

Ana Maria Girotti Sperandio
Diego Gonzalez Machín
Maria Alice Barbosa Fortunato



Políticas Integradas em Rede e a Construção de Espaços Saudáveis: boas práticas para a Iniciativa do Rostos, Vozes e Lugares

1ª Edição



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

Organização Pan-Americana da Saúde

**Políticas Integradas em Rede e a
Construção de Espaços Saudáveis:**
*boas práticas para a Iniciativa
do Rostos, Vozes e Lugares*

Brasília
2010

© 2011 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1.ª edição – 2010 – 1000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil
<http://www.paho.org/bra>

Organização:

Ana Maria Girotti Sperandio
Diego Gonzalez Machín
Maria Alice Barbosa Fortunato

Capa e Projeto Gráfico:

All Type Assessoria Editorial Ltda.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Organização Pan-Americana da Saúde
Políticas Integradas em Rede e a Construção de Espaços Saudáveis: boas práticas para a Iniciativa do Rostos, Vozes e Lugares. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
187 p.: il.

ISBN: 978-85-7967-062-6

1. Políticas Públicas 2. Promoção da Saúde 3. Cidade Saudável I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título.

NLM: WA 590

Organização Pan-Americana da Saúde

**Políticas Integradas em Rede e a
Construção de Espaços Saudáveis:**
*boas práticas para a Iniciativa
do Rostos, Vozes e Lugares*

Organizadores:

Ana Maria Girotti Sperandio

Diego Gonzalez Machín

Maria Alice Barbosa Fortunato

2010

SUMÁRIO

| | |
|------------------------|---|
| EDITORIAL | 9 |
| <i>Diego Victoria</i> | |

| | |
|--|----|
| PREFÁCIO | 11 |
| <i>Antonio Carlos Figueiredo Nardi</i> | |

INTRODUÇÃO

| | |
|---|----|
| A promoção da saúde construída em Rede | 19 |
| <i>Ana Maria Girotti Sperandio</i> | |

| | |
|--|----|
| Rostos, Vozes e Lugares: "Uma Oportunidade dos Municípios em construir alianças em torno dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio/ODMs " | 23 |
| <i>Diego Gonzalez Machin; Maria Alice Fortunato; Sofia Letícia Morales</i> | |

ASPECTOS IMPORTANTES PARA UM MUNICÍPIO QUE QUER SER SAUDÁVEL

| | |
|--|----|
| Na trilha do Município Saudável | 31 |
| <i>Israel Rocha Brandão</i> | |

| | |
|--|----|
| Introdução | 31 |
| Desenvolvendo o município saudável | 37 |

| | |
|---|----|
| Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba | 61 |
| <i>Simone Tetu Moysés; Marcia Cristina Krempel; Samuel Jorge Moysés</i> | |

| | |
|---|----|
| Introdução | 61 |
| A dimensão coletiva da saúde e a intersetorialidade | 62 |
| A construção da intersetorialidade pela via do setor saúde | 64 |
| Promoção de saúde e qualidade de vida pela via da intersetorialidade..... | 65 |
| Curitiba: intersetorialidade como um caminho para a qualidade de vida..... | 67 |
| Programa Vida Saudável: A Cidade como espaço de Promoção de Saúde..... | 70 |
| Alfabetizando com saúde | 72 |
| Adolescente Saudável | 72 |
| Programa Mulher de Verdade | 73 |
| Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência..... | 74 |
| Conclusões | 75 |

| | |
|---|------------|
| Gestão Integrada das Políticas Públicas em Goiânia – GO: a experiência do Programa FelizCidade | 77 |
| <i>Dais Gonçalves Rocha; Antônia Lúcia Cavalcanti; Cecília Torres Borges</i> | |
| Introdução | 77 |
| Estratégia Democrática de Planejamento: mobilização governamental e não-governamental | 78 |
| Estrutura da sistemática de planejamento | 80 |
| O que é o programa FelizCidade | 81 |
| O cenário | 82 |
| Passos metodológicos de construção do programa FelizCidade | 83 |
| Resultados alcançados | 85 |
| Considerações finais | 86 |
| | |
| Cidades e Comunidades Saudáveis: participação social e desenvolvimento de políticas públicas saudáveis | 89 |
| <i>Augusto Mathias</i> | |
| Principais Estratégias para o Departamento de Cidade Saudável | 92 |
| Ação através da Criação de Alianças e Parcerias | 93 |
| Desenvolvimento da Capacidade das Comunidades | 93 |
| Participação da Comunidade | 93 |
| Um exemplo de sucesso: Rede de Comunidades Saudáveis de Ontário..... | 96 |
| Finalmente o que é uma Comunidade Saudável? | 101 |
| Participação Social | 103 |
| | |
| SAÚDE E AMBIENTE AS CONVERGÊNCIAS | |
| | |
| Meio Ambiente e Promoção a Saúde: aspectos essenciais para a elaboração das políticas públicas | 109 |
| <i>Guilherme Franco Netto, Ivens Drumond, Nadima Vasconcelos</i> | |
| | |
| Resíduo Sólido e a Construção de uma Comunidade Potencialmente Saudável | 117 |
| <i>Profª Drª Eglé Novaes Teixeira</i> | |
| Sustentabilidade, Desenvolvimento Sustentável e Cidade Sustentável..... | 118 |
| Gestão e gerenciamento ambiental..... | 125 |
| Gestão e gerenciamento integrado de resíduo | 126 |
| Caracterização do resíduo sólido..... | 134 |
| Coleta de resíduo urbano..... | 137 |
| Tratamento/disposição final de resíduo sólido doméstico..... | 139 |
| Gerenciamento Integrado de resíduo sólido | 145 |

| | |
|---|-----|
| A importância dos Comitês de Bacias Hidrográficas como Parceiros de Redes de Municípios | 149 |
|---|-----|

Livia Fernanda Agujaro

PLANO DIRETOR COMO FERRAMENTA IMPORTANTE PARA UM MUNICÍPIO SAUDÁVEL

| | |
|--|-----|
| Plano Diretor para Municípios Potencialmente Saudáveis | 157 |
|--|-----|

Lauro Luiz Francisco Filho

| | |
|---|-----|
| Considerações Históricas..... | 157 |
| O Conceito de Plano Diretor para um Município Potencialmente Saudável | 162 |
| Especificidades sobre um Plano Diretor Potencialmente Saudável | 168 |
| A questão da degradação ambiental nos Municípios | 171 |
| Os componentes culturais que definem a saúde do espaço urbano | 172 |
| Implantação e acompanhamento de planos diretores: uma questão básica | 173 |
| Aspectos subjetivos que dão suporte na implantação e aceitação do Plano Diretor | 174 |

| | |
|--|-----|
| Plano Diretor Participativo: questões recorrentes..... | 177 |
|--|-----|

José Roberto Merlin

| | |
|--|-----|
| Constatações | 177 |
| A questão do conhecimento | 178 |
| Planejamento e Política | 179 |
| Atores | 180 |
| Questão fundiária | 181 |
| Entendendo a comunidade e seus sonhos | 182 |
| O papel do Legislativo..... | 182 |
| Trajes, representação e oratória no processo participativo | 183 |
| Incompetência técnica | 184 |
| Nosso conhecimento disciplinar dependente | 184 |
| Inadequação entre legislação e nova realidade | 185 |
| Ressalvando | 186 |



POLÍTICAS INTEGRADAS EM REDE E A CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS SAUDÁVEIS: BOAS PRÁTICAS PARA A INICIATIVA DO ROSTOS, VOZES E LUGARES

A Organização Pan-Americana da Saúde é um organismo internacional de saúde pública com um século de experiência, dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas. Sua missão é orientar os esforços de colaboração entre países e parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, melhorar a qualidade e elevar a expectativa de vida no continente. A Organização também contribui para promover estilos de vida saudáveis, prevenindo os problemas de saúde típicos do desenvolvimento e da urbanização, como enfermidades cardiovasculares, cânceres, diabetes, lesões e mortes no trânsito, violências, tabaco, drogas e alcoolismo.

Compreendendo que a Iniciativa Rostos, Vozes e Lugares e da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis apresentam-se como importantes e crescentes estratégias para reduzir as lacunas de iniquidade e fazer com que, em um determinado território, as comunidades e cada família e cada indivíduo seja protagonista dos processos que garantem sua saúde, avançando assim para o cumprimento dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), é que, apresentamos este documento, como parte de um esforço conjunto da OPAS/OMS no Brasil e colaboradores nacionais comprometidos com a consolidação da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Este material está direcionado a gestores no nível local, gestores de organizações não governamentais e lideranças comunitárias, bem como para a comunidade acadêmica, oferecendo conceitos, informações e estratégias que podem ser aplicados na implementação e desenvolvimento da iniciativa Rostos, Vozes e Lugares e de um Município Potencialmente Saudável na perspectiva da promoção da saúde.

Desejamos uma excelente leitura,

Diego Victoria
Representante da OPAS/OMS no Brasil



PREFÁCIO

*Antonio Carlos Figueiredo Nardi **

Como presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems e Secretário Municipal de Saúde de Maringá/PR, integrante da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, muito me honra e engrandece a oportunidade que me foi dada para prefaciá-la uma obra tão importante. Publicação que reflete o trabalho e o esmerado esforço de Ana Maria Girotti Sperandio, doutora e coordenadora da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, e de pessoas profundamente envolvidas com a Promoção da Saúde.

É importante ressaltar a belíssima atuação da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS) nas diversas realidades, auxiliando e catalizando todo o processo, por meio das ações de sua coordenadora no Brasil, que participa ativamente dos trabalhos dos municípios integrantes, assessorando em suas mais diversas formas, sempre fazendo questão de conhecer as pessoas que deixam de figurar como meros números e estatísticas para figurarem como sujeitos ativos, plenos de sua cidadania, mostrando seus rostos e feições, traduzindo os resultados de políticas públicas, em sorrisos e satisfação.

As gestões das três esferas de governo têm investido na atenção à saúde, em especial, na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, na busca da construção de um modelo de atenção que priorize as ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

Entre as prioridades do “Pacto em Defesa da Vida”, assinado pelos três entes da federação em 2005, destaca-se a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo, controle do uso abusivo de bebida alcoólica e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

* Dr. Antonio Carlos Figueiredo Nardi. Secretário Municipal de Saúde de Maringá/PR. Presidente do Conasems, 2010

O desafio consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas da saúde com as outras áreas da administração pública, os setores privados e não governamentais e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

Sem dúvida, a iniciativa “Rostos, Vozes e Lugares” (RVL) conseguiu traduzir as diversas experiências e formulações de políticas públicas, que por sua especificidade torna-se sustentável, produtor de cidadania e de transformação.

Proposta pela OPAS, essa publicação contempla subsídios importantes aos gestores e sociedade em geral, contribuindo com a construção de estratégias que favoreçam a concretização da vontade política no nível local e ao mesmo tempo atendo-se aos determinantes sociais da saúde e encontrando meios de diminuir as iniquidades existentes e, sobretudo, alavancar a construção de cidades saudáveis no Brasil.

O retrato de diversas experiências que congregam as duas iniciativas: RMPS e RVL, é visto nessa obra riquíssima de detalhes, fruto de um trabalho incansável e verdadeiro, que retrata o esforço de gestores, técnicos, políticos e pessoas que se atrevem a pensar a realidade de forma diferente e ousam agir para transformá-la, diminuindo suas iniquidades, possibilitando maior justiça social e qualidade de vida para as pessoas, acima de tudo, revelando rostos, vozes e lugares.

O processo incessante na busca da promoção da saúde é ricamente ilustrado a partir do relato de diversas experiências, tais como a formação da Rede de municípios saudáveis no Nordeste, tendo como exemplo, Sobral e Crateús.

A importância da gestão integrada é exemplificada com o Programa FelizCidade, em Goiânia; mostrando a importância da gestão participativa e da reorientação dos serviços públicos tendo como eixo o cidadão como norteador das políticas.

As características de um município saudável e os passos para se chegar até ele são descritos de forma didática, a partir da abordagem que retrata uma viagem na história, retomando o conceito de município saudável e onde ele nasceu.

O conceito da transitoriedade é desenvolvido de forma riquíssima, assim como a importância de se trabalhar com a perspectiva de satisfação das necessidades como o elemento estruturante do planejamento e das ações de um município que se propõe ser saudável.

Outra reflexão importante presente nessa publicação refere-se ao uso do território que deve prescindir de uma categoria de análise social para a compreensão da dinâmica socioespacial. Análise feita a partir da produção da cartografia do território integrado em todas as suas dimensões. O lugar onde as pessoas vivem é enfatizado como espaço onde se faz política a partir da convivência e da solidariedade o que possibilita o fortalecimento do poder municipal. O local e o global se interagem, mas a tendência é o poder local se tornar mais forte que o poder nacional, uma vez que é nos lugares em que as coisas da vida se passam e realmente acontecem e, sobretudo, é o espaço principal de se fazer política. É no espaço local que a população cobra, participa e fiscaliza a ação governamental. Percebe-se a necessidade de se trazer o território para a discussão da saúde o que pressupõe estabelecer a integração entre os setores da gestão pública e a construção de ações intersetoriais. Sem visão não será possível construir municípios saudáveis. É apresentada a experiência concreta de análise dos mapas elaborados sobre o uso do território pelos serviços de saúde de Campinas e constatado que cada território requer um uso específico com base na sua realidade. Por isso, a importância de não se pensar uma política única que não atende as diversidades territoriais ou regionais.

Senti-me muito orgulhoso ao ler a experiência de Curitiba/PR, capital do estado em que resido e em que desenvolvo a minha atuação como Secretário Municipal de Saúde. A experiência nos ensina que para se desenvolver políticas públicas é necessário refletir sobre os determinantes das condições de vida e saúde da população. É uma nova forma de olhar a vida e a saúde na cidade o que pressupõe planejar as ações de forma participativa, envolvendo a comunidade no diagnóstico e na tomada de decisões. Para tanto, é necessário construir uma

agenda de gestão que implique ações intersetoriais, pois para atuar integralmente sobre o ser humano e atender as suas necessidades é preciso desenvolver alianças estratégicas que resultem em ações intersetoriais visando garantir a qualidade de vida da população. O desenvolvimento da capacidade de escuta, de negociação e a construção de espaços de compartilhamento de saber e poder é fundamental para o enfrentamento dos problemas que incidem sobre a saúde. O setor saúde tem sido a área que mais promove ações intersetoriais, em função das vastas redes de intervenção político-sanitário e do conceito ampliado de saúde.

A forma como o Ministério das Cidades tem tratado e atuado na indução de construção de planos diretores participativo é apresentado nessa obra de forma muito instigante. A falta de planejamento urbano está relacionado com a insustentabilidade da vida na cidade e tem ocasionado as mazelas e os maiores motivos de *causas mortis* por agentes externos no país, como exemplo os acidentes de trânsito e as mortes violentas por assassinato. Assim sendo, o processo de planejamento urbano deve possibilitar a organização do espaço e do território como um instrumento para construir cidades para todos e que, sobretudo, proteja a vida das pessoas. Os desafios referem-se à questão da informação para a construção dos planos e a capacitação da equipe técnica para assessoramento aos municípios e aos cidadãos. Para tanto, o Ministério das Cidades construiu uma campanha nacional para a implementação de planos diretores com parceiros nacionais para o fomento e a implantação de núcleos estaduais que se encarregue de desencadear o processo naquele território. A construção do plano diretor participativo contribuirá com o estabelecimento de um patamar de urbanidade que consiga incluir a todos nos seus territórios de forma a explicitar a função social da cidade.

A prática do processo de elaboração e acompanhamento do Plano Diretor Participativo é amplamente analisada nessa publicação. A crítica diz respeito à produção do conhecimento sobre a urbe que, geralmente, é construída pelas universidades. O conhecimento deveria ser construído pelos atores envolvidos no processo de elaboração do plano, uma vez que é no estabelecimento de relações de luta e de poder que o saber é produzido. Portanto, o planejamento deve ser visto como instrumento político importante que deve ser construído por todos os agentes que usam e produzem a cidade.

Um resgate histórico do processo de organização e ocupação do espaço urbano é realizado, e o resultado é a constatação de que a cidade foi o berço da civilização e do desenvolvimento humano, mas também a responsável pelas mazelas que levaram a humanidade a um grau de sofrimento significativo devido à perda de vidas oriunda do próprio processo de urbanização. São três quesitos importantes para a construção de um Plano Diretor potencialmente saudável: a definição das condicionantes presentes no espaço a ser planejado, o conhecimento detalhado das deficiências e, acima de tudo, a noção das potencialidades que o município possui.

Promover a intersetorialidade tendo a saúde como um elemento fundamental no processo de tomada de decisões das outras políticas públicas com ênfase na promoção da saúde e na proteção do meio ambiente é tratado neste livro com muita propriedade. A ideia é a construção de uma agenda intersetorial para que o SUS avance na produção de espaços saudáveis para garantir a defesa da saúde com a ampla participação da sociedade e dos conselhos de saúde.

Outro problema grave que o livro nos desafia a pensar é sobre o destino do resíduo sólido. Esse tema tratado de forma integrada ao projeto de desenvolvimento e de construção de uma comunidade potencialmente saudável. Se não pensarmos em um projeto de desenvolvimento sustentável que possa atender às necessidades da população presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras satisfazerem suas próprias necessidades não será possível a construção de cidades saudáveis que possibilite a qualidade de vida das pessoas. É sabido que o crescimento econômico por si só não assegura o desenvolvimento, pois o crescimento não conduz automaticamente à justiça social, uma vez que seu foco é o acúmulo de riquezas. A defesa é o desenvolvimento sustentável que assegure a proteção do meio ambiente como parte desse processo. Por isso, a importância da integração entre o plano de gestão e o gerenciamento de resíduo sólido como parte do projeto de desenvolvimento da cidade e região.

Por último, uma reflexão interessante sobre a inter-relação entre a saúde e o meio ambiente com foco na bacia hidrográfica. A defesa é centrada numa abordagem holística da cidade com vistas à consolidação de parcerias e envolvimento de todos os atores para a construção de uma política transversal de promoção da

saúde que tenha como eixo articulador as questões ambientais, urbanas, incluindo transporte, moradia, uso e ocupação do solo, educação, energia, meio rural entre outras. É importante ressaltar a necessidade de fortalecer os Comitês de Bacias Hidrográficas como fóruns integradores de discussão dos temas ambientais de maneira ampla e holística.

Convido a todos e todas a lerem essa importante publicação e os desafio a construir processos ricos de Promoção da Vida e de Municípios Potencialmente Saudáveis confluindo as possibilidades de diferentes projetos bem como a iniciativa Rostos, Vozes e Lugares da OPAS/OMS.



INTRODUÇÃO





A PROMOÇÃO DA SAÚDE CONSTRUÍDA EM REDE

Ana Maria Girotti Sperandio*

Esse livro tem como objetivo reunir os principais capítulos publicados em livros anteriores produzidos pela coordenação, participantes e apoiadores da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis** (RMPS), para disponibilizar a gestores e técnicos de diferentes secretarias das administrações públicas dos municípios brasileiros, objetivando subsidiá-los em temas relevantes que podem ser adotados como política interna de governo para colaborar para que um município se mantenha potencialmente saudável. Além disso, traz informações sobre o Projeto Iniciativa Rostos, Vozes e Lugares, que será abordado nas páginas seguintes.

A abordagem dessa nova edição visa que os gestores e técnicos continuem a refletir sobre os temas de seu município que necessitem ser implantados (quando não o tiverem), implementados (quando já existirem), monitorados (quando já existirem resultados) e avaliados para agregar novas tecnologias e valor ao que está em desenvolvimento ou para permitir eventual redefinição dos projetos. Os temas expostos versarão sobre os principais aspectos para o desenvolvimento de um município saudável, a articulação entre saúde e ambiente e a importância do desenvolvimento de um plano diretor.

A promoção da saúde é um campo que permite a articulação e integração de diferentes setores para o desenvolvimento de espaços/territórios saudáveis e que habilita as pessoas a não apenas pensar sob o ponto de vista social, econômico e humano como também torna-as parte do processo de políticas públicas saudáveis criando espaço para o diálogo. Para além disso, cria espaços para a potencialização dos indivíduos e desencadeia o trabalho intra e intersetorial,

* Profª Dra. Colaboradora da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; Pesquisadora do Laboratório de Investigações Urbana (LABINUR) – Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo da Unicamp; Coordenadora da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis; Assessora Acadêmica do Grupo POLIS Educacional.

** A Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS) foi criada no ano de 2003. Conta com o apoio técnico da OPAS-OMS, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e tem como propósito colaborar com o processo de construção das políticas públicas saudáveis.

incentivando a participação e mobilização social, a ampliação de sua autonomia e o desenvolvimento de redes sociais que buscam alcançar objetivos comuns.

A RMPS tem como elementos fundamentais de sua sustentação os requisitos de promoção da saúde acima elencados (inter e intrassetorialidade, participação e mobilização social, autonomia, e objetivos comuns). A articulação inter e intrassetorial que aponta para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis deve estar sempre presente no programa de trabalho dos prefeitos e gestores das cidades.

Segundo Bodstein (2009),

“... 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) reforça a ideia de que não existe um modelo padronizado para se trabalhar as diferenças sociais o que indica a necessidade da articulação e da integração das diversas áreas da municipalidade, citando inclusive a importância de se criar conhecimentos e práticas de aprendizagem a partir das práticas, programas ou intervenções em andamento (BOLDSTEIN, 2009).

O movimento de redes sociotécnicas permite o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas. Segundo Franco de Sá e Moysés (2009), esse movimento deve vir associado ao processo avaliativo no que diz respeito à promoção da saúde o que permite a manutenção do diálogo e assegura a que “a voz de todos seja ouvida” (FRANCO DE SÁ; MOYSÉS, 2009).

A RMPS tem fomentado o intercâmbio de conhecimentos e garantido “voz” para representantes da academia, dos gestores dos municípios e da sociedade civil através de diferentes mecanismos como eventos, divulgação de experiências e conhecimentos como a elaboração do presente livro, objetivando o desenvolvimento de políticas públicas.

Referências

1. BOLDSTEIN R.C.A. *O debate sobre Avaliação das Práticas e Estratégias em Promoção da Saúde*. Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional.v. 35, n.2 pag 7 a 16. Maio/Agosto 2009.
2. FRANCO DE SÁ R., MOYSÉS ST. *O Processo Avaliativo em Promoção de Saúde como Estratégia de Empoderamento e de Desenvolvimento de Capacidades*. Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional.v. 35, n.2 pag 29 a 36. Maio/Agosto 2009.



ROSTOS, VOZES E LUGARES: “UMA OPORTUNIDADE DOS MUNICÍPIOS EM CONSTRUIR ALIANÇAS EM TORNO DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO/ODMS ”

Diego Gonzalez Machin; Maria Alice Fortunato; Sofia Letícia Morales

SOBRE A INICIATIVA:

A iniciativa “Rostos, Vozes e Lugares” foi lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no 47º Conselho Diretivo, com o propósito de acelerar o progresso para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Em uma perspectiva de saúde e desenvolvimento, a iniciativa concentra seus esforços nas comunidades mais vulneráveis da nossa Região.

Esse esforço pan-americano novo e resoluto contra a iniquidade já criou uma rede de ação inovadora que envolve os ministérios de saúde e outros setores, os prefeitos de comunidades participantes, a sociedade civil, as organizações não governamentais e as agências internacionais.

“Rostos, Vozes e Lugares” é um esforço para construir a vontade política em seu nível mais alto e ao mesmo tempo providenciar uma assistência técnica para tratar dos determinantes sociais e econômicos da saúde em nível local. Defende os mais vulneráveis e ajuda a criar cidadania com foco nos direitos e responsabilidades compartilhados.

Isso é alcançado através da colaboração intersetorial e interagencial que une esforços e compromisso para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

*“ESTA INICIATIVA NÃO PRETENDE REINVENTAR A RODA,
MAS FAZÊ-LA GIRAR MAIS RAPIDAMENTE.”*

POR QUE ROSTOS, VOZES E LUGARES?

Mais de 200 milhões de pessoas na Região da OPAS vivem na pobreza e são invisíveis nas médias nacionais. É preciso identificar seus lugares, ver seus rostos e ouvir suas vozes.

A estratégia global para alcançar os ODM tem-se concentrado basicamente em torno de médias e indicadores de desenvolvimento nacionais. Essa iniciativa é ímpar no sentido de olhar para além dessas médias, identificar as municipalidades mais vulneráveis e envolver as comunidades no próprio processo de desenvolvimento.

A maioria dos países na Região das Américas é de renda média, e é exatamente nestes que a maioria das pessoas que vivem na pobreza é encontrada. Embora tenha sido alcançado grandes progressos durante esses últimos anos na redução da pobreza e da extrema pobreza, estudos prospectivos que adotam o coeficiente Gini sugerem que, caso algo não seja feito, a região continuará sendo a região mais iníqua do mundo em 2015.

A PERSPECTIVA dos ODMs

Em 2000, durante a Cúpula do Milênio das Nações Unidas, os chefes de Estado e de governo, os ministros e os chefes de delegações de 189 países comprometeram-se a livrar milhões de homens, mulheres e crianças das condições de pobreza desumana.

Esses compromissos inspiraram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de 2000. Cinco anos mais tarde, o grupo de agências das Nações Unidas que trabalham na Região das Américas publicou o relatório “Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio:

Uma Perspectiva Latino-Americana e Caribenha”. Este documento, coordenado pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), avisou que, na perspectiva da saúde e do desenvolvimento, alcançar os ODM na região das Américas demandaria esforços intensificados focados nas seguintes áreas:

- 1) Reduzir a iniquidade:** Responder às desigualdades específicas dos grupos e dos municípios mais vulneráveis.
- 2) Trabalhar no nível local:** Tratar do impacto dos determinantes sociais e econômicos da saúde em nível local, particularmente em comunidades com os maiores riscos e níveis de negligência.
- 3) Promover a Atenção Primária à Saúde e a Promoção da Saúde:** Fomentar a participação social de modo que os membros da comunidade possam identificar e reconhecer seus problemas e participar diretamente da gestão de soluções para todos.
- 4) Trabalhar intersetorialmente:** Coordenar as várias instituições e setores na integração de políticas e programas, vinculando as autoridades nacionais e locais.
- 5) Promover a Cooperação Externa e Interagencial:** As agências das Nações Unidas e os sistemas interamericanos devem trabalhar em conjunto para avançar nos ODM, priorizando os grupos mais vulneráveis.

RVL NO BRASIL:

O marco conceitual Da iniciativa do “Rostos, Vozes e Lugares” para o alcance dos ODMs está baseado em um modelo de desenvolvimento sustentável que exige a interação de uma multiplicidade de fatores e atores em vários níveis para tratar com êxito dos determinantes sociais da saúde e da multidimensionalidade da pobreza.

A iniciativa do “Rostos, Vozes e Lugares” entende que para alcançar os ODMs é necessário:

- Incentivar o desenvolvimento de POLÍTICAS PÚBLICAS, estratégias e iniciativas em nível internacional, regional, nacional e local para melhorar a saúde e o bem-estar das comunidades vulneráveis.
- Desenvolver uma CESTA de metodologias, estratégias e melhores práticas e políticas visando o alcance dos ODM em nível local. O propósito dessa ação é disponibilizar todas as ferramentas e estratégias desenvolvidas pela OPAS e outras agências que trabalham com os grupos mais vulneráveis em nível local e comunitário.

- Providenciar uma COOPERAÇÃO TÉCNICA baseada numa sólida evidência científica e que incorpore os determinantes sociais e econômicos da saúde.

A iniciativa Rostos, Vozes e Lugares no Brasil, teve início com a vinda da Diretora da OPAS/OMS nas Américas a Dra. Mirta Roses, no ano de 2007, onde foi apresentada a iniciativa no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Salvador/Bahia. Apesar do RVL ter entrado tarde no Brasil, comparados com outros países das Américas, começou com muita força, demonstrado pelo forte apoio político das autoridades dos municípios selecionados.

Existem 3 municípios que atuam com a metodologia do Rostos, Vozes e Lugares no Brasil: Fortaleza (Ceará), Guarulhos (São Paulo) e Olinda (Pernambuco). Esse municípios atuam visando destacar a liderança local das pessoas (Rostos), a saúde como um direito humano (Vozes), e o desenvolvimento local integral participativo (Lugares).

Os municípios onde existem a iniciativa do RVL, possuem o apoio da OPAS/OMS para buscar trabalhar numa perspectiva intersetorial e com uma ampla participação da comunidade para alcançar os ODMs. Buscando também responder aos determinantes sociais da saúde para reduzir as vulnerabilidades e minimizar as desigualdades, envolvendo as comunidades em seu próprio processo de desenvolvimento, apresentando como ponto de partida necessidades de ação intersetorial para reforçar a construção de cidades e municípios saudáveis com uma abordagem comunitária, com ênfase na promoção da saúde, desenvolvimento sustentável e da equidade.

E dessa forma, compreendendo a magnitude do Brasil a OPAS/OMS Brasil divulga a Iniciativa Rostos, Vozes e Lugares, para mostrar ao país, em suas diferenças regionais, que é possível trabalhar de forma intersetorial e com a participação da comunidade para alcançar os ODMs.

A OPAS/OMS também aproveita as oportunidades de congressos, seminários, jornadas para divulgar dentro do Brasil e nas Américas as experiências brasileiras exitosas. Como também promover o intercâmbio entre os municípios.

Também são realizadas capacitações nos municípios, em parcerias com o Ministério da Saúde e outros atores, buscando fortalecer as dificuldades e debilidades municipais identificadas nos diagnósticos técnicos e participativos.

Todas estas atividades da OPAS/OMS Brasil realizadas em parceria com os municípios são registradas na WEB 2.0 da OPAS/OMS (www.opas/bra.org) como uma forma de mostrar a forma de trabalho da Organização com os municípios do RVL no Brasil, servindo de estímulo à produção, aplicação e difusão de conhecimentos. Objetivando facilitar a articulação de iniciativa, expandir o acesso ao conhecimento produzido e assim contribuir para subsidiar o processo decisório em saúde e o alcance dos ODMs.

No Brasil, o RVL agrega várias iniciativas existentes nos municípios buscando potencializá-las. Propõe-se também a fortalecer os sistemas de saúde para assegurar o acesso justo, equitativo e sustentado aos serviços e reforçar as ações de promoção da saúde e prevenção, incluindo a abordagem dos determinantes sociais, reconhecendo a vinculação e mútua influência entre saúde e desenvolvimento.



**ASPECTOS IMPORTANTES
PARA UM MUNICÍPIO QUE
QUER SER SAUDÁVEL**





NA TRILHA DO MUNICÍPIO SAUDÁVEL

*Israel Rocha Brandão**

INTRODUÇÃO

O objetivo desse artigo não é tornar-se um tratado acadêmico sobre a temática das cidades saudáveis. Procurarei, aqui, através da reflexão sobre algumas experiências das quais participei nos últimos anos, discutir certos aspectos que podem contribuir para a implementação da proposta de municípios e comunidades potencialmente saudáveis no cenário brasileiro.

As considerações serão, portanto, baseadas na minha experiência pessoal como presidente do Instituto Participação, organização não-governamental fundada em 1995, com a missão de fortalecer os mecanismos de participação social e comunitária do cidadão no espaço nordestino. Foi com esse intuito que pude participar ativamente da implantação dos Conselhos Municipais de Desenvolvimento Sustentável (CMDs) em cerca de 160 municípios do Estado do Ceará, durante a segunda metade da década de 90.

Acrescento também a isso o aprendizado acumulado como docente da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), durante os anos de 1999 a 2002, quando nos empenhamos na implementação do Projeto Município Saudável nas cidades de Sobral e Crateús, ambas situadas no interior cearense. Durante esse período, uma equipe multidisciplinar da ESP-CE, articulada com as prefeituras dos municípios citados, e apoiada pela Fundação W. K. Kellogg, desenvolveu um considerável volume de iniciativas nas comunidades rurais e urbanas, de tal sorte que emergiram algumas conclusões sobre a importância do movimento de municípios (potencialmente) saudáveis para o desenvolvimento da América Latina.

Também no município de Sobral, tive a oportunidade de participar, nos últimos anos, do desenvolvimento de experiências pioneiras, voltadas para o aperfeiçoamento da Estratégia de Saúde da Família, tendo como cenário os territórios

* Psicólogo, filósofo e mestre em Sociologia (UFC). Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (Sobral – CE).

onde trabalham os profissionais ligados à Secretaria do Desenvolvimento Social e da Saúde. Foi justamente atuando como preceptor de território da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), onde trabalho também como professor desde dezembro de 2002, que pude me aproximar de experiências que considero muito relevantes para o aperfeiçoamento das ações de saúde pública e dos modelos de gestão municipais no Brasil.

Municípios saudáveis: um pouco de história

Tudo começou no Canadá, onde, durante o final dos anos 70 debatia-se sobre o que possibilitava às pessoas tornarem-se ou não saudáveis e desconfiava-se, por assim dizer, que os sistemas de saúde modernos haviam se tornado completamente ineficazes para assegurar condições de vida saudável aos cidadãos.

De acordo com Caton e Larsh (2000), a publicação do Relatório Lalonde intitulado “Uma nova perspectiva na saúde dos canadenses” pode ser entendida como o ponto de partida para a visão que o movimento das cidades saudáveis viria, em alguns anos, realizar. O mais importante no escrito de Lalonde (1974) era a constatação de que as pessoas precisariam ampliar as suas visões em torno da saúde, uma vez que, segundo ele, melhorias nas condições de saúde da população poderiam ser resultantes muito mais das modificações no estilo de vida e no ambiente físico-social do que do aumento de investimentos financeiros nos sistemas nacionais de saúde.

De fato, as considerações de Lalonde em torno da relevância dos determinantes da saúde anteciparam certas questões que viriam à tona na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida no ano de 1986, na capital canadense. Como resultado desse momento histórico, foi concebida a Carta de Ottawa, que define a Promoção da Saúde como sendo “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (Ministério da Saúde, 2001, p.19).

Ainda segundo o documento, a saúde deve ser vista como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades

físicas. O mais importante, no entanto, é que a promoção da saúde passa a ser entendida como algo que não é uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, mas de todos os cidadãos, uma vez que, não se limitando à mera ausência de enfermidades, também transcende o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e da criação de espaços de bem-estar (Caton e Larsh, 2000).

Como consequência do movimento iniciado em Ottawa, fortalecido nas conferências subsequentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) nas cidades de Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Santafé de Bogotá (1992) e Jacarta (1997), o surgimento da estratégia das assim chamadas Cidades Saudáveis consolidou-se com uma tentativa concreta de pôr em prática a realização dos princípios da Promoção da Saúde na escala das municipalidades.

Segundo Caton e Larsh (2000), essa estratégia começa no ano de 1984, quando Trevor Hancock organizou uma conferência intitulada “Beyond Health Care”, cujo objetivo era discutir os avanços e os retrocessos na saúde pública dez anos após a publicação do Relatório Lalonde. Durante esse evento, Ilona Kickbusch, da Organização Mundial da Saúde, inspirada pela conferência de Len Duhl, professor de saúde pública na Universidade da Califórnia em Berkeley, lançou as bases para a construção de um projeto de cidades saudáveis na Europa. Assim nasceria, em 1986, o Projeto Europeu de Cidades Saudáveis. Nesse mesmo ano, é lançada a Rede de Cidades e Vilarejos Saudáveis de Quebec, a primeira do Canadá e do mundo.

Munidos da compreensão de que era importante a formação de redes de cidades e comunidades para conferir maior envergadura à ideia das cidades saudáveis, muitos outros municípios canadenses aderiram à proposta. Assim sendo, foi criado o Projeto Comunidades Saudáveis do Canadá, no ano de 1988, envolvendo uma série de organizações, entre as quais: o Instituto Canadense de Planejadores, a Associação de Saúde Pública do Canadá e a Federação de Municipalidades Canadenses. Como consequência disso, foi lançado o Projeto Toronto Cidade Saudável em 1989 e, no ano seguinte, foi realizado o primeiro encontro da Coalizão de Comunidades Saudáveis de Ontário (OHCC). Enfim, em 1993, cria-se a Rede de Cidades Saudáveis de Ontário, consolidando o

movimento das cidades saudáveis nas duas províncias mais ricas do território canadense: Ontário e Quebec.

Creio que vale a pena registrar aqui o que me confessou Real Lacombe, um dos principais líderes do movimento canadense de cidades saudáveis, a quem entrevistei na capital da província do Quebec, no ano de 2000. Para ele, foi, em 1967, na cidadezinha de Rouyn-Noranda, quando os cidadãos decidiram reestruturar um terreno vazio, situado perto do lago Édouard, em pleno centro da cidade, refazendo completamente sua superfície, que surgiu a primeira experiência de “cidade saudável”. A ideia original teve tanto impacto que se multiplicou pelo restante do Canadá e, posteriormente, por todo o mundo.

De um jeito ou de outro, a estratégia iniciada em solo canadense realmente espalhou-se mundo afora, inclusive pela América Latina. No caso do Brasil, muitas municipalidades reclamaram para si o título de espaços saudáveis e foram diversas as tentativas de desenvolver cidades saudáveis, com o apoio de organizações nacionais e estrangeiras, nos mais variados rincões do território brasileiro.

Foi com o intuito de participar desse movimento que a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) apresentou à Fundação Will Keith Kellogg, no ano de 1997, um projeto de implantação de municípios saudáveis. Como resultado dessa parceria, a ESP-CE liderou, por algum tempo, a realização desse projeto nas cidades de Sobral, em 1997, e em Crateús, a partir de 1998 (Cordeiro, 2001). Na verdade, a Fundação veio também a apoiar essa proposta em vários outros municípios da América Latina, incluindo La Plata, Berisso e Enseñada (Argentina), Barquisimeto (Venezuela) e Cáli (Colômbia). Em todos esses municípios, procurou-se desenvolver uma parceria entre as instituições acadêmicas, as prefeituras e as comunidades locais, sendo que cada projeto percorreu um caminho diferenciado e foram alcançados resultados distintos em cada um deles. Os diversos projetos eram também acompanhados por uma equipe de assessores da Fundação Kellogg, com quem as equipes se reuniam sistematicamente para pensar mecanismos de avaliação e garantir a continuidade das ações.

No caso das experiências em Sobral e Crateús, as quais pude acompanhar mais de perto, os resultados alcançados pelo trabalho conjunto estão relacionados,

principalmente, ao aperfeiçoamento dos mecanismos de participação comunitária e à reorientação dos serviços de saúde. Para uma melhor compreensão do que significou o Projeto Município Saudável nas duas localidades, recomendo a leitura do escrito de Celeste Cordeiro (2001), que procurou avaliar o impacto da implantação do Projeto Município Saudável nos referidos municípios, recorrendo ao método do estudo de caso. Por sua vez, o artigo de Braga (*et al.*, 1999) pode esclarecer como o projeto se estabeleceu historicamente, principalmente, na cidade de Crateús.

