

DIALOGO ENTRE URBANISMO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Dialogue Between Urban and Health Promotion

CARDOSO PINTO, Silvio Luiz

Mestrando da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

FRANCISCO FILHO, Lauro Luiz

Professor da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Estadual Campinas – UNICAMP e Pesquisador do LABINUR (Laboratório de Investigações Urbana)/UNICAMP

SPERANDIO, Ana Maria Girotti

Assessora Acadêmica da Faculdade de Jaguariúna (FAJ), Professora Colaboradora da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Campinas (UNICAMP) e Pesquisadora do Laboratório de Investigações Urbana - LABINUR/UNICAMP

Resumo

Desenvolver um diálogo entre urbanização e saúde é a intenção principal deste artigo que, baseado na documentação existente, define a primeira como técnica e a segunda como ciência. Da interação entre ambas, surge um novo campo de atuação para os profissionais de saúde e gestores municipais, já que disponibilizam um conjunto de ferramentas facilitadoras de ações de caráter territorial e de entendimento de como esta relação se processa, enquanto aprimoram os conhecimentos em torno da territorialização da saúde. A contextualização histórica e a evolução ao longo do tempo fornecem os elementos necessários à discussão de como o SUS se organizou no espaço brasileiro a partir da presença humana, identificando os problemas no campo da saúde em cada região, e sua correlação com os aspectos urbanos envolvidos. A partir desta interação, programar políticas de saúde pública bem como suporte aos gestores deste campo são questões de extrema relevância. O território ao que o texto se remete não se limita a mera circunscrição,

habitado por humanos, ele é justificado por suas relações e vínculos com o meio, exigindo ações ordenadas por parte do Estado, que garantam a todos os cidadãos o acesso à saúde plena, de forma direta ou indireta. Esse serviço culmina no Brasil, com a formulação do Estatuto da Cidade que após a municipalização da saúde, veio garantir os instrumentos e as condições necessárias para que os Gestores viabilizem a promoção desta última, que conforme se depreende, vem sendo discutida há quase um século.

Palavras-chave: Estatuto da Cidade, Promoção da Saúde.

Abstract

Develop a dialogue between urbanization and health is the main intention of this article, based on existing documentation, defines as a technique first and second as a science. The interaction between them, a new field for health professionals and city managers, since they provide a set of tools that facilitate the actions of a territorial nature and understanding of how this relationship takes place, while enhancing the knowledge about the territorial health. The composition historical and evolution over time provide the necessary elements for discussion of how the NHS is organized in Brazilian space from the human presence, identifying problems in the health field in each region, and its correlation with the urban aspects involved. From this interaction, plan public health policies and support to managers in this field are extremely important issues. The territory to which reference is made is not limited to mere district, inhabited by humans, it is justified by their relations and bonds with the environment, requiring actions ordered by the state, guaranteeing all citizens access to full health either directly or indirectly. This service culminates in Brazil, with the wording of the Statute of the City that after the municipalization of health, has ensured the tools and conditions necessary to enable the managers to the promotion of the latter, which as can be seen, has been discussed for nearly a century .

Keywords: City Statute, Health Promotion

Introdução

Embora não seja o escopo deste artigo discutir as condições de trabalho e moradia no final do século passado, é impossível não referenciá-las como fomentadoras do desenvolvimento do urbanismo, dada a estreita ligação entre estas e a precariedade das condições sanitárias que as envolviam.

“Um levantamento do trabalho doméstico realizado para a indústria de metal....Casas superlotadas, sujas e em mau estado, roupas esfarrapadas, e reclamações freqüentes sobre a comida insatisfatória, tanto na quantidade como na qualidade, caracterizam os lares pesquisados.... Agosto de 1934 - Connecticut, Estados Unidos.” (HUBERMAN, 1983, p. 189)

Existem diferentes conceitos que definem urbanização como processo social e físico que demonstra a transição da população rural para urbana, em busca de melhores colocações de emprego e condições de vida.

Segundo Lefebvre (1997) cidades capitalistas do século XX foram transformadas em lugar de consumo, cuja linguagem principal é a mercadoria, a aquisição de novos bens de consumo que se superam rapidamente, transformando a sociedade urbana pós-industrial num amontoado de problemas de todas as ordens, agravados pela ação do capitalismo industrial, concorrencial e especulativo.

