

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
Mestrado Profissional Interdisciplinar em Saúde, Sociedade e Ambiente (SaSA)

Thiago de Souza Moreira

QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO URBANA DE UM MUNICÍPIO DO VALE DO SÃO FRANCISCO (MG): Um exemplo de utilização da análise multicritério para a gestão municipal em saúde.

Diamantina

2016

Thiago de Souza Moreira

Qualidade de vida da população urbana de um município do vale do São Francisco (MG): Um exemplo de utilização da análise multicritério para a gestão municipal em saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* Interdisciplinar em Saúde Sociedade e Ambiente (SaSA) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Silvia Swain Canôas

Coorientador: Prof. Dr. Bernat Viñolas Prat

Diamantina

2016

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

M838q

Moreira, Thiago de Souza

Qualidade de vida da população urbana de um município do Vale do São Francisco (MG): Um exemplo de utilização da análise multicritério para a gestão municipal em saúde / Thiago de Souza Moreira. – Diamantina, 2017.

142 p. : il.

Orientador: Silvia Swain Canôas

Coorientador: Bernat Viñolas Prat

Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. 2016.

1. Cidades saudáveis. 2. Qualidade de vida ambiental. 3. Situação em saúde. 4. Saúde ambiental. I. Título. II. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 362.10981

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Thiago de Souza Moreira

QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO URBANA DE UM MUNICÍPIO DO VALE DO SÃO FRANCISCO (MG): Um exemplo de utilização da análise multicritério para a gestão municipal em saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Strictu Sensu* Interdisciplinar em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Swian Canôas

Coorientador: Prof. Dr. Bernat Viñolas Prat

Data de aprovação: 31/10/2016.

Prof.^a Dr.^a Silvia Swain Canôas

Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas - FCSA– UFVJM

Prof. Dr. Bernat Viñolas Prat

Pós Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente - SaSA– UFVJM

Prof.^a Dr.^a Maria da Penha Rodrigues Firmes

Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde - FCBS – UFVJM

Prof.^a Dr.^a Rosana Passos Cambraia

Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde - FCBS – UFVJM

Prof.^a Dr.^a Angelina do Carmo Lessa

Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde - FCBS – UFVJM

Diamantina-MG

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus e as pessoas importantes que colocou em meu caminho para dar mais um passo em minha vida.

Ao programa SaSA e aos professores que me acolheram desde o início e muito ensinaram, contribuindo para a construção de uma visão interdisciplinar sobre a saúde e a vida.

À PRPPG e a UFVJM pela bolsa a mim concedida, o que contribuiu para o andamento do trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig)

À professora Silvia Swain Canôas pela credibilidade em mim depositada e pelas orientações.

Ao professor Bernat Vinôlas Prat pelo apoio e contribuição durante todo o percurso do trabalho.

À professora Rosana Passos Cambraia pela recepção no curso e em Diamantina.

À todos os profissionais da Gerência Regional de Saúde de Pirapora (MG) pela colaboração com as informações disponibilizadas.

Aos colegas de turma, pois muito me ensinaram sobre saúde, história, direito e letras, ao mesmo tempo que comigo compartilharam a ansiedade em realização do mestrado. Em especial aos colegas Uendel, Ronilson e Déborah, colegas e companheiros de aulas e vida pessoal, quebrando a barreira da distância conseguimos chegar ao fim de mais uma caminhada.

À minha mãe que não está mais entre nós, mas que foi e ainda é muito importante em minha vida, sempre me dando muita força, conselhos e foco na vida, querendo sempre ver o meu crescimento pessoal e profissional, não consigo descrever em palavras o tamanho da sua importância para mim.

Ao meu pai, minha irmã e meu irmão, que são a base da minha vida.

E por último mas não menos importante a minha namorada e companheira Tatiane que me deu força, paciência, amor e apoio para enfrentar os desafios e acima de tudo pelos conselhos que me fizeram seguir em frente.

RESUMO

Considerando o movimento de cidades/municípios saudáveis como uma estratégia para promoção da saúde, o presente estudo tem como objetivo avaliar as ações da administração pública municipal que influenciam nos determinantes de saúde ambiental da população do município de Pirapora (MG). Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, descritivo e documental. Os indicadores de qualidade em saúde ambiental correspondem a critérios para a avaliação da qualidade da assistência à saúde a população, seja em termos de procedimentos específicos ou de uma rede de serviços. Portanto, a avaliação em saúde é essencial para o estabelecimento de políticas públicas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população. A partir da situação problema apresentada, buscou-se verificar a eficiência da aplicação da abordagem multicritério na avaliação da qualidade de vida da população do município em estudo. Foram identificadas as ações em saúde que são ofertadas pelo município a caracterização e definição dos elementos que descrevem as condições de qualidade de vida, por meio de indicadores, a avaliação de forma integrada dos indicadores de qualidade de vida de acordo com o multicritério e a análise da qualidade de vida em saúde da população do referido município. De acordo com o resultado disposto nesta pesquisa, o melhor ano em relação às ações realizadas para a população foi o de 2015. Pode-se verificar ainda uma melhora na situação entre os anos 2012 e 2013 e logo após melhoras significativas, mas no geral, pode-se dizer que o crescimento dos resultados mostrou-se constante, ou seja, a cada ano, a situação dos indicadores selecionados melhorou para a população. Ao final, foi ainda realizada uma análise de sensibilidade, com o intuito de demonstrar que, ainda que fossem alterados os pesos aplicados à cada indicador, conforme entendimento do tomador de decisão, os resultados permaneceriam praticamente iguais, tendo o ano de 2015 os melhores resultados. Em ordem de qualidade, teríamos a promoção da saúde e qualidade de vida, seguida das políticas públicas de prevenção em saúde e por último, as políticas públicas de saneamento básico. Nossos resultados indicam que a análise dos dados obtidos no município adotada pelo gestor de maneira diversificada aliada às informações atualizadas do município, pode se constituir em ferramenta eficiente para a gestão pública.

Palavras chave: Cidades saudáveis. Qualidade de vida ambiental. Situação em saúde. Saúde ambiental.

ABSTRACT

Considering the movement of healthy cities / municipalities as a strategy for health promotion, this study aims to evaluate the actions of the municipal public administration that influence the determinants of environmental health of the population of the municipality of Pirapora (MG). It is a quantitative and qualitative, descriptive and documentary study. The indicators of quality in environmental health correspond to criteria for the evaluation of the quality of health care to the population, either in terms of specific procedures or a network of services. Therefore, health evaluation is essential for the establishment of public policies and priorities better adjusted to the health needs of the population. From the situation presented, we tried to verify the efficiency of the application of the multicriteria approach in the evaluation of the quality of life of the population of the municipality under study. The actions in health that are offered by the municipality have been identified the characterization and definition of the elements that describe the conditions of quality of life, through indicators, the integrated evaluation of the indicators of quality of life according to the multicriteria and the analysis Of the quality of life in health of the population of said municipality. According to the results of this research, the best year in relation to the actions performed for the population was 2015. There is still an improvement in the situation between 2012 and 2013 and soon after significant improvements, but overall, It can be said that the growth of the results showed to be constant, that is, each year, the situation of the selected indicators improved for the population. Finally, a sensitivity analysis was carried out to show that, even if the weights applied to each indicator were changed, according to the decision-maker's opinion, the results would remain practically the same, with 2015 having the best results. In order of quality, we would have the promotion of health and quality of life, followed by public health prevention policies and, finally, public sanitation policies. Our results indicate that the analysis of the data obtained in the municipality adopted by the manager in a diversified manner allied to the updated information of the municipality, can constitute an efficient tool for public management.

Keywords: Healthy Cities. Environmental quality of life. Health situation. Environmental health.

RESUMEN

Teniendo en cuenta el movimiento de ciudades / municipios saludables como estrategia para la promoción de la salud, este estudio tiene como objetivo evaluar las acciones del gobierno municipal que influyen en los determinantes de la salud ambiental para la población municipal (MG). Esta es una cuantitativa y cualitativa, descriptiva y documental. Los indicadores de calidad en materia de salud ambiental corresponden a los criterios para la evaluación de la calidad asistencial de la población, en términos de procedimientos específicos o de servicios de red. Por lo tanto, la evaluación de la salud es esencial para el establecimiento de políticas y prioridades mejores pública ajustada a las necesidades de salud de la población. A partir de la situación del problema presentado, hemos tratado de evaluar la eficacia de la aplicación del enfoque de múltiples criterios para evaluar la calidad de vida de la población local en estudio. Las acciones de salud se han identificado que son ofrecidos por la caracterización municipio y definición de los elementos que describen las condiciones de calidad de vida a través de indicadores, evaluación de manera integrada la calidad de los indicadores de vida de acuerdo a múltiples criterios y análisis la calidad de la salud de la vida de la población del municipio. De acuerdo con los resultados de esta investigación, el mejor año en materia de acciones en poder de la población era de 2015. Todavía se puede ver una mejora en la situación entre los años 2012 y 2013 y después de las mejoras significativas, pero en general, se puede decir que el crecimiento de los resultados fue constante, es decir, cada año, la situación de los indicadores seleccionados mejorado para la población. Por último, un análisis de sensibilidad también se llevó a cabo con el fin de demostrar que, a pesar de que los pesos se cambiaron aplican a cada indicador, como la comprensión de la que toma las decisiones, los resultados siguen siendo casi el mismo, con el año 2015 los mejores resultados. En orden de calidad, queremos promover la salud y calidad de vida, seguida de las políticas públicas de prevención de la salud y, por último, las políticas públicas de saneamiento. Nuestros resultados indican que el análisis de los datos obtenidos en el municipio adoptada por el gestor de diversa manera combinada con la información actualizada del municipio, puede constituir herramienta eficaz para la gestión pública.

Palabras clave: Ciudades sanas. La calidad ambiental de la vida. Situación de salud. Salud ambiental.

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Localização de Pirapora em Minas Gerais	43
Mapa 2 - Microrregião de Pirapora	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atributos	48
Quadro 2 – Indicadores de Políticas Públicas de Prevenção em Saúde	51
Quadro 3 – Indicadores da promoção a saúde e qualidade de vida da população	53
Quadro 4 – Indicadores das políticas públicas de saneamento básico que se relacionam com a saúde ambiental	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estabelecimento de uma escala de utilidade para pontuação cada fator	70
Tabela 2 – Transformação dos valores naturais de cada fator em valores utilidade	73
Tabela 3 – Determinação da importância (peso relativo) de cada atributo e cada fator	77
Tabela 4 – Cálculo do valor de utilidade total para cada alternativa	78
Tabela 5 - Realização da análise de sensibilidade	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Indicadores de Políticas Públicas de Prevenção em Saúde – Individual	79
Gráfico 2 – Indicadores de Políticas Públicas de Prevenção em Saúde - Geral	80
Gráfico 3 – Indicadores da promoção a saúde e qualidade de vida da população – Individual	80
Gráfico 4 – Indicadores da promoção a saúde e qualidade de vida da população - Geral	81
Gráfico 5 - Indicadores das políticas públicas de saneamento básico que se relacionam com a saúde ambiental – Individual	81
Gráfico 6 - Indicadores das políticas públicas de saneamento básico que se relacionam com a saúde ambiental – Geral	82

LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS

CEDAPS	Centro de Promoção da Saúde
CEPEDOC	Centro de Estudos, Pesquisa e Documentos em Cidade Saudáveis
CIR	Comissão Intergestora Regionais
CODEVASF	Companhia para o Desenvolvimento do Vale do Rio São Francisco
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
GEO	Global Environment Outlook
GRS	Gerência Regional de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS	Indicadores de Desenvolvimento Sustentável
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPTU	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
LDB	Lei de Diretrizes Básicas
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MG	Minas Gerais
MAUT	Teoria da Utilidade Multiatributo
NUSP	Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana Saúde
PDR/MG	Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais
PIB	Produto Interno Bruto
PPS	Políticas Públicas Saudáveis
RMPS	Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis
SAMU	Serviço de Atenção Móvel de Urgência
SESP	Serviço Estadual de Saúde Pública
SESI	Serviço Social da Indústria
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUDENE	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste

SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivos Gerais	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3. REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Processo de crescimento e desenvolvimento das cidades	19
3.1.1 O Plano Municipal de Saúde de Pirapora (MG)	19
3.1.2 Planejamento em saúde e gestão municipal em Pirapora (MG)	22
3.1.3 Modelos Assistenciais e Vigilância em Saúde	32
3.1.4 Estatutos das Cidades	34
4. METODOLOGIA	40
4.1 Metodologia Multiatributo (MAUT)	40
4.2 Tipo de estudo	42
4.3 Local de Estudo	43
4.4 Escolha do cenário	43
4.5 Fonte de dados	44
4.6. Procedimentos	45
4.6.1 Etapa 1	46
4.6.1.1 FASE I – Determinação da perspectiva de análise	46
4.6.1.2 FASE II – Identificação das possíveis alternativas	47
4.6.1.3 FASE III – Identificação dos atributos ou critérios	48
4.6.1.4 FASE IV – Identificação dos fatores que vão ser avaliados para cada atributo	50
4.6.2 Etapa 2	69
4.6.2.1 FASE V - Estabelecimento de escala de utilidade para pontuação de fatores	70
4.6.2.2 FASE VI - Transformação dos valores naturais em valores utilidade	73
4.6.2.3 FASE VII - Determinação da importância de cada atributo e cada fator	77
4.6.2.4 FASE VIII - Cálculo do valor de utilidade total para cada alternativa	78
4.6.2.5 FASE IX - Determinação da alternativa que obteve o maior valor de utilidade	79
4.6.2.6 FASE X - Realização da análise de sensibilidade	82
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
5.1 Qualidade de Vida	83
5.2 Estado de saúde municipal	93

5.3 Vigilância em saúde e qualidade de vida	111
6. CONCLUSÃO	123
Referências Bibliográficas	126

1. INTRODUÇÃO

O aumento da população residente nas cidades ocorrido pelo rápido processo de urbanização brasileiro, em especial nas áreas desfavorecidas de infraestrutura e serviços básicos tem sido objeto de estudo em diversas áreas da ciência. Na esfera do poder público, de forma concomitante, tiveram início as iniciativas de monitoramento da qualidade de vida de seus habitantes, seguindo a tendência mundial de monitorar quais regiões necessitavam de melhorias urbanas.

O conceito de saúde é de difícil expressão. No final da década de 1940, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou em sua constituição a definição: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença” (CALIJURI et al., 2009). A problemática da relação saúde-ambiente é caracterizada pela multidisciplinaridade dos fatores que a compõe. Pode ser de ordem política, econômica, social, cultural, psicológica, genética, biológica, física e química.

De acordo com Souza et al. (2009), a avaliação de determinantes ambientais que interferem na saúde humana no âmbito das responsabilidades municipais pouco se difundiu no Brasil. Entretanto, a mudança climática e a evolução da sociedade brasileira exigem que o acompanhamento público das ações do governo em direção às “cidades saudáveis” seja efetivamente valorizado.

A evolução das cidades rumo ao desenvolvimento equilibrado, saudável e sustentável exige da gestão municipal metas positivas e constantes na dimensão ambiental. Preservar a amplitude e a qualidade dos recursos ambientais para as próximas gerações e conservar a biodiversidade e os sistemas de suporte à vida humana são preocupações que não podem faltar em nenhum programa de governo. Mais que isso, é preciso que a gestão pública encare o ecossistema de forma radicalmente diferente daquela que dominou no último século. Para esse fim, as ferramentas de mensuração do desempenho ambiental da gestão pública são de fundamental importância (AUGUSTO; BRANCO, 2003).

A criação de ambientes mais saudáveis, considerando não apenas a saúde, mas todas as dimensões que afetam a qualidade de vida das pessoas, passa pelo processo de planejamento e gestão urbanos, a partir do enfoque multidisciplinar e intersetorial, com ações voltadas para a promoção de atitudes saudáveis, investimentos nos diversos ambientes: físico, social, econômico, cultural, através, por exemplo, do transporte público não motorizado, da prática de atividade física, da segurança alimentar, do saneamento básico, entre outros, cujas ações se desdobram em dimensões imateriais e em equidade, como índices de poluição

atmosférica, de qualidade da água, de capital social, das oportunidades (de bens e serviços), participação, justiça etc (ALVES; BENACHIO, 2011).

As ameaças de queda na qualidade de vida e a propagação de doenças tornaram-se reais por conta das aglomerações urbanas excessivas aliadas aos desequilíbrios ecológicos. Segundo a OMS (2005), em termos globais, 23% das mortes prematuras tem forte relação com fatores ambientais, como poluição do ar e da água e exposição a substâncias químicas. Em especial nas mortes de crianças, podem ser citados o envenenamento, as infecções respiratórias, a diarreia e a malária (SOUZA et al., 2009).

A noção de Políticas Públicas Saudáveis (PPS) apareceu no debate internacional durante a 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, no mesmo ano em que, no Brasil, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco do processo brasileiro de reforma sanitária. A Carta de Ottawa, produto da Conferência Internacional, considera a elaboração e implementação de PPS um dos cinco campos de ação social para a promoção da saúde, ao lado da criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2003).

A concepção atual de promoção da saúde está associada a um conjunto de valores como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria, referindo-se a uma “combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a noção de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos” (BUSS, 2003).

No que diz respeito à noção de PPS, o debate que vem sendo desenvolvido nas conferências internacionais destaca a vinculação entre as políticas sociais e econômicas, expressa a necessidade de assegurar a participação democrática no processo de formulação de políticas, chama a atenção para a responsabilização compartilhada entre o setor público e o setor privado, incorpora a proposta de estabelecimento de parcerias entre os diversos setores e enfatiza a capacidade de as pessoas e grupos se mobilizarem e se organizarem para o desencadeamento de ações políticas coletivas voltadas à intervenção sobre os determinantes da saúde em diferentes contextos e territórios (BUSS, 2003).

O projeto Cidades Saudáveis surge como promotor da saúde e da qualidade de vida, assente na participação da comunidade e da cooperação multidisciplinar e intersetorial,

na construção de estratégias capazes de satisfazer as necessidades do desenvolvimento sustentável. É um projeto a ser desenvolvido a médio/longo prazo, com vista a aproximação dos diversos agentes civis no trabalho de defesa de uma vida saudável para os seus habitantes (SANTOS et al., 2012).

Este movimento visa, essencialmente, a promoção da saúde da população residente em meio urbano e surge como estratégia para implementação da promoção da saúde no nível local. As cidades que aderem a este movimento assumem o compromisso com a saúde na agenda política e de desenvolverem ações com vista à melhoria da qualidade de vida e do bem-estar da população, intervindo no nível dos determinantes da saúde, fatores que influenciam a saúde individual e coletiva (LOUREIRO; MIRANDA, 2010).

Alguns indicadores de saúde ambiental estão fortemente relacionados com o nível socioeconômico da população, dentre os quais as condições de moradia e do peridomicílio. Um importante ângulo da questão ambiental refere-se à cobertura e à qualidade dos serviços de saneamento básico: abastecimento de água, rede de esgotos, sistemas de coleta de resíduos sólidos e de águas pluviais. Um indicador muito utilizado é a proporção da população que dispõe de um sistema adequado de abastecimento de água, de eliminação de dejetos e de coleta regular de resíduos sólidos (PEREIRA, 2007).

Os indicadores de saúde passam a ser utilizados, na prática, quando se mostram relevantes, ou seja, quando são capazes de retratar com fidedignidade e praticidade, seguidos os preceitos éticos, os aspectos da saúde individual ou coletiva para os quais foram propostos (PEREIRA, 2007).

Vários indicadores de qualidade de vida urbana vêm sendo desenvolvidos e aplicados tanto na esfera acadêmica quanto pelos gestores públicos, como instrumento do planejamento urbano municipal. Estes indicadores variam desde uma escala abrangente e regional até uma escala intra-municipal. Os índices intra-urbanos têm como objetivo entender onde se localizam as áreas que necessitam de maior atenção das municipalidades no quesito de acesso aos bens, serviços e infra-estrutura básica (NAHAS, 2003).

Segundo Nahas (2003), estes índices se desenvolveram mundialmente a partir da década de 60 e visavam a criação de uma avaliação do desenvolvimento humano das cidades para acompanhamento das condições de vida das populações ao longo dos anos. Essa iniciativa se expandiu no Brasil nas décadas de 80 e 90, avaliando a condição de vida em diversas escalas, criando índices comparativos entre as regiões do país, até a escala intra-urbana das grandes cidades.

Com o acelerado processo de urbanização, parte das áreas com menor acesso a bens e serviços urbanos apresentam algum nível de risco ambiental, tornando-se necessária a introdução de variáveis ambientais em sua avaliação. Estas se tornam, muitas vezes, difíceis de serem quantificadas e analisadas temporalmente, uma vez que os períodos das mudanças naturais são mais longos que os decorrentes das mudanças humanas. Desta forma, os condicionantes ambientais são muitas vezes entendidos como condicionantes de infraestrutura urbana, tais como acesso às redes de água e esgoto (NAHAS, 2003).

Estudos procuram entender as relações intra-urbanas, verificando as desigualdades sociais, econômicas e ambientais entre seus espaços, utilizando de métodos qualitativos ou quantitativos, normalmente para tentar organizar o espaço urbano, seja por meio de políticas públicas ou reivindicações sociais. Neste momento, o planejamento urbano se apresenta como a principal ferramenta da organização do espaço urbano, medindo a satisfação da população residente por meio dos indicadores de qualidade de vida, para posterior alocação de recursos para infra-estrutura, nos locais considerados como mais carentes ou problemáticos.

Na cidade de Pirapora (MG), o condicionante de avaliação da qualidade de vida deveria ser considerado, pois a cidade é polo da sua microrregião de saúde, da qual fazem parte também os municípios de Buritizeiro, Ibiaí, Lassance, Santa Fé de Minas, Várzea da Palma e Ponto Chique, inserida na macrorregião Norte do Estado de Minas Gerais.

O presente trabalho foi organizado da seguinte maneira: no primeiro momento foi contextualizado o processo de crescimento e desenvolvimento das cidades, baseado no plano municipal de saúde do município de Pirapora (MG), no planejamento em saúde e gestão municipal, no estatuto das cidades e na vigilância ambiental em saúde.

A metodologia MAUT possibilitou a geração de indicadores, que aplicados no município escolhido para estudo de caso gerou resultados apresentados nesta dissertação. Discutimos a qualidade de vida, a saúde pública e seus indicadores, numa abordagem da teoria da utilidade multiatributo.

O estudo busca a evidencia da importância dos indicadores extraídos das ações propostas pela administração pública para a população na cidade de Pirapora (MG).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Neste trabalho pretende-se verificar qual (is) o (s) efeito (s) das ações da administração pública, na qualidade de vida da população urbana em um município de Minas Gerais.

2.2 Objetivos Específicos

Para tal buscou-se identificar as ações em saúde que são ofertadas pelo município, sua caracterização e definição, bem como dos elementos que descrevem as condições de qualidade de vida, por meio de indicadores, a avaliação de forma integrada dos indicadores de qualidade de vida de acordo com o multicritério e a análise da qualidade de vida em saúde da população do referido município.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Processo de crescimento e desenvolvimento das cidades

3.1.1 O Plano Municipal de Saúde de Pirapora/MG

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento básico que tem como meta nortear a definição das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a portaria 3.332/GM/2006, o Plano tem a função de apresentar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expresso em objetivos, diretrizes e metas, compatibilizando a percepção de governo com as necessidades e interesses da sociedade. A busca pela solução de problemas de uma população definem as intervenções que possam oferecer melhor qualidade de vida, níveis satisfatórios de saúde e bem estar e desenvolvimento social.

Em Pirapora (MG), município selecionado para este estudo, este documento é fruto do planejamento iniciado por gestores municipais, profissionais da área da saúde, organizações comunitárias e o conselho municipal de saúde, no ano de 2014, para o período de 2014 a 2017, que por meio de reuniões da gestão com representantes das áreas técnicas da

saúde, troca de experiências, avaliações comparativas, análise da evolução dos setores, dos instrumentos de planejamento e de políticas públicas, pode-se discutir as demandas e alternativas de ações para solucioná-las.

Para iniciar a elaboração do Plano de Saúde foi fundamental realizar uma análise situacional do município, sendo esta dividida em: identificação do município e da secretaria municipal de saúde, situação de saúde no município, atenção integral a saúde, vigilância em saúde, gestão de saúde.

Para a identificação do município e da secretaria municipal de saúde, foi elaborado o seguinte levantamento: Dados de identificação do município; Apresentação do território, limites, área geográfica, economia, renda; População, estrutura etária, crescimento populacional, pirâmide etária, distribuição segundo área de residência (urbana/rural), índice de envelhecimento, esperança de vida ao nascer, grupos vulneráveis (indígenas, assentados, quilombolas); Educação (nível escolaridade, taxa de analfabetismo, rede de educação); Estrutura Sanitária (abastecimento de água, rede de esgoto, coleta de resíduos sólidos); Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde; Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação a situação de saúde no município, importante destacar: Taxa de natalidade; Taxa de mortalidade infantil e materna; Taxa de mortalidade geral e por sexo; Morbidade hospitalar; Morbidade Sistema de Informação de Agravos de Notificação; Imunizações e Doenças Imunopreveníveis; Série Histórica do Pacto pela Vida.

Para analisar a atenção integral a saúde e a vigilância em saúde, foi necessário o levantamento de toda a estrutura das redes de assistência do município: Atenção Básica: Unidades básicas de saúde, organização, funcionamento, nº de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), distribuição das equipes no município; Núcleos de Apoio Estruturados; CAPS ou estrutura de saúde mental; Saúde Bucal; humanização do atendimento; Assistência Ambulatorial Especializada: Assistência de Fisioterapia; Centros de Referência (oferta e demanda de serviços, resolubilidade); Diagnose; Laboratório Municipal; Serviço de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Sistema de Informações utilizados no município; Programas de Saúde (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde do homem, Saúde de hipertensos e diabéticos), Serviços de referência e contra referência; incorporações tecnológicas; Vigilância em Saúde: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses; Assistência Hospitalar: Hospitais (organização, funcionamento, porte, número leitos destinados ao SUS, disponibilidade de equipamentos) serviços de referência e contra

referência; Assistência de Urgência e Emergência: Unidade de Pronto Atendimento - UPA; Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) (Organização funcionamento, mecanismos de regulação); Assistência Farmacêutica: analisar a organização e a prestação da assistência – medicamentos básicos e excepcionais.

E por fim, em relação a gestão de saúde, foram descritos os principais aspectos: Planejamento: analisar a estrutura, organização e operacionalização do processo de planejamento, bem como a sua interação como o centro de decisão; Descentralização/regionalização: analisar a cooperação entre as esferas de governo, estratégia de coordenação de promoção de equidade, funcionamento da comissão intergestores, funcionamento e participação do colegiado de gestão regional, Termo de compromisso de gestão, desenho de redes de regionalização de atenção à saúde; Financiamento: analisar as transferências entre as esferas de gestão, gasto público total, execução orçamentária e financeira, fundo de saúde e critérios e regulamentação do financiamento; Participação Social: analisar a articulação entre os gestores e os Conselhos de Saúde, as resoluções de Conselhos e das Conferências de Saúde, as condições de funcionamento dos Conselhos de Saúde e Movimentos Sociais.

Nesta etapa, mostrou-se importante destacar a importância do perfil epidemiológico da população residente no município de Pirapora (MG), no qual pode ser utilizados diversos sistemas de informação de saúde, definindo indicadores do município, que são medidas que contém informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como o desempenho de saúde.

Todas as informações descritas foram analisadas e comentadas, contextualizando as características locais que contribuiriam para tal situação, sinalizando os problemas e necessidades refletidos na informação epidemiológica, com uma série histórica dos últimos quatro anos.

Logo após, foi necessário identificar, formular e priorizar os problemas de acordo com a realidade do município, para que com isso pudessem definir as prioridades de saúde que seriam abordadas.

A equipe gestora do município utilizou-se de informações, conhecimentos e tecnologias que permitiram identificação, descrição e análise de tais demandas, para subsidio das tomadas das decisões.

Houve então um esforço conjunto de embasar as propostas nas possibilidades concretas de viabilização financeira e de sua execução, com foco na utilização dos recursos disponíveis, na tentativa de não tornar este plano uma peça apenas formal,

coerente com a disposição política da atual gestão Municipal (2012-2016), em manter os patamares atuais de aporte de recursos do tesouro, bem acima dos definidos na Emenda Constitucional 29¹ (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Cabe ressaltar que os documentos utilizados para nortear a elaboração deste plano, dentre outros, destacaram-se a Programação Anual de Saúde 2013, Plano Municipal de Saúde 2009 a 2013, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG), documentos da última Conferência de Saúde em 2007 e o Plano de Governo da atual gestão, com os compromissos assumidos com a população.

O Plano Municipal de Saúde divide-se em duas partes: a primeira apresenta o município de Pirapora em seus aspectos geográficos, históricos, populacionais, epidemiológicos, socioeconômicos e a estrutura das redes de assistência. A segunda parte contém o levantamento dos problemas prioritários por eixos com formulação de objetivos, diretrizes, indicadores, metas e financiamento.

Importante lembrar que os objetivos, diretrizes e metas são para um período de quatro anos. Portanto, foram elaborados pensando no fato de que deveriam ser verificados o real impacto de sua implantação sobre a situação inicial, descrita na análise situacional.

O documento pretende ser um norteador das estratégias e ações para que se cumpra o compromisso da gestão municipal em tornar o município referência em saúde na macrorregião de Minas Gerais, contribuindo de forma efetiva para que “Minas seja o estado onde se vive mais e melhor”.

3.1.2 Planejamento em saúde e gestão municipal em Pirapora

Em decorrência da construção da estrada de ferro implantada no município de Pirapora foi possível impulsionar sua economia, fazendo com que a cidade tivesse status de centro econômico. Os investimentos possibilitaram novas transformações na cidade de Pirapora. Foram implantadas indústrias têxteis, de alimentação e de bebidas; e ainda, foram desenvolvidos projetos de irrigação financiados pela Companhia de Desenvolvimento do Vale de São Francisco (CODEVASF), possibilitando o crescimento econômico da cidade e garantindo emprego e qualidade de vida a população residente.

