PLANEJAMENTO URBANO E SAÚDE PÚBLICA: (re)visitando uma história contextualizada

Urban Planning and Public Health: (re)visiting a contextualized history

SPERANDIO, Ana Maria Girotti
Universidade Estadual de Campinas e Faculdade Jaguariúna, Brasil.

MATTOS, Thiago Pedrosa
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

FÁVERO, Edison
Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

DIAS, Ângela Teixeira Costa
Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

MANFRINATO, Thais de Souza
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

Resumo: Este artigo aborda as práticas da área de saúde e de planejamento urbano, sob uma perspectiva histórica, com relação aos pontos de conexão e intervenção nas cidades ao longo do tempo.
Palavras-chaves: Planejamento Urbano, Saúde Pública, História.

Abstract: This article addresses the practices of the health and urban planning, from a historical perspective, with relation to the connection points and intervention in cities over time.
Key-words: Urban Planning, Public Health, History.

APRESENTAÇÃO

Motivado a recompor um ambiente histórico com o cenário do planejamento urbano e da saúde pública, e impulsionado pelos desdobramentos dos estudos realizados na disciplina de *Ambiente Urbano como Promotor da Saúde* - do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, da Faculdade de Engenharia Civil (FEC) da Unicamp-SP, em 2014 – este trabalho abordará como a sociedade ocidental encarou o paradigma saúde/doença, e qual a sua relação com o ambiente urbano, do ponto de vista do planejamento, levando-se em conta uma longa temporalidade.

INTRODUÇÃO

Desde o período clássico e inicial do desenvolvimento científico na sociedade ocidental, o conhecimento humano experimentou formas diversificadas de interpretar a vida. As explicações às origens de doenças e perturbações eram inteligíveis pela religiosidade, e começa a ser aspecto do conhecimento racional a partir de Hipócrates, um grego que observou a naturalidade como limiar entre a vida e a morte.

As concepções hipocráticas eram fundamentadas na ideia de equilíbrio e desequilíbrio de elementos corporais. Essa noção acompanhou a ótica médica até meados do século XIX; um momento singular do desenvolvimento econômico e urbano da humanidade.

Nos momentos finais do século XIX, a associação entre o planejamento urbano e a saúde pública começam a vigorar, em virtude dos riscos de morte ocasionados pela falta de estrutura urbana para suportar o desenvolvimento das sociedades industriais, principalmente. O saneamento básico é um objetivo a ser atingido pelas administrações municipais, aliado a um período cujas técnicas e conhecimentos científicos favoreceram os projetos da construção civil.

No início do século XX, a Carta de Atenas (1933) se estabelece enquanto marco fundamental no tocante à qualidade do ambiente construído, estruturando diretrizes necessárias ao bem-estar. Porém, com a eclosão da Segunda Guerra Mundial o cenário inverteu. Foi necessário aguardar o final do conflito para que outro acordo internacional viabilizasse auxílio ao desenvolvimento humano, de modo a proporcionar diretrizes norteadoras às nações e povos. Esse foi o papel da Declaração dos Direitos Humanos, publicada em 1948. Este documento promoveu um compromisso dos Estados com relação ao amparo de seus cidadãos, sendo um elemento fundamental a Saúde e o bem-estar.

Ao final do século XX, e embasado na Declaração dos Direitos Humanos, outros acordos foram firmados, tais como a Carta de Ottawa (1986), Carta de Sundsvall (1991), Carta de Bogotá (1992), por exemplo. Esses documentos auxiliaram no planejamento das cidades, pois indicam o meio ambiente como um

fator importante na promoção da saúde, bem como na qualidade de vida e bem-estar da população.

O presente trabalho tem por objetivo compor uma narrativa elucidativa relacionando - ao longo do tempo - a área da Saúde Pública ao Planejamento Urbano, de forma a estender o diálogo com uma contribuição do olhar historiográfico.

METODOLOGIA

Este trabalho surgiu como desafio e exercício da disciplina *Ambiente Urbano como Promotor da Saúde*[1], do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Engenharia Civil da Unicamp – SP. O intuito principal da realização foi promover a reflexão, através de momentos históricos específicos, de relações de aproximação entre as demandas da Saúde Pública e do Planejamento Urbano no universo da sociedade ocidental.

É destacável a importância das sugestões bibliográficas e debates realizados no período de estruturação deste trabalho, realizado em conjunto com os colaboradores, sem os quais este produto não seria viável, considerando-se a profundidade e complexidade da proposta.

A interligação entre esses campos do conhecimento é complexa, para tal foi necessário utilizar fontes e referências que problematizaram, rememoraram e apresentaram marcos importantes do longo processo de desenvolvimento do conhecimento humano, em direção à ideia atual de “cidades saudáveis”, cuja importância e necessidade se estreitam ao planejamento de ambientes urbanos com o olhar da promoção da saúde.

Na elaboração de uma revisão bibliográfica temática, as referências utilizadas foram selecionadas levando-se em consideração dois fatores interdependentes neste trabalho: produtos de pesquisas acadêmicas e eixos temáticos, para que fosse possível mapear episódios importantes no desenvolvimento da medicina e seu respectivo auxílio no planejamento urbano.

