vida urbana. Na análise de política social, podemos estar diante de uma janela política para a adoção de projetos integrados.

Afinal, as repercussões econômicas e sociais do desenvolvimento capitalista no mundo contemporâneo, marcado pela desigualdade, reabrem os debates sobre a vulnerabilidade dos sujeitos que habitam as cidades. Aos riscos econômicos e sociais se associam riscos ambientais, num agravamento do quadro social que exige o rompimento de pensamentos burocráticos e sem historicidade sobre o processo saúde-doença no meio urbano. CAIAFFA (2008, p.178) enfatiza que o conceito de saúde deve incorporar o cotidiano dos indivíduos vivendo nas cidades. E GUIMARÃES (2001,p.157) reforça que a relação entre a saúde e a produção do espaço urbano envolve diversos aspectos da geografia urbana: vinculada às pessoas, ao espaço e à informação, a saúde possui teor simbólico e significados sociais.

É no espaço urbano que as ações cotidianas das pessoas, e as intervenções sobre a vida, se materializam. As desigualdades sócio-espaciais impressas nas paisagens, nos lugares, nas regiões, são reveladoras deste caminhar histórico e das limitações e possibilidades de sua superação. As questões que se colocam a respeito da saúde urbana são decorrentes deste conjunto de ações e processos históricos, que possuem determinantes comuns, de âmbito nacional, e também específicos, que devem ser contextualizados e lidados a partir da construção concreta e real de cada cidade.

Entre os fatores de âmbito geral, destaca-se o processo de urbanização acelerada e desigual das cidades brasileiras, e a resultante ocupação desordenada do solo pela população mais pobre, a mais afetada pela falta de saneamento básico, alimentação, educação e trabalho. Nessa população vulnerável, que vivencia cotidianamente o estresse do enfrentamento dos obstáculos que impedem o acesso à melhor qualidade de vida, as doenças e agravos à saúde são mais facilmente desencadeadas ou agravadas. Assim, o risco de adoecimento associado ao meio urbano é maior para a população mais carente, moradora de áreas vulneráveis.

A produção social da saúde é inconteste e deve ser assumida como prioridade na

definição de políticas públicas, pois somente ações integradas possibilitam o pleno desenvolvimento das pessoas e das cidades. Essas ações estão vinculadas a profundas mudanças no âmbito social e envolvem o dinamismo do território vinculado à vida, território este que é palco das condições necessárias à produção e reprodução social.

Nesse cenário, os desafios que se colocam para um país como Brasil, de dimensão continental e grande parcela da população habitando áreas suburbanas, são imensos. Saúde e a pobreza se correlacionam em processos que reforçam e aumentam a vulnerabilidade das populações, como o consumo de água poluída, a desnutrição e a falta de acesso a serviços básicos em saúde (GREEN, 2009); acrescidos dos impactos provocados pela poluição do solo, ar e da água, além dos efeitos desastrosos de condições de moradia inadequada e de falta de acesso ao saneamento básico, sobretudo nas favelas e cortiços nas áreas metropolitanas. RATTNER (2010).

Neste contexto, planejamento urbano e saúde coletiva desempenham papel importante para o alcance do bem estar da população: por meio da estruturação e implementação de um arcabouço legal, da regulação de documentos normativos e do fomento a iniciativas integradoras, voltadas à melhoria da condição de vida nas cidades, ambas podem criar condições para fortalecer práticas permanentes de desenvolvimento sustentável.

Tanto da perspectiva do planejamento urbano como da saúde, como visto, há propostas e instrumentos para lidar com a histórica desigualdade urbana do país. Ambas as políticas se voltam ao lugar em que as populações se localizam, e consideram os aspectos culturais, sociais e geográficos relacionados a este processo. Resta nos questionar: de que maneira essas iniciativas se articulam aos demais atores que pensam, vivem e ordenam do espaço? Qual a sua possibilidade de intervenção – de forma democrática e guiada pela justiça social – numa sociedade de estrutura vertical, em que a cidadania ainda não se instituiu plenamente? Exemplos bem sucedidos de implantação de inovações no planejamento e administração pública devem ser conhecidos, e suas limitações debatidas para podermos avançar na reaproximação e integração de políticas, não mais de uma perspectiva autoritária e normativa, mas promotora da cidadania e da equidade, reconhecendo os atores e interesses nesta arena de disputas que caracteriza a saúde urbana.