Por que falar de município saudável hoje?

A transposição desse tipo de estratégia, construída em um país rico como o Canadá, para países do Terceiro Mundo exige que se faça, em primeiro lugar, um questionamento sobre a sua validade: como pensar na realização de tal proposta em países como o Brasil, com graves problemas socioeconômicos?

De fato a América Latina e o Brasil aparecem como sendo um dos maiores cenários de desigualdades do globo terrestre, onde a pobreza e a opulência convivem lado a lado. Em um de seus últimos informes analisando a pobreza no mundo, o Banco Mundial (2001) destaca que 2,8 bilhões de pessoas vivem com uma renda média menor que dois dólares por dia. Isso quer dizer que a pobreza atinge quase metade da população mundial. Além disso, o contingente de pessoas que vive na chamada zona de miséria, isso é, com renda inferior a um dólar por dia e, portanto, sem condições de garantir a satisfação das suas necessidades básicas, é de cerca de 1,2 bilhão de indivíduos, o que equivale a um quinto da população global. O mais estarrecedor é que apenas 2% dessa população de indigentes concentram-se na Europa, sendo que todo o restante se espalha pelo Terceiro Mundo, cujos países estão localizados, em sua grande maioria, no Hemisfério Sul. São pessoas que habitam a América Latina e o Caribe, a África e as regiões Meridional e Central da Ásia.

Ao longo dos últimos dez anos, ao invés de diminuir, como consequência do avanço tecnológico, da redemocratização, do surgimento das novas tecnologias, a desigualdade e a pobreza aumentaram na América Latina. Tome-se, aqui, como exemplo os dados do Cepal (1999), cuja pesquisa realizada demonstra que no

Brasil, por exemplo, a pobreza incide sobre 29% dos domicílios e abaixo da linha da miséria estão, pelo menos, 11% das famílias brasileiras.

Segundo Bernardo Kliksberg (1999), um dos mais renomados estudiosos da realidade latino-americana, os 20% mais ricos, neste continente, detêm mais da metade de toda riqueza gerada (52%), enquanto sobram apenas 4,52% desses recursos para os 20% mais pobres. Para esse autor, o Brasil é um dos campeões da desigualdade, já que 15% de toda riqueza nacional concentra-se nas mãos de apenas 1% da população, que corresponde, evidentemente, os mais abastados. Por outro lado, os 25% mais pobres só detêm 12% de toda a renda nacional gerada.

No Brasil, segundo dados do IBGE (2001), a população jovem é composta por mais de 34 milhões de indivíduos.* Espera-se, para o ano de 2005, que haja cerca de 102 milhões de jovens na América Latina e no Caribe. Uma das principais preocupações que emergem diante desse crescimento da população juvenil mundial é que tipo de educação seria compatível com a expectativa gerada em torno do papel social desses sujeitos. Como pensar uma educação que permita a ascensão social e a conquista da cidadania? Essa equação se torna ainda mais difícil se considerarmos que um grande número desses jovens estão hoje fora da educação formal. No Brasil, por exemplo, segundo um estudo feito por Pizarro (*apud* Abramovay, 2002), 92,3% dos jovens foram alfabetizados, mas esse número recrudescer enormemente, quando se observam os outros níveis da educação formal. A escola secundária e, sobretudo a superior, ainda é privilégio de muito poucos.

Diante desse quadro desolador, torna-se impreterível a adoção de políticas públicas capazes de reverter a situação de forte exclusão social do Brasil e da América Latina. Assim sendo, se em países do Primeiro Mundo a estratégia das cidades saudáveis tornou-se um razoável instrumental de envolvimento do cidadão na gestão da coisa pública; nos países subdesenvolvidos esse tipo de articulação é condição de possibilidade para se alcançar níveis dignos de qualidade de vida. Por esse motivo, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS,

* Nesse caso, estão sendo chamados de jovens todas as pessoas com idade entre 15 e 24 anos, assumindo-se aqui uma categorização mais ou menos universal para juventude, entendida como aquela fase que sucede a puberdade e termina com a idade adulta.

2002) recomenda a implantação de municípios saudáveis na América Latina, uma vez que a adoção desse tipo de estratégia tem permitido, entre outras coisas: a) contribuir para o processo de descentralização; b) fortalecer a participação comunitária nas tomadas de decisões políticas; c) compreender a importância da Promoção da Saúde por parte da população; e, por último, d) ajudar na otimização dos recursos públicos, bem como a eliminar a duplicação dos esforços.

Evidentemente, para que isso ocorra, é imprescindível que a municipalidade adote determinadas atitudes, sem as quais torna-se impossível a implementação da proposta. É preciso que haja um compromisso político por parte dos eleitos e das lideranças sociais com o ideário da proposta. Também é crucial a disposição para investir-se na participação comunitária, durante todas as fases do processo. O desenvolvimento de um processo de planejamento e a capacidade de construir parcerias e consensos entre as instituições envolvidas precisam ser priorizados tanto quanto a habilidade de formular políticas públicas saudáveis. Enfim, tudo isso precisa ser acompanhado de um processo permanente de monitoramento e avaliação que permita corrigir o curso, quando necessário, e ajude a desenvolver uma programação rumo à auto-sustentabilidade (OPAS, 2002).

DESENVOLVENDO O MUNICÍPIO SAUDÁVEL

O lugar e o outro como condição para o município saudável

Compreendo como sendo um município potencialmente saudável não o que apresenta invejáveis índices de desenvolvimento humano, mas, sobretudo, aquele onde se desenvolve uma intrincada teia de relações entre o poder público e a sociedade local, tendo como pano de fundo a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Assim sendo, o que caracteriza o ambiente saudável, de acordo com o meu ponto de vista, é a profunda vinculação existente entre os cidadãos e o seu entorno físico e social. Não é possível falar de espaço saudável se os sujeitos sociais não se sentem fazendo parte dele. Um município, para ser saudável, precisa ser amado pelas pessoas que lá habitam. Elas precisam compreender que aquele

espaço lhes pertence e que, portanto, necessita ser cuidado por elas e pelos que elegem como sendo seus representantes.

A esse processo de vinculação profundo das pessoas com os espaços físicos e sociais chamamos “identidade de lugar” (*place-identity*). É interessante compreender que “toda identidade de lugar apresenta-se como um devenir, isso é, como algo que não é dado aprioristicamente e nem é construído de modo solipsista, portanto, longe da coletividade” (Brandão, 2000, p.148). Assim sendo, as pessoas podem aprender a fazer do seu município uma parte de si mesmas, uma vez que esse representa a extensão de seu bairro, do mesmo modo que o bairro é a extensão das suas ruas, e essas das suas casas e do seu próprio corpo. Sem desenvolver esse processo de identificação das pessoas com esses espaços, não existe município saudável, pois não nos apropriamos daquilo que nos é estranho ou indesejado. Um exemplo interessante da importância da identidade de lugar para a construção do ambiente saudável foi o que ocorreu certa feita com um grupo comunitário de um determinado município onde trabalhamos. Para aquelas pessoas, que moravam em um bairro periférico da cidade, não lhes parecia interessante construir laços com tal local. Admitir-se como membro daquela comunidade de indivíduos pobres e esquecidos pelo poder público seria o mesmo que assumir a condição de fracassado. Muito melhor lhes parecia fazer parte de um bairro mais elitista e respeitável, onde se sentiriam pessoas mais valorizadas por si mesmas e pelos outros. Enquanto não se discutiu a relação das pessoas com o bairro não foi possível caminhar, pois elas não o experimentavam como lugar íntimo e, portanto, não se sentiam fazendo parte daquela coletividade.

Como construir, então, esse processo de identificação das pessoas com os seus espaços sociais, tais como: a casa, a escola, a rua, o bairro e o município. Ainda que não exista um protocolo pronto para isso, sabemos algumas pistas. Em primeiro lugar, é preciso fortalecer os laços de afetividade entre as pessoas (Brandão, 1999). É através do afeto e da amizade, que construímos para com os outros, que os lugares passam a se tornar cheios de sentido para nós. Quem poderia esquecer o cenário onde ocorreu seu primeiro beijo? Quem não haveria de lembrar dos lugares onde sofreu fortes emoções de alegria ou de tristeza? Construir uma relação saudável com os outros é construir uma relação profunda com os lugares. Como toda relação, essa afetividade com os entornos, que Tuan

(1980) chama de Topofilia, pode ser aprendida se construirmos as oportunidades adequadas de interação entre as pessoas.

É igualmente importante estimular a construção de um processo de tomada de consciência, por parte dos cidadãos, de tudo aquilo que existe no seu território. Que equipamentos sociais estão ali instalados? Como esses equipamentos podem ajudar mais efetivamente para que aquela comunidade desfrute de uma qualidade de vida melhor? Compreender os meandros sociopolíticos de determinado território constitui uma maneira muito eficaz de intensificar os vínculos entre os indivíduos e sua comunidade.

Por último, não basta apenas solidificar os laços afetivos interpessoais e facilitar a apropriação cognitiva dos espaços físicos e sociais, é fundamental também construir com os sujeitos da municipalidade ações práticas que busquem fortalecer a inclusão social e diminuir as desigualdades existentes. Através das práticas solidárias e inclusivas, as pessoas aprendem a transcender a visão individualista e fragmentada, resultante de uma educação perversa e excludente.

Assim como pensar, sentir e agir são as marcas da identidade humana, aquilo que permite tanto a hominização quanto a humanização; refletir sobre os limites e as potencialidades do espaço que nos rodeia, desenvolver uma atitude afetiva e aberta para com aqueles que fazem parte de um mesmo território, bem como a realização de atividades emancipadoras concorrem fortemente para a construção de espaços saudáveis.

Pensando sobre um modelo de organização de municípios saudáveis

A partir das experiências realizadas ao longo dos últimos anos, por outros profissionais e por mim em vários municípios do Nordeste do Brasil, proponho a construção de municípios potencialmente saudáveis a partir da ação sincrônica e articulada sobre três esferas fundamentais da municipalidade, que são a gestão, a participação comunitária e os serviços públicos. A Figura 01, apresentada a seguir, representa, portanto, a sincronicidade dessa tríade, sem a qual pode se tornar demasiado árdua e pouco profícua a tarefa de desenvolver municipalidades saudáveis no nosso contexto.

Figura 01 – Modelo de implementação de municípios saudáveis



Examinarei, a seguir, cada uma dessas esferas que serão tomadas aqui em separado, apenas por uma questão didática, uma vez que é na articulação entre elas que a proposta do município saudável se concretiza.

Sem gestão participativa não há município saudável

O processo de desenvolvimento do município potencialmente saudável começa com a gestão. Sem a férrea vontade do prefeito de promover uma administração marcada pelo concerto e pela parceria, ou, de outro modo, se não houver o seu empenho pessoal em liderar essa iniciativa, a proposta torna-se meramente discursiva e facilmente desperta a incredulidade das pessoas.

Por outro lado, o processo de aproximação da gestão em direção ao cidadão precisa ser compartilhado com a equipe, daí a necessidade de uma estratégia de avaliação e planejamento sistemáticos entre o prefeito e sua equipe de secretários. No Ceará, como também em outros estados do Brasil, há alguns anos, certas municipalidades desenvolvem uma regularidade de encontros gerenciais semanais ou mensais, onde os gestores analisam o impacto das estratégias traçadas em comum e refletem sobre a possibilidade de desenvolver ações intersetoriais.

Com intuito similar, uma iniciativa interessante pode ser a formação de uma célula intersetorial, com a participação de profissionais das várias secretarias existentes no município. Diferentemente do grupo gerencial, que, normalmente, discute aspectos mais políticos e estratégicos, a comissão intersetorial se debruça sobre questões mais técnicas e práticas. Também cabe à comissão funcionar como órgão de apoio às ações do município saudável, intermediando as relações dos gestores entre si e dos mesmos com a sociedade. Esse foi o objetivo pelo qual foi criada a Comissão Intersetorial do Município Saudável em Crateús (CINT), que acompanhou as ações do projeto durante todo o processo de implementação e desenvolvimento. Sem a CINT, muitas das ações discutidas não teriam chegado à sociedade local e estariam relegadas às discussões dos gestores da municipalidade.

A prática do planejamento participativo pode se tornar também um instrumental poderoso na construção de municipalidades saudáveis. Longe da rigidez de uma planificação normativa, o planejamento participativo, tal como é proposto por Danilo Gandim (1999), não se resume apenas à elaboração fria e burocrática de um plano. O próprio processo de planejamento configura-se como sendo um processo de aprendizagem, em que os sujeitos sociais assim se reconhecem. À etapa objetiva de elaborar uma programação a ser cumprida e avaliada em conjunto com a comunidade precede uma etapa mais subjetiva de desenvolver uma ação comunicativa entre os sujeitos. Nesse sentido, a construção de uma visão compartilhada do município saudável funciona como ponto de partida para o desenrolar das ações conjuntas entre os eleitos e a sociedade civil que representam. Também Lachance e Morissette (1998) descrevem com muita propriedade os efeitos que o planejamento participativo pode ter sobre a proposta do município saudável. No entender desses autores, a estratégia de planejamento não apenas racionaliza as ações públicas, mas desenvolve uma intensa teia social na municipalidade.

Uma outra iniciativa que pode se tornar bastante eficiente na formação de uma atitude dialógica entre os eleitos e a comunidade é a criação do Conselho da Cidade. De 1995 a 1998, realizou-se, no Ceará, um movimento forte de implementação de Conselhos Municipais de Desenvolvimento Sustentável (CMDS). Esses conselhos foram criados com a pretensão de funcionar como fóruns da municipalidade, onde os cidadãos, as lideranças comunitárias, os eleitos, os segmentos sociais e as organizações de uma determinada municipalidade poderiam reunir-se, discutir os problemas que deveriam ser enfrentados e refletir sobre as potencialidades que precisariam ser alavancadas.

A Figura 02 mostra a estrutura básica desses conselhos, que, ainda hoje, permanecem vivos em vários municípios cearenses, constituindo uma poderosa ferramenta sociopolítica de enfrentamento da realidade nordestina.

Figura 02 – Representação esquemática dos CMDS.



Fonte: Góis, 1999.

Entre os objetivos desses conselhos, podem se destacar: a) construir democraticamente uma visão de futuro para o município, orientando esforços, tempo e a população em direção a um lugar desejável; b) fortalecer e desenvolver formas de participação da municipalidade junto à gestão municipal e estadual, visando o exercício efetivo da cidadania; c) implementar uma mentalidade de planejamento e de ação integrada entre administração e população com vistas ao desenvolvimento autossustentável do município (Góis, 1999).

Convém recordar aqui que a organização dos CMDS envolveu dezenas de profissionais das mais distintas áreas, bem como estudantes das principais universidades cearenses, na tentativa de, juntamente com o poder público e com a sociedade organizada, criar espaços de diálogo entre as instituições governamentais, as comunidades rurais, os movimentos sociais e as entidades que habitam os municípios.

A roda que gira e gera as organizações

Campos (2000) propõe que a Roda funcione como método de gestão das organizações que trabalham com saúde pública. Para ele, esse modelo, que consiste na formação de uma mandala ou círculo, do qual participam todos os integrantes de uma determinada organização, constitui uma excelente estratégia de gestão, uma vez que a roda pode ser, ao mesmo tempo: administrativa, terapêutica e pedagógica.

No município de Sobral, ao longo dos últimos oito anos, tem sido fortemente estimulada a implementação da roda como método de gestão. Assim sendo, em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes reúnem-se normalmente uma vez por semana, com a participação de todos os profissionais, incluindo desde o gerente da UBS até os que realizam serviços gerais, para discutir os problemas enfrentados pela equipe, pensar alternativas de soluções, ou ainda deflagrar processos de educação permanente. Na roda, trabalham-se também as relações interpessoais e o clima grupal, além de deflagrarem-se processos de planejamento e avaliação das ações da equipe na comunidade.

Além de integrar percepções distintas de uma mesma problemática e esforços conjuntos, a roda serve também para fortalecer a autoestima grupal, enfrentar os conflitos e aproximar a equipe das pessoas que habitam naquele território. É, muitas vezes, nela que os saberes e práticas de cada profissional podem se articular com os dos demais, quebrando a formação fragmentada que cada um deles teve no aprendizado da sua profissão e na vida. Independentemente de ter ou não formação superior, ou do lugar que cada um ocupa na unidade, todos podem participar, discutir, criticar, apoiar e argumentar. Constitui uma tentativa de formar uma comunidade ideal de comunicação, como defende Habermas (1990), em que todos os interlocutores partem de um mesmo lugar, a saber, da capacidade que cada um tem de falar e de escutar.

A necessidade de se adotar políticas públicas inclusivas

Enfim, um processo amadurecido de gestão compartilhada não se faz apenas com a reestruturação do modelo de administração pública, mas também com a adoção de políticas inclusivas, que sejam voltadas para a redução das iniquidades sociais e das desigualdades econômicas. Tais políticas conferem resultados à reorganização proposta e legitimidade aos discursos realizados. O que caracteriza fortemente esse tipo de política não é apenas o fato de investir-se em arte, cultura, educação ou economia solidária, mas a possibilidade de permitir à comunidade reinventar o seu *modus vivendi*.

No município de Crateús, por exemplo, cada comitê comunitário do Município Saudável recebeu um pequeno aporte financeiro da prefeitura que foi utilizado para a implementação de um projeto local direcionado para fortalecer a inclusão social dos moradores. Ainda que a quantia em questão fosse relativamente modesta, esse tipo de iniciativa foi avaliado muito positivamente por todos os atores envolvidos, uma vez que ele permitiu a realização de variados eventos, cursos e, inclusive, iniciativas voltadas para a geração de renda na comunidade. O mais importante não foi apenas ver jovens e adultos aprendendo a fazer teatro nas ruas, desenvolvendo oficinas pedagógicas, praticando capoeira ou música, mas observar o processo coletivo realizado desde a discussão das prioridades ao momento de avaliação das iniciativas implementadas em cada uma das respectivas localidades.

A participação comunitária no meio do caminho

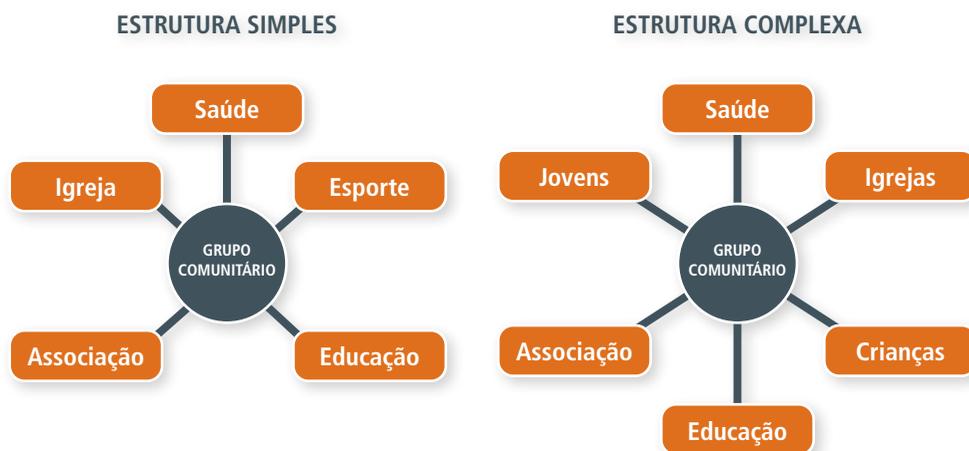
Consideremos agora o problema da participação comunitária. Em primeiro lugar, é preciso fazer uma distinção aqui entre os conceitos de participação e mobilização. Quando falamos em mobilização social, estamos nos referindo a um processo de envolvimento da comunidade em torno de um objetivo específico que precisa ser atingido. Assim sendo, a mobilização social é temporal, pois ocorre pontualmente, uma vez que as pessoas precisam ser sensibilizadas para que determinada ação ocorra. A articulação dos moradores de uma localidade para a realização de uma campanha de vacinação pode ser um bom exemplo de uma estratégia de mobilização social. Nesse caso, o agente externo, que pode ser a equipe de saúde da família ou outros profissionais da Saúde, procuram sensibilizar a comunidade para que ela tome consciência da importância da campanha. Quanto mais as pessoas se envolverem, mais eficiente será a realização da mesma. Por outro lado, uma vez atingido o objetivo proposto, aquela ação social está concluída. Diferentemente, nos processos de participação social, o envolvimento comunitário não atende a objetivos específicos, sendo, portanto, uma atividade permanente da comunidade. Em última análise, o que se procura nos processos participativos é o apoderamento (*empowerment*) da comunidade*. Cada ação realizada concorre para que as pessoas se apropriem mais do seu modo de vida comunitário, à medida que refletem sobre a realidade que as circunda e da qual fazem parte.

A formação, por exemplo, de um comitê comunitário é mais uma estratégia de participação social do que de mobilização. Em Crateús (CE), os comitês do município saudável foram formados com a participação de representantes escolhidos pelas respectivas comunidades. A exemplo das Mesas de Bairro de Montreal, são pequenos grupos que, reunindo-se sistematicamente, preocupam-se em melhorar a qualidade de vida da sua localidade. Os comitês têm estrutura variada, alguns são mais simples e outros mais complexos, de acordo com a

* Ainda que vários autores traduzam a palavra inglesa *empowerment* como *empoderamento*, prefiro utilizar o termo *apoderamento*, não apenas por entender que inexistente a necessidade de se cunhar um termo novo para designar algo que é perfeitamente compreendido com outra palavra, mas, principalmente, porque a palavra *apoderamento* está ligada, etimologicamente, ao verbo *apoderar-se*, que é reflexivo, e que, portanto, denota melhor o sentido que se quer imprimir aqui. De fato, as pessoas se apoderam elas mesmas da realidade, ao invés de serem “empoderadas” por outrem.

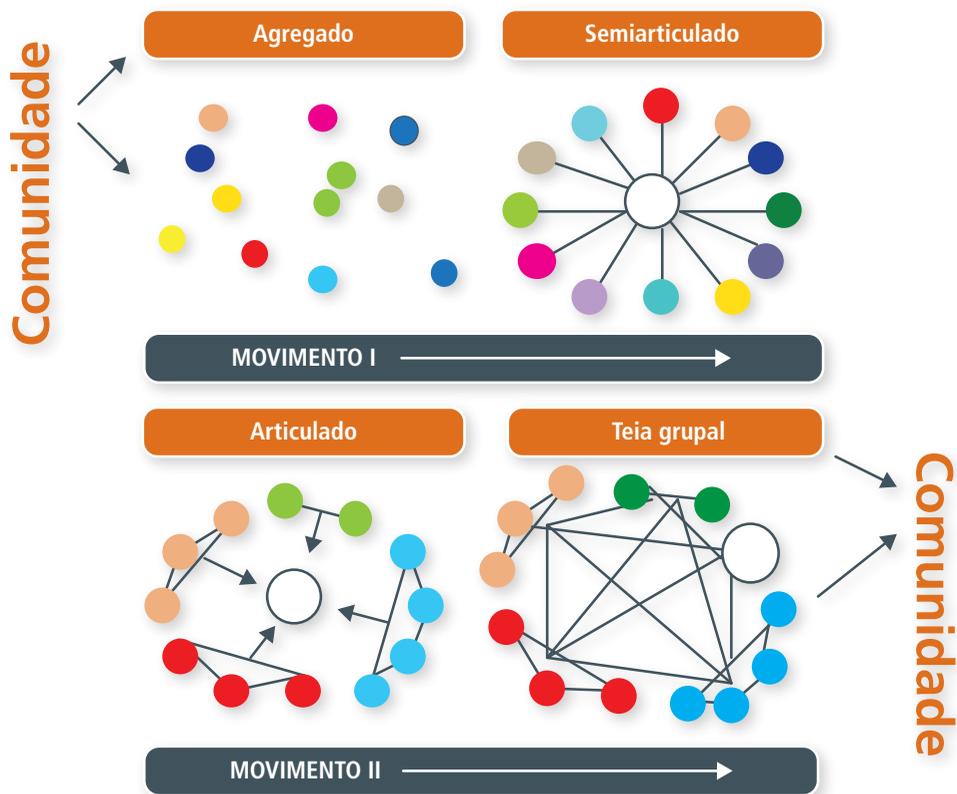
realidade local que refletem. A figura a seguir demonstra, de modo sintético, a composição dos comitês comunitários.

Figura 03 – Composição dos comitês comunitários de Crateús (CE)



Ainda que não ocorra necessariamente um processo de amadurecimento que todos os comitês realizem independentemente de suas condições sociopolíticas, é muito interessante o modelo abaixo, construído por Idalice Barbosa, psicóloga responsável pelo acompanhamento dos grupos comunitários de Crateús, demonstrando um movimento psicossociológico dos comitês do município saudável.

Figura 04 – Processo psicossociológico dos comitês comunitários



Nos grupos agregados, conforme se pode notar, as relações entre as pessoas são ainda tênues e elas não se sentem pertencendo de fato ao comitê comunitário. Esse é o típico cenário dos grupos em formação, que, normalmente, apresentam pouca coesão. Com o passar do tempo, de acordo com seu próprio processo de organização, esse agrupamento de pessoas pode evoluir para a formação de um comitê semiarticulado. Nesse caso, existe uma integração maior dos participantes, há uma regularidade nos encontros e há a construção de metas e objetivos coletivos. Todavia, os esforços conjuntos ainda estão muito relacionados à vontade do facilitador (ou coordenador), que se situa no centro da ação grupal. Quando essa situação é provisória, o grupo tende a crescer mais e se fortalecer também a autoridade das outras pessoas, emergindo novas lideranças. Esse é o caso do grupo articulado, onde o papel do facilitador, ainda que importante,

encontra-se um pouco mais diluído, por conta da variedade de configurações internas construídas dentro do espaço grupal. Nesse tipo de grupo, as pessoas sentem-se motivadas a realizar os projetos coletivos independentemente da estimulação do facilitador. Formam-se também pequenos subgrupos ou equipes que conseguem realizar tarefas propostas sem destruir a homeostase coletiva. Por último, a teia grupal consiste no aprimoramento do grupo articulado. Aqui já não há mais necessidade de facilitador, pois os participantes ocupam esse espaço. A liderança circula entre os próprios membros, em função do objetivo traçado, e o grupo desenvolve uma profunda relação com a comunidade de onde se origina.

Evidentemente, nem todos os comitês comunitários ou quaisquer agrupamentos sociais, conseguem realizar todo esse percurso, mas ele serve como orientador para os nossos trabalhos na comunidade. Como condição para a realização desse processo, é preciso investir na construção de duas competências grupais: a instrumental e a comunicativa. A primeira competência desenvolve-se no cuidado objetivo com os acordos realizados e, principalmente, com os resultados que precisam ser obtidos. Todo grupo tem tarefas a cumprir, que devem ser propostas e pactuadas coletivamente, mas que precisam transcender a esfera do discurso e acontecer de fato. Se as ideias não se convertem em resultados esperados e visíveis, o grupo tem sua eficiência posta à prova, de tal sorte que a incredulidade e a desmotivação podem tomar conta das pessoas. Por outro lado, não adianta construir uma forte capacidade operativa num grupo se não houver uma relação interpessoal madura e afetiva entre as pessoas. A construção da competência comunicativa é, portanto, algo que não deve ser esquecido pelo grupo, quando ele procurar desenvolver suas tarefas e atingir os seus objetivos. Ela é desenvolvida através da formação de vínculos afetivos entre as pessoas, que podem ser fortalecidos através de jogos grupais ou mesmo pela própria dinâmica que o grupo desenvolve.

A formação do comitê comunitário para a promoção da saúde

O processo de construção dos comitês comunitários do município saudável, realizado em Crateús, de 1998 a 2002, pode servir de roteiro para a formação de grupos de promoção da saúde em outras localidades. Após a realização de uma etapa inicial de encontros na comunidade, para definição coletiva dos

participantes do comitê, constrói-se o primeiro passo que é a investigação do sistema semântico da palavra saúde na comunidade. Aqui, utilizando a técnica do Círculo de Cultura, de Paulo Freire (1987; 1992), o grupo é convidado a des-construir a palavra “saúde”, evocando o seu significado social e o sentido que assume para cada um dos participantes. Idéias como qualidade de vida, amor, luta, paz, coragem, alegria, esperança e vida, entre outras, são comentários relacionadas ao termo saúde. A reflexão em torno da palavra geradora ajuda as pessoas a tomarem consciência de como estão as condições de saúde no lugar onde vivem. Por outro lado, elas são convidadas a compreender a saúde como algo mais amplo e ligado a outras esferas das suas vidas. Entendida como algo do seu cotidiano e não como uma área privativa do saber médico, a saúde passa a ser vista como uma produção da comunidade. Nesse sentido, é a própria comunidade que tem a capacidade de não apenas evitar doenças, mas, principalmente, de gerar a saúde através da ação coletiva sobre os determinantes (estilos de vida, condições socioeconômicas, etc.).

Tendo se apropriado do conceito de saúde no seu sentido mais amplo e após compreender que a produção da saúde é responsabilidade coletiva, os participantes são convidados pelo facilitador a iniciar o segundo passo, que é a construção coletiva de mapas mentais da comunidade. Os mapas mentais são desenhos coletivos, realizados em pequenos grupos e compartilhado com todo o comitê. Cada mapa traz a visão que os respectivos participantes têm do lugar/comunidade do qual fazem parte. Não se trata apenas de um desenho geográfico, mas psicossocial. Nele são colocados os espaços físicos mais importantes para as pessoas, tais como a igreja, a escola ou o campo de futebol do bairro. Alguns grupos também desenham aquelas pessoas que assumem uma função de liderança no lugar, como a professora, o líder político local, o religioso, ou o presidente da associação. O importante aqui é, realmente, mapear a comunidade em termos das relações estabelecidas entre as pessoas e dessas com o entorno físico. A reflexão sobre a natureza das relações estabelecidas entre os atores sociais e desses com espaços pode ser muito útil para provocar a ação coletiva desses mesmos sujeitos.

O terceiro passo consiste na identificação dos potenciais de saúde presentes na comunidade. Ainda utilizando os mapas cognitivos e afetivos, os participantes

têm condições de identificar quais espaços daquele território são mais propensos para a propagação da saúde comunitária. Nessa lista, normalmente aparecem a escola, a igreja, a associação comunitária, o posto de saúde, o chafariz, o açude, a praça e outros espaços sociais existentes. A tarefa proposta ao grupo agora é discutir de que modo a comunidade pode se apropriar mais efetivamente desses espaços a fim de desenvolver a estratégia da promoção da saúde. Como fazer, por exemplo, que o chafariz se torne um espaço promotor da saúde, ao invés de ser um mero fornecedor de água para a população? A discussão realizada em torno dos potenciais da saúde permite a execução de várias atividades que irão fortalecer o trabalho do comitê comunitário e, por outro lado, aproximá-lo mais da coletividade local, ganhando, assim, visibilidade e relevância.

O último passo do processo de formação dos comitês comunitários é a realização do planejamento participativo. Essa etapa, que é um pouco mais demorada do que as anteriores, permitirá aos participantes do comitê solidificar as relações de confiança e amizade construídas entre si (competência comunicativa) e, por outro lado, facilitará também desenvolver uma programação para o comitê, levando em conta as potencialidades e as necessidades da comunidade. Como produto do planejamento temos, por exemplo, a elaboração de projetos sociais que são discutidos com os parceiros da comunidade, como a prefeitura, o estado, a União ou organizações não-governamentais nacionais e estrangeiras.

Durante o trabalho de implementação do Projeto Município Saudável em Crateús - e como tentativa de fortalecimento dos comitês comunitários -, realizamos também um processo de formação permanente das lideranças dos comitês comunitários rurais e urbanos. Desse modo, sistematicamente, os coordenadores desses grupos encontravam-se periodicamente para avaliar o trabalho feito em cada um dos comitês, como também para discutir as dificuldades e as oportunidades comuns encontradas. Por outro lado, alguns conteúdos foram trabalhados com essas lideranças, tais como: a) história e definição do movimento dos municípios saudáveis; b) habilidades e instrumentos essenciais ao trabalho sociocomunitário; c) o desenvolvimento do grupo em direção à autonomia; e d) a postura do facilitador de processos grupais e comunitários. No curso de formação de facilitadores, trabalhamos com uma metodologia reflexivo-vivencial,

que desenvolvia tanto a capacidade cognitiva quanto o potencial afetivo e comunicativo dos participantes.

A reorientação dos serviços públicos e o cidadão como eixo norteador das políticas

Tão importante quanto a construção de uma gestão pública compartilhada e o desenvolvimento de uma participação comunitária ativa é a reorientação dos serviços públicos. Primeiramente, é preciso entender como serviços públicos não apenas aqueles empreendidos pelo poder público, mas também os resultantes das ações das organizações não-governamentais e entidades filantrópicas. A segunda questão a ser discutida aqui é: para onde devem ser reorientados os serviços? A resposta poderia ser para a melhoria da qualidade de vida do cidadão e não para a realização de uma estrutura burocrática e autossuficiente, que não atinge o modo de vida comunitário.

Aqui pode ser pensada uma enormidade de ações com vistas ao redesenho do serviço público tendo como finalidade o melhor atendimento do cidadão. Gostaria, todavia, de citar apenas alguns exemplos que, conforme compreendido, promoveram uma reorientação nos serviços públicos em dois municípios cearenses.

Uma estratégia interessante que ocorreu no âmbito das ações do Projeto Município Saudável, em Crateús, foi a modificação do currículo das escolas municipais do ensino fundamental. A inserção de uma disciplina transversal chamada “município saudável” permitiu às crianças que cursam a escola pública a possibilidade de discutir sobre questões existenciais profundas, tais como: a atitude pessoal diante do próprio corpo, a importância da sexualidade na vida de cada um, a discussão em torno das drogas e da violência na sociedade local, e, por último, o papel de cada cidadão diante do município, a saber, o lugar onde todos moram. O mais interessante dessa proposta não foi propriamente a reinvenção do currículo escolar ou a introdução de temas que já são lugar-comum na vida dos jovens, mas a possibilidade de desenvolver com crianças e adolescentes uma atitude dialógica em torno de questões tão cruciais na formação das suas identidades. Além disso, significou a possibilidade de re-pensar o papel de cada

um na coletividade, chamando a atenção para as responsabilidades que cada indivíduo tem na construção da cidade saudável.

Esse movimento só foi possível pela participação entusiasmada dos profissionais da secretaria de educação local, bem como do conjunto de educadores que se lançaram na tarefa de construir uma proposta pedagógica para viabilizar a introdução dessa disciplina nos currículos das escolas públicas municipais. Como saldo do trabalho, foi elaborado um livro didático pelos próprios professores da rede municipal. Além de trazer informações importantes e jogos grupais, o livro convida o aluno a debater e a vivenciar, com seus pares, a problemática de cada um dos temas referidos anteriormente.

As duas outras experiências que julgo relevantes ocorreram em Sobral, o mais importante município da região norte do Ceará. A primeira delas foi a realização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, numa parceria entre a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e a Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA). Essa iniciativa consiste num curso de especialização *latu sensu*, com caráter de residência, para os profissionais que estão integrados à rede de atenção primária de Sobral. Desse modo, médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, educadores físicos, nutricionistas e fisioterapeutas, entre outros, são convidados a participar de uma mesma residência, cuja finalidade é aperfeiçoar a Estratégia de Saúde da Família em cada um dos territórios do município. Na Residência, os profissionais da saúde têm uma formação mais ampla que lhes é comum, centrada na apropriação do território e no contato com as famílias, e uma formação mais específica, que leva em conta as competências respectivas de cada uma das profissões. Efetivamente, todos os residentes estão atuando nas comunidades e aprendendo a conviver com o saber e a prática do outro. Ao fazê-lo, quebram a rigidez da sua formação acadêmica e a fragmentação do saber que construíram ao longo de suas práticas. Por outro lado, são chamados a refletir juntamente com seus pares a fim de aperfeiçoar o trabalho que cada uma das profissões de saúde tem neste tipo de estratégia (Xavier *et al.*, 2004; Moreno *et al.*, 2004).

Para ajudar no trabalho que os residentes realizam nos territórios, existe a figura do preceptor, que é um educador mais experiente que acompanha todo o

trabalho realizado pela equipe de saúde na comunidade. A tarefa do preceptor não é administrativa, mas pedagógica. Ele funciona como elo entre o profissional e a equipe e entre essa e o território (Sales e Pagani, 2004; Sucupira e Pereira, 2004).

Assim sendo, a implementação da Residência multiprofissional veio permitir uma nova configuração no serviço de saúde: a prática dos profissionais se tornou mais refletida e cada um deles aprendeu mais sobre os limites do seu conhecimento, bem como sobre a importância do papel que o outro tem para o sucesso da estratégia. Por outro lado, isso permitiu também uma territorialização mais efetiva, em que esses profissionais se aproximaram mais estreitamente das famílias e das pessoas que compõem o espaço onde atuam (Filgueiras e Andrade, 2004).

Nessa mesma direção, de melhoria da Estratégia de Saúde da Família, foi criado o curso universitário para agentes comunitários de saúde (ACS), que veio permitir àqueles profissionais que estão mais próximos da comunidade a possibilidade de ter uma formação superior, como ocorre com seus colegas médicos, enfermeiros ou odontólogos (Lavor *et al.*, 2004). Para muitos ACS, que iniciaram suas atividades com pouca ou nenhuma formação escolar, e que foram desenvolvendo seus estudos até a conclusão do ensino médio simultaneamente à realização do trabalho comunitário, a possibilidade de adentrar no mundo da universidade significou a realização de um sonho pessoal. A formação universitária lhes permite relacionar-se com os outros profissionais das equipes de modo mais equitativo, mas o mais importante é que o currículo construído foi integralmente pensado a partir das competências pessoais e profissionais que se espera de um agente promotor da saúde na comunidade. Constituem áreas de aprendizagem importantes, por exemplo: desenvolvimento comunitário, abordagem familiar, estilos de vida saudável, saúde mental, ciclos de vida, saúde reprodutiva, atenção ao idoso, desenvolvimento ambiental e sustentável, questões de gênero e violência.

Alguns pressupostos para a construção de municípios potencialmente saudáveis

Creio ser interessante também apresentar algumas crenças desenvolvidas ao longo dos anos, que vimos trabalhando com a proposta de implantação de municípios saudáveis no Nordeste do Brasil. Esses pressupostos podem ajudar

àqueles que pretendem implementar práticas similares, na medida em que servem como referenciais éticos para a realização desse tipo de proposta.