A inserção do Norte de Minas na área da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), é justificada por apresentar características peculiares e semelhantes

¹ Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

às do nordeste brasileiro, como mostra os documentos da Assessoria para Assuntos da SUDENE (1970, p. 03), “suas estruturas produtivas, seus hábitos e a própria origem de sua população, além da continuidade física de seu território”, faz com que os indicadores de subdesenvolvimento mais comuns no nordeste sejam semelhantes aos da região norte Mineira (RODRIGUES, 2000).

Todavia, o modelo de desenvolvimento implantado no Norte de Minas, visava principalmente o crescimento econômico, calcado na ação do Estado planejador e interventor. Buscava-se criar condições para a produção e para a reprodução capitalista, sendo, para tanto, necessário o estabelecimento de condições estruturais em detrimento de concepções e estruturas sociais já existentes nos locais alvos do desenvolvimento. Tais iniciativas objetivavam integrar o Norte de Minas ao processo de desenvolvimento nacional.

As ações conjugadas de agências federais como a SUDENE se distribuíram basicamente em quatro eixos: a) grandes projetos agropecuários; b) industrialização; c) reflorestamento; e, d) projetos de irrigação. O município de Pirapora, em especial, foi beneficiado, sobretudo, pela industrialização e pelo projeto de irrigação que contribuiu para o desenvolvimento econômico e social da população residente.

Esse contexto, além de promover a paulatina transformação em muitas das características apresentadas pela estrutura produtiva norte mineira, contribuiu também para que vários de seus aspectos sociais, econômicos e culturais se alterassem e/ou mesmo se reforçassem.

As ações implementadas pela SUDENE significaram um impulso para as atividades industriais da região, que tiveram crescimento substancial entre 1970 e 1985.

O aumento da concentração da população nas cidades direcionou os países e as organizações ao questionamento de como deve ser o rumo a ser adotado em meios urbanos na oferta de qualidade de vida aos seus habitantes. As preocupações em relação ao meio ambiente se ligam diretamente à preocupação com os sistemas de suporte à vida humana. Sistemas que devem ser pensados como infraestruturas necessárias para atender as necessidades biológicas, sociais e culturais da vida humana.

Destacaram-se como polos industriais regionais as cidades: Montes Claros, Pirapora e Várzea da Palma. A concentração dos investimentos em alguns municípios não propiciou, no entanto, o dinamismo da economia norte mineira como um todo, como é o caso do município de Pirapora. Acentuaram-se as disparidades entre as suas microrregiões apesar do volume dos investimentos realizados e da qualidade de empreendimentos beneficiados na região (pela SUDENE) até recentemente (RODRIGUES, 2000).

Sobre as condições de vida da população da região, Rodrigues (2000) afirma que, apesar da melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a partir da década de 1970, a região tem a média do IDH muito menor que a do Estado. Ao se considerar o IDH Renda, isoladamente, o Norte de Minas continua na situação de “baixo desenvolvimento” e que vem piorando na última década. Estes indicadores refletem a proporção da população abaixo da linha de pobreza, que aumentou de 65% na década de 1980 para 75%, no ano de 1991.

Analisando esta situação, Rodrigues (2000, p. 124), afirma que:

Esses projetos não conseguiram gerar número significativo de empregos, capaz de reter a força de trabalho antes dedicada à agricultura de subsistência. Houve melhora significativa no setor de infraestrutura, sendo a intervenção do Estado decisiva nesse aspecto. Contudo, observando-se a estrutura mais recente da economia local, continua a grande desigualdade de condições de vida entre os segmentos da população, tanto em áreas rurais, quanto em áreas urbanas e o baixo desenvolvimento da região com relação às demais do estado de Minas Gerais.

Dessa forma, a região apresentou um acentuado crescimento econômico nas últimas décadas em detrimento das condições sociais. As taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) da região, de 1985-1995, foram superiores às do Brasil e às do estado de MG (3,70%). Ainda assim, Moreira (2010) observa que tal crescimento, no entanto, não refletiu de modo igual em todos os segmentos da população. Os vazios deixados pelas políticas estatais contribuíram para o surgimento, ao longo dos anos, no Norte de Minas, de organizações não governamentais.

A urbanização intensa em Pirapora (MG) manifestou-se tanto quantitativamente como qualitativamente, provocando a concentração de diversas pessoas na cidade, sendo essas oriundas de diferentes regiões em busca de melhores condições de vida. Essa intensa migração ocasionou o surgimento de habitações desordenadas.

Nesta direção, o surgimento de Pirapora, iniciou-se com o bairro Nossa Senhora Aparecida, onde se deram as primeiras relações comerciais e sociais que originaram a cidade. Seus primeiros habitantes foram migrantes vindos do estado da Bahia com destino à cidade de São Paulo, que, todavia, por problemas econômicos e por motivos de saúde, foram impossibilitados de seguirem viagem e acabaram se alojando às margens do Rio São Francisco, que também possibilitou o processo de migração e o crescimento da cidade de Pirapora, pois o rio foi fonte de renda para muitas famílias vindas das áreas rurais ou de cidades vizinhas.

O aumento das áreas periféricas, mais especificamente a construção de bairros distantes dos centros comerciais, deu-se no geral sem planejamento, criando espaços mal equipados e desordenados.

O planejamento urbano é uma forma de fazer uso consciente e ordenado do espaço, e assim, propiciar maior bem estar e melhores condições de vida para aqueles que vivem na cidade.

O espaço não tem apenas um papel passivo, constitui um dado ativo, e não simplesmente reflexo da sociedade. É no espaço geográfico, no território, que a cidadania se dá como é hoje, ou seja, incompleta. Como afirma Santos (2007), é preciso mudanças no uso e na gestão do território para criarmos uma nova cidadania.

Santos (2007, p. 139) aponta que: “em nosso país, o acesso aos bens e serviços essenciais, públicos e até mesmo privados é tão diferencial e contrastante, que a maioria de brasileiros, no campo e na cidade, acaba por ser privada desses bens e serviços”. Neste sentido, é preciso fortalecer o direito à cidade, o direito de uma vida decente para todos, independentemente do espaço onde se encontre.

Existe uma grande disparidade entre as condições de vida das pessoas que compõem a cidade de Pirapora, em especial as famílias que por “força” do destino estão sempre migrando de lugares ruins de sobreviver para lugares piores.

Seu processo de expansão e segregação espacial tem ocorrido com mais intensidade nos últimos anos. Neste sentido, com o desemprego e, conseqüentemente, a pobreza, o local se transformou em um território de conflitos, com alto índice de mortes devido ao tráfico e uso de drogas, além de diversas doenças como por exemplo, diarreia, esquistossomose, dengue, doença de chagas, que elevam o número de mortes, principalmente infantil.

A Gestão municipal diz respeito aos aspectos da gestão da estrutura administrativa da prefeitura, por meio de recursos e instrumentos próprios da administração local. Como não poderia deixar de ser, a gestão municipal acontece em um contexto contemporâneo complexo e de diferentes exigências e necessidades da sociedade brasileira (REZENDE; CASTOR, 2006).

Uma boa gestão é aquela que alcança resultados e, no setor público, significa atender às demandas, criando valor público. Esses resultados não acontecem por acaso, tampouco são autoexecutáveis. Nesse sentido, vários autores tais como Rezende e Castor (2006), Matias-Pereira (2009) e Serra (2008) atribuem-na a diferentes fatores geradores de resultados, tais como consciência estratégica, liderança, estrutura (clareza nas competências e

níveis de responsabilidade), processos devidamente detalhados, projetos passíveis de monitoramento, contratualização para pactuação de resultados, pessoas com competências desenvolvidas e mobilizadas, tecnologias de informação e comunicação (inovadoras e integradas) e recursos financeiros disponíveis e previsíveis (MARTINS; MARINI, 2010).

Na mesma linha, Santos (2006), enfatiza a importância e a responsabilidade do planejamento no âmbito da administração pública e afirma que a crescente complexidade das necessidades, a escassez de recursos e as novas aspirações das populações têm exigido, cada vez mais, a introdução de critérios técnicos e científicos no processo de tomada de decisões governamentais.

Assim, o processo de planejamento propicia, com antecedência, o que deve ser feito, quais os objetivos, controles, tipo de gestão a ser adotado e tipo de gerenciamento mais apropriado para alcançar resultados, constituindo-se em uma das bases para as demais funções da administração (SANTOS, 2006).

No que se refere à finalidade, o planejamento, na abordagem de Matias-Pereira (2009), visa alcançar a eficiência, isto é, a execução perfeita de uma tarefa que se realiza, bem como a eficácia, ou seja, que se façam as coisas que realmente importa fazer porque são socialmente desejáveis. O planejamento tem, ainda, a função de tornar transparente e precisa a ação de organizar o que será executado, de sistematizar as ideias e os recursos para tornar mais eficientes as ações governamentais.

Tendo em vista os benefícios advindos do processo de planejamento, esse se torna essencial à administração pública ou privada. O uso dessa ferramenta possibilita a elevação de eficiência, eficácia e efetividade da organização, na medida em que evita a desorganização nas operações, possibilita o aumento da racionalidade das decisões e, com isso, o aumento das possibilidades de alcançar os objetivos da organização (MATIAS-PEREIRA, 2009).

Motta (2004), quando define planejamento, ressalta o aspecto de aprendizagem gerado pela vivência do processo pelos grupos de trabalho. Na esfera governamental, o planejamento surgiu no início do século passado dentro da ideia de que a evolução do conhecimento tecnológico poderia ser aplicada à sociedade, dando origem ao nascimento do planejamento público, como estratégia para explicitar relações de poder, estruturas e sistemas por meio de ações de melhoria de bem-estar social e criação de novas oportunidades (LOPES, 1998).

O propósito do planejamento governamental está relacionado com a definição de objetivos para o futuro, bem como os meios para alcançá-los de forma intencional e proposital (SANTOS, 2006).

A Constituição Brasileira delimita em seu Art. 6º o âmbito das políticas públicas no Brasil como dos direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988). E, embora a Constituição de 1988 defina atuações da União e dos Estados (art. 24), no que tange ao atendimento das responsabilidades sociais, caberá ao poder estadual, e principalmente, ao municipal a responsabilidade pelo: ordenamento territorial, planejamento, gestão e controle do parcelamento, da ocupação e uso do solo urbano (OLIVEIRA, 1999).

Em seu capítulo 2, intitulado *da Política Urbana*, no Art. 182 define que a “Política de desenvolvimento urbano, executada pelo poder público municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em lei, tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes”, tornando o plano diretor o instrumento básico e obrigatório da política de desenvolvimento e de expansão urbana, para cidades com mais de vinte mil habitantes. Também a função social da propriedade urbana, afirmada constitucionalmente, reafirma a função social e a dimensão pública da cidade. Está assim confirmado no Brasil o papel decisivo do planejamento urbano na definição e consolidação das políticas públicas. Em 2001, o Brasil teve aprovada a lei *Estatuto da Cidade* Lei 10.257/2001, que regulamenta a função social da cidade e da propriedade estabelecendo instrumentos de planejamento e gestão (BRASIL, 1988).

Conforme Souza (2002), dois marcos podem ser considerados os primeiros atos relacionados à reforma urbana no Brasil. O primeiro um projeto de reforma urbana elaborada pelo governo Goulart, entre 1961-1964 e o segundo um evento realizado, em Petrópolis, Rio de Janeiro que contou com a participação de deputados, intelectuais e técnicos que focalizou em especial a moradia para o povo brasileiro. Entretanto, somente com a abertura do governo Geisel, na década de 1980 e a perspectiva de uma nova Constituição, a concepção progressista de reforma urbana se consolida numa perspectiva de diminuir as diferenças sociais presentes nas cidades.

Um conjunto articulado de políticas públicas, de caráter redistributiva e universalista, voltado para o atendimento do seguinte objetivo primário: reduzir os níveis de injustiça social no meio urbano e promover uma maior democratização do planejamento e da gestão das cidades. (SOUZA, 2002).

Sendo assim, o planejamento urbano é reivindicado como instrumento e veículo de conquista da maior equidade e justiça social para a população no ambiente urbano. Os conflitos entre crescimento populacional, desenvolvimento econômico tem sido uma das

principais problemáticas na administração pública. A busca pela compatibilidade entre esses elementos se torna um dos principais desafios no que se refere ao planejamento urbano.

Na última década, o Brasil tem direcionado novas políticas para a escala local, dando cada vez mais autonomia aos municípios no tratamento de questões sociais, econômicas e saúde ambiental. Temos como destaque a criação do Ministério das Cidades, a aprovação do Estatuto da Cidade, o Sistema Nacional de Recursos Hídricos e Comitês de Bacias.

Desta forma, a adoção de novos instrumentos, novas tecnologias e políticas podem contribuir para o melhor planejamento urbano das cidades. Entretanto, para que o planejamento urbano alcance o desenvolvimento harmônico entre os elementos da cidade, é importante a presença de um estado socializante, de novas práticas de cidadania pela sociedade, que busque uma maior participação e ação para o bem estar social. Torna-se cada vez mais importante considerar a esfera ambiental no planejamento, visando à integração entre desenvolvimento e ambiente em que vivem as pessoas.

Anterior ao planejamento político, o planejamento urbano, sistematizado cientificamente pela nossa ciência ocidental, surge ligado às transformações geradas pela Segunda Revolução Industrial, no século XIX, na Europa. Sobre isso, Carvalho (2009) afirmou que o planejamento urbano é uma proposta de alternativa pública para a solução dos problemas urbanos decorrentes da industrialização e do crescimento urbano demográfico, em particular àqueles relacionados à miséria, à poluição e à segregação socioespacial intensificados com a industrialização dos países europeus no século XIX.

A partir de 1970, o planejamento urbano deixou de ser visto apenas como instrumento técnico e incorporou a ideia de ser também um processo político e passou a ser entendido como instrumento para moldagem e articulação dos diversos interesses envolvidos no processo de intervenção de políticas públicas, o que caracteriza o planejamento colaborativo (OLIVEIRA, 2006).

Grisotto (2011) diferenciou os planejamentos urbanos da década de 1990 até o início do século XXI, como mais integrados e politizados, influenciados por documentos globais que traçam metas e acordos entre países para se alcançar o suposto desenvolvimento sustentável. Por exemplo: a Agenda 21, a Agenda Hábitat ou a Carta da Terra, as quais contribuíram para a modernização do planejamento urbano, inclusive, no Brasil. Isso, de certa forma, contribuiu para que a gestão e planejamento urbano sejam influenciados pela ideia de cidades sustentáveis.

Para Carvalho (2009), o planejamento urbano é um tipo de política pública racional que pressupõe novas rotinas para a tomada de decisões baseadas no conhecimento da realidade com fundamentações técnicas e científicas, com os objetivos de ordenar, recompor e remontar à ordem. Já para Souza (2000) o planejamento urbano é uma política que busca a melhoria da qualidade de vida da população, por isso sua construção é importante para o conhecimento técnico e a participação popular. Só assim contribui para que o planejamento possa fazer com que o espaço urbano amplie as oportunidades de autonomia da população menos privilegiada, em que a qualidade de vida e a justiça social são parâmetros subordinados da autonomia.

O planejamento urbano poderia, dessa forma, ser visto como uma tecnologia social que deve ser entendida como produção de tecnologia que seja de aplicação social, por ter a participação popular ativa na sua elaboração, implantação e utilização. A Rede de Tecnologia Social (2013) define tecnologia social como produtos, técnicas e, ou, metodologias reaplicáveis, desenvolvidas na interação com a comunidade e que represente efetivas soluções de transformação social. Bava (2004) discute que as experiências de tecnologia social inovadoras podem ser avaliadas e valorizadas tanto pela sua dimensão de processos de construção de novos paradigmas e novos atores sociais de fortalecimento da democracia e da cidadania, quanto pelos resultados que proporcionam em termos de melhoria da qualidade de vida.

Há vários conceitos sobre uma cidade sustentável. Esse conceito tem pressupostos de ideais originários na Conferência de Estocolmo de 1972, Primeira Conferência Internacional do Meio Ambiente e fortalecidos na Agenda 21 (1992). Pode ser definida como aquela que oferece um ambiente saudável, democrático e com possibilidades de trabalho para sua população e que seu progresso no presente não ocorra às custas dos recursos das gerações futuras (AGUIAR, 2008).

Neste contexto, deve-se também pensar a gestão urbana como instrumento operacionalizador do planejamento urbano. Na perspectiva de Souza (2008), gerir e planejar estão relacionados não só com as questões materiais, mas também com as relações sociais que ocorrem em um espaço e em um tempo determinado, lembrando-se que a gestão está intimamente ligada ao ato de administrar uma situação dentro dos marcos dos recursos presentes disponíveis e tendo em vista as necessidades mediatas e imediatas. Para esse autor, planejamento e gestão são conceitos distintos e complementares, em que o primeiro se refere ao futuro, enquanto o segundo, ao presente. Portanto, gestão seria a efetivação do planejamento construído no passado.

Como avanços na gestão e no planejamento urbano brasileiro, cita-se a incorporação de alguns conceitos importantes, como intersectorialidade e a participação popular em algumas políticas públicas e no texto da Constituição Brasileira vigente. Nesta, destaca-se o artigo 30, que dispõe sobre as competências dos municípios na gestão, entre elas: organizar e prestar serviços de educação infantil e fundamental, de saúde; promover adequado ordenamento territorial, mediante planejamento e controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano (BRASIL, 1988).

Segundo Koga (2011), dentre as políticas públicas, destacam-se aquelas da área da saúde, Lei 8080 pioneiras no processo de descentralização; da educação com a Lei de Diretrizes Básicas 9394 de 1996 (LDB 9394 de 1996), assim como as relacionadas à assistência social, como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), além do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Essas políticas também abordam questões de descentralização, participação popular e intersectorialidade. Ressalta-se que, segundo Bava (2004), as políticas de saúde do (SUS) como um dos mais avançados sistemas de gestão do mundo, o que se deve, entre outros motivos, ao desenvolvimento de uma metodologia de controle social que se sustenta na participação popular organizada a partir de conselhos partidários e deliberativos.

Pirapora é o segundo maior polo de industrialização do Norte de Minas Gerais, sendo classificada, portanto, como uma cidade de porte médio em relação a sua estrutura e funcionalidade dentro de sua microrregião, isto é, sua capacidade de produção e prestação de serviços. O município tem uma economia sólida que o diferencia de outras cidades vizinhas, como polo industrial, prestador de serviços e gerador de emprego e renda. Segundo maior centro industrial da região mineira do Vale do São Francisco, possui comércio movimentado e rotativo. A indústria têxtil e metalurgia são as principais empregadoras de mão de obra fabril. A pesca, turismo e a fruticultura irrigada também fazem parte da economia local, tendo como carro chefe a produção de uvas. A fruticultura gera para Pirapora e região inúmeros postos de trabalho movimentando assim a economia local, o que faz com que Pirapora receba inúmeras pessoas que vem prestar seus serviços e habitar no município, e conseqüente desorganização urbana e ambiental, pois muitos acabam residindo em áreas de riscos (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

O atual sistema de esgotamento sanitário do município abrange cerca de 45% da população e contempla redes coletoras, interceptoras e emissário, 3 estações elevatórias de esgotos e a estação de tratamento de esgotos. O restante da população utiliza o sistema estático de coleta e tratamento de esgotos, fossa séptica, sendo que algumas destas unidades

funcionam de forma inadequada o que proporciona o escapamento de maus odores e a provável contaminação do solo (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Ressalta-se ainda que do percentual atendido por redes coletoras nem todas as residências possuem a ligação predial, devido a questões culturais, entretanto a prefeitura vem realizando trabalhos no sentido de estimular a esta parcela de usuário a efetuarem esta ligação e desprezaram a fossa séptica. A estação de tratamento de esgotos do município é composta pela unidade de tratamento preliminar, seguido de reatores anaeróbios de fluxo ascendente de lagoas facultativas (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Em Pirapora (MG), quando consideramos a evolução e a concentração residencial na cidade ao longo dos anos, constatamos alterações positivas ao nível socioeconômico quando se refere a educação, pois a cidade conta com escolas equipadas e com profissionais competentes e qualificados para ministrar um bom ensino para os alunos, permitindo assim a construção de discentes críticos e conscientes da realidade vivida; a saúde, Pirapora conta com um setor público municipal bastante eficiente quando se refere às unidades para o atendimento a saúde. A cidade possui trinta e seis estabelecimentos de saúde, sendo que, vinte unidades pertencem ao setor público e dezesseis ao privado (SIAB, 2010).

Quando analisamos a qualidade e funcionalidade desses estabelecimentos, constatamos que as unidades públicas oferecem um maquinário muitas vezes mais completo e profissionais mais qualificados do que os estabelecimentos privados, no entanto o que diferencia é o atendimento prestado pelos profissionais, sendo de melhor qualidade nos centros privados.

No plano sociodemográfico, observamos uma evolução característica das áreas urbanas: um progressivo envelhecimento da população e uma crescente terceirização do capital, ainda que a cidade de Pirapora apresente um grande pólo secundário da economia (indústria de metalurgia e têxtil), mas, sobretudo, o que prevalece é o comércio.

Quanto à questão da participação popular nas políticas públicas, gestão e planejamento urbano para construção de espaços saudáveis, deve haver instrumentos que garantam a gestão democrática, pois a população imersa em seus problemas sociais cotidianos e a margem dos benefícios da cidade podem não ter muita motivação para participar, conforme apontou Villaça (1998, p. 11):

As camadas populares também não tem demonstrado grande motivação em participar de debates sobre planos diretores, e é provável que se inicie um novo período de mutismo semelhante aos do passado. Assim, são pequenas as possibilidades de elaboração de planos diretores no Brasil, num futuro próximo. A luta pela reforma urbana, entretanto, deve continuar em várias frentes, cada uma

com suas peculiaridades e com diferentes oportunidades para lideranças populares, técnicos e políticos progressista.

Segundo Setti e Boggus (2010), a participação comunitária não deve ser confundida com ações dirigidas à comunidade pelo setor de saúde ou por outros setores. Dessa forma, cabe à gestão do município proporcionar canais para o diálogo com a população, os quais vão além das conferências municipais da cidade. Tendo em vista, por exemplo, o planejamento e conteúdo dos planos-diretor que estão ligados aos avanços da consciência de classe, da organização (VILLAÇA, 1998).

Em Pirapora (MG), a participação popular ocorre através de uma escuta ampla, partindo de quem está na ponta do sistema, de quem está mantendo contato direto com a população, com os problemas e dilemas. São os professores que estão em contato direto com os alunos e seus pais, são os profissionais de saúde que atendem diariamente a população, em busca da promoção e prevenção à saúde. São os comerciantes e empresários que percebem a sua melhora na situação financeira e econômica, de seus funcionários e clientes.

Enfim, são todos aqueles que, através desse contato direto, obtém informações de extrema importância quanto à evolução das situações e as repassam para os seus superiores, até que cheguem a cada gestão específica.

3.1.3 Modelos assistenciais e vigilância em saúde

Para Mendes (1993), a reorientação dos sistemas de saúde na direção de afirmar-se como “espaço da saúde”, e não exclusivamente da atenção à doença, exige um processo de construção social de mudanças que se darão, concomitante e dialeticamente, na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária. O entendimento do processo saúde-doença tem evoluído consideravelmente de uma concepção eminentemente monocausal do pensamento clínico a concepções ampliadas de saúde, que articulam saúde com condições de vida, o que a *Carta de Ottawa* e todo o movimento contemporâneo da promoção social da saúde incorporaram plenamente (Ferraz, 1999). Essa visão considera a saúde como uma acumulação social, expressa num estado de bem estar, que pode indicar acúmulos positivos ou negativos. Portanto, compreende que a dinâmica das relações sociais seja o fator que define as necessidades de cuidados à saúde.

Para o setor saúde, a perspectiva do modelo da vigilância em saúde configura-se no constructo operacional que se propõe a dar resposta aos problemas de saúde. Castellanos (1990) observa que o entendimento dos problemas que estruturam uma situação de saúde

parte do ponto de vista do ator social que a descreve e explica. O autor propõe ainda, que os fenômenos de saúde e doença ocorrem em diferentes dimensões: as singulares, entre indivíduos ou entre agrupamentos de população por atributos individuais; os particulares entre grupos sociais em uma mesma sociedade, e os gerais, que são os fluxos e fatos que correspondem à sociedade em geral. A definição de problema de saúde e o seu potencial de transformação são diretamente correspondentes a cada uma dessas dimensões.

Durante a análise situacional realizada, pode-se observar que as localidades destacadas com bons indicadores de saúde eram as mesmas que apresentavam ainda bons indicadores de educação, renda e infraestrutura urbana, confirmando a hipótese de que políticas públicas de saúde não podem ser dissociadas de outras políticas relacionadas com os indicadores supracitados.

Ficou demonstrado ainda, o quanto a atuação das equipes de atenção integral a saúde e a de vigilância em saúde são importantes e estão cumprindo com o seu papel, ao estruturarem uma boa rede de assistência no município, com: Atenção Básica; Núcleos de Apoio Estruturados; Assistência Ambulatorial Especializada; Diagnose; Laboratório Municipal; Programas de Saúde (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde do homem, Saúde de hipertensos e diabéticos); Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses; Assistência Hospitalar; Assistência de Urgência e Emergência; Assistência Farmacêutica.

Assim, temos que o nível de saúde da cidade de Pirapora (MG) está associado com o desenvolvimento local, o que possibilita maior acesso a serviços variados. Sendo que este está ainda associado à disponibilidade de recursos na saúde.

Especialmente interessante para a vigilância em saúde são os problemas definidos na dimensão conceituada como particular, pois, nesse nível, os problemas emergem como características de grupos de população, em conjunto com seus processos de reprodução social, configurando-se em comunidades, ou “grupos sócios espaciais particulares” (SABROZA; LEAL, 1992). As ações e práticas que derivam dessa abordagem particular permitem trabalhar em períodos mais precoces do processo de determinação e, ao mesmo tempo, ampliar as estratégias de atenção primária como um conjunto de ações sociais dirigidas a essas comunidades para a promoção da qualidade de vida.

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, uma vez que estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersectorialidade. Cabe

à vigilância em saúde exercer o papel organizativo dos processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes ações de intervenção (promoção, prevenção, atenção), fíncada em seus três pilares estratégicos: os problemas de saúde, o território e a prática intersetorial (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998). Diante disso, o conceito de espaço, de onde se origina a noção de território, pode exercer importante papel na organização das práticas de vigilância em saúde.

A vigilância em saúde tem sido compreendida de três formas: como análise e monitoramento de situações de saúde; como integração institucional entre atividades de vigilância epidemiológica e sanitária; como elemento que pressupõe a organização tecnológica do trabalho de redefinição das práticas sanitárias (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998). Essa redefinição está afinada com o planejamento, seja numa dimensão técnica, ao conceber a “vigilância da saúde” como um modelo assistencial alternativo, que combina tecnologias distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos; seja numa dimensão gerencial, que organiza os processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, para confrontar problemas num território delimitado (MENDES, 1993).

A vigilância da saúde é entendida como “uma dada organização tecnológica do trabalho”, que atua produzindo práticas sob a forma de operações que se estruturam de acordo com as diferentes fases ou dimensões do processo saúde- doença, desde os agravos a situações de exposição, às necessidades sociais de saúde (MENDES, 1993).

Os problemas ambientais urbanos são muitos, como o destino dos resíduos sólidos, a poluição do ar, das águas e do solo, a ausência de áreas verdes urbanas, ocupação irregular de encostas e de áreas de proteção e preservação ambiental, moradias em áreas de risco, enchentes, alagamentos, indústrias com grande periculosidade, excessivo número de veículos e congestionamentos. No entanto, todos esses problemas demandam novas práticas sociais e políticas, e o trabalho conjunto entre a administração pública e cidadãos. É preciso ir além da observação é preciso agir, tirar o foco de problemas e dificuldades para focar em habilidades e potencialidades. É preciso buscar soluções para os problemas, para que assim seja possível a integração entre o ambiente e a qualidade de vida urbana.

3.1.4 Estatutos das Cidades

Um importante marco regulatório que se constituiu no principal instrumento da política urbana brasileira foi o Estatuto da Cidade, aprovado em 2001, que regulamenta os

artigos 182² e 183³ da Constituição Federal. O Estatuto estabeleceu o plano diretor como instrumento básico da política de desenvolvimento e expansão urbana, devendo definir os parâmetros de uso e ocupação do território, visando a seu ordenamento (BRASIL, 2001).

Dentre as diretrizes instituídas pelo Estatuto da Cidade, em seu Artigo 2º, para a execução da política urbana, segundo Passos (2006, p. 7), foram definidas como “o conjunto de ações que devem ser promovidas pelo poder público, no sentido de garantir que todos os cidadãos tenham acesso à moradia, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte, aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer”; contemplam-se: o desenvolvimento sustentável no uso do espaço urbano e dos serviços públicos; a participação da população e associações representativas na formulação, execução e acompanhamento das políticas; planejamento das cidades em relação à distribuição da população e desenvolvimento das atividades econômicas em consonância com o uso adequado do meio ambiente; uso do solo de forma a evitar a poluição e a degradação ambiental (BRASIL, 2001).

A incorporação da intersetorialidade e participação popular na Constituição Brasileira atual e algumas políticas públicas são, assim, avanços na gestão e planejamento urbanos, juntamente com outros instrumentos que foram criados para a melhoria da qualidade de vida urbana nas cidades, entre os quais se destaca o Estatuto das Cidades - Lei 10.257, de 10 de julho de 2001 (BRASIL, 2001). Esse documento regulamenta a política urbana brasileira e prevê importantes instrumentos para o planejamento urbano, como: o plano-diretor; as diretrizes do parcelamento, do uso e da ocupação do solo; o zoneamento ambiental; o plano plurianual; as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual; a gestão orçamentária participativa; os planos, programas e projetos setoriais; e os planos de desenvolvimento econômico e social.