"Essas cidades, pois pela extensão e número de habitantes são cidades, foram construídas sem qualquer consideração pelo que não fosse a vantagem imediata do construtor/especulador. Num lugar encontramos toda uma rua seguindo o curso de um canal, porque dessa forma era possível conseguir porões mais profundos, sem o custo de escavações, porões destinados não ao armazenamento de mercadorias ou de lixo, mas à residência de seres humanos." (HUBERMAN, 1983, p. 193)

A história do urbanismo nos ajuda a entender a construção de sua estreita relação com a saúde, além de subsidiar a compreensão

contemporânea das contradições econômicas e sociais não provocadas pelo mesmo, mas refletidas nas cidades, ambiente de convívio social.

Por outro lado a saúde enquanto preocupação básica da construção de um ambiente saudável se confunde com a história do urbanismo, visto que as primeiras experiências bem sucedidas de se obter uma cidade verdadeiramente saudável nasceram da visão sanitarista que alguns estudiosos do espaço desenvolveram.

É inegável que a sinergia provocada por esta interação, acelerou o desenvolvimento mútuo, e verificar de que forma as convergências estão sendo empregadas ou não no planejamento urbano, sobretudo sob a ótica da gestão democrática defendida pelo Estatuto das Cidades, é a maneira adequada de desfragmentar seu conhecimento.

A construção deste artigo tem como objetivo analisar até que ponto, os documentos oficiais ajudam a construir uma nova realidade no conjunto urbano a partir da promoção da saúde. Os resultados obtidos apresentam um referencial teórico, que será a base para a identificação dos pontos convergentes.

Metodologia

Este artigo se construirá sobre a análise dos documentos oficiais elencados abaixo, vislumbrando até que ponto é possível construir uma nova realidade no conjunto urbano, à partir da promoção da saúde. Os documentos foram eleitos em função do contexto histórico em que foram elaborados e a estreita ligação que postulam entre os campos do urbanismo e da saúde.

Documentos estudados:

- 1 Carta de Atenas (1933) - IV Congresso Internacional de Arquitetura Moderna - CIAM
- 2 Carta do Atlântico (1941) - Declaração Conjunta entre Inglaterra e Estados Unidos
- 3 Declaração Universal dos Direitos Humanos – (1948) - ONU

- 4 Carta dos Andes (1958) – Seminário de Técnicos e Funcionários em Planejamento Urbano
- 5 Declaração de Alma-Ata (1978)–Conferência Internacional s/ Cuidados Primários de Saúde
- 6 Carta de Ottawa (1986) - Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde
- 7 Constituição Federal da República Federativa do Brasil (1988)
- 8 Lei 8.080/90 (1990) – (Sistema Único de Saúde)
- 9 Estatuto das Cidades (2001) – Lei 10.257/01

Do Urbanismo

Um marco importante para o desenvolvimento do planejamento urbano moderno ocorre em 1933, com o IV Congresso Internacional de Arquitetura Moderna (CIAM), que produz a Carta de Atenas, publicada somente onze anos depois do encontro, e sintetiza o tema principal dos debates que foi a CIDADE FUNCIONAL. Projetada a partir do exame de 33 cidades, onde a maior parte não satisfazia as necessidades biológicas e psicológicas fundamentais de seus habitantes, difunde-se a idéia de que a cidade ideal teria como pilares de sustentação quatro funções principais: habitar, trabalhar, circular e divertir-se, e incumbe aos Planos à determinação da estrutura de cada uma das quatro classes e sua respectiva localização no conjunto.

“Foi o primeiro Congresso “romântico”, que teve por entorno um panorama de esplendor cênico, e não a realidade da Europa Industrial; foi também o primeiro congresso dominado por Le Corbusier e pelos franceses e não pelos duros, frios e realistas alemães. O cruzeiro pelo Mediterrâneo foi claramente um alívio agradável da situação cada vez pior da Europa, e, durante essa suspensão temporária da realidade, os participantes produziram o documento mais olímpico, retórico e essencialmente destrutivo que já surgiu dos CIAM - A Carta de Atenas” (FRAMPTON, 2000, p. 328).

Composta por cento e onze propostas a Carta de Atenas abriga declarações sobre as condições das cidades, e medidas para as correções destas, agrupadas em cinco categorias principais, a saber: moradia, trabalho, circulação, lazer e edifícios históricos. Percebe-se na análise dos documentos históricos, que todas se relacionam intimamente com a saúde:

[...] O caos entrou nas cidades...Altas densidades significam o mal-estar e a doença em estado permanente.[...]. Para o enriquecimento de alguns egoístas, tolera-se que uma mortalidade assustadora e todo tipo de doenças façam pesar sobre a coletividade uma carga esmagadora [...]. O crescimento da cidade devora progressivamente as superfícies verdes limítrofes. Esse afastamento cada vez maior dos elementos naturais aumenta proporcionalmente a desordem higiênica [...]. As construções destinadas à habitação são distribuídas pela superfície da cidade em contradição com os requisitos de higiene [...]. Em todas essas cidades o homem é molestado. Tudo que o cerca, sufoca-o e esmaga-o. (IPHAN, 2010).