Os resultados foram divididos em 5 subtítulos, no qual integra a centralidade da reflexão proposta, e estao descritos nos paragrafos abaixo.

[1] Ministrada pela Profª Dr. Ana Maria Girotti Sperandio, com a colaboração do Profº Dr. Edison Favero.

REVISITANDO OS PRINCIPAIS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO URBANO

Embasado nas apresentações de François Ascher, expostas na obra *Os novos princípios do urbanismo*, é possível definir a cidade como "*(...) agrupamentos de população que não produzem seus próprios meios de subsistência alimentar*" (ASCHER, 2010: 19). É necessário perceber que nesses "agrupamentos", característicos da sociedade humana, existem relações complexas, sendo dimensionadas mediante os aspectos culturais e sociais das variadas comunidades urbanizadas. Esses aspectos influenciam na organização espacial e ambiental das cidades, derivados dos conceitos de educação, saúde, trabalho, lazer, consumo; compreendidos de formas distintas conforme o transcorrer do tempo.

A perspectiva de Ascher, com relação ao desenvolvimento urbano moderno, demonstra que a sociedade ocidental passou por três períodos revolucionários, alterando-se, com isso, os parâmetros de viver:

> A primeira modernidade e sua revolução urbana suscitaram novas concepções, que classificaremos como paleourbanismo, e as primeiras utopias; a segunda modernidade e sua revolução urbana produziram os modelos e deram nome ao urbanismo. A terceira modernidade e sua revolução urbana fizeram emergir novas atitudes diante do futuro, novos projetos, modos de pensar e ações diferenciadas; é o que chamaremos de agora em diante de "neourbanismo" (...). (ASCHER, 2010: 61).

A primeira modernidade está temporalmente associada à Europa Renascentista. Já a segunda modernidade, e sua respectiva revolução urbana, está vinculada aos processos de modificação do modo produtivo, alterados após o cenário do industrialismo, pós século XVIII. O terceiro momento, caracterizado pela atualidade, está inserido sob a ótica da sociedade hipertexto, que está imersa à rede tecnológica de informações e comunicações.

É interessante nesse diálogo compreender que, ao longo do tempo, o ambiente urbano foi caracterizado funcionalmente pelas diversas atribuições e usos da terra (CORREA, 2004), sendo o período industrial – característico pelo surgimento do urbanismo – o momento em que a utilização da terra e o vínculo do

trabalho, ou seja, a produtividade foi fixada no ambiente urbano, fato que é exposto por François Choay:

> A sociedade industrial é urbana. A cidade é seu horizonte. Ela produz as metrópoles, conurbações, cidades industriais, grandes conjuntos habitacionais. No entanto, fracassa na ordenação desses locais. (CHOAY, 2013: 1).

Porém, o espaço urbano não é somente o local de produção. É uma rede complexa de interação entre seus agentes, inserido em uma temporalidade mais elástica. Roberto Correa demonstra que em um espaço urbano capitalista, fruto da segunda modernidade de François Ascher, há um produto social, perante as diversas interrelações que influenciam na configuração e composição das cidades:

> O espaço urbano capitalista – fragmentado, articulado, reflexo, condicionante social, cheio de símbolos e campo de lutas – é um produto social, resultado de ações acumuladas através do tempo, e engendradas por agentes que produzem e consomem espaço. São agentes sociais concretos, e não um mercado invisível ou processos aleatórios atuando sobre um espaço abstrato. A ação destes agentes é complexa, derivando da dinâmica de acumulação de capital, das necessidades mutáveis de reprodução das relações de produção, e dos conflitos de classe que dela emergem. (CORREA, 2004: 11).

A dinâmica da acumulação de capital, derivada principalmente da ação dos agentes empresariais no período industrialista do século XIX, não foi proporcional à organização dos espaços urbanos. A utilização desenfreada dos recursos ambientais provocou a desestabilização sanitária em diversos locais, propiciando condições adequadas para cenários epidêmicos. Estes, conforme afirmado por Rita de Cássia Barata, estão associados aos momentos de transitoriedade sóciocultural:

> As epidemias estiveram sempre presentes na História do homem na Terra, intensificando-se nas épocas de transição entre os modos de produção e nos momentos de crise social. (BARATA, 1987: 9).