De acordo com Menezes; Jannuzzi (2009), o Estatuto das Cidades tem como característica principal sua orientação ética de forte posicionamento social, viabilizando intervenções no direito da propriedade e do uso do solo por motivação e bem coletivo social. O estatuto também traz abordagens sobre gestão democrática e orçamento participativo e a importância dos órgãos colegiados de política urbana, nos níveis nacional, estadual e

² Art. 182. A política de desenvolvimento urbano, executada pelo Poder Público municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em lei, tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes.

³ Art. 183. Aquele que possuir como sua área urbana de até duzentos e cinquenta metros quadrados, por cinco anos, ininterruptamente e sem oposição, utilizando-a para sua moradia ou de sua família, adquirir-lhe-á o domínio, desde que não seja proprietário de outro imóvel urbano ou rural (BRASIL, 2001).

municipal; debates, audiências e consultas públicas; conferências sobre assuntos de interesse urbano, nos níveis nacional, estadual e municipal; iniciativa popular de Projeto de Lei e de Planos, Programas e Projetos de desenvolvimento urbano.

Um dos capítulos do Estatuto da Cidade é o plano-diretor, o qual é obrigatório para cidades turísticas e aquelas que possuem população acima de 20.000 habitantes ou que pretendem utilizar o parcelamento, edificação ou utilização compulsória de imóvel, ou seja, é instrumento básico da política de desenvolvimento e expansão urbana. Para Carvalho (2009), o plano-diretor é o objeto de uma proposta social que tem como objetivo transformar a sociedade e garantir o bem-estar dos cidadãos e o acesso a bens e serviços à sociedade. Dessa forma, deve-se pensar em política urbana como forma de administração de situações de conflito social, uma vez que a dinâmica social é a disputa entre os vários segmentos sociais em torno de suas necessidades.

Para Rolnik (1997), contudo, a política urbana no país foi uma espécie de aliança entre tecnocratas do aparelho de Estado e congressistas que se credenciaram como mediadores diante das resistências (uma técnico-corporativa e outra derivada diretamente dos grupos de pressão que atuam na área de incorporação imobiliária), que ocorreram perante as propostas contidas na Emenda Popular de Reforma Urbana proposta na década de 1960.

Não se pode, entretanto, negar as melhorias e inovações trazidas por esses instrumentos de controle, gestão e planejamento, entre essas a participação popular, apesar dos grandes entraves para sua ocorrência efetiva. Como apontou Carvalho (2009), municípios com o planejamento urbano complexo resultam em melhorias de condições de infraestrutura urbana. Assim, é preciso pensar o planejamento urbano como instrumento local que pode potencializar a qualidade de vida, contextualizada em ações de escalas maiores, como a nacional ou até a internacional. Dessa forma, o ambiente da cidade no planejamento urbano deve ser entendido como local de materialização das relações sociais, culturais e econômicas desiguais, as quais não se contrapõem e, sim, se complementam, pois são resultados de um processo capitalista desigual (CARLOS, 1994).

A Constituição Federal de 1988 atende algumas das metas pretendidas pelo movimento da reforma urbana, instituindo a função social da propriedade e dando maior autonomia aos Municípios, porém, deixa muitas outras de lado, principalmente, em relação à gestão participativa da cidade e instrumentos de regulação urbanística, além de continuar produzindo efeitos favoráveis para os interesses dos agentes responsáveis pela especulação imobiliária e efeitos negativos para a promoção de uma reforma urbana. Muitas das metas

requeridas pelo movimento só serão atendidas mais tarde com o Estatuto da Cidade, em 2001 (REANI, 2007).

A Lei nº 10.257 – Estatuto da Cidade - foi aprovada em 10 de julho de 2001. O Estatuto da Cidade incorpora conceitos, objetivos e diretrizes contidas na Agenda 21 e na Agenda Habitat, documentos resultantes de Conferências Mundiais promovidas pelas Nações Unidas na década de 1990, tendo como princípio o desenvolvimento sustentável da cidade, garantindo um meio ambiente equilibrado e melhor qualidade de vida (REANI, 2007).

O Estatuto da Cidade foi encarregado pela constituição de definir o que significa cumprir a função social da cidade e da propriedade urbana. Conforme Rolnik (2001, p. 5), “a nova lei delega esta tarefa para os municípios, oferecendo para as cidades um conjunto inovador de instrumentos de intervenção sobre seus territórios, além de uma nova concepção de planejamento e gestão urbanos”.

Como coloca Saule Junior; Rolnik (2001, p. 10):

O Estatuto da Cidade é uma lei inovadora que abre possibilidades para o desenvolvimento de uma política urbana com a aplicação de instrumentos de reforma urbana voltados a promover a inclusão social e territorial nas cidades brasileiras, considerando os aspectos urbanos, sociais e políticos de nossas cidades.

Em seu Capítulo I “Diretrizes Gerais”, no artigo 1º, parágrafo único, dispõe: “Estatuto da Cidade, estabelece normas de ordem pública e interesse social que regulam o uso da propriedade em prol do bem coletivo, da segurança e do bem-estar dos cidadãos, bem como do equilíbrio ambiental”. Neste sentido, essa nova lei, Estatuto da Cidade, apoia os municípios na execução da Política Nacional de Desenvolvimento Urbano, com base em princípios que estimulam processos participativos de gestão territorial e ampliam o acesso à terra urbanizada e regularizada, principalmente beneficiando grupos tradicionalmente excluídos (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2004).

O Estatuto da Cidade tem com o objetivo de ordenar as cidades de forma mais justa e equitativa, com a distribuição de bens e serviços à população, através de uma gestão democrática e participativa. Para tanto, pode se utilizar dos instrumentos de regulação e ordenação urbanística, produzindo assim, cidades sustentáveis. Entre os instrumentos da política urbana, Capítulo II, Seção I, Artigo 4º, podemos destacar:

III – planejamento municipal, em especial:
a) Plano Diretor; b) disciplina do parcelamento do uso e da ocupação do solo; c) zoneamento ambiental; f) gestão orçamentária participativa;
IV – institutos tributários e financeiros: a) imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana - IPTU;

V – institutos jurídicos e políticos: e) instituição de unidades de conservação; f) instituição de zonas especiais de interesse social; g) concessão de direito real de uso; h) concessão de uso especial para fins de moradia; i) parcelamento, edificação ou utilização compulsórios; j) usucapião especial de imóvel urbano; l) direito de superfície; m) direito de preempção; n) outorga onerosa do direito de construir e de alteração de uso; o) transferência do direito de construir; p) operações urbanas consorciadas; q) regularização fundiária;
VI – estudo prévio de impacto ambiental (EIA) e estudo de impacto de vizinhança (EIV) (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2004).

O Estatuto da Cidade, segundo Saule Junior; Rolnik (2001), deixa claro quais são as ferramentas que o Poder Público, especialmente o Município, deve utilizar para enfrentar os problemas de desigualdade social e territorial nas cidades. Os instrumentos previstos no Estatuto da Cidade tentam, assim, coibir a lógica da formação de preços do mercado imobiliário, de áreas vazias e subutilizadas; como o IPTU progressivo no tempo e à edificação e parcelamento compulsórios, tentando assim, controlar a expansão horizontal das cidades, que invadem as áreas rurais e de preservação ambiental.

Boa parte dos instrumentos depende de planos diretores ou leis municipais específicas para serem aplicados, assim, fica fácil prever a dimensão dos obstáculos que surgirão para suas aprovações em qualquer Câmara (ROLNIK, 2001).

O Estatuto da Cidade pode ser um poderoso instrumento dos municípios para a promoção do desenvolvimento urbano. Como aponta Moreira (2001), este poderá ser utilizado para evitar a ocupação de áreas não suficientemente equipadas, evitar a retenção especulativa de imóveis vagos ou subutilizados, preservar o patrimônio cultural ou ambiental, exigir a urbanização ou ocupação compulsórias de imóveis ociosos, captar recursos financeiros destinados ao desenvolvimento urbano e exigir a reparação de impactos ambientais.

Desta forma, os municípios encontram no Estatuto da Cidade importante subsídio para ordenar o crescimento da cidade, amenizando os impactos socioambientais existentes e os problemas urbanos. A nova lei favorece o planejamento urbano participativo e democrático, a diminuição da segregação urbana e desigualdade social, além de prever o equilíbrio ambiental e melhores condições de vida, dando novos rumos ao planejamento urbano no Brasil.

Como afirma Braga (2008), o Estatuto da Cidade é uma espécie de antídoto à crise urbana, social, econômica e ambiental. Esta nova lei vem colocar-se como instrumento de promoção da função social da cidade e da sustentabilidade urbana. Os até então desacreditados Planos Diretores ressurgem como desejados portadores de uma nova ordem urbana, socialmente mais justa e ambientalmente mais equilibrada.

Nesse sentido, o Estatuto da Cidade consagrou o Plano Diretor não só como instrumento de política urbana, mas como instrumento de reforma urbana. Ele surge como um instrumento eminentemente político, com o objetivo de dar transparência e democratizar a política urbana, sendo um instrumento de gestão democrática da cidade. Como afirmam Carvalho e Braga (2001), o aspecto da democratização é fundamental, pois só ele garante a transparência necessária das regras do jogo. A democratização efetiva do planejamento se dá pela participação da sociedade no processo, o que, pelo menos em tese, é garantido pela Constituição Federal (no Artigo 29) e, como se verificou, pelo Estatuto da Cidade.

Por meio do Estatuto da Cidade e de seus instrumentos, torna-se possível uma mudança no planejamento urbano. A ação democrática e participativa, novas práticas de cidadania, apoiadas em ações mais justas e igualitárias pelo Estado, e na preservação do ambiente urbano, torna possível o ordenamento e organização das cidades, e assim, uma melhor qualidade de vida urbana e um ambiente mais saudável. No entanto, é importante, haver a consciência de que a existência de um dispositivo jurídico, não é o suficiente para garantir uma melhora no nosso ambiente urbano, é preciso a efetivação política, participação e ação de diferentes atores.

Como afirma Silva-Sánchez (2000), o estatuto de sujeito de direito que se pretende para as gerações futuras e para a própria natureza implica, pois, a construção de uma cidadania de tipo novo. O conteúdo dessa cidadania será definido pela luta política e prática concreta, uma disputa histórica, que pressupõe a politização da relação sociedade-natureza.

Apenas uma politização desse tipo pode garantir tal projeto, cujo objetivo fundamental é a extensão do conceito de cidadania para as futuras gerações. Maricato (2005), complementa afirmando que a construção de uma esfera com participação direta, se não dá conta de todos esses problemas, ainda é a forma mais eficaz de persegui-los. Trata-se da construção de paradigmas que articulam conhecimento técnico e crítico, fruto da produção acadêmica e profissional com conhecimento trazido pelos que vivem e produzem a cidade.

É importante que a cidadania faça parte da vida de todo cidadão. A população exercera sua cidadania se torna fundamental para um planejamento urbano renovado. Como aponta Jacobi (1999), A nova dimensão da cidadania inclui, de um lado, a constituição de sujeitos sociais ativos, e de outro, para a sociedade como um todo, um aprendizado de convivência com esses cidadãos emergentes que recusam permanecer nos lugares que lhes foram definidos social e culturalmente. A participação do cidadão é essencial para os ideais democráticos.

Segundo Carvalho e Braga (2001), só a participação ativa das entidades representativas da sociedade na elaboração do plano diretor garante sua legitimidade e propicia condições para sua efetiva implementação.

Verificamos essa prática em Pirapora, que, através da escuta ampla, proporcionada por pessoas que estão em contato direto com a população, com os problemas e dilemas, repassam para os seus superiores, até que cheguem a cada gestão específica. E a partir dessas informações, concentradas entre gestores, profissionais, organizações comunitárias e conselho municipal é que se pode discutir as demandas e alternativas para solucioná-las.

Neste sentido, temos que o Estatuto da Cidade trouxe uma nova abertura ao planejamento urbano no Brasil, porém, é essencial que seus instrumentos não apareçam somente na lei maior, mas também nos planos diretores e se façam cumprir na prática. Para tanto, é necessário uma nova postura cidadã, novas práticas sociais, garantindo a gestão democrática e participativa da cidade, só assim será possível a efetivação do planejamento urbano no Brasil.

4. METODOLOGIA

4.1 Metodologia Multiatributo (MAUT)

As siglas MAUT significam Teoria da utilidade multiatributo – esta é uma agrupação de diferentes métodos de avaliação dentro do campo de pesquisa relacionado ao apoio multicritério a decisão (que suas siglas são AMD). Dentro do campo dos métodos de avaliação multicritério será utilizado um método de avaliação englobado no MAUT.

O conceito adotado para qualidade de vida baseou-se na proposta de Morato; Kawakubo; Luchiarri (2008, p. 155), de que “a qualidade de vida urbana é entendida como o grau de satisfação das necessidades básicas para a vida humana, que possa proporcionar bem-estar aos habitantes de determinada fração do espaço geográfico”, que subsidiou a caracterização da amostra em estudo.

Para medição da qualidade de vida da população é importante a avaliação do seu estado de saúde. A avaliação do estado de saúde pressupõe a utilização de indicadores de saúde adequados. A compreensão de como os indicadores de saúde ambiental influenciam as várias dimensões que integram o estado de saúde da população é fundamental para comparação dos determinantes de saúde do município. Portanto, a avaliação dos indicadores

permitirá a priorização de ações e implementação de políticas públicas direcionadas para as áreas ou localidades onde os indicadores apresentaram menor pontuação, ou mesmo áreas menos favorecidas com as políticas públicas implantadas pelo município.

Em uma mesma região pode-se notar diferenças nas áreas de saúde, educação, renda entre outras. É dentro deste cenário que a avaliação de cidades, segundo indicadores de qualidade de vida, se torna um estudo relevante para o estímulo do debate sobre o tema, com o intuito de propor melhorias e investimentos em políticas públicas.

Sendo assim, a avaliação de cidades se torna um problema complexo, que envolve diversas alternativas. Os indicadores selecionados são de grande importância, tendo em vista que estes possibilitam a avaliação da situação de saúde da população em toda e qualquer localidade analisadas segundo os multiatributos. É neste âmbito que o Apoio Multicritério a Decisão (AMD) pode ser utilizado como uma ferramenta no auxílio à tomada de decisão. O AMD é aplicado em situações com critérios conflitantes, visando encontrar uma alternativa ou conjunto de alternativas que se apresentem como soluções para o problema, dentro de um grupo de alternativas viáveis ou factíveis (BARBA-ROMERO & POMEROL, 1997).

Esta metodologia pode ser aplicada em problemas cuja decisão cabe a uma pessoa ou a um grupo de pessoas com diferentes pontos de vista, logo, esta metodologia auxilia o processo de decisão, recomendando ações ou cursos de ações a quem vai tomar a decisão (BELTON & STEWART, 2002).

A partir da situação problema apresentada, buscou-se verificar a aplicabilidade da abordagem multicritério na avaliação do estado de saúde da população de Pirapora (MG).

O tratamento dos dados secundários coletados, permitiu a construção de um banco de indicadores que, posteriormente, será analisado a metodologia multicritérios, que segundo Souza (2008), é uma abordagem analítica usada para auxiliar a tomada de decisão envolvendo múltiplos atributos ou critérios, como os aspectos estratégicos, econômicos e de qualidade.

Essa abordagem permite avaliar alternativas baseadas nos critérios que são mensurados. Utilizando a teoria de utilidade multiatributo (MAUT), o tomador de decisões pode maximizar a função utilidade que depende desses critérios, determinando a melhor alternativa dentre todas as avaliadas (THEVENOT et al., 2006).

Nesse contexto, o método de análise multicritério vem ganhando visibilidade, por permitir o julgamento de diversos cenários de alternativas, tornando viável a tomada de decisão da melhor opção para análise mais aprofundada. No caso deste estudo, a análise multicritério possibilita englobar tanto critérios quantitativos, quanto, qualitativos,

incorporando, além disso, questões do comportamento humano nos processos de decisão (OLIVEIRA, 2003).

É interessante notar que a utilização da MAUT na presente pesquisa cumpre papel de apontamento de alternativas para posterior simplificação do fenômeno que está sendo estudado a saber: a compreensão da situação de saúde da população urbana e quais indicadores influenciam mais nos determinantes de saúde da população urbana de Pirapora (MG).

Para o entendimento da situação de saúde e qualidade de vida urbana no município de Pirapora (MG) foi construída e analisada uma tabela de indicadores de saúde ambiental, com o intuito da percepção elementos que descrevam e permitam a análise dos mesmos. Posteriormente será realizada uma ponderação destas avaliações para ter uma avaliação integrada de todos os indicadores mediante um único parâmetro.

Este instrumento servirá de base para avaliação da situação de saúde e análise da qualidade de vida urbana de outros municípios, pois será realizada uma análise de diferente indicadores que permitirá a análise da situação de saúde da população e possibilitará o direcionamento de ações e políticas públicas adequadas as necessidades da pessoas e das áreas de habitação das mesmas.

4.2 Tipo de estudo

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo quantitativo e qualitativo, pois os limites da abordagem quantitativa podem ser contrabalanceados pelo alcance da qualitativa e vice-versa (MARTINS; THEÓFILO, 2009, p. 142).

Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva, que busca a realização de descrições da situação e descobrir relações existentes entre os componentes, com planejamento flexível, possibilitando diversas considerações sobre o problema (CERVO; et al, 2007, p. 63).

Quanto aos procedimentos a coleta de dados secundários faz junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo 2015, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e pela Gerência Regional de Saúde de Pirapora (GRS/Pirapora).

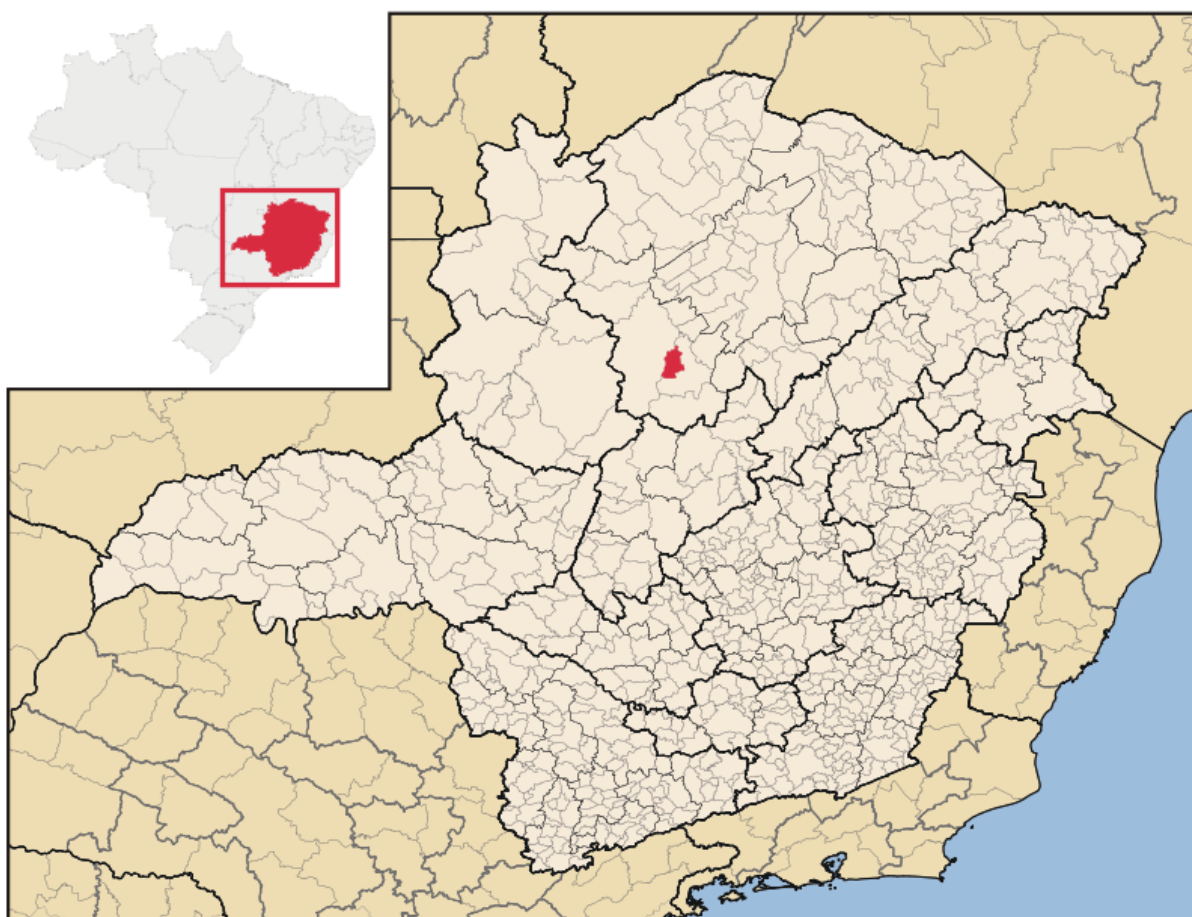
A análise documental que de acordo com Gil (2002, p. 62-63), apresenta algumas vantagens por ser fonte rica e estável de dados não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita a leitura aprofundada das fontes. É semelhante à pesquisa bibliográfica, segundo o autor, e o que as diferencia é a natureza das fontes, sendo

material que ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa.

4.3 Local de estudo

Esse estudo é desenvolvido no município de Pirapora (MG) e na Gerência Regional de Saúde de Pirapora (MG).

MAPA 1: Localização de Pirapora em Minas Gerais.

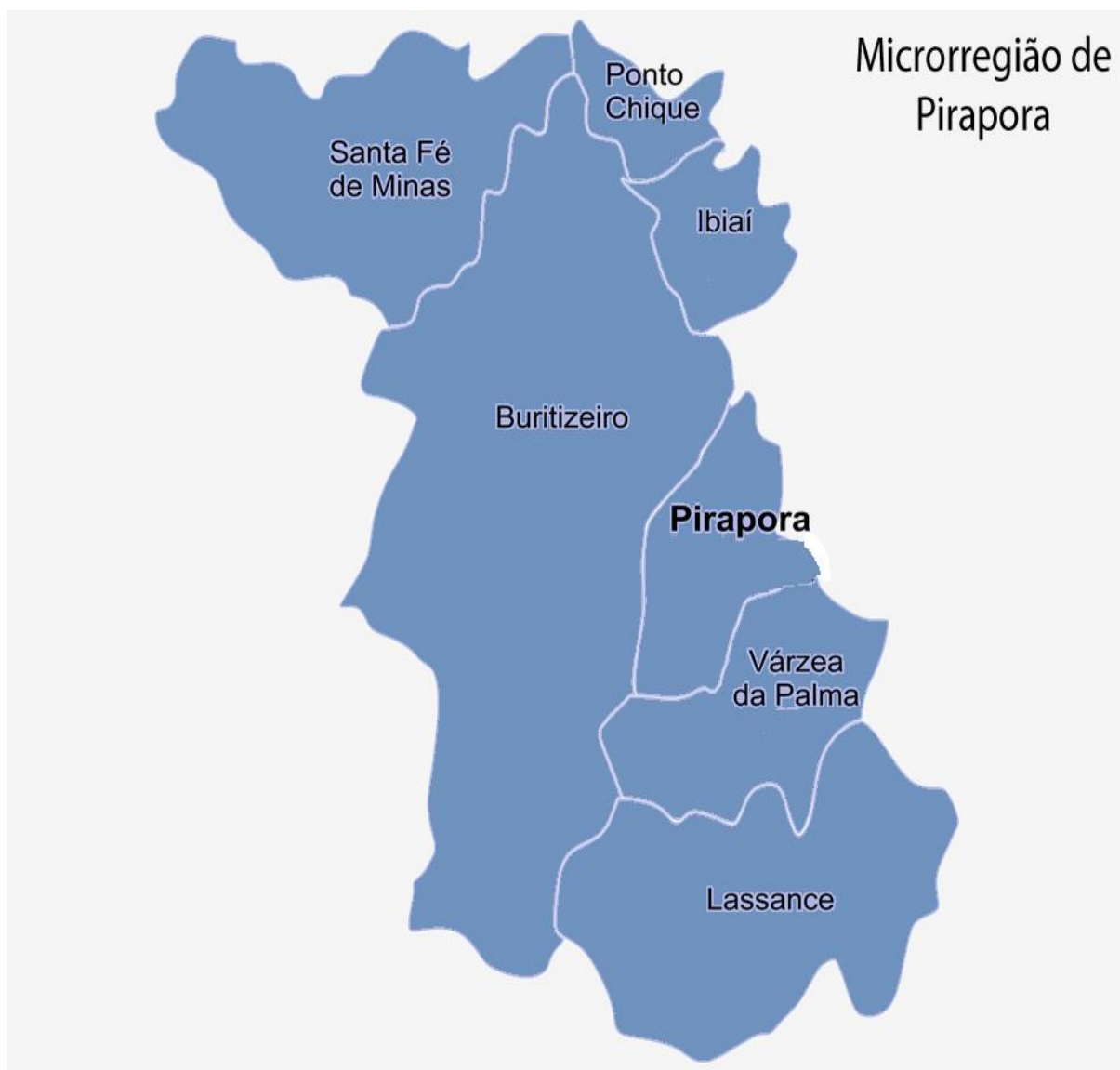


4.4 Escolha do cenário

A pesquisa foi realizada na Gerência Regional de Saúde de Pirapora (MG) e em alguns órgãos públicos do município, visto que esse município é o segundo maior polo industrial do norte de Minas Gerais, 33ª economia exportadora do Estado e 2º PIB norte-mineiro. Destaca-se por suas indústrias de ferro silício, silício metálico, ferro-ligas, ligas de alumínio e tecidos que são os principais produtos exportados para outros países pelo

município. A cidade é também referência em saúde para os municípios sob sua jurisdição, e ainda geradora de inúmeros postos de trabalho para a população do seu entorno.

MAPA 2: Microrregião de Pirapora.



4.5 Fonte de dados

Os dados obtidos neste estudo foram coletados a partir de levantamentos já realizados pela Gerência Regional de Saúde de Pirapora (MG), onde foram analisados dados documentais das seis coordenações: (Vigilância Sanitária, Vigilância da Situação de Saúde, Promoção da Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância à Saúde do Trabalhador).

4.6 Procedimentos

Este trabalho trata-se de uma pesquisa documental com levantamento dos fundamentos teóricos que dão base para entendimento sobre os indicadores sob análise no município de Pirapora/MG, para identificação de pontos importantes em relação a qualidade de vida da população do município de Pirapora (MG), caracterizando seu território e sua ocupação foram obtidos por busca ativa nos bancos de dados da Gerência Regional de Saúde do município. Após o levantamento dos dados necessários, foi elaborado uma base de indicadores de saúde do município, que culminou com a elaboração de tabelas de indicadores de saúde ambiental que influenciam na qualidade de vida da população.

Foram atribuído pesos e medidas para composição de escala de mensuração das ações implantadas pela administração pública, para análise da situação de saúde da população de acordo com os indicadores em conformidade com a efetividade das Políticas públicas desenvolvidas no município de Pirapora (MG).

A partir da situação problema apresentada, buscou-se aplicar a abordagem multicritério na avaliação da qualidade de vida da população urbana, tendo em vista a verificação da influência dos indicadores ambientais na vida da população. Considerou-se o fato de que seria relevante, se o tomador de decisão pudesse dispor de ferramentas para melhorar a avaliação das condicionantes das políticas públicas, de forma integrada, com o objetivo de exercer de forma mais eficiente sua função primordial, frente as demandas da sociedade.

Optou-se por esse procedimento analítico por ser mais relevante na percepção e assimilação das inferências oriundas das apurações dos indicadores. A aplicabilidade do método MAUT em sua totalidade é considerada relevante, pois agrega ciência, técnica e maior agilidade a tomada de decisão da administração pública municipal.

A proposta de construção de uma tabela de indicadores surgiu a partir da ideia de trabalhar concomitantemente as proposições teóricas de diferentes vertentes de pensamento, possibilitando a contraposição e a complementação de acepções técnicas. Nesse sentido, fez-se o elenco de indicadores, critérios, pesos e medidas para composição de uma escala de mensuração, para geração de notas parciais para cada avaliação, assim como um conceito.

A sistemática de coleta de dados foi realizada segundo as referências e fontes de cada indicador selecionado, considerando o período de 2010 a 2015. Por se tratar da análise de dados secundários, apenas foram selecionados variáveis e indicadores que dispunham de uma fonte de dados confiável (fontes de dados governamentais).

Os dados foram coletados, em base de dados como: IBGE, DATASUS, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), dentre outros. Os dados coletados serão organizados em tabelas, agrupadas pelo grupo de indicadores. Além disso, estão sendo elaborados gráficos para cruzamento de variáveis, bem como comportamento das séries históricas.

O processo decisório baseado em métodos multicritério envolve uma série de etapas, na qual a definição clara e objetiva da situação-problema a ser resolvida é um aspecto crucial.

4.6.1 Etapa 1

Para a Etapa 1 foram realizadas técnicas de busca bibliográfica de estudos anteriores, pois trazem contribuições para definições básicas acerca do problema a tratar, das diferentes alternativas de solução, dos diferentes critérios de julgamento, de outros agentes de decisão que participam do processo e etc. Assim, a aplicação da análise multicritério na avaliação da qualidade de vida ambiental da população urbana, facilita a tomada de decisão por parte da administração pública.

- Fase I – Determinação da perspectiva de análise.
- Fase II – Identificação das possíveis alternativas.
 - As alternativas avaliadas são as políticas públicas.
 - Implantadas entre 2010 e 2015.
 - Diante dessa avaliação, será possível avaliar quais as políticas se mostraram eficazes e influenciaram na qualidade de vida da cidade.
- Fase III – Identificação dos atributos ou critérios.
 - Políticas Públicas de Prevenção em Saúde.
 - Promoção da Saúde e qualidade de vida da população.
 - Políticas Públicas de Saneamento básico e de saúde ambiental.
- Fase IV – Fatores avaliados para cada atributo.

4.6.1.1 FASE I – Determinação da perspectiva de análise

A determinação da perspectiva de análise deste trabalho é a de uma administração pública, neste caso a Prefeitura Municipal de Pirapora/MG, que necessita de uma ferramenta de auxílio para a tomada de decisão quanto as ações a serem implantadas pela gestão, que

influenciam por sua vez nos determinantes de saúde ambiental e qualidade de vida da sua população.