Na esteira da Carta de Atenas à luz das características sociais Latinas Americanas, a Carta dos Andes foi gerada durante o "Seminário de Técnicos e Funcionários em Planejamento Urbano – Centro Interamericano de Vivenda e Planejamento”, em Outubro de 1958 na cidade boliviana de Bogotá, que, entretanto estruturou-se em seis temas principais e pretendeu difundir preceitos orientadores da ação ordenadora do planejamento territorial.

O documento define os alcances e objetivos de um Plano Geral Urbano (PGU), e a forma de efetivar seu planejamento sob um olhar estratégico, fugindo dos rígidos ditames dos planos anteriores. Sua capacidade de renovar a malha são debatidos, analisados e apresentados de maneira abrangente, referindo-se até as eventuais necessidades de adequação ao orçamento público, e suas intrincadas regras. Oferece ainda elementos para implantação de programas básicos de pesquisa e estudos prévios de planificação, objetivando o estabelecimento de um esquema físico geral onde os problemas levantados não devem restringir-se à esfera municipal. Incluído nesta discussão, mais que um zoneamento, o importante é ter em mente que os problemas levantados podem ser originados metropolitana ou regionalmente e

que as soluções busquem o desenvolvimento de maneira harmoniosa e global, sob a luz das relações humanas e o equilíbrio com a natureza.

A Carta dos Andes preconiza que a adoção do PGU, implica necessariamente em sua legitimidade, e que sua apresentação receba a aprovação não só dos altos funcionários das administrações públicas, mas também autoridades e representantes da sociedade civil, dada a abrangência de sua discussão, que vai desde a malha viária, até o controle e subdivisão de terrenos, exigindo habilidade ímpar na competência de administrar interesses difusos.

Habilitar áreas subdesenvolvidas, estabelecer programas de renovação urbana, priorizar obras de interesse social, especialmente na habitação, humanizar o espaço urbano é função dos profissionais de planificação. Aproximar as universidades e o cidadão comum do exercício de pensar ou reinventar o urbano, nos parece ser uma proposta ousada até para os dias atuais, com desfechos ainda pouco conhecidos, mas de possível.

É importante frisar que a Carta dos Andes vai influenciar a forma com que o Brasil irá desenvolver seu planejamento urbano, norteando a elaboração do Estatuto da Cidade, que vem de encontro ao clamor pela reforma urbana.

Precedendo o Estatuto das Cidades, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) trata da política urbana nos artigos 182 e 183, enquanto este discorre sobre usucapião, que possibilitou a regularização de áreas de ocupação clandestina, como favelas, áreas invadidas, etc. o primeiro estabelece que a política de desenvolvimento urbano, a cargo poder público local, norteada por diretrizes debatidas publicamente, tenham o objetivo de ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade.

Pressionado pelo contexto mundial, o Estatuto das Cidades emerge em 10 de julho de 2001, com força de Lei (BRASIL lei nº 10.257/2001), e a especial finalidade de regulamentar os artigos constitucionais supracitados, buscando exigir que a cidade cumpra o seu papel social (delimitado pelo município) responsabilizando-a pela execução da política urbana, observando as Diretrizes Gerais estabelecidas com a participação da sociedade.

A *gestão democrática* tem a função de preservar o caráter municipalista ofertando autonomia política, econômica, administrativa, financeira e legislativa promovendo a integração entre a população e outros segmentos da sociedade, por meio de conferências, debates, simpósios, plebiscitos, referendos e afins.

O Estatuto da Cidade impõe a necessidade da **criação dos conselhos municipais** voltados para a implementação, fiscalização e deliberações em torno dos planos diretores, demonstrando que o poder público e a corresponsabilidade social “podem” ser os mediadores dos conflitos da vida urbana.

Ainda que sua obrigatoriedade se restrinja aos municípios com um contingente superior a 20 mil habitantes (BRASIL, 1988), ressurgem com força a idéia de que o desenvolvimento das cidades deva ser precedido de um Plano Diretor, consoante às premissas do planejamento urbano, e perspectiva de implantação tutelada pelas agendas de debate público e governamental.