Em primeiro lugar, considero uma evidência que cada indivíduo constitui um ser em transformação e que nunca está completamente pronto e acabado. É muito interessante a visão de Ciampa (1994) que compreende a identidade humana como metamorfose. De acordo com esse autor, o que nos caracteriza não é a estabilidade mas a possibilidade de mudança que ocorre a cada instante. Essa ideia é muito poderosa para a construção de ambientes saudáveis, pois confere aos sujeitos a possibilidade de transformarem-se a si mesmos e aos seus entornos a cada momento. É justamente esse potencial de transformação que move as pessoas em direção ao futuro desejado, sem o qual não é possível se pensarem espaços saudáveis.

Também a ideia de que o mundo e a vida obedecem a uma lógica dialética e que, portanto, constroem-se na contradição e no movimento, parece-me uma crença importante para o desenvolvimento de municípios saudáveis. Esse pressuposto nos ajuda a compreender que a vida não se resume ao existente, mas também ao possível e ao vir-a-ser. Diante de uma sociedade repleta de desigualdades sociais e disparidades econômicas, podemos ter uma visão positiva de que é possível construir um mundo diferente, marcado pela inclusão e pela equidade social.

Do mesmo modo, precisamos aprender a conviver melhor com a afetividade e com os vínculos interpessoais. O trato com as emoções sempre foi algo muito difícil na história da humanidade e, de certo modo, essa mesma atitude também está representada na filosofia, para quem muitas vezes o afeto foi sinônimo de irracionalidade e des-razão (Rouanet, 1990). Ora, sabemos, hoje em dia, que a afetividade está na base das nossas ações e que não é possível fugir dela. Aliás, não seria nem mesmo viável fazer isso, pois é através dos afetos que as pessoas se aproximam e dão sentido àquilo que fazem (Sawaia, 2003). Compreender que a afetividade gera a efetividade pode constituir um aprendizado importante para aqueles que se ocupam com a construção de grupos saudáveis. Assim sendo, desenvolver grupos e coletividades é estimular a relação afetiva e os vínculos de amizade e companheirismo entre seus participantes.

Por último, é preciso que se compreenda que a participação comunitária não é uma dádiva, mas uma conquista. O apoderamento não se realiza como consequência de uma política benevolente das autoridades eleitas, mas, sobretudo, por um processo de envolvimento permanente da coletividade. Entendida dessa forma, a participação só é possível como um processo lento e permanente, realizável a partir da existência de uma postura dialógica por parte dos sujeitos sociais.

Por último, na avaliação da proposta de implementação de municípios potencialmente saudáveis, considero relevante observar alguns indicadores, entre os quais gostaria de destacar:

- a) A internalização da ideia de “município saudável” no âmbito da gestão municipal, que se realiza pela assimilação da proposta por parte de todos aqueles que fazem parte da municipalidade, tanto eleitos quanto profissionais das diversas secretarias.
- b) A efetiva articulação de pessoas e organizações em torno da questão da participação social na saúde, entendida aqui não apenas como controle social do serviço de saúde, mas como a própria capacidade da população de assumir o campo da saúde como sendo de sua responsabilidade.
- c) O efetivo reconhecimento, por parte da gestão municipal, do potencial criativo e mobilizador das comunidades, que se reflete na formulação de parcerias entre a prefeitura e as organizações comunitárias na realização de atividades e projetos de interesse social.
- d) O envolvimento da sociedade municipal, através de suas organizações civis, em torno das ações de interesse público, bem como na devida mobilização dessas mesmas organizações a fim de reivindicar o atendimento de suas prioridades e a realização das potencialidades por elas identificadas.
- e) O efetivo desenvolvimento de uma teia de suporte comunitária, isso é, a formação de redes sociais que podem conferir legitimidade ao trabalho das lideranças populares, bem como na formulação de projetos e atividades concertadoras originadas na sociedade civil.
- f) A capacidade de se fazer emergir novas lideranças, oriundas do trabalho comunitário e conscientes do seu vínculo com a coletividade.

- g) A efetiva implementação de projetos comunitários voltados para a diminuição das desigualdades sociais e econômicas, recorrendo-se a atividades pedagógicas, culturais, artísticas e/ou relacionadas à economia solidária.
- h) A introdução da temática do ambiente saudável e da equidade social nos currículos escolares, de modo a contribuir para a construção de uma consciência crítica e transformadora em crianças e jovens, tornando-os mais sensíveis à relevância da cidade e do município em suas vidas.
- i) O fortalecimento da capacidade da sociedade civil de, ela mesma, desenvolver ações voluntárias voltadas para a coletividade, não como forma de substituir o trabalho do poder público, mas como estratégia de sensibilização dos cidadãos para uma tomada de consciência de suas responsabilidades sociais.
- j) O desenvolvimento do valor pessoal dos cidadãos, isso é, a capacidade que as pessoas precisam ter de acreditar em si mesmas e no seu potencial, como sujeitos históricos transformadores da realidade na qual estão inseridos.
- k) A capacidade de disseminação da experiência realizada para outros municípios do Brasil e do mundo, dando visibilidade às construções inovadoras, definindo limites e encontrando parceiros para levar a cabo a proposta de formação de redes regionais e nacionais e internacionais de municípios saudáveis.

Certa feita, escutei de uma liderança popular que a razão de ser do trabalho comunitário é ajudar a resgatar a fé que as pessoas precisam ter nelas mesmas para poder caminhar rumo à autonomia. Nesse sentido, penso que a estratégia do município saudável pode contribuir fortemente para a construção de pessoas mais confiantes do seu potencial de ser e para o desenvolvimento de espaços mais saudáveis. Por esse motivo, Trevor Hancock (1999) situa a ideia das cidades saudáveis como uma importante ferramenta para enfrentar os desafios do século XXI, entre os quais: responder às necessidades essenciais de todos; assegurar a equidade social; promover o desenvolvimento econômico a partir de valores coletivos; assegurar a viabilidade ecológica; promover uma cultura de paz e não violência; estabelecer governos democráticos; criar ambientes saudáveis; controlar as doenças infecciosas; e fortalecer o poder de espírito dos cidadãos. Por mais difícil que possa parecer encarar todos esses desafios, a possibilidade de um mundo melhor é concreta e depende, acima de tudo, da participação de cada um de nós.

Figura 05 - Esquema de construção de municípios saudáveis



Referências

1. ABRAMOVAY, M. *et al.* Juventud, violencia y vulnerabilidad social en America Latina: desafios para politicas publicas. UNESCO, 2002.
2. Ashton, J. "The origins of Healthy Cities" In Ashton J. (org.) *Healthy Cities*. Open University Press, Philadelphia, 1992.
3. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001. Washington, BIRD, 2001.

4. BOUCHARD, C. Tous sur le même bateau! Conferência realizada durante o V Congresso Francófono de Cidades e Vilarejos Saudáveis. (mimeo). Tunísia, 04-07 de dezembro de 1999.
5. Braga, J. M. et al. *Cratéus: um processo compartilhado*. Promoção da Saúde N° 02. Brasília, Ministério da Saúde, nov/jan 1999.
6. BRANDÃO, Israel R. *Amor e amizade nos jardins da psicologia comunitária: uma contribuição da filosofia política ao trabalho psicológico*. In. BRANDÃO, I. R. e BOMFIM, Z. A. (orgs.) Os jardins da psicologia comunitária: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial. Fortaleza, ABRAPSO-Ceará/UFC, 1999.
7. Brandão, Israel R. Em busca da terra prometida: um estudo sobre identidade de lugar com residentes de localidades rurais atingidas pela construção do Complexo Industrial-Portuário do Pecém (CE). Fortaleza, Dissertação de Mestrado em Sociologia, UFC, 2000.
8. CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo, Hucitec, 2000.
9. CAMUS, A. *L' Etranger*. Paris, Gallimard, 1989.
10. CATON, L. e LARSH, S. *An idea whose time has come*. In. Ontario Healthy Communities Coalition (OHCC). Inspiring changes: healthy cities and communities in Ontario. Toronto, OHCC, 2000.
11. Cepal. Panorama social da América Latina. Santiago de Chile, Cepal, 1999.
12. CIAMPA, A. C. A estória do Severino e a história da Severina – Um ensaio de psicologia social. São Paulo, Brasiliense, 1994.
13. CORDEIRO, C. (coord.) Município saudável – Relato das experiências em Crateús e Sobral. Fortaleza, ESP-CE, 2001.
14. FILGUEIRAS, I. W. L. e ANDRADE, L. O. M. *O olhar do especialista de Sobral (CE) sobre o Programa Saúde da Família*. Sanare – Revista de Políticas Públicas, Ano V, N° 01, Sobral, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. pp. 141-150.
15. Freire, P. Educação como Prática de Liberdade. Ed. Paz e Terra. 21a edição, Rio de Janeiro, 1992.
16. Freire, P. Pedagogia do Oprimido. Ed. Paz e Terra. 22 a edição, Rio de Janeiro, 1987.
17. GANDIM, D. A prática do planejamento participativo. Petrópolis, Vozes, 1999.
18. GÓIS, C. W. L. *Método de Ação Municipal – estratégia metodológica para implantação dos Conselhos Municipais de Desenvolvimento Sustentável no Estado do Ceará, Nordeste do Brasil*. In. BRANDÃO, I. R. e BOMFIM, Z. (orgs.) Os jardins da psicologia comunitária: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial. Fortaleza, ABRAPSO-Ceará/UFC, 1999.

19. HABERMAS, J. Pensamento pós-metafísico – estudos filosóficos. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1990.
20. Haesbaert, R. Desterritorialização e identidade: a rede gaúcha no Nordeste. Niterói, Eduff, 1997.
21. HANCOCK, T. Des gens en santé dans des communautés en santé dans un monde en santé: un défi pour la santé publique au 21^e siècle. Conferência realizada durante as Jornadas Anuais de Saúde Pública. Toronto, mimeo, 1999.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasília, IBGE, 2001.
23. KLIKSBERG, B. Capital social y cultura: claves olvidadas del desarrollo. Washington, INDES (mimeo), 2000.
24. KLIKSBERG, B. *Desigualdad y desarrollo en America Latina: el debate postergado*. Revista del CLAD. Reforma y Democracia, N^o. 14., 1999.
25. LACHANCE, Roger e MORISSETTE, Martine. L' obsession du citoyen – “Vade Mecum” pour des villes et villages où il fait bon vivre. Beauport (Canadá), Réseau Québécois de Villes et Villages en Santé, 1998.
26. Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1974.
27. LAVOR, A. C. H., LAVOR, M. C. e LAVOR, I. C. *Agente Comunitário de Saúde – um novo profissional para novas necessidades da saúde*. Sanare – Revista de Políticas Públicas, Ano V, N^o 01, Sobral, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. pp. 121-128.
28. Ministério da Saúde do Brasil. Promoção da Saúde – Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
29. MORENO, G. M. B et al. *A inserção da psicologia na Estratégia de Saúde da Família – relato de experiência*. Sanare – Revista de Políticas Públicas, Ano V, N^o 01, Sobral, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. pp. 77-86.
30. Ontario Healthy Communities Coalition (OHCC). La Coalition. Toronto, 2000.
31. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Municípios e comunidades saudáveis – guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. OPAS, 2002.
32. ROUANET, S. P. A razão cativa – as ilusões da consciência: de Platão a Freud. São Paulo, Brasiliense, 1990.
33. SALES, I. e PAGANI, R. *A preceptoria de território na Estratégia de Saúde da Família em Sobral (CE)*. Sanare – Revista de Políticas Públicas, Ano V, N^o 01, Sobral, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. pp. 41-46.
34. SAWAIA, B. B. Afetividade como fenômeno ético-político e locus de reflexão crítico-epistemológico da psicologia social. Mimeo, 2003.

35. Strozzi, J. B. e Giacomini, M. *Município saudável*. Divulgação 16. Dezembro de 1996.
36. SUCUPIRA, A. C. S. L. e PEREIRA, A. *A preceptoria na Residência em Saúde da Família*. Sanare – Revista de Políticas Públicas, Ano V, Nº 01, Sobral, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. pp. 47-54.
37. Toronto Healthy City Office. *Coming Together. Healthy City Toronto 1993-1997*.
38. TUAN, Y F. Espaço e lugar: a perspectiva da experiência. São Paulo, DIFEL, 1983.
39. TUAN, Y F. Topofilia. São Paulo, DIFEL, 1980.
40. World Health Organization. *Alma Ata. Primary Health Care*. Geneva: WHO, 1978.
41. XAVIER, L, N. *et al. Residência em Saúde da Família – análise da aquisição de competências na visão dos egressos da primeira turma da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia*. Sanare – Revista de Políticas Públicas, Ano V, Nº 01, Sobral, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. pp. 129-140.

INTERSETORIALIDADE: ESTRATÉGIA PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA CIDADE SAUDÁVEL. A EXPERIÊNCIA DE CURITIBA

Simone Tetu Moysés; Marcia Cristina Krempel**; Samuel Jorge Moysés****

INTRODUÇÃO

A construção de uma cidade saudável pressupõe a busca de soluções para as questões que interferem na qualidade de vida de seus habitantes. Desenvolver políticas públicas com foco nos determinantes das condições de vida e saúde é um desafio para os gestores que se propõem a romper com um modelo tradicional de administração pública assistencialista, fragmentada e burocrática. A visão de um novo modelo de gestão, compartilhado com a sociedade, exige uma percepção ampliada do conceito de saúde, capacidade de negociação e articulação e criação de mecanismos de participação democrática e ações resolutivas.

Esse capítulo aborda inicialmente questões conceituais sobre a intersectorialidade e promoção da saúde na gestão pública, como base para essa nova forma de olhar a vida e a saúde na cidade. Curitiba vem construindo uma experiência de gestão pública que centraliza esforços na organização do espaço urbano, valorizando a responsabilidade social na construção de uma cidade mais justa e democrática para todos. Parte dessa experiência será relatada neste capítulo, incluindo exemplos do desenvolvimento de projetos de saúde construídos com base na intersectorialidade.

* Rede de Ambientes Saudáveis de Curitiba. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

** Programa Municipal de Controle da Dengue, Centro de Saúde Ambiental da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

*** Centro de Educação em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Professor da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Universidade Federal do Paraná.

A DIMENSÃO COLETIVA DA SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE

Saúde, compreendida como dimensão social da cidadania e direito fundamental à vida, é tema da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988). As discussões sobre saúde como direito social, no Brasil, tomaram corpo na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, cujo tema era “Democracia é Saúde”. Em seu relatório final apontava o conceito positivo de saúde, definido como resultado dos modos de organização da sociedade num contexto histórico e conquistado pela coletividade. Dessa forma, apontava-se como imperativo que o Estado assumisse uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas para garantir a universalidade de acesso, assegurando condições de sobrevivência individual digna e bem estar coletivo.

Fazia parte do ideário da Reforma Sanitária Brasileira a exigência da participação e controle social efetivo, sendo esse pressuposto viabilizado com a constituição de Conselhos Municipais de Saúde para a construção do Sistema Único de Saúde. Os Conselhos, progressivamente, consolidam a presença ativa de múltiplos atores na definição de políticas de saúde. Esse tem sido um importante instrumento para que as comunidades adquiram força e consciência de sua capacidade e poder coletivo para enfrentar e resolver problemas. A participação social tem sido uma estratégia de “empoderamento” pela oportunidade de educação para cidadania, socialização de informações, envolvimento no diagnóstico e na tomada de decisões e execução dos projetos sociais, resultando no compartilhamento de responsabilidades na gestão da saúde.

Nesse contexto amplo de fundamentação conceitual e participação da cidadania, a definição de políticas públicas de saúde impõe uma agenda de gestão que implica ações intersetoriais. Há um reconhecimento cada vez mais sólido, entre os grupos de atores interessados na questão da saúde humana, que a forma hegemônica, biomédica, de intervenção do setor saúde não impacta os graves e complexos problemas de saúde do mundo moderno. Agravos de gênese complexa, como a violência e os acidentes, tornam evidente essa posição. O conhecimento especializado e fragmentado não tem capacidade de explicar os problemas e nem a ação setorial estrita capacidade de resolvê-los.

Assim, a intersectorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas. Atuar integralmente sobre o homem e suas necessidades implica o desenvolvimento de ações intersectoriais, de forma a garantir a resolutividade diante da complexidade e multifatorialidade na determinação da qualidade de vida nas cidades.

A experiência recente, acumulada na gestão de políticas públicas em sociedades urbanas complexas, indica que para desencadear uma ação intersectorial é necessário que o objeto de intervenção proposto tenha alguma transversalidade, tornando-se relevante aos diversos atores/setores envolvidos, seja relativamente estruturado e, portanto, passível de enfrentamento, e que seja capaz de gerar metas mobilizadoras compartilhadas.

Publicação da Organização Pan-Americana da Saúde aponta, como um dos elementos essenciais para a implementação de políticas públicas saudáveis, a intersectorialidade traduzida pelo estabelecimento de alianças estratégicas. Essas são compreendidas como relações e acordos estabelecidos entre os diferentes interlocutores, representados por setores e organizações, com o objetivo de alcançar as metas almejadas. As alianças estratégicas mais comuns se estabelecem com agências governamentais, instituições de saúde e outros setores tais como educação, justiça, legislação, transporte, cultura e esportes, organizações não-governamentais (ONG's), escolas, comunicação, grupos religiosos e organizações públicas e privadas. Todos esses atores são parceiros potenciais (OPAS, 2003).

Intersectorialidade é, portanto, a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, e, portanto, com saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (FEUERWERKER e COSTA, 2000). Dessa forma, a abordagem intersectorial de problemas ou o processo de construção da intersectorialidade não está isento de conflitos, contradições e problemas. É preciso criar espaços de compartilhamento de saber e poder, construir novas linguagens e novos conceitos, desenvolver capacidade de escuta e negociação. É preciso reconhecer que nenhum setor tem poder suficiente para dar conta do problema sozinho e que a ação intersectorial pode possibilitar uma ação mais potente e resolutiva.

Uma gestão intersetorial na área da saúde é uma ação compartilhada com diferentes setores sociais para enfrentamento dos problemas que incidem sobre a saúde, tendo como eixo norteador a qualidade e a melhoria das condições de vida e saúde da população (CURITIBA, 2000).

A CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE PELA VIA DO SETOR SAÚDE

O setor saúde parece ser, no caso brasileiro, o setor que mais enfaticamente provoca articulações intersetoriais. Contribui para isso, além do reconhecimento de seus próprios limites para enfrentar todos os problemas de saúde, também o acúmulo de experiências capilarizadas em vastas redes de intervenção político-sanitária, bem como a capacidade de organizar a sua base operativa contando com recursos oriundos de vários órgãos públicos, principalmente na esfera municipal.

A concepção ampliada de saúde exige a ação intersetorial, na qual profissionais e instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumem a responsabilidade de atuar como mediadores entre esses diversos interesses que atravessam a produção da saúde. Isso, mais uma vez, evidencia o fato de que boa parte das políticas formuladas pelos demais setores da sociedade tem consequências para a saúde da população (BRASIL, 2003).

Entretanto, como abordado anteriormente, a construção da intersetorialidade pressupõe capacidade de compartilhar saberes, poderes de negociação, superar conflitos, respeito a diversidade e particularidades de cada setor participante. Especialmente a colaboração para a promoção da saúde é um acordo voluntário entre dois ou mais parceiros que decidem trabalhar em cooperação para obter um conjunto de resultados de saúde compartilhados (OPAS, 2003).

Dificuldades relacionadas à gestão da saúde pela via da intersetorialidade, tais como a ausência de cultura de ação intersetorial e dificuldade de financiamento de ações intersetoriais são apontadas por Feuerwerker e Costa (2000). A dificuldade de romper as relações tradicionais de trabalho, onde o segmento que

detem o poder acaba prevalecendo no processo de decisão, aliada à dificuldade da força de trabalho em olhar para além do objeto específico de sua atuação, muitas vezes em situações contaminadas pelo corporativismo profissional, onde interesses de classe prevalecem acima dos interesses coletivos, caracterizam aspectos da cultura institucional que devem ser superados. Além disso, as rubricas dos orçamentos públicos são predominantemente setorializadas, o que reforça a dificuldade de compartilhamento de poder entre os atores envolvidos e dificulta a agilização e resolutividade das ações.

Feuerwerker e Costa (2000) ainda argumentam que, para facilitar o processo, é preciso desenvolver instrumentos de planejamento e avaliação de projetos intersectoriais e capacitar os diversos atores envolvidos no trabalho intersectorial, principalmente para o desenvolvimento de habilidades de articulação e negociação.

O empoderamento dos diversos atores envolvidos através de sua transformação em sujeitos sociais, fortalecendo a participação coletiva na formulação de políticas públicas parece ser uma estratégia essencial para o desenvolvimento de ações intersectoriais na área da saúde. Assim, é fundamental que o setor saúde assuma o papel de estimular o envolvimento dos diversos setores públicos e sociedade na prática de gestão intersectorial, para avançar de modo sustentado na conquista de melhor qualidade de vida e saúde.

PROMOÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA PELA VIA DA INTERSECTORIALIDADE

A discussão contemporânea de promoção de saúde busca novas respostas sobre como diferentes ambientes na sociedade poderiam tornar-se ambientes de suporte para promover saúde. Nas últimas décadas, a Organização Mundial da Saúde tem disseminado o conceito e apoiado a criação de Ambientes Saudáveis - como cidades, escolas, locais de trabalho - estimulando agências nacionais e internacionais, comunidades, organizações governamentais e não governamentais e o setor privado a investirem nessa estratégia pelo seu potencial em promover a saúde física, social e emocional de comunidades (KREMPEL e MOYSÉS, 2002).

Tal estratégia oportuniza ações de promoção de saúde que reforçam a compreensão e aplicação dos compromissos assumidos internacionalmente (BRASIL, 2002), tanto na área específica da saúde, quanto nas áreas de direitos sociais e desenvolvimento sustentável, amplamente discutidos na Declaração de Alma Ata (1978), na Carta de Ottawa (1986), nas Conferências de Adelaide (1988) e Sundsvall (1991), na Declaração de Jacarta (1997), na Conferência do México (2000), na Carta de Bangcoc (2005) e a Conferência de Nairíbi (2009), bem como na Agenda 21 (1992), Carta do Caribe (1993) e na Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente (1995). Para Andrade e Barreto (2002) algumas questões-chave puderam ser evidenciadas nesses eventos, especialmente a reafirmação da importância da Promoção da Saúde e a necessidade de focalizar os determinantes estruturais da saúde.

A compreensão da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida na América Latina pressupõe o reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais, no marco dos direitos universais fundamentais, posto que o direito à saúde evidencia-se como expressão direta do direito fundamental à vida. A Promoção da Saúde, assim, volta-se para o desenvolvimento e reforço de potencialidades e da autonomia na busca da qualidade de vida por meio do enfrentamento de seus determinantes sociais (ABRASCO, 2003).

Ações de promoção da saúde pressupõem que: (i) saúde deve ser parte integrante de ações voltadas para o desenvolvimento; (ii) saúde pode ser melhorada por meio da modificação do ambiente físico, social e econômico; (iii) as condições em espaços sociais como a casa, a escola, a universidade, a comunidade, o local de trabalho e a cidade influenciam profundamente a condição de saúde das pessoas; e (iv) ações intersetoriais voltadas para a saúde são necessárias no nível local. É essencial, portanto, que pessoas e organizações assumam seu papel na criação de oportunidades e escolhas saudáveis, por meio do comprometimento político com o desenvolvimento sustentável e a redução das desigualdades sociais e de saúde (BRASIL, 2001).

Intervenções promocionais nas cidades passam então a atuar nos ambientes que estão gerando distorções com vistas a prevenir situações de exclusão. Aproveitando as potencialidades dos recursos locais, em um processo de construção de

viabilidades para o enfrentamento dos problemas urbanos, a busca da equidade passa a ser possível através de parcerias com a comunidade e os diversos setores da sociedade numa visão interdisciplinar sustentável.

Assim, inovações na gestão pública, incorporando as estratégias promocionais de articulação intersetorial e mobilização das comunidades, passa a ter importância fundamental para o incremento da qualidade de vida, sobretudo em cidades onde a desigualdade socio sanitária é bastante acentuada (BUSS, 2000).

CURITIBA: INTERSETORIALIDADE COMO UM CAMINHO PARA A QUALIDADE DE VIDA

A cidade de Curitiba, como a maioria das cidades de grande porte no Brasil, tem construído sua especificidade no desenvolvimento de políticas urbanas pautadas pela diversidade cultural e étnica, contradições socioambientais e desigualdades decorrentes do processo de urbanização.

Nas últimas décadas, a cidade tem recebido destaque nacional e internacional por caracterizar-se como um espaço social onde a promoção de saúde e qualidade de vida tem norteado o desenvolvimento de políticas públicas em áreas como saúde, educação, transporte, abastecimento, meio ambiente. Através do estímulo à gestão compartilhada na interação e integração entre o setor público e a sociedade, o desenvolvimento dessas políticas tem procurado valorizar a responsabilidade social na construção de uma cidade mais justa e democrática para todos.

A primeira evidência de gestão voltada para a qualidade de vida em Curitiba pode ser talvez caracterizada pelo processo de organização do espaço urbano proposto na década de 1940 pelo arquiteto francês Alfred Agache (MOYSÉS, 2000; MOYSÉS e BARACHO, 1998). Com uma concepção de padrão de crescimento da cidade de forma radial e centrífuga, o Plano Agache organizava a cidade por zonas e funções onde se previam áreas residenciais, de comércio e lazer que teriam impacto na disposição espacial e social da cidade.

Esses princípios nortearam, na década de 1960, as ações de planejamento desenvolvidas pelos arquitetos e urbanistas do Instituto de Planejamento e Pesquisa Urbana de Curitiba (IPPUC), seguindo essa lógica de organização e desenvolvimento da cidade com vistas à qualidade de vida de sua população.

Apesar da configuração desse planejamento urbano, a década de 1970 foi marcada pelo impacto do processo de intensa migração associada à crise econômica e social do país, que teve como consequência modificações demográficas significativas, algumas previstas pelo planejamento e outras ocorrendo de forma imprevista e desordenada.

Para atender as demandas sociais e controlar a degradação ambiental provocadas por esse processo, na década de 1980 tornou-se imperativo a implementação de políticas públicas envolvendo vários setores municipais da área social. Como exemplo, pode-se citar a criação da Secretaria Municipal da Saúde, antes estruturada no Departamento de Desenvolvimento Social da Prefeitura.

A década de 1990 foi marcada pela absorção de novos paradigmas nacionais e internacionais de Desenvolvimento Humano e do movimento de Cidades Saudáveis, para enfrentar o desafio de superar práticas assistencialistas e burocráticas, e adotar aquelas voltadas para um real comprometimento com o atendimento às necessidades da população. A partir daí, incorpora-se o reconhecimento de que a gestão da cidade é coletiva e deve promover a melhoria da qualidade de vida do cidadão.

Com a reformulação da prática administrativa, o gestor municipal centraliza esforços no sentido de implementar inovações no seu processo de gestão, priorizando a atuação estratégica intersetorial, descentralizada e compartilhada com a sociedade.

A elaboração de projetos e planos de gestão balizadores na formulação do Modelo de Gestão Curitiba (CURITIBA, 2000), partiu de um processo metodológico construído coletivamente, batizado como *Decidindo Curitiba*, onde os diversos atores sociais ligados ao setor público e a sociedade identificaram

problemas estruturais da cidade para a definição de prioridades de investimento e intervenção.

O Modelo de Gestão Curitiba, assim criado, integrou o processo de pensar, agir e avaliar a gestão pública na perspectiva de analisar e interpretar as questões da cidade e do cidadão no seu conjunto e nas especificidades que lhes são próprias.

Na prática, esse modelo constitui um marco teórico de planejamento estratégico situacional e comunicativo, que horizontaliza relações políticas e articula o planejamento e o orçamento, ambos monitorados e referenciados nos indicadores sociais do município. Tal prática de gestão, invariavelmente, sugere o direcionamento para a intersetorialidade. Essas características constituem-se em fatores de transformação da cultura pública tradicional para uma cultura voltada para resultados (CURITIBA, 2000).

Assim, um planejamento com visão do futuro da cidade foi desenhando cenários e construindo viabilidades. A organização descentralizada da administração pública oportuniza o compartilhamento e parcerias com instâncias formais e informais da sociedade, favorecendo o desenvolvimento de projetos e ações de forma matriciada, considerando o cidadão em sua totalidade, sempre manifestando necessidades individuais e coletivas.

A expressão dessa forma de organização matriciada se deu na formulação de projetos estratégicos que partiam da compreensão da complexidade da cidade, a qual exige o desenvolvimento de ações multi-institucionais para serem mais resolutivas.

Os projetos estratégicos representam as estratégias promocionais de articulação intersetorial e mobilização das comunidades que passam a ser incorporadas na agenda de políticas públicas de forma intersetorial, considerando o papel de todos os setores públicos e da sociedade na condução de ações que influenciem a qualidade de vida na cidade.

A gestão municipal, com suas diversas secretarias e demais órgãos da administração direta e indireta, reorganiza sua forma de atuação em espaços territo-

riais específicos na cidade, o que se reflete na formulação de políticas setoriais compartilhadas, agora conectadas pela visão ampliada de gestão.

Na Secretaria Municipal da Saúde isso pode ser observado pela crítica e busca de reorganização de um sistema de atenção fragmentado para um Sistema Integrado de Serviços de Saúde, que passa a incorporar conceitos de resolutividade, coordenação e responsabilização. A atenção básica é reconhecida como o primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde, que passa a coordenar e organizar uma rede longitudinal de atenção, rompendo com a concepção hierarquizada por complexidade. Além disso, esse Sistema assume a responsabilidade pela atenção integral da saúde e qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade.

Seguem alguns exemplos de projetos gerenciados pela Secretaria da Saúde de Curitiba, com início nos anos 2000, que tem a intersectorialidade como estratégia para seu planejamento e desenvolvimento.

PROGRAMA VIDA SAUDÁVEL: A CIDADE COMO ESPAÇO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

A forma como as pessoas vivem e as escolhas que fazem estão relacionadas ao contexto e cultura do espaço de sua cidade, aos hábitos adquiridos nos ambientes familiares e sociais e ao conhecimento que lhes é disponibilizado.

É essencial capacitar as pessoas no seu espaço de viver cotidiano para lidar com sua vida e sua saúde. O desenvolvimento da autonomia requer a contínua socialização das informações, oportunidades de aprendizado para assuntos de saúde e cidadania, além de processos de participação social. Estratégias populacionais de intervenção sobre os problemas de saúde desafiam os diferentes setores a uma ação compartilhada, sob uma nova forma de compreender e abordar saúde, tendo como eixo norteador a melhoria das condições de vida e saúde na cidade.

Com esse referencial teórico o Programa Vida Saudável foi uma política pública desenvolvida pela Prefeitura de Curitiba, centrada na estratégia da intersetorialidade envolvendo Secretarias Municipais da Saúde, do Esporte e Lazer, Educação, Fundação Cultural, Companhia de Desenvolvimento de Curitiba, Fundação de Ação Social, Diretoria de Trânsito e Secretaria do Abastecimento.

O objetivo era promover a saúde individual e coletiva com ações direcionadas para a população e para o ambiente. Espaços públicos como parques e espaços comunitários foram transformados em áreas de democratização da educação em saúde, e de estímulo à atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades culturais e de lazer, educação ecológica, entre outros, criando oportunidades de participação que favorecem o “empoderamento” da população para hábitos mais saudáveis.

O desafio de fortalecer ambientes sociais para que se tornem espaços de suporte à promoção da saúde e facilitem as escolhas saudáveis, ampliou em 2003, as ações para as escolas, empresas e universidades. O então Projeto Ambientes Saudáveis mobilizou mais de 200 instituições na cidade, envolvendo universidades, empresas, escolas de ensino fundamental, além de instituições governamentais e não governamentais da cidade, no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e troca de experiências.

Entre os anos de 2001 e 2003, em torno de 500 mil pessoas participaram dos 285 eventos realizados na cidade. A solicitação crescente por materiais educativos, o interesse da mídia em divulgar as atividades realizadas e o número de solicitações para realização de eventos em comunidades e instituições reafirmaram a necessidade e a busca das pessoas por suporte a práticas saudáveis.

A intersetorialidade tem sido consolidada pelo crescente número de ações realizadas em parcerias com associações comunitárias, ONG, associações de classe, entre outros, o que tem proporcionado o compartilhamento de conhecimentos, capacidade de mobilização, organização e custos dos eventos. Esse cenário reforça a responsabilidade do setor público, em conjunto com a sociedade, de dar suporte e garantia de uma vida saudável aos cidadãos que vivem na cidade de Curitiba.

ALFABETIZANDO COM SAÚDE

Nesse projeto, as Unidades de Saúde (US) de Curitiba transformam-se em salas de aula no final da tarde ou à noite, para os seus usuários. É um trabalho intersetorial, conduzido pelas Secretarias Municipais da Saúde e Educação.

Premiado pela UNESCO em 2008, o projeto é executado por voluntários da comunidade, entre eles empresários, donas de casa, universitários, aposentados e profissionais liberais capacitados. O material didático é inédito e foi elaborado por técnicos da Secretaria de Saúde e Secretaria da Educação, com conteúdos que cumprem, no mínimo, duas finalidades pedagógicas: ao mesmo tempo em que alfabetizam, orientam quanto à prevenção de doenças e promoção do autocuidado. Demais materiais utilizados pelos alunos são doados pela Secretaria da Educação e outros parceiros, como Clubes de Rotary e empresários.

O programa está implantado desde 2002. A faixa de idade dos alunos está entre 45 e 80 anos, sendo na maioria participantes dos programas de Hipertensos, Diabéticos, Saúde Mental e Mãe Curitibana.

ADOLESCENTE SAUDÁVEL

O Programa Adolescente Saudável foi lançado em 2002, para todas as US da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, preenchendo uma lacuna da atenção integrada e sistematizada voltada aos adolescentes da cidade.

O Programa é pioneiro ao levar o acolhimento solidário e a assistência integral à saúde do adolescente de maneira descentralizada, sensibilizando e capacitando a equipe multiprofissional de todas as US, em consonância com as diretrizes do Sistema Integrado de Saúde e do SUS. A atenção integral incorpora ações de prevenção e de assistência, realizadas pela área da saúde e em parceria com organizações governamentais e não governamentais, com base no protagonismo juvenil. Isso induz o adolescente a desenvolver sua autonomia e responsabilidade, indispensáveis para a construção de um adulto saudável.

Curitiba também participa dos programas “Saúde e Prevenção nas Escolas” e “Saúde na Escola”, realizados em parceria com os três níveis de governo.

PROGRAMA MULHER DE VERDADE

A violência contra a mulher constitui violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais e trata-se de um fenômeno que atinge mulheres de diferentes raças, etnias, religiões, escolaridade e classes sociais.

Em março de 2002 a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba lançou o Programa de Atendimento à Mulher Vítima de Violência, com um enfoque principal na estruturação de serviços para o atendimento à vítima de violência sexual.

A estruturação dessa proposta teve como princípios básicos: o atendimento humanizado, a atenção integral e a integração entre os serviços de saúde, de segurança pública, a área social e jurídica e a sociedade civil organizada.

Nessa perspectiva estruturaram-se no município hospitais de referência para o atendimento e acompanhamento das vítimas de violência sexual. Formulou-se, também, um Protocolo de Atendimento que contempla os diferentes aspectos pertinentes à questão. Estabeleceu-se, assim, um fluxo de atendimento desde as Unidades de Saúde até os serviços de referência, com orientações detalhadas dos procedimentos que os serviços devem adotar e as informações importantes a serem repassadas para a vítima.

Parceria estabelecida entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança proporcionou um trabalho integrado entre as equipes dos hospitais e dos médicos peritos, fazendo com que a vítima passasse a ser atendida de modo integrado no próprio hospital.

REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes são fenômenos que acontecem independentemente de classe social, etnia, religião ou escolaridade dos agressores e se constituem em importantes causas para as demais formas de violência urbana. Na medida em que ensinam um padrão de comportamento para o enfrentamento de conflitos, baseado na violência, abrem caminho para a marginalidade de crianças e adolescentes e geram adultos que tendem a reproduzir tal padrão de relacionamento familiar e social.

A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, objetiva contribuir para a redução desse problema, em especial da violência doméstica. Busca-se sensibilizar e capacitar os profissionais diretamente envolvidos no atendimento a esse grupo populacional para que reconheçam os sinais de violência, avaliem a gravidade da situação, notifiquem e desenvolvam ações de proteção à criança ou ao adolescente e de ajuda à família para que ela tenha condições de cumprir seu papel de criar, educar e proteger seus filhos. Dessa forma, objetiva-se intervir precocemente nas situações geradoras de violência, interrompendo o processo de repetição e agravamento dos maus-tratos.

Objetiva-se também produzir informações e indicadores que permitam conhecer o problema e construir propostas e projetos voltados para a prevenção da violência, especialmente envolvendo a comunidade.

A Coordenação Municipal da Rede de Proteção é organizada em forma de colegiado por representantes das Secretarias Municipais da Educação e da Saúde, do Instituto Municipal de Administração Pública e da Fundação de Ação Social. São igualmente organizadas em forma colegiada 99 Coordenações Regionais e 103 Redes Locais. As ações integradas compreendem outras secretarias e órgãos municipais, bem como outras instituições governamentais e não-governamentais.

O monitoramento e a produção de informações e indicadores que permitam conhecer melhor o problema e construir propostas voltadas para a prevenção da violência é um dos objetivos dessa proposta. Dados preliminares apontam

que o aumento registrado no número de notificações, percebido quando se compara com os dados de anos anteriores do SOS Criança, denota que o sub-registro dessa forma de abuso está diminuindo, possibilitando que mecanismos de proteção possam ser acionados.

CONCLUSÕES

Nesse capítulo, questões conceituais e experiências concretas tratando da intersetorialidade e da promoção da saúde na gestão pública da cidade de Curitiba foram apresentadas.

As lições aprendidas com essas experiências na cidade, particularmente na última década, mostram que nas comunidades onde a participação social e a coordenação intersetorial propiciada pelo poder público são consistentes, existe grande possibilidade de êxito. A questão chave continua sendo a capacidade de motivar suficientemente todos os atores envolvidos, fornecendo clareza conceitual, recursos de conhecimento, transparência de informações e partilhamento de poder.