4.6.1.2 FASE II – Alternativas analisadas

As alternativas que estão sendo avaliadas são as cidades, especificamente neste estudo está sendo avaliada a cidade de Pirapora. Indiretamente as políticas públicas implementadas na cidade de Pirapora também serão avaliadas. Pois, será realizada uma avaliação ano a ano da situação da qualidade de vida da cidade de Pirapora. Caso esta avaliação melhore com o tempo, significa que as políticas públicas implementadas nesse período deram resultados positivos. Então, mediante esta proposta será possível avaliar quais políticas públicas influenciaram na qualidade de vida de Pirapora (MG).

As competências são responsabilidades e encargos atribuídos a cada esfera governamental para realização de sua gestão. São definidas na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e, no caso dos municípios, detalhadas nas Leis Orgânicas. Há competências privativas de cada esfera governamental e as comuns e concorrentes. O município tem ampla autonomia para definição de suas políticas e aplicação de seus recursos, no caso das competências privativas ou exclusivas.

As políticas públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público, regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos.

As políticas públicas traduzem, no seu processo de elaboração e implantação e, sobretudo, em seus resultados, formas de exercício do poder político, envolvendo a distribuição e redistribuição de poder, o papel do conflito social nos processos de decisão, a repartição de custos e benefícios sociais. Como o poder é uma relação social que envolve vários atores com projetos e interesses diferenciados e até contraditórios, há necessidade de mediações sociais e institucionais, para que se possa obter um mínimo de consenso e, assim, as políticas públicas possam ser legitimadas e obter eficácia.

A implantação de políticas públicas pelos gestores municipais influenciam diretamente na qualidade de vida da população de Pirapora (MG). Conforme pode-se verificar nos resultados deste trabalho, a partir da aplicação dos recursos necessários em cada política pública ofertada, esta traz a população melhorias em sua qualidade de vida. Enquanto que,

quando não há a preocupação com determinadas áreas e/ou ações, as mesmas ficam precárias, causando prejuízo às pessoas que dela necessitam ou utilizam.

4.6.1.3 FASE III – Identificação dos atributos ou critérios

No âmbito do presente estudo é considerada a situação da saúde da população urbana de Pirapora (MG).

Tanto na literatura nacional, como internacional, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (ALMEIDA-FILHO, 2002). Esse avanço é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 2000).

Existem alguns critérios que devem ser levados em consideração quando da avaliação da qualidade de vida da população, que dependem de várias ações, porém no estudo em questão são utilizados apenas os atributos que se relacionam as políticas públicas ofertadas pela administração municipal, conforme apresentado a seguir:

Quadro 1: Atributos

Políticas Públicas de Prevenção em Saúde.	Grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população que demanda.
Promoção da Saúde e qualidade de vida da população.	Grau de ajuste entre a necessidade e o consumo das ações e serviços nos diferentes níveis do sistema.
Políticas Públicas de Saneamento básico e de saúde ambiental.	Grau de ajuste entre as responsabilidades do gestor e a aplicação dos recursos na organização do sistema para melhorar a qualidade de vida ambiental.

Fonte: Moreira, 2016.

Políticas Públicas de Prevenção em Saúde

As políticas públicas são respostas a determinados problemas sociais, formadas a partir das demandas e tensões geradas na sociedade. Problemas que precisam ter magnitude e relevância social e que tenham poder de barganha suficiente para serem postos na agenda de prioridades de um determinado órgão fomentador de políticas, que pode ser ou não estatal (VIANA, 1997).

Acredita-se que na formulação e implementação de uma determinada política pública entram em jogo questões tanto de ordem objetiva, relacionadas com equipamentos públicos, serviços, disputas políticas, locação de recursos, entre outros, quanto questões de ordem teórica, como concepções de sujeitos sociais, cidadania e inclusão social. Essas determinações encontram-se intimamente relacionadas, e juntas refletem o perfil da administração pública (FOLTZ, 1996).

Uma política pública pode ser regida por diretrizes que, em princípio, visem a garantia dos direitos sociais, mas durante seus processos de implementação, devido a diversos fatores, suas ações podem findar por serem contrárias às diretrizes iniciais e reforçarem, por exemplo, as desigualdades sócio culturais, o que repercute diretamente na garantia dos direitos sociais (FOLTZ, 1996).

Promoção da Saúde e qualidade de vida da população

Segundo Buss (2000), a promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

As decisões em qualquer campo das políticas públicas, em todos os níveis de governo, têm influências favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde da população. A promoção da saúde propugna a formulação e implementação de políticas públicas saudáveis, o que implica a construção da prioridade para a saúde entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis, com responsabilização pelas consequências das políticas sobre a saúde da população.

As políticas públicas saudáveis se materializam através de diversos mecanismos complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações intersetoriais coordenadas que apontem para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. Esse conceito vem em oposição à orientação prévia à Conferência, que identificava a promoção da saúde primordialmente com a correção de comportamentos individuais, que seriam os principais, senão os únicos, responsáveis pela saúde (BUSS, 2000).

No debate sobre promoção da saúde e qualidade de vida, um especial destaque deve ser dado ao tema das políticas públicas saudáveis, da governabilidade, da gestão social

integrada, da intersetorialidade, das estratégias dos municípios saudáveis e do desenvolvimento local. No nosso entendimento, estes são mecanismos operacionais concretos para a implementação da estratégia da promoção da saúde e da qualidade de vida, com ênfase particular no contexto do nível local (BUSS, 2000).

Políticas Públicas de Saneamento básico e de saúde ambiental

A maioria dos problemas sanitários que afetam a população mundial estão intrinsecamente relacionados com o meio ambiente. Um exemplo disso é a diarreia que, com mais de quatro bilhões de casos por ano, é uma das doenças que mais aflige a humanidade, já que causa 30% das mortes de crianças com menos de um ano de idade. Entre as causas dessa doença destacam-se as condições inadequadas de saneamento (GUIMARÃES, CARVALHO e SILVA, 2007).

Mais de um bilhão de habitantes na Terra não têm acesso à habitação segura e a serviços básicos, embora todo ser humano tenha direito a uma vida saudável e produtiva, em harmonia com a natureza. No Brasil, as doenças resultantes da falta ou de um inadequado sistema de saneamento, especialmente em áreas pobres, têm agravado o quadro epidemiológico (BRASIL, 2006).

Guimarães, Carvalho e Silva (2007) explicam que investir em saneamento é uma das formas de se reverter o quadro existente. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde afirmam que para cada R\$1,00 investido no setor de saneamento, economiza-se R\$4,00 na área de medicina curativa.

Entretanto, é preciso ressaltar que o homem não pode ver a natureza como uma fonte inesgotável de recursos, que pode ser depredada em ritmo crescente para bancar necessidades de consumo que poderiam ser atendidas de maneira racional, evitando a devastação da fauna, da flora, da água e de fontes preciosas de matérias-primas.

4.6.1.4 FASE IV – Fatores avaliados para cada atributo

Para os atributos identificados, são atribuídos uma ou mais variáveis que auxiliaram na quantificação do processo de decisão. Estas variáveis contém os aspectos que interferem de maneira positiva ou negativa na análise de decisão das políticas públicas. Alguns atributos podem ter somente uma variável a ser quantificada, entretanto outros podem conter até três variáveis extremamente importantes para a análise (AFEPI, 2000).

Os indicadores empregados na avaliação são apresentados nas tabelas a seguir. Nestas, mostram-se os indicadores, critérios e os grupos (Indicadores das iniciativas de Políticas Públicas de Prevenção em Saúde; indicadores de promoção da saúde e qualidade de vida da população; Indicadores das políticas públicas de saneamento básico que se relacionam com a saúde ambiental) aos quais esses critérios pertencem. As definições dos critérios empregados nesta pesquisa foram baseados na pesquisa realizada pelo IBGE em 2010/2015.

Para os atributos selecionados na avaliação das políticas públicas, identificam-se as seguintes variáveis:

Políticas Públicas de Prevenção em Saúde

Quadro 2: Indicadores de Políticas Públicas de Prevenção em Saúde.

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mortalidade infantil	10	17	11	08	11	00
Morbidade	3.527	3.493	3.142	3.920	3.913	3.563
Cobertura pela Atenção Básica	74,46%	74,93%	77,40%	77,07%	82,65%	88,22%
Recursos humanos na saúde	14%	23%	19%	28%	29%	32%

Fonte: Moreira, 2016.

Mortalidade infantil

A OMS estima que cerca de três milhões de crianças morrem anualmente por causas relacionadas a problemas de água e de contaminação. Cerca de 80% a 90% dos casos de diarreia são causados por fatores ambientais (Minayo, 2008).

As ameaças de queda na qualidade de vida e a difusão de doenças tornaram-se reais por conta das aglomerações urbanas excessivas aliadas a desequilíbrios ecológicos. Segundo a OMS em termos globais, 23% das mortes prematuras podem ser atribuídas a fatores ambientais, como poluição do ar e da água e exposição a substâncias químicas. Em especial nas mortes de crianças, podem ser citados o envenenamento, as infecções respiratórias, a diarreia e a malária (Souza et al., 2009).

Morbidade

Vários fatores de risco ambientais podem contribuir para a ocorrência de doenças e distúrbios em populações humanas. Pruss-Ustun e Corvalán (2007), estimaram que cerca de 24% das doenças em todo o mundo podem ser rastreadas até os fatores de risco ambientais. Os autores observaram que 85 das 102 principais doenças e lesões classificadas pela OMS em um relatório publicado em 2004, podem ser atribuídas aos fatores de risco ambiental. Em particular, estima-se que 94% da incidência de diarreia é atribuível aos fatores ambientais.

Estudos epidemiológicos indicam que as taxas de incidência de doenças transmitidas pela água, como diarreia, cólera, hepatite, parasitas intestinais e febre tifoide são mais altos nos centros urbanos caracterizados por uma cobertura baixa ou insuficiente de serviços de saneamento básico (FAROOQUI; KHAN; KAZMI, 2009).

Cobertura pela atenção básica

A atenção primária de saúde compõe-se de atividades básicas como: educação sobre os métodos de prevenção da doença, combate às enfermidades endêmicas locais, imunização, atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico (ALEIXO, 2002).

O conhecimento das condições do meio pertinente à saúde ambiental, como saneamento e moradia, é essencial no estabelecimento de medidas de promoção da qualidade de vida do indivíduo, famílias e comunidades (AZEREDO et al., 2007).

De acordo com Buss et al. (1998), encontram-se no âmbito da atenção primária à saúde aquelas medidas de proteção ou recuperação de baixa complexidade, denominadas ações ambientais primárias, tais como: educação ambiental, controle da contaminação simples dos ambientes de trabalho e domicílios; controle da poluição sonora; controle da qualidade e disponibilidade de água potável; controle de vetores transmissores de doenças, em combinação com a vigilância epidemiológica; manejo e reciclagem de resíduos sólidos; controle de qualidade de alimentos, em combinação com a vigilância sanitária; controle da erosão de solos, queimadas florestais, pragas, urbanização de ruas, preservação das áreas verdes e outras. Neste enfoque, a atenção primária ambiental aplica sua estratégia na área de habitação saudável.

Sendo a saúde não apenas a falta de doenças e sim a possibilidade de uma vida com alimentação adequada e de qualidade, sem produtos transgênicos, sem hormônios e sem a contaminação de agrotóxicos, de possuir uma moradia digna, com acesso aos bens e serviços essenciais, de ter direito ao saneamento básico, lazer e à assistência médica total,

percebemos que a saúde ambiental só poderá ser alcançada pela organização social e econômica voltada para o desenvolvimento humano, com respeito ao meio ambiente rural e urbano (RADICCHI, 2009).

Recursos humanos na saúde

Pires (2008), baseando-se na Teoria de Karl Marx sobre Processo de Trabalho, comenta que o processo de trabalho dos profissionais de saúde deve ter como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservação da saúde ou prevenção de doenças; como instrumental de trabalho, os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde, que é produzida no mesmo momento em que é consumida.

Promoção da saúde e qualidade de vida da população

Quadro 3: Indicadores de promoção da saúde e qualidade de vida da população.

Indicadores	%	%	%	%	%	%
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Áreas verdes	31%	46%	54%	61%	65%	76%
Áreas com sombras	76%	77%	77,5%	80%	80,5%	81%
Energia Elétrica no domicílio	74,86%	75,47%	78,00%	74,86%	76,33	76
Iluminação pública	92%	93%	93,7%	96,9%	97,3%	97,8%
Habitação	14.832	14.897	14.959	15.462	15.535	15.605
Crescimento populacional	53.368	53.604	53.832	55.704	55.972	56.229
Transporte	15.986	17.794	19.451	20.709	22.030	23.159
Áreas de lazer	26%	34%	56%	65%	69%	77%
Segurança pública	0,02%	0,20%	0,03%	0,06%	0,45%	0,80%

Fonte: Moreira, 2016.

Áreas verdes

Atualmente tem-se discutido muito sobre a importância da vegetação como um indicador de qualidade ambiental urbana. Em função disso, têm surgido diversos conceitos sobre áreas verdes urbanas que variam de acordo com cada autor e conforme a contextualização das áreas de estudo (OLIVEIRA et al. 2009).

A análise das áreas verdes da cidade consolidou-se através da caracterização desses espaços com base na proposta apresentada por Amorim (2001 p. 37). Tal proposta sugere uma avaliação destas áreas considerando-se aquelas destinadas a comportar o verde urbano, o lazer e a recreação na cidade, seguido de um levantamento de sua quantidade e qualidade.

As áreas verdes assumem um papel muito importante nas cidades no que se refere à qualidade do ambiente, pois servem de equilíbrio entre a vida urbana e o meio ambiente quando esses espaços são utilizados e preservados para este fim. Além disso, deveriam ser destinadas à recreação e ao lazer da população, de acordo com Amorim (2001, p. 37).

O índice de áreas verdes é um instrumento importantíssimo que ajuda no planejamento urbano de uma cidade, conferindo valores que permitem a avaliação da qualidade de vida da população. Assim, a Sociedade Brasileira de Arborização Urbana sugere que exista pelo menos 15m² por habitante para áreas verdes (SBAU, 1996).

As áreas verdes constituem áreas com vegetação que participa dos equipamentos urbanos, como: parques, jardins, áreas de pequenos jardins, bosques, praças, parques infantis balneários, camping e margens de rios e lagos (CAVALHEIRO; DEL PICCHIA, 1992). Áreas verdes podem ser definidas como espaços abertos com cobertura vegetal e uso diferenciado, integrado no tecido urbano, as quais a população tem acesso (TROPMAIR & GALINA, 2003).

Segundo Zanin et al., (2007), a expressão áreas verdes é conceituada como sendo espaços livres de uso público, com cobertura vegetal ou arbustiva, excluindo-se as árvores e leitos dos passeis públicos, devendo apresentar funções de lazer, funções ecológicas, funções de estética e funções econômicas.

Dentre muitos outros problemas sócio-ambientais existentes nas cidades, também devem ser mencionados os serviços públicos insuficientes; a distribuição desigual de equipamentos urbanos e comunitários; falta de áreas verdes; os padrões inadequados de uso do solo; e a baixa qualidade técnica das construções. (FERNANDES, 2004, p. 101)

Áreas com sombras

Os benefícios do sombreamento em equilíbrio, com a menor perda de calor por obstrução da dissipação, são apontados por Emmanuel (2005) como solução de controle da incidência solar para amenizar as ilhas de calor urbanas. O autor afirma que as áreas expostas ao sol, sendo pavimentadas ou não, apresentam pouca diferença ante a radiação. Complementa ainda que as áreas sombreadas por árvores ou edificações, da mesma forma, têm comportamento semelhante sob ação da insolação. Porém, enfatiza a vantagem do sombreamento obtido pelo uso de arborização, já que os elementos construídos não absorvem a radiação interceptada.

Apesar das considerações feitas por Emmanuel (2005) para o período de insolação diurna, há que se levar em conta também que em alguns casos podem ser constatadas temperaturas noturnas mais elevadas em áreas vegetadas do que em áreas mais abertas. Isso pode ser verificado em Barbosa, Barbirato e Vecchia (2003), que constataram que o efeito da vegetação foi de reter calor em uma das áreas analisadas. Essa retenção ocorre devido ao agrupamento de caráter homogêneo e com densidade das copas, que, em seu conjunto, trabalha como uma barreira das correntes de ar. Naquele estudo, os melhores desempenhos da vegetação como amenizador de temperatura foram observados em uma praça, onde a constituição da vegetação de forma heterogênea e com copas não muito densas apresentou temperatura mais amena.

A partir de resultados obtidos em pesquisas sensoriais e climáticas, Silva e Romero (2009) concluíram que a quantidade de superfície impermeável e a quantidade de superfície sombreada são determinantes para a criação de microclimas diferenciados. Nessa pesquisa realizada em ruas da cidade de Pirapora (MG), os autores verificaram que aquelas alterações ocorrem principalmente pela quantidade e conformação da arborização que possuem.

Energia elétrica no domicílio

De acordo com Goldemberg e Villanueva (2003), grande parte dos problemas ambientais aponta diretamente para a questão energética e, dentre eles, destaca-se a produção de eletricidade, responsável por, aproximadamente, um terço do consumo de energia primária mundial. Frente ao alarde do aquecimento global e tantos outros graves impactos ambientais, busca-se um novo modelo de desenvolvimento que atenda às necessidades das gerações atuais sem comprometer a capacidade de as futuras gerações terem suas próprias necessidades atendidas.

Segundo o Relatório de Brundtland, da Organização das Nações Unidas, esse desenvolvimento é responsável de satisfazer “as necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras satisfazerem as suas próprias necessidades” (BRANDAO, 2012). Assim, as sustentabilidades econômica e sócio-política só têm existência se for mantida a sustentabilidade ambiental.

Neste sentido, segundo Oliveira (2003), dentre as principais metas a serem alcançadas encontram-se, além do desenvolvimento de tecnologias que admitam o uso de fontes energéticas consideradas limpas, a redução do consumo de energia, em todos os setores.

Nesse sentido, cria-se a necessidade do desenvolvimento de um novo padrão de consumo sustentável, o consumo consciente. Esse novo modelo de consumo, definido pelo Instituto Akatu (2008) como aquele que se dá através de escolhas de compra e uso, em que o consumidor procura encontrar o equilíbrio entre a sua satisfação e a sustentabilidade, contribui para um meio ambiente mais saudável. Praticar o consumo consciente, ainda segundo o Instituto, consiste numa atitude de liberdade de escolha e de protagonismo da própria existência.

No âmbito energético, o consumo consciente está relacionado à utilização racional de energia elétrica quando, através de um conjunto de ações praticadas pelo indivíduo em sua residência, evita-se o desperdício de eletricidade, poupando recursos nos mais diversos processos de produção de energia, além da utilização correta de novas tecnologias e adoção das mesmas. Vale ressaltar que tais medidas já foram aplicadas pela população, de uma forma compulsória, e resultaram na diminuição significativa da demanda por energia elétrica no setor durante a crise de 2001, sem que isso significasse diminuição da qualidade de vida. O segmento residencial foi um dos maiores contribuidores para o sucesso do racionamento de energia elétrica aplicado durante a crise, apresentando a maior redução em termos percentuais, com índice de retração no consumo de 28,2% no segundo semestre de 2001 (WWF, 2007).

Iluminação pública

A Constituição Federal em seu Art. 30, inciso I estabelece que compete aos municípios: “legislar sobre assuntos de interesse local”, e no Inciso V “organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local incluído o transporte coletivo, que tem caráter essencial”. (BRASIL, 1988, p.79).

Considerando ser a jurisprudência atual que considera a iluminação pública um serviço público de interesse local, fica esta inserida neste artigo da Constituição Federal.

Iluminação pública é o serviço que tem o objetivo de prover luz ou claridade artificial aos logradouros públicos no período noturno ou nos escurecimentos diurnos ocasionais, incluindo locais que demandem iluminação permanente no período diurno. (ROSITO, 2009).

A iluminação pública tem papel fundamental na melhoria da qualidade de vida da população, na ocupação de espaços públicos com atividades lícitas à noite, na imagem da cidade, no incremento do comércio e no turismo. É impossível, hoje em dia, imaginar uma cidade de pequeno, médio ou grande porte sem iluminação pública. Aquelas cidades que ainda possuem iluminação inadequada ou ineficiente já têm a consciência dos benefícios que a melhoria do sistema de iluminação pode trazer (ROSITO, 2009).

Segundo Mascaro (2006) está comprovada a efetiva correlação entre a falta de iluminação pública e a criminalidade. Dados estatísticos e estudos realizados durante a crise do petróleo em 1974, quando a iluminação pública foi reduzida em 50% em áreas apontaram aumento de 100% nos indicadores de furtos e de 50% em índices de criminalidade. Também situações de tumulto, de difícil controle, foram registradas. No trânsito os estudos indicam a forte relação entre acidentes e a iluminância das vias de circulação; a iluminação dessas vias resultou em redução superior a 50% nos indicadores de acidente.

Habitação

Segundo a OPS (1999), o entendimento da habitação como um espaço onde a qualidade principal é ser habitável, permite uma análise que incorpora uma visão das múltiplas dimensões que compõem a habitação: cultural, econômica, ecológica e de saúde humana.

O entendimento da habitação como um espaço onde a função principal é ter a qualidade de ser habitável faz com que uma análise incorpore a visão das múltiplas dimensões que compõem a habitação: cultural, econômica, ecológica e de saúde humana. A concepção integradora da habitação considera os usos que fazem da mesma os habitantes, incluindo os estilos de vida e condutas de risco; é, portanto, uma concepção sociológica, devendo o conceito habitação saudável incluir o seu entorno, como ambiente, e agenda da saúde de seus moradores (OPAS, 2000).

Cohen, et al. (2003), ressaltam que o conceito de ambiente e entorno saudáveis incorpora a necessidade de se ter equipamentos urbanos básicos com saneamento, espaços

físicos limpos e estruturalmente adequados, além de redes de apoio que permitam a existência de hábitos psicossociais sãos e seguros, isentos de violência (abusos físico, verbal e emocional).

Crescimento Populacional

Diante do acelerado e intenso processo de urbanização, as cidades tornam-se o habitat de milhões de pessoas. Todavia, por vezes, tais espaços são marcados pela acentuação das contradições socioeconômicas, o que impõe a necessidade de alterações no modo de vida da população mundial e novas responsabilidades a serem assumidas nos últimos anos. Com isso, novas questões e desafios em prol da sustentabilidade das cidades são impostos, sendo necessário, respeitar os limites do meio físico e planejar com precisão as atividades humanas, conforme destaca ADRIANO et al. (2000).

Torres et al. (2013), abordam que o aumento da concentração da população nas cidades direcionou os países e as organizações a questionarem-se sobre o rumo dos meios urbanos na oferta de qualidade de vida aos seus habitantes e da sua sustentabilidade. A OMS lançou o projeto Cidades Saudáveis para incentivar no nível local o planejamento de ações para a promoção da saúde das populações e da sustentabilidade das cidades.

Transporte

A preocupação com o desenvolvimento sustentável tem incentivado o estudo e a implantação, em diferentes setores, de medidas e procedimentos que contribuam para a sustentabilidade em áreas urbana. Em relação aos transportes esta questão pode ser vista na busca pela mobilidade urbana sustentável. Esta busca deve ter como base o conceito de desenvolvimento sustentável em que se procura de uma forma geral, definir estratégias dentro de uma visão conjunta das questões: sociais, econômicas e ambientais.

Além disso, deve-se ter em mente o princípio mais comumente conhecido do desenvolvimento sustentável definido como “uma forma de desenvolvimento que vai de encontro às necessidades da geração atual sem comprometer a possibilidade (ou capacidade) das gerações futuras em satisfazer as suas necessidades (PLUME, 2003).

Embora vaga, a palavra “sustentabilidade” tem sempre a pretensão de considerar simultaneamente os impactos das atividades humanas numa perspectiva ambiental, de coesão social e de desenvolvimento econômico, tanto para a atual como para as gerações futuras. A avaliação de impactos é cada vez mais necessária em todos os campos de intervenções políticas para decidir sobre a utilização ótima dos recursos limitados de que se dispõe, a fim

de intensificar a competitividade econômica, melhorar o ambiente e aumentar a coesão social das cidades. Neste sentido, a mobilidade sustentável é uma questão-chave. Assim, os métodos e práticas para a atingi-la devem ser delineados, experimentados e divulgados para abrir caminho a melhorias na qualidade dos transportes e da vida urbana (TRANSPLUS, 2002).

Em janeiro de 2012, e após quase 17 anos de tramitação no Congresso Nacional, o Brasil passou a ter uma Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU). Instituída pela Lei n.12.587/2012 A Política define as diretrizes que devem orientar a regulamentação e o planejamento da mobilidade urbana nas cidades brasileiras. As diretrizes são claras e podem ser bem resumidas em uma frase: é preciso incentivar os deslocamentos por meios de transporte não motorizados e os coletivos e desestimular os individuais motorizados - responsáveis por 27,4% dos deslocamentos realizados nas cidades brasileiras com mais de 60 mil habitantes (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRANSPORTE PÚBLICO, 2012).

Áreas de lazer

Os espaços de lazer nas cidades estão entre as preocupações das políticas públicas (RECHIA; BELTRÁN, 2010) e, desempenham importante papel no que diz respeito à qualidade de vida (QV). Neste sentido, a promoção da saúde contribui para o bem-estar e desenvolvimento humano, sob responsabilidade do poder público e da sociedade como um todo, em que se torna eficaz a realização de vivências de lazer a todos os atores sociais, possibilitando vida mais saudável (CHEMIM, 2007).

Outro ponto a destacar, trata da construção desses ambientes, em que a participação dos frequentadores e dos moradores de áreas próximas aos espaços de lazer, resulta em um planejamento comunitário de forma mais eficaz, equilibrando as necessidades dos usuários (LOW; TAPLIN; SCHELD, 2005). Tal participação da comunidade nos espaços públicos de lazer deve ser considerada a essência de uma democratização (TORO; WERNECK, 2007), visto que amplia a possibilidade desses espaços, serem construídos a partir dos anseios da sociedade.

É importante destacar que os espaços de lazer dão vida à cidade, como aponta por meio de uma reflexão o estudo de Aranha-Silva (2004), que esses espaços, com suas variadas formas de sociabilidade, reúnem diferentes grupos em torno dos eventos locais, possibilitando a redução da violência das ruas que ameaça a vida cotidiana (ARANHA-SILVA, 2004). Ressalta-se, também, a necessidade de criação e revitalização dos espaços de lazer, pois esses locais desempenham funções sociais, políticas, ambientais e da saúde.

Segurança pública

No Brasil, na década de 1990, ou seja, num espaço de dez anos, mais de um milhão de pessoas morreram por violência e acidentes e dessas, cerca de 400 mil faleceram por homicídios (MINAYO, SOUZA, 2003). Tanto no mundo como aqui no País, os óbitos infligidos por outros ou auto infligidos constituem sério problema social e têm intensas repercussões na saúde pessoal e coletiva.

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violência correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. Ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais. Cálculos estimam que cerca de 3,3% do PIB brasileiro são gastos com os custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos (BRICEÑO-LEÓN, 2002).

A segurança pública é um processo sistêmico e otimizado que envolve um conjunto de ações públicas e comunitárias, visando assegurar a proteção do indivíduo e da coletividade e a ampliação da justiça da punição, recuperação e tratamento dos que violam a lei, garantindo direitos e cidadania a todos. Um processo sistêmico porque envolve, num mesmo cenário, um conjunto de conhecimentos e ferramentas de competência dos poderes constituídos e ao alcance da comunidade organizada, interagindo e compartilhando visão, compromissos e objetivos comuns; e otimizado porque depende de decisões rápidas e de resultados imediatos (BENGOCHEA et al., 2004, p. 120).

Políticas públicas de saneamento básico e de saúde ambiental

Quadro 4: Indicadores das políticas públicas de saneamento básico que se relacionam com a saúde ambiental.

Indicadores	%	%	%	%	%	%
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Coleta regular de resíduos sólidos (Limpeza Urbana)	73,43%	74,17%	79,65%	74,75%	76,17	75,70
Sistema adequado de drenagem de águas	74,70%	75%	75,33%	77,86%	78,23%	78,56

Esgoto adequado (saneamento adequado)	19%	26%	33%	48%	59%	60%
Abastecimento público de água potável na área urbana	71%	72%	75%	74%	76%	76%
Internação por doenças diarreicas	96%	91%	73%	72%	53%	39%
Conservação do ecossistema	21%	24%	32%	45%	49%	51%
Contaminação do solo	13%	15%	21%	22%	15%	19%
Poluição atmosférica	45%	53%	56%	61%	71%	83%
Domicílio em áreas de risco	602	584	512	463	423	478

Fonte: Moreira, 2016.

Coleta regular de resíduos sólidos (limpeza urbana)

Alguns indicadores de saúde ambiental estão fortemente relacionados com o nível socioeconômico da população, entre os quais as condições de moradia e do peridomicílio. Um importante ângulo da questão ambiental refere-se à cobertura e à qualidade dos serviços de saneamento básico: abastecimento de água, rede de esgotos, sistemas de coleta de resíduos sólidos e de águas pluviais. Um indicador muito utilizado é a proporção da população que dispõe de sistema adequado de abastecimento de água, de eliminação de dejetos e de coleta regular de resíduos sólidos (PEREIRA, 2007).

A gestão e a disposição inadequada dos resíduos sólidos causam impactos socioambientais, tais como degradação do solo, comprometimento dos corpos d'água e mananciais, intensificação de enchentes, contribuição para a poluição do ar e proliferação de vetores de importância sanitária nos centros urbanos e catação em condições insalubres nas ruas e nas áreas de disposição final (BESEN et al., 2010).

Um dos maiores problemas em cidades densamente urbanizadas, especialmente nas regiões metropolitanas, é a falta de locais apropriados para dispor os resíduos adequadamente. Isso se deve à existência de áreas ambientalmente protegidas e aos impactos de vizinhança das áreas de disposição. Na maioria dos aterros sanitários, não há tratamento adequado para o chorume (líquido tóxico gerado pela decomposição orgânica). Dessa condição resulta que os resíduos tóxicos podem contaminar o solo e as fontes subterrâneas de

água, enquanto os gases produzidos no processo de decomposição são liberados no meio ambiente de forma não controlada (GOUVEIA, 1999).