Instrumento básico da política urbana por meio da gestão democrática, o **Plano Diretor** regulamenta e faz cumprir as funções sociais das cidades, enquanto o Estatuto da Cidade reúne os instrumentos urbanísticos, tributários e jurídicos que garantem sua efetividade.

O Plano Diretor é um dos mais abrangentes e importantes instrumentos para o controle do crescimento ordenado da cidade, sua ausência, inadequação ou não implantação agravam os problemas sociais urbanos. Aumentam as chances de desigualdades diante a acessibilidade social, ao solo, problemas no trânsito, má qualidade de vida, segregação de áreas, verticalização excessiva, regiões periféricas sem a mínima infraestrutura, dentre muitas outras questões.

O crescimento descontrolado dá lugar à formação de grandes zonas urbanas desprovidas, total ou parcialmente, de serviços públicos elementares tais como água potável, esgoto e luz elétrica. A inexistência ou deficiência de outros bens e serviços comuns, como transporte urbano, áreas de recreação, escolas públicas de qualidade, centros de saúde, somados a ineficácia da administração pública, o aumento crítico da falta de moradias, colaboram para a formação contínua e incontrolável das favelas e regiões marginalizadas.

O Planejamento Urbano surge como um processo ordenador não só da ocupação do território pelo massivo conjunto da cidade, busca estabelecer regras para que este desenvolvimento se dê dentro de marcos jurídicos bem definidos, voltados para a geração de um espaço saudável não só para os indivíduos que nele habitam, mas para toda a sociedade.

Da Saúde

Muitas foram as iniciativas que buscaram a promoção da saúde ao longo do último século, entre estas, lembramos a iniciativa da extinta Liga das Nações, que malogrou em seu objetivo principal de manter a paz, mas em contra partida foi capaz de ajudar países pobres e atrasados na profilaxia das moléstias contagiosas além de reprimir o tráfico internacional de ópio. Suas agências coligiram valiosas estatísticas sobre as condições de trabalho e da economia mundial. (BURNS, 1959).

A Carta do Atlântico assinada pelo presidente Roosevelt e pelo primeiro ministro Churchill, em 14 de agosto de 1941, entre seus princípios essenciais, assinala:

É necessário favorecer a colaboração entre as nações a fim de garantir a todas elas a melhora dos padrões de trabalho, o progresso econômico e a segurança social. A princípio a Carta obrigava apenas a Grã Bretanha, já que os Estados Unidos ainda não era país beligerante. Entretanto em 2 de Janeiro de 1942, quando foi publicada a Declaração das Nações Unidas, vinte e seis nações assinaram esta declaração. (BURNS, 1959, p. 189)

Fundamentada nos ideais de Revolução Francesa: *liberté, égalité e fraternité*, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) conclama em seus trinta artigos o direito à vida! O direito à liberdade. Liberdade de escolher o local em que se quer estabelecer. O artigo décimo sétimo, parágrafo um salienta: *“..toda pessoa, individual e coletiva, tem direito à propriedade e continua no parágrafo dois: ninguém pode ser arbitrariamente privado da sua propriedade...”* (DUDH, 1948)

A conferência Internacional sobre cuidados Primários da Saúde, reunida no Cazaquistão (1978), expressando a necessidade urgente de que todos os governos, de todos os que trabalham no campo da saúde e do desenvolvimento, e da comunidade mundial de promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a Declaração de Alma-Ata.

Em linhas gerais, a Declaração critica a política de armamento e as guerras, convida os governos, com a participação da sociedade, a elevar o patamar do que é saúde, reduzir as desigualdades internas e externas, além de fixar o ano de 2000, como meta para se atingir os objetivos. Sugere a criação do sistema único de saúde, além de pretender a saúde ao alcance de todos em todos os lugares, adequando-se às condições locais.

Observando este nível de discussão, em 1990 o governo brasileiro promulga a Lei 8080 que regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, prescrevendo que além de se colocar na condição de um direito fundamental, a saúde deve ser provida pelo Estado.

Dentre as prerrogativas básicas da postulação, a execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças, relacionam-se de forma direta com a garantia de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. No Art. 3º da Constituição Brasileira refere que “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

Da Promoção da Saúde (e do Território)

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizou-se em Ottawa no Canadá (1986) configurando uma nova possibilidade de se pensar a saúde sob o prisma do novo conceito “promoção”, que engendra/estimula o controle social por meio da participação comunitária, como

defendida no Estatuto das Cidades, uma importante diretriz da política nacional de saúde.