O comprometimento dos vários atores envolvidos em projetos intersetoriais, no médio e longo prazo, também é questão crucial para a sustentabilidade das políticas públicas, especialmente aquelas voltadas para a promoção da saúde. Nesse sentido, além da abrangência e relevância social das políticas, há que se pensar na formação e manutenção de redes colaborativas, apoiadas na diversidade de atores e instituições, bem como em bases políticas e legislativas que permitam que a intervenção seja sustentável, independentemente de eventuais mudanças das autoridades locais.

A experiência concreta de Curitiba, construída nas últimas décadas, mostra que, mesmo em meio a grande diversidade de cenários e atores, a sustentação da ação intersetorial é possível no longo prazo. A qualidade de vida, já desfrutada hoje pelos curitibanos, demonstra que essa prática é saudável.

Referências

1. ABRASCO, Pró-GT de Promoção de Saúde e DLIS - Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável. Delineando um Marco Conceitual para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. Relatório técnico. Porto Alegre. 2003
2. ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de e Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: M. C. d. S. Minayo e A. C. d. Miranda (Ed.). Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 151-171.
3. BRASIL. Constituição da república Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal. 1988
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto de promoção de saúde. <http://www.saude.gov.br/programas/promocao/progsaud.htm>: Acessado em 25 de janeiro de 2004.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Ministério da Saúde. Brasília, p.56. 2002
6. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Construindo a política nacional de promoção à saúde; documento preliminar. Brasília. 2003
7. BUSS, Paulo Marchiori. Promoção de saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.163-177. 2000.
8. CURITIBA, Instituto Municipal de Administração Pública. Modelo de Gestão Curitiba. IMAP. Curitiba. 2000
9. FEUERWERKER, Laura e Heloniza Costa. Intersetorialidade na REDE UNIDA. Divulgação em Saúde para Debate, n.22, p.25-35. 2000.
10. KREMPEL, Márcia Cristina e Simone Tetu Moysés. Ambientes saudáveis; uma estratégia de promoção de saúde. Projeto técnico. SMS-Curitiba. Curitiba. 2002
11. MOYSÉS, Samuel Jorge. Oral health and healthy cities: an analysis of intra-urban differentials in oral health outcomes in relation to "healthy cities" policies in Curitiba, Brazil. (PhD Thesis). The Royal Free and University College Medical School, Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, 2000. 386 p.
12. MOYSÉS, Samuel Jorge e João Carlos Gonçalves Baracho. Curitiba! Uma cidade saudável. In: E. V. Mendes (Ed.). A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 337-359
13. OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde, Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. Municípios e comunidades saudáveis. Guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. OPAS, W.K. Kellogg Foundation. Brasília, p.70. 2003

GESTÃO INTEGRADA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM GOIÂNIA – GO: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA FELIZCIDADE

*Dais Gonçalves Rocha**; *Antônia Lúcia Cavalcanti*; *Cecília Torres Borges*

INTRODUÇÃO

O investimento em ações intersetoriais e a gestão integrada das políticas públicas têm sido apontados como grandes desafios para o enfrentamento das diferenças inaceitáveis na distribuição de oportunidades de acesso da população brasileira à qualidade de vida (LAVINAS e VARSANO, 1997; PAIXÃO, 1997; WESTPHAL, 1997).

A concepção de política de centralização do poder definiu, por um longo período da nossa história, o desenho e a dinâmica da cidade a partir de decisões pontuais, de interesses pessoais e de grupos econômicos organizados, contribuindo para a formação de um quadro muito negativo, em relação às condições de vida e de sobrevivência da população brasileira.

Essa situação demonstrou a necessidade de se dar um salto de qualidade na gestão municipal, de maneira a tornar eficiente e transparente o uso dos recursos públicos. Isso exigiu dos governos municipais a responsabilidade de responder aos desafios urbanos pensando e construindo a cidade, de modo diferente (VIANA, 1998).

Foi a partir dessa visão que a atual gestão de Goiânia optou por uma prática de governo unitária, em que as soluções dos problemas da cidade não se restringissem à decisão de uma única secretaria ou área específica de governo, tendo como princípio a promoção de políticas intersetoriais/integradas, nas quais o processo de planejamento se orienta pela definição coletiva das ações, compartilhando objetivos, responsabilidades e recursos (WESTPHAL e MENDES, 2000; BUSS, 2000; OPAS, 2002). É a experiência de Goiânia que será relatada neste

* Profª Dra. da UNB. Projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde e Membro da Secretaria Executiva do Programa FelizCidade em 2004.

capítulo, enfocando, especialmente o Programa FelizCidade, uma das estratégias desenvolvidas no município para a concretização dessa proposta.

ESTRATÉGIA DEMOCRÁTICA DE PLANEJAMENTO: MOBILIZAÇÃO GOVERNAMENTAL E NÃO-GOVERNAMENTAL

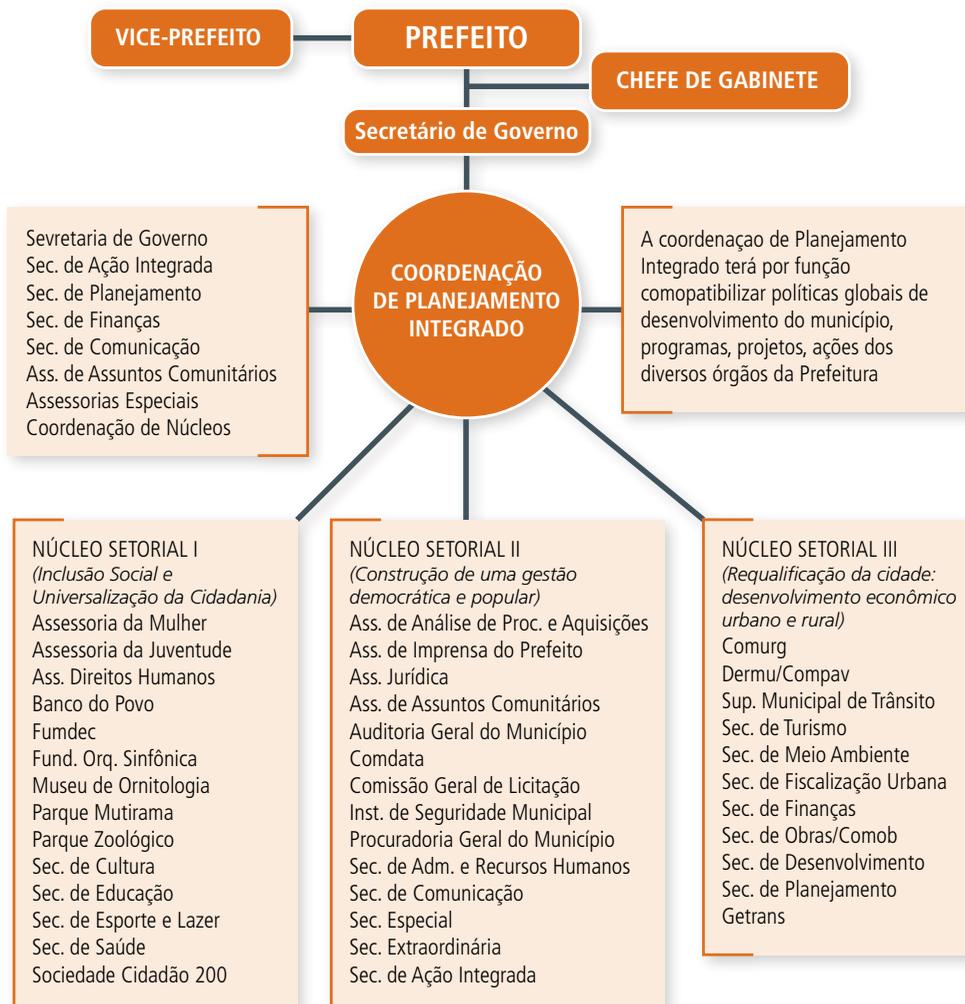
Um dos princípios da democracia é o incentivo da população à participação, mas de maneira qualificada e precisa. Governar democraticamente pressupõe planejar agendas políticas que se traduzam em ações concretas, cotidianas, sistemáticas e continuadas. As ações administrativas devem ser planejadas, coordenadas e conjuntas, pois traduzem diretrizes e a postura do governo perante a sociedade.

A participação nas decisões constitui-se num instrumento fundamental para o processo de democratização do poder público local e de auto-organização da sociedade (KAWACHI *et al.*, 1997). A institucionalização de canais orgânicos é essencial para que a população possa apropriar-se das informações com relação à dinâmica de funcionamento do governo e das orientações políticas por ele adotadas. O processo de construção de um governo democrático exige a participação ativa dos segmentos da sociedade em níveis diferenciados de organização, nas decisões sobre as orientações, diretrizes e prioridades da política governamental, incluindo as definições orçamentárias.

Nessa perspectiva política, um planejamento discutido pelos diversos órgãos, de forma integrada e coordenada, constitui-se numa ferramenta importante para o desenvolvimento do modo de governar. Dessa forma, construiu-se uma sistemática em que cada secretaria ou órgão estrutura-se para discutir internamente e propor suas prioridades, constituindo-se num processo de planejamento ascendente. Essas serão rediscutidas, dentro de um contexto de conjunto, para serem sistematizadas, de forma integrada, por uma coordenação de planejamento. A coordenação se encarregará também de avaliar a execução das ações priorizadas (PMG, 2001).

Para a operacionalização foram definidos os eixos prioritários de governo, que são: a) inclusão social e universalização da cidadania; b) construção de uma gestão

pública democrática e popular; c) requalificação da cidade com desenvolvimento econômico, urbano e rural. As secretarias e demais instâncias da administração municipal foram agrupadas em três núcleos setoriais, segundo sua área de atuação e em consonância com esses eixos, conforme o esquema abaixo:



ESTRUTURA DA SISTEMÁTICA DE PLANEJAMENTO

No Núcleo Setorial I, estão as Secretarias que tratam das políticas sociais: educação, saúde, assistência, cultura, esporte e lazer, as assessorias da mulher, da juventude e de direitos humanos entre outras. Essas instâncias são as responsáveis pela implementação das políticas públicas relacionadas ao eixo da inclusão social e universalização da cidadania.

O Núcleo Setorial II agrupa as Secretarias que atuam como mediadoras entre o poder público e a população, ou seja, trabalham para estabelecer canais de participação da população e estão ligadas ao segundo eixo que é construção de uma gestão pública democrática e popular. Esse desafio não é simples em uma realidade nacional e local marcada por práticas autoritárias que tendem a minimizar o poder de participação e de decisão da população, restringindo o seu papel ao ato de opinar ou referendar políticas.

Um governo comprometido com a democracia deve criar condições para que a sociedade exerça seu direito à informação e à participação. O fortalecimento da sociedade civil implica incentivo à criação de canais de participação que possam exercer o controle público do governo.

Em Goiânia, o Orçamento Participativo (OP) constitui-se num dos principais canais de mobilização e participação popular. É a Assessoria de Assuntos Comunitários, que faz parte do Núcleo Setorial II, a responsável pela discussão, implementação e acompanhamento da execução do OP.

São os Delegados do OP que realizam a mobilização das lideranças populares e da comunidade para a participação nas conferências, fóruns, conselhos, eleições e eventos realizados pelo poder público e em parceria.

Além do OP, a administração de Goiânia criou outros canais de participação e controle social como: o Fórum da Agenda 21, a realização de diversas conferências temáticas, a instalação de vários conselhos, o incentivo à criação de associações de bairros, citando apenas alguns.

A relação entre governo e sociedade, fundada na transparência e no diálogo, deve possibilitar soluções para os problemas que afetam a dinâmica da cidade. O diálogo permanente entre governo e sociedade, como princípio fundamental que orienta a gestão administrativa, pressupõe que os dirigentes e os órgãos correspondentes possam, técnica e politicamente, responder às reivindicações dos cidadãos.

No Núcleo Setorial III, estão as Secretarias e órgãos da administração responsáveis pela infraestrutura da cidade como: limpeza urbana, manutenção, obras de asfaltamento entre outras e estão relacionadas ao terceiro eixo requalificação da cidade com desenvolvimento econômico, urbano e rural.

O objetivo da estruturação desses núcleos setoriais foi a implementação de um modelo de gestão democrático e participativo, invertendo o foco das prioridades (privilegiando o interesse público), ampliando a participação dos técnicos e da população.

Os secretários e assessores reúnem-se quinzenalmente em seus núcleos setoriais e o coordenador de cada núcleo encaminha as demandas e resoluções dos mesmos para a Coordenação de Planejamento Integrado – COPI, a partir da qual o Secretário de Governo faz a mediação com o Prefeito com vistas aos encaminhamentos.

Todavia, faltava ainda um meio concreto no qual as ações tivessem um direcionamento único e fossem definidos responsáveis por essas. Com esse intuito foi criado o Programa FelizCidade.

O QUE É O PROGRAMA FELIZCIDADE

O FelizCidade é um programa matricial constituído por um conjunto de ações integradas para garantir uma ampla rede de atenção e proteção social, voltado, especialmente, aos grupos da população que se encontram em situação de exclusão social. Articula centralmente as ações das políticas de Educação, de Saúde e de Assistência Social e, secundariamente, todas as outras áreas sociais

da Prefeitura de Goiânia, além de Organizações Não-Governamentais, empresas privadas e representantes da comunidade.

Construído a partir dos eixos de prioridades estabelecidas pela atual gestão, organiza-se em três subprogramas, segundo os ciclos de desenvolvimento humano ou ciclos de vida (DE NEGRI FILHO, 2004; ARROYO, 2000; LIMA, 2000):

- Nascer Feliz para atendimento à gestante, à nutriz e à criança em sua primeira infância, até os 5 anos de vida;
- Crescer Feliz: para atendimento dos 6 anos de vida aos dezenove anos, ou seja, da infância à idade para o primeiro emprego;
- Viver Feliz: para atendimento aos membros adultos das famílias em programas de construção de qualidade de vida e cidadania, visando à emancipação cidadã e financeira dos núcleos familiares atendidos pelo programa.

Um passo importante era identificar um território e público-alvo comuns, onde as secretarias e os órgãos da administração municipal definissem ações prioritárias complementares ou suplementares. Para tal, foi fundamental conhecer o cenário onde as ações seriam desenvolvidas.

O CENÁRIO

Goiânia, Capital do Estado de Goiás, situada na região Centro-Oeste do Brasil, tem 70 anos, com uma população de 1.090.073 habitantes (IBGE, 2000), dos quais 1.085.806 (99,3%) estão situados na área urbana e 7.201 (0,7%) na área rural. Cerca de 15,10% vivem em estado de indigência, submetidos aos efeitos dos problemas sociais e econômicos, acumulados pelo desemprego, transporte precário, uso desigual do solo, inacessibilidade às condições de permanência na educação escolar e degradação ambiental em geral, entre outros. A população de 0 a 19 anos representa 36,4% desse universo.

No que se refere à renda do chefe de família, o censo de 2000 aponta que 6,1% não apresenta renda, 0,1% tem renda de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo e 12,4% tem renda de $\frac{1}{4}$ a 1 salário mínimo, o que equivale a 18,6%, da população

goianiense, isso é, 203.299 pessoas vivem em situação de pobreza absoluta, o que representa 74.000 crianças e adolescentes, de 0 a 19 anos, expostos a uma situação de risco e privados das condições necessárias para o seu pleno desenvolvimento, enquanto pessoa e cidadão.

Grande parte dessa população em situação de absoluta pobreza encontra-se na Região Noroeste, apresentando os piores indicadores sociais do município de Goiânia. Por isso, foi eleita como área prioritária para o desenvolvimento das ações do Programa FelizCidade. Mas, como não é uma região homogênea no que diz respeito a situação socioeconômica, definiu-se os bairros São Domingos, Floresta e Boa Vista como campo de atuação. Essa população possui menor grau de escolaridade, 61% de desempregados, renda *per capita* de R\$ 54,64, maior taxa de mortalidade por homicídios, de mortalidade infantil e de gravidez na adolescência.

A situação de exclusão enfrentada por essa população impôs desafios à administração municipal no tocante à definição de políticas que garantam a inclusão social dos que não têm atendidas suas necessidades humanas. Tornou-se imprescindível aumentar a capacidade de articular direitos, dialogar com outras políticas e afiançar cidadania dos que se encontram afetados por diversas vulnerabilidades no cotidiano (SCOREL, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; MISSÃO CRIANÇA, 2001).

Essa concepção demandava uma definição metodológica que privilegiasse a integralidade das ações.

PASSOS METODOLÓGICOS DE CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA FELIZCIDADE

Construção do Programa:

- Constituição de um Grupo de Trabalho com representantes do Gabinete do Prefeito, das Secretarias de Saúde, Educação, Assistência Social (Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário – Fumdec), para identificação das interações factíveis.

- Sensibilização da equipe técnica das Secretarias de Educação, Saúde e FUMDEC, para a proposta de ação integrada e elaboração da escrita do Programa.
- Elaboração de um Plano de trabalho.
- Realização de um diagnóstico da região ou dos grupos populacionais com maior grau de exclusão, utilizando os dados do Censo de 2000, do Mapa da exclusão/inclusão e do geoprocessamento.
- Sistematização da escrita do Programa e envio para todas as Secretarias e órgãos solicitando sugestões e avaliação das ações propostas.
- Revisão do Programa incorporando as sugestões das diferentes Secretarias, com apresentação e discussão através da realização de um Seminário envolvendo todos os Secretários e dirigentes de órgãos.
- Identificação de possíveis parceiros e realização de reuniões com Missão Criança, Unicef e Banco Mundial, para discussão e consolidação da parceria.
- Apresentação e discussão com representantes da sociedade civil organizada e lideranças da região Noroeste, quando foi apresentada a proposta para ser discutida e avaliada com prazos para o encaminhamento das sugestões a serem incorporadas na redação final do Programa.

Definição de Prioridades e Planejamento das Ações do Programa:

- Mapeamento das áreas críticas da Região Noroeste, utilizando a técnica da estimativa rápida e do geoprocessamento, sendo bairros de atuação prioritária: São Domingos, Floresta e Boa Vista.
- Preparação e realização do Cadastramento de 6000 famílias.
- Realização de oficinas de trabalho, com o objetivo de aumentar a articulação das ações governamentais com iniciativas locais da comunidade.
- Realização do planejamento local envolvendo técnicos que atuam nas unidades de saúde, educação e assistência, entre outros e as lideranças comunitárias dos bairros. Foram eleitos cinco grandes grupos de problemas e assumidos compromissos das ações a serem desenvolvidas no prazo de 3, 6 e 12 meses: desemprego e falta de renda; insuficiência e deficiência dos serviços de saúde; violência urbana e insegurança pública; insuficiência e deficiência na oferta dos serviços de educação; e carência na infraestrutura dos equipamentos sociais.

Sistematização e Avaliação do Programa:

- Constituição do Comitê Gestor Local (com representantes governamentais e da população) e elaboração de um calendário de trabalho.
- Realização de reuniões com os técnicos da Prefeitura Municipal com o objetivo de identificar os desafios, acompanhar e avaliar as ações.
- Realização de uma Oficina de Trabalho para preparar a prestação de contas do Programa em 2002 e planejar as ações de 2003/2004, com a participação das Secretarias envolvidas na Coordenação Geral do Programa, da Secretaria Executiva de Implementação, Acompanhamento e Avaliação, do Comitê Gestor Local e parceiros da iniciativa privada.
- Realização do Seminário: Ações Desenvolvidas e Resultados Alcançados na região, em maio de 2004, com o objetivo de prestar contas a população, técnicos e parceiros, segundo os cinco grandes grupos de problemas do planejamento inicial de 2002.

É importante ressaltar que são realizadas, frequentemente, reuniões de divulgação e sensibilização nos diferentes níveis da Administração Municipal e com parceiros Não-Governamentais para difundir as necessidades e evidenciar as vantagens da proposta de gestão integrada dos problemas.

RESULTADOS ALCANÇADOS

As ações realizadas, pelo seu volume, superam até mesmo as expectativas dos técnicos e das lideranças locais, demonstrando um forte empenho de todos na implementação do Programa. As metas, no geral, foram atingidas e mesmo superadas. Resultados importantes começam a ser registrados, tais como a redução da evasão escolar, aumento do grau de satisfação da população em termos quantitativos e qualitativos.

A intersetorialidade e a articulação entre os órgãos municipais começam a se realizar, com impactos positivos sobre a melhoria da gestão (encaminhamentos conjuntos), otimização de recursos que antes eram aplicados pontualmente e, muitas vezes, de maneiras superpostas.

Há uma motivação crescente entre os técnicos que têm participado das ações. Novos órgãos do poder municipal começam a se integrar, como as Secretarias de Cultura e a de Esporte e Lazer.

A participação da população na identificação e análise dos problemas e na eleição das prioridades têm sido fundamental para o agir qualificado do poder municipal.

Parceiros do setor privado têm ampliado a capacidade instalada dos serviços locais e aumentado o leque de oportunidades de qualificação para o trabalho e opções de lazer.

Há indícios de ruptura com a cultura do clientelismo e ampliação das noções de direito e deveres por parte dos participantes moradores dos bairros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Implantar e implementar esse processo de gestão integrada e participativa das políticas públicas de Goiânia não tem sido uma tarefa fácil. Diante do exposto, observa-se que a integração deve acontecer nos vários níveis de governo (âmbito interno do executivo; das instituições governamentais e nos níveis local, regional/distrital e central) concomitante à articulação desse setor com o não-governamental.

Quem interage não são os setores, as instituições ou programas de forma abstrata, mas sim as pessoas. Portanto, faz-se necessário que sejam criadas instâncias que promovam o conhecimento mútuo dos dirigentes, dos trabalhadores e desses com a população. Constituem-se espaços de encontros, de trocas de saberes e de recursos, favorecendo a articulação de agendas, ações e a pactuação de compromissos mútuos.

O território de atuação compartilhado é uma condição *sine qua non*, onde todos os envolvidos têm que ser, constantemente, sensibilizados e motivados sobre os ganhos da integração.

O enfrentamento da complexidade dos problemas contemporâneos e das desigualdades identificadas neste trabalho exige mudanças de valores culturais e organizacionais, superando o individualismo, a fragmentação do fazer, a competição entre os setores e o distanciamento do governamental em relação à sociedade (LIMA *et al.*, 2003).

O trabalho acima citado aponta que o trabalho intersetorial da Prefeitura Municipal de Goiânia tem assumido a configuração de *Rede Subordinada, pois segundo INOJOSA (1998) 'essa é mobilizada por um poder central administrativo, que controla sua ação e os recursos necessários para seu funcionamento e o desenvolvimento do projeto intersetorial'*. Para a sustentabilidade dessa proposta de gestão deve-se investir na construção de um compromisso mútuo da população e dos segmentos organizados da sociedade civil visando a continuidade e a ampliação das ações desenvolvidas.

Finalmente, um outro desafio a ser enfrentado consiste na construção de mecanismos de acompanhamento e avaliação do impacto desse trabalho nos indicadores de qualidade de vida da região.

Referências

1. Arroyo, Miguel. Fracasso/Sucesso: um pesadelo que perturba nosso sonho. Em Aberto – Brasília 2000: 17 (71), 2000.
2. Buss, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163-177.
3. De Negri Filho, A. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas. In: Sperandio, A.M.G. (Org) O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Volume 2. Campinas, IPES Editorial, 2004.
4. Escorel, SN. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasília, IBGE, 2000.
6. Inojosa, R.M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *RAP Rio de Janeiro* 1998; 32(2): 35-48.
7. Kawachi, I *et al.* Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health* 1997; 87:1491-8.

8. Lavinias, L; Varsano, R. Programas de garantia de renda mínima e ação coordenada de combate à pobreza. Rio de Janeiro: IPEA; dez 1997. (Textos para discussão nº 534).
9. Lima, C. M. *et al.* A intersectorialidade na visão dos profissionais de nível superior lotados no Distrito Sanitário Noroeste e nível central da secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, em 2003. Goiânia, 2003. Monografia de Especialização. Instituto de Patologia Tropical. Universidade Federal de Goiás.
10. Lima, E.S. Ciclos de Formação: Uma reorganização do tempo escolar. São Paulo, Ed. GEDH, 2000.
11. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília, 2001.
12. Missão Criança. Bolsa-Escola Cidadã: Caderno de Textos. Brasília; 2001.
13. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Municípios e Comunidades Saudáveis. Guia dos Prefeitos para Promover Qualidade de Vida. Brasília 2002.
14. Paixão, M. Os Indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) como instrumento de mensuração de desigualdades étnicas: o caso Brasil. Rio de Janeiro; 1997 [não publicado].
15. Prefeitura Municipal de Goiânia (PMG). Diretrizes Políticas do Governo Democrático-Popular de Goiânia. Goiânia: Coordenação de Planejamento Integrado; fev. 2001.
16. Viana, ALD. Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. RAP Rio de Janeiro 1998; 32(2): 23-33.
17. Westphal, MF. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. Rev. Saúde e Sociedade. 1997; 6(2): 9-18.
18. Westphal, MF, Mendes, R. Cidade Saudável: Uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade. RAP Rio de Janeiro 2000; 34(6): 47-61.

CIDADES E COMUNIDADES SAUDÁVEIS: PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

*Augusto Mathias**

Hoje em dia ouvimos falar de globalização não só em termos econômicos, mas também em outras áreas, com a diminuição das distâncias, com o alcance dos meios de telecomunicação, com as influências culturais. Tudo isso leva a que as municipalidades tenham um papel cada vez mais importante, porque nelas é onde se transforma o cotidiano, onde o próximo e as relações humanas adquirem seu máximo valor. É na municipalidade que a relação mais direta entre o governante e o governado ocorre, sendo possível haver um processo participativo. E só podemos falar de participação onde se tem poder de decisão. Dessa forma, o conceito de municipalidade saudável se torna mais relevante.

O conceito de “Cidade Saudável” não é um coisa nova, sua origem vem de movimentos iniciados no século XIX.

Mas o que é uma cidade saudável? Aqui estão alguns parâmetros de uma cidade saudável e esses incluem limpeza, segurança, alta qualidade física do meio ambiente, um alto grau de participação pública e controle sobre decisões que afetam a vida, saúde e o bem estar, provendo as necessidades básicas (comida, água, habitação, renda, trabalho seguro) para toda a população da cidade, e um alto nível de saúde (com um baixo nível de doenças). Normalmente, referimo-nos a esses parâmetros como determinantes de uma cidade saudável.

Para atingirmos esses determinantes, temos que verificar o trabalho de gestão da nossa cidade e como seria um trabalho de gestão de uma cidade saudável.

O trabalho de uma gestão de uma Cidade Saudável incorpora vários temas, dentre os quais: parcerias intersetoriais; desenvolvimento de políticas públicas saudáveis; parcerias locais, regionais e internacionais; estabelecimento de ligações

* Escritório Administrativo da Prefeitura da Cidade de Toronto no Canadá setor de Estratégias de Políticas da Corporação e Cidade Saudável; Gerente de Diversidades e Engajamento da Comunidade.

da economia, meio ambiente e da equidade social com programas e políticas municipais; e a facilitação de iniciativas interdepartamentais, bem como iniciativas da cidade, em geral, pautadas nos fundamentos da boa governança.

TUDO ESTÁ INTERLIGADO



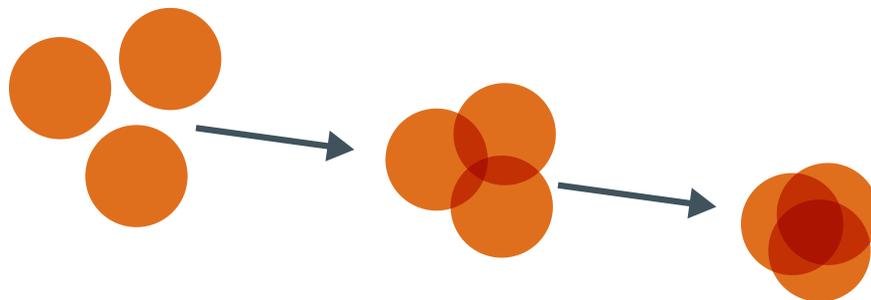
As quatro principais áreas do plano de trabalho de uma Cidade Saudável são: Promoção do Modelo de Cidade Saudável, Política Pública Saudável, Participação Cívica e o Relatório das Condições da Cidade.

Principais Funções:

- Constituir apoiar e apontar parcerias intersetoriais, visando uma abordagem inovadora para questões urbanas.
- Acompanhar, analisar, pesquisar, determinar metas e elaborar relatórios sobre as condições da cidade.
- Desenvolver políticas públicas saudáveis.
- Incentivar e demonstrar o uso do modelo de Cidade Saudável.
- Demonstrar a ligação entre o meio ambiente, a economia e a equidade social nos programas e políticas municipais.
- Auxiliar a comunidade a desenvolver métodos, abordagens e recursos no sentido de resolver problemas locais e da cidade, de modo geral.

- Facilitar a integração interdepartamental e iniciativas tomadas no âmbito da Prefeitura, com base nos fundamentos da boa governança.
- Facilitar e desenvolver oportunidades de participação da comunidade no processo decisório municipal.
- Desenvolver e dar apoio a parcerias locais, regionais e internacionais.

NOVA ESTRUTURA NA TOMADA DE DECISÃO



Papel de uma Cidade Saudável

O papel de uma gestão de Cidade Saudável é dar apoio à municipalidade no trabalho com empresas, com todos os níveis de governo, com as comunidades locais, organizações não-governamentais, e seus habitantes a fim de identificar e tentar resolver problemas urbanos de maneira integrada.

O movimento de Cidade Saudável desempenha um papel genuíno no governo municipal. Promove inovações e mudanças na política local, defendendo novos métodos para criar uma cidade habitável. Fornece lideranças através de mecanismos que reconhecem e facilitam os interesses de diferentes grupos na comunidade.

A chave para a compreensão de uma cidade saudável é saber que os problemas complexos estão interligados e que, se considerados isoladamente, serão muito mais difíceis de se resolver. Os novos modelos para tomada de decisão evoluíram

com essa visão, tornando-se modelos abrangentes, integrados, intersetoriais; e interdepartamentais.

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA O DEPARTAMENTO DE CIDADE SAUDÁVEL

São elas:

O Relatório das Condições da Cidade

O objetivo desse relatório é oferecer aos cidadãos e oficiais eleitos informações significativas a respeito da cidade, de modo a ajudá-los a estabelecer diretrizes na criação e implementação de políticas. É de fácil leitura e entendimento e contém informações relevantes.

Manter a elevada qualidade de vida dos habitantes, nessa época de restrições fiscais, significa que os políticos necessitam de uma estrutura para tomada de decisões que lhes permitam estabelecer as prioridades locais e da cidade em geral. O impacto de cada decisão e das despesas deve ser explorado. Decisões bem tomadas baseiam-se em boas informações.

O Relatório das Condições da Cidade inclui entre 30-50 medidas, denominadas indicadores, que podem ser usadas para monitorar questões que afetam a cidade por longos períodos de tempo. Os indicadores mostram o que está acontecendo na cidade, porque isso está acontecendo e o que está sendo feito.

O relatório contém informações de consultas públicas e das forças-tarefas e programas recém-criados pela Prefeitura. Relatórios menores de acompanhamento de assuntos específicos são feitos anualmente, estabelecendo pontos de referência a partir dos quais podem ser elaborados, posteriormente, outros Relatórios das Condições da Cidade, a cada três ou quatro anos.

AÇÃO ATRAVÉS DA CRIAÇÃO DE ALIANÇAS E PARCERIAS

Uma Cidade Saudável reúne, apóia e mostra métodos cooperativos e inovadores para solucionar problemas urbanos. Alianças e parcerias beneficiam-se do trabalho de colaboração, compartilhando informações e recursos para lidar com questões específicas e criar projetos que levem ao desenvolvimento de política saudável. O modelo de Cidade Saudável é usado com alianças, tais como, a do Ar Limpo e a do Turismo Verde, e a criação de grupos para o desenvolvimento econômico da comunidade, e o Conselho das Crianças e Jovens.

DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DAS COMUNIDADES

Uma Cidade Saudável ajuda as comunidades a desenvolverem habilidades, métodos, abordagens e recursos para lidarem com problemas locais e da cidade em geral. Isso inclui dar apoio para grupos emergentes.

Uma Cidade Saudável trabalha com uma equipe de funcionários de vários setores da Prefeitura, que lidam com o desenvolvimento da comunidade, oferecendo-lhes ferramentas e recursos para facilitar a realização de seu trabalho.

Para reconhecer projetos inovadores e criativos que ajudem a fazer uma cidade melhor para se viver, uma Cidade Saudável apresenta prêmios anualmente a grupos e a organizações da comunidade. É um evento anual, que promove o modelo de Cidade Saudável na comunidade, fazendo com que a participação cívica cresça e demonstrando o compromisso da Prefeitura em apoiar iniciativas baseadas na comunidade para tornar a cidade mais saudável.

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Uma faceta do mandato de uma Cidade Saudável é a de: “desenvolver e supervisionar o processo de participação da comunidade em todos os níveis e em todos os setores da cidade”. A democracia local é fundamental para garantir que o modelo de Cidade Saudável seja mais do que mera teoria.

Os projetos de uma Cidade Saudável fazem com que o povo tenha um papel ativo na tomada de decisões que afetem a saúde de sua cidade. A participação do cidadão nos processos de administração é uma forma valiosa de se conseguir uma Cidade Saudável. Os funcionários facilitam, coordenam e fornecem o apoio aos conselhos e comissões de cidadãos e às forças-tarefas para identificação de políticas, instrução pública e para trabalhar com problemas específicos.

Política Pública Saudável

Uma Política Pública Saudável consiste em uma estrutura para se desenvolver uma política de qualidade e governança, uma maneira com a qual o governo local possa trabalhar voltado para os determinantes básicos da Saúde (condições sociais, econômicas e ambientais). É um modelo que está sendo usado por mais de 1.000 cidades em torno do mundo para tratar de questões urbanas complexas e multifacetadas.

É um processo e não um resultado. É um processo que leva aos resultados de uma cidade saudável. O desenvolvimento de uma política pública saudável requer: participação da comunidade desde o início, integração entre equidade social, meio ambiente e economia, propriedade através de parcerias. É por tempo limitado, usa recursos e apoio adequados e apropriados, promove e inclui a inovação, incubação e identificação multissetorial de questões.

A criação e modelo de desenvolvimento de uma política pública saudável para a municipalidade são elementos essenciais ao trabalho de qualquer iniciativa de Cidade Saudável. O papel do Departamento de Cidade Saudável no desenvolvimento de uma política pública saudável consiste em:

- Promover e treinar outros no processo.
- Facilitar o processo para as principais iniciativas.
- Auxiliar os outros na integração de assuntos.
- Desenvolver ferramentas e sistemas de verificação.
- Desenvolver oportunidades para a participação da comunidade dentro das iniciativas existentes.
- Desenvolver critérios de identificação das comunidades.

- Auxiliar a comunidade a participar nas discussões.
- Promover o Modelo de Cidade Saudável através dos órgãos municipais e dos setores da comunidade.

Promovendo o Modelo de Cidade Saudável

O modelo de Cidade Saudável é baseado em um compromisso com a saúde. Em um nível individual afirma a natureza holística da saúde, reconhecendo a interação entre suas dimensões físicas, mentais, sociais e espirituais. Em nível de comunidade, de bairros e da cidade em geral, apóia as ligações entre a economia, meio ambiente e a equidade social. Garante que seja criado um modelo de abordagem analítica integrada para os problemas, apoiado pela Prefeitura, e que se desenvolva uma política pública saudável.

Isso requer estratégias políticas de tomada de decisões. A habitação, o meio ambiente, as obras públicas, os serviços sociais e outros programas da prefeitura têm um grande efeito nas condições de saúde nas cidades.

Os projetos de Cidade Saudável reforçam a contribuição de tais programas, influenciando as decisões políticas da Câmara através da identificação de problemas, fornecendo uma estrutura analítica dentro da qual se pode considerar tais problemas, além de facilitar a participação da comunidade, proporcionando modelos inovadores para ações desenvolvidas com parceiros diversos.

Uma Cidade Saudável é aquela em que os habitantes, as empresas, as organizações não-governamentais e o governo municipal trabalham juntos de modo a assegurar uma cidade viável e com qualidade de vida.

Em uma Cidade Saudável:

- Seus habitantes participam do processo que define e resolve os problemas, projetando e executando soluções – e não apenas aprovando ou desaprovando, de maneira passiva, os planos elaborados por “experts”.

- Os cidadãos envolvidos reconhecem os benefícios econômicos de comunidades "saudáveis", e contribuem ativamente para o desenvolvimento da comunidade.
- Os funcionários da Prefeitura compreendem que todos eles contribuem para a "saúde" da comunidade; por exemplo, ruas bem-pavimentadas e limpas evitam acidentes; o trânsito público bom é uma ferramenta eficaz para evitar a poluição do ar; a recreação pode reduzir a depressão causada pelo isolamento das pessoas idosas; boas decisões de compra podem afetar a quantidade de lixo não-degradável produzido pela municipalidade; moradia apropriada e recreação fornecem uma base para crianças mais saudáveis.
- As parcerias entre os três grupos acima estão constantemente sendo formadas para tratar de assuntos complexos e interligados que afetam a cidade.

A fim de assegurar uma cidade saudável, esses objetivos necessitam pertencer à Prefeitura como um todo, e não apenas ao Departamento de Cidade Saudável.

Dentro de toda a cidade temos várias comunidades e aqui está um exemplo de como podemos criar comunidades saudáveis. O mesmo foi elaborado pela "Ontario Healthy Communities Coalition" – Rede de Comunidades Saudáveis de Ontário:

UM EXEMPLO DE SUCESSO: REDE DE COMUNIDADES SAUDÁVEIS DE ONTÁRIO

História da Aliança de Comunidades Saudáveis de Ontário

Em 1992, a Rede Europeia de Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde, em reconhecimento à importância da cidade de Toronto na criação do Movimento de Cidade Saudável mundial, declarou a cidade de Toronto como membro honorário daquela rede.

Por volta da mesma época, a Rede de Comunidades Saudáveis de Ontário, que hoje se chama Aliança de Comunidades Saudáveis de Ontário, foi criada. Ontário é uma das províncias do Canadá, tendo como sua capital Toronto.

Quando da primeira reunião para criação da rede, houve a participação de vários representantes de comunidades e de organizações não governamentais e governamentais, ficando estabelecido que seria uma rede independente, não governamental, sem fins lucrativos, governada por um conselho voluntário constituído de representantes da comunidade e representantes de organizações provinciais, sendo os mesmos eleitos pelos membros da rede.

Naquele mesmo ano, uma série de seminários foi realizada em toda a província, com o intuito de expandir e organizar a rede. Com essa experiência ocorreu uma grande mudança na forma de como a rede deveria se estruturar.