Com relação ao pensamento urbanístico no Brasil, Maria Cristina da Silva Leme os divide em três pontos fundamentais, pela característica de ações. O primeiro é estabelecido entre 1895 a 1930; período este marcado pelos Planos de Melhoramentos, destacando-se os planos de saneamento de Saturnino de Brito. O segundo momento ocorre entre 1930 a 1950; o período é marcado pelos Planos e

Planejamentos urbanos que objetivavam a articulação das vias de comunicação das cidades, bem como as primeiras atividades de zoneamento; é destacável a amplitude da atuação de Francisco Prestes Maia, com o famoso Plano de Avenidas para São Paulo. O terceiro, e último período - entre 1950 a 1964 - é marcado por planos regionais e pela migração campo-cidade; é importante mencionar o papel de atuação do padre Louis Joseph Lebret e dos escritórios da SAGMACS (Sociedade de Análises Gráficas e Mecanográficas Aplicadas aos Complexos Sociais), que propunham uma integração maior entre a cidade e os cidadãos. Porém, é preciso ressaltar que as atenções urbanísticas brasileiras iniciais seguiram uma tendência que já ocorria em outras localidades, principalmente na Europa (MATOS, 2001), vinculadas ao contexto da segunda modernidade de François Ascher, reforçando a máxima explorada por Barata:

> Pressionados pelas epidemias que estavam assolando as cidades, a questão do saneamento era central e os engenheiros eram chamados para elaborar o projeto e chefiar comissões para a implantação de redes de água e de esgoto.(LEME, 1999: 22).

Os planos de melhoramentos permitiram um eixo conectivo para o diálogo futuro entre o planejamento urbano e a Saúde da população. É preciso, através da revisitação bibliográfica ou das novas produções científicas, explorar os acontecimentos que guiaram os planos de melhoramentos típicos da virada do século XX, para compreender como foram distribuídos os recursos públicos, salvaguardadas as especificidades de cada localidade.

PRODUZINDO MODELOS URBANOS

É fruto do século XIX a ambiência de ideias que preconizaram o pensamento urbanístico. Ficaram categorizados por François Choay enquanto “pré-urbanistas”, ou “paleourbanistas”, nas considerações de François Ascher. Os nomes são vários, e de importância singular, como Robert Owen, Charles Fourier, Benjamin Ward Richardson, John Ruskin, Friedrich Engels e outros. As ideias geralmente se vinculavam sobre como deveria ser o “novo habitat” do “novo homem”. Variavam do Falanstério, que abrigaria todas as necessidades humanas – conforme a explanação e experimentação de Fourier e Etienne Cabet, respectivamente – às proposições de Richardson, um médico inglês que idealizou

a criação de “Hygeia” – uma cidade modelo, restrita quanto à ocupação e construção do espaço, de forma a proporcionar uma higiene que dificultasse o cenário epidêmico – e, também, aos modelos considerados “sem-modelo”, conforme Engels:

> Engels recusa, portanto, os modelos dos socialistas utópicos, cujo pensamento compara, nesse aspecto, ao dos capitalistas exploradores do proletariado. Além disso, ele repele o método geral dos modelos, não por razões de facilidade, mas por desconfiança a respeito das construções *a priori* e porque se recusa radicalmente a separar a questão do alojamento de seu contexto econômico e político. Neste sentido, a atitude de Engels continua exemplar para o pensamento urbanístico de hoje. (CHOAY, 2013: 139-140).

Nesse momento, os grupos mais influentes nas decisões urbanas estavam vinculados ao capital industrial, sendo as atenções de investimentos guiadas às necessidades desse desenvolvimento. Fato esse, observável, quando é apresentado por Tony Garnier um modelo de cidade industrial, na tentativa de estruturar o espaço das novas relações de trabalho da sociedade, valorizando-se uma organização urbana mais simétrica, padronizada e planejada: “A cidade compreende uma rêde de ruas paralelas e perpendiculares” (GARNIER, 1968: 21), também conhecido por “sistema em grelha”.

Esse é o início do urbanismo progressista, que teve expressões singulares com Garnier e Charles-Édouard Jeanneret (Lê Corbusier), por exemplo.

O interessante é perceber que a ideia carregava um paradoxo, pois de um lado têm-se a organização e estruturação necessária ao desenvolvimento financeiro, sem desordenar o crescimento urbano, pois este é planejado. Porém, do outro lado, a iniciativa promovia com que a função urbana se resumisse à economia industrial.

Enquanto o problema do crescimento desordenado das cidades provocou a necessidade de formular um espaço próprio e organizado para os meios de produção, esta inibiu a permanência de costumes e tradições que eram alheios ao seu regime, forjando um modelo de sociedade desde a disciplina do trabalho, à demanda pelo consumo (THOMPSON, 1998).

Outra vertente urbanista pode ser observada pelas inspirações de Ebenezer Howard – aproximado do modelo culturalista – cujo impacto de suas influências é perceptível quanto à viabilidade do pensamento ao planejamento urbano, por ter, enquanto propostas, situações diferenciadas, pois viabiliza ao pedestre mais facilidade ao acesso dos espaços da cidade, permitindo uma melhor permeabilidade urbana (CONDON, 2010):

> Sentimos uma certa ressonância progressista em Howard. Entretanto, ele sempre subordinou a preocupação com a higiene e o progresso ao ideal de pequenas comunidades limitadas no espaço e dotadas de um espírito comunitário. (CHOAY, 2013: 220).