Sistema adequado de drenagem de águas

O processo de impermeabilização proporciona significativas mudanças na dinâmica do sistema de drenagem, como o aumento do volume e da velocidade do escoamento superficial, de forma a acarretar a sobrecarga no sistema de drenagem existente. Esses fatores aumentam a frequência de alagamentos e cheias (CUO et al., 2009).

As alterações do equilíbrio do microambiente estão diretamente relacionadas com as modificações que ocorrem na cobertura vegetal através de construções e ruas pavimentadas. Conseqüentemente, há uma interferência no processo de infiltração da água pluvial no solo, bem como no sistema de drenagem urbana e no aumento da emissão de radiação nas superfícies através do ciclo térmico (GUTIERREZ, 2011).

Conforme Tavanti (2011), o conceito ambiental da drenagem deve permitir uma compensação dos efeitos da urbanização, para que se possa recuperar o ciclo hidrológico urbano e sensibilizar a população e sua permanência. Sendo assim, é fundamental a adoção de medidas que visam o planejamento e a gestão, de forma a integrar a população em ambos os processos e fomentar a utilização das técnicas.

Esgoto adequado (saneamento adequado)

Segundo Sá et al.(2005) dentro dos preceitos básicos sobre a melhoria da qualidade de vida de uma população, encontra-se implícita a necessidade de cobertura mais ampla dos serviços de abastecimento de água potável e de esgotamento sanitário, bem como do seu controle de qualidade.

Como pode-se observar, é inegável a importância dos serviços de saneamento básico, tanto na prevenção de doenças, quanto na preservação do meio ambiente. A incorporação de aspectos ambientais nas ações de saneamento representa um avanço significativo, em termos de legislação, mas é preciso criar condições para que os serviços de saneamento sejam implementados e sejam acessíveis a todos (BRASIL, 2007).

Segundo Guimarães, Carvalho e Silva (2007) uma das diversas formas de reverter o quadro existente é investir em saneamento. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde afirmam que para cada R\$1,00 investido no setor de saneamento, economiza-se R\$4,00 na área de medicina curativa.

A utilização de indicadores sanitário-ambientais é de grande importância para a vigilância ambiental, sendo ainda instrumento valioso na análise de informações sobre saúde e ambiente, colaborando para a execução de ações de controle de fatores ambientais que contribuem para a ocorrência de doenças e agravos em populações humanas (LIMA, 2008).

Abastecimento público de água potável em área urbana

Na relação do ser humano com o ambiente que o cerca, a água pode afetar a saúde de várias maneiras: por meio da ingestão direta, na preparação de alimentos, na higiene pessoal, na agricultura, na higiene do ambiente, nos processos industriais ou nas atividades de lazer (CAIRNCROSS; FEACHEM, 2005). Somente a partir da década de 1980, denominada a "Década Internacional do Abastecimento de Água e do Esgotamento Sanitário", é que se pôde observar um esforço mais sistemático de compreensão das relações entre o saneamento e a saúde, com a realização de estudos epidemiológicos que avaliavam essa relação (HELLER, 2006).

Visando a avaliação da qualidade da água de abastecimento, foi implementado o desenvolvimento de tecnologias como proposta metodológica para monitoramento de água em municípios abrangidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Isto se justifica diante dos resultados apontados pelos índices de morbi-mortalidade referentes a enfermidades de veiculação hídrica, caracterizadas pela ingestão de água contaminada por micro-organismos, inter-relacionando orientações fornecidas pela (OMS, 1996), no que diz respeito à execução de programas com objetivos de redução da morbidade decorrentes de doenças diarreicas, com a melhoria dos cuidados prestados às crianças, a vigilância epidemiológica e a qualificação de sistemas de abastecimento de água.

De acordo com a Constituição Federal, em seu artigo 30 (BRASIL, 1988), é competência dos municípios organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços de interesse local. Tal atribuição confere à instância municipal a responsabilidade da gestão dos serviços de saneamento, embora não exclua os níveis estadual e federal de atuar no setor seja no campo de estabelecimento de diretrizes, seja no da legislação ou da assistência técnica. É ainda necessário um envolvimento dessas instâncias em situações relacionadas ao saneamento, como as que apresentam caráter que abrangem mesmo as três instâncias, e aquelas associadas à gestão dos recursos hídricos.

A importância da implantação do sistema de abastecimento de água, no contexto do saneamento básico, deve ser considerada tanto nos aspectos sanitário e social quanto nos aspectos econômicos (RIBEIRO; ROOKE, 2010).

Segundo a Declaração Universal dos Direitos da Água, “o direito à água é um dos direitos fundamentais do ser humano: o direito à vida, tal qual é estipulado no artigo 30 da Declaração Universal dos Direitos do Homem” (MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE, 2000).

O consumo de água segura é de importância fundamental para a sadia qualidade de vida e de proteção contra as doenças, sobretudo aquelas evitáveis, relacionadas a fatores ambientais e que têm afligido populações em todo o mundo (BRASIL, 2010). As doenças de veiculação hídrica emergiram como um dos principais problemas de saúde pública nos últimos 25 anos (FRANCO, 2007). A importância dos serviços de água tratada e de esgoto na saúde e bem-estar da população é vastamente reconhecida, sendo os serviços de saneamento básico, considerados essenciais à vida e com fortes impactos sobre o meio ambiente (IPEA, 2005).

Segundo a (OMS), grande parte de todas as doenças que se alastram nos países em desenvolvimento são provenientes da água de má qualidade. A água para consumo humano pode ser obtida de diferentes fontes, sendo o manancial subterrâneo um recurso utilizado por ampla parcela da população brasileira (SILVA; ARAÚJO, 2003).

Internação por doenças diarreicas

O indicador de morbidade por doenças diarreicas tem sido amplamente empregado por estudos de impacto do saneamento. Heller (1997) aponta para algumas vantagens que justificam esta larga utilização:

- 1) sua importância sobre a saúde pública; 2) a validade e a confiabilidade dos instrumentos empregados na sua determinação; 3) a sua capacidade de resposta a alterações nas condições de saneamento e 4) o custo e a exequibilidade demonstrados na sua determinação (HELLER1997). [...]

Estudos mostram que o grupo etário mais vulnerável às diarreias no Brasil é composto por crianças menores de cinco anos de idade. Nessa faixa etária, as mais vulneráveis ao quadro persistente, infecções sistêmicas, hospitalização e óbitos, são as menores de um ano (BITTENCOURT; LEAL; SANTOS, 2002).

Estima-se que 94% da carga das doenças diarreicas sejam atribuíveis às condições de renda, saneamento básico e educação. Considerando tal perspectiva, especialmente em relação ao saneamento básico, as intervenções ambientais podem prevenir a morte de mais de 2 milhões de crianças a cada ano em todo o mundo (PRÜSS-ÜSTÜN; CORVALÁN, 2006).

Pereira (1995) descreve que, no decorrer do século XX, os caminhos da prevenção puderam se consolidar por meio da identificação de agentes etiológicos, da promoção do saneamento ambiental e do uso de imunizações. O campo de investigação do meio ambiente expandiu-se, então, para incluir os vetores e os reservatórios dos agentes, ampliando as possibilidades de prevenção.

A ampliação do conhecimento sobre a transmissão das doenças fez com que a teoria microbiana fosse complementada com os estudos entomológicos e parasitológicos. Isso conduziu a uma esquematização sobre a interação agente-hospedeiro-ambiente, com influência na produção das doenças. Compreendendo melhor a saúde como uma resposta adaptativa do homem ao ambiente em desequilíbrio que o circunda, a doença também passa a ser compreendida da mesma forma, alterando-se para nova adaptação. É o resultado da interação complexa de inúmeros fatores (PEREIRA, 1995) que ocorrem numa dinâmica naturalmente constante, a deduzir também, como influenciada pelo homem.

No relacionamento contínuo e crescente entre as sociedades e o ambiente modificado, naturalmente ou não, os valores atribuídos ao espaço tomam dimensões inesperadas ao ser humano, tanto no que se refere ao aspecto social, quanto ao econômico e territorial (MORAES, 2002). Assim sendo, mesmo que o entendimento sobre o globo terrestre e suas diversidades seja pertinente às ciências naturais, outras áreas precisam obrigatoriamente integrar-se a esta questão.

Conservação do ecossistema

São, em geral, três os grandes impactos negativos da ação do homem no ambiente natural:

(1) Perda e alteração de habitats e da biodiversidade; (2) Exploração predatória de recursos; e (3) Introdução de espécies exóticas nos ecossistemas. Acrescem atualmente mais três grandes impactos negativos: (4) Aumento de patógenos; (5) Aumento de tóxicos ambientais; e (6) Mudanças climáticas. Tudo isso envolve problemas importantes sobre a degradação da biodiversidade pela ação do homem, pela poluição, pela explosão demográfica humana associada ao uso múltiplo dos recursos naturais (Chivian & Bernstein, 2008).

A definição de ecossistema em razão de sua estrutura e de seus processos ecológicos é importante para esta abordagem. A estrutura ecossistêmica compreende a heterogeneidade da cobertura vegetal e todo micro-organismo e fauna associados ao habitat, enquanto a função ecossistêmica engloba os processos do ecossistema, isto é, as interações

entre os elementos do sistema natural, com destaque para a biodiversidade (RICKLEFS & MILLER, 2000).

Os serviços dos ecossistemas foram definidos, então, como os benefícios humanos derivados da função ecossistêmica e de seus processos. Conseqüentemente, função do ecossistema é a capacidade do processo natural de prover bens e serviços para as necessidades humanas. Os serviços ecossistêmicos são, portanto, atributos da função e do processo do ecossistema natural que têm valor para o homem.

Essa distinção é feita para separar o que é a função do ecossistema que ocorre naturalmente, sem a conotação de serviços para o homem, isto é, as interações físico-químicas e biológicas próprias de cada ecossistema natural.

Já o termo serviços do ecossistema denota a satisfação das necessidades humanas: ciclos biogeoquímicos e nutrientes para plantas e produção de alimento, ciclo da água, ar, clima e uso da biodiversidade para alimentos e fármacos (CHIVIAN & BERNSTEIN, 2008).

Estudos na área da saúde ambiental têm demonstrado que a degradação ambiental interfere na saúde das populações globais pela adoção de um modelo insustentável de produção e de consumo em larga escala. Esse modelo desconsidera a limitação dos recursos naturais e o excesso de resíduos produzidos, que em sua maioria são dispostos de maneira inadequada, contaminando os mananciais de água, o solo e o ar, e submetendo parcelas significativas da população a precárias condições de moradia, de transporte e de trabalho, e as políticas para promover as ainda são melhorias são insipientes (AUGUSTO, 2002).

O enfrentamento dos problemas socioambientais necessita do comprometimento e da corresponsabilização de toda a sociedade, de maneira que o controle social do SUS possa manifestar-se e fortalecer os ideais de democracia. A terra é patrimônio de toda a humanidade, isso significa que temos a necessidade de protegê-la, utilizando seus recursos, que embora esgotáveis, de maneira adequada, reintegrando os resíduos no ciclo biológico e reduzindo com isso os impactos (BRASIL, 1997).

Contaminação do solo

A geração e o destino dos resíduos sólidos resultantes das atividades domiciliares e urbanas é um dos principais problemas ambientais identificados nos pequenos, médios e principalmente nos grandes centros urbanos. Esses resíduos quando não gerenciados tecnicamente passam a ser uma ameaça à saúde pública e principalmente aos recursos naturais (SALAMONI et al., 2009).

Para que possam ser discutidos os danos à saúde da população provocados por contaminantes ambientais é necessária a estruturação dos sistemas de informação, para que se tornem capazes de gerar dados confiáveis sobre a saúde da população, fornecendo assim os elementos essenciais para essa discussão (ASMUS et al., 2008), levando-se em consideração a crescente preocupação da sociedade com a relação entre a preservação do meio ambiente e a melhoria da qualidade de vida (FERNANDES et al., 2007).

No que diz respeito à contaminação no solo, o acúmulo dos agrotóxicos pode fragilizar e desencadear absorção de elementos minerais, principalmente em solos desnudos, concorrendo para a redução do grau de fertilidade do mesmo (SOARES & PORTO, 2007). Com base em sua presença no solo, alimentos, poços, e ar, esses compostos podem ser absorvidos por ingestão, contato com a pele, ou inalação (ASMUS et al., 2008).

A atividade humana, ao modificar o meio ambiente, é consumidora dos estoques naturais, que, em bases insustentáveis, tem como consequência a degradação dos sistemas físico, biológico e social, tornando propícias as condições necessárias para a ocorrência de doença e do baixo nível de qualidade de vida (PHILIPPI JR., 2005).

De acordo com Miller Jr. (2008), as causas dos problemas ambientais são o crescimento da população, desperdício de recursos, pobreza, falta de responsabilidade ambiental e ignorância ecológica. Cada um representa um papel ímpar como ameaça, a falta de responsabilidade e de conhecimento parecem estar ligados ao desequilíbrio ambiental e a uma vida não tão saudável da população.

Poluição atmosférica

A literatura científica biomédica apresenta diversidade de estudos sobre os efeitos agudos da poluição do ar sobre a saúde. A maior ênfase é dada à mortalidade e a admissões hospitalares. Os estudos da exposição humana à poluição do ar e doenças cardiovasculares e cerebrovasculares parecem variar em diferentes partes do mundo por causa das diferenças de variabilidade espacial e temporal das fontes de poluentes atmosféricos e componentes entre as distintas regiões (KIM et al, 2008).

A investigação da relação entre fatores ambientais e efeitos sobre a saúde pressupõe uma sequência de eventos do processo de adoecimento de acordo com situações e lugares delimitáveis e identificáveis no espaço. Os agravos à saúde podem ser consequência da distribuição de fontes de contaminação ambiental e da dispersão ou concentração dos agentes de risco e das características e suscetibilidade dos grupos populacionais (WHO, 2000).

A poluição atmosférica deixou de ser uma característica associada exclusivamente às grandes metrópoles ou polos industriais, seus impactos também podem ser identificados em situações nas quais se observa queima de biomassa, execução de atividades de mineração e uso de técnicas de pulverização de agrotóxicos, dentre outras. Estas questões têm despendido esforços para desenvolver ações de promoção, prevenção e proteção da saúde, considerando as populações expostas aos poluentes (LINHARES, 2006).

Os problemas de saúde pública e de poluição do meio ambiente obrigaram a humanidade a encontrar soluções de saneamento para a coleta e o tratamento dos resíduos sólidos, abastecimento de água segura para o consumo humano e para a drenagem das águas de chuva (RIBEIRO; ROOKE, 2010).

Domicílio em áreas de risco

O quadro que historicamente vem sendo construído, conforme reconhece o Estatuto da Cidade, é de ampliação das desigualdades e injustiças sociais. São notáveis imensas diferenças entre as áreas valorizadas e as menos valorizadas, a ocupação de áreas ambientalmente frágeis como os mangues, margens de rios e encostas, além de uma intensa expansão horizontal do tecido urbano, que favorece a especulação imobiliária, acentuando ainda mais as diferenças, onde se tem:

[...] no senso comum, como “falta de planejamento”. [...] as cidades não são planejadas e, por esta razão são “desequilibradas” e “caóticas”. Entretanto, como tentaremos sustentar a seguir, trata-se não da ausência de planejamento, mas sim de uma interação bastante perversa entre processos sócio-econômicos, opções de planejamento e de políticas urbanas, e práticas política, que construíram um modelo excludente em que muitos perdem e pouquíssimos ganham (BRASIL, 2001, p.24).

O crescimento urbano desorganizado raramente tem sido acompanhado de investimentos adequados em infra-estrutura habitacional. O resultado tem sido o aumento de pessoas vivendo em condições insalubres, sem cobertura de serviços básicos essenciais como água, esgoto e coleta de resíduos sólidos. Em alguns casos, estima-se que de 30-60% dos habitantes de uma cidade podem estar vivendo em condições inadequadas de moradia (ROSSI-ESPAGNET et al. 1991).

Mas, além da disponibilidade dos chamados serviços essenciais, outros fatores relacionados à qualidade das habitações, podem também afetar a saúde. Por exemplo, condições térmicas precárias, umidade, presença de mofo, má-ventilação, grande adensamento de indivíduos por cômodo, infestações por insetos e roedores, nível de ruído, todos estes fatores têm sido descritos como potenciais fatores de risco à saúde (WRI,1996).

O fator demográfico assume aqui um papel duplo, sendo o homem capaz de influenciar o ambiente, mas também de sofrer forte influência deste sobre si, assumindo assim um papel de “via de mão dupla $P \leftrightarrow A$, sem prevalência de um polo sobre outro” (MARANDOLA JR.; HOGAN, 2009, p. 163).

Além de identificar as áreas de risco (o que tem sido feito a partir da recorrência dos eventos ou das características geológico-geomorfológicas), é necessário discutir o próprio modelo de urbanização. Nos planos de desenvolvimento, os municípios precisam incorporar a dimensão populacional para além do volume e encarar que, dentro da área limitada que têm para a ocupação, é preciso racionalizar o uso do espaço (MARTINE, 2007). Os desastres ambientais urbanos e as áreas de risco estão ligados a processos que vão além da realidade física, envolvendo a discussão do próprio sentido e modelo de urbanização (MARANDOLA JR., 2012).

Neste sentido, é necessário desfocar o crescimento populacional em si, enfatizando o modelo de urbanização e as políticas de desenvolvimento urbano. Uma demografia das mudanças climáticas necessita estudar as variáveis do metabolismo demográfico, não as taxas cruas do crescimento (OJIMA, 2011). Políticas de adaptação só serão possíveis a partir desta compreensão, contextualizada à produção do espaço urbano-regional e da geografia dos riscos, em várias escalas.

4.6.2 Etapa 2

A atribuição de pesos aos critérios é uma das etapas mais importantes do processo decisório, uma vez que esses pesos devem refletir a importância de cada critério. Os pesos atribuídos aos critérios tem impacto no resultado final do método de avaliação. Nesta pesquisa, os pesos dos critérios foram determinados e posteriormente serão realizadas as seguintes fases do multicritério:

- Fase V - Estabelecimento de uma escala de utilidade para pontuação cada fator.
- Fase VI - Transformação dos valores naturais de cada fator em valores de utilidade.
- Fase VII - Determinação da importância de cada atributo e cada fator.
- Fase VIII - Cálculo do valor de utilidade total para cada alternativa.
- Fase IX - Determinação da alternativa que obteve o maior valor de utilidade.
- Fase X - Realização da análise de sensibilidade.

4.6.2.1 FASE V - Estabelecimento de escala de utilidade para pontuação de fatores

- Foram estabelecidos índices numéricos para os indicadores.
- Sendo aplicado um fator de utilidade de 1 a 5.
- Pactuado pelo Ministério da Saúde, Meio Ambiente, dentre outros órgãos.

TABELA 1		
	Fator de Utilidade	Porcentagem Utilidade
POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE		
Mortalidade Infantil		
0 a 5	5	100%
6 a 10	4	80%
11 a 15	3	60%
16 a 20	2	40%
> 21	1	20%
Morbidade		
2.500 a 3.000	5	100%
3.001 a 3.500	4	80%
3.501 a 4.000	3	60%
4.001 a 4.500	2	40%
> 4.501	1	20%
Cobertura pela Atenção Básica		
> 85%	5	100%
84% a 80%	4	80%
79% a 75%	3	60%
74% a 70%	2	40%
< 69%	1	20%
Recursos Humanos na Saúde		
> 31%	5	100%
30% a 25%	4	80%
24% a 20%	3	60%
19% a 15%	2	40%
< 14%	1	20%
PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA		
Áreas Verdes		
>76%	5	100%
56% a 75%	4	80%
36% a 55%	3	60%
12% a 35%	2	40%
<11%	1	20%
Áreas com sombras		
> 81%	5	100%

61% a 80%	4	80%
41% a 60%	3	60%
21% a 40%	2	40%
< 20%	1	20%
Energia Elétrica no Domicílio		
> 81%	5	100%
76% a 80%	4	80%
66% a 75%	3	60%
51% a 65%	2	40%
< 50%	1	20%
Iluminação Pública		
> 95%	5	100%
80% a 94%	4	80%
60% a 79%	3	60%
40% a 59%	2	40%
< 39%	1	20%
Habitação		
>15.501	5	100%
15.001 a 15.500	4	80%
14.501 a 15.000	3	60%
14.001 a 14.500	2	40%
<14.000	1	20%
Crescimento Populacional		
> 56.001	5	100%
55.001 a 56.000	4	80%
54.001 a 55.000	3	60%
53.001 a 54.000	2	40%
<53.000	1	20%
Transporte		
> 22.001	5	100%
20.001 a 22.000	4	80%
18.001 a 20.000	3	60%
15.001 a 18.000	2	40%
< 15.000	1	20%
Áreas de Lazer		
>76%	5	100%
56% a 75%	4	80%
36% a 55%	3	60%
12% a 35%	2	40%
<11%	1	20%
Segurança Pública		
> 1%	5	100%
0,61% a 0,99%	4	80%
0,41% a 0,60%	3	60%
0,06% a 0,40%	2	40%

< 0,05%	1	20%
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SANEAMENTO BÁSICO		
Coleta Regular de Resíduos sólidos		
> 95%	5	100%
85% a 94%	4	80%
75% a 84%	3	60%
51% a 74%	2	40%
< 50%	1	20%
Sistema Adequado de Drenagem de Águas		
> 95%	5	100%
85% a 94%	4	80%
75% a 84%	3	60%
51% a 74%	2	40%
< 50%	1	20%
Esgoto Adequado		
> 91%	5	100%
71% a 90%	4	80%
45% a 70%	3	60%
21% a 44%	2	40%
< 20%	1	20%
Abastecimento de Água Potável		
> 95%	5	100%
80% a 94%	4	80%
65% a 79%	3	60%
51% a 64%	2	40%
< 50%	1	20%
Internação por doenças diarreicas		
< 20	5	100%
21 a 40	4	80%
41 a 60	3	60%
61 a 80	2	40%
> 81	1	20%
Conservação do ecossistema		
> 71%	5	100%
53% a 70%	4	80%
35% a 52%	3	60%
18% a 34%	2	40%
>17%	1	20%
Contaminação do solo		
< 20%	5	100%
21% a 40%	4	80%
41% a 60%	3	60%
61% a 80%	2	40%
> 81%	1	20%

Poluição Atmosférica		
0 a 50	5	100%
51 a 100	4	80%
101 a 199	3	60%
200 a 299	2	40%
300 a 399	1	20%
Domicílio em área de risco		
< 20%	5	100%
21 a 40%	4	80%
41 a 60%	3	60%
61 a 80%	2	40%
> 81%	1	20%

4.6.2.2 FASE VI - Transformação dos valores naturais em valores utilidade

- A partir dos valores reais do quadro 2, 3 e 4 da IV fase.
- Foram aplicados os valores de utilidades propostos na V fase.
- De acordo com o índice numérico ao qual o valor real pertencia.

TABELA 2			
Atributos/Fatores	Valor do Fator	Fator de Utilidade	Porcentagem Utilidade
POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE			
Mortalidade Infantil			
2010	10	4	80%
2011	17	2	40%
2012	11	3	60%
2013	8	4	80%
2014	11	3	60%
2015	0	5	100%
Morbidade			
2010	3.527	3	60%
2011	3.493	4	80%
2012	3.142	4	80%
2013	3.920	3	60%
2014	3.913	3	60%
2015	3.563	3	60%
Cobertura pela Atenção Básica			
2010	74,46%	2	40%
2011	74,93%	2	40%
2012	77,40%	3	60%
2013	77,07%	3	60%

2014	82,65%	4	80%
2015	88,22%	5	100%
Recursos Humanos na Saúde			
2010	14%	1	20%
2011	23%	3	60%
2012	19%	2	40%
2013	28%	4	80%
2014	29%	4	80%
2015	32%	5	100%
PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA			
Áreas Verdes			
2010	31%	2	40%
2011	46%	3	60%
2012	54%	3	60%
2013	61%	4	80%
2014	65%	4	80%
2015	76%	5	100%
Áreas com sombras			
2010	76%	4	80%
2011	77%	4	80%
2012	77,5%	4	80%
2013	80%	4	80%
2014	80,5%	4	80%
2015	81%	5	100%
Energia Elétrica no Domicílio			
2010	74,86%	3	60%
2011	75,47%	3	60%
2012	78,00%	4	80%
2013	74,86%	3	60%
2014	76,33%	4	80%
2015	76,00%	4	80%
Iluminação Pública			
2010	92%	4	80%
2011	93%	4	80%
2012	93,7%	4	80%
2013	96,9%	5	100%
2014	97,3%	5	100%
2015	97,8%	5	100%
Habitação			
2010	14.832	3	60%
2011	14.897	3	60%
2012	14.959	3	60%
2013	15.462	4	80%
2014	15.535	5	100%

2015	15.605	5	100%
Crescimento Populacional			
2010	53.368	2	40%
2011	53.604	2	40%
2012	53.832	2	40%
2013	55.704	4	80%
2014	55.972	4	80%
2015	56.229	5	100%
Transporte			
2010	15.986	2	40%
2011	17.794	2	40%
2012	19.451	3	60%
2013	20.709	4	80%
2014	22.030	5	100%
2015	23.159	5	100%
Áreas de Lazer			
2010	26%	2	40%
2011	34%	2	40%
2012	56%	4	80%
2013	65%	4	80%
2014	69%	4	80%
2015	77%	5	100%
Segurança Pública			
2010	0,02%	1	20%
2011	0,20%	2	40%
2012	0,03%	1	20%
2013	0,06%	2	40%
2014	0,45%	3	60%
2015	0,80%	4	80%
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SANEAMENTO BÁSICO			
Coleta Regular de Resíduos sólidos			
2010	73,43%	2	40%
2011	74,17%	2	40%
2012	79,65%	3	60%
2013	74,75%	2	40%
2014	76,17%	3	40%
2015	75,70%	3	60%
Sistema Adequado de Drenagem de Águas			
2010	74,70%	2	40%
2011	75%	3	60%
2012	75,33%	3	60%
2013	77,86%	3	60%
2014	78,23%	3	60%

2015	78,56%	3	60%
Esgoto Adequado			
2010	19%	1	20%
2011	26%	2	40%
2012	33%	2	40%
2013	48%	3	60%
2014	59%	3	80%
2015	60%	3	60%
Abastecimento de Água Potável			
2010	71%	3	40%
2011	72%	3	40%
2012	75%	3	60%
2013	74%	3	40%
2014	76%	3	60%
2015	76%	3	60%
Internação por doenças diarreicas			
2010	96	1	20%
2011	91	1	20%
2012	73	2	40%
2013	72	2	40%
2014	53	3	60%
2015	39	4	80%
Conservação do ecossistema			
2010	21%	2	40%
2011	24%	2	40%
2012	32%	2	40%
2013	45%	3	60%
2014	49%	3	60%
2015	51%	3	60%
Contaminação do solo			
2010	13%	5	100%
2011	15%	5	100%
2012	21%	4	80%
2013	22%	4	80%
2014	15%	5	100%
2015	19%	5	100%
Poluição Atmosférica			
2010	45	5	100%
2011	53	4	80%
2012	56	4	80%
2013	61	4	80%
2014	71	4	80%
2015	83	4	80%
Domicílio em area de risco			
2010	4,05%	5	100%

2011	4%	5	100%
2012	3,49%	5	100%
2013	3,06%	5	100%
2014	2,78%	5	100%
2015	3,06%	5	100%

4.6.2.3 FASE VII - Determinação da importância de cada atributo e cada fator

- Essa determinação foi realizada por este tomador de decisão.
- Plano municipal de saúde, o planejamento e gestão do município, os modelos assistências e de vigilância em saúde propostos e o Estatuto da cidade de Pirapora que estabelecem uma espécie de “ranking” da importância de cada indicador em relação aos demais.
- Quanto aos atributos, foi dada a mesma relevância/importância, tendo em vista que os três se relacionam da mesma forma com as políticas públicas ofertadas pela administração municipal.

TABELA 3		
ATRIBUTO	PESO RELATIVO	FATOR DO PESO
POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE		
Mortalidade Infantil	30	0,3%
Morbidade	30	0,3%
Cobertura pela Atenção Básica	20	0,2%
Recursos Humanos na Saúde	20	0,2%
TOTAL	100	1,0
PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA		
Áreas Verdes	20	0,20%
Áreas com sombras	15	0,15%
Energia Elétrica no Domicílio	10	0,10%
Iluminação Pública	5	0,05%
Habitação	15	0,15%
Crescimento Populacional	10	0,10%
Transporte	5	0,05%
Áreas de Lazer	10	0,10%
Segurança Pública	10	0,10%
TOTAL	100	1,0
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SANEAMENTO BÁSICO		
Coleta Regular de Resíduos sólidos	12	0,12%
Sistema Adequado de Drenagem de Águas	9	0,09%

Esgoto Adequado	17	0,17%
Abastecimento de Água Potável	17	0,17%
Internação por doenças diarreicas	17	0,17%
Conservação do ecossistema	7	0,07%
Contaminação do solo	6	0,06%
Poluição Atmosférica	7	0,07%
Domicílio em área de risco	8	0,08%
TOTAL	100	1,0

4.6.2.4 FASE VIII - Cálculo do valor de utilidade total para cada alternativa

- Esta tabela foi elaborada da seguinte forma:
- Foi inserido o peso estabelecido para cada indicador, conforme a tabela III da VII fase.
- A seguir, o multiplicou pelo fator de utilidade disposto em cada indicador, conforme a tabela II da VI fase.
- Ao final, foram somados os resultados de cada ano, sendo ainda transformados em porcentagem.