Quadro 1. As Cidades Saudáveis. Definição e elementos-chave para o projeto.

**Definição:** A cidade saudável é aquela que continuamente cria e aprimora os ambientes físicos e sociais e expande os recursos comunitários de modo a permitir às pessoas o apoio mútuo no desempenho de todas as funções da vida e no alcance do seu potencial máximo.

**Elementos-Chave para o projeto:** Compromisso político; colaboração inter-setorial; participação da comunidade; integração de atividades em estabelecimentos básicos; desenvolvimento de um perfil de cidade saudável detalhado em um plano de ação local; monitoramento e avaliação periódicos; análises e pesquisas participativas; compartilhamento de informação; envolvimento da mídia; incorporação das visões de todos os grupos da comunidade; mecanismos de sustentabilidade; elo com o desenvolvimento da comunidade e com o desenvolvimento humano; estabelecimento de redes no âmbito nacional e internacional. (p.4-5)

Fonte: WHO, 2010

Quadro 2. Determinantes sociais da saúde: condições da vida cotidiana que influenciam a saúde.

**Equidade desde o princípio: Ações para um início de vida mais eqüitativo**

Mudança de mentalidade; ampla abordagem à infância precoce; abrangência e barreiras à educação; educando meninas

**Lugares Saudáveis, pessoas saudáveis**

Ação para construir um local de vida promissor

Governo urbano participativo; melhoramento nas condições de vida urbana; planejamento e design urbano promotores de saúde; direitos de propriedade; condições de vida no meio rural, incluindo infra-estrutura e serviços; migração rural-urbana; o ambiente natural

**Emprego justo e trabalho decente**

Criando empregabilidade

Um ambiente internacional de apoio; representação justa de trabalhadores no desenvolvimento da agenda política nacional; padrões de trabalho seguros e decentes; trabalho precário; melhorando condições de trabalho

**Proteção Social por toda a Vida**

Ações dirigidas à proteção social universal

...Proteção social universal nas etapas da vida; a generosidade dos sistemas de proteção social; focalização; estendendo os sistemas de proteção social a grupos excluídos.

**Cuidado Universal à Saúde**

Ações para o cuidado à saúde universal

Atenção primária em saúde universal, com envolvimento comunitário e empoderamento; prevenção de doenças e promoção da saúde; usando assistência à saúde focalizada para construir cobertura universal; financiamento da saúde (imposto e seguro); auxílio para a força de trabalho em saúde

Fonte: OPAS, 2008

**Bibliografia**

ADRIANO, Jaime Rabelo; WERNECK, Gustavo Azeredo Furquim; SANTOS, Max André dos and SOUZA, Rita de Cássia. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.1 [cited 2010-12-20], pp. 53-62 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)



81232000000100006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232000000100006.

AKERMAN, Marco; MENDES, Rosilda; BÓGUS, Cláudia M.; WESTPHAL, Márcia F.; BICHIR, Aluisio e PREDROSA, Mylene L. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. **Rev Saúde Pública**, 2002; 36 (5): 638-46 Disponível para consulta em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n5/13156.pdf>

BARCELLOS, Christovam. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BARZOTTO, Luis Fernando. **Justiça Social**: Gênese, estrutura e aplicação de um conceito. Revista Jurídica Digital. Internet, v.4, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/revista/Rev48/artigos/ARTLUIS.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev48/artigos/ARTLUIS.htm)> Acesso em 17 dez. 2010.