É nesse momento que se evidenciam nas redes sociais, a capacidade de discutir e fomentar tecnologias capazes de potencializar capacidades dos sujeitos agenciarem mudanças sociais através de transformações de atitudes respaldadas por princípios e valores.

Para Milton Santos (2004), espaço é definido como conjunto indissociável de sistemas e objetos e de sistema de ações. Dessa forma o espaço é constituído de elementos fixos, compreendidos de unidades fabris, empreendimentos, sistemas de transportes, sistemas de informações e da técnica, incluindo áreas de moradias, hospitais e outras unidades de saúde.

Sem dúvida, permitem os fluxos alterarem determinado espaço, redefinido os aspectos físicos, ideológicos, econômicos e sociais dos lugares, porque quaisquer constatações desses territórios são provisórias já que estão em permanente processo de mudança, alterados pelas intervenções humanas de acordo com o momento histórico, político e ideológico.

A abordagem apresentada requer a construção de um território particular e específico, dotados de poder, a partir da Reforma Sanitária, o que significa um importante avanço na questão da saúde pública brasileira.

Esse *território da saúde* foi constituído em detrimento da falta de equidade nos territórios políticos, nos municípios e nos estados da federação, concedendo aos municípios e às regiões mais autonomia e liberdade para administrar os serviços de saúde, de acordo com o conjunto de valores vividos por determinados grupos sociais. Possibilitou ainda que os municípios administrassem o seu sistema de saúde de acordo com as características, especificidades e necessidades de cada território.

A política de distritalização do sistema de saúde no Brasil ganhou impulso a partir dos anos 80, e buscava reduzir as desigualdades por meio de parcerias e cooperação entre municípios, criando uma sistemática municipal, através de uma rede de cidades, cuja sede é aquela com maior capacidade tecnológica. Previa o atendimento em três níveis de atenção, sendo o primeiro voltado para o cuidado da saúde coletiva e individual, o segundo voltado para a

assistência ambulatorial especializada e o terceiro nível, voltado à atenção das situações emergenciais e internações com logística complexa e especializada.

A territorialização para organização da saúde e reestruturação do SUS permite tratar os espaços recortados segundo suas necessidades específicas, enquanto a municipalização organizada na Constituição Federal de 1988, busca promover equidade e liberdade na gestão da saúde entre os municípios, bem como ajustar as incoerências verificadas antes da Constituição.

Não devemos tratar a questão saúde de forma regionalizada, mas oferecer o serviço segundo carências regionais ou de um território construído apenas para o serviço de saúde, formando uma grande teia, cuja compreensão deve partir do particular.

As regiões obedecem a critérios conformados em quatro níveis: regiões intra-estaduais, intra-municipais, interestaduais e fronteiriças (limites de cidades entre países vizinhos) e apesar de não privilegiar o atendimento às populações carentes, tal organização obteve êxito focando esta parcela, dada sua exposição aos maiores riscos, onde espaços são mais fecundos.

Os gestores da saúde criaram meios para mapeamento do território e suas necessidades correspondentes sem, no entanto, estabelecer uma relação com outros recortes territoriais praticados por órgãos de planejamento urbano.

O Sistema de Mapeamento criado em 1991, tem como finalidade conhecer determinada população, identificada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, além de propiciar a criação do território geográfico para implantação do Programa. Estabeleceu-se que essa micro área seria composta por aproximadamente 150 famílias ou 750 pessoas, identificando as principais necessidades e riscos à que grupo estava exposto.

A formação das áreas de saúde não se relaciona necessariamente ao espaço político do bairro ou do município, mas com as particularidades e problemas comuns de um determinado lugar. A criação desse território é bastante complexa, sendo indispensável construí-lo e pensá-lo, visando exclusivamente à promoção da saúde.

As Convergências e Discussão

Os capítulos iniciais da Carta de Atenas trazem uma questão elementar: a percepção do sujeito inserido no contexto “urbano” sob prisma da integralidade, onde ele é visto em todos os âmbitos da sua existência, o fisiológico, psicológico, político, econômico e social que se atravessam para configurar-lo dotado de subjetividade.

Especificamente o capítulo dois da referida carta remonta o seguinte:

“Justapostos ao econômico, ao social e ao político, os valores de ordem psicológica e fisiológica ao ser humano introduzem no debate preocupações de ordem individual e ordem coletiva. A vida só desenvolve na medida em que são conciliados os dois princípios contraditórios que regem a personalidade humana: o individual e o coletivo”. (IPHAN,1933)

É sob essa tutela que a discussão se inicia a partir da ótica integralizadora que vislumbra o ser humano como sendo dotado de necessidades individuais que irão de encontro às necessidades coletivas.