Foi reconhecido que mesmo diante da importância do governo local, que tem uma função fundamental na criação de uma comunidade saudável, não seria obrigatório que um grupo local tivesse que estar envolvido com o mesmo para poder fazer parte da rede.

Em 1993, depois de muito trabalho dos voluntários, o Ministério da Saúde de Ontário, forneceu recursos monetários para um período de três anos para o estabelecimento da rede por toda a província, ocorrendo a mudança do nome da rede para “Aliança de Comunidades Saudáveis de Ontário”. No mesmo ano a Aliança participou da primeira Conferência Internacional de Comunidades e Cidades Saudáveis, em São Francisco, Califórnia.

Com o suporte financeiro do Ministério, a Aliança concluiu que não poderia dar suporte para as várias comunidades espalhadas pela província, distribuindo recursos do escritório em Toronto.

Em 1994, uma avaliação das necessidades e interesses de comunidades foi feita por toda a província. As pessoas nas comunidades disseram que a última coisa que eles queriam era mais um outro nível de burocracia, com boas ideias que raramente saíam do papel para serem implementadas. O que eles realmente precisavam era de um facilitador entre os grupos dentro da região e informação em desenvolvimento da comunidade, planejamento de projetos e, logicamente, fundos para executar esses projetos, bem como maneiras de desenvolver recursos e angariar fundos.

Dessa forma, foi criado o projeto de Animação da Comunidade. Foram contratados oito animadores que viviam na região onde iriam trabalhar e as regiões foram divididas da seguinte maneira: Noroeste, Nordeste, Sudoeste, Centro, Grande Área de Toronto e a região Leste. Além disso, foram contatados um animador aborígine e um animador de língua francesa, que serviriam como consultores para todas as regiões.

A função desses animadores era dar suporte ao trabalho da comunidade nos projetos, por meio de apresentações em assuntos que fossem de interesse para a comunidade, tais como seminários em planejamento de projetos, avaliação, envolvimento multissetorial, treino em computação, criação de alianças, além de prover consultoria e informação em várias áreas, como desenvolvimento econômico, como se conectar com o governo local etc.

Em resumo, a Aliança de Comunidades Saudáveis de Ontário e seus animadores promovem o social, o meio ambiente e a economia para as cidades, vilas, lugarejos e vizinhanças da província de Ontário, usando quatro estratégias chaves:

- Participação da comunidade
 - Pessoas de todos os níveis sociais, trabalhando juntas no objetivo de uma comunidade saudável.
- Envolvimento multissetorial
 - Todos os setores da comunidade, negócios, organizações religiosas, serviços sociais, planejadores, grupos de meio ambiente, grupos trabalhistas, atuando junto aos residentes para formar uma visão comum de comunidade saudável. Enfim, cada um encontrando uma maneira, nas atividades do dia a dia, para contribuir com a formação de uma comunidade saudável.
- Comprometimento do governo local
 - O prefeito e os vereadores locais devem se comprometer para a construção de uma comunidade saudável. Cada departamento da prefeitura tem que trabalhar para o desenvolvimento de uma visão compartilhada de uma comunidade saudável.
- Criação de política pública saudável

- Políticas públicas saudáveis são decisões ou ações que visam alcançar um efeito positivo na saúde das pessoas. Governos devem ter em consideração a grande implicação de fatores que afetam a saúde e a qualidade de vida da comunidade e dedicar recursos e fundos adequados.

Essas são as pedras fundamentais do processo de formação de Comunidades Saudáveis.

Para iniciar devemos nos fazer as seguintes perguntas:

- Quanto que você conhece a sua comunidade?
- Você está preparado para se comprometer com um processo no qual terá que trabalhar com outros em sua comunidade?
- Quem pode trabalhar com você?
- Quais parcerias você pode formar?
- Quais objetivos e assuntos vocês podem trabalhar juntos?

Comunidades Saudáveis em Ontário têm a tendência de começar de duas formas: ou por intermédio do Governo local que inicia o processo, ou através de uma iniciativa da comunidade. Nessa última forma, obter o suporte ativo do governo local é o objetivo da aliança.

Qualquer que seja a sua iniciativa para começar, aprenda o máximo que puder sobre a sua comunidade, população e características econômicas, e também a estrutura de poder. Identifique outros grupos ou indivíduos para trabalhar com você, incluindo organizações comunitárias, negócios locais, organizações de serviços sociais ou de saúde, organizações artísticas, escolas, organizações religiosas, grupos de meio ambiente, associações históricas, e outras. Organize uma reunião com eles.

Depois do contato e reunião com pessoas que estão interessadas em trabalhar juntas, agende uma reunião com a comunidade para introduzir o conceito de Comunidade Saudável. Identifique assuntos emergentes, debata as atividades para lidar com esses assuntos, reúna-se com membros da comunidade dando a oportunidade de debater onde a comunidade está indo, a fim de que seja

desenvolvida uma visão do futuro da comunidade, baseada em uma análise das suas fraquezas e forças no passado e no presente.

Prepare um plano de ação. Esse não é um exercício que iniciará todo o trabalho de criação de uma comunidade saudável, mas sim um processo de consultoria, recolhimento de informação, análise e revisão, visando mobilizar recursos necessários para praticar uma ação. Esse exercício abrirá novos canais de comunicação para o público e o setor privado, levando os participantes a aprender como trabalharem juntos constantemente.

Comece com um projeto que provavelmente será um sucesso. Iniciar com um projeto fácil não é um sinal de fraqueza, mas sim uma forma de ganhar credibilidade e suporte na comunidade para que se possa lidar com assuntos mais difíceis.

Pense em estabelecer uma rede de comunidades saudáveis ou uma aliança; isso pode ser usado como recursos para a comunidade.

Monitore os resultados e o impacto do seu trabalho. Grupos de Comunidade Saudável constantemente estabelecem indicadores de saúde da comunidade; anote esses indicadores e com o passar do tempo publique os resultados periodicamente num boletim sobre a saúde da comunidade, mas com a definição de saúde da comunidade de uma forma mais ampla, incluindo o bem estar físico, social e meio ambiente.

Normalmente, Alianças de Comunidades Saudáveis têm desenvolvido grupo de objetivos que se relacionam com:

- Comunidade
- Economia
- Saúde
- Habitação
- Educação
- Meio Ambiente
- Transporte

- Artes, Cultura e Recreação
- Segurança
- Governo e governança

Projetos de Comunidades Saudáveis podem e fazem cidades, vilas, lugarejos e vizinhanças melhores lugares para se viver. Em Ontário temos mais de 100 grupos de Comunidades Saudáveis que melhoraram a qualidade de vida por meio de projetos.

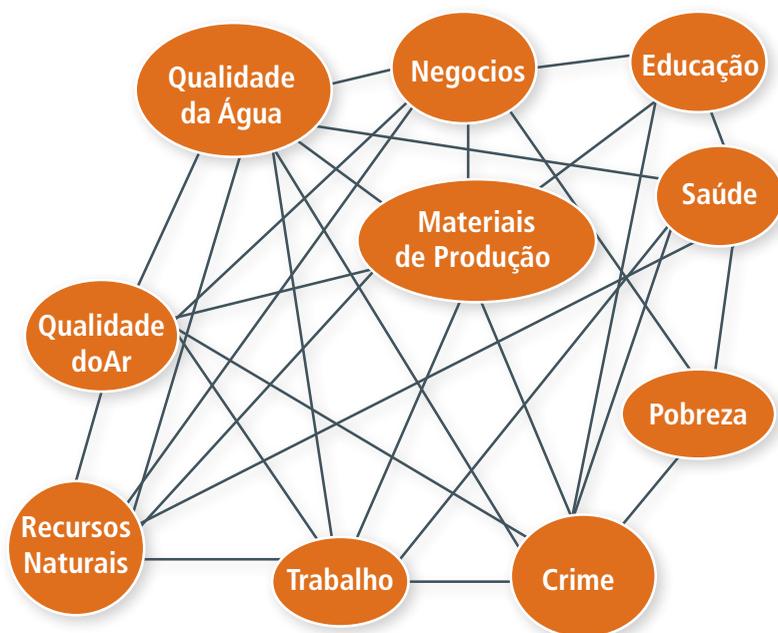
FINALMENTE O QUE É UMA COMUNIDADE SAUDÁVEL?

É uma comunidade na qual todas as organizações, desde grupos informais até alto níveis de governo, trabalham juntos efetivamente para melhorar a qualidade de vida de todas as pessoas.

Uma Comunidade Saudável:

- Tem um meio ambiente limpo e seguro.
- Oferece as necessidades básicas a todos os seus residentes.
- Tem residentes que respeitam e dão suporte uns aos outros.
- Envolve a comunidade no governo local.
- Promove e celebra sua história e sua cultura.
- Oferece acesso fácil aos serviços de saúde.
- Tem uma economia diversa, inovadora.
- Baseia-se em um sistema ecológico sustentável.

TUDO NA COMUNIDADE ESTÁ LIGADO



O modelo de Comunidades Saudáveis demonstra que a saúde pode ser determinada pelos fatores sociais, econômicos e ambientais.

Em uma Comunidade Saudável, a comunidade determina os seus próprios assuntos, necessidades e plano de ação:

- Contatando outras organizações e residentes na comunidade.
- Desenvolvendo uma visão da comunidade.
- Estabelecendo uma rede ou uma aliança.
- Documentando o seu progresso.
- Tomando ações para atingir uma visão.

A comunidade é fortalecida quando todos os seus membros tomam parte, incluindo aqueles que enfrentam barreiras por causa da idade, sexo, nível de

alfabetização, habilidade de conversação, raça, orientação sexual, deficiência física, religião ou condição socioeconômica.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O que é Participação Social?

Participação Social pode ser entendida como um conjunto de processos e tradições que definem como o poder é usado, como decisões são tomadas, e como cidadãos têm oportunidade para participar.

ESTRUTURA INTERSETORIAL



Como chamamos essa relação?

- Engajamento do Cidadão
- Democracia Cívica
- Participação Pública
- Engajamento Cívico
- Democracia Local
- Participação Comunitária
- Organização de Moradores e vizinhança
- Sociedade Civil

Pouco importa como chamamos o trabalho que fazemos.

O mais importante é como o fazemos.

Participação Social representa mais do que dois setores se reunindo de qualquer forma.

Como fazemos?

Temos que facilitar o envolvimento ativo da comunidade em todos os aspectos da vida cívica, tanto local como em toda a municipalidade.

Princípios-chave:

- Tomada de decisão colaborativa
- Acessibilidade
- Transparência
- Melhoria contínua na participação do cidadão
- Investimento na capacitação da comunidade
- Construção de novas formas de engajamento, possibilitando que um público informado possa lidar com assuntos complexos que confrontem os cidadãos e o governo
- Construção de soluções locais usando as capacidades inovadoras da comunidade e das organizações não governamentais e governamentais
- Engajamento das diversas comunidades de forma criativa e respeitável

Recomendações

Aqui estão alguns desafios que temos que encarar para criarmos uma aliança:

- Primeiro, é necessário fortalecer a Aliança, trazendo representantes de setores chave como: negócios, sindicatos, educação, organizações religiosas e outros.
- Segundo, precisamos aumentar a base de recursos, para dar suporte à aliança e aos membros.
- Terceiro, precisamos executar o papel ativo nos movimentos de Cidade e Comunidades Saudáveis no Brasil e no mundo. No Brasil, devemos encontrar meios de compartilhar recursos e experiências com cidades e comunidades em estados que ainda não têm uma aliança. Internacionalmente, devemos aprender com as experiências em cidades e comunidades por todo o mundo e exercer a nossa parte, dando suporte para ações que levem cidades e comunidades a serem saudáveis, por meio de programas internacionais.
- Quarto, precisamos considerar as implicações do conceito de Cidade e Comunidade Saudável para a governabilidade de nossas cidades, vilas e comunidades rurais. O conceito de Cidade e Comunidade Saudável leva à necessidade de reestruturar o governo local para responder mais efetivamente aos assuntos do século XXI, (e saúde é um deles, seguido da sustentabilidade, equidade, mobilidade etc.) uma vez que ele ainda apresenta estruturas departamentais baseadas no século XIX. Precisamos de um novo mecanismo multissetorial para lidar com esses assuntos, com um estilo mais participativo, verdadeiro e novo, mais flexível e holístico em termos de políticas públicas saudáveis.

Finalmente, devemos considerar o potencial de poder de uma rede como um agente dedicado a trazer mudanças no ambiente social, econômico, político, necessárias para criar Cidades e Comunidades Saudáveis no século XXI.

“Nunca duvide que um pequeno grupo de indivíduos dedicados e comprometidos possam mudar o mundo, porque na verdade essa é a única coisa que sempre fez.”

Margaret Mead

Referências

1. Journal of Public Health Policy. Spring 1993.
2. Toronto Healthy City Office. *Coming Together. Healthy City Toronto 1993-1997*.
3. Ontario Healthy Communities Coalition (OHCC). *La Coalition*. Toronto, 2000.



SAÚDE E AMBIENTE AS CONVERGÊNCIAS





MEIO AMBIENTE E PROMOÇÃO A SAÚDE: ASPECTOS ESSENCIAIS PARA A ELABORAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

*Guilherme Franco Netto, Ivens Drumond, Nadima Vasconcelos**

“Os seres humanos constituem o centro das preocupações relacionadas com o desenvolvimento sustentável. Têm direito a uma vida saudável e produtiva em harmonia com o meio ambiente.” (BRASIL 2001)

No contexto do movimento internacional de conscientização da situação da humanidade quanto ao seu bem-estar tem sido dada relevância à promoção da saúde, o que inclui meio ambiente favoráveis e políticas públicas mais condizentes e integradoras.

Para a OPAS/OMS, a situação das condições do meio ambiente físico-biológico e suas repercussões sobre a saúde humana é tida como preocupante. Mudanças ambientais que ocorrem em todo o planeta, evidenciam as inter-relações entre as mais diversas áreas que, percebidas ou não, influem sobre a saúde humana. As resultantes dessas interações podem causar graves consequências para a qualidade de vida e para o desenvolvimento dos indivíduos.

Com a aceleração da urbanização, a sustentabilidade das cidades associa diretamente a saúde da população à qualidade ambiental do planeta. Nessa perspectiva, um novo marco teórico - a promoção da saúde – abre possibilidades de considerar-se tais inter-relações com a prevenção e precaução da condição humana.

A promoção da saúde possibilita o desenvolvimento de estratégias que consideram ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. As políticas saudáveis

* Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, 2010.

facilitam opções saudáveis de vida para os cidadãos. Criam ambientes sociais e físicos que promovem a saúde.

O Princípio da Precaução propugna que não se produzam intervenções no meio ambiente antes de ter a certeza de que não serão prejudiciais à saúde humana e ao ambiente. Na sabedoria popular, é o velho ditado “melhor prevenir do que remediar”. Aqui não é considerado o risco como a base da precaução, mas a concepção de políticas públicas que se direcionem a apoiar empreendimentos realmente necessários ao bem-estar da coletividade.

O acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, particularmente nas áreas de produção de energia, de alimentos, de bens de consumo, devem ser seguidas para assegurar benefícios para a saúde das populações.

Para formular políticas públicas saudáveis, os setores do planejamento urbano, da agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação devem levar em consideração a saúde como um fator essencial.

Nessa ótica, a Atenção Primária Ambiental é uma estratégia da OMS que valoriza os esforços de cidadania e os orienta ao desenvolvimento de uma nova cultura reconhecendo os direitos ambientais e as reivindicações sociais como necessários para melhorar o bem-estar da população.

O centro desse processo é o incremento do poder das comunidades. Uma comunidade que trabalha para atingir objetivos comuns adquire força e consciência de sua capacidade e poder coletivos para enfrentar e resolver problemas que atingem a todos.

Isso requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como a apoio financeiro adequado. Os aspectos relativos à questão da gestão participativa são fundamentais para ampliar o processo democrático no âmbito da saúde.

A exigência de constituição dos conselhos municipais de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde tem demonstrado ser um importante instrumento de “empoderamento” da comunidade por meio da temática da organização dos serviços de saúde.

Estratégias de “empoderamento” da comunidade supõem entre outras iniciativas, a educação para a cidadania, a socialização de informações, o envolvimento na tomada de decisões dentro de um processo de diagnóstico, o planejamento e a execução de projetos e ou iniciativas sociais.

O enfoque da promoção da saúde nos serviços de saúde implica o resgate da perspectiva integral na abordagem da atenção. Essa integralidade se reflete em mudanças em diversos campos do exercício político como gestão intersetorial, intersetorialidade, a autonomia, a cura e cuidado, e mobilização da comunidade.

Precisa-se partir da construção de um projeto que se volte para a melhoria das condições materiais, de vida e de saúde das comunidades, que se implementará cotidianamente, concretamente, na organização e no fortalecimento da sociedade civil e no fortalecimento da relação participativa da comunidade com o serviço de saúde.

As questões hoje relacionadas ao futuro do Brasil, no qual a saúde da coletividade esteja efetivamente assegurada, demandam ações de saúde que perpassam para além das unidades de saúde e dos hospitais. O modelo de desenvolvimento econômico e social do país tem o desafio de considerar o olhar do setor saúde.

O quadro de saúde atual, ao se analisar o padrão de mortalidade, está composto por três cenários principais, todos eles condicionados por diferentes contextos socioambientais. O primeiro revela, predominantemente, doenças cardiovasculares e neoplásicas (respectivamente primeira e terceira causas de óbito), cuja tendência crescente nos últimos dez anos acompanhando o envelhecimento da população. Essa situação se torna possível na medida em que essas expressões mórbidas são consideradas como efeito de condições genéticas, de vida e trabalho vivenciadas por essas populações, principalmente aquelas expostas a determinados poluentes ambientais. O segundo cenário é conformado pelas

doenças infecto-parasitárias, nitidamente determinadas também pelas condições socioambientais. As chamadas causas externas compõem o terceiro cenário que englobam os acidentes e violências, relacionados à dinâmica produtiva e reprodutiva das cidades brasileiras onde são produzidos os óbitos e outros agravos à saúde decorrentes de traumas, acidentes e lesões.

Analisando esse perfil, podemos sugerir que a construção do SUS frente a esse diagnóstico passe pela atuação sobre os determinantes e condicionantes desse quadro. Existe um campo enorme de atuação e uma agenda que deve ser recuperada quando consideramos as teses e proposições da saúde coletiva e da reforma sanitária brasileira, no que se refere às questões ambientais.

A intersetorialidade deve ser construída na perspectiva do marco constitucional, pois assim como o ambiente não está somente dentro do setor ambiental, a saúde deve ser um elemento fundamental no processo de tomada de decisões das outras políticas como a de trabalho, emprego, transportes, educação, economia, desenvolvimento e etc., com vistas a colaborar com a proteção do meio ambiente.

A exploração da interface entre saúde e ambiente, sob o marco da sustentabilidade, compreende a instituição de uma política que expresse a multiplicidade de forças interativas geradas onde há uma diversidade de “olhares” e “interesses” em torno da promoção da vida do planeta e da saúde humana. No âmbito das políticas públicas, no atual arranjo das atribuições no governo federal, esse campo relaciona a saúde prioritariamente com quatro áreas ou setores: meio ambiente, trabalho e emprego, cidades e educação, sem desconsiderar outras áreas.

As articulações e cooperações com o setor ambiental são de fundamental importância visando a construção de agendas comuns nos aspectos políticos, normativos e regulatórios, definição de padrões de qualidade ambiental, científicos e tecnológicos, metodológicos e programáticos.

Outro espaço de articulação chave está junto ao Ministério das Cidades. As questões relacionadas ao saneamento e a habitação ainda significam uma enorme dívida social do Estado brasileiro com sua população e isso tem um impacto determinante na saúde dos brasileiros. Nesse contexto, o MS integra a Coorde-

nação Nacional da Campanha Nacional de Sensibilização e Mobilização visando a elaboração e implementação de Planos Diretores Participativos. O objetivo dessa campanha é incentivar os municípios brasileiros a construir cidades includentes, democráticas e sustentáveis. Nós também incluímos o termo “saudáveis”.

Sob o ponto de vista da saúde, compreendemos que a construção de um novo espaço de práticas voltadas à promoção da saúde e à defesa do meio ambiente, deve ser construído com base: 1) nas referências teórico-conceituais da saúde coletiva; 2) na leitura político-ideológica da reforma sanitária brasileira; e 3) nas diretrizes centrais do SUS. Isso deve expressar-se numa política pública.

A construção da referência conceitual da interface entre saúde e ambiente, com vistas à implementação de uma política de saúde para esse fim, recoloca na ordem do dia, a necessidade de “aprimoramento” do atual modelo de atenção do SUS, onde a agenda da promoção da saúde seja compreendida numa dimensão em que a construção da saúde é realizada fundamentalmente, embora não exclusivamente, fora da prática das unidades de saúde, ocorrendo nos espaços do cotidiano da vida humana, nos ambientes dos processos produtivos e na dinâmica da vida das cidades e do campo, buscando compreender o ambiente como um território vivo, dinâmico, reflexo de processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, onde se materializa a vida humana e a sua relação com o universo.

Nas palavras de Arouca* *“nós fizemos a reforma sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração desse modelo e mudar. Qual o fundamento? Primeiro é a promoção da saúde e não da doença. O SUS tem de, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano das vidas das pessoas e como eu posso interferir para torná-la mais saudável”*.

Iniciativas descentralizadas para o desenvolvimento social realizadas em parceria trazem uma visão sistêmica de “co-responsabilidade”: Dessa maneira, comunidades e indivíduos se engajam pela via da promoção do desenvolvimento, fortalecendo os vínculos institucionais, o processo de pactuação coletivo e

* Sérgio Arouca, entrevista ao Pasquim.

democrático, evitando práticas descabidas, centralização autoritária e o assistencialismo.

Na construção de uma forte agenda intersectorial para que o SUS avance na construção de “espaços saudáveis” para assegurar a defesa da saúde é importante também participar de Conselhos, Fundos, Programas e Projetos intersectoriais. Na atualidade, consideramos parceiros, e temos representação nos: Conselho Nacional de Meio Ambiente, Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 21 Brasileira, Comissão Nacional de Saneamento Ambiental, Grupo Interministerial de Saúde do Trabalhador, Comissão Nacional da Segurança Química, Conselho das Cidades, entre outros.

Além desses, estamos juntos na construção de planos e políticas, como o Plano Nacional de Recursos Hídricos, Política Nacional de Desenvolvimento Urbano que expressam o interesse em assegurar o direito pleno à saúde. Da mesma forma devem ter atuações nos níveis estaduais e municipais do SUS.

As ações intersectoriais não devem ser vistas como exclusivas de governo. É uma diretriz que deve ser “apropriada” pelas diversas formas de articulações políticas. Assim, a agenda política de saúde e ambiente deve também ser construída e aperfeiçoada a partir de iniciativas comuns que possam surgir nas instâncias de controle social das políticas públicas, tais como gestões integradas entre o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Meio Ambiente, o Conselho Nacional de Recursos Hídricos, o Conselho Nacional de Defesa Civil, para citarmos alguns exemplos.

Por outro lado, iniciativas e articulações da sociedade já têm buscado aproximar as preocupações da questão ambiental com a questão da saúde, como é o caso de mobilizações da sociedade frente à poluição das águas e a exposição humana decorrente da contaminação química ambiental e pelo surgimento de um novo conceito de justiça ambiental.

Há, ainda, a participação que ocorre por intermédio da utilização de mecanismos judiciais e administrativos de controle dos diferentes atos praticados

pelo poder público, tais como as ações populares, as ações civis públicas, as representações e outros.

Nesse sentido, vale destacar que a construção e a implementação da Política Nacional de Saúde Ambiental também tem se dado por meio de articulações com os movimentos sociais, priorizando o fortalecimento dos instrumentos de democracia direta e assegurando com que esses instrumentos, como as redes solidárias, participem do processo de construção, legitimação e validação dessa política.

A incorporação de temas como degradação ambiental – poluição das águas, ar, solo, radiações ionizantes e não ionizantes desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, substâncias químicas e seus efeitos à saúde da população podem ativar e acelerar as mudanças pretendidas, em uma nova concepção de desenvolvimento.

Há necessidade urgente de criar aproximações dos grupos acadêmicos, de pesquisa e dos profissionais da saúde e do ambiente para “des-construir”, “de-codificar”, “re-construir” e problematizar a interface entre saúde e ambiente.

No campo do controle social, além do papel destacado dos conselhos de saúde, novos mecanismos de participação da sociedade devem ser identificados, desenvolvidos e estimulados pelo setor saúde, que garantam a representatividade da população no processo.

É de se observar que os preceitos a serem utilizados da Agenda 21 e do Estatuto da Cidade são completamente coerentes com os preceitos estimulados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente quanto a descentralização, a transversalidade e a participação. A utilização da estrutura já estabelecida pelo SUS no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde e da estruturação da Política Nacional de Saúde Ambiental, tendo como base os resultados da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental, torna fortuitas as agendas intersetoriais visando assegurar e promover o bem estar da sociedade brasileira.



RESÍDUO SÓLIDO E A CONSTRUÇÃO DE UMA COMUNIDADE POTENCIALMENTE SAUDÁVEL

Profª Drª Eglé Novaes Teixeira*

Resíduo sólido tem sido um problema para a humanidade há muito tempo. No Brasil, o edital apresentado na Figura 1 exemplifica bem e permite a conclusão de que, embora o manejo adequado de resíduo venha preocupando tanto os dirigentes municipais, a preocupação atual não difere muito daquela vivida pelo Rio de Janeiro, então Distrito Federal, em 1722.

Edital de 15 de Outubro de 1722 - Senado da Câmara:

“Fazemos saber a todos os moradores dessa cidade, de qualquer qualidade e condição que sejam, que daqui em diante façam botar os ciscos e os lixos de suas casas nas paragens declaradas, a saber, nas covas que ficam abaixo das casas de Garcia RoizVelho, nas covas que estão atrás da Misericórdia Nova e nas covas que estão de frente de Santa Tereza e somente o façam nestas paragens e as pessoas que fora desses lugares botarem os tais lixos serão condenadas por cada vez em seis mil réis sem que lhes sirva de desculpa o ignorarem onde seus servos botam os tais lixos, pois o deverão examinar e fazer executar como pelo que o presente quartel ordenamos.”

Por outro lado, em 2008, no Brasil, o índice de reciclagem de latas de alumínio foi de 91,5%, o que fez o Brasil permanecer na liderança mundial do “ranking” de reciclagem desse produto. Mais uma vez os números brasileiros superaram países industrializados como Japão e EUA. Os Estados Unidos recuperaram 54,2% de suas latinhas, a Argentina 90,8%, e o Japão 87,3% (CEMPRE, 2010).

Paralelamente a essa contradição, as comunidades científica e técnica vêm se mobilizando de forma a propor e implantar planos de gestão e sistemas de gerenciamento de resíduo sólido que propiciem manejo, tratamento e disposição final adequados.

* Professora doutora no Departamento de Saneamento e Ambiente da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo da Unicamp (FEC/Unicamp). Responsável pela área de Resíduo Sólido.

Em 1962, no Clube de Roma, liderado por Dennis L. Meadows, começaram as primeiras reações no sentido de se conseguir quantificar as transformações que estavam ocorrendo devido ao desenvolvimento tecnológico e que não consideravam o ambiente.

Em 1987, a Comissão Mundial da ONU sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (UNCED), presidida por Gro Harlem Brundtland e Mansour Khalid, apresentou um Relatório, conhecido por Relatório Brundtland, com um diagnóstico dos problemas globais ambientais e propôs que o desenvolvimento econômico fosse integrado à questão ambiental, surgindo assim uma nova forma de crescimento, denominada desenvolvimento sustentável. Essa vem se estabelecendo e ampliando o conceito de desenvolvimento sustentável, o qual ganhou popularidade com o advento da Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, Eco 92, realizada no Rio de Janeiro em 1992, em paralelo com a Reunião da Cúpula da Terra das Nações Unidas (ONU). Dessa Conferência resultou como documento a Agenda 21 (SÃO PAULO, 2010), que se tornou um marco mundial por ter sido assinada pela grande maioria dos países e que foi amplamente divulgada. Cada país assumiu o compromisso de adaptá-la para a realidade local, criando a sua Agenda 21 Nacional. No Brasil, já foi publicada a Agenda 21 Brasileira (MMA, 2010) e, cada estado e município deveria já ter ou estar elaborando a sua respectiva Agenda, o que não está ocorrendo, salvo algumas exceções.

SUSTENTABILIDADE, DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E CIDADE SUSTENTÁVEL

Sustentabilidade é a propriedade de um processo que, além de continuar existindo no tempo, revela-se capaz de: manter um padrão positivo de qualidade; apresentar, no menor espaço de tempo possível, autonomia de manutenção (contar com suas próprias forças); pertencer simbioticamente a uma rede de coadjuvantes também sustentáveis; e, promover a dissipação de estratégias e resultados, em detrimento de qualquer tipo de concentração e/ou centralidade, tendo em vista a harmonia das relações sociedade-natureza (SUSTENTABILIDADE, 2010).

Desenvolvimento sustentável é “aquele que atende às necessidades dos presentes sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras satisfazerem suas próprias necessidades”, Brundtland (1991) e São Paulo (2010).

O desenvolvimento sustentável não é um estado permanente de harmonia, mas um processo de mudanças no qual a exploração de recursos, a orientação dos investimentos, os rumos do desenvolvimento tecnológico e a mudança institucional estão de acordo com as necessidades futuras (BRUNDTLAND, 1991).

Para que o desenvolvimento sustentável seja alcançado, a proteção do ambiente tem que ser entendida como parte integrante do processo de desenvolvimento e não pode ser considerada isoladamente. É a diferença entre crescimento e desenvolvimento, ou seja, enquanto crescimento não conduz automaticamente à igualdade nem à justiça social, pois não leva em consideração nenhum outro aspecto da qualidade de vida a não ser o acúmulo de riquezas, que se faz nas mãos apenas de alguns indivíduos da população; o desenvolvimento, por sua vez, preocupa-se com a geração de riquezas sim, mas tem o objetivo de distribuí-las, de melhorar a qualidade de vida de toda a população, levando em consideração, portanto, a qualidade ambiental do planeta (CONFEA, 2010).

A reunião Rio 92 colocou as cidades no centro do debate ambiental quando assumiu que o futuro do planeta dependerá das soluções urbanísticas que a humanidade encontrar e que a sociedade sustentável deve ter a cidade como base.

O Desenvolvimento Sustentável tem seis aspectos prioritários que devem ser entendidos como metas, segundo CONFEA (2010), os quais são:

- a satisfação das necessidades básicas da população (educação, alimentação, saúde, lazer, etc.);
- a solidariedade para com as gerações futuras (preservar o ambiente de modo que possam ter chance de viver);
- a participação da população envolvida (todos devem se conscientizar da necessidade de conservar o ambiente e fazer, cada um, a parte que lhe cabe para tal);
- a preservação dos recursos naturais (água, oxigênio, etc.);

- a elaboração de um sistema social garantindo emprego, segurança social e respeito a outras culturas (erradicação da miséria, do preconceito e do massacre de populações oprimidas, como, por exemplo, os índios); e,
- a efetivação dos programas educativos.

Visando a contribuir para a formulação de políticas públicas e de ações, conforme MMA/IBAM/PARCERIA 21 (2005), foram estabelecidas quatro estratégias de sustentabilidade urbana, identificadas como prioritárias para o desenvolvimento sustentável das cidades brasileiras, no documento para servir como subsídios à elaboração da Agenda 21 brasileira:

- **estratégia 1:** fazer a regulamentação do uso e da ocupação do solo urbano e promover o ordenamento do território, contribuindo para a melhoria das condições de vida da população, considerando-se a promoção da equidade, a eficiência e a qualidade ambiental;
- **estratégia 2:** promover o desenvolvimento institucional e o fortalecimento da capacidade de planejamento e de gestão democrática da cidade, incorporando no processo a dimensão ambiental urbana e assegurando a efetiva participação da sociedade;
- **estratégia 3:** promover mudanças nos padrões de produção e de consumo da cidade, reduzindo custos e desperdícios e fomentando o desenvolvimento de tecnologias urbanas sustentáveis; e,
- **estratégia 4:** desenvolver e estimular a aplicação de instrumentos econômicos no gerenciamento dos recursos naturais visando à sustentabilidade urbana.

Para consolidar e detalhar cada estratégia, e dessa forma, poder ser chamada de *cidade sustentável*, foram estabelecidas proposições. Essas foram, neste capítulo, destacadas apenas quando se referem a resíduo sólido, direta ou indiretamente.

Na Estratégia 1, que trata de aperfeiçoar a regulamentação do uso e da ocupação do solo urbano e promover o ordenamento do território, foram agrupadas 15 propostas, dentre as quais quatro se referem a resíduo sólido:

- **proposta 1.2:** fortalecer a dimensão territorial no planejamento estadual, estimulando a regionalização interna dos estados federados e a cooperação entre municípios que tenham problemas urbanos e ambientais comuns por integrarem região metropolitana, aglomeração urbana, microrregião ou a mesma bacia hidrográfica;
- **proposta 1.3:** incorporar aos processos de formulação de políticas e de planejamento urbano do município, no que couber, as diretrizes gerais de ordenação do território e de política urbana, emanadas das políticas, dos planos e dos programas, federais e estaduais, que tratam de questões de interesse da sustentabilidade das cidades;
- **proposta 1.4:** promover a revisão e a consolidação dos instrumentos e dos dispositivos legais, federais e estaduais, associados à sustentabilidade das cidades, conferindo maior unidade à matéria, para facilitar o seu conhecimento e a sua compreensão pelas autoridades locais e assegurar a eficácia de sua aplicação prática; e,
- **proposta 1.5:** promover a produção, a revisão e a implementação de planos diretores e da legislação edilícia e urbanística de competência municipal, a saber, as leis de uso e ocupação do solo, de parcelamento e loteamento, de perímetro urbano, os códigos de obras e edificações, os códigos de posturas e sanitário, visando à introdução, onde couber, de dispositivos normativos e legais que assegurem a sustentabilidade das cidades.

Na Estratégia 2, que trata de promover o desenvolvimento institucional e o fortalecimento da capacidade de planejamento e de gestão democrática da cidade, foram agrupadas 15 propostas, dentre as quais dez se relacionam a resíduo sólido:

- **proposta 2.1:** promover políticas nacionais, regionais, estaduais, metropolitanas e municipais de desenvolvimento que levem em consideração as peculiaridades da rede urbana brasileira, adequando suas propostas e ações às diferentes categorias de cidades, na perspectiva de sua sustentabilidade;
- **proposta 2.2:** fortalecer e dotar de maior eficiência os sistemas federal, estadual e municipal de fiscalização ambiental, sobretudo em áreas de grande vulnerabilidade ecológica, por meio da articulação e da cooperação entre a União, os estados e os municípios;

- **proposta 2.3:** submeter ao controle do município, naquilo que for da sua competência constitucional, toda e qualquer atividade realizada no seu território capaz de afetar a sustentabilidade da cidade, gerando impactos negativos sobre o ambiente, a paisagem e as condições do ar, da água, do solo e do conforto humano;
- **proposta 2.4:** instituir a bacia hidrográfica como unidade de planejamento e gestão do território, passando da ação puramente controladora, setorial e burocrática para uma ação gerenciadora da questão ambiental, de caráter integrado, participativo, descentralizado e financeiramente sustentável, conforme estabelece a Lei Nacional dos Recursos Hídricos;
- **proposta 2.5:** criar e/ou fortalecer órgãos de planejamento urbano e regional reforçando a dimensão ambiental em suas estruturas técnico-burocráticas e aperfeiçoando suas bases de dados sobre unidades territoriais de gestão e de planejamento;
- **proposta 2.6:** desenvolver e/ou estimular novos mecanismos que viabilizem a efetiva participação da sociedade no planejamento e na gestão urbana, especialmente no que se refere ao controle social sobre a alocação de recursos públicos e à qualidade dos serviços urbanos;
- **proposta 2.7:** implementar sistemas de gestão ambiental urbanos integrados e que contemplem a descentralização e as parcerias, melhorando a qualidade e a eficiência tanto institucional como dos serviços prestados à população;
- **proposta 2.11:** apoiar e aperfeiçoar a capacidade institucional dos governos estaduais e municipais para desenvolver ações voltadas para a criação de marcos regulatórios para os serviços de água, esgoto e resíduo sólido;
- **proposta 2.12:** promover programas de capacitação para qualificar a interlocução entre Estado e sociedade, e para atribuir sustentabilidade aos investimentos em saneamento por meio do combate ao desperdício e da conservação sustentável das melhorias realizadas;
- **proposta 2.13:** ampliar as linhas de financiamento do setor saneamento ambiental, prevendo formas de flexibilização da gestão e buscando o interlocutor/agente mais estratégico para assegurar a universalização e a qualidade ambiental na prestação dos serviços, promovendo a articulação dos agentes públicos e privados.

Na Estratégia 3, que trata da mudança de padrões de produção e de consumo da cidade, foram agrupadas 15 propostas, dentre as quais em sete há referência a resíduo sólido:

- **proposta 3.1:** intervir nos processos de produção e de consumo da cidade que possam afetar a sustentabilidade urbana, com base na adoção de indicadores quantitativos e qualitativos capazes de orientar as estratégias de desenvolvimento nacional e local, e na sistematização de dados e de Padrões ambientais básicos para o planejamento e a gestão, tais como os referentes à potabilidade e à qualidade da água para abastecimento público, à qualidade do ar, aos limites de decibéis toleráveis em zonas urbanas, entre outros;
- **proposta 3.2:** alterar os padrões atuais de produção, emissão e despejo de poluentes de origem industrial no ambiente urbano, modernizando os instrumentos técnicos, legais e financeiros que regulam o setor;
- **proposta 3.3:** incluir critérios ambientais nas normas de financiamento governamental voltados para a infraestrutura urbana, especialmente nos setores de saneamento, transportes e sistema viário; estender gradativamente esses critérios para financiamentos de novos empreendimentos econômicos privados com participação do setor público;
- **proposta 3.4:** incluir nas práticas de auditoria do setor público avaliações periódicas sobre o desempenho ambiental de órgãos e autarquias, monitorando a aplicação de critérios condizentes com os princípios e os objetivos do desenvolvimento sustentável na aquisição de bens, serviços e equipamentos como uma forma demonstrativa e indutora de comportamento ecocompatível;
- **proposta 3.9:** apoiar programas de redução do volume de perdas dos sistemas de saneamento, qualquer que seja o agente operador (público ou privado), favorecendo o redirecionamento de recursos economizados para outras áreas prioritárias, como saúde, educação e moradia;
- **proposta 3.10:** instituir política nacional de gestão dos resíduos sólidos por meio de lei que regule a matéria, definindo os padrões mínimos nacionais para geração;
- **proposta 3.11:** reduzir significativamente a quantidade de lixo (resíduo sólido) produzida nas cidades, levando o setor produtivo e a população a des-

perdiçarem menos, consumirem somente o necessário e reutilizarem materiais que seriam jogados fora.