BRASIL, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família** Disponível em <http://200.214.130.35/dab/> Consulta em 27/12/2010,

BRASIL. *Estatuto da Cidade*. LEI Nº10.257, 10 DE JULHO DE 2001. Disponível em [http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei10.257](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei10.257) Data de Acesso 9/12/2010

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde**. CASTRO, Adriana Miranda et al (org) Brasília: CEAD/FUB, 2010. 164p.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 23 dez. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232000000100014.

CAIAFFA, Waleska, Teixeira et al. Saúde urbana: a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(6):1785-1796, 2008.

GONDIM, Grácia Maria Miranda. Espaço e saúde uma (inter) ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco. Municípios Saudáveis. Disponível em [http://200.238.107.167/c/portal/layout?p\\_l\\_id=PUB.1557.37](http://200.238.107.167/c/portal/layout?p_l_id=PUB.1557.37) Consulta em 28/12/2010

GREEN, Duncan. **Da pobreza ao poder**: como cidadãos ativos e estados efetivos podem mudar o mundo. Tradução de Luiz Vasconcelos. São Paulo: Cortez; Oxford: Oxfam International, 2009.

GUIMARÃES, Raul, Borges. **Saúde urbana**: velho tema, novas questões. Terra Livre, v. 17, p. 155-170, 2001.

IBANEZ, Nelson et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 29 dez. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232006000300016.

MARICATO, Ermínia. **O Ministério das Cidades e a política nacional de desenvolvimento urbano**. IPEA: Boletim de políticas sociais: acompanhamento e análise, nº12, 2006. Disponível em [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/h/bpsociais/bps\\_12/ensaio2\\_ministerio.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/h/bpsociais/bps_12/ensaio2_ministerio.pdf)

NOGUEIRA, Helena. **Os lugares e a saúde**. Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Comissão de Determinantes Sociais em Saúde. Relatório Final. Disponível em [http://determinantes.saude.bvs.br/docs/Relatorio\\_Final\\_CDSS\\_OMS.pdf](http://determinantes.saude.bvs.br/docs/Relatorio_Final_CDSS_OMS.pdf) Acesso em 22/12/2010

OPAS, Organização Panamericana da Saúde. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. Municípios e comunidades saudáveis: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. Disponível em [http://www.paho.org/Portuguese/AD/SDE/HS/MCS\\_Recomendacoes.pdf](http://www.paho.org/Portuguese/AD/SDE/HS/MCS_Recomendacoes.pdf) Consulta em 26/12/2010..

PAHO, Pan American Health Organization. Dia Mundial da Saúde: Urbanismo e Vida Saudável. Disponível em: <http://hotsites.bvsalud.org/diamundial2010/pt/about/> Acesso em 08/12/2010

SANTANA, Paula. **Saúde urbana/Saúde dos urbanistas**. O paradigma perdido da urbanidade? Artigo escrito para a Associação Portuguesa para Promoção da Saúde Pública, abr.2006.(acessado 2010, jan 12). Disponível em: <http://www.appsp.org/pt/artigos/34-urbanismo/47-saude-urbanasaude-dos-urbanistas-o-paradigma-perdido-da-urbanidade>.

SANTOS, Milton. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Edusp, 2008.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000400004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 dez. 2010. doi: 10.1590/S0103-73312008000400004.

VILLAÇA, Flávio. **Espaço intra-urbano no Brasil**. São Paulo: Studio Nobel: FAPESP: Lincoln Institute, 2001.

VIOTTI, Emília Costa. **Da Monarquia a República: momentos decisivos**: São Paulo: Fundação Editora da Unesp, 1999.

VLAHOV, David et al . Perspectives on urban conditions and population health. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, jun. 2005 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000300031&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300031&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 dez. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2005000300031.

WHO. World Health Organization. Regional Office for Europe. Urban Health. Healthy Cities. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/urban-health/activities/healthy-cities> Consulta em 20/12/2010