

Twenty steps for developing a healthy cities project. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen, 1992

Uma nova realidade urbana, caracterizada por elevado índice de concentração demográfica, afluxo contínuo de migrantes de outras regiões mais pobres, proliferação dos habitats espontâneos (assentamentos com moradias subnormais), predominância de população carente de instrução, alimentação, saúde, emprego e canais de participação, uma nova realidade urbana coloca o maior desafio para aqueles que pretendem formar recursos humanos adequados para lidar com as necessidades emergentes e os problemas das "mega" cidades constituídas pela aglutinação de diferentes municípios, em um contexto de rápidas mudanças.

De acordo com recente estudo de Forattini (1991), na cidade de São Paulo, 8% da população vivem em favelas e 28% em cortiços (ao todo 65% em habitações precárias ou ilegais). Desnecessário será ressaltar os inúmeros problemas de saneamento, transporte, educação, lazer, convivência, alimentação, saúde que a situação gera, especialmente em se considerando a atual crise econômica, o desemprego, os baixos salários e a inexistência de projetos para a elevação da cidadania e da qualidade de vida.

Os agravos à qualidade de vida estão diretamente relacionados ao uso do espaço físico nas cidades atuais, que perderam de vista as proporções ótimas de crescimento face à vida e ao bem-estar de seus cidadãos. Quando dobramos o diâmetro de uma área, a superfície quadruplica e o volume torna-se oito vezes maior. Por analogia, podemos dizer que os problemas biopsicossociais guardam uma proporção equivalente.

Diminuem os logradoures públicos, perde-se o contacto com a natureza, a privacidade e a tranqüilidade. No entanto, os males sociais e individuais não podem ser resolvidos apenas por uma mudança no ecúmeno, sem considerar o contexto social, político e econômico que agrava as condições de vida em geral.

Como esclarecem os especialistas (Branco, 1989), a hiperconcentração urbana produz efeitos ecossistêmicos, uma nova cidade se superpõe à cidade tradicional, tornando as condições de funcionamento e desenvolvimento dos grandes aglomerados urbanos financeira e socialmente dispendiosos; os serviços públicos, na impossibilidade de cobertura das necessidades básicas da população, oscilam entre interesses políticos e movimentos reivindicatórios de massa, com medidas emergenciais, muito pouco estruturadas e descontínuas.

Morris e Moge (1965) postulam três tipos básicos de conglomerados humanos: a) unidades físicas, onde as pessoas partilham do mesmo território; b) núcleos de vizinhança, onde interagem regularmente como rede social; c) grupos sociais localizados, onde os moradores de uma unidade física identificam-se como um grupo social distinto. Mcclenahan (1945) sugere a necessidade de um novo conceito de comunidade, sem implicações territoriais: a "communality" cobriria os grupos formados pelo morador e sua rede de relações, além dos limites físicos(*).

A idéia de comunidade de serviços na vizinhança é distinta da idéia da "vizinhança social" (communality). O problema consiste em facilitar o movimento e a fluência entre áreas fisicamente "separadas" na grande cidade, evitando a formação de "ghettos" isolados da sociedade global ou de conglomerados urbanos eternamente desvalidos e dependentes, geralmente alvo de matérias jornalística, acadêmica ou política, sem contudo jamais ver atendidas suas reais necessidades, por não lhes ser propiciada capacitação para enfrentar a situação biopsicossocial adversa. Essa capacitação não seria fruto de manchetes de jornais, teses escolares ou discussão ideológica, mas derivaria de um trabalho de organização da comunidade, em que o desenvolvimento psicossocial e a emergência de liderança autóctone seriam as pedras-de-toque para enfrentar a situação adversa da população no que tange a seu estado de dependência, inclusive cultural(**).

(*) O conceito de "communality", na área da Epidemiologia, é ilustrado pelas redes de transmissão de enfermidades (contactos e comunicantes em diferentes espaços geográficos).

Isso posto, é promissor encontrar, na recente publicação da Organização Mundial da Saúde, "vinte passos para o desenvolvimento de projetos para uma cidade saudável", distribuídos em três etapas conjugadas (ação-organização-desenvolvimento), onde se salientam a mobilização da ação intersectorial e o encorajamento da participação comunitária na definição de projetos e na sua implementação.

Os objetivos, distribuídos em dez itens (ver Quadro), visariam assegurar as qualidades de uma cidade saudável, que abrangem aspectos de saúde física, mental e social, imbrincados em projetos que envolvem os cidadãos como agentes ativos e reais (e não apenas "serviços públicos" mantidos pelo Governo). O êxito dependerá da aquisição pelas pessoas e grupos de novas maneiras de relacionar-se, de circunstâncias que permitam decisões livres a seleção de alternativas adequadas em um contexto onde se imbrincam informação, cognição e apoio social.