A Estratégia 4, que propõe a aplicação de instrumentos econômicos no gerenciamento dos recursos naturais, tem seis propostas, das quais em duas o resíduo sólido se insere:

- **proposta 4.2:** promover o aperfeiçoamento do sistema tributário brasileiro nos três níveis de governo visando à incorporação e à viabilização de instrumentos econômicos que promovam o uso sustentável dos recursos naturais e a adoção de princípios de extrafiscalidade que estimulem ações, empreendimentos e comportamentos sustentáveis dos agentes públicos e privados; e,
- **proposta 4.5:** introduzir critérios socioambientais no aparato técnico-legal que disciplina a compra de bens e serviços por parte do poder público, em todos os níveis hierárquicos e esferas de competência, onde e quando for cabível.

Durante o V Fórum Social Urbano, realizado em Porto Alegre, em janeiro de 2005, complementando o decidido nos Fóruns de Quito, em julho de 2004 (Fórum Social das Américas), e de Barcelona, em setembro de 2004 (Fórum Mundial Urbano), foi publicada a Carta Mundial do Direito à Cidade (CONFEA, 2010).

A carta mundial do direito à cidade é um instrumento dirigido a contribuir com as lutas urbanas e com o processo de reconhecimento no sistema internacional dos direitos humanos do direito à cidade. O direito à cidade se define como o usufruto equitativo das cidades dentro dos princípios da sustentabilidade e da justiça social. Entendido como o direito coletivo dos habitantes das cidades em especial dos grupos vulneráveis e desfavorecidos, que se conferem legitimidade de ação e de organização, baseado nos usos e costumes, com o objetivo de alcançar o pleno exercício do direito a um padrão de vida adequado. Nessa, em apenas dois artigos, há referência a resíduo sólido:

- **Artigo XII** - acesso aos serviços públicos domiciliares e urbanos:
 - as cidades garantirão o direito a todos os(as) cidadãos(ãs) a terem acesso permanente aos serviços públicos de água potável, ao saneamento, à coleta de lixo, às instalações de atendimento médico, às escolas, a fontes de energia e telecomunicação em co-responsabilidade com outros organismos públicos ou privados de acordo com o marco jurídico de cada país; e,
 - as cidades garantirão que os serviços públicos, ainda que estejam privatizados em gestão anterior a essa carta, estabelecerão uma tarifa social exequível e a prestação do serviço público adequado para as pessoas e grupos vulneráveis ou aos desempregados; e,
- **Artigo XXII** - direito ao meio ambiente:
 - as cidades se comprometem a adotar medidas de prevenção frente a ocupação desordenada do território e de áreas de proteção e a contaminação, incluindo acústica, economia energética, a gestão e reutilização do resíduo, reciclagem e a recuperação das vertentes para ampliar e proteger os espaços verdes; e,
 - as cidades se comprometem a respeitar o patrimônio natural, histórico, arquitetônico, cultural e artístico e a promoção da recuperação e revitalização das áreas degradadas e dos equipamentos urbanos.

GESTÃO E GERENCIAMENTO AMBIENTAL

Nesse contexto, a gestão ambiental é entendida como a condução, direção, proteção da biodiversidade; controle do uso de recursos naturais, através de determinados instrumentos, que incluem regulamentos e normalização; investimentos públicos e financiamentos; e, requisitos institucionais e jurídicos. Esse conceito tem evoluído para uma perspectiva de gestão compartilhada pelos diferentes agentes envolvidos e articulados em seus diferentes papéis, a partir da perspectiva de que a responsabilidade pela conservação ambiental é de toda a sociedade e não apenas do governo e baseada na busca de uma postura pró-ativa de todos os atores envolvidos (IBAM, 2010).

Chama-se gerenciamento ambiental ao conjunto de atividades destinadas a administrar licenciamentos ambientais, assegurar obediência a padrões legais ambientais, definir e implementar propostas minimizadoras de impactos e monitoramento. Tem como objetivo administrar impactos passados, presentes e futuros relativos ao meio gerenciado e às obras planejadas em suas fases de concepção, implantação e operação; deve administrar os riscos de acidentes ambientais e o nível de conscientização e educação ambiental da comunidade interna da organização (NAGLE, STREB, TEIXEIRA *et al.*, 2004).

GESTÃO E GERENCIAMENTO INTEGRADO DE RESÍDUO

Em um plano de gestão ou de gerenciamento ambiental, a gestão e o gerenciamento integrados de resíduo sólido são partes importantes.

A gestão integrada de resíduo sólido é uma forma para se enfrentar os graves problemas relacionados ao resíduo urbano, pois considera, conforme IBAM (2010) e CEBDS (2005):

- a ampla participação do Executivo, Legislativo e sociedade civil;
- as dimensões ambientais, sociais, culturais, econômicas, políticas e institucionais, na perspectiva da sustentabilidade dos sistemas de limpeza pública;
- o conceito dos “3 R” – reduzir, reutilizar e reciclar, difundido pela Agenda 21; e,
- a incorporação dos catadores no processo de gestão.

A gestão integrada de resíduo sólido é a maneira de conceber, implementar e administrar sistemas de Limpeza Pública, considerando uma ampla participação dos setores da sociedade com a perspectiva do desenvolvimento sustentável. A sustentabilidade do desenvolvimento é vista de forma abrangente, envolvendo as dimensões ambientais, sociais, culturais, econômicas, políticas e institucionais. Isso significa articular políticas e programas de vários setores da administração e vários níveis de governo, envolver o legislativo e a comunidade local, buscar garantir os recursos e a continuidade das ações e identificar tecnologias e soluções adequadas à realidade local (IBAM, 2010).

Assim, têm-se como produtos: plano de gestão de resíduo sólido, assessoria técnica específica, programas de capacitação e produção de material didático-informativo.

O plano de gestão de resíduo sólido é, segundo IBAM (2010), um instrumento básico para conceber, implantar e administrar sistemas de limpeza pública, contemplando os aspectos: operacionais, legislação, administrativos, fiscalização e controle, financeiros, informação e comunicação, inserção social dos catadores e educação ambiental.

Já a assessoria técnica específica deve estar dirigida para a organização do sistema gerencial e operacional dos serviços de limpeza pública: coleta de resíduo sólido doméstico e limpeza de logradouros; programas de coleta seletiva; definição de soluções para o tratamento e disposição de resíduo; elaboração de regulamentos de limpeza urbana; e apoio a programas de inserção social dos catadores.

Os programas de capacitação são organizados para gerentes, técnicos, fiscais e garis. Com a atual tendência de estabelecimento de cooperativas de catadores, esses devem também participar.

A produção de material didático-informativo pode ser composta por manuais técnicos, apostilas, cartilhas, etc.

Como parte de um programa de gestão ambiental, partindo-se de uma visão unificada, o gerenciamento integrado de resíduo sólido, segundo Teixeira e Bidone, (1999), é o conjunto de ações que envolvem a geração do resíduo, seu manejo, coleta, tratamento e disposição, dando atenção especial a cada tipo de resíduo. O tratamento e disposição devem ser os mais adequados, baseando-se, sempre, no conceito da minimização e buscando o princípio da descarga mínima.

O manejo ambientalmente saudável do resíduo sólido deve estar pautado em padrões sustentáveis de produção e consumo e não simplesmente no depósito ou aproveitamento por métodos seguros do resíduo gerado. Assim, deve-se buscar resolver a causa fundamental do problema, procurando mudar padrões

não sustentáveis de produção e consumo, visando a conciliar o desenvolvimento com a proteção do ambiente.

A estrutura da ação necessária deve estar apoiada em uma hierarquia de objetivos e centrar-se nas quatro principais áreas de programas, relacionadas com o resíduo sólido (SÃO PAULO, 2010):

- redução ao mínimo da geração de resíduo;
- aumento ao máximo da reutilização e reciclagem ambientalmente saudáveis do resíduo;
- promoção do depósito e tratamento ambientalmente saudáveis do resíduo; e,
- ampliação do alcance dos serviços que se ocupam do resíduo, universalizando a prestação de serviços e estendendo-os a toda a população.

Um plano de gerenciamento integrado de resíduo sólido, para atender aos requisitos já postulados, deve, necessariamente, começar por ações de minimização, que pode ser obtida através da aplicação dos 3R: redução na fonte, reutilização e reciclagem, diminuindo a quantidade e/ou o potencial de contaminação do resíduo (TEIXEIRA; FASSINA; CASTRO, 2000).

A redução na fonte deve ser entendida como sendo a diminuição na geração de resíduo, através de programas que promovam a redução no consumo ou a não geração de resíduo.

A reutilização consiste no aproveitamento do resíduo nas condições em que é descartado, sem qualquer alteração física do seu material, modificando ou não a sua função original e submetendo-o a pouco ou nenhum tratamento; exigindo apenas operações de limpeza, embelezamento e identificação entre outras como é o caso de reutilização de embalagens de vidro para compotas, Teixeira (2009).

A reciclagem é o resultado de uma série de atividades, pela qual o material que se tornaria resíduo, ou que assim já é considerado, é desviado, coletado separado e processado para ser usado como matéria-prima na manufatura de novos produtos. Há uma alteração física do material que o compõe (como o caso do vidro que sofre fusão ao ser reciclado).

Historicamente, a hierarquia na gestão e no gerenciamento de resíduo foi dar atenção à disposição final, seguida pelo tratamento, e nenhuma à minimização do resíduo (Figura 2).

Figura 2 – Hierarquia tradicional do sistema de gerenciamento de resíduo sólido



Fonte: modificado de Webzoo (2005)

Atualmente é reconhecida, praticamente em todo o mundo, a hierarquia a ser seguida na minimização do resíduo sólido urbano, qual seja, a redução na fonte ou prevenção, seguida da reutilização, da reciclagem, do tratamento e, por último, a disposição final. Assim, só após terem sido esgotados os esforços para se evitar a geração do resíduo é que, sendo esse inevitável, deve-se passar a pensar nas possibilidades de reutilização e quando essas tiverem sido esgotadas é que se buscará a possibilidade para reciclá-lo. Depois de esgotadas todas as possibilidades de minimização é que se pensará nas possíveis formas de tratamento, e, só então, nas formas de disposição final.

Voltando à Figura 2, para torná-la atualizada, deve-se inverter o cone, mas ao fazê-lo, falta sustentação para que fique em pé; da mesma maneira, com o sistema de gerenciamento, para que se baseie nas atividades de minimização há necessidade de sustentação e essa deve ser a sustentação política, sem a qual, será inviável (Figura 3).

Figura 3 – Integração das medidas políticas com o controle técnico



Fonte: modificado de Webzoo (2005)

Dessa forma, torna-se primordial não só a anuência, como o engajamento e a efetiva ação do poder político governante, uma vez que as ações de minimização e, principalmente, as de redução na fonte, envolvem mudanças de comportamento e, mesmo, de hábitos da população e isso envolve ações de forte cunho político.

É importante a incorporação por parte da população do conceito de consumo consciente, que, segundo Gauto (2005), é “o conjunto das relações de consumo pautadas na ética e no compromisso de se construir uma sociedade mais justa, generosa e responsável.” Por muito tempo, as características valorizadas pelos consumidores na hora da compra eram a qualidade e o preço, apenas. No consumo consciente são considerados desde fatores de ordem social (como os funcionários são tratados na empresa, por exemplo) até fatores de ordem jurídica e ambiental (por exemplo, atitudes que a empresa toma em relação aos prejuízos que a sua produção traz para a sociedade e/ou ambiente).

Exemplos de ações governistas que visam um consumo que seja sustentável são: a Dinamarca que proibiu o uso de embalagens descartáveis para bebidas não-alcoólicas e cerveja; e, Portugal, onde há uma lei que prioriza o retorno de embalagens usadas. Portanto, o uso de embalagens descartáveis para bebidas

não é uma tendência em todo mercado internacional, como se é, atualmente, induzido a pensar no Brasil.

De acordo com a concepção de desenvolvimento sustentável, a gestão e o gerenciamento de resíduo vêm passando por um processo de reformulação com vistas à minimização, à redução do consumo de energia, ao não desperdício de matéria-prima e, conseqüentemente, causando menor impacto ambiental. Mas, ainda representa um sério problema que deve ter lugar de destaque dentro da política pública dos municípios (NAGLE, STREB, TEIXEIRA *et al.*, 2004).

Como afirma Cano e Brandão (2002), muitos municípios utilizam critérios subjetivos para gerenciar os serviços de limpeza urbana, muitas vezes, inadequado para um problema tão complexo. Alguns municípios regulamentaram o setor através de lei orgânica, regulamentação de limpeza pública, ou leis específicas.

A elaboração e efetivação de políticas para o gerenciamento de resíduo sólido são fundamentais, pois assim será possível obter um sistema integrado e sustentável.

Os municípios têm de romper antigos conceitos, enraizados nos ideais do desenvolvimento econômico local que não levam em consideração a necessidade de sustentabilidade, e se aterem mais às necessidades conjuntas, com soluções integradas mais eficientes para efetivamente se encaixarem em um contexto regional/metropolitano.

Assim, baseando-se nas premissas do desenvolvimento sustentável, o modelo de gestão de resíduo sólido deve ser concebido em escala regional ao considerar o tratamento do resíduo e sua disposição final, de modo a poder atingir plenamente seus objetivos; enquanto a limpeza urbana demanda um planejamento em escala local, envolvendo desde a coleta do resíduo nas residências, transporte, limpeza de praças e jardins, poda de árvores, varrição e até a pintura do meio fio de vias públicas

Em termos de ambiente, determinadas metas podem ser atingidas em longo prazo, mas entende-se que os Municípios, os Estados e a União – atuando sempre

em parceria com a sociedade – podem introduzir de imediato mudanças nas suas políticas urbanas capazes de gerar resultados mesmo a curto prazo (até quatro anos), MMA/IBAM/ PARCERIA 21(2005).

No Brasil, os municípios foram pressionados pela Lei Federal nº 10.257, de 10 de julho de 2001, que os obrigou a elaborarem e aprovarem, no máximo em cinco anos após a promulgação da Lei, o Plano Diretor. Esse é o instrumento básico da política de desenvolvimento e expansão urbana e deve ser aprovado por lei municipal. É parte integrante do planejamento municipal, devendo o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual incorporarem as diretrizes e prioridades nele contidas (BRASIL, 2005).

Dessa forma, para apresentar um Plano Diretor, deve-se ter elaborado antes o plano de gerenciamento de resíduo e estar-se considerando, o tempo todo, o conceito de desenvolvimento sustentável.

A razão para toda essa preocupação, tanto em nível municipal e nacional, como internacional, é a situação em que se encontra o gerenciamento do resíduo sólido em grande parte do mundo. E no Brasil não é melhor: em 2000, de acordo com o senso realizado, IBGE (2010), 125.281 toneladas de resíduo domiciliar eram coletadas diariamente, sendo que:

- 47,1% foi para aterro sanitário;
- 22,3% foi para aterro controlado;
- 30,5% foi para lixão, sem condições adequadas.

Esses números são ainda piores do que parecem, pois aterro controlado, que só tem recobrimento diário e, eventualmente, compactação, é também uma forma de disposição inadequada. Assim, 52,8 % do resíduo era disposto inadequadamente e, do restante, nem todo aterro declarado no senso como sendo sanitário o era de fato.

Corroborando com esse quadro desfavorável, a situação da coleta de resíduo sólido urbano no Brasil, segundo o IBGE (2010), era, em 2000:

- 91,2% da população com coleta;
- 3,6% da população declarou que jogou em terreno baldio;
- 4,3% da população declarou que queimou; e,
- 0,3 da população declarou que enterrou.

E o IBGE (2010) ainda fornece outro dado preocupante: 25% do resíduo público coletado nas cidades com 500 a 1.000.000 hab. foram jogado nas ruas em 2000...

Nesse cenário, detecta-se a necessidade premente da adoção de medidas e ações, não só corretivas como também preventivas, que coloquem a política de resíduo sólido na direção desejada do consumo consciente, rumo ao desenvolvimento sustentável e à consequente cidade sustentável.

É oportuno salientar que a responsabilidade pelos resíduos domiciliar, comercial, público e especial é do município, conforme a Constituição Federal (Brasil, 1988).

Evidencia-se, assim, a importância e urgência da elaboração de planos de gestão e de gerenciamento de resíduo sólido para que seja possível compatibilizá-los com a construção de uma comunidade potencialmente saudável.

O gerenciamento de resíduo sólido, como já visto, deve ser estruturado de forma a ser um sistema integrado de gerenciamento de resíduo, ou seja, segundo Teixeira e Bidone (1999), deve envolver o estudo das condições que regem: a produção do resíduo, incluindo sua minimização na origem; seu manejo e as condições existentes de tratamento e disposição do resíduo; e, contempla, no seu projeto, todos os tipos de resíduos gerados, aproveitando-os e tratando-os, baseando-se no princípio da descarga zero e causando o menor impacto ao meio que o cerca. A atualização do conceito do princípio da descarga zero é: não zerar a geração de resíduo, mas sim buscar, cada vez mais a minimização do resíduo tanto na origem, como para tratamento e destino final.

Deve, portanto, iniciar com atividades de caracterização do resíduo produzido e sua minimização, estudos sobre a coleta, tratamento/disposição e, finalmente,

uma avaliação e a opção por um sistema integrado de tratamento de resíduo sólido.

CARACTERIZAÇÃO DO RESÍDUO SÓLIDO

Iniciam-se as dificuldades, já que a definição de resíduo sólido não é única e nem se refere sempre aos mesmos tipos de resíduos, sendo função de quem o define e com qual objetivo.

A forma de amostragem do resíduo a ser caracterizado é muito importante e não é padronizada. Pode ser feita em, ou a partir de, um caminhão de coleta aleatório e o resíduo ser coletado diretamente na chegada ao aterro; da escolha de uma rota especial, que passe em diferentes locais com diferentes características (sociais, ocupacionais, por exemplo); com amostras representativas de diferentes bairros; pode ser amostragem única ou composta ou ainda em um período de alguns dias ou meses; enfim, pode ser como o responsável pela caracterização preferir ou tiver condições de realizar, mas sempre com o cuidado de se manter a amostra representativa do todo e fiel aos objetivos desejados.

Para a ABNT (ABNT 2004) os resíduos sólidos são definidos como: “resíduos nos estado sólido e semi-sólido, que resultam de atividades da comunidade de origem: industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços e de varrição. Ficam incluídos, nessa definição, os lodos provenientes de sistemas de tratamento de água, aqueles gerados em equipamentos e instalações de controle de poluição, bem como determinados líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou corpos d’água, ou exijam para isso soluções técnica e economicamente inviáveis em face à melhor tecnologia disponível”.

IPT/CEMPRE (2000) define resíduo sólido como restos das atividades humanas, considerados pelos geradores como inúteis, indesejáveis ou descartáveis. Normalmente, apresentam-se sob estado sólido ou semi-sólido (com teor líquido insuficiente para que possa fluir livremente).

Com essas duas definições já é possível verificar a falta de concordância, imediata, quanto ao estado físico (sólido, líquido,...) admitido para o resíduo sólido.

Ao detalhar mais, tentando definir resíduo sólido urbano, as divergências passam a ser maiores, a ponto de Carra e Cossu (1988), ao compararem o resíduo sólido urbano de 15 diferentes países industrializados, concluírem que cada país usava uma definição diferente: um considerava como resíduo urbano só resíduo domiciliar e comercial, outro além desses considerava resíduo de varrição e de serviços, enquanto outro, ainda, incluía os resíduos industriais com características semelhantes ao domiciliar, por exemplo.

Essa divergência ainda ocorre, e não só em termos de diferentes países, mas no Brasil, em termos de diferentes municípios e num mesmo município, em diferentes épocas.

Portanto, conforme Streb, Nagle e Teixeira (2004), para a caracterização do resíduo sólido deve ser escolhida a classificação que consiga responder aos objetivos desejados e, se for buscado a minimização, as autoras apresentam uma metodologia para caracterização do resíduo sólido domiciliar.

A caracterização pode ser feita a partir da classificação do resíduo, por exemplo, segundo a:

- **origem:** domiciliar (doméstico), comercial, industrial, serviços de saúde (hospitalar) e especial;
- **tratabilidade:** biodegradável, reciclável, descartável e perigoso;
- **incineração:** combustível, incombustível;
- **biodegradação:** facilmente biodegradável, moderadamente biodegradável, dificilmente biodegradável e não biodegradável;
- **tipo de material:** papel, vidro, plástico, metal, orgânico, outros;
- **reciclabilidade:** recicláveis e não recicláveis; e,
- **disposição final (NBR10004, ABNT, 2004):** classe I (perigosos), classe II (não perigosos) e sua subdivisão, classe IIA (não inertes) e classe IIB (inertes).

Todos os tipos de resíduos gerados devem ser caracterizados separadamente e com a classificação mais adequada aos objetivos desejados.

A caracterização pode ser feita, também, a partir de características físicas (peso específico, produção *per capita*, grau de compactação, teor de umidade, entre outros), químicas (poder calorífico, potencial hidrogênio, relação carbono nitrogênio, entre outros) e biológicas (bactérias, fungos, entre outros). A escolha de uma ou mais das características citadas, para se evitar gastos excessivos e desnecessários, deve ser feita de acordo com os objetivos desejados. Assim, se o objetivo for dimensionar a frota coletora, deve-se escolher: peso específico, produção *per capita*, grau de compactação e teor de umidade em detrimento das demais, que não terão utilização imediata. Já se o interesse for verificar a viabilidade de uma coleta seletiva, deve-se escolher uma composição gravimétrica em termos dos materiais existentes e que tenham mercado garantido e os pesos específicos daqueles não conhecidos, por exemplo.

Para evitar confusões e comparações inadequadas a partir dos resultados obtidos, é sempre recomendável deixar explícito o que foi considerado como resíduo em cada classificação e como os mesmos foram amostrados.

Feita a caracterização, devem ser realizados estudos que visem à obtenção da minimização dos mesmos, desde a redução na fonte, incluindo a reutilização e a reciclagem, não deixando de seguir a ordem de prioridade já comentada. Claro que, neste caso, a caracterização deve ter sido adequada a esse objetivo, conforme o recomendado por Streb, Nagle e Teixeira (2004).

Deve-se atentar para buscar reduzir o desperdício, pois, segundo o Instituto Akatu (2003), o desperdício de alimentos é a pior das pragas, sendo que, no Brasil, de 20% a 60% de toda a produção se perde entre o campo e a mesa.

O desperdício só de matéria orgânica (tanto de compra, como de consumo e de preparo) no resíduo sólido domiciliar, em duas pesquisas independentes, esteve, em ambos os casos, na ordem de 16 a 18% sobre todo o resíduo coletado, ou seja, de tudo o que foi jogado, quase 20% não foi sequer aproveitado – foi desperdiçado! Foram analisados respectivamente, na primeira pesquisa,

em Barão Geraldo - Campinas, o resíduo de 60 residências, em 1996 (TEIXEIRA, FASSINA e FONSECA, 2000 e TEIXEIRA, 1999), e, na segunda, em Barão Geraldo – Campinas, Valinhos e Vinhedo, o resíduo de 30 residências em cada município (NAGLE, 2004 e STREB, NAGLE e TEIXEIRA, 2004) e, em ambas as pesquisas, com a análise exclusiva de resíduo domiciliar, durante 8 e 12 meses, respectivamente.

A aplicação da minimização ao resíduo doméstico pode ser obtida através: de alterações de hábitos; processos e/ou material; e, opções ao adquirir produtos. Pode ser alcançada, pela escolha de produtos com menor número de embalagens ou com embalagens de maior capacidade volumétrica (menor volume de embalagem por unidade de produto). Também pode ser atingida controlando-se os desperdícios.

COLETA DE RESÍDUO URBANO

Na elaboração de um plano de gerenciamento integrado de resíduo sólido a coleta deve ser estudada e, segundo a NBR 12980 (ABNT, 1993), pode ser coleta regular (coleta domiciliar; coleta de feiras, praias...; e, coleta de serviços de saúde); coleta especial; coleta particular; e coleta seletiva. Essa norma tem que ser revisada, já que atualmente a coleta de resíduo de serviço de saúde é de responsabilidade do gerador, sendo, portanto, coleta particular. A coleta especial refere-se ao resíduo de produção transiente, tais como animais mortos, veículos abandonados nas vias públicas, etc.

Devem ser estudados os diferentes tipos de resíduos gerados e, para cada um deles, deve(m) ser escolhido(s) o(s) tipo(s) de coleta(s) a ser(em) adotado(s) e verificada a existência de equipamento(s) e mão de obra necessários à sua implantação e/ou expansão prevista, bem como a disponibilidade financeira para novas aquisições.

Na medida do possível, estudada a sua real viabilidade, tanto técnica, econômica como operacional, a coleta seletiva (sistema de recolhimento de material reciclável - papel, plástico, metal, vidro e orgânico ou de material reciclável e não reciclável - previamente separados na fonte de geração) deve fazer parte

do plano de gerenciamento integrado de resíduo sólido. Como tal, permite a reutilização e a reciclagem de material que, de outra forma, iria para tratamento e/ou disposição final. É, portanto, uma forma de minimizar o resíduo que será tratado e/ou disposto.

Deve ser escolhida qual a modalidade de coleta seletiva que mais se adequa, tanto às características físicas da localidade como às condições econômicas e da população, entre a coleta porta a porta; a coleta com PEV – pontos de entrega voluntária e LEV – locais de entrega voluntária; e, coleta através de cooperativas de catadores.

A diferença entre PEV e LEV é que, os primeiros são contêineres ou conjunto de contêineres dispostos em locais pré-determinados e os LEV são edificações destinadas ao armazenamento do material reciclável onde há alguém para receber o material levado pela população e que o destina à baia correta. Em algumas localidades, LEV é usado como sinônimo de PEV.

Não é recomendada, por essa autora, a forma de coleta seletiva por troca, uma vez que essa ocorre pela troca de material reciclável por benefícios tais como vale transporte, vale compra, vale verduras, vale leite, sacos plásticos para acondicionar reciclável, enfim, um estudo sobre os programas que já existiram no Brasil fornece um amplo leque de opções e de exemplos que não deram certo. O problema é que não há condições econômicas que permitam, seja a quem for, a continuidade das trocas por período indeterminado e, quando essas cessam, a população, que estava acostumada a receber algo em troca, deixa de se sentir estimulada a segregar e não mais o faz e, com isso, o sistema de coleta seletiva deixa de ocorrer adequadamente. A população deve ser estimulada a se conscientizar e, conseqüentemente, a segregar.

Ainda deve ser definido o tipo de segregação que se deseja que a população faça: separando os cinco tipos de materiais recicláveis mais o não reciclável; ou em apenas dois: reciclável e não reciclável. Essa escolha será função tanto das condições técnicas como financeiras, além da disponibilidade de cooperação esperada da população. Assim, dependerá do tipo de equipamento que o município tem ou que tem condições de adquirir, da quantidade de resíduo reciclável

esperada, da boa vontade da população em ter dois ou seis recipientes para resíduo em casa, etc.

Em todos os casos, é essencial uma pesquisa de mercado que preceda às decisões anteriormente citadas, de forma a que se implante uma segregação de material que, efetivamente, venha a ser reciclado posteriormente e não que vá para disposição final, junto com o material não reciclável, desacreditando a coleta. Ainda, a viabilidade e credibilidade do programa devem ser avaliadas para que não se opte por soluções que não se pode sustentar e, dessa forma, seja decretado, antecipadamente, o fim do programa de coleta seletiva. É de essencial importância que a coleta tenha credibilidade perante a população, pois só assim essa terá estímulo para fazer sua parte, ou seja, segregar o resíduo adequadamente.

Mais dois itens são de extrema importância para o sucesso de um programa de coleta seletiva: a implantação e manutenção de programa(s) de informação e sensibilização da população; e, uma política transparente sobre o destino a ser dado ao dinheiro arrecadado com a venda do material reciclável.

TRATAMENTO/DISPOSIÇÃO FINAL DE RESÍDUO SÓLIDO DOMÉSTICO

Nessa fase da elaboração de um Plano de Gerenciamento Integrado de Resíduo Sólido, deve-se ter em mente os diversos métodos de tratamento e/ou disposição final existente(s) e, para cada tipo de resíduo gerado, escolher aquele que melhor se adapte às suas características e às condições locais.

Na sequência são apresentados, resumidamente, os métodos mais empregados para tratamento e/ou disposição de resíduo sólido doméstico (compostagem, aterro sanitário e em vala e incineração), salientando-se a que tipos de resíduos mais se adequam.

Compostagem

A compostagem é um processo de tratamento específico para a matéria orgânica, essencialmente biológico.

A compostagem é um processo onde a matéria orgânica é transformada por processos químicos e biológicos, através da ação de micro-organismos e de alguns organismos, em um material mais estável biologicamente, chamado composto. Agem sobre a matéria orgânica principalmente bactérias, fungos e actinomicetos, e também podem ser encontrados protozoários e vermes. Se levado ao último grau de estabilização (humificação ou maturação), seu produto é chamado de composto curado (ou húmus) e é estável em termos biológicos (TEIXEIRA, 2009).

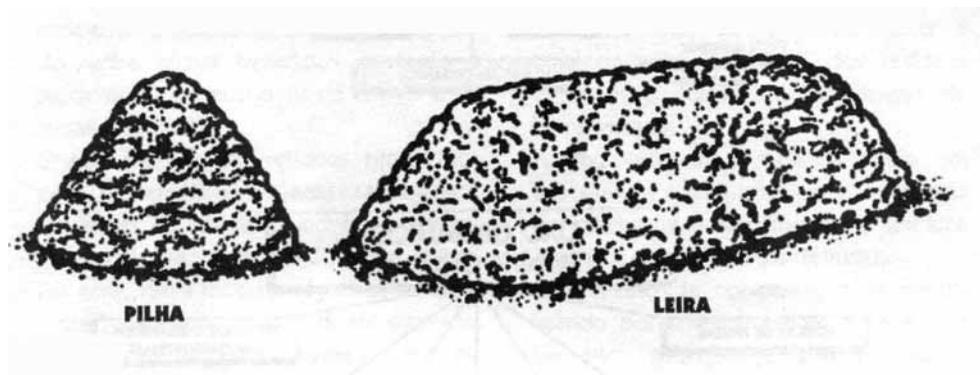
O composto curado é a matéria orgânica bioestabilizada e humificada, resistente ao ataque de outros micro-organismos, sem cheiro e que não mais atrai vetores.

A compostagem pode ocorrer através de biodigestão anaeróbia ou aeróbia, em função da ausência ou presença de oxigênio livre no meio em decomposição. O processo mais comum é o aeróbio, na presença de oxigênio.

Na compostagem aeróbia há uma primeira fase onde o resíduo pode ser triturado (é opcional), seguida da biodigestão (onde a matéria orgânica é bioestabilizada). A terceira fase é a humificação, onde finalmente ocorre a transformação em húmus ou composto curado. Após, há outra fase opcional, que é a preparação para venda (peneiração e ensacagem).

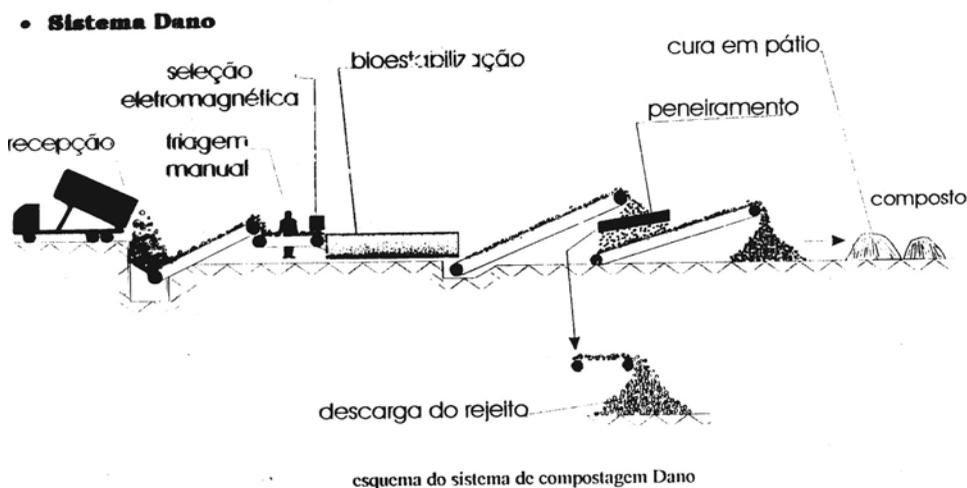
A fase da biodigestão pode ser manual, através de leiras ou pilhas (Figura 4) ou mecanizada, onde ocorre em biodigestores (reatores) fechados. Um esquema de um dos modelos de compostagem mecanizada é apresentado na Figura 5.

Figura 4 – Leiras ou pilhas de compostagem manual



Fonte: Pereira Neto (1996)

Figura 5 Esquema de um modelo de compostagem mecanizada



O composto curado é um excelente condicionador de solo com propriedades tais como retenção da umidade do solo em períodos de seca; prevenção contra erosão; aumento da permeabilidade à água; melhoria das propriedades biológicas do solo; fornecimento de elementos - traço (ferro, zinco, cobre, cloro, entre outros); e, prevenção da lixiviação do nitrogênio orgânico.

Aterro

Há três formas de disposição de resíduo no solo: lixão, aterro controlado e aterro sanitário.

A maior parte das cidades brasileiras ainda tem a disposição final de seu resíduo efetuada de forma incorreta, em lixão. Esta é uma instalação onde o resíduo é disposto de forma indiscriminada, a céu aberto, sem recobrimento, às vezes com compactação. Não há nenhuma prevenção à poluição/contaminação, nem controle sobre o que é disposto.

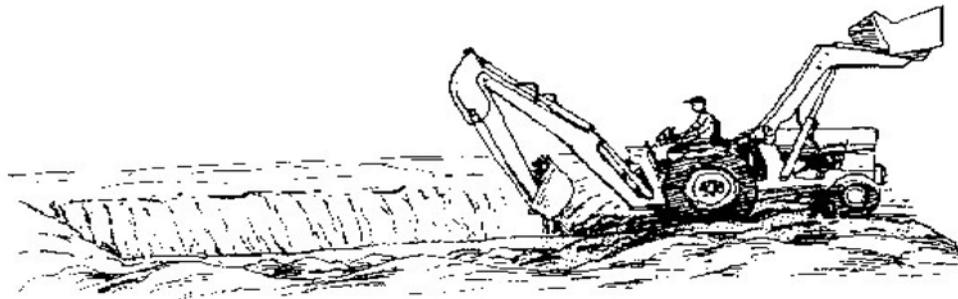
O lixão é uma forma de disposição que deve ser evitada e, onde existe, deve ser erradicado e a área remediada, ou seja, ter a contaminação reduzida e/ou eliminada por meio de tratamento(s) específico(s) para o(s) contaminante(s). Essa remediação também deve fazer parte do plano de gerenciamento integrado de resíduo sólido.

A outra forma de disposição de resíduo no solo é o aterro controlado. Nesse, há apenas o recobrimento diário do resíduo, podendo ou não haver a compactação. Só controla a presença de vetores, micro e macro, incluindo o homem (catadores).

O aterro controlado é também uma instalação poluidora/contaminadora e deve ser evitada. Só é melhor, segundo IPT/CEMPRE (1995), que lixão.

Quando a aplicação de resíduo e a eventual compactação são manuais e as células são em forma de trincheiras, o aterro controlado recebe o nome de aterro em vala, aterro em trincheira ou ainda aterro manual (Figura 6). É uma forma que teve aplicação nos últimos anos, mas não deixa de ser poluidora e contaminadora, conforme Teixeira, Pansani e Nagle (2002).

Figura 6 – Aterro em vala.



Fonte: CETESB (1997)

A única instalação que, com princípios de engenharia, previne, evita e/ou minimiza a poluição e a contaminação é o aterro sanitário. Aterro sanitário é uma denominação muito usada e na maioria das vezes aplicada inadequadamente.

Para que um aterro possa ser considerado como *sanitário*, deve apresentar as seguintes características: impermeabilização de fundo e das laterais; drenagem e tratamento de chorume; drenagem e tratamento de gases; compactação; e, cobertura diária do resíduo. Além dessas, essenciais, deve ter também drenagem de águas pluviais, para evitar aumento da produção de chorume, que deve ser drenado e tratado, não encarecendo dessa forma a operação.

Em um aterro sanitário pode ser disposto o resíduo sólido doméstico em sua totalidade. A tendência mundial é evitar cada vez mais que a matéria orgânica vá para aterro sanitário, pois essa gera chorume, que tem que ser tratado, e demora muito tempo para ser totalmente degradado, algo entre 40 e 80 anos, e precisa ser constantemente monitorada. O resíduo perigoso, inclusive a parcela de resíduo perigoso do resíduo sólido doméstico, tem sido recomendado, também, que não seja encaminhado ao aterro sanitário.

Incineração

O processo de incineração é aquele onde o resíduo é queimado, em condições controladas de combustão, principalmente teor de oxigênio e tempo de queima, em temperaturas superiores a 800°C.

É um processo extremamente debatido e que recebe muitas críticas.

Enquanto for uma instalação onde só haja um forno incinerador, todas as críticas são devidas. Mas, ao se pensar em uma instalação onde seja implantado um “sistema de incineração”, a situação muda. Isso porque um “sistema de incineração” é composto pelo forno incinerador, mais unidades para tratamento dos gases gerados na combustão; se para o tratamento dos gases for usada água, por exemplo, em lavadores de gases, há unidades para tratamento da água contaminada resultante; e, todos os sólidos gerados (cinzas e escórias no forno; particulados e lodos, no tratamento dos gases; e, lodo do tratamento da água contaminada) são adequadamente dispostos. Além disso, o sistema de incineração tem que ser dimensionado para o resíduo a ser incinerado e só esse, ou outro com características semelhantes, pode ser admitido para queima. Dessa forma, existe tecnologia atualmente para projetar o sistema de incineração de forma a não produzir, eliminar ou minimizar todas as emissões indesejáveis, de forma a que as emissões fiquem dentro dos limites estabelecidos na legislação ambiental.

O sistema de incineração reúne todas as características técnicas para competir com outras formas de tratamento/disposição final de resíduo. É claro que o custo resultante é elevado, o que faz com que o sistema de incineração seja, em geral, a última opção a ser adotada.

Sempre que possível, o sistema de incineração deve ser dotado de unidades de recuperação de energia, para que a energia liberada no processo seja aproveitada.