Disputas teórico-metodológicas entre culturalistas e progressistas foram constantes no século XX, incluindo-se nos desdobramentos vertentes vinculadas ao naturalismo – na qual a criatividade arquitetônica não poderia sobressair à paisagem natural; deveria coexistir de forma com a qual a ambiência fosse permissiva ao equilíbrio de paisagem – porém, a incidência foi resplandecente mais à luz progressista:

> Esses três modelos (progressista, culturalista, naturalista) não tiveram as mesmas ressonâncias na prática. O estudo das realizações concretas do urbanismo traz à luz, como se pode adivinhar, à grande superioridade numérica das aglomerações progressistas. O modelo naturalista só pôde exprimir-se muito parcialmente, sobretudo nos Estados Unidos, em formas suburbanas. O modelo culturalista continua a inspirar a construção de cidades novas na Inglaterra; fora dali, só deu lugar a experiências limitadas (certas reconstruções e algumas estações turísticas). (Ibidem, 2013: 33).

PERCEPÇÕES HISTÓRICAS ACERCA DA DOENÇA E DA SAÚDE

É provável que a medicina - enquanto a busca pela cura de doenças - seja tão antiga quanto a humanidade e suas respectivas moléstias. A concepção de saúde e doença é alterável, proporcionalmente ao tempo do desenvolvimento científico:

> O conceito de *doença* é o traço de união entre pensamento e ação, à beira do *leito do enfermo* (...) Prolongando-se, para abranger, de um lado, a noção de *saúde* e, de outro lado, o estudo de eficientes meios de cura, o conceito de doença produz, por assim dizer, um conceito de *Medicina*. (HEGENBERG, 1998: 17).

Para Moacyr Scliar, a ideia de saúde é bem ampla, e engloba diversos componentes, pois "*O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social*". (SCLIAR, 2007: 30).

Mediante essa afirmação, torna-se nítida uma das principais características da história: relativizar o tempo; em outras palavras: evitar o anacronismo. Conforme Scliar pontuou, a noção de saúde da sociedade depende de uma série de fatores, principalmente da época, que, por si, embuti uma noção paradoxal: a limitação do conhecimento social - mediante suas técnicas e a capacidade de agir perante desafios – que é incomensurável, justamente pela capacidade de superação do ser humano não ser nitidamente previsível.

No início do desenvolvimento da civilização, as concepções sobre as moléstias e suas práticas de cura estavam vinculadas ao sobrenatural. Esse universo permitia um espaço de compreensão em que a doença estaria relacionada a um castigo divino, e sua possível cura idealizada através de sacrifícios ou oferendas.

É na Grécia que surge a medicina enquanto ciência, através das formulações hipotéticas de Hipócrates:

> Hipócrates postulou a existência de quatro fluídos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos. (Ibidem, 2007: 32).

Após a teorização hipocrática sobre a doença é possível compreender os processos entre a vida e a morte como naturais. Posteriores ao grego, e sob sua influência, diversos estudiosos contribuíram para o avanço da medicina – com o intuito de conter os males - como Galeno de Pérgamo (131-201), Aureolos Teofrastos von Hohenheim (1493-1541) – conhecido por Paracelso – John Hunter (1728-1793) e outros. Porém, é preciso considerar, em termos conjunturais, a afirmação levantada por Hegenberg:

> Sem embargo, a doença continua a ser entendida como antes, em termos de "crase" e "discrase", equilíbrio e desequilíbrio de humores, ou pneumas. A doutrina humoral se mantém e se

> transmite, dominando o cenário até quase o final do século XVIII. (HEGENBERG, 1998: 21).

É importante ressaltar que os processos iluministas revolucionários na França, ocorridos no final do século XVIII, influenciaram substancialmente a maneira de conceber a medicina no século XIX e XX, em especial na Alemanha e na França. É a Medicina Social – cujo principal expoente foi Virchow – a propositora de "(...) relações entre condições sócio-econômicas e saúde". (BARATA, 1987: 12).

Mas a contribuição de Virchow não seria somente sobre o aspecto do "olhar social"; seus trabalhos identificaram a célula enquanto "motor da vida" e "motor da doença", mediante suas configurações específicas. Márcio Magalhães menciona que a descoberta consistiu em perceber que ocasiões inadequadas na formação dos tecidos celulares seriam demonstrações sobre a formação de doenças. (MAGALHÃES, 2010).

A ideia celular só foi possível com a inovação representada pelo microscópio, que surgiu no século XVII. Esse instrumento foi fundamental em diversos estudos e pesquisas, e subsidiou a "revolução pasteuriana". Todas essas novas possibilidades interpretativas da medicina ocorreram no século XIX, um período de grandes novidades e descobertas. É nesse momento histórico e social que surge a epidemiologia, um estudo médico – auxiliado pela estatística – realizado pelo inglês John Snow, na tentativa de controlar um terrível surto de cólera em Londres. (SCLIAR, 2007).