Mumford (1968) descreve com propriedade uma questão dicotômica inerente ao ser humano (interesses individuais versus interesses coletivos) à partir do princípio que o ser humano não é um ser social, mais sim, um ser sociável que se agrupa ou se associa para se prover e proteger dos perigos. Desse modo, se explica a constituição da sociedade e a formação das cidades.

A segunda parte da Carta de Atenas concentra-se na habitação, salientando que esta deve ser contruída segundo critérios de saneamento básico, higiene, ventilação e insolação mínimas, além da proximidade de equipamentos sociais (escolas, hospitais, centros de saúde, farmácias, quadras esportivas, mercados, áreas verdes ede lazer, etc).

Alertar para a falta de planejamento integrado e com à questão da saúde como cerne central de promover à vida é que emerge a Carta dos Andes, clamando através de seus preceitos ações pela ordem do planejamento territorial considerando os apectos humanos.

O tema um desta carta revela o conceito de planificação sob a perspectiva das necessidades básicas do homem: acesso ao alimento, ao trabalho, bem-estar, abrigo, locomoção, educação, desenvolvimento intelectual, social, espiritual, lazer e a saúde como eixo estruturante.

Com o objetivo de gerar uma cidade mais justa, e conseqüentemente mais saudável, o Estatuto das Cidades garante os princípios primordiais definidos pela Constituição preservando o caráter municipalista de modo que a **centralidade** do plano diretor, como instrumento para política urbana, enfatize a gestão democrática.

O Estatuto da Cidade define as competências entre os três níveis de governo (municipal, estadual e federal) conferindo ao município as atribuições de legislar, cumprir e fazer cumprir as funções sociais, buscando soluções para os problemas urbanos, de maneira discutida com os principais interessados.

Carvalho (2001) afirma que é o plano diretor a estratégia necessária para que se possa delinear a função social da propriedade e da cidade fazendo uso de dispositivos políticos que regulamentam a questão da *“..edificação ou utilização compulsórios, IPTU progressivo no tempo, incluindo-se a desapropriação com o pagamento em títulos da dívida pública”*. (CARVALHO, 2001)

Hoje, a ONU tem sua missão ampliada e engloba também os problemas da vida moderna mundial e luta contra as atuais formas de discriminação entre povos e pessoas, partindo do pressuposto que diversos desses problemas (pobreza, desemprego, degradação ambiental, criminalidade, AIDS, migração e tráfico de drogas) podem ser mais facilmente combatidos por meio de uma cooperação internacional, cooperação esta pleiteada já na Carta do Atlântico.

A DUDH e seus países signatários entendem que, para assegurar o bem estar e a saúde de uma pessoa, são direitos dela a Alimentação; o Vestuário; o Alojamento; a Assistência Médica e Serviços Sociais; a Segurança no Desemprego, na Doença, na Invalidez, na Viuvez, na Velhice, nos casos de perda dos meios de subsistência, na Maternidade e na Infância.

Se entendermos que Bem Estar envolve também o acesso à cultura e a liberdade de participação na vida cultural (art 27º) a capacidade de

desenvolvimento individual, garantida pelo direito à educação (art 26º), o direito a uma ocupação e trabalho com remuneração equitativa e satisfatória (art 23º), à livremente circular e escolher residência (art 23º), ao pensarmos sobre nossas cidades, verificamos que muitos desses direitos não são plenamente garantidos e promovidos.

A Carta de Ottawa (1986) estabelece como condições fundamentais da saúde, a Paz, o Abrigo, a Educação, a Alimentação, a Renda, a Estabilidade Ambiental, a Sustentabilidade dos Recursos, a Justiça Social e a Equidade, conceitos também presentes na Carta de Atenas e em tantos outros documentos que tratam da ocupação e ordenação da cidade e que para tanto são necessárias ações que construam uma política pública saudável, ambientes favoráveis, fortaleçam ações da comunidade, viabilizando o desenvolvimento das habilidades pessoais.

Dentre os 30 artigos da DUDH, os 13 primeiros tratam das questões de justiça e equidade, tema provavelmente mais preocupante no período em que foi redigida. Sua principal função, ainda hoje, é a de garantia da paz, da justiça e da liberdade de todos os seres humanos independente de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião, origem nacional ou social, fortuna, nascimento ou qualquer outra situação.