A incineração aplica-se ao resíduo com característica de combustibilidade, mas limitado às condições de projeto do sistema de incineração.

GERENCIAMENTO INTEGRADO DE RESÍDUO SÓLIDO

Como já citado, um plano de gerenciamento integrado de resíduo sólido deve envolver estudos sobre as condições que regem a produção de resíduo, incluindo sua minimização na origem; seu manejo e as condições existentes de tratamento e disposição de resíduo; e, contempla, no seu projeto, todos os tipos de resíduos gerados, aproveitando-os e tratando-os, baseando-se no princípio da descarga zero e causando o menor impacto ao meio que o cerca.

Isso feito resulta uma adequada relação entre o resíduo gerado, seus geradores e o ambiente, inclusive resolvendo os impasses resultantes da disposição inadequada de resíduo no passado.

Assim, no que se refere a resíduo sólido, o desenvolvimento sustentável será alcançado e resultará em cidades que deixarão de ser potencialmente saudáveis, para serem cidades saudáveis.

Na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo Rumel *et al.* (2010), “cidade saudável 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”. Assim, considera-se saudável uma cidade ou município em que seus dirigentes municipais enfatizem a saúde de seus cidadãos dentro de uma ótica ampliada de qualidade de vida.

Conforme esses autores, os determinantes de saúde podem ser categorizados em demográficos, sociais, econômicos, ambientais, cobertura vacinal, saúde bucal, prevenção de acidentes, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, nutricionais, atividade física, consumo excessivo de drogas, bem-estar mental, acesso ao diagnóstico precoce de doenças e recursos para o crescimento e incluir indicadores como cobertura de saneamento, nível de desemprego e outros.

Assim, para que uma cidade possa vir a ser considerada saudável, sob o ponto de vista de resíduo sólido, é imprescindível que esse seja considerado no seu todo, ou seja, que o Programa de gerenciamento de resíduo sólido do município contemple o sistema integrado visto, manejando todos os diferentes tipos de

resíduos aí gerados da melhor forma e promovendo a sua minimização. Estará, portanto, contribuindo para o desenvolvimento sustentável e para que a cidade ou o município possa vir a ser sustentável e saudável.

Nessa premissa, um município que faz parte da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis deve se pautar por fazer constar, no seu Plano Diretor, diretrizes que induzam e obriguem à elaboração de um Sistema Integrado de Gerenciamento de Resíduo Sólido.

Deve-se sempre considerar um ditado árabe que, para a problemática do resíduo sólido e sua solução, é válido: “Muita gente pequena, em muitos lugares pequenos, fazendo muitas coisas pequenas, mudarão a face da Terra”.

Referências

1. ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 10004. Resíduos sólidos: classificação. In: Associação Brasileira de Normas Técnicas. Resíduos sólidos: coletânea de normas. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.
2. ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 12980. Coleta, varrição e acondicionamento de resíduos sólidos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 1993.
3. BRASIL. Lei nº 10,257 de 10 de julho de 2001. In:TERRA. Legislação Federal. Disponível em: <www.pontoterra.org.br/car_lei10257.html>. Acesso em: 18 abr. 2005. 10h16min.
4. BRASIL. Constituição Federal: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
5. BRUNDTLAND, Gro (coord.). Comissão Mundial Sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento: Nosso futuro Comum. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1991.
6. CANO, W., BRANDÃO, C. A. A Região Metropolitana de Campinas: urbanização, economia, finanças e meio ambiente. Campinas, SP: Unicamp, 2002.
7. CARRA, Joseph S.; COSSU, Raffaello. Introduction. In: Carra, Joseph S.; COSSU, Raffaello. International Perspectives on municipal solid wastes and sanitary landfilling. London: Academic Press, 1988.
8. CEBDS – Conselho Empresarial Brasileiro para o Desenvolvimento Sustentável. Visão Empresarial. Disponível em: <<http://www.cebds.com>>. Acesso em: 15 maio 2005.
9. CEMPRES – Compromisso Empresarial para Reciclagem. Ficha Técnica – latas de alumínio. Disponível em: <http://www.cempre.org.br/fichas_tecnicas.php?lnk=ft_latas_aluminio.php>. Acesso em: 26 mar. 2010.

10. CETESB – Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental. Aterros sanitários em valas. São Paulo: CETESB, 1997. Apostilas Ambientais.
11. CONFEA – Conselho Federal de Engenharia, Arquitetura e Agronomia. Carta mundial do direito à cidade. Disponível em: <http://www.confea.org.br/publique/media/carta_direito_cidade.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2010.
12. GAUTO, Maitê F. Consumo consciente: uma atitude para além do discurso. Disponível em: <http://www.akatu.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=view_tipo2&sid=88&inford=148>. Acesso em: 14 maio 2005.
13. IBAM – Instituto Brasileiro de Administração Municipal. Manual de Gerenciamento Integrado de Resíduos Sólidos. Disponível em: <<http://www.ibam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>>. Acesso: 23 mar.. 2010.
14. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de saneamento básico 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb/pnsb.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2010.
15. INSTITUTO AKATU. Desperdício: é preciso acabar com a pior das pragas. Reportagem de 15 set. 2003. Disponível em: <http://www.akatu.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=view_tipo2&sid=88&inford=103>. Acesso em: 14 abr. 2005.
16. IPT/CEMPRE – Instituto Nacional de Pesquisas Tecnológicas / Compromisso Empresarial para Reciclagem. Lixo Municipal: manual de gerenciamento integrado. São Paulo: IPT/CEMPRE, 2000.
17. IPT/CEMPRE – Instituto Nacional de Pesquisas Tecnológicas / Compromisso Empresarial para Reciclagem. Lixo Municipal: manual de gerenciamento integrado. São Paulo: IPT/CEMPRE, 1995.
18. MMA- Ministério do Meio Ambiente. Agenda 21. Disponível em:<http://www.mma.gov.br/sitio/index.php?ido=conteudo.monta&idEstrutura=18&idConteudo=908&idMenu=374>. Acesso em: 22 mar. 2010.
19. MMA/IBAM/PARceria 21 - MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE; INSTITUTO BRASILEIRO DO MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS; CONSÓRCIO PARceria 21. Cidades sustentáveis: subsídios à elaboração da Agenda 21 Brasileira. 2000. Disponível em: <<http://www.cidades.gov.br>>. Acesso em: 16 abr.2005.
20. NAGLE, Elizabeth Camargo. Potencial de Minimização do material biodegradável de alimentação contido no resíduo sólido domiciliar em municípios da Região Metropolitana de Campinas. Campinas, FEC/Unicamp, 2004. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo, Universidade Estadual de Campinas, 2004.
21. NagLE, Elizabeth Camargo; StreB, Cleci Schalemberger; TeixeirA, Eglé Novaes; CRAVEIROS, S. G.; LONDON, P.; FERREIRA, R. G. Gestão de resíduo sólido para o desenvolvimento regional sustentável. In: CONGRESSO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM RESÍDUOS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL, ICTR 2004, 1., Florianópolis – SC.. Anais... São Paulo: ICTR, 2004. p. 594-604. CD-ROM.

22. PEREIRA NETO, J.T. Manual de Compostagem: Processo de Baixo Custo. Belo Horizonte, Minas Gerais: UNICEF, 1996.
23. RUMEL, Davi; SISSON, Maristela; PATRÍCIO, Zuleica Maria; MORENO, Claudia R. C. Cidade saudável: relato de experiência na coleta e disseminação de informação sobre determinantes de saúde. In: Saúde e Sociedade, São Paulo – SP, v.14, n.3, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 mar. 2010.
24. SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Agenda 21. Disponível em: <<http://www.ambiente.sp.gov.br/agenda21.php>>. Acesso em: 23 mar. 2010.
25. STREB, Cleci Schalemberger, NAGLE, Elizabeth Camargo; TEIXEIRA, Eglé Novaes. Caracterização do resíduo sólido doméstico metodologia para avaliação do potencial de minimização. CONGRESO INTERAMERICANO DE INGENIERIA SANITARIA Y AMBIENTAL, 29. San Juan – Porto Rico. Anais... San Juan: AIDIS, ago. 2004. CD-ROM.
26. SUSTENTABILIDADE. Conteúdos. Disponível em: <http://www.sustentabilidade.org.br/conteudos_sust.asp?codCont=9&categ=s>. Acesso em: 26 mar. 2010.
27. TEIXEIRA, Eglé Novaes. Modelo integrado de gestão de resíduo sólido. In: SILVA, Fábio César da; PIRES, Adriana M.; RODRIGUES, Mário Sérgio; BARREIRA, Luciana (Org.). Gestão pública de resíduo sólido urbano: compostagem e interface agro-florestal. 1. ed. Botucatu: FEPAF, p. 25-52, 2009. cap. 2. ISBN 978-98187-15-0.
28. TEIXEIRA, Eglé Novaes. Redução na fonte de resíduos sólidos: embalagens e matéria orgânica. In: PROSAB. Metodologias e Técnicas de Minimização, Reciclagem, e Reutilização de Resíduos Urbanos. Cap.3. Rio de Janeiro: ABES, 1999.
29. TEIXEIRA, Eglé Novaes e BIDONE, Francisco R. A. Conceitos Básicos. In: PROSAB. Metodologias e Técnicas de Minimização, Reciclagem, e Reutilização de Resíduos Urbanos. Cap. 2. Rio de Janeiro: ABES, 1999.
30. TEIXEIRA, Eglé Novaes; FASSINA, Leda T. de C. V. da S.; CASTRO, Verônica L. F. de L. Resíduos sólidos domésticos: potencial de minimização (redução na fonte, reutilização e reciclagem) em termos de matéria orgânica. SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE RESÍDUOS SÓLIDOS: Diagnóstico e Gestão Integrada de Resíduos Sólidos, 4. Anais... Recife: ABES-PE, nov.2000. CD-ROM.
31. TEIXEIRA, Eglé Novaes; PANSANI, Alexandre; NAGLE, Elizabeth Camargo. Avaliação do potencial poluidor/contaminador de aterros em vala (aterros manuais). CONGRESO INTERAMERICANO DE INGENIERÍA SANITARIA Y AMBIENTAL, 27, Cancún – México. Anais... Cancún: AIDIS, out. 2002. CD-ROM.
32. WEBZOO. The Waste Management Hierarchy. Disponível em: <http://www.webzoo.com/ni_v4/part_1/pt1_pg_08.htm>. Acesso em: 14 maio 2005.

A IMPORTÂNCIA DOS COMITÊS DE BACIAS HIDROGRÁFICAS COMO PARCEIROS DE REDES DE MUNICÍPIOS

*Livia Fernanda Agujaro**

A inter-relação entre saúde e meio ambiente tem mudado consideravelmente de enfoque nas últimas décadas. Abordagens clássicas dessa questão como a relação entre condições sanitárias inadequadas e elevados índices de mortalidade infantil e morbidade persistem em regiões onde um adequado desenvolvimento social e econômico ainda não foi alcançado, em locais mais remotos do país ou mesmo bolsões de miséria das grandes metrópoles. Por outro lado, consideráveis avanços científicos e tecnológicos permitiram ganhos na promoção da saúde e na medicina, por meio da expansão da infraestrutura, da educação e do conhecimento. Vivemos assim um momento em que velhos e novos problemas coexistem e a equidade nem sempre está presente na construção de políticas públicas saudáveis a fim de minimizá-los e até eliminá-los.

Antigas questões de saúde pública, especialmente aquelas relacionadas com a contaminação microbiológica da água e saneamento ambiental precário ocorrem simultaneamente com fatores de risco emergentes que atingem os ecossistemas como um todo e estão associados às rápidas mudanças dos processos produtivos, a uma industrialização acelerada e aos hábitos de consumo modernos de uma população sempre crescente. Políticas públicas nem sempre são eficazes para controlar e prever tais fatores, além do que, não se mostram proativas para mudanças de hábitos, implantação de tecnologias sustentáveis e legislações eficazes. Poluição do ar, emissão gases de efeito estufa, produtos tóxicos em água para consumo humano e recreacional, contaminação do solo por resíduos industriais e agrotóxicos, disposição inadequada de resíduos sólidos, radiações ionizantes e resíduos de agrotóxicos em alimentos, estão entre os maiores desafios ambientais que temos a enfrentar neste início de século, quando se discute ambiente e promoção da saúde.

* CETESB - Mestre em Ciências Biológicas – UNESP e Doutora em Engenharia Civil - Saneamento e Meio Ambiente - Unicamp – criou e coordenou a Câmara Técnica de Saúde Ambiental dos Comitês P.C.J.

O meio ambiente pode afetar a saúde em seu aspecto físico e mental, positiva ou negativamente. Efeitos patológicos agudos e crônicos da exposição direta aos contaminantes e patógenos coexistem com a falta do bem-estar da população associada à moradia e transporte precários, uso inadequado do espaço urbano, condições insalubres de trabalho e falta de espaços de lazer. Um meio ambiente saudável e equilibrado e a equidade social são os fatores-chave para o desenvolvimento sustentável.

Tais questões colocam novos desafios na condução das políticas públicas e exigem dos gestores uma abordagem holística, já que os fatores que contribuem para essa condição são complexos e exigem ações coordenadas, busca de parcerias e uma política transversal em promoção da saúde que permeie as questões ambientais, urbanas, incluindo transporte, moradia, uso e ocupação do solo, educação, energia, meio rural entre outras. O envolvimento da comunidade no processo de tomada de decisão é de fundamental importância por meio do conhecimento e experiência dos diferentes segmentos da sociedade civil, população em geral, acadêmicos, especialistas, produtores etc...

Embora pareça que alguns problemas ambientais têm dimensões locais e são específicos do território de determinado município, as escalas regionais e globais devem ser consideradas sempre, pois a natureza não obedece aos limites políticos e administrativos dos municípios, o que implica a harmonização das estratégias em locais, regionais e globais, para se conhecer a verdadeira raiz do problema, incorporando todas as suas dimensões.

O critério de bacia hidrográfica é comumente usado nos estudos e avaliações do meio ambiente e especialmente na gestão dos recursos hídricos porque constitui um sistema natural, com território bem delimitado, composto por um conjunto de terras topograficamente drenadas por um rio e seus afluentes, onde as interações e eventos em nível físico são integrados, facilitando sua compreensão. A água é vista nesse contexto como um veículo que integra todos os eventos que ocorrem em seu território. Fazendo uma analogia com o sistema circulatório dos organismos vivos, que é formado por conjunto de vasos de pequeno, médio e grande calibre, que constituem uma complexa rede de distribuição para todo o corpo, a bacia hidrográfica é como o sistema circulatório da terra com

um rio formado por um conjunto de nascentes, riachos e ribeirões, profundos e superficiais, estabelecendo relações de interdependência entre si. Grande parte dos impactos ambientais é integrada por esse sistema e as ações que afetam o meio ambiente no território de um município devem levar em consideração os impactos nas comunidades vizinhas.

Como descrito em Comitê das Bacias Hidrográficas dos Rios Piracicaba, Capivari e Jundiaí (2002), uma gestão, que almeje o desenvolvimento, deve se propor a sustentar ecológica, social e economicamente suas ações, buscando a solidariedade em detrimento da “superioridade” de um município sobre os demais.

Os Comitês de Bacias Hidrográficas se colocam como fóruns integradores não só para a gestão dos recursos hídricos, mas para a discussão dos assuntos ambientais de maneira ampla, especialmente por agregarem princípios como o gerenciamento descentralizado por bacia hidrográfica, participativo com diversos segmentos da sociedade civil, estado e municípios e integrado, contemplando as águas superficiais e subterrâneas em seus aspectos de quantidade e qualidade, solos, saneamento e recursos florestais.

Duas legislações contemplam a formação dos Comitês de Bacias: as estaduais como é o caso da Lei 7.663/1991, que institui a Política Estadual de Recursos Hídricos para o Estado de São Paulo, com a instalação de 21 Comitês e a Lei Federal – 9.433/1997, que institui a Política Nacional de Recursos Hídricos e contempla a instalação de Comitês de Bacias em rios de domínio federal.

Os Comitês das Bacias Hidrográficas dos Rios Piracicaba, Capivari e Jundiaí-CBH-PCJ e PCJ Federal abrangem a região das bacias dos rios Piracicaba, Capivari e Jundiaí com 75 municípios, dos quais 62 têm sede nas áreas de drenagem da região. Desses, 58 estão no Estado de São Paulo e 4 em Minas Gerais. Dos municípios que têm território na região PCJ e sede em outras bacias, 13 estão em São Paulo e 1 em Minas Gerais. Com aproximadamente 5 milhões de habitantes, a região é considerada uma das mais importantes do Brasil devido ao seu desenvolvimento econômico, que representa cerca de 7% do Produto Interno Bruto (PIB) Nacional (C), o que faz com que seu território apresente intensa degradação ambiental, especialmente dos seus corpos d’água impactados por lançamentos

de esgotos domésticos e industriais, uso inadequado do solo agrícola, escassez de matas nativas, especialmente ciliares.

Para a discussão específica dos efeitos desses impactos na saúde humana, foi criada a Câmara Técnica de Saúde Ambiental – CT-SAM, com representantes de órgãos municipais, estaduais e federais da área de saúde e meio ambiente, entidades que operam serviços de água e esgoto, sociedade civil organizada e instituições de ensino e pesquisa.

Parcerias entre Comitês de Bacias Hidrográficas e fóruns de articulação em políticas públicas como a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis – RMPS (<http://www.redemunicipiosps.org.br>) que, inclusive congrega diversos municípios que compõe os Comitês PCJ, são ricos espaços de articulação dos diversos atores, estimulando parcerias entre diferentes instituições e auxiliando na consolidação da promoção da saúde enquanto política pública regional para a melhoria da qualidade de vida.

A Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, atuando como espaço de articulação intersetorial no território dos municípios, tem importante papel na implementação local das diretrizes dos Planos de Bacias, que são importantes ferramentas de gestão dos recursos hídricos e poderão contribuir para um ordenamento territorial sustentável, garantindo o uso do patrimônio hídrico de forma saudável e segura na promoção da saúde. Diversas outras atividades podem ser desenvolvidas em conjunto, especialmente envolvendo a capacitação de seus membros por meio de debates, cursos, oficinas seminários e publicações.

A criação de Câmaras Técnicas de Saúde Ambiental em Comitês de Bacias, como o caso da CT-SAM dos Comitês CBH-PCJ, proporcionam espaços para a discussão de fatores ambientais que possam interferir na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar ações de promoção da saúde e controle de fatores de risco e das doenças e agravos relacionados à variável ambiental. Algumas linhas de discussão nesse âmbito compreendem a Qualidade da Água para Consumo Humano (Abastecimento, Agricultura e Recreação), Transmissão de Agravos Relacionados aos Recursos Hídricos; Contaminantes Ambientais; Desastres Naturais e Acidentes com Produtos Perigosos. Ainda, é importante a

inserção nos Planos de Bacias, de ações que priorizem a adequada cobertura dos serviços de água e esgoto para a população não atingida, garantindo a disponibilidade hídrica para municípios que estão abaixo da base de consumo mínima recomendada pelos órgãos de saúde, o atendimento às legislações de controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano, o uso racional de agrotóxicos na agricultura e seu impacto nos recursos hídricos, a disposição adequada de resíduos sólidos de origem doméstica e industrial que não afetem mananciais e águas subterrâneas, entre outras.

Tais temas foram amplamente abordados na 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental realizada em Brasília em dezembro de 2009 que a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis contribuiu com um texto de apoio (<http://189.28.128.179:8080/cnsa>) relatando diversas experiências bem sucedidas já implementadas nos municípios integrantes da RMPS, destacando-se a experiência do município de Americana (SP) sobre a integração e a intersectorialidade dos agentes públicos na implantação de melhorias socioambientais na região da Praia Azul, reservatório Salto Grande, atingido por intensos processos de degradação da qualidade da água que afetaram a saúde e o bem estar das populações às suas margens. O texto final da conferência (http://189.28.128.179:8080/cnsa/documentos-1/diretrizes-texto-final/at_download/file) aponta diretrizes a serem implantadas com relação aos diferentes temas abordados de saúde ambiental e promoção da saúde e as parcerias entre diferentes fóruns intersectoriais será fundamental para auxiliar sua implantação no território dos municípios.

Nesse cenário em que estudos e propostas abordando saúde e meio ambiente vem se consolidando e servindo de base na formulação de políticas públicas que buscam acima de tudo a qualidade de vida, a sustentabilidade e um meio ambiente equilibrado, a integração entre essas áreas no contexto de fóruns como os Comitês de Bacias e Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis representa importante papel na consolidação de políticas e estratégias entre diferentes setores e organizações, contribuindo positivamente para a promoção da saúde.

Referências

1. COMITÊ DAS BACIAS DOS RIOS PIRACICABA, CAPIVARÍ E JUNDIAÍ. Histórico e Conclusões do Workshop: Qualidade das Águas dos Mananciais das Bacias dos Rios Piracicaba, Capivarí e Jundiá. Piracicaba, 83p., 2002.

2. CBH-PCJ. Comitê das Bacias dos Rios Piracicaba, Capivari e Jundiá. Plano das Bacias Hidrográficas dos Rios Piracicaba, Capivari e Jundiá. Vol. 1. 2008-2011. STS Engenharia Ltda. 2008. Disponível em <http://www.comitepcj.sp.gov.br>. Acesso em 23 de maio de 2010.



**PLANO DIRETOR
COMO FERRAMENTA
IMPORTANTE PARA UM
MUNICÍPIO SAUDÁVEL**





PLANO DIRETOR PARA MUNICÍPIOS POTENCIALMENTE SAUDÁVEIS

*Lauro Luiz Francisco Filho**

CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS

Para MUMFORD (1965), as duas maiores invenções do homem foram a escrita e as cidades. A primeira permitiu o desenvolvimento do processo civilizatório; a segunda criou os meios para que a civilização pudesse se desenvolver. A cidade tem sido o espelho da organização humana desde o início de sua saga, quando trocou as úmidas e frias cavernas pelos ambientes construídos e adaptados a suas necessidades. Das aldeias neolíticas às modernas megalópoles, o espírito humano criou inúmeras formas de se organizar socialmente em um espaço cada vez mais complexo, que iria, igualmente, refletir a complexidade dessa organização.

A cidade testemunhou o alvorecer da civilização, foi palco do desenvolvimento do espírito crítico humano com a civilização grega, abrigou grandes impérios, foi derrotada com a queda de Roma, mergulhou num impressionante processo de desurbanização caracterizado pela Idade Média, protegeu-se entre muralhas e foi vencida, viu o renascer do espírito humano novamente, foi suporte do poder, dos artistas e da pobreza. Com a revolução industrial, ganhou suporte da tecnologia e as máquinas a vapor substituíram as carruagens, o que expandiu suas fronteiras para além de onde as pernas podiam nos levar.

A cidade, então, nunca mais seria a mesma, e tão rápido como ela cresce, surgem os problemas que transformam o espaço urbano num amálgama de alegrias e sofrimentos, de sonhos e pesadelos de uma sociedade extremamente complexa, que aprende com seus erros e acertos a lidar com essa nova realidade caracterizada pelo espaço urbano pós-revolução industrial.

* Professor Doutor de Planejamento Urbano da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Arquiteto pela Universidade Federal de Santa Catarina, 1983. Mestre em Ciências, Geografia, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999. Doutor em Ciências, Geografia, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.

A cidade foi o caminho encontrado pela humanidade para garantir sua sobrevivência e desenvolvimento, pois ela protegia 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 fato social, pois reflete a forma com que sociedade se organiza.

Durante o período caracterizado pela linha do tempo que une as primeiras proto-aldeias paleolíticas às modernas megalópoles, a cidade sempre esteve às voltas com problemas relacionados à sobrevivência de grupos numerosos de pessoas em espaços reduzidos, às vezes densos. O aumento da densidade populacional trouxe consigo uma série de problemas que, vez por outra, desembocaram em mortandades acentuadas de grupos humanos devido a epidemias devastadoras. Da Peste Negra na Europa medieval (SILVA, 1976) às constantes epidemias no Rio de Janeiro do século XIX, havia sempre o componente que envolvia a baixa qualidade dos espaços urbanos, principalmente sob o ponto de vista do saneamento.

A cidade, portanto, foi o berço da civilização e do desenvolvimento humano, mas também foi a responsável pelas mazelas que levaram a humanidade a um grau de sofrimento elevado devido à perda de vidas oriunda do próprio processo de urbanização.

A partir do final do século XIX, no entanto, começam a aparecer os primeiros estudos sobre a organização do espaço urbano, em que se buscam modelos para enfrentar as enormes dificuldades que as cidades modernas, caracterizadas por um aumento significativo de sua densidade, passam a apresentar. Os pré-urbanistas elaboram propostas de espaços em que os pontos considerados problemáticos são eliminados, criando-se cidades em que se propõe uma organização do espaço baseado nas funções produtivas a que está submetida. As tentativas, porém, falham na medida em que não consideram todas as nuances que a moderna cidade apresenta.

Com o advento da moderna urbanística, engendrada pelos Congressos Internacionais de Arquitetura Moderna - CIAM na Europa e pela escola sociológica

de Chicago nos anos 30, o estudo do urbano ganha um caráter “científico”, surgindo as metodologias e os planos de ordenação físico-territoriais.

Os CIAMs ocorrem de 1928 a 1956 e são responsáveis pela introdução de um conceito de “arquitetura limpa”, despojada de tudo que não seja funcional e racional. Os CIAMs elevaram o urbanismo à categoria de instrumento político e econômico e, como tal, deveriam promover o progresso social, orientado pelo poder público.

Em 1933, ocorre o 4º Congresso em Atenas, onde é elaborada a “Carta do Urbanismo”, conhecida como “Carta de Atenas”. Escrita por Le Corbusier (1989), define o que é o urbanismo moderno e traça as diretrizes que teriam caráter internacional, pois se baseavam em parâmetros comuns a qualquer cidade, independentemente de sua nacionalidade. A cidade era considerada um sistema organizacional e, como tal, deveria ser planejada observando seus aspectos funcionais e de forma centralizada. Segundo a ótica da Carta de Atenas, a cidade deveria ser orientada para satisfazer as necessidades do “homem urbano”. Uma das visões revolucionárias adotada pela carta é a de que o solo urbano é público, pertencendo à municipalidade.

A partir dos anos 70, os CIAMs perdem sua força como instrumento orientador de políticas urbanas e começam a sofrer duras críticas por terem gerado uma cidade sem expressão, sem a personalidade natural de um ambiente saudável pelas relações humanas que a própria carta defendia no início. Com a demolição do conjunto residencial de Pruitt-Igoe em St. Louis, Missouri, nos EUA, no dia 15 de julho de 1972, um premiado projeto residencial da década de 1950, o modernismo representado pelos CIAMs sofre o golpe fatal, abrindo espaço para o movimento do Pós-modernismo que se instala a partir de então.

Em 1958, realiza-se em Bogotá - Colômbia, o “Seminário de Técnicos e Funcionários em Planejamento Urbano”, promovido pelo Centro Interamericano de Vivenda e Planejamento - CINVA, quando é elaborada a “Carta dos Andes”, que constitui um documento sobre o Planejamento Territorial Contemporâneo. Na conceituação da Carta de Andes, “o zoneamento é o instrumento legal de que dispõe o Poder Público para controlar o uso da terra, as densidades de popula-

ção, a localização, a dimensão, o volume dos edifícios e seus usos específicos, em prol do bem-estar social”.

Para Birkholz (1967), a Carta dos Andes define o planejamento urbano como “um processo do pensamento, um método de trabalho e um meio para propiciar o melhor uso da inteligência e das capacidades potenciais do homem para benefício próprio e comum”

Outro movimento que traz um novo olhar para a cidade é o desenvolvido pela ‘Escola de Chicago’ que vigorou entre 1915 e 1940, baseada nas teorias da Ecologia Humana, de Robert Park, e das Zonas Concêntricas, de Ernest Burgess (1964). A visão da cidade como um elemento isolado, com um conjunto próprio de ferramentas de investigação, vai criar a sociologia urbana, que surge como uma disciplina especializada, com um conjunto de ferramentas teóricas voltadas para a análise da cidade como um espaço diferenciado.

Robert Park (1952) estabelece uma polarização entre a sociedade humana, com sua ecologia própria, e o mundo vegetal e animal do outro. Nessa visão, todos os elementos próprios da ecologia ambiental, tais como competição, dominação e estabelecimento de classes de dominação e dominados, são usados para explicar o desenvolvimento das cidades e estabelecer um modelo de aplicação universal. Para Park, a cidade se desenvolve através de círculos rádio concêntricos com características bem definidas e com uma dinâmica baseada em processos econômicos passíveis de serem mapeados e previstos.

Para Louis Wirth (1928), outro teórico da escola de Chicago, a cidade possui um alcance que vai além de suas fronteiras físicas, pois desenvolve um processo de reprodução cultural que se expande à medida em que cria um estilo de vida tipicamente urbano.

A Escola de Chicago nasceu pela observação empírica de uma cidade marcada por um crescimento demográfico acentuado ocorrido no final do século XIX e início século XX. O intenso processo industrial gerou uma urbanização caótica, em que soluções se faziam urgentes. O aumento populacional excessivo não foi acompanhado por uma infraestrutura que desse suporte a essa nova cidade,

pois a mesma era precária, gerando problemas que ocasionariam um retomo às cidades medievais e suas epidemias devastadoras.

Essas visões do espaço urbano deixadas pela Carta de Atenas, Carta dos Andes e pela Escola de Chicago, no entanto, deram início à moderna urbanística que vai, a partir dos anos 70, estabelecer um padrão de planejamento urbano centralizado, baseado nos Planos de Desenvolvimento Integrados, ou PDIs. O período de 1970 a 1990 se caracteriza por apresentar dois momentos importantes relacionados aos Planos Urbanos. Dos anos de 1960 até o final da década de 70, o Planejamento assume um caráter centralizado, com a criação de organismos federais orientados a transformar a política de desenvolvimento num vetor de expansão das cidades de forma ordenada. A criação do Banco Nacional de Habitação (BNH) e do Serviço Federal de Habitação e Urbanismo (SERFHAU) foram o marco inicial de uma política de regulamentação urbana do país, e os Planos Diretores se transformam nos instrumentos máximos que orientam a forma adequada de crescimento da cidade, abrangendo os aspectos econômico, social e cultural.

Os PDIs, no entanto, perdem sua força no final dos anos 70, premidos principalmente pela queda do governo militar, que adotava uma metodologia de planejamento centralizada, elaborada por tecnocratas que nada conheciam sobre a realidade das cidades.

Na década de 90, no entanto, o planejamento urbano assume um caráter popular, em que o cidadão, organizado em entidades representativas, vai participar efetivamente da elaboração dos Planos Diretores. Nesse período, o movimento ambiental ganha força e passa a orientar a ação dos planejadores, que incorporam parâmetros ambientais como balizadores de controle urbano. Com a constituição de 1988, o planejamento urbano toma sua forma atual, definido nos artigos 182 e 183, ficando a cargo dos municípios o controle do parcelamento e uso do seu solo, sendo o “Plano Diretor” o instrumento de efetivação desse controle. A regulamentação dos dois artigos é feita 13 anos depois, na forma da Lei nº 10.257, de dez de julho de 2001, conhecida como “Estatuto da Cidade”.

Apesar do avanço promovido pelos novos mecanismos de controle inseridos no Estatuto da Cidade, a forma de se planejar ainda adota velhos métodos, principalmente da compartimentação do solo em classes de uso segundo o modelo funcionalista.

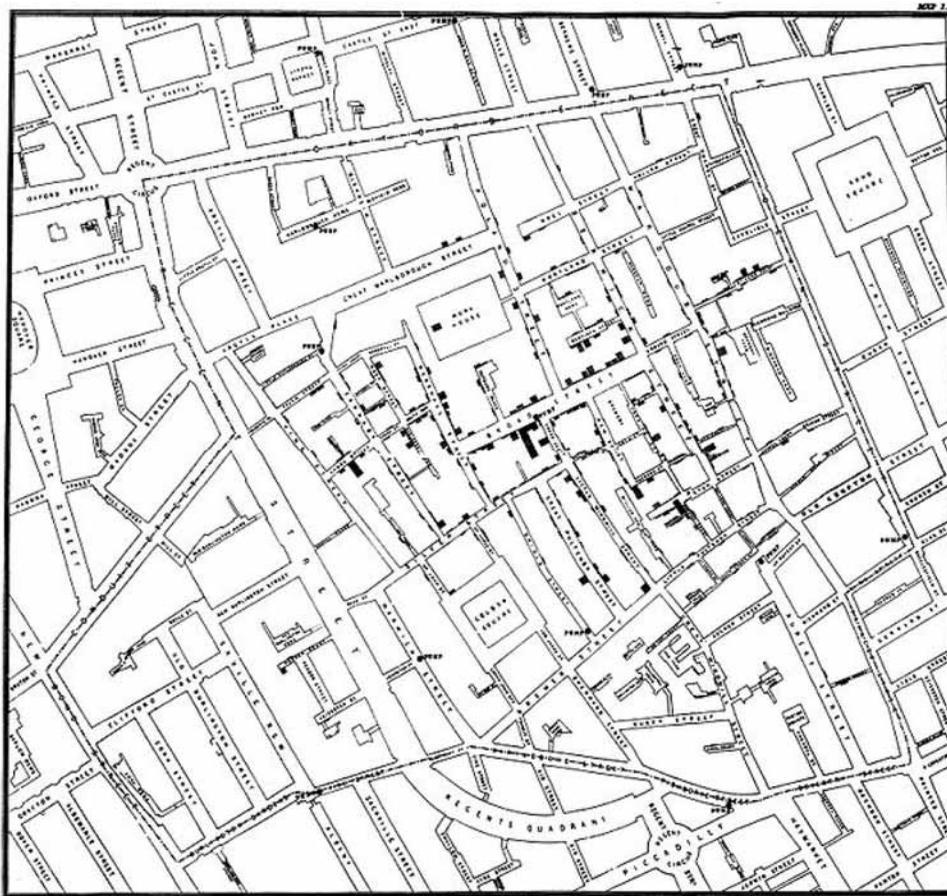
Durante o período compreendido entre as décadas de 60 até o final dos anos 90, as cidades passaram por intensas transformações, caracterizadas principalmente por um aumento acentuado de sua população e por processos de conurbação desses centros em regiões metropolitanas. A década de 80 foi especialmente tumultuada, com várias crises econômicas que promoveram uma intensa mobilidade social, com o empobrecimento da classe média e conseqüente alargamento das classes menos favorecidas. A exclusão social criou um enorme contingente de populações habitando as cidades de maneira precária, multiplicando as favelas e ampliando as já existentes em enormes territórios sem controle do Estado. Por conta desse vácuo deixado pelo Estado, organizações criminosas assumem esses espaços e a criminalidade se irradia pelas cidades, causando uma mudança significativa na forma de se viver o urbano. A perda de qualidade de vida a que os cidadãos são expostos nos grandes centros serve de alerta a todos que se dedicam ao estudo, planejamento e gestão das cidades, de que alguma coisa precisa mudar profundamente, por meio da busca de novas formas para se tratar o espaço urbano, evitando que o mesmo não imploda sob sua própria desestruturação.

O CONCEITO DE PLANO DIRETOR PARA UM MUNICÍPIO POTENCIALMENTE SAUDÁVEL

A história das cidades e seus problemas está ligada, num primeiro plano, às questões de saúde de seus habitantes. As pestes e as epidemias tinham, por excelência, o meio urbano como local de ocorrência e expansão. Por conta disso é que as primeiras medidas com o objetivo de tornar a cidade saudável foram resolver justamente os problemas relacionados às doenças que afetavam suas populações. Os conceitos de urbanismo e de planejamento urbano, porém, são posteriores ao trato do urbano segundo a ótica sanitária.

Nove anos antes de Louis Pasteur se dedicar aos estudos das moléstias contagiosas, a cidade de Londres vivia uma grave epidemia de cólera, em 1854. Famílias inteiras foram mortas e suas residências lacradas. Desconhecia-se a forma de disseminação e contágio da doença. John Snow, médico (1813 - 1858), realizou o seguinte procedimento: sobre o mapa das ruas e residências da cidade, marcou com “x” os poços de água e com “ponto” as residências onde havia ocorrido mortes como decorrência da doença (Figura 1). Com esse procedimento simples, Snow conseguiu identificar a fonte de contágio: um poço que ficava próximo à maioria dos locais de ocorrência dos casos de cólera. Essa ação é considerada a primeira demonstração científica da correlação entre as epidemias e vetores oriundos de uma situação urbana precária.

Figura 1 – Mapa original feito por John Snow em 1854. Casos de Cólera estão marcados em preto.



Fonte: <http://en.wikipedia.org/wiki/File:Snow-cholera-map-1.jpg> (imagem de domínio público)

No final do Século XIX e início do Século XX, inspiradas nos estudos de Louis Pasteur, as cidades tiveram seu planejamento orientado pela preocupação sanitária, com os centros urbanos caracterizados como locais infectos e irradiadores de todo o tipo de moléstias. No Brasil desse período, viviam-se algumas experiências urbanísticas marcadas pela mudança do sistema colonial para o republicano, com o projeto de Belo Horizonte por Aarão Reis, entre 1894 e 1897. Essa passagem inaugura um pensamento novo relacionado à assimilação de doutrinas européias sobre o espaço urbano. O nome do engenheiro Saturnino de Brito aparece como

relevante nas ações urbanas e inicia a história do urbanismo sanitário do Brasil. É concebido no país o primeiro projeto moderno de intervenção urbana com os planos para a cidade de Santos (São Paulo), que teve um acentuado aumento de população entre 1886 e 1900 devido a suas atividades portuárias (Figura 2). Com uma população três vezes maior do que a que possuía no final da década de 1880, o caos urbano era determinado por problemas relacionados a doenças endêmicas, principalmente originadas pelas constantes inundações que serviam de alimentadoras desse estado. Saturnino elabora seu projeto tendo como foco o saneamento, definindo redes de esgoto especializadas, separando os efluentes pluviais dos esgotos residuais. Havia a preocupação de afastar os elementos causadores das doenças que tanto afligiam as populações urbanas da época.

Com uma preocupação sanitária, Saturnino de Brito concebe planos para várias cidades, entre as quais Vitória (em 1896), e Recife (em 1910), que extrapolava a zona portuária para toda cidade. Esse procedimento inaugura o pensamento do urbanismo funcionalista no Brasil, com a adoção do zoneamento por atividades.