TABELA 4							
CRITÉRIO	PESO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE							
Mortalidade Infantil	30	120	60	90	120	90	150
Morbidade	30	90	120	120	90	90	90
Cobertura pela Atenção Básica	20	40	40	60	60	80	100
Recursos Humanos na Saúde	20	60	60	80	80	100	100
TOTAL	500	310	280	350	350	360	440
PORCENTAGEM	100	62	56	70	70	72	88
PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA							
Áreas Verdes	20	40	60	60	80	80	100
Áreas com sombras	15	60	60	60	60	60	75
Energia Elétrica no Domicílio	10	30	30	40	30	40	40
Iluminação Pública	5	20	20	20	25	25	25
Habitação	15	45	45	45	60	75	75
Crescimento Populacional	10	20	20	20	40	40	50
Transporte	5	10	10	15	20	25	25
Áreas de Lazer	10	20	20	40	40	40	50
Segurança Pública	10	10	20	10	20	30	40
TOTAL	500	255	285	310	375	415	480
PORCENTAGEM	100	51	57	62	75	83	96
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SANEAMENTO BÁSICO							

Coleta Regular de Resíduos sólidos	12	24	24	36	24	36	36
Sistema Adequado de Drenagem de Águas	9	18	27	27	27	27	27
Esgoto Adequado	17	17	34	34	51	51	51
Abastecimento de Água Potável	17	51	51	51	51	51	51
Internação por doenças diarreicas	17	17	17	34	34	51	68
Conservação do ecossistema	7	14	14	14	21	21	21
Contaminação do solo	6	30	30	24	24	30	30
Poluição Atmosférica	7	35	28	28	28	28	28
Domicílio em área de risco	8	40	40	40	40	40	40
TOTAL	500	246	265	288	300	335	352
PORCENTAGEM	100	49,2	53	57,6	60	67	70,4

4.6.2.5 FASE IX - Determinação da alternativa que obteve o maior valor de utilidade

➤ Assim como os fatores de utilidade aplicados na tabela I, da V fase, aqui, quanto mais alto o valor, melhor a avaliação.

Gráfico 1 - Indicadores de Políticas Públicas de Prevenção em Saúde - Individual

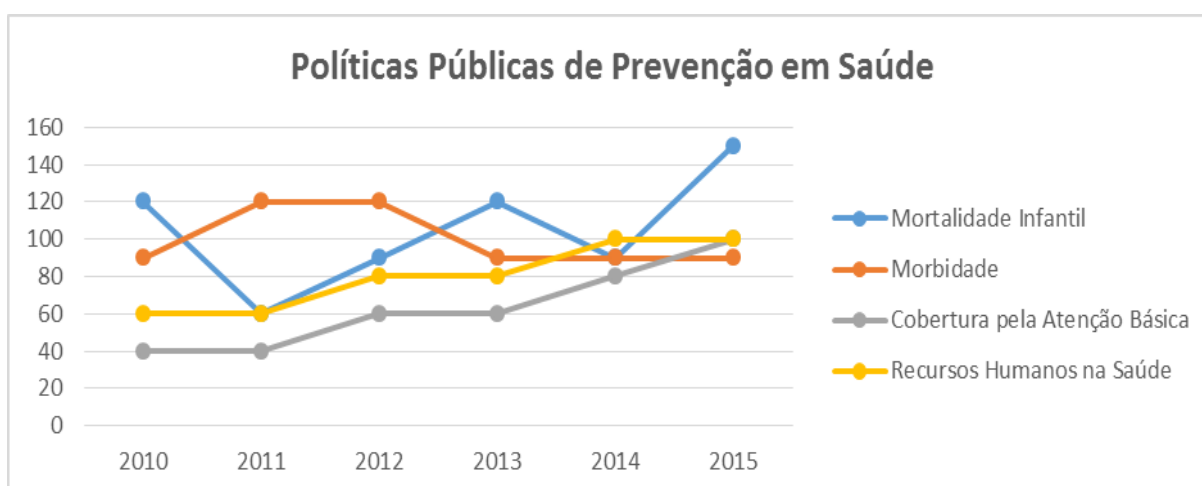


Gráfico 2 - Indicadores de Políticas Públicas de Prevenção em Saúde - Geral



Gráfico 3 - Indicadores da promoção a saúde e qualidade de vida da população - Individual

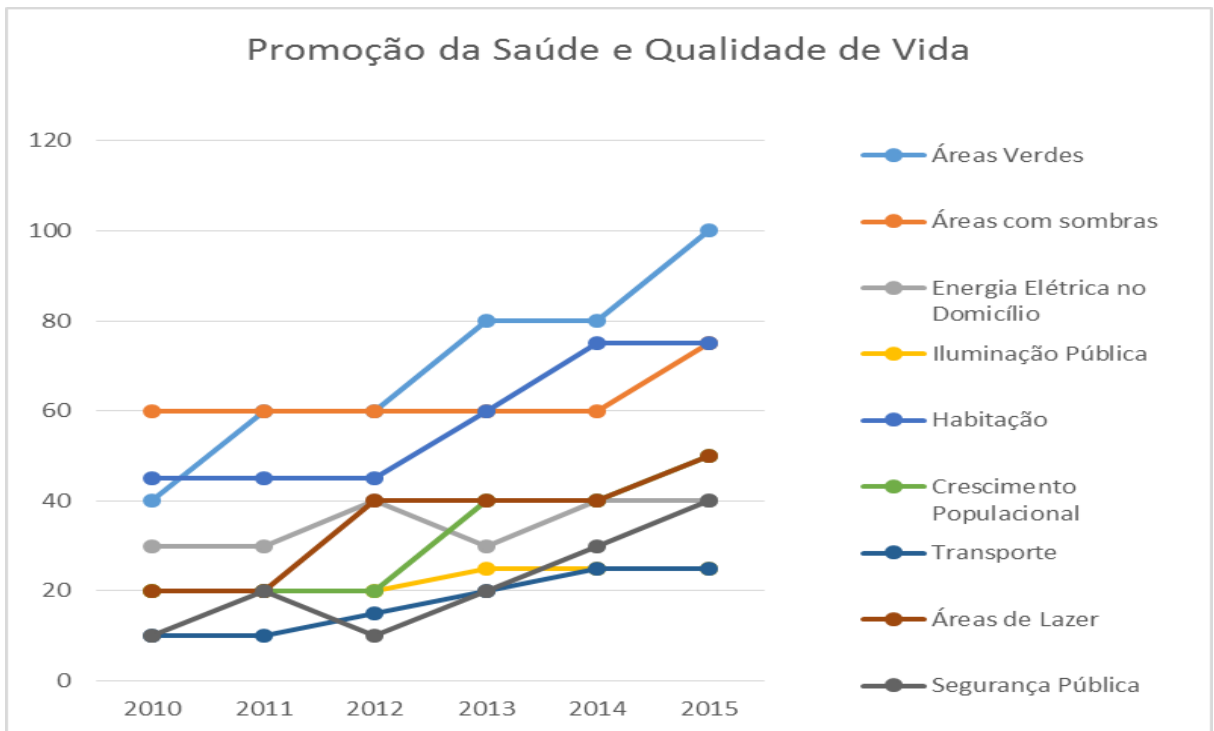


Gráfico 4 - Indicadores da promoção a saúde e qualidade de vida da população- Geral

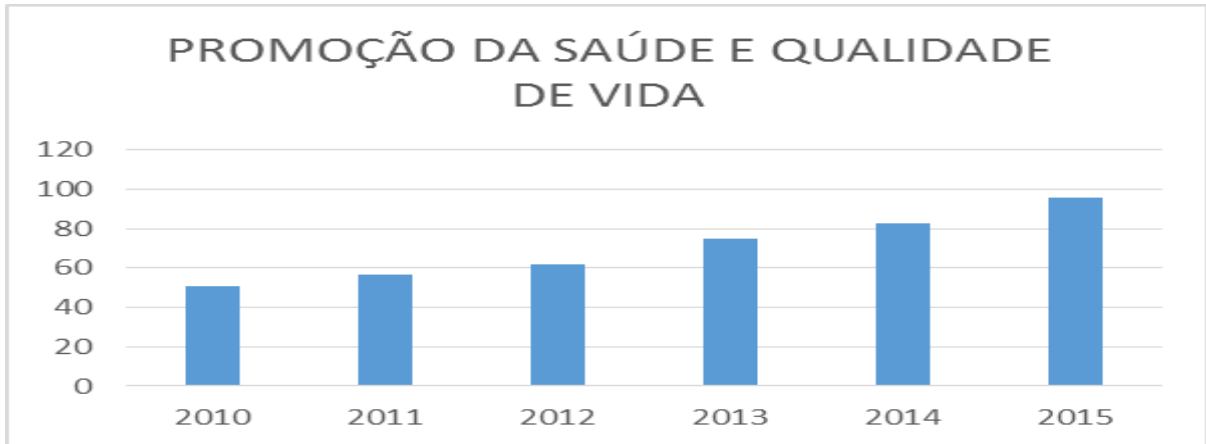


Gráfico 5 - Indicadores das políticas públicas de saneamento básico que se relacionam com a saúde ambiental - Individual

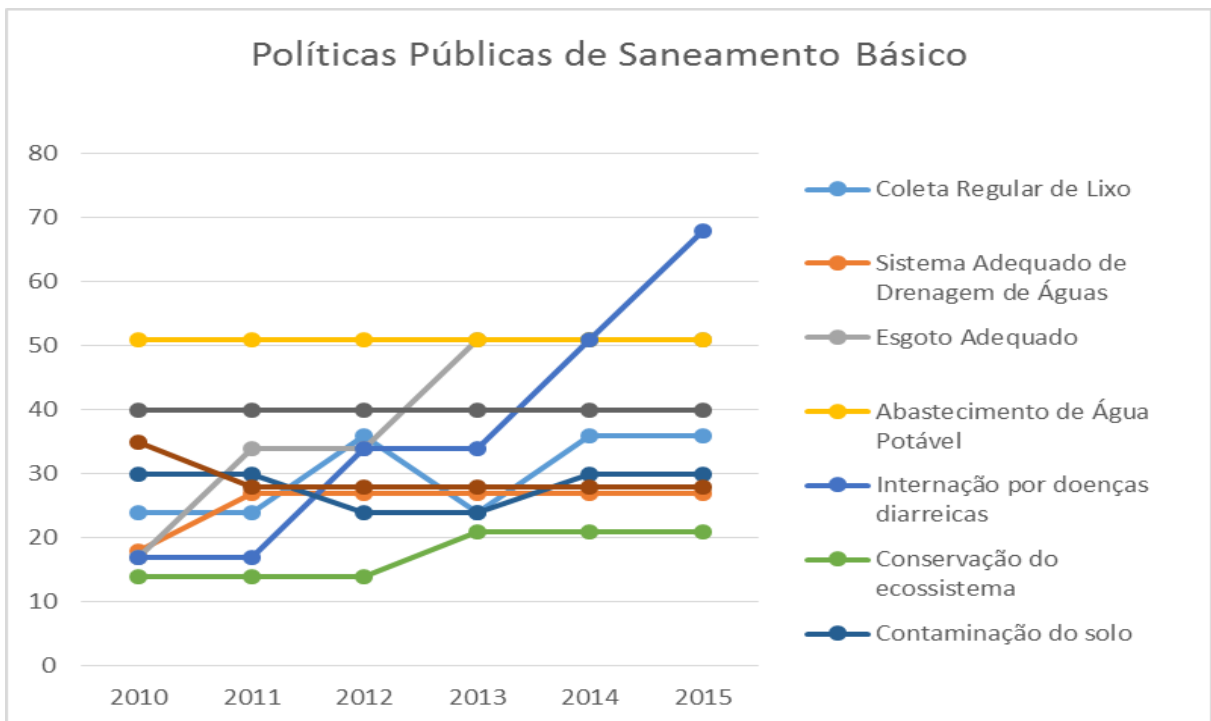
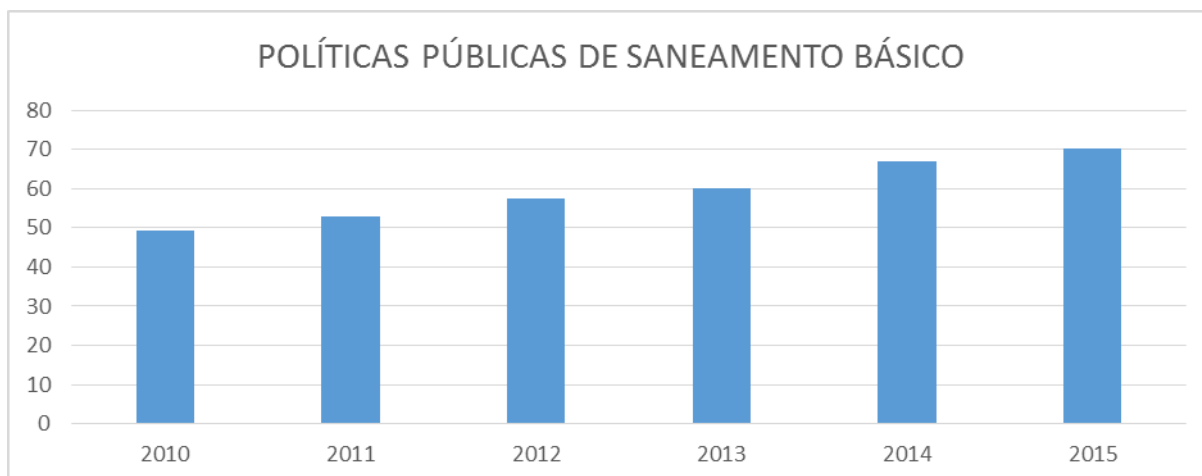


Gráfico 6 - Indicadores das políticas públicas de saneamento básico que se relacionam com a saúde ambiental - Geral



4.6.2.6 FASE X - Realização da análise de sensibilidade (AMARAL; PROVIN, 2010)

➤ É uma forma de comprovar que este tomador de decisão não estabeleceu pesos aos indicadores de forma à beneficiar ou prejudicar alguma das partes envolvidas nesta pesquisa.

➤ Utilizou-se realmente da análise situacional da cidade e população de Pirapora/MG.

➤ Foi elaborada a tabela V, igualmente à tabela IV da VIII fase, alterando apenas os pesos estabelecidos para cada indicador, de maneira que ficassem uniformes.

➤ Assim, pode-se observar que, no geral, o ano que obteve o maior valor de utilidade, ou seja, o melhor resultado, continuou sendo o de 2015.

TABELA 5							
CRITÉRIO	PESO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE							
Mortalidade Infantil	25	100	50	75	100	75	125
Morbidade	25	50	50	75	75	100	125
Cobertura pela Atenção Básica	25	75	75	100	100	125	125
Recursos Humanos na Saúde	25	75	100	100	75	75	75
TOTAL	500	300	275	350	350	375	450
PORCENTAGEM	100	60	55	70	70	75	90
PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA							
Áreas Verdes	12	24	36	36	48	48	60
Áreas com sombras	11	44	44	44	44	44	55
Energia Elétrica no Domicílio	11	33	33	44	33	44	44

Iluminação Pública	11	44	44	44	55	55	55
Habitação	11	33	33	33	44	55	55
Crescimento Populacional	11	22	22	22	44	44	55
Transporte	11	22	22	33	44	55	55
Áreas de Lazer	11	22	22	44	44	44	55
Segurança Pública	11	11	22	11	22	33	44
TOTAL	500	255	278	311	378	422	478
PORCENTAGEM	100	51	55,6	62,2	75,6	84,4	95,6
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SANEAMENTO BÁSICO							
Coleta Regular de Resíduos sólidos	11	22	22	33	22	33	33
Sistema Adequado de Drenagem de Águas	11	22	33	33	33	33	33
Esgoto Adequado	11	11	22	22	33	33	33
Abastecimento de Água Potável	12	36	36	36	36	36	36
Internação por doenças diarreicas	11	11	11	22	22	33	44
Conservação do ecossistema	11	22	22	22	33	33	33
Contaminação do solo	11	55	55	44	44	55	55
Poluição Atmosférica	11	55	44	44	44	44	44
Domicílio em área de risco	11	55	55	55	55	55	55
TOTAL	500	289	300	311	322	355	366
PORCENTAGEM	100	57,8	60	62,2	64,4	71	73,2

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Qualidade de vida

Em um momento em que a população vem se concentrando cada vez mais nas cidades, tendendo a aumentar nos próximos anos (ONU, 2009), estudos relacionados à qualidade de vida urbana tem sido cada vez mais recorrentes, não só para as grandes cidades, mas também para as cidades médias.

Nas cidades de porte médio, o uso dos recursos destinados à organização urbana não se dá de maneira igualitária para os seus habitantes em seus diversos setores. No processo acelerado da urbanização brasileira, são nítidas as lacunas no planejamento, fundamental para que a cidade atenda aos critérios necessários para ser considerada uma cidade saudável. Diante da falta de estrutura das cidades brasileiras para receber um crescente contingente populacional, formaram-se aglomerações em áreas vulneráveis, carentes de infraestrutura e serviços urbanos básicos. Áreas como essas, são mais facilmente sujeitas a receberem uma parcela maior dos resultados dos problemas ambientais decorrentes do processo de ocupação sem adequado planejamento (MARTINS; ROSOLEN, 2014).

A partir das discussões iniciadas em todo o mundo a respeito dessa temática, surgiram ideias e movimentos como o Movimento Cidades Saudáveis, fomentado pela OMS em 1986 e que integra um conjunto de políticas urbanas implantadas pela ONU. A proposta foi iniciada no Canadá em 1978 (MENDES, 2000).

A ideia de Cidades Saudáveis começou a ser desenvolvida nas décadas de 1970 e 1980, apesar do pensamento já existir e ser discutido de maneira isolada anteriormente, como consequência da percepção dos efeitos negativos da urbanização sobre o meio ambiente das cidades. Algumas iniciativas desenvolveram essa ideia de maneira sistematizada, através de ações do planejamento, como ocorreu em Toronto em 1978, quando o governo local publicou um informe chamado “A saúde pública nos anos 80”, defendendo a dimensão política e social da saúde nas cidades para a construção de uma cidade saudável. (MENDES, 2000)

A primeira definição estabelecida para as cidades saudáveis não é conceitual, mas traça condições para sua construção. Para Kjellstrom; Mercado, 2008, uma cidade saudável está continuamente melhorando seu ambiente físico e social, fortalecendo e possibilitando a ação social na busca por melhorias de sua qualidade de vida.

O crescimento acentuado das cidades e a complexidade de suas relações e formas de uso e de organização do espaço nos últimos anos levam a crer que a elas são muito mais do que apenas um aglomerados de pessoas, mas o resultado da ação humana sobre determinado território, no que diz respeito ao uso dos recursos naturais para construção do espaço e às relações entre as pessoas e sua organização espacial, sendo assim uma unidade geográfica, econômica, ecológica e social. (PARK apud MENDES, 2000, p. 6)

Os problemas urbanos resultantes desse processo podem oferecer riscos à população. Problemas como a poluição, condições de saneamento, habitação, alimentação, entre outros, são frequentes e resultam, também, de degradação ambiental e do uso dos recursos necessários à construção e manutenção da cidade, mas são também e principalmente resultado de falhas no planejamento das cidades e na aplicação de políticas públicas.

Partindo dessa abrangência da questão de cidades saudáveis, as alternativas a ela relacionadas não se tratam apenas de uma ação centralizada, mas que exigem colaboração do setor de planejamento, bem como de outros segmentos da sociedade que vivenciam o contexto social existente nela. A descentralização é importante por fortalecer o poder de decisão local e facilitar a participação e o exercício do direito dos cidadãos. A ideia foi do Movimento Cidades Saudáveis em 1986, e incluída como parte de políticas públicas implantadas pela ONU, articulando vários outros órgãos e buscando motivar governos e

sociedade civil a buscar estratégias para a construção de cidades saudáveis, além de relacionar antigas reivindicações do movimento sanitarista do final do século XIX.

O interesse dos países da América Latina pelo Movimento Cidades Saudáveis é justificado, segundo Westphal (2000) por uma série de fatores como mudanças no perfil demográfico, a urbanização rápida e crescente, o estilo de vida da população e os gastos com saúde, o modelo econômico de desenvolvimento, entre outros, que caracterizam as especificidades desses países e mostram suas demandas de acordo com as ações para saúde do município.

A partir da década de 90, Cidades Saudáveis tornou-se um dos temas mais discutidos no Brasil, inclusive através do desenvolvimento de alguns trabalhos a respeito. O conceito aparece na América latina também como municípios saudáveis. Com base no objetivo dessa construção, a OMS (1995) sinteticamente considera que uma cidade deve buscar proporcionar para que se torne saudável: (1) um ambiente físico limpo e seguro; (2) um ecossistema estável e sustentável; (3) alto suporte social, sem exploração; (4) alto grau de participação social; (5) necessidades básicas satisfeitas; (6) acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações; (7) economia local diversificada e inovativa; (8) orgulho e respeito pela herança biológica e cultural; (9) serviços de saúde acessíveis a todos e (10) alto nível de saúde.

Nesse sentido, no Canadá, intensificou-se a discussão para a nova saúde pública que, posteriormente, viria se concretizar com a construção do Relatório Lalonde. O informe do governo canadense, de 1974, intitulado “Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses”, conhecido por Informe Lalonde, teve um grande efeito no pensamento sanitário, especialmente nos países desenvolvidos, e conduziu de forma indireta o movimento por Cidades Saudáveis.

Em 1974, um movimento liderado pelos canadenses, em consonância com o Relatório Lalonde, desenvolveu a compreensão da saúde conforme o tripé: biologia humana, ambiente e hábitos de vida em oposição à abordagem clínica (assistencialista e curativa). Embora seja um avanço conceitual, permaneceu, ainda, restrita à esfera individual, responsabilizando as pessoas por seus adoecimentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

De acordo com Heidmann et al. (2006), os fundamentos desse relatório introduziram os chamados “determinantes de saúde” e propunham a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes da saúde: a biologia humana (genética e função humana), o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a

saúde) e a organização dos serviços de saúde. Contudo, esses autores chamaram a atenção para o fato de que, apesar de ser o primeiro documento oficial a tratar da promoção da saúde, o relatório em questão apresentava enfoque voltado para a mudança dos estilos de vida, com ênfase na ação individual, adotando-se uma perspectiva comportamental, preventivista.

Contrário a esse enfoque individual da promoção da saúde, segundo Ferreira e Buss (2002), surgiu a abordagem social, destacada, entre outros, pelo Relatório de Sir Douglas Black, na Inglaterra, que despertou a atenção internacional para a amplitude da iniquidade social e a relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade.

Em 1981 aconteceu a Primeira Conferência Nacional do Canadá, que conforme Ferreira; Buss (2002, p. 2), essa conferência:

(...) introduziu a ideia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde porque moldava o comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social. Com isso, uma visão ampliada de promoção da saúde implicava atuação sobre as iniquidades (incluindo o *status* socioeconômico), estendendo o âmbito da prevenção e apoiando o povo para enfrentar essas circunstâncias. Assim, a promoção da saúde passou de sua base nos estilos de vida à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes, tendo como conceito de promoção da saúde:

O nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa descreve a saúde como forma de se obter o desenvolvimento social, econômico e pessoal, consistindo a mesma em condição para se alcançar a paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Outra sugestão pertinente, foi a construção de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde, dentre outras ações, com atenção para a promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Alguns eventos seguiram as ideias propostas no Relatório Lalonde e na Carta de Ottawa, com destaque para as de Adelaide, Austrália (1988); Sundsvall, Suécia (1991); Jacarta, Indonésia (1997); na América Latina, inicialmente em Bogotá (1992) e depois no México (2000) (CORDEIRO, 1998).

Ferreira e Buss (2002, p. 5), relatam sobre a função das conferências sendo que:

Cada uma delas vem desempenhando importante papel na manutenção da motivação e interesse sobre o tema, ao mesmo tempo que promove avanços significativos com a contínua ampliação dos campos de ação e abordagens mais efetivas para o real alcance dos objetivos traçados.

De acordo com Westphal (2000), em relação à construção de espaços saudáveis, ressaltam-se a proposta e a luta por melhorias na infraestrutura física das cidades para a melhoria nas condições de higiene, que remontam ao século XIX, durante a II Revolução Industrial na Europa. Porém, apesar de esse movimento ter exercido forte influência nas políticas públicas dos países desenvolvidos e industrializados, o movimento foi enfraquecido durante a era bacteriológica, nesse mesmo século e início do XX.

O conceito não é novo e pretende reviver o impacto que o movimento da saúde das cidades teve sobre a ordem governativa urbana no Século XIX, com os trabalhos de Chadwick, resultantes da Comissão de Saúde das Cidades (ROSEN, 1980).

O termo cidades saudáveis vem há muito tempo sendo discutido, conforme pesquisa elaborada por Westphal e Mendes (2002), na qual eles relatam que a primeira tentativa de esboçar do que se tratava tais condições foram de Leonard Duhl, em seu artigo publicado em 1986, onde expôs que, uma cidade saudável, deve ser aquela capaz de: dar respostas efetivas para as necessidades de desenvolvimento, para as organizações e para as pessoas; ter capacidade para lidar com as crises do sistema e de seus membros; ter habilidade para modificar-se e atender às exigências emergentes; e, por fim, capacitar sua população para usufruir as vantagens do desenvolvimento para seu bem-estar, por meio de um processo educativo e de mobilização que seja componente importante do movimento por cidades saudáveis.

Segundo Cordeiro (2008, p. 24), só na década de 1970, no Canadá, ocorrem iniciativas que caracterizaram o movimento de municípios saudáveis, onde:

A proposta “Cidades Saudáveis” é parte integrante do que é denominado “Nova Saúde Pública”, uma consequência do movimento de Promoção da Saúde. Trata-se de um processo que se inicia mediante o Relatório Lalonde (1974) (...), destacando-se que o Canadá foi o primeiro país a utilizar a estratégia das Cidades Saudáveis, bem como a difusão desta como um modelo.

Com a participação do Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde (EURO/OMS), ocorreu na a Europa, em 1984 a conferência “Além do cuidado da saúde”, onde foram introduzidos os conceitos de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável, sendo este último responsável pelo avanço no conceito de “empoderamento” e participação social, devido à descentralização do poder às comunidades locais (FERREIRA; BUSS, 2002).

Na Europa, o Projeto Cidades Saudáveis iniciou-se oficialmente no mês de março de 1986, na cidade de Lisboa, com o “Simpósio de Cidades Saudáveis”, uma das primeiras cidades a adotar os princípios abordados na carta de promoção da saúde, de acordo com a realidade local. Já em 1988 o projeto de cidades saudáveis tornou-se estratégia da OMS para a promoção da saúde. Já na década de 1990 o movimento expandiu-se para outras cidades da Europa, apoiadas por esse organismo internacional (WHETSPHAL, 2000).

O movimento Cidades Saudáveis faz parte de um conjunto de políticas urbanas, implantadas pela ONU, difundidas e implementadas especialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que buscam intervenções diretas, influenciando políticos e planejadores locais, assim como o Centro das Nações Unidas para Assentamentos Humanos - Habitat, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento- PNUD, o Fundo das Nações Unidas para a Criança – UNICEF (WERNA, 1996).

Soma-se, também, aos demais movimentos que ganham destaque neste final de século, como o de Comunidades Solidárias, Cidades Sustentáveis, Cidades Iluminadas, a Agenda 21, entre outros, que vêm ocorrendo, nas diferentes regiões do país e do mundo, e que procuram responder a objetivos que levem em conta o desenvolvimento humano sustentável, a integração social, e a governabilidade.

Várias foram as ocasiões em que se buscaram o fortalecimento dos projetos de cidade saudável, como por exemplo em conferências internacionais de saúde, podendo nestas destacar a conferência de Sundsvall, Suécia (1991), a Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, cujo título foi “Ambientes Favoráveis à Saúde”, tendo como foco de discussão a promoção de ambientes onde a saúde repercutisse no projeto sobre municípios saudáveis e também o sétimo Simpósio Anual de Cidade Saudável realizado em 1992, em Copenhague, onde houve 35 adesões de cidades europeias ao projeto cidades saudáveis, além das adesões no Canadá e na Austrália, o que colaborou para que o projeto se transformasse em um movimento internacional (CORDEIRO, 2008). Ainda, nos anos 1990, incluía mais de 1000 cidades em uma rede em todos os continentes (MOYSÉS, 2000).

Na América Latina, anterior ao projeto Cidades Saudáveis foram os chamados SILOS, Sistemas Locais de Saúde, que propunham modificar os tradicionais enfoques de atenção primária, enfatizando a descentralização e a reorientação dos serviços de saúde. A proposta dos SILOS partiu do setor saúde na busca da equidade, qualidade, eficiência, com ênfase na participação social. Os SILOS constituíram uma proposta de divisão do trabalho nos sistemas nacionais de saúde, baseada no critério geográfico-populacional. Ambas as estratégias, SILOS e Cidades Saudáveis fortalecem a ideia do “município pela saúde” e aderem à proposta de um governo local conjuntamente com os cidadãos no desenvolvimento de um plano de Promoção da Saúde. Apesar das semelhanças, a diferença fundamental é que a ideia de Cidades Saudáveis propõe uma agenda política local onde os prefeitos adquirem a coordenação da articulação intersetorial e um protagonismo que faltava nos SILOS, necessária à sustentabilidade das ações (PAHO 1997; RUIZ 1998).

Na América Latina, iniciou-se nos anos 90, sob a coordenação da OPAS/OMS com a denominação de municípios saudáveis. Inúmeras são as iniciativas existentes, atualmente, na América Latina, formando redes de municípios, cantões e paróquias, em países como México, Costa Rica, Panamá, Colômbia e Chile (RIGHETTI, 2004).

O acordo de Criação da Associação Latino-Americana de Redes Nacionais de Municípios e Comunidades Saudáveis, popularmente conhecido como Acordo de Boca del Rio, fora assinado pelos participantes do II Congresso Latino-Americano de Municípios e Comunidades Saudáveis, que ocorreu no México, em 1997. Mais adiante, em 1999, o III Congresso das Américas de Municípios e Comunidades Saudáveis, ocorrido em Medellin, na Colômbia, culminou na Declaração de Medellin, "Melhor Qualidade de Vida para os Habitantes das Américas no Século XXI" (OPAS, 2002).

Em 2000, durante a V Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, realizada no México, ocorreu outra manifestação para a consolidação do projeto de municípios/cidades saudáveis na América Latina, a assinatura da Declaração do México por vários países da América Latina. Essa declaração por sua vez, referia-se à Promoção da Saúde com recomendações de planos de ação de cobertura nacional para promover a saúde, e as diretrizes para formulação, implementação e avaliação desses planos foram adotadas (OPAS, 2002).

A Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, a RIO-92, foi um marco, na discussão internacional sobre a busca por ambientes saudáveis e sustentáveis, pois, propôs a Agenda 21, que remeteu às preocupações com um futuro sustentável. Nesse documento há a proposta de um programa estratégico, universal, com o intuito de alcançar o desenvolvimento sustentável no século XXI, o qual poderia contribuir

para o estabelecimento de alianças Pró-Saúde e a introdução de inovações na gestão pública e entorno de processos, como a intersetorialidade e políticas públicas saudáveis (CORDEIRO, 2008).

No Brasil, segundo Akerman (2002), a cidade de São Paulo foi pioneira no projeto de municípios saudáveis, com iniciativa datada de 1991 e interrompida em 1993, devido à mudança no governo municipal.

A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, com o objetivo de sensibilizar os municípios para a proposta, promoveu, no ano de 1994, uma série de atividades, como reuniões, visitas e ações, para envolver os municípios do Estado. Um grupo de técnicos ficou responsável por assessorar as ações. Promoveu, ainda, em 1994, o encontro Saúde Cidade, com o apoio da OPAS, convidando cerca de 20 cidades do Estado, que tinham possibilidades de realizarem projetos inovadores. A cidade de Campinas, Estado de São Paulo, apresentou neste encontro, sua experiência, e os marcos conceituais do projeto Cidades Saudáveis foram debatidos com especialistas no tema. Deste encontro, resultou a primeira publicação sobre o assunto, intitulada Municípios Saudáveis: iniciativas de implantação. (SESA/OPAS 1996).

A partir de 1990 várias conferências nacionais e municipais foram realizadas no Brasil, o que contribuiu para a formação de iniciativas nacionais, como: o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentos em Cidade Saudáveis (CEPEDOC), criado em 2007, em São Paulo; o Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS), em 1993, no Rio de Janeiro; NUSP/UFPE, o Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social, em 2005, em Pernambuco; e a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS), em 2003, em Campinas (CORDEIRO, 2008).

As orientações dadas pela OMS são muito amplas e gerais, sendo necessárias para o desenvolvimento do projeto Municípios Saudáveis três fases: implantação, planejamento e consolidação (MENDES, 2000).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002) propôs como elementos essenciais para a implementação e manutenção da estratégia Municípios Saudáveis: 1) a declaração pública de compromisso com o projeto; 2) a participação comunitária; 3) o planejamento estratégico, que indica a necessidade de mobilizar recursos internos e externos, oferecer apoio adequado e cooperação técnica, bem como criar espaços saudáveis para fortalecer a estratégia de municípios/cidades saudáveis; 4) construir consensos e parcerias; 5) estimular a participação de todos os setores, incluindo a saúde; 6) formular políticas públicas; e 7) avaliar e fazer o monitoramento.

Uma experiência de município saudável começa com o desenvolvimento e/ou o fortalecimento de uma parceria entre autoridades locais, líderes da comunidade e

representantes dos vários setores públicos e privados, no sentido de posicionar a saúde e a melhoria da qualidade da vida na agenda política e como uma parte central do planejamento do desenvolvimento municipal. Ao avaliar as necessidades da população, determinar prioridades e metas, a estratégia de Município Saudável promove a participação da comunidade e contribui para um governo local responsável (OPAS, 2005).

Neste contexto, o município potencialmente saudável pode ser aquele onde se amplia uma emaranhada teia de relações entre o poder público e a sociedade local, tendo como panorama principal a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos e não necessariamente, apresenta elevados índices de desenvolvimento humano. Mostra-se ainda relevante, a necessidade da ação sincrônica e articulada com três esferas fundamentais da municipalidade, sendo elas: a gestão, a participação comunitária e os serviços públicos (BRANDÃO, 2010).

A estratégia dos municípios saudáveis deve fazer parte da política do município e não de uma gestão. Seguindo esse raciocínio, Almeida (1997) afirma que a participação da população na construção do município saudável também é importante para evitar que o projeto fique preso ao interesse de uma gestão; caso contrário, o projeto pode ficar preso à vontade do prefeito ou da sua gestão. Diante disso, durante o processo de construção do município saudável deve-se trabalhar a identidade de lugar, e para isso é preciso estreitar as ligações de cordialidade e afeto entre as pessoas (BRANDÃO, 2010).

O interesse do município de implantar o projeto Municípios Saudáveis pressupõe um compromisso dos gestores municipais com a qualidade de vida e com as políticas públicas. Depende de que estes assumam medidas mais adequadas para promover a vida o que segundo Westphal (1997, p. 14):

Pressupõe a existência de um plano de governo baseado na resolução de problemas identificados, com base em indicadores de qualidade de vida. A proposta, o compromisso, é com as metas de um "Planejamento estratégico", estabelecido com as instituições representativas da sociedade como um todo, todas as classes sociais, todos os setores da sociedade e em parceria com os setores de governo.

Os gestores públicos devem assumir o compromisso, pois devem ocorrer mudanças na forma de administrar, de condução da administração pública, possibilitando a gestão intersetorial e participativa, pois:

Se o governo assume o compromisso de adotar políticas que tornem a cidade saudável, que promovam a qualidade de vida e o desenvolvimento social e atendam aos direitos dos cidadãos, deve rever suas estruturas e assumir uma forma de organização que dê conta da ampla determinação dos problemas ou da

multicausalidade dos mesmos — e esta é uma questão extremamente complexa (WESTPHAL; MENDES, 2000, p. 54).

Segundo Brandão (2010), estamos diante de um grande desafio da atualidade, pois a população urbana em geral, está cada vez mais imersa em seus próprios problemas sociais, não se envolvendo politicamente, contribuindo para que os conselhos municipais se fragilizem, o que vem a prejudicar o projeto, tendo em vista que o mesmo deveria contar com a possibilidade da comunidade se permitir a reinventar o seu modo de viver, com políticas inclusivas voltadas para redução das iniquidades sociais e das desigualdades econômicas, com o planejamento participativo, enfim, com a gestão participativa.

Nesse sentido o projeto município Saudável, deve contar a participação ativa da população, com o objetivo de melhorar as condições sociais e desenvolvimento local, o que deve caracterizar como uma tecnologia social, o que segundo Bava (2004, p. 115):

As tecnologias sociais – Mais do que a capacidade de implementar soluções para determinados problemas, podem ser vistas como métodos e técnicas que permitam impulsionar processos de empoderamento das representações coletivas da cidadania para habilitá-las a disputar, nos espaços públicos, as alternativas de desenvolvimento que se originam das experiências inovadoras e que se orientem pela defesa dos interesses das maiorias e pela distribuição de renda.

Em se tratando de saúde, os municípios tem o compromisso com a promoção da saúde da população e deverá desenvolver ações que são propostas pelo projeto de município saudável, assim:

A saúde expressa a qualidade de vida de uma população, expressa em um bem estar da sociedade. Produzir saúde socialmente é gerar processos participativos, sociais, institucionais e orientá-los para elaboração de políticas públicas para superar os quadros de profundas dificuldades. Produzir socialmente a saúde é acordar intervenção coletiva, para remover determinações ambientais, socioeconômicas e culturais de enfermidade, para mudar práticas que atentam contra a saúde, Produzir socialmente a saúde significa também intensificar às políticas sociais que são eminentemente públicas (MENDES, 2000, p. 21).

De acordo com Mendes (2000), o debate e articulações entre instituições públicas e organizações da sociedade civil para a construção do projeto comum na cidade fazem referência a várias questões que convergem para a questão da urbanização e para as oportunidades de vida da população, formas de gestão e papel do Estado, entre outras.

Portanto, promover a qualidade de vida tem grande apelo e leva a crer que o governo local tem um objetivo a alcançar, que não se restringe apenas a um projeto de curto prazo. Os pressupostos que sustentam a proposta por Cidades Saudáveis apresentam a possibilidade de um fazer diferente, na perspectiva de futuro, em torno da defesa do interesse

público, movimento que só é possível com a democratização e descentralização da gestão pública. No entanto, essas propostas já nascem frágeis. Essa fragilidade faz com que tenham um período de sustentação muito pequeno, sempre relacionado ao tempo de mandato daquele governo que o instituiu.

A proposta de Cidade Saudável, deve ser definida como uma política de governo, na qual deve se envolver o governo como um todo. O que as experiências brasileiras têm mostrado é que todos os municípios iniciam esses projetos pelo setor da saúde, que tem, no nosso país, uma tradição de luta e um pioneirismo na descentralização de ações. É um setor que congrega trabalhadores com um enorme compromisso com as causas sociais. A área de saúde é pioneira, também, no estabelecimento do controle social, por meio da implantação de Conselhos de Saúde em todos os níveis do Sistema Único de Saúde.

5.2 Estado de saúde municipal

No Brasil, o Movimento Cidades Saudáveis começa a ter visibilidade a partir do final da década de 1980, e principalmente na universidade, ou melhor, nas escolas de Saúde Pública do Brasil.

A expressão pública do interesse da sociedade representativa dos secretários municipais de Saúde (Conasems) pela proposta de Cidades/Municípios Saudáveis foi o encontro de Fortaleza, em 1995, quando, ao final, elaborou-se uma carta de intenções - a Carta de Fortaleza. Os governos locais, municipais, foram designados como responsáveis pela geração de qualidade de vida para os povos das Américas, baseados em um novo enfoque na produção social da saúde e na construção da cidadania. Mencionaram, no documento, as experiências canadenses de cidades saudáveis, lembrando que é possível deslocar progressivamente a ênfase na doença para integrar a importância da qualidade de vida, onde o principal ator é o cidadão inserido em seu ecossistema e que a municipalização da saúde pode caminhar a partir de sua experiência integradora, participativa e criativa para a construção da Cidade/Município Saudável (CARTA DE FORTALEZA, 1995).

Desde então, várias propostas dentro do referencial de cidades saudáveis começaram a ser incentivadas pela OPAS e colocadas em prática em vários estados, com apoio dos secretários municipais envolvidos na elaboração da Carta: Paraná, São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Alagoas.

Em 1994, a prefeitura de Campinas fez um convênio com a OPAS para implantar neste município o Programa da Cidade Saudável. Como parte do programa, havia um projeto

específico para uma favela conhecida como Complexo São Marcos, onde seria elaborado, da forma mais participativa possível, um plano de ação intersetorial, envolvendo os diferentes setores da Secretaria Regional Norte (Educação, Saúde, Urbanismo, Ação Social, Cultura, Esporte, Lazer etc.) (ADRIANO et. al, 2000).

Como mencionado anteriormente, a experiência vivida no Complexo São Marcos, em Campinas (SP), foi a motivação para o desenvolvimento de um projeto piloto de construção de cidades saudáveis, implementada pela Escola de Saúde de Minas Gerais, em dois pequenos municípios mineiros no período de 1996 a 1998 (ADRIANO et al., 2000).

De acordo com Adriano et. al, (2000), para operacionalizar essa iniciativa, tomou-se como pressuposto básico a ideia de que as intervenções sobre os problemas da cidade devem ser formuladas a partir de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, com efetiva participação da população. Além de gerar como produto um plano de ação para o enfrentamento dos problemas prioritários, a metodologia proposta seria a mais adequada, para facilitar a sua assimilação e incorporação ao cotidiano das administrações destes municípios.

Para operacionalizar essa iniciativa, tomou-se como pressuposto básico a ideia de que as intervenções sobre os problemas da cidade devem ser formuladas a partir de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, com efetiva participação da população. Além de gerar como produto um plano de ação para o enfrentamento dos problemas prioritários, a metodologia proposta seria a mais adequada, para facilitar a sua assimilação e incorporação ao cotidiano das administrações destes municípios.

O município de Pirapora (MG) está localizado no Estado de Minas Gerais, próximo a Montes Claros (MG). Atende em sua grande maioria a população urbana, e uma pequena porcentagem da população rural. A economia é conferida por indústrias, comércio e serviços públicos.

Pirapora, cidade norte mineira formada por uma população que para Schettino (1955) compõem um cenário etnográfico, cujos atores tecem a trama que resultou na construção do sertão norte mineiro. Indivíduos marcados por um dialeto local e incompreendido por muitos habitantes de outros estados brasileiros pelo seu sotaque e gírias que assemelham a população nordestina. Além do fator sociolinguístico, a população norte mineira também enfrenta preconceitos por habitarem uma região desprovida de recursos financeiros para o desenvolvimento econômico, se comparados a outras regiões do Brasil.

Com a vinda da ferrovia, a cidade assumiu a condição de “ponta de trilhos”, e, por isso mesmo, passou a centralizar o comércio de todo o sertão Noroeste de Minas e logo se transforma no maior centro industrial da região. Com o avanço dos trilhos em direção à

Pirapora, aliado à importância de sua via fluvial, esta localidade se vê como a principal porta de entrada do sertão (MOREIRA, 2010, p. 35).

Lessa (1993) ressalta que após este período, chegou a haver um considerável fluxo de mercadorias entre as principais cidades do norte de Minas - Montes Claros e Pirapora. Tal fluxo foi importante a ponto de fazer com que as lideranças regionais, já por volta de 1908, pretendessem construir estradas facilitando a comunicação entre Montes Claros e o ponto final da via férrea, na época, localizada em Várzea da Palma, nas proximidades de Pirapora.

Cardoso (1996) menciona também, que a estrada de ferro foi um fator de vital importância no processo de reorientação econômica da região. Com a ligação ferroviária, diminuiu as disparidades e conseqüentemente o isolamento da qual a região foi submetida desde o início do século XVIII. A ferrovia significaria ainda, muito mais que uma possibilidade para o incremento das relações comerciais da região, teria sido, na realidade, a via pela qual a região do Norte de Minas começa a integrar a dinâmica econômica do centro-sul do país (MOREIRA, 2010).

Desta forma, a estrada de ferro contribuiu também para que o município de Pirapora incrementasse suas relações mercantis e, passasse a ser representada como um grande centro econômico no Norte de Minas. Todavia, este desenvolvimento não perdurou por muito tempo. A estrada de ferro estava entrando em decadência, mas ainda assim, possibilitou para o município de Pirapora e diversos outros municípios ao seu entorno uma estrutura física razoável, fator relevante para atrair os incentivos fiscais vindo da SUDENE e do Governo Federal.

Os investimentos possibilitaram novas transformações na cidade de Pirapora. Foram implantadas indústrias têxteis, de alimentação e de bebidas, também foram desenvolvidos projetos de irrigação financiados pela Companhia de Desenvolvimento do Vale de São Francisco – CODEVASF, possibilitando o crescimento econômico da cidade e garantindo emprego e qualidade de vida a população residente.

A inserção do Norte de Minas na área da SUDENE, é justificada por apresentar características peculiares e semelhantes as do Nordeste Brasileiro, como mostra os documentos da Assessoria Para Assuntos da SUDENE (1970, p. 03), “suas estruturas produtivas, seus hábitos e a própria origem de sua população, além da continuidade física de seu território”, faz com que os indicadores de subdesenvolvimento mais comuns no Nordeste sejam semelhantes aos da região norte Mineira (RODRIGUES, 2000).

De qualquer forma, a visão aceita oficialmente, conforme se verifica nos documentos da autarquia, a exemplo de SUDENE, é a de que tal inclusão “[...] foi fundamentada no fato de se localizar no Polígono das Secas e apresentar aspectos físico-climáticos similares aos do semiárido nordestino”. Até o início da década de 1960, não haviam políticas específicas e deliberadas de desenvolvimento que contemplassem o Norte de Minas. Somente a partir de sua incorporação à área do “Polígono das Secas” e sua consequente inclusão nas ações da SUDENE, que a mesma passou a ser alvo de tais políticas públicas (MOREIRA, 2010, p. 40).

Todavia, o modelo de desenvolvimento implantado no Norte de Minas, visava principalmente o crescimento econômico, calcado na ação do Estado planejador e interventor. Buscava-se criar condições para a produção e para a reprodução capitalista, sendo, para tanto, necessário o estabelecimento de condições estruturais em detrimento de concepções e estruturas sociais já existentes nos locais alvos do desenvolvimento. Tais iniciativas objetivavam integrar o Norte de Minas ao processo de desenvolvimento nacional.

O processo de modernização das estruturas econômicas da região Norte de Minas desenvolveu-se através de ações conjugadas de organismos federais, como a SUDENE, com incentivos fiscais e financeiros voltados para a industrialização e grandes projetos agropecuários; e da Companhia para o Desenvolvimento do Vale do Rio São Francisco–CODEVASF, que se ocupava do desenvolvimento econômico da Bacia do Rio São Francisco, através de ações e projetos agroindustriais, tendo como alicerce básico a agricultura irrigada.

Outro aspecto que merece destaque foi à ampliação das relações do norte mineiro com o Centro-Sul. A partir da criação da SUDENE, intensificaram-se os esforços dos governos federal e estadual no sentido de promover a integração de sua economia àquelas da região Centro-Sul do País. Por isso mesmo, preocupou-se em dotar o Polígono das Secas mineiro de condições infra estruturais, de maneira que, se expandissem formas de produção capitalistas mais modernas.

As ações conjugadas da SUDENE e CODEVASF se distribuíram basicamente em quatro eixos: a) grandes projetos agropecuários; b) industrialização; c) reflorestamento; d) e projetos de irrigação. O município de Pirapora, em especial, foi beneficiado, sobretudo, pela industrialização e pelo projeto de irrigação, gerando empregos e melhor qualidade de vida, o que contribuiu para o desenvolvimento econômico e social da população residente.

Esse contexto, além de promover a paulatina transformação em muitas das características apresentadas pela estrutura produtiva norte mineira, contribuiu também para

que vários de seus aspectos sociais, econômicos e culturais se alterassem e/ou mesmo se reforçassem.

As ações implantadas pela SUDENE significaram um grande impulso para as atividades industriais da região, que tiveram um crescimento substancial entre 1970 e 1985. Destacaram-se Montes Claros, Pirapora e Várzea da Palma como polos industriais regionais. A concentração dos investimentos em alguns municípios não propiciou, no entanto, o dinamismo da economia norte mineira como um todo. Acentuaram-se as disparidades entre as suas microrregiões apesar do volume dos investimentos realizados e da qualidade de empreendimentos beneficiados na região (pela SUDENE) até recentemente (RODRIGUES, 2000).

Sobre as condições de vida da população da região, Rodrigues (2000) afirma que, apesar da melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a partir da década de 1970, a região tem a média do IDH muito menor que a do Estado. Ao se considerar o IDH Renda, isoladamente, o Norte de Minas continua na situação de “baixo desenvolvimento” e que vem piorando na última década. Estes indicadores refletem a proporção da população abaixo da linha de pobreza, que aumentou de 65% na década de 1980 para 75%, no ano de 1991. Analisando esta situação, Rodrigues (2000, p. 124), afirma que:

Esses projetos não conseguiram gerar número significativo de empregos, capaz de reter a força de trabalho antes dedicada à agricultura de subsistência. Houve melhora significativa no setor de infraestrutura, sendo a intervenção do Estado decisiva nesse aspecto. Contudo, observando-se a estrutura mais recente da economia local, continua a grande desigualdade de condições de vida entre os segmentos da população, tanto em áreas rurais, quanto em áreas urbanas e o baixo desenvolvimento da região com relação às demais do estado de Minas Gerais.

Dessa forma, a região apresentou um acentuado crescimento econômico nas últimas décadas em detrimento das condições sociais. As taxas de crescimento do PIB da região, de 1985-1995, foram superiores às do Brasil e às do estado de MG (3,70%). Ainda assim, Moreira (2010) observa que tal crescimento, no entanto, não refletiu de modo igual em todos os segmentos da população. Os vazios deixados pelas políticas estatais contribuíram para o surgimento, ao longo dos anos, no Norte de Minas, de organizações não governamentais.

O primeiro hospital a ser fundado na cidade foi em 1949, inicialmente, o Hospital do SESP prestava apenas atendimentos laboratoriais, posteriormente, veio a fazer outros tipos de atendimentos e ampliando seu quadro para internações e atendimentos em postos de saúde como pode ser visualizado no boletim do município.

O quadro de profissionais médicos neste período era deficiente e com poucas especialidades, ou seja, só havia médicos Cirurgiões, Clínico Geral e Obstetra. Ainda assim, o hospital do SESP representava muito para a população do Município de Pirapora e cidades vizinhas. O hospital era mantido pela Fundação de Saúde Pública (Fundação SESP) que na atualidade chama-se Hospital Municipal Dr. Moisés Magalhães Freire.

Sob os cuidados da Diretoria Regional de Minas Gerais e do Serviço Social da Indústria (SESI), foi feito um levantamento da situação industrial e socioeconômica de Pirapora entre os anos 1967 a 1968. Tal investigação trouxe elementos interessantes a respeito da questão da saúde no Município de Pirapora neste período.

Pirapora dispõe de um hospital com capacidade para 40 leitos (o hospital pertence ao SESP e em média são mantidos de 10 a 15 doentes além da capacidade), 1 posto do INPS, 1 Unidade Sanitária do SESP, serviço de clínica médica mantido pela Cia. Navegação do São Francisco (exclusivo para funcionários da Cia) e 7 Farmácias e Drogarias. Se levarmos em conta que municípios vizinhos, tais como São Romão, Aarão Reis, Santa Fé de Minas e Porto Faria, nem se quer dispõem de um médico, a situação se agrava. É para Pirapora que converge à população destas cidades e outras mais afastadas, em busca de recursos médicos. A prestação de serviços da Unidade Sanitária do SESP é extensiva a crianças e adultos. Porém, e para as gestantes e as crianças que mais se destinam os serviços médicos (SESI, 1969, p.10).

Segundo a pesquisa realizada pelo SESI, a categoria de saúde do Município não se encontrava em boas condições, visto que, o município continha aproximadamente uma população de 17.130 (dezesete mil e cento e trinta) habitantes, sendo que era disponibilizado somente um hospital para sanar as necessidades em saúde dessa população (IBGE, 1964).

Relatos de moradores residente de Pirapora a mais de 50 anos, menciona que a maioria da população nesta época, quando se encontrava enferma, não procurava necessariamente um médico, ou as outras possibilidades clínicas, procuravam simplesmente uma benzedeira ou curandeiro para estes serviços. Inclusive era comum em cada família ter a sua própria benzedeira.

Outro fator importante a ser relatado nos atendimentos feitos à saúde desde a criação do Hospital até os dias atuais, diz respeito à forma pela qual os pacientes são atendidos. O modelo de serviços de saúde atuando na medicina curativa (com atividades na unidade Hospitalar e no Posto de saúde), a sua prioridade era a medicina preventiva. A enfermagem era encarregada de levar os trabalhos preventivos de saúde pública as famílias e as comunidades. Uma reportagem do jornal da prefeitura de Pirapora de 1968 mencionava que:

A seleção das pessoas com prioridades de atendimentos médicos eram feitas através da triagem, baseando-se em critérios de gravidade do caso (incluindo as doenças infecto – contagiosas); a distância da residência do paciente; a situação de falta ao trabalho para comparecer a Unidade de saúde ou já ter comparecido sem ser atendido. Após a triagem, os casos eram encaminhados ao arquivo central para a abertura da ficha caso fosse o primeiro atendimento. Vários eram os serviços mantidos pela enfermagem do SESP em Pirapora, como a assistência as gestantes e recém-nascidos (incluindo vacinas, exames, acompanhamentos, consultas, visita domiciliar, curativos umbilicais e programas de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis); controle das imunizações e tratamento antissifilítico); assistência médica sanitária as crianças menores de 4 anos; registro de aproximadamente 80% do controle de doenças transmissíveis, controle de tuberculose em Pirapora e Região.

A população do município de Pirapora era desprovida de serviços de saneamento básico, como coleta de resíduos sólidos, tratamento do esgoto e limpeza das ruas, o que possibilitava altas incidências de doenças transmissíveis com vínculo importante ao meio ambiente, como dengue, doença de chaga, diarreia e esquistossomose. O processo de migração, impulsionado pela industrialização, concomitante ao elevado custo do solo urbano de Pirapora têm contribuído para que parcelas da população ocupem áreas inadequadas à sobrevivência. Dessa forma alguns bairros, recebem cada vez mais indivíduos de baixa renda, que residem em moradias sem as condições mínimas de habitabilidade.

E ainda, a ausência do poder público fez com que o bairro Nossa Senhora Aparecida se tornasse um dos grandes problemas socioambientais para a população de Pirapora. Sua ocupação se deu de forma aleatória, sem planejamento, provocando sérios danos à população devido às enchentes, construções erguidas sem auxílio técnico e, também, por estar sediado em terrenos contaminados.

Devido a essas condições ambientais o município passou por sérios problemas de epidemia e de febre amarela, o autor coloca que a cidade era marcada por indivíduos que:

Chegavam como uma corrente d'água que se comunica com o fio antigo por um filete exíguo... Os rostos sujos, as mãos de dedos magros, as pernas marcadas de urzes, os rostos inchados de maleita, povoavam a estrada que conduzia a um futuro melhor (CARDOSO, 2005, p.42).

Também houve a presença de diversas outras doenças relacionadas com a pobreza e falta de saneamento. E esses fatores se agravaram mais ainda com o processo de crescimento econômico da cidade, a partir do momento que a cidade passou a receber investimentos ampliou o processo migratório.

Lacerda (2004) também mencionou as condições de higiene vivida pela população neste período. Com a ausência de esgotos residenciais e industriais, os dejetos eram escoados

em direção ao rio São Francisco, local utilizado como fonte de renda e subsistência para muitas famílias através da pesca.

Quando abordamos as políticas públicas de saneamento básico, temos que, no ano de 2010 o resultado geral foi baixo, tendo crescimento em apenas alguns indicadores ao avançar dos anos. Dessa forma, chegaram ao ano de 2015 com praticamente os mesmos resultados, demonstrando a carência por parte da administração pública em aplicar mais investimentos e aumentar as ações relativas à cada indicador à procura de melhoria dos mesmos. Entendemos ser de caráter urgente que medidas de melhorias sejam adotadas para se alcançar uma qualidade adequada para a população quanto à esses serviços. Na escala, ao associar os resultados como qualidade de vida para a população, ficaram os mesmo na seguinte ordem de satisfação: Internação por doenças diarreicas, Esgoto adequado empatado com Abastecimento de água potável, Domicílio em área de risco, Coleta regular de resíduos sólidos, Contaminação do solo, Poluição atmosférica, Sistema adequado de drenagem e em último Conservação do ecossistema.

Ao relatar especificamente cada indicador analisado, temos a situação de que:

A coleta regular de resíduos sólidos ficou à desejar, pois em 2010 os resultados foram baixos, seguidos em 2011. Em 2012 podemos observar uma pequena melhora, mas logo em seguida, em 2013, os resultados voltaram a cair. Durante 2014 e 2015, pode-se verificar um aumento nos resultados, mas nada significativo, resultando em uma situação nada agradável para a população e a cidade em si. Este indicador demonstra o quanto essa situação foi negada por parte dos administradores, pois não estão trabalhando nem em ações ou investimentos que no mínimo mantenha os resultados atuais.

O sistema adequado de drenagem de águas é outro indicador que se mostrou em baixa, com resultados ruins em 2010, tendo uma pequena melhora a partir de 2011, mas que continuaram à ser resultados medianos até o ano de 2015. Mostra-se necessário mais investimentos e ações, no intuito de melhorar o sistema de drenagem, o que viria à melhorar inclusive a saúde da população, pois um sistema de água inadequado causa sujeira pelas ruas, acúmulo de água nas mesmas, além dos bichos indesejados que nelas se acumulam.

Ao tratarmos do indicador Esgoto adequado, este se mostrou irrisório em 2010, levando a população à uma situação de higiene completamente precária. Em 2011, estes resultados aumentaram um pouco, melhorando gradativamente até 2015. Mas estes números ainda estão muito longe de serem satisfatórios, pois apenas 60% da população tem captação adequado do seu esgoto, o que vem à causar inúmeros problemas, principalmente à saúde dos moradores.

O abastecimento de água potável na cidade se mostrou razoável durante todos os anos, tendo um aumento na sua distribuição, mas este seria relativo ao crescimento da cidade e da população. Ainda é preciso melhorar e muito o nível de abastecimento de água potável à população, pois muitos ainda dependem de consumir água imprópria, causando diversos problemas, que poderiam ser evitados.

O resultado quanto à internação por doenças diarreicas em 2010 se mostrou baixo, devido ao grande número de internações registradas, que se manteve em 2011. A partir de 2012 pode-se perceber um aumento gradativo nestes resultados, até se chegar em 2015. Mas os resultados ainda se mostram inadequados, pois grande parte da população ainda sofre com esse indicador e isso deve ser uma questão à ser trabalhada pela administração.

A conservação do ecossistema em 2010 se mostrou baixa, sendo mantidos praticamente os mesmos resultados em 2011 e 2012. Muito se deve ao fato de Pirapora ser um polo industrial, e por consequência, essas indústrias acabam por fragilizar o ecossistema da região. Em 2013 houve uma pequena melhora, sendo aumentada gradativamente até 2015, mas não o necessário. Cabe à administração e aos seus gestores trabalharem para melhorar e manter à conservação do ecossistema da região, punindo os infratores desta.

Ainda devido ao fato de estarmos falando de um polo industrial, a Contaminação do solo no ano de 2010 se mostrou tolerável, já que, com tantas formas de contaminações, os números quanto à essas eram bem baixos, se mantendo até 2011. Já a partir de 2012 podemos notar a queda dos resultados e o aumento da contaminação, seguida em 2013. Isso se deve ao fato da inserção de novas indústrias a partir do crescimento da cidade. Em 2014 os resultados voltaram a aumentar, seguidos em 2015, o que, para a administração, evidencia que suas ações estão de acordo com o que precisa ser feito.

A poluição atmosférica em 2010 se mostrou adequada, tendo tido uma queda progressiva nos anos de 2011 a 2015. Isso se deve ao aumento das indústrias na região. Não que as mesmas estejam poluindo mais, mas estão em maior quantidade. Ainda assim, os resultados apresentados são aceitáveis, não agredindo no geral a situação de qualidade de vida da população.