Quadro. As Qualidades de uma Cidade Saudável.
1. Ambiente físico seguro, limpo, de alta qualidade (incluindo o da moradia).
2. Ecossistema estabilizado e sustentável ao longo do tempo.
3. Comunidades fortes, que se apoiem mutuamente e não se auto-destruam.
4. Alto grau de participação e controle públicos nas decisões que afetam a vida, a saúde e o bem-estar.
5. Provisão das necessidades básicas da totalidade da população (alimentos, água, abrigo, renda, segurança e trabalho).
6. Acesso a ampla gama de experiências e recursos, possibilitando vasto campo para contactos, interações e comunicação.
7. Economia urbana diversificada, vital e inovadora.
8. Estimulação à memória urbana, às conexões históricas em termos da herança cultural e biológica dos cidadãos e com outros grupos e pessoas.
9. Um entorno compatível com as características precedentes, salientando-as.
10. Nível ótimo de serviços apropriados aos cuidados de saúde/doença, de acesso universal.
11. Alto nível de saúde pública (níveis altos de saúde e níveis baixos de doença).

As questões relativas à cidadania não podem estar divorciadas de questões atuais como a busca de um sentido moral e cultural para a existência, o desenvolvimento da comunicação entre as pessoas, o resgate da diversidade e da memória coletiva, onde novos horizontes - internos e externos - se descortinam num processo de problematização dos próprios problemas. É preciso atentar para o caldo efervescente, não apenas para as bolhas que despontam na superfície.

Binswanger fala-nos de quatro dimensões de mundo: íntima, interativa, social e física. Os eventos propiciadores de saúde, bem-estar e qualidade de vida são produzidos com o concurso de cada uma delas, que predispoem, apoiam, possibilitam e normatizam a vida dos homens. Como todos os eventos, cidadania e qualidade de vida dependem de condições encontradas e produzidas no âmbito dessas quatro dimensões (Pilon, 1993). A pessoa, com seu mundo íntimo (identidade, auto-estima, aspirações e expectativas); o grupo, onde valores e significados são compartilhados (mundo interativo); a sociedade, com seus aspectos de Direito e de Fato, o que inclui prescrição e operacionalização (mundo social); o ambiente biofísico, já em grande parte modificado pelo homem, com sua variedade (ou monotonia), salubridade (ou insalubridade).

Assim, procedimentos legais e técnicos devem-se conjugar com o desenvolvimento dos nichos socio-culturais, onde valores e significados sejam compartilhados, diferenciando-se *crecimento* e *desenvolvimento* de expansão ilimitada, *riqueza* de exploração predatória, *trabalho integrado* de especializações segmentadas, *poder* de domínio e exploração (O'Sullivan, 1987). A crise que vivemos é fruto, segundo Evers (1984), de uma vida social mercantilizada ao extremo, com exclusão de grandes contingentes populacionais; a cultura, a existência humana dotada de sentido estão sendo dissolvidas e reduzidas a

(**) No final da década de 80, a população, de origem rural, localizada na periferia de uma grande capital do nordeste brasileiro, deixou de consumir os ovos que produzia para vendê-los, aplicando o dinheiro na compra de refrigerantes, para consternação do pessoal de saúde, que preconizava uma dieta balanceada... Sem o resgate de identidade cultural, a informação sobre o "valor" proteico dos ovos não fazia sentido para uma população que buscava uma "identificação" urbana.

relações de mercado com os efeitos observados: redução dos nichos socioculturais de vivência, massificação e consumismo.

Para ocorrer uma mudança, é necessário trabalhar com as diferentes dimensões de mundo - íntima, interativa, social e física - promovendo seu recíproco desenvolvimento, de maneira a que cada uma delas apóie e favoreça a singularidade da outra, e, em conjunto, constituam a real salvaguarda da qualidade de vida. Caso contrário, vamos continuar tentando eliminar "bolhas" (danos e agravos) na superfície de um caldo efervescendo, cujos ingredientes implicam o equilíbrio das dimensões de mundo de forma "ecossistêmica".

André Francisco Pilon
Departamento de Prática Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP

- BINSWANGER, L. *Grundformen und Erkenntnis Menschlichen Daseins* Zurich, Niehaus, 1953.
BRANCO, S.M. *Ecossistêmica. Uma abordagem integrada dos problemas do meio ambiente*. S. Paulo, ed. Edgar Blücher, 1989.
FORATTINI, O.P. Qualidade de vida e meio urbano: a cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 25: 75-86, 1991.
EVERS, T. Identidade: a face oculta dos novos movimentos sociais. *Novos Estudos*, 2 (4): 11-23, 1984.
MORRIS, R. N & MOGEY, J. *The sociology of housing*. London, Routledge Kegan Paul, 1965.
MCCLLENAHAN, B.A. The communality: the urban substitute for the traditional community. *Sociol. Soc. Res.*, 30: 364-74, 1945.
O'SULLIVAN, P.E. Environmental Science and environmental philosophy. *Int. J. Environm. Studies*, 28: 97-107; 257-267, 1986-87.
PILON, A.F. Cidadania e qualidade de vida. *Jornal USP*, 7 (256): 2, 1993.