Talvez a garantia de todos esses direitos, somados a promoção da saúde e bem estar, ainda que sejam insuficientes para promover a felicidade. De forma contraditória, é possível que felicidade se conquiste com pouco. O que, afinal, faz com que as pessoas sejam felizes nesse ou naquele ambiente, mesmo sabendo que deveriam ter melhores condições de vida? Qual é a régua que mede o bem estar? Segundo Cohen e Duarte, 2004, *para uma pessoa criar laços afetivos e identificar-se com o espaço que habita, é preciso que ela seja capaz de introduzir-se em seus espaços com seu corpo e seus sentidos, e que estes lhe permitam que sua experiência espacial se concretize de forma satisfatória (COHEN; DUARTE, 2004)*. O ambiente construído e a arquitetura têm o poder de definir e aperfeiçoar a sensibilidade, aguçar e ampliar a consciência.

De Botton (2007) diz que a nossa sensibilidade ao que nos cerca tem origem no modo como abrigamos dentro de nós muitas identidades diferentes e

que em determinados estados de espírito podemos achar que nos afastamos de nosso verdadeiro eu. O acesso a esse “eu verdadeiro” pode ser determinado pelo lugar em que estamos. Em ambientes opressores, tristes, difíceis de desvendar, e que não permitam que nos reconheçamos nele, tendemos perder o otimismo, o propósito, a esperança e as ambições. Dependemos do que está a nossa volta para personificar os estados de espírito e idéias que respeitamos e, então, lembrar deles. Se a cidade não proporciona esse ambiente favorável ao otimismo, resta a residência como último refúgio.

Mesmo o morador da menor e menos ventilada casa do meio da mais adensada favela de um país como o Brasil tentará, dentro de seu lar, moldar o espaço para que ali ele possa ser otimista, para que possa se desenvolver. Mas De Botton assinala ainda que, *falar em lar com relação a uma construção é reconhecer a sua harmonia com a nossa canção interior preferida*, que o lar não precisa ser apenas aquele que nos dá abrigo, mas aquele lugar que combina com a nossa perspectiva, ou seja, lar não é necessariamente a residência da pessoa.

Em vista dessas afirmações, quanto mais espaços que possam ser chamados de lar as cidades proporcionarem, mais seus moradores estarão identificados com ela, participarão de sua construção, tomarão posse de seu espaço político.

O quadro abaixo esboça as convergências encontradas entre os nove documentos analisados para a elaboração deste trabalho:

Quadro analítico da relação entre desenvolvimento urbano e promoção da saúde

Documento	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tema \ Ano	1933	1941	1948	1958	1978	1986	1988	1990	2001
Melhoria das Condições de Trabalho	X			X		X	X	X	
Saneamento de Áreas Subdesenvolvidas	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Responsabilidade Governamental	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planejamento Prévio das Ações	X			X	X	X	X	X	X
Prioriza o Interesse Social das Obras	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Renovação Urbana ou Humanização	X	X	X	X	X				X
Gestão Democrática dos Recursos	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Interação com o Meio Ambiente	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Obs.: (x) Representa que o tema é tratado no documento. Construído pelos autores com base na análise dos documentos

Documentos analisados:

Carta de Atenas (1933) - IV Congresso Internacional de Arquitetura Moderna - CIAM

Carta do Atlântico (1941) - Declaração Conjunta entre Inglaterra e Estados Unidos

Declaração Universal dos Direitos Humanos – (1948) - ONU

Carta dos Andes (1958) – Seminário de Técnicos e Funcionários em Planejamento Urbano

Declaração de Alma-Ata (1978)–Conferência Internacional s/ Cuidados Primários de Saúde

Carta de Ottawa (1986) - Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde

Constituição Federal da República Federativa do Brasil (1988)

Lei 8.080/90 (1990) – (Sistema Único de Saúde)

Estatuto das Cidades (2001) – Lei 10.257/01

Considerações Finais

Caucados nas premissas destes regimentos percebemos, ainda hoje, inúmeras discrepâncias no cenário mundial onde, esgoto a céu aberto, falta de água potável, habitações erguidas em locais de risco, distantes de equipamentos sociais, inviabilizando a acessibilidade social acabam condenando o sujeito à uma vida precária. precarização da vida.

Ainda que defendidos globalmente, Direitos Humanos têm sido especialmente negligenciados, seja pela falta de integração entre as esferas administrativas, pelo despraparo dos gestores, ou pela absurda falta de planejamento, e neste particular, boas intenções são insuficientes.