Os domicílios em área de risco se mostraram poucos em 2010, o que se reflete em ótimos resultados. Este número vem melhorando ano à ano até se chegar em 2015. Isso esclarece como o Estatuto da Cidade e o Plano Diretor estão funcionando na cidade, fazendo com que o planejamento seja seguido e respeitado.

Em Pirapora, a Estratégia Saúde da Família foi implantada em 1998, com apenas quatro equipes, ampliando em 2013 para treze equipes, abrangendo um total de 84,04% da população do município.

A ESF foi implantada em Pirapora no ano de 1998, seguindo as diretrizes estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e aprovada pelo conselho Municipal, contexto em que se inseriu a implantação do programa como “estratégia de reordenamento do sistema de saúde e de reversão do modelo de assistência” (PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPORA, 2004). Tendo como objetivo resgatar o compromisso da atenção primário no município, bem como de reorientação e integração das atribuições e competências nas diversas instâncias institucionais. O processo representou inicialmente um esforço em mudar a situação da saúde pública no município, visto que este passava por sérios problemas epidemiológicos e os casos de saúde pública só se agravavam.

Os atendimentos a saúde realizado na cidade eram insuficientes. Pirapora contava somente com um hospital público e alguns postos de saúde, no qual realizavam alguns procedimentos de cunho curativos, e ainda assim, atendimentos limitados à maioria da população. As unidades de atendimentos de média e alta complexidade estavam restritas a cidade de Montes Claros e Belo Horizonte, município mais próximo para encaminhar pacientes da microrregião de Pirapora. As taxas de mortalidade e morbidades eram elevadas, sobretudo a mortalidade infantil, que estava em torno de 30 óbitos por 1000 nascidos vivos. Havia baixa adesão ao pré-natal e aos programas de prevenção (câncer de colo, e câncer de útero) e também alto índice de hipertensão e diabetes.

Para que haja um funcionamento da regionalização e descentralização em saúde, é necessária uma rede de atenção à saúde organizada, capaz de atender a população em todos os seguimentos, se assim for necessário. Para isso, conforme é destacado em Brasil (2010), devem ser considerados três elementos constitutivos essenciais: população/região de saúde definida, estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

Com a proposta da municipalização da saúde, os municípios adquiriram mais autonomia para desenvolver programas e projetos em saúde, reforçando dessa forma o poder político e social com a população. Como pode ser visto por (Brasil, 2010):

Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços

de saúde prestados em seu território. O princípio da descentralização político-administrativa da saúde foi definido pela Constituição de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde. O Brasil apresenta grandes diversidades econômico-sociais, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações. Estimula na esfera municipal novas competências e capacidades político-institucionais. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização (BRASIL, 2010, p.48).

Uma rede de atenção à saúde bem organizada é capaz de modificar “a forma e o conteúdo do espaço/território. Uma vez que muda o conteúdo, muda com ele a história, e ao mudar a história muda com ele tudo que produz” (MOREIRA, 2006, p. 159). E essas modificações geram novas formas de organização da saúde no território e conseqüentemente contribuem para a melhoria dos atendimentos e qualidade de vida das pessoas.

Em Pirapora, município considerado polo da microrregião de saúde, presta assistência à saúde da população do próprio município e de mais seis municípios da sua microrregião sendo estes: Buritizeiro, Ibiaí, Lassance, Ponto Chique, Santa Fé de Minas e Várzea da Palma.

A reestruturação das ações e serviços em saúde do Município de Pirapora teve como base o plano diretor de regionalização da saúde do estado de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES e PINTO, 2011, p.14 apud MAGALHÃES, 2013, p.117). Foi elaborado levando em consideração “[...] a lógica da população e de seus fluxos em busca de atenção à saúde nos princípios básicos das redes de atenção à saúde”. O plano diretor mencionado busca melhorar e atender as propostas de atenção à saúde de Pirapora e microrregião através das ações e serviços ministrados pelas Gerências Regionais.

Gondim, et al. (2008), afirma que na perspectiva de aproximação da ação político assistencial no processo da territorialização, o município se tornou o principal órgão responsável pelas ações e serviços de saúde da população, dando dessa forma prioridades de intervenção baseada nas necessidades de saúde da região e com foco na garantia da integralidade da atenção, buscando a maximização dos recursos disponíveis (BRASIL, 2010).

Desta forma, os municípios tiveram mais oportunidades de ampliar os quadros de profissionais da saúde e conseqüentemente ampliar o atendimento prestado à população.

A maioria dos profissionais da saúde existente no município de Pirapora trabalha na rede pública de saúde, ou seja, dentre 479 profissionais, somente 64 não atendem pelo SUS. O menor número de profissionais da saúde existentes no município de Pirapora e que atendem pelo SUS estão entre os Assistentes sociais (4), Psiquiatras (4), Nutricionistas (3),

Fonoaudiólogos (3) e Radiologistas com apenas dois profissionais. E ainda a rede privada de saúde de Pirapora falta profissionais, tais como, Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Fonoaudiólogos e Psiquiatras.

Entre as 18 especialidades de profissionais em saúde que atendem pelo SUS no município de Pirapora, 8 são Anestesiastas, 9 Cirurgiões Geral, 30 Ginecologista Obstetra, 13 Médicos de Família, 11 Pediatras, 4 Psiquiatras, 2 Radiologistas, 20 Cirurgiões Dentista, 29 Enfermeiros, 10 Fisioterapeutas, 3 Fonoaudiólogos, 3 Nutricionistas, 15 Farmacêuticos, 4 Assistentes sociais, 9 Psicólogos, 84 Auxiliares de Enfermagem e 37 Técnicos de Enfermagem. E estes profissionais estão distribuídos nos centros e unidades de atendimento à saúde.

No bairro Santo Antônio há uma maior concentração dos centros de saúde, concentrando a Gerência Regional de Saúde (GRS), o Hospital Municipal Dr. Magalhães Freire e o Centro Viva Vida e Hiperdia Minas. No centro da cidade de Pirapora está localizado o SUS – Centro de Saúde. É nesta unidade que os profissionais da saúde planejam ações de prevenção e promoção a saúde em Pirapora.

A Secretaria de Saúde de Pirapora, através da vigilância da epidemiologia realizam projetos de combate à dengue, Leishmaniose Visceral, tegumentar e várias outras doenças que envolvem a prevenção e aos cuidados com os indivíduos. Nesta unidade também ficam armazenados os medicamentos (vacinas, curativos e diversos outros) para o repasse para as Unidades de Saúde da Família, para o Centro Viva Vida e Hiperdia Minas quando solicitado pelos profissionais.

A Gerência Regional de Saúde de Pirapora (GRS), fundada em 2003, funcionava até 2013 com 67 funcionários, é responsável por trabalhar e articular políticas públicas de sete municípios: Pirapora (polo), Buritizeiro, Várzea da Palma, Santa Fé, Lassance, Ibiaí e Ponto Chique. Também é função da GRS de Pirapora acompanhar e orientar os serviços de saúde no município.

No bairro Cícero Passos localiza-se o Hospital São Sebastião (hospital privado) que atende somente pessoas conveniadas ou particulares. Possui Unidades de Saúde da Família distribuídas em 11 bairros (São Geraldo, Nossa Senhora Aparecida, São João batista, Industrial, Cidade Jardim, Nova Pirapora, Santo Antônio, Santos Dumont, Cícero Passos, Bom Jesus e Santa Mariana). Através do processo de regionalização em saúde, Pirapora pôde ampliar as estruturas físicas, os equipamentos em saúde, e conseqüentemente seus funcionários. Isso contribuiu para o seu processo de municipalização.

Quando abordamos as políticas públicas de prevenção em saúde, temos que, no ano de 2010 o resultado geral foi baixo, tendo um crescimento gradativo ano à ano. Dessa forma, chegaram ao ano de 2015 com bons resultados, mas é claro, que ainda devem ser melhorados, sendo que, na escala dos indicadores pode-se associar os resultados como qualidade de vida para a população, ficando os mesmo na seguinte ordem de satisfação: Mortalidade Infantil, seguido dos empatados Recursos Humanos na Saúde e Cobertura pela Atenção Básica e em último a morbidade.

Ao relatar especificamente cada indicador analisado, temos a situação de que:

A mortalidade infantil no ano de 2010 mostrou-se adequada conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo que no ano de 2011 teve uma queda muito grande, demonstrando uma negatividade quanto aos serviços prestados para a intervenção e prevenção da mortalidade infantil. No ano de 2012 teve uma pequena melhora, seguida do ano de 2013, até que no ano de 2014 houve novamente uma queda nos resultados, ou seja, mais uma vez ocorreu o aumento da mortalidade infantil, sendo que, no ano de 2015 as ações necessárias para a intervenção e prevenção foram aprimoradas, alcançando o excelente resultado de 88% na escala de qualidade.

Já a morbidade, iniciou em 2010 com resultados medianos, tendo uma significativa melhora no ano de 2011, mantendo em 2012, o que demonstra que ações foram realizadas no intuito de melhoria para a população, mas que, em determinado momento, essas ações passaram a apenas manter o resultado, ao invés de continuar melhorando-os. Em 2013 os resultados voltaram a cair, tendo se mantido os mesmos até 2015, configurando a falta de investimento e atenção por parte da administração pública no sentido de prevenir e intervir no problema adoecimento.

A cobertura pela Atenção Básica em 2010 poderia ser considerada precária, de acordo com os resultados obtidos, tendo em vista serem muito baixo, sendo estes mantidos também em 2011. Em 2012 ocorreu uma pequena melhora, sendo mantido em 2013. Em 2014 novamente os resultados aumentaram, chegando em 2015 com números ainda mais expressivos. Fica demonstrado então, como a administração pouco a pouco foi melhorando e aprimorando as suas práticas e ações no intuito de melhorar e aumentar a cobertura pela atenção básica à população.

Da mesma forma, os recursos humanos na saúde no ano de 2010 mostraram-se baixos, não sendo o recomendado para alcançar bons resultados quanto ao atendimento da população. Esse número veio a ser mantido em 2011, tendo aumentado somente em 2012 e novamente mantido em 2013. Esse aumento não se mostrou significativo como era

necessário, mas já podemos observar uma melhora no demais aspectos. Em 2014 conseguiram melhorar um pouco mais o resultado, o mantendo em 2015.

Importante frisar aos administradores e gestores que, apesar de terem conseguido um aumento nos resultados, associando-os assim com a melhora na qualidade de vida da população, devem continuar trabalhando sempre no intuito de aumentar e melhorar estes números e não apenas mantê-los.

Para o bom funcionamento da assistência à saúde desenvolvida pelo processo de municipalização e regionalização, foi determinada pelo Ministério da Saúde alguns requisitos importantes, tais como, para os municípios da microrregião que aderirem a Comissão Intergestora Regionais (CIR), como no caso do município de Pirapora, estes devem necessariamente conter uma Rede Cegonha, Rede Psicossocial, Rede de Atendimento ao Câncer de Colo de Útero e de Mama e a Rede de Urgência e Emergência. Destacaremos a seguir as principais redes existentes e sua finalidade principal.

A **Rede Cegonha**, que tem como responsabilidade atender as gestantes desde seus primeiros meses de gravidez até a criança completar dois anos de idade, garantindo desta forma, qualidade na assistência independente da quantidade de consultas realizadas.

A **Rede Psicossocial**, que vem mostrar uma nova forma nos atendimentos psicossocial da população, pois, ela não vem com intuito de discutir se o município tem um hospital adequado, ou uma CAPS, ou unidade de acolhimento, mas, sobretudo, "olhar" para o município e entender o que o mesmo necessita para atender essa população.

A **Rede de Atendimento ao Câncer de Colo de Útero e de Mama**, que exige atendimento mais especializado por apresentar um grau maior de complexidade. Para os municípios pactuados no Centro de Informação e Recursos, o Ministério da Saúde estabeleceu uma meta para o final do quadriênio de implantação da rede com uma cobertura de 100%. Com o cumprimento da meta, o município receberá um repasse maior nas verbas, caso contrário, será punido rigorosamente e despactuado à CIR.

O Município de Pirapora aderiu ao CIR no início de 2011. No seu segundo ano de funcionamento (2012), realizou 3.611 (três mil e seiscentos e onze) exames citopatológicos em valores absoluto realizado em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos.

A **Rede de Urgência e Emergência** é importante para o atendimento da população na demanda espontânea. Todavia, muitos profissionais confundem essas duas variáveis fazendo diagnósticos rápidos e equivocados sobre a real situação em saúde vivida pelo paciente na hora de realizar o procedimento de triagem.

Pirapora, como em toda a mesorregião do Norte de Minas foi escolhida para dar início à implantação da rede de Urgência e Emergência em Minas Gerais. Acreditamos que isso tenha contribuído para que Pirapora conseguisse a aprovação para dar início à rede de urgência e emergência. Para sua implantação utilizou-se como modelo o protocolo de Manchester criado em 1997, método este apontado como articulador nas redes de Urgência e Emergência (MAGALHÃES, 2013).

Este modelo de atenção à saúde tem como principal objetivo estabelecer tempo para o atendimento médico ao paciente de demanda espontânea nos centros de saúde. Inicialmente, a paciente passa pela triagem para depois determinar as medidas cabíveis, seguindo o cronograma de tempo de espera dependendo da gravidade do caso.

Em novembro de 2012, Pirapora sediou o primeiro Simpósio da Rede de Urgência e Emergência do Norte de Minas, onde foram comemorados três anos de sua criação. Durante o simpósio, vários especialistas, discutiram a importância da rede de Urgência e Emergência no Norte de Minas para a continuação dos serviços e da atenção a saúde da população. Dentre os especialistas, compareceram o Secretário Estadual de Saúde, Técnicos do Ministério da Saúde e representantes do Sistema de Atenção Móvel de Urgência (SAMU).

O Hospital Dr. Magalhães Freire é importante para a atenção continuada em saúde no Município de Pirapora. Os exames mais especializados que os pacientes das unidades de saúde necessitam são realizados neste hospital. Aproximadamente de 180 a 200 exames mensais. O Hospital também recebe algumas internações de paciente encaminhado da ESF, mas isso acontece com menor frequência, uma vez que o centro de atenção secundária também disponibiliza leitos para internações de pacientes com casos menos grave em saúde⁴. Desta forma, o hospital Dr. Magalhães Freire contribuiu para a continuidade dos atendimentos realizados nas unidades de saúde e também para atender as necessidades em saúde da população da microrregião.

O hospital Dr. Moises Magalhães Freire atende toda a microrregião de Pirapora, com toda uma infraestrutura de um centro acolhedor de média e alta complexidade laboratorial. O hospital apresenta amplas salas de acolhimento e infraestrutura adequada para prestar atendimento de qualidade a população de Pirapora e microrregião. O hospital, está certificado como entidade beneficente de assistência social na área da saúde, como tal presta serviços ao Sistema único de saúde – SUS. Por ser referência técnica de média e alta complexidade laboratorial, o hospital disponibiliza diversos serviços, entre eles: tomografia,

⁴ Essas informações foram baseadas na fala do secretário adjunto da ESF de Pirapora (Sr. Valdsom Rezende).

hemodiálise, hemodinâmica, Unidade de terapia Intensiva (UTI) e UTI neonatal, além de vários outros procedimentos realizados, “tudo isso faz com que instigam os profissionais a interessarem pelos serviços em Pirapora, por apresentar uma rede de serviço em saúde mais encaminhado e organizado”⁵.

O referido hospital presta atendimento à saúde tanto pelo SUS como pela rede privada através de convênios, nele estão disponibilizados 114, sendo que trinta e um estão disponíveis para pacientes conveniados. As internações mensais variam de trezentos e setenta e quatro a quatrocentos pacientes mensais.

Tudo isso, nos faz pensar na importância do processo de regionalização da saúde proposto pelo Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais de 2003/2006 (PDR – MG 2003/2006), que subdivide o Estado de Minas Gerais em macrorregiões e microrregiões de saúde, para efeito de planejamento. Este planejamento possibilita construir um sistema mais equitativo e eficiente dentro das possibilidades. Com as redes de saúde interligada entre atenção primária, secundária e terciária, foi possível dar uma maior tranquilidade aos profissionais da saúde no desenvolvimento do seu trabalho e conseqüentemente possibilitou aos pacientes melhores qualidade de vida e saúde.

A qualidade de um sistema de saúde depende, dentre outros fatores, do equilíbrio entre as necessidades de cuidados de saúde da população e a oferta de serviços. Desníveis entre necessidade e oferta podem acarretar utilização desnecessária ou demanda reprimida. A prestação de serviços de saúde é composta por atendimentos que são de utilização mais frequente, envolvendo menores custos, bem como de serviços mais complexos, que por envolverem maior tecnologia e menor demanda, estão sujeitos a economias de escala (PINHEIRO et al, 2002). Outro empreendimento importante para a saúde pública de Pirapora foi iniciativa do Centro Viva Vida e do Centro de Promoção a Saúde em 2011.

O centro de referência Viva Vida, Hiperdia Minas e Promoção a Saúde têm como objetivo atuar de maneira integrada a atenção primária e terciária, garantindo assistência integrada à saúde sexual e reprodutiva, de crianças com alto grau de risco, dos hipertensos cardiovasculares e diabéticos com controle metabólico ruim. Atende a população por meio de intervenções capazes de diminuir a morbi-mortalidade. Esses centros apresentam muitas especialidades desde centro de pediatria e fisioterapia. Também apresentam diversas outras especialidades como, ultrassonografia, ginecologia, cardiografia, urologia, endocrinologia, neurologia, eletrocardiograma e teste ergométrico.

⁵ Fala do secretário adjunto da ESF de Pirapora (Sr. Valdsom Rezende).

O Centro Viva Vida e Promoção a Saúde atendem somente os pacientes que são encaminhados pelas Unidades de Saúde da Família. Sendo assim, todos os pacientes atendidos, sejam Hipertensas, crianças ou gestantes, devem necessariamente ser encaminhados pelos profissionais de saúde das unidades da ESF. O centro disponibiliza salas de acolhimentos com espaços amplos e bem arejados, com infraestrutura adequada para um bom atendimento à saúde.

O Centro Viva Vida e o Centro de Promoção a Saúde trabalham juntamente com o PSF no perímetro urbano da cidade, também prestam atendimento à microrregião com realizações de campanhas, oficinas e palestras. Ele consolida-se como um centro de excelência e referência em atenção especializada, realizando diversos procedimentos, possibilitando melhor qualidade de vida para a população do município.

Entre seus principais objetivos estão: (I) reduzir a mortalidade por hipertensão arterial, (II) reduzir doenças cardiovasculares, (III) reduzir diabetes mellitus e (IV) doenças renais crônica na população coberta. Além disso, o centro também tem como função prestar assistência especializada aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e doença renal crônica (BRASIL, 2012).

Esse programa aposta na sistematização de ações e na parceria entre governo e sociedade civil organizada como o principal requisito para diminuir as taxas de mortalidade infantil e materna. O Programa Viva Vida desvinculou-se do projeto Regionalização da Assistência à Saúde, assumiu status de Projeto Estruturador e teve suas metas revistas para a queda de 15% tanto da taxa de mortalidade infantil, como da razão de morte materna. O objetivo dos Centros é organizar o atendimento especializado nas áreas de saúde sexual e reprodutiva, além de prestar atendimento à criança de risco.

Em Pirapora, a construção do território da saúde sobre a égide da administração de Estados e municípios possibilitou para o campo da saúde pública recursos para o desenvolvimento e implantação de projetos e programas em benefício da população. Como por exemplo, a ESF, estratégia que necessita de um espaço organizado e delimitado para o seu pleno funcionamento.

Desta forma, é importante para as regiões de saúde trabalharem em conjunto na realização de ações e serviços em saúde, pois, com a organização dos serviços em rede possibilita a construção de vínculos solidários e de cooperação, construindo dessa forma o desenvolvimento do sistema de saúde e reafirmando como estratégia de reestruturação do sistema de saúde tanto quanto na organização quanto nos serviços prestados a população.

A característica fundamental de Pirapora seria a de um empório intermediário onde mercadorias e produtos transitam em várias direções. Para Neves (1999), o município se relaciona com os centros hegemônicos numa relação desigual e excludente, já que o desenvolvimento econômico do município não se transformou em desenvolvimento social.

O crescimento econômico de Pirapora foi acompanhado por um intenso crescimento populacional, principalmente entre os anos de 1920 e 1930. Neves (1999) relata que aproximadamente 16.000 pessoas ali residiam em 1920; cinco anos depois Pirapora já possuía uma população de 22.643 habitantes. Interessante notar que boa parte deste contingente populacional que chegava à cidade era composta de migrantes nordestinos que, fugindo da seca, procuravam os cafezais e a indústria do Sudeste, sendo a cidade uma parada estratégica, exercendo a função de entreposto comercial regional. Muitos destes migrantes resolviam passar a residir em Pirapora definitivamente. Este crescimento demográfico contribuiu para transformar Pirapora em um importante mercado consumidor regional, favorecendo o comércio e a agricultura local.

Ultimamente, o trecho entre Pirapora e a barragem de Sobradinho vem apresentando longos trechos com baixas profundidades no período de estiagem, o que representa graves riscos para a navegação local, resultado de desmatamentos, destruição da mata ciliar e assoreamento do leito do rio. O baixo nível do rio já inviabilizou o transporte de cargas em alguns períodos, como em 2000. A degradação contribuiu para a alteração do regime fluvial e aumento de sedimentos transportados. Com os desmatamentos, tal regime se caracteriza por fortes cheias e vazantes, o que somado ao aumento de sedimentos provoca mudanças no canal fluvial, de retilíneo para anastomosado, tornando o São Francisco um rio de leito migratório.

A renda per capita média de Pirapora aumentou no período entre 1991 e 2000, passando de R\$ 167,54 para R\$ 197,11, segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano (2003). Portanto houve um crescimento de cerca de 17,6% na renda per capita, o que pode evidenciar uma certa melhora na qualidade de vida e o dinamismo econômico da cidade.

A distribuição do PIB de Pirapora deixa clara a força que o setor industrial representa no contexto municipal, sendo o que mais contribuiu com o PIB local. Este também é o setor que tradicionalmente oferece grande quantidade de vagas de trabalho, absorvendo inclusive mão-de-obra dos municípios imediatamente vizinhos, como por exemplo, Buritizeiro e Várzea da Palma. Tal resultado condiz com o apresentado pela Fundação João Pinheiro (2007) em sua “tipologia de municípios” para 2004, onde Pirapora aparece

classificado entre aqueles de “maior indústria”, ou seja, onde a participação relativa do setor se localiza entre 40% (inclusive) e 70% (exclusive).

Em 2005, o PIB total de Pirapora era de 662.985,00 (valores em reais), estando entre os 50 maiores PIB's de Minas Gerais. Decompondo o PIB encontrado, verifica-se que deste total, cerca de 4,4% correspondia ao setor primário, 40,5% ao setor terciário e cerca de 55,1% ao setor industrial.

5.3 Vigilância em saúde e qualidade de vida

Embora encerre um conceito relativamente recente, a expressão qualidade de vida é, hoje em dia, utilizada frequentemente quer ao nível da linguagem comum, quer ao nível do discurso teórico, sendo um tema central em todas as análises e políticas de planeamento e de gestão do território, em particular das cidades.

No conjunto dos estudos dedicados à temática da qualidade de vida é notória, nos últimos anos, uma focalização crescente da pesquisa em torno da realidade urbana. O fato de, à escala mundial, se verificar uma tendência de reforço da concentração das populações em cidades constitui certamente um argumento justificativo da consolidação de uma corrente de investigação autónoma sobre a qualidade de vida urbana ao qual se junta, no entanto, um outro, igualmente importante, que tem a ver com o reconhecimento de que a urbanização atual, muitas vezes intensa e desordenada, é ela própria geradora de um conjunto de problemas cuja influência nas condições de vida dos cidadãos é relevante conhecer e avaliar.

Em relação às áreas urbanas, os estudos sobre a qualidade de vida são cada vez mais numerosos. É de se esperar esta tendência em virtude da crescente concentração da população nas cidades em escala mundial. “Por outro lado, o próprio padrão de urbanização, frequentemente desordenado é um gerador de problemas que influencia nas condições de vida da população” (SANTOS; MARTINS, 2002, p. 7).

Neste sentido, Ross (1995, p. 217) “afirma que o crescimento rápido das cidades não pode ser acompanhado no mesmo ritmo pelo atendimento de infraestrutura para melhoria da qualidade de vida”. A deficiência de redes de água tratada, de coleta e tratamento de esgoto, de pavimentação de ruas, de galerias de água pluviais, de áreas de lazer, de áreas verdes, de núcleos de formação educacional e profissional, de núcleos de atendimento médico-sanitário é comum nas cidades.

O maior número de indicadores não necessariamente torna o índice de qualidade de vida mais eficiente. Na verdade, o mais importante é ter em mente o quão eficazes são os

indicadores para descrever a realidade. Quando poucos indicadores conseguem descrever a população de maneira satisfatória, a introdução de novos indicadores tende a fornecer pequenas contribuições.

De acordo com Guimarães (2005) na qualidade ambiental urbana é possível encontrar preocupação acerca da temática ambiental e da qualidade de vida desde os textos bíblicos. Entretanto, foi a partir da Revolução Industrial que se começou perceber o cenário de miséria e exclusão social marcada pela intensa poluição, refletindo em baixa qualidade de vida.

Para analisar a qualidade ambiental de determinado lugar, o pesquisador deve focar em variáveis relacionadas ao ambiente, por exemplo: a qualidade do ar, a qualidade das águas, a quantidade de área verde, a qualidade de determinadas infraestruturas, são componentes de avaliação da qualidade ambiental que podem fazer parte de uma análise de qualidade de vida urbana, o contrário nem sempre ocorre, pois o nível de escolaridade e o rendimento da população não possuem necessariamente relação direta com a qualidade do ambiente.

Quando abordamos a promoção da saúde e qualidade de vida, temos novamente que, no ano de 2010 o resultado geral foi baixo, tendo pouco crescimento ao avançar dos anos. Dessa forma, chegaram ao ano de 2015 com resultados medianos, demonstrando a necessidade em caráter de urgência de melhorias nas ações relativas à cada indicador, sendo que, na escala, ao associar os resultados como qualidade de vida para a população, ficaram os mesmos na seguinte ordem de satisfação: Áreas Verdes, seguido dos empatados Áreas com sombras e Habitação, depois Áreas de lazer e Crescimento populacional, à seguir, empatados Segurança pública e Energia elétrica em domicílio e em último, também empatados Iluminação pública e Transporte.

Quando analisado a situação de Áreas verdes no município, alcançamos um resultado baixo em 2010, demonstrando uma falta muito grande das mesmas, o que inclusive impacta em outras situações. Em 2011 o resultado melhorou um pouco, se mantendo em 2012 e aumentando gradativamente entre 2013 e 2015. O resultado obtido no último ano, mostra-se muito significativo em comparação à 2010, comprovando que a administração vem trabalhando para alcançar essa melhoria para a população.

Já a Área com sombras iniciou 2010 com bons resultados, tendo mantido o resultados nos demais anos, com uma pequena melhora no ano de 2015, o que demonstra que ações foram realizadas no intuito de preservar o que já possuíam, mas que não houve investimento em aumento e melhoria dessas áreas para a população.

A Energia elétrica no domicílio se mostrou baixa em 2010, o que, conseqüentemente comprova que, o número de residências providas com energia elétrica não era suficientemente adequada, o que, por fim, prejudica a vida de seus moradores. Esse número se manteve em 2011, tendo um pequeno aumento em 2012. Com o crescimento da cidade e com isso, de sua população, em 2013 mais uma vez esse número caiu, voltando a crescer em 2014 e 2015. O número de residências atendidas com energia ainda não é total, mas esperamos que a administração continue se esforçando para alcançar essa meta.

Diferentemente, temos ótimos resultados quanto à Iluminação Pública na cidade, iniciando 2010 com um bom resultado, tendo o mesmo crescido gradativamente em 2011 e 2012, aumentando ainda mais em 2013, 2014 e 2015. Atualmente, cerca de 98% da cidade conta com iluminação, o que vem à melhorar ainda outros indicadores como por exemplo, segurança pública.

Quanto à Habitação, essa iniciou 2010 com resultados medianos, tendo porém aumentado gradativamente ano a ano, chegando à 2015 com excelentes resultados. Isso confirma que, a cidade está crescendo, tanto tamanho, como em quantidade de moradores.

Tendo em vista todos os investimentos realizados na região de Pirapora, o Crescimento populacional em 2010 se mostrou um tanto quanto baixo, se mantendo ainda em 2011 e 2012. Essa situação veio a ser modificada em 2013, com um aumento significativo da população, que, continuou a aumentar gradativamente até 2015. Isso, em partes, é uma reação ao resultados de outros indicadores que, ao melhorarem certas condições na vida da população, propicia esse aumento.

Ainda seguindo o raciocínio do investimento que fora feito na região de Pirapora, quando se trata de Transporte em 2010, temos um resultado um tanto quanto baixo, se mantendo praticamente da mesma forma em 2011. A partir de 2012, começamos a observar um pequeno crescimento neste quantitativo, melhorando significativamente ano a ano, até se chegar em 2015. Esse aumento deve-se muito à melhoria da economia e também do pensamento em se ter qualidade de vida e o que é necessário para se alcança essa qualidade.

Quando foi abordado o indicador Áreas de lazer, mostrou-se a negação quanto à estas por parte da administração pública, tendo o ano de 2010 um resultado muito baixo, praticamente mantido em 2011. Já em 2012 podemos notar um grande aumento nos resultados, sendo estes seguidos em 2013 e 2014, aumentando ainda mais em 2015. O número encontrado atualmente ainda não é o satisfatório, mas está bem perto, desde que a administração e seus gestores continuem com ações e investimentos neste sentido.

Quanto à Segurança pública, no ano de 2010 nos deparamos com números catastróficos, tendo tido uma pequena melhora em 2011, mas com o crescimento da cidade e aumento da população em 2012, este número voltou a cair. Nestes anos, podemos imaginar a infelicidade, o medo e a insegurança presentes na população de forma geral. A partir de 2013, houve um