A lógica sanitária vai se incorporar aos pensamentos subsequentes adotados no Brasil durante o século XX, e mesmo quando há um domínio do pensamento funcionalista que vai orientar os Planos Diretores da década de 60, os ditames do sanitário vão estar presentes como definição de “espaço urbano saudável”. A partir da década de 60, com as cidades brasileiras aumentando em número e em densidade, a abordagem sanitária não é mais suficiente para retratar todos os problemas que as novas cidades começam a enfrentar, entre os quais a criminalidade e o *stress* causado pelo congestionamento das áreas centrais devido ao aumento do transporte motorizado individual.

Os Planos Diretores de então foram elaborados sob uma ótica puramente funcionalista, definindo espaços especializados que não se articulavam entre si, dependentes de uma estrutura viária que se tornava obsoleta nos primeiros anos após sua implantação. Os mapas de uso e ocupação do solo promoviam um aprofundamento da segregação de classes à medida que definiam usos do solo urbano conforme o poder aquisitivo dos cidadãos, relegando para a periferia das cidades aqueles que não tinham acesso a renda e separando as áreas com melhor localização e infraestrutura para a classe com maior poder aquisitivo. Nesse cenário, os centros urbanos foram, aos poucos, se transformando em “terra de ninguém”, com suas atividades centradas no comércio varejista e prestação de serviços. As áreas periféricas, no entanto, sofriam com a ausência do Estado, caracterizadas por uma infraestrutura deficiente (quando não inexistente), por loteamentos clandestinos e ocupações de áreas de risco.

Os Planos Diretores, como instrumentos de ordenação do crescimento urbano, definem suas metas através da alocação dos recursos do Estado em determinados temas que nem sempre estão conectados, pois são definidos segundo critérios políticos que vão do clientelismo à fisiologia de seus gestores, passando ao largo das questões técnicas. Quando há a conjugação correta entre as necessidades

da comunidade e as definições técnicas para resolvê-los, os recursos não são suficientes ou ficam truncados por administrações antagônicas politicamente.

Esse paradigma de planejamento que adota uma atitude clientelista agrava problemas que, invariavelmente, vão resultar em profundo desequilíbrio no espaço urbano resultante, alimentando as mazelas que comprometem a saúde de sua população, criando um estado “potencialmente doente”. Sob esse aspecto, é necessária a mudança de pensamento para que os problemas sejam enfrentados na sua origem e que seus desdobramentos se façam de forma a se atingir um estado saudável do espaço urbano como um todo.

O conceito de “Potencialmente Saudável”, portanto, deve nascer como um conjunto de ações que visem tratar os problemas urbanos em toda a sua extensão, e não somente resolver questões estruturais que se fazem presentes num determinado momento, como a viária, por exemplo. Tornar um ambiente saudável é adaptá-lo às necessidades humanas, eliminando fatores que causam risco à segurança do indivíduo e promovem seu bem estar, tanto físico quanto mental. Analogamente podemos inferir que a cidade saudável deve satisfazer esses requisitos, e o desenvolvimento de um Plano Diretor voltado para esse objetivo não pode prescindir da incorporação de ferramentas que garantam o cumprimento de metas voltadas para o bem estar comum.

ESPECIFICIDADES SOBRE UM PLANO DIRETOR POTENCIALMENTE SAUDÁVEL

Seja qual for a metodologia adotada na elaboração de um Plano Diretor urbano, há de se observar três quesitos básicos: a definição das condicionantes presentes no espaço a ser planejado, o conhecimento detalhado das deficiências e, acima de tudo, a noção das potencialidades que o município possui.

A correta definição da cada um desses tópicos é de fundamental importância, pois os mesmos se encadeiam numa relação de causa e efeito às vezes direta. Não se pode negligenciar elementos condicionantes da realidade local, pois os mesmos são balizadores das ações que se pretende implementar com o objetivo

de promover melhoria nas condições de vida do cidadão. As deficiências, no entanto, são aqueles elementos que estão em desequilíbrio, que se comportam mais como efeito do que causa numa situação de precariedade urbana. Em muitos casos o desenvolvimento de potenciais “latentes” pode vir a ser o grande modificador de uma realidade problemática.

Em condições normais, os Planos Diretores contemplam esses tópicos através de um levantamento extensivo do conjunto de dados que representa a realidade do espaço a ser analisado. Os elementos balizadores dessa análise são os indicadores que refletem a qualidade do ambiente analisado, sejam eles físicos, sociais, econômicos ou culturais. Esse reflexo, no entanto, se estrutura sobre uma base de dados que abstrai a realidade ambiental na forma de números, gráficos e mapas nem sempre consistentes. Como consequência, teremos uma “imagem” desfocada da realidade que deixa escapar os detalhes mais importantes do processo de análise, diagnóstico e consequente prognóstico da realidade urbana.

Quando se define um município como Potencialmente Saudável, a definição dos potenciais que resultarão num espaço saudável assume uma importância maior do que em planos normais. As diretrizes resultantes da análise devem refletir essa preocupação, buscando não apenas a definição de potenciais que resultem num ganho econômico ou estrutural, mas definindo uma “rede” de potenciais em que os aspectos econômicos estejam interconectados com outras realidades numa simbiose onde o ganho não possa ser quantificado apenas por indicadores numéricos de um tema específico, mas que haja ganho generalizado, mesmo que em detrimento de um ou outro aspecto considerado importante. Como exemplo, podemos citar a questão que envolve a existência de determinado recurso mineral. Nem sempre a exploração desse recurso vai se constituir em um benefício para toda a comunidade, mas apenas para uns poucos que drenam o resultado da exploração para fora do município e deixam como contribuição enormes problemas que vão da esfera ambiental à social.

Um planejamento que vise um município saudável deve ter como meta colocar o bem estar da comunidade acima de qualquer coisa, mesmo que para isso o município tenha de abrir mão da exploração de determinados recursos que não tenham como característica a reversão dos benefícios para toda a comunidade.

No cômputo das questões que comprometem a estratégia para criação de um espaço urbano saudável, dois aspectos têm de ser considerados como principais: a questão da criminalidade e a degradação ambiental. Esses dois aspectos são, hoje, os principais responsáveis pela degradação de um espaço urbano saudável. A criminalidade tem se inserido na sociedade de tal forma que já começa a criar uma nova morfologia urbana, que podemos definir como “morfologia do medo”. As características dessa realidade vão além das cercas elétricas, dos portões automáticos, das grades e dos condomínios fechados, pois estão criando um padrão cultural típico. O medo da criminalidade já evoluiu para o nível do pânico, e isso tem gerado enormes distorções em espaços urbanos que até pouco tempo poderíamos definir como saudáveis. O projeto de praças e espaços públicos destinados ao convívio e lazer da população urbana não mais cumprem o seu papel, pois as pessoas simplesmente evitam locais abertos, temendo sofrer algum tipo de violência. Por conta disso, as diretrizes inseridas nos Planos Diretores no sentido de criar esses espaços podem falhar, não porque os espaços tenham sido mal projetados ou sejam insuficientes, mas porque não se observou a questão da “cultura do medo” como um condicionante dessa nova realidade. É comum ver em nossas cidades praças e espaços públicos totalmente vazios, consumindo recursos do Estado inutilmente.

A criminalidade apresenta vários aspectos envolvidos em sua dinâmica. Comumente ela nasce de algum desequilíbrio na organização da sociedade e o consequente espelhamento desse no espaço urbano. Isso nem sempre é observado nos Planos Diretores, que acabam buscando combater a criminalidade através de ações repressivas e não preventivas. Medidas como o aumento do número de efetivos policiais ou a simples qualificação dos mesmos, através de treinamento e fornecimento de mais armamento, não são solução para o problema, pois acabam promovendo uma migração da criminalidade para outras áreas que não contam com esses recursos. Os Planos Diretores para municípios potencialmente saudáveis devem incorporar em suas diretrizes uma preocupação com ações que visem evitar a instalação da criminalidade. Nesse sentido, a educação é o melhor caminho, não só com a aplicação de recursos na construção de escolas, mas através da criação de toda uma estrutura que englobe atividades culturais e uso extensivo do esporte como recurso educativo, com consequente controle social.

A QUESTÃO DA DEGRADAÇÃO AMBIENTAL NOS MUNICÍPIOS

Os custos envolvidos na recuperação do ambiente degradado são elevados quando confrontados com aqueles destinados à manutenção de todas as variáveis que compõem o que se pode chamar de um “estado saudável” do ambiente urbano. A poluição de cursos d’água acarreta um esforço cada vez maior para que o município ofereça água tratada a sua população, com conseqüente aumento dos custos. Esse aspecto, no entanto, envolve apenas uma questão financeira, mas quando extrapolamos essa fronteira vemos que as populações que vivem e dependem de cursos d’água estão cada vez mais sujeitas a adoecerem por conta da contaminação por agentes patogênicos e tóxicos. As doenças oriundas da poluição oneram os cofres públicos impondo gastos que, na maioria das vezes, são maiores do que o montante arrecadado com os impostos provenientes das atividades econômicas causadoras da degradação. A preservação do ambiente, portanto, passa a ser um bom negócio à medida que evita desperdícios de recursos do Estado que podem ser aplicados em ações mais importantes, tais como educação e infraestrutura.

Há também a opção do reuso das águas como forma de potencializar a obtenção desse recurso cada vez mais escasso. Assim, um município que se define como Potencialmente Saudável tem de zelar pela qualidade de um recurso que é comum a outros municípios da mesma bacia hídrica. Nesse caso, municípios que estão no início da bacia e recebem a água ainda sem contaminação, não tem a preocupação em devolvê-la na mesma condição que captou, deixando o ônus do tratamento aos municípios que estão à jusante da bacia e, portanto, captam uma água com alto grau de poluentes. Em situações como essa, em que o mesmo recurso é compartilhado por vários municípios, a maior responsabilidade deve ser justamente daqueles que usam o recurso no início da cadeia.

A preocupação com as questões ambientais por municípios que se definem como potencialmente saudável, portanto, deve ir além das questões que envolvem o uso da água, devendo desenvolver diretrizes que tratem de todos os problemas que geram, direta ou indiretamente, a perda da qualidade de vida de seus habitantes. Problemas como poluição do ar, fontes de ruídos, geração de ilhas de calor, degradação de áreas naturais, contaminação do solo por produtos

oriundos de processos industriais são, entre outros, os mais preocupantes vetores que levam a perda da qualidade de vida dos habitantes de nossas cidades.

OS COMPONENTES CULTURAIS QUE DEFINEM A SAÚDE DO ESPAÇO URBANO

Para MUMFORD (1965), as duas maiores invenções do homem foram a escrita e as cidades. A primeira permitiu o desenvolvimento do processo civilizatório; a segunda criou os meios para que a civilização pudesse se desenvolver.

Nesse espaço conhecido por “cidade”, as pessoas vivem seus sonhos diários, lutam para se manterem vivas e buscam viver suas vidas da melhor forma possível. A qualidade de vida que o cidadão persegue, no entanto, depende de inúmeros fatores que começam por um ambiente naturalmente sadio, passando pelo acesso à riqueza gerada pela sociedade e terminam na segurança em viver esse espaço. As cidades modernas têm falhado em suprir todos esses itens à totalidade de seus cidadãos, se apresentando como um ambiente degradado, com a riqueza concentrada nas mãos de poucos e uma enorme parcela da população vivendo em condições precárias (Francisco Filho, 1994).

Nesse cenário, vêm à tona discussões sobre *qualidade de vida* nos centros urbanos, e percebe-se que essa qualidade, dependendo dos valores em jogo, é muito relativa. Numa sociedade segregada social, econômica e espacialmente, o acesso à *qualidade de vida*, num primeiro momento, está diretamente relacionado à classe a que pertence cada cidadão e, conseqüentemente, sua capacidade de *compra* das benesses que a cidade oferece. Em princípio, se o cidadão tem acesso a uma boa educação, a um sistema de saúde eficiente, dispõe de toda uma infraestrutura de lazer, tem uma fonte de renda estável, pode-se afirmar que tem uma boa *qualidade de vida*. O que acontece, na realidade, é que essas benesses presentes nas grandes cidades não garantem que cada cidadão não fique exposto a uma situação diária de *stress* e angústia. No curso do seu desenvolvimento a cidade tornou-se impessoal e opressiva, e as relações primárias entre os indivíduos foram substituídas por relações secundárias, próprias de um

aglomerado social cujos componentes, em elevado número, se associam em virtude de interesses comuns. (Ferrari, 1986).

Um Plano Diretor que tenha como objetivo desenvolver um ambiente saudável para seus habitantes, deverá promover ações que recuperem as relações primárias entre os cidadãos, traga o sentido de vizinhança e integração entre indivíduos e grupos.

Um ambiente saudável não é feito apenas de elementos estruturais caracterizados por uma boa infraestrutura ou assistência do Estado. Depende, também, do desenvolvimento de todo um conjunto de ações que integre o cidadão ao seu espaço, fortaleça os laços de amizade e de vizinhança, crie objetivos comunitários e desperte o sentimento altruísta.

IMPLANTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE PLANOS DIRETORES: UMA QUESTÃO BÁSICA

Os Planos Diretores, como instrumento de ordenação territorial, não são “peças” fechadas, como um projeto arquitetônico ou uma obra de engenharia. Sua principal característica é ser aberto, e seu desenvolvimento ser contínuo e permanente. Cada ação implementada visa um determinado resultado, e essa pode mudar se não estiver em consonância com o esperado. Essa qualidade flexível é que dá aos Planos Diretores sua personalidade de instrumento ordenador do espaço urbano e permitem aos gestores adequar os recursos disponíveis à medida que a cidade cresce.

Por conta dessa característica é que os Planos Diretores, por mais bem elaborados que sejam, não podem prescindir de um acompanhamento pós-implantação que corrija suas falhas e potencialize suas qualidades. O problema inicial está na implantação adequada das diretrizes definidas pelo Plano Diretor, pois depois de aprovado pela Câmara Municipal e tornar-se lei, se constitui num instrumento de ordenação de todo o desenvolvimento físico e territorial do município, interferindo no dia a dia de todos os cidadãos, independentemente de sua atividade.

Um município potencialmente saudável deve estar atento às metas estabelecidas no Plano Diretor visando o desenvolvimento dos potenciais envolvidos na qualidade do espaço urbano. A implantação deverá ocorrer de forma que, tanto a administração municipal quanto os cidadãos, tenham consciência que o Plano é um instrumento que busca a melhoria da qualidade do seu espaço, e é responsabilidade de todos. Como estratégia de implantação, é importante que as ações sejam pensadas de forma a criar uma dependência em cadeia uma das outras, pois assim pode minimizar eventuais mudanças de objetivos que venham ser implementadas por administrações futuras.

Os Planos Diretores têm como característica a estruturação em etapas, pois estão ligados a objetivos de curto, médio e longo prazo. O encadeamento adequado desses é que cria a relação de dependência entre uma etapa e a subsequente, pois fica difícil para uma administração que entra mudar os objetivos traçados pela administração que sai.

Outro aspecto importante é quanto ao alcance das ações. É preferível implementar aquelas que sirvam de base para a melhoria da condição sociocultural de seus habitantes. Entre gastar recursos para modernização de frotas ou construção de obras não essenciais, é preferível que se aplique nas ações que dêem suporte a educação, construindo escolas, centro esportivo, creches e centros profissionalizantes. a população que consegue vislumbrar uma melhoria na sua condição sociocultural, irá adotar o Plano Diretor como se fosse uma obra sua e “brigar” para que sua implantação seja efetivada.

ASPECTOS SUBJETIVOS QUE DÃO SUPORTE NA IMPLANTAÇÃO E ACEITAÇÃO DO PLANO DIRETOR

Na sua essência, o Plano Diretor é apenas um conjunto de diretrizes que orientam a ação dos gestores públicos. Determinadas questões são cercadas por uma subjetividade que torna difícil a aceitação imediata das ações pela população, a não ser que a mesma possa enxergar na aplicação de uma determinada etapa um benefício que melhore a qualidade de vida de todos, mesmo que não se

reverta em benefício imediato, vai se desdobrar, no futuro, em melhorias para a qualidade de vida.

Questões como limpeza urbana, normas de edificações adequadas e segurança são aspectos muitas vezes negligenciados nos Planos diretores, mas fazem toda a diferença quando da sua implantação e acompanhamento. Uma cidade feia, suja e insegura, por mais força que a prefeitura faça, não consegue reverter o quadro de pessimismo que se instala pouco a pouco na população. A principal característica de uma cidade saudável e justamente oferecer para os seus cidadãos a sensação de bem estar e segurança, sem que precise aumentar ostensivamente o policiamento nem botar abaixo seu conjunto arquitetônico.

Se os cidadãos aceitarem a ideia de que seu município é um lugar agradável de se viver e tiverem confiança tanto nas normas definidas pelo Plano Diretor como nos gestores responsáveis pela sua aplicação, a implantação ocorrerá de forma harmônica e contínua.

Certamente cada caso tem suas próprias especificidades, mas todos querem a mesma coisa: garantir um espaço saudável aos seus cidadãos para que todos possam trabalhar, se divertir, circular e criar seus filhos da maneira mais segura e agradável possível.

Referências

1. BIRKHOLZ, L. B. O ensino do planejamento territorial. São Paulo, 1967, Tese (Provimento de Cátedra) - FAUUSP.
2. BURGESS, Ernest W. & BOGUE, Donald (Eds.) - Contributions to Urban Sociology - University of Chicago Press, Chicago, 1964.
3. CORRÊA, R. L., *O Espaço Urbano*. Ed. Ática, São Paulo, SP, 1999, 94p
4. FRANCISCO FILHO, Lauro Luiz - Distribuição espacial da violência em Campinas: uma análise por geoprocessamento/ Lauro Luiz Francisco Filho. – Rio de Janeiro: UFRJ/IG, 2003.
5. Le CORBUSIER – A Carta de Atenas, Hucitec, São Paulo, SP, EDUSP, 1989
6. MUMFORD, Lewis. *A Cidade na História*. Belo Horizonte : Itatiaia. 1965.
7. PARK, Robert E. - Human Communities - The City and Human Ecology (The Collected Papers of Robert Ezra Park, vol. II, edited by Everett C. Hughes et al.) - Free Press, Glencoe, 1952

8. SILVA, Victor Deodato da - A legislação econômica e social consecutiva a peste negra de 1348 e sua significação no contexto da depressão do fim da Idade Media, Revista da História Humana, São Paulo, SP, 1976.
9. WIRTH, Louis - The Ghetto - The University of Chicago Press, Chicago, 1928

PLANO DIRETOR PARTICIPATIVO: QUESTÕES RECORRENTES*

José Roberto Merlin **

CONSTATAÇÕES

Com a aprovação do Estatuto da Cidade - Lei nº. 10.257, de 10 de julho de 2001 - voltou a se conjecturar acerca do planejamento das cidades brasileiras, dotando agora o Plano Diretor de outro status, quando transformado constitucionalmente em *“instrumento básico da política de desenvolvimento e da expansão urbana”*. (Constituição Federal, 1988, Artigo 182).

Os velhos PDDIs produzidos a partir da Lei estadual paulista nº. 9.205, de 28 de dezembro de 1965, tinham sido construídos quase que exclusivamente para facilitar a obtenção de financiamentos estatais, portanto concebidos descolados das práticas sociais. Tempos de ditadura obstruíram as discussões que levaram à desmoralização do planejamento urbano, especialmente para os próceres municipais pró-ativos.

Com esses precedentes, torna-se necessário, nesse novo momento, atilar cuidadosamente para as ações de planejamento, aprender com o passado e evitar os mesmos engodos pregressos.

Presume-se que a democracia facilita a participação da sociedade no desenho de seu futuro e, como os diferentes atores urbanos têm interesses distintos e quase sempre conflitantes, o Plano Diretor Participativo deve assumir o caráter de pacto por certo tempo – pacto da vontade da comunidade transduzido no papel em forma de lei - que vigorará por certo tempo, até que a correlação de forças latentes na cidade se desequilibre novamente.

* Esse texto é fruto de desdobramento e aperfeiçoamento do Capítulo III de nome “Plano Diretor Participativo: Pinçando Dúvidas” do mesmo autor, publicado no livro “O Plano Diretor: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável” organizado por SPERANDIO & SERRANO, 2006, melhor citado nas Referências Bibliográficas.

** Professor Doutor da FAU-CEATEC-PUC Campinas no Curso de Graduação em Arquitetura e Urbanismo e nos Programas de Especialização: Arquitetura e Projeto Urbano e Desenho e Gestão do Território.

O Estatuto da Cidade, no seu artigo 42, estipula o conteúdo mínimo obrigatório do PDP - Plano Diretor Participativo - definindo instrumentos que tratam e embebem a propriedade imobiliária pelo viés de sua função social: parcelamento e edificação compulsórios, direito de preempção, outorgas onerosas do direito de construir, operações consorciadas, transferência do direito de construir e permissão de uso mediante contrapartida. O estatuto exige também a construção de um sistema de acompanhamento e controle moldados pela transparência e pela participação de todos aqueles que habitam a cidade, através das associações representativas.

Nesses novos moldes se tenta sair da aura tecnicista do planejamento sem prescindir da técnica, mas adequando-a aos interesses apontados e negociados pelos atores que criam, constroem e usam a cidade. Sob esse viés, o plano transfigura-se em instrumento político da gestão quando os atores hegemônicos muitas vezes em união, outras em luta, vão definindo o perfil urbano possível, diante da correlação de forças econômicas, sociais e culturais.

Sob tais focos analisamos mais detidamente alguns aspectos que saltam da prática do processo de elaboração e acompanhamento do PDP e lastreados na experiência concreta sob a égide da empiria, destacamos questões para o debate já que, ainda não há perenizado no país, conhecimento produzido e suficientemente estruturado para amparar nossas ações concretas, pois a práxis ainda está por se construir e se consumir.

A QUESTÃO DO CONHECIMENTO

Quem produz conhecimento sobre a cidade? Apenas a universidade, disseminando-o pela extensão ou pela qualidade da produção através da prática objetiva de seus egressos que, lançados e produzindo no mercado, refletem o “know-how” apreendido durante o tempo de sua formação?

Tal questão, quando aprofundada sob a ótica da história humana, mostra que a produção do conhecimento está sempre contaminada pelo viés político do poder. No dizer de Foucault (1974), se quisermos realmente conhecer a raiz

e a fabricação do conhecimento, não devemos nos aproximar dos filósofos, mas sim, dos políticos, pois são nas relações de luta e poder dos homens, entre si e com as coisas, que acontece a verdadeira fabricação do conhecimento, fruto pródigo do poder.

Essa tese sendo verdadeira evidencia a necessidade do diálogo nas relações de luta e poder no interior de toda a comunidade – cidadãos, técnicos e políticos - para que haja a produção de conhecimento novo, construído no embate dos interesses entre os agentes que desenham, constroem e usam a cidade.

PLANEJAMENTO E POLÍTICA

Planejar é jogar, depende do acaso e da qualidade e quantidade das informações disponíveis. O jogo fica ainda mais elusivo quando a discussão se lastreia nas aspirações de todos os envolvidos no processo quando vislumbram a formulação do futuro da cidade. Nesse instante, resta-nos aprender com o passado procurando moldar o futuro através da história e sua crítica.

Planejar é sempre antecipar decisões, pré-alocar recursos, priorizar entre vários cenários algumas ações que serão engendradas num determinado espaço e num certo tempo. Isso significa priorizar alguns dos interesses conflitantes. Isso é pura política!!!

É socialmente justo e politicamente correto garantir que todos os agentes que usam e produzem a cidade se imiscuem e se contaminem pela discussão de seu futuro. Isso requer um pacto, a ser construído através da negociação entre os distintos interesses, que exige preparação e luta com distintas feições. Exigem-se composições de setores em união e luta, quantidades que revelem qualidades, assim como um processo de crítica do existente que aponte para o novo substituindo o velho, que se dilui revelando-se subjacente ao arcabouço futuro. Tais recorrências são infundáveis visto que ninguém suporta mais a mesmice como solução para a cidade brasileira! Urge, portanto, desmistificar a neutralidade política do planejamento!!!!

ATORES

Além dos políticos, três atores apresentam-se normalmente neste processo, mas nem sempre com comportamentos compatíveis com o mundo dito civilizado. Observa-se que, mesmo de forma esporádica, esses atores assumem e exercem papéis bastante contraditórios construindo práticas quase paradigmáticas como, supostamente, se descreve abaixo, onde se ressalta mais seu lado negativo, devido à intenção de ser didático.

Comunidade – muitas vezes, tomada como massa de manobra pela administração pública, pela oposição ou por outros atores, pela sua capacidade potencial de deter os votos, matéria-prima essencial para o sucesso do político. Pode ser utilizada, tanto para fins eleitoreiros, como para produzir pressões convenientes a interesses de grupos específicos. Sem ela o plano diretor perde em vitalidade.

Empresários – apresentam-se, quase sempre, como “salvadores da pátria”. Detentores do capital costumam alardear que evitam perder tempo com política e, algumas vezes, parecem preferir delegar sua representação, cooptando outros atores para a defesa de seus interesses, ao invés de negociar diretamente com outros setores sociais de forma cristalina e legítima. Especialmente os empreendedores imobiliários tendem a negociar mais assiduamente com técnicos e agentes políticos, que parecem compreender melhor seus problemas.

Técnicos – trazem em si os trejeitos de dominação que lhes foram inculcados por instituições de ensino superior, normalmente não privilegiam críticas contundentes e transferem aos políticos as decisões finais e valorativas. Almejam reconhecimento e destaque técnico ou financeiro, como fruto de uma formação cultivada na raiz da competição e dominada pela forma elitista de adquirir conhecimento, produto de uma sociedade opressiva e de classes que contamina a estrutura da universidade. Normalmente, adotam procedimentos técnicos com alto coeficiente de segurança, tornando a técnica mambembe.

Assim, restaurar a verdadeira função do governo local significa cobrar-lhe lucidez para garantir as relações entre esses três atores, redimensionando seu papel como administrador dos conflitos, direcionado a buscar a justiça social e

o bem comum. É o caminho para concretizar o sonho da gestão ética e técnica propiciando a todos oportunidades para antepor seus direitos e ideias para discuti-los buscando concretizar o futuro de seu território.

QUESTÃO FUNDIÁRIA

A propriedade privada da terra é o grande gargalo da expansão da malha urbana a ser superado pelos planejadores. A propriedade como se conhece hoje no Brasil, erigiu-se a partir de 1850, com a Lei das Terras. Não foi à toa que só depois dessa lei é que foram libertados os escravos e proclamada a República e, vigora até hoje, a norma de que só é proprietário quem registra, não quem dela tira seu sustento. Entretanto, o custo e a burocracia, acólitos inseparáveis do registro de imóveis, acabam por dificultar o acesso de miseráveis aos títulos de propriedade enquanto “papel passado”.

Anuir à propriedade privada como limite e módulo de parcelamento do solo, tem se mostrado bastante incompatível com a estruturação técnica da malha urbana ou do urbanismo de primeira linha, tanto por sua natureza distinta, como pela ausência, quase completa, de órgãos de tratem efetivamente de planejamento nos órgãos municipais na maioria das cidades brasileiras.

Dessa forma, a propriedade privada e seus limites aleatórios, geralmente obstaculizam conexões urbanas necessárias à fluidez espacial e dificultam o perfeito retalhamento técnico do solo necessário à expansão da malha urbana. Embora legalmente seja necessário demonstrar a posse e os limites da propriedade, suas bordas são quase sempre incompatíveis com os limites topográficos das bacias hidrográficas ou com os ditames técnicos e artísticos inerentes ao bom desenho, transformando-se em problema difícil de ser superado, especialmente quando se almeja o uso social da propriedade.

ENTENDENDO A COMUNIDADE E SEUS SONHOS

A periferia da cidade brasileira é hoje muito distinta daquela que existia há algumas décadas. Havia muita fé, um claro processo de transição da ruralidade para a urbanidade em busca da cidadania e a esperança desenvolvimentista lastreada na prosperidade dos anos setenta.

Hoje, temos na periferia todas as mazelas constatáveis pela presença intermitente de gangs, drogas, violência, desemprego e segregação social. Acabou-se a esperança e reinam soberanas a instabilidade, a suspeição e a efemeridade, como subprodutos da globalização. A fé foi substituída pela desconfiança, a cidadania ameaçada pela opressão e a esperança destruída pelo desemprego, fruto da nova reorganização produtiva mundial. Diante desse quadro parece necessário estancar a tutela ignóbil da comunidade, tratando-a como aspiradora do sucesso “modelo burguês”. É preciso substituir a velha e combalida estrutura por algo novo, acelerando os processos de justiça social através do oferecimento de formação mais plena, que contenha e destaque positivamente, uma nova técnica, nova ética, nova política e nova estética.

O PAPEL DO LEGISLATIVO

É justo a população se esforçar para participar e seus representantes ficarem à espreita da chegada do documento do Plano Diretor Participativo na Câmara Municipal para mostrar seus poderes de voto e veto? Não estaríamos carecendo de leis que façam com que os vereadores - representante do povo - participem da elaboração do Plano Diretor, desde o início de sua produção, acompanhando e discutindo junto com a comunidade e distintos atores o pacto a ser transformado em lei?

A legislação atual, que faz do Executivo o responsável pela iniciativa de elaboração do Plano Diretor Participativo, mas dispensa o Legislativo de acompanhar sua construção junto à população, parece favorecer formas decisórias coercitivas que mantêm o “status quo”. São instrumentos enviesados que preservando intactas as estruturas arcaicas de poder mantêm a terra como mercadoria pró-

pria à especulação, dificultando a gestão do planejamento com participação e transparência, atrapalhando a construção coletiva do urbano, por excluírem e escamotearem muitos protagonistas.

Muitas vezes, devido a manipulação da agenda das reuniões do PDP - manobrando horários, número e locais de reunião - o cidadão menos aquinhado desiste da luta, já que para apenas para garantir sua sobrevivência é obrigado a gastar muito de sua energia. Mas parece que ninguém nota, nem percebe que tudo é feito a favor do respeito ao poder de voto e veto do “representante popular”, chamado vereador.

TRAJES, REPRESENTAÇÃO E ORATÓRIA NO PROCESSO PARTICIPATIVO

É justo privilegiar a qualidade do orador? Quem verbaliza adequadamente, ou se faz representante de votos potenciais, ou se apresenta em trajes mais adequados? Quem consegue “flertar” adequadamente com o coletivo que decide, ou tem tempo e dinheiro para desperdiçar em inúmeras e longas reuniões?

Essa qualidade do orador, sem a qual não será ouvido, nem, muitas vezes, será autorizado a tomar a palavra, pode variar conforme as circunstâncias. Às vezes bastará apresentar-se como ser humano, decentemente vestido, às vezes cumprirá ser adulto, às vezes, simples membro de um grupo constituído, às vezes, porta-voz desse grupo. Há funções que autorizam – e só elas – a tomar a palavra para certos casos, ou perante certos auditórios, há campos em que tais problemas de habilitação são minuciosamente regulamentados. (PERELMAN; OLBRECHTS-TYTECA, 2005, p.21).

Quem do povo pode estar sempre presente a sucessivas reuniões em diversos lugares e em diferentes horários? Quem pagaria as contas? Qual seria a linguagem adequada para tornar inteligíveis as negociações? Quem tem interesses objetivos e precisam da participação?

É premente oferecer outras formas de participação para a decisão das nossas políticas públicas, que facilitem a fiscalização e abarquem as propostas da totalidade da população - maioria e minoria - com intensa participação de todos. Uma das soluções talvez seja hierarquizar as decisões em distintos níveis para que as discussões abriguem e forcem a objetividade e eliminem o desperdício de energia: discutir a região, a cidade, o setor urbano, o bairro, a rua etc., simultaneamente e com atores específicos, abusando de processos dedutivos e indutivos.

INCOMPETÊNCIA TÉCNICA

Parece haver um pacto de ignorância entre os técnicos. Sabe-se com exatidão o que vem a ser uma cidade saudável? Como seriam seus edifícios? Suas praças? Qual seria sua cor? Qual o código de postura ideal para todos? O que significa e como é qualidade de vida?

Esses dados vêm da cultura, que precisa da diversidade para promover a contradição e instigar o processo dialético, próprio do conflito civilizado e gerador da urbanidade, promotores da aceitação da alteridade. A cidade é fruto da heterogeneidade, não pode se assemelhar às torcidas organizadas dos times de futebol, onde a repetição de atitudes reflete a imitação impensada e violenta, onde nada se aprende e tudo se copia.

Apesar de todas as tentativas de homogeneização, felizmente, a cultura, a sociedade e os lugares são sempre heterogêneos e não se igualam totalmente, pois lhes subjazem as relações locais *versus* globais. Dessa forma surge enorme contradição entre a visão técnica, que por buscar suas inspirações no positivismo, quase sempre se apresenta inadequada por não incluir parâmetros antropológicos e culturais nas proposições espaciais.

NOSSO CONHECIMENTO DISCIPLINAR DEPENDENTE

Embora tenha se avolumado na última década do século XX, as pesquisas relativas às cidades brasileiras estão ainda precoces, destacando-se essencial-

mente aspectos econômicos e sociais, ficando o espaço e o território em planos secundários. Tal quadro está sendo mudado, nos campos de conhecimento da antropologia, da gestão, da política e, especialmente, pelas pesquisas acerca do espaço fruto da geografia nova, engendradas por Milton Santos, entre outros.

A pesquisa voltada ao urbanismo como campo disciplinar tem sido fruto de impasses insolúveis de abrangência imensurável, fruto da dependente tradição histórica e cultural brasileira. (GONZALES *et al.*, 1985).

Observa-se hoje, o embrião da construção de estratégias onde o espaço possa refletir todos os seus determinantes e tenta-se construir a própria disciplina urbanística, para superar essa questão. Pode estar nascendo uma forma nova de desenvolvimento que transformará radicalmente o quadro de vida das pessoas na sociedade através do desenvolvimento socioespacial. Novo conceito de desenvolvimento que tem na qualidade de espaço a materialização de privilégios ligados à evolução, pois muitos estudiosos afirmam que ao se mudar o espaço muda-se a qualidade de vida da sociedade.

INADEQUAÇÃO ENTRE LEGISLAÇÃO E NOVA REALIDADE

Há ainda outro entrave de caráter legal e político-administrativo extremamente pernicioso ao planejamento. A nova organização urbana do país adentrou recentemente na chamada urbanização corporativa, exigindo novo tratamento ao território que agora necessita que as cidades funcionem em rede. No entanto, o Estatuto da Cidade enquanto lei, atendo-se apenas ao âmbito municipal, não dá conta dos problemas objetivos das regiões metropolitanas, por não superar a autonomia municipal criando um “vácuo legislativo” nas relações entre cidades contíguas. Focando apenas nos limites do município, as normas do Estatuto da Cidade não atingem as redes urbanas, algumas vezes dispersas e fragmentadas, que se configuram como microrregiões, regiões metropolitanas, macro-metrópoles ou megalópoles, frutos do novo momento histórico, criando um descompasso entre a realidade do processo de urbanização e as leis relativas à gestão metropolitana, gerando uma lacuna no processo de planejamento regional.

O Brasil passa por processo de metropolização cada vez mais intenso e já conta com 28 regiões metropolitanas de diferentes tamanhos, funções, formas e estruturas, constituídas mais por critérios políticos que funcionais ou formais. São inatingíveis pelo Estatuto da Cidade, de cujo projeto de lei inicial foi retirado o tema região metropolitana.

Está, entretanto, tramitando no Congresso Nacional o PL 3.460/2004 – que está sendo chamado de Estatuto da MetrÓpole - que pretende instituir diretrizes para o planejamento regional e criar estruturas de planejamento e informações sistêmicas através de organismos administrativos condizentes com a gestão metropolitana, ampliando a escala abarcada pelo Estatuto da Cidade. Tal projeto não tem sido discutido por associações representativas de profissionais e a partir de 2009 teve sua tramitação acelerada, quando um deputado carioca resolveu desemperrá-lo. Nele existem proposições bastante discutíveis que redundariam na redução para apenas duas regiões metropolitanas no país (SP e RJ), caso seja aprovado na forma de seu documento inicial.

Assim há um descolamento dos problemas de ordem regional que extrapolam os limites dos municípios e da legislação vigente parametrizada pelo Estatuto da Cidade, que trata da organização administrativa apenas no âmbito municipal, dificultando a solução de problemas intermunicipais como transporte coletivo, meio ambiente e outras políticas setoriais, que não contam com aparato administrativo adequado. Esse “vazio legislativo” prejudica a solução de questões objetivas que por sua natureza extrapolam os limites municipais colocando em xeque os Planos Diretores Participativos já que o processo de metropolização das cidades brasileiras caminha velozmente.

RESSALVANDO

Discussão preconceituosa? Necessária? Corajosa? Não!!! Apenas nos arriscamos a repensar alguns pontos objetivando um Plano Diretor Participativo que não habite apenas o mundo imaginário ou da retórica, mas que se aprofunde nos meandros da prática transformadora da natureza, que o homem através da disponibilidade tecnológica tenta fazer mais humana.

É imprescindível lembrar sempre que, apesar de tudo, o PDP é importante e necessário porque sua função precípua é ser o marco inicial para a implantação de um processo de planejamento e gestão permanentes, coletivo, transparente e democrático. Se isso ocorrer, oportunizaremos, mesmo que lenta e processualmente, corrigir todas as falhas até encontrar a forma de convívio sócio, econômico e espacial mais adequada a cada tempo, conforme a correlação de forças políticas vigentes em cada recanto urbano.

Referências

1. BRASIL. Constituição da República Federativa. 1988.
2. BRASIL. Estatuto da Cidade - Lei Federal nº. 10.257. 2001.
3. BRASIL. PL3460/2004 Projeto de Lei em tramitação no Congresso Nacional. Disponível em http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=251503. Acessado em 10-01-2010.
4. FOUCAULT, Michel. A Verdade e as Formas Jurídicas. In: Cadernos da PUC-RJ nº16, 1974.
5. GONZALES, Suely Franco Netto; HOLANDA, Frederico de; KOHLSDORF, Maria Helena. O Espaço da Cidade - contribuição à análise urbana. São Paulo: Projeto, 1985.
6. MINISTÉRIO DAS CIDADES. Plano Diretor Participativo – Guia para a elaboração pelos municípios e cidadãos. 2004.
7. PERELMAN, Chaïm; OLBRECHTS-TYTECA, Lucie. Tratado da argumentação. A nova
8. Retórica. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
9. PL3460/04 - Projeto de Lei em tramitação no Congresso Nacional. Disponível em
10. SPERANDIO, Ana Maria Girotti; SERRANO, Miguel Malo. O Plano Diretor: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável. Campinas: Unicamp – Depto. de Medicina Preventiva; Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.
11. SANTOS, Milton. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo. 2002.



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

ISBN: 978-85-7967-062-6