Na ocorrência desse processo de desenvolvimento da medicina, entre o fim do século XVIII e início do XX, há uma importante separação entre a espiritualidade e a cientificidade, conforme elucidado por Lilia Schwarcz, equacionando a Igreja enquanto curadora da alma e ao médico, cabia a cura do corpo:

> A nova prática médica, em lugar de anunciar a morte, procurará intervir nas epidemias, calcular o seu perfil, induzir à cura (...) Nesse contexto, eleva-se a figura do médico: ele deixa de depender da remuneração individual e passa a viver de seu trabalho como cientista, pesquisador, que, financiado pela nação e formado pelas universidades, intervém na realidade e a transforma. (SCHWARCZ, 1993: 191).

ASPECTOS CONVERGENTES DA INTERVENÇÃO URBANA E SANITÁRIA

No século XIX, o conhecimento médico predominante ainda pressupunha que a manifestação de doenças ocorria através do contágio ou de infecções provocadas por miasmas, que consistiam em gases mal cheirosos que desequilibravam a natureza humana; teoria relacionada às formulações hipocráticas (humores). Eram conhecidos por *infeccionistas ou anticontagionistas*, e pertenceram a um grupo característico e influente nas cidades, pois:

> (...) produziram o arcabouço ideológico básico das várias reformas urbanas que varreram as cidades ocidentais na segunda metade do século XIX e nas primeiras décadas deste século. (CHALHOUB, 1996: 170).

Esse arcabouço ideológico, apontado por Chalhoub, esteve relacionado com as práticas de ações vinculadas às "polícias médicas" ou "sanitárias". Estas surgem no século XVII na Alemanha (SCLIAR, 2007):

> Paralelamente, desenvolve-se no século XVIII, o conjunto de ações estatais sobre a saúde pública, que se convencionou chamar de "Polícia Médica". A intervenção do Estado no que diz respeito à saúde se amplia, incluindo a fiscalização dos locais de trabalho, a obrigatoriedade da incineração ou sepultamento dos cadáveres, controle sobre o comércio de alimentos, saneamento das habitações e outras medidas visando a melhoria das condições de vida urbana. (BARATA, 1987: 11).

A importância da vigilância sanitária se estreita à regulamentação da profissão, evitando-se falcatruas. Porém, é preciso compreender que a oficialidade do discurso médico inibia aspectos culturais de grupos sociais que tinham por práticas o curandeirismo e xamanismo, por exemplo (CHALHOUB, 1996). Esse fator não tem a característica de minar ou minimizar a importância da vigilância sanitária, e sim, problematizá-la em seus desdobramentos iniciais. De acordo com Maria de Paula Eduardo, a função da "polícia sanitária" era:

> (...) regulamentar o exercício da profissão, combater o charlatanismo e exercer o saneamento da cidade, fiscalizar as embarcações, os cemitérios e o comércio de alimentos, com o objetivo de vigiar a cidade para evitar a propagação de doenças. (EDUARDO, 1998: 3).

Os parâmetros da vigilância sanitária atual não se vinculam, essencialmente, aos paradigmas do século XIX. A ideia atual, mediante as

práticas observáveis no Brasil, por exemplo, indicam um cenário amplo de ações e atividades, com critérios às adequações de utilização em estabelecimentos múltiplos, cuja finalidade se vincula ao atendimento qualitativo da comunidade, levando-se em consideração as condições mínimas e necessárias a isso. É possível dimensionar - no que tange à atualidade das posturas - que se assemelham mais às noções de cuidado, cautela e prevenção, contrariando práticas que outrora eram mais estreitas às vinculações de policiamento e repressão.

A dualidade teórico-metodológica da medicina na primeira metade do século XIX proporcionou dificuldades para profissionais que buscavam explicações para a transmissão de doenças como a malária, febre amarela e a cólera.

Nesse contexto, e mediante uma grave epidemia de cólera que assolou a cidade de Londres em 1848, o médico John Snow começa suas investigações – duvidando e afastando-se das duas correntes teóricas vigentes – com uma metodologia empírica. Analisou o sistema de capitação de água na cidade, e, ao longo de suas observações, constatou que o problema da proliferação da doença estava essencialmente vinculado com a incidência de microrganismos na água, principalmente na bomba de abastecimento de *Broad Street* (MEDINA, 2013). Porém, suas constatações não foram aceitas de imediato; eram polêmicas, por contestarem as teorias aceitas na época:

> (...) Snow postuló en 1849 una innovadora hipótesis, sosteniendo que el cólera se transmitía mediante la ingestión de una "materia mórbida" invisible al ojo humano, la cual debía actuar a nivel de los intestinos, produciendo un síndrome diarreico agudo con deshidrata-ción severa. Esta "materia mórbida" había de reproducirse y eliminarse a través de las deposiciones, las cuales, finalmente, terminaban en aguas del Támesis. La gente, al beber el agua contaminada extraída del río, ingería la "materia mórbida", cerrando así un círculo de contagio. Snow publicó su hipótesis en un artículo titulado *"On the Mode of Communication of Cholera"* (1849), sin embargo, su teoría no tuvo aceptación entre sus colegas, por el contrario, fue duramente criticado en diversas oportunidades. La comunidad médica mantenía firme sus creencias, especialmente la relacionada con la teoría miasmática (CERDA, L; VALDIVIA C, 2007: 332).

Esse contexto proporcionou – de forma posterior – uma nova tônica à concepção de planejamento urbano, pois demonstrou a necessidade de planejar medidas de saneamento – e outros *Melhoramentos*, como o calçamento de ruas, iluminação pública, adequação sanitária nos matadouros - de acordo com uma perspectiva racional fundamentada empiricamente. Cerda e Valdivia apontam que Snow não teve o devido reconhecimento de suas pesquisas enquanto vivia, mas proporcionou uma amplitude significativa no olhar científico, pois viabilizou uma nova concepção à proliferação de doenças como a cólera, através da noção de "matéria mórbida", desmistificando a noção miasmática de forma categórica.

Essa máxima pode ser observada em uma pesquisa realizada por Fátima Matos – *A habitação no grande Porto* – analisando as condições urbanas locais e problematizando-as conforme as respectivas situações ambientais:

> É em finais do século XIX que começam a ser tomadas algumas medidas através quer de regulamentações diversas, quer ainda do planejamento urbanístico, com vista a resolver alguns destes problemas, nomeadamente, o abastecimento de água e saneamento, a abertura de ruas (para melhorar a circulação), a criação de espaços verdes, a criação de áreas industriais, a regulamentação quanto à construção de edifícios e até mesmo a criação de novos modelos de cidade, como a cidade jardim e as cidades novas, como exemplos mais emblemáticos (MATOS, 2001: s/p).

De forma a contribuir à compreensão do complexo relacionamento entre as ideias e práticas de ações da área da Saúde Pública, em convergências com a área de Planejamento Urbano, o infográfico – representado pela Figura 1 – esboça algumas intersecções ao longo de processos históricos ocorridos na sociedade ocidental, estabelecidos entre os séculos V a.C ao XXI da Era Contemporânea.

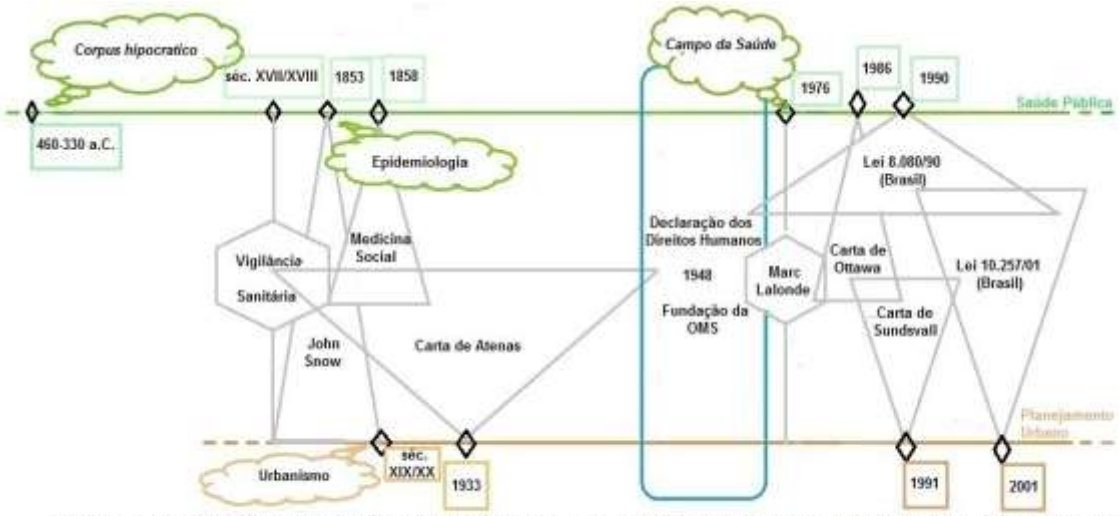


Figura 1: Infográfico representativo de intersecções entre as áreas de Saúde Pública e Planejamento Urbano elaborado na disciplina de Ambiente Urbano como promotor da Saúde, 2014.

PLANEJANDO CENÁRIOS URBANOS SAUDÁVEIS

No início do século XX, através de uma série de Congressos Internacionais da Arquitetura Moderna (CIAM) - na tentativa de auxiliar no crescimento das cidades – a questão do planejamento urbano se estabelece enquanto metas a serem alcançadas, direcionando medidas inalienáveis aos projetos arquitetônicos e urbanísticos. Explanação observável na Carta de Atenas (1933) – no IV CIAM - que abre espaço a uma série de observações acerca da interrelação entre o ser humano e seu habitat. São os componentes econômicos, sociais, políticos, psicológicos e biológicos, que servem de base aos planos e planejamentos urbanos.

É possível perceber que a ampliação do pensamento urbanístico é proporcional ao crescimento das cidades, na medida em que esse desenvolvimento promovia problemas que necessitavam de soluções, e àqueles – enquanto estreitos à questão da saúde/doença – eram percebidos como emergenciais e vinculados à ausência de planejamento.