Verifica-se que a grande maioria dos municípios não desenvolve a gestão democrática, prejudicando a distribuição de renda e benefícios decorrentes do processo de urbanização (equidade), sustentabilidade, moradia e infra-estrutura, princípios fundamentais do Estatuto das Cidades.

A formação do território da saúde não obstante às suas especificidades, não pretende dividir o Brasil, criando diferentes formas de tratamento.

No caso do conhecimento do território da saúde individualizada objetiva criar mecanismos e diferentes estratégias de atuação dos gestores da saúde num determinado lugar; porém convém salientar que a realidade da saúde brasileira é única, impondo a necessidade de intervenções diferenciadas por questões como hábitos, valores culturais, ambientais e até mesmo pelas dimensões territoriais do país. Nesse sentido, o território da saúde é um projeto inacabado, encontra-se em permanente reconstrução e atualização.

Referências Bibliográficas

BARONE, A. C. **Team 10: Arquitetura como Crítica**, Annablume, São Paulo, 2002.

BENÉVOLO, L. **História da Arquitetura Moderna**, Perspectiva, São Paulo, 1994.

BRASIL. **Estatuto da cidade**: Lei n. 10.257, de 10/jul./01, que estabelece diretrizes da política urbana. Brasília: Câmara dos Deputados/Coord. de Publicações, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4.ed.São Paulo: Saraiva, 1990. BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. (Série Legislação Brasileira). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2010.

BURNS, Edward M. **História da Civilização Ocidental**. Editora Globo, v. II, p. 189. Porto Alegre, 1959.

CARVALHO, P. F. **Instrumentos legais de gestão urbana**: referências ao Estatuto da Cidade e ao zoneamento'. In: Estatuto da Cidade: Política Urbana e Cidadania. UNESP/IGCE/DEPLAN/LPM, Rio Claro-SP. 2000.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. 1978, Alma-Ata.

COHEN, R.; DUARTE, C. R. **Afeto e Lugar: A Construção de uma Experiência Afetiva por Pessoas com Dificuldade de Locomoção**. Anais do Seminário Acessibilidade no Cotidiano, v. Versão em CD. 2004.

DE BOTTON, A. **A arquitetura da felicidade**. Ed. Rocco, 2007.

FRAMPTON, K. **História Crítica da Arquitetura Moderna**, Martins Fortes, São Paulo, 2000.

GARCIA LAMAS, J. **Morfologia Urbana e Desenho da Cidade**, Calouste Gukbenkian, Lisboa, 2000.

HUBERMAN, L. **História da riqueza do Homem**, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1983.

IPHAN – Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, **Carta de Atenas**, Disponível em: <[http://www.icomos.org.br/cartas/Carta de Atenas 1933.pdf](http://www.icomos.org.br/cartas/Carta_de_Atenas_1933.pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2010.

LEFEBVRE, H. **A Revolução Urbana**. Belo Horizonte. UFMG, 1970.

KANASHIRO, M. **Da antiga à nova Carta de Atenas** – em busca de um paradigma espacial de sustentabilidade, Desenvolvimento e Meio Ambiente, n. 9, p. 33-37, jan./jun. 2004. Editora UFPR. LEFEBVRE, H. **A Revolução Urbana**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

MATIELLO, A, **Da Carta de Atenas ao Estatuto da Cidade**: questões sobre o Planejamento Urbano no Brasil, Unochapecó, Piracicaba, 2006. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf>>. Acesso em: 26 nov. 2010.

MUMFORD, Lewis. **A cidade na história: suas origens, transformações e perspectivas**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Conferência internacional sobre promoção da saúde**. 1ª, 1986, Ottawa. Carta de Ottawa. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2009.

PORTAL SAÚDE PÚBLICA. **Declaração de Alma Ata**. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em: 02 fev 2012.

SANTOS, Milton. **A natureza do Espaço**, São Paulo. Editora Universidade de São Paulo, 2004.

SEMINÁRIOS DE TÉCNICOS E FUNCIONÁRIOS EM PLANEJAMENTO URBANO – CENTRO INTERAMERICANO DE VIVENDA E PLANEJAMENTO (CINVA). **A Carta dos Andes**. Bogotá. 1958.

UNITED NATIONS. **The Universal Declaration of Human Rights**. 1948. Nações Unidas no Brasil: Conheça/história. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/conheca_hist.php>. Acesso em: 9 nov. 2010.

Contato

Silvio Luiz Cardoso Pinto

engenhariamorungaba@gmail.com