Porém, havia um problema para o século XX: não havia um conceito consensual do que era ou deveria ser a saúde. Para Moacyr Scliar, a universalização do conceito de saúde está estreitamente ligada à história das grandes guerras ocorridas no século XX:

> A Liga das Nações, surgida após o término da Primeira Guerra, não conseguiu esse objetivo: foi necessário haver uma Segunda Guerra e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para que isso acontecesse.
> O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que "Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, metal e social e não apenas a ausência de enfermidade". (SCLIAR, 2007: 36-7).

O autor reconhece que através desse cenário, característico do século XX, as oportunidades de discussão de políticas públicas voltadas à questão da saúde foram ampliadas, principalmente sob a ótica internacional; um ganho significativo após a fundação da Organização das Nações Unidas, principalmente pela propagação de suas atividades e intenções - expostas na Declaração dos Direitos Humanos, na fundação da OMS – bem como orientações aos países membros, viabilizando-se caminhos à qualidade de vida como meta aos Estados e Nações.

Mediante o contexto, o canadense Marc Lalonde formula, em 1974, a ideia de *campo da saúde* - envolvendo na análise a biologia humana - referindo-se aos aspectos genéticos e ao envelhecimento; o meio ambiente, enquanto elementos naturais e a interferência humana; o estilo de vida, com relação aos hábitos; e a organização da assistência à saúde, que envolvem o sistema de saúde e a escolha de prioridades. Essas ideias subsidiaram as bases elementares da Carta de Ottawa (1986), um importante marco da Saúde – que, por sinal, subsidiou a nível nacional a Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências - consistindo em compromissos e atitudes significativas e responsabilizando os Estados na promoção da Saúde dos cidadãos e cidadãs. É importante destacar que as cidades - enquanto favoráveis à existência e manutenção da vida qualitativa - é um direito humano, após os desdobramentos apresentados para o século XX, cuja nitidez se reforça e se amplia com o marco de Ottawa. (Ibidem, 2007). Além do mais, é necessário mencionar que a legislação referente ao desenvolvimento urbano brasileiro - que estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências - está

fundamentada na Lei 10.257/01, conhecida por Estatuto da Cidade, consistindo em suas disposições o bem-estar, a qualidade de vida, a participação da comunidade, a manutenção de áreas verdes, bem como outros elementos.

Na demonstração do desenvolvimento do conceito de "promoção da saúde", Maria do Socorro Vieira Lopes – com a colaboração de Klívia Saraiva, Ana Fernandes e Lorena Ximenes - identifica que a primeira utilização do termo está vinculada às ideias de Marc Lalonde, subsídio importante à Conferência de Ottawa (1986) e às Declarações subsequentes, como Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Bogotá (1992) (LOPES, 2010).

De acordo com as observações de Lopes, acerca dos documentos analisados em sua pesquisa, existem mecanismos subsidiários para que haja promoção da saúde, e a noção da participação popular aparece em papel fundamental:

> Através da capacitação e empoderamento da população, o indivíduo se torna capaz de exercer um maior controle sobre sua saúde, das outras pessoas e do meio-ambiente em que vivem, tomando decisões que possam conduzi-los a uma saúde melhor, aumentando, assim, sua participação nos movimentos relacionados à saúde e qualidade de vida. (Ibidem, 2010: 466).

Os conceitos relacionados ao termo "promoção da saúde", mediante as observações de Lopes se resumem em três: "(...) atenção primária de saúde, políticas públicas saudáveis e ambientes/cidades saudáveis". (Ibidem, 2010: 466).

Sendo assim, é possível perceber que, mediante o desenvolvimento do conhecimento científico, compreendeu-se a necessidade de estabelecer práticas interrelacionadas e intersetoriais, principalmente mediante o cenário urbano, na tentativa de promover ambientes propícios à qualidade de vida e bem-estar, entendidos através da perspectiva do conceito atual de cidades saudáveis. A esse conceito, merece espaço destacável – nesta singela análise história – a idealização exposta por Israel Brandão, uma voz brasileira muito lúcida e engajada à temática:

> 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 lhe pertence e que, portanto, necessita ser cuidado por elas e pelos que elegem como sendo seus representantes. (BRANDÃO, 2010: 37-8).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhando vestígios de acontecimentos específicos do desenvolvimento da sociedade ocidental, através de uma revisitação bibliográfica, foi possível observar que o desordenamento do meio ambiente provocou desequilíbrios na qualidade de vida das pessoas, criando cenários típicos da proliferação de moléstias; devastadoras, em sua maioria.

Essas ocorrências impulsionaram pesquisas e motivaram cientistas ao longo da história, na tentativa de descobrir a causa dos males, ou ao menos tentar amenizá-los.

A sociedade industrial proporcionou o avolumamento urbano de maneira nunca vista na história da humanidade. Concomitante ao adensamento populacional, provocou o aumento da insalubridade, ocasionado pelo acúmulo de dejetos humanos e industriais que, geralmente, eram despejados nos rios.

Era preciso organizar as cidades de modo a suportar o desenvolvimento tecnológico e produtivo. É nesse momento que surge o urbanismo, uma carreira interdisciplinar que teve – e tem - a missão de viabilizar a vida no espaço das cidades, através de modelos funcionalistas – como o de Tony Garnier – de representações mais higiênicas – como de Howard – ou de modelos diversos, pela amplitude e demanda de seu campo.

Atualmente, a demanda ao urbanismo estabelece padrões e critérios que auxiliam a criação de espaços mais saudáveis nas cidades, mediante a interligação dos processos de desenvolvimento da área da saúde, após os desdobramentos da Declaração dos Direitos Humanos. Esse fator demonstra a importância da intersetorialidade, por viabilizar diálogos afins em áreas distintas, com o intuito de promover ambientes mais adequados ao bem-estar isonômico.

É importante destacar nessas linhas finais que o cenário industrial permitiu o desenvolvimento de diversos componentes importantes em nossa atualidade, como o planejamento urbano e a vigilância sanitária, que não consistiam - em

termos de volume de atuação - como elementos emancipadores da comunidade, em suas origens. Atualmente, o paradigma é outro, pois com os processos históricos do final do século XX, a questão da participação popular pontua-se como fundamental; basta multiplicar e facilitar, de modo constante, a acessibilidade aos espaços de diálogo, para que as pessoas exponham em conjunto os interesses em comum. Os esforços para vencer as práticas passadistas - e impor a ideia de universalização, equidade e isonomia - foram heróicos, e merecem continuidade.

Ao longo da construção deste trabalho foi possível compreender que o conceito de cidades saudáveis permite o reconhecimento de absurdos do passado, além de ampliar o olhar do planejamento urbano, na tentativa de construir ambientes saudáveis e planejados, levando-se em consideração os costumes, as tradições e a cultura popular, permitindo e solicitando a participação da comunidade no desenvolvimento social. Isso, sem dúvida, é um grande avanço, pois permite a criação de espaços de diálogos múltiplos, para que a sociedade resolva em conjunto seus problemas, e supere as próprias limitações e dificuldades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASCHER, François. **Os novos princípios do urbanismo**. São Paulo: Romano Guerra, 2010.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. Epidemias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 3, n. 1, Mar. 1987 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Nov. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1987000100002.

BRANDÃO, Israel Rocha. **Aspectos importantes para um município que quer ser saudável.** In: OPAS. **Políticas integradas em rede e a construção de espaços saudáveis:** boas práticas para a iniciativa do Rostos, Vozes e Lugares. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010.

CERDA L, Jaime; VALDIVIA C, Gonzalo. **John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna**. Rev. chil. infectol., Santiago , v. 24, n. 4, agosto 2007 . Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182007000400014&lng=es&nrm=iso>. accedido en 01 nov. 2014. http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182007000400014

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril:** cortiços e epidemias na Corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHOAY, François. **O urbanismo:** utopias e realidades, uma antologia. 7.ed São Paulo: Perspectiva, 2013.

CONDON, Patrick M. **Seven Rules for Sustainable Communities:** Design Strategies for the Post-carbon World. Washington [D.C.]: Island Press, 2010.

CORREA, Roberto Lobato. **O espaço urbano.** São Paulo: Ática, 2004.

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. **Vigilância Sanitária,** volume 8 / Maria Bernadete de Paula Eduardo; colaboração de Isaura Cristina Soares de Miranda. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

GARNIER, Tony. **Uma cidade industrial:** disposições. In: Revista do Instituto de Arquitetura do Brasil, Rio de Janeiro: IAB, nº. 70, 1968.

HEGENBERG, Leonidas. **Doença:** um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

LE GOFF, Jacques. **História e memória.** Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

LEME, Maria Cristina da Silva. **A formação do pensamento urbanístico no Brasil, 1895-1965**. In: LEME, Maria Cristina da (org.). **Urbanismo no Brasil:** 1895-1965. São Paulo: Studio Nobel; FAUUSP; FUPAM, 1999.

LOPES, Maria do Socorro Vieira et al. **Análise do conceito de promoção da saúde**. Texto contexto – enferm. Florianópolis, v.19, n.3, Sept. 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Oct. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000300007.

MAGALHAES, Márcio. **Por uma medicina científica e humanista: a atualidade da obra de Rudolf Virchow.** Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Oct. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000200016.

MATOS, Fátima Loureiro de. **A habitação no grande Porto:** uma perspectiva geográfica da evolução do mercado e da qualidade habitacional desde finais de séc. XIX até o final do milênio. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Letras, 2001. Available from <http://ler.letras.up.pt/site/default.aspx?qry=id06id133&sum=sim>. Access on 29 Oct. 2014.

MEDINA, Álvaro Moncayo. ***El bicentenario de John Snow, 1813-2013.*** In: Infecto. Vol.17, nº.1 Bogotá Jan/Mar. 2013. Acesso online realizado em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922013000100002&lang=pt, disponível em 17/10/2014.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde.** Physis, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, Apr. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Oct. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003.

THOMPSON, E. P. **Costumes em comum**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

Outras Referências

LEI Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

LEI Nº 10.257 de 10 de Julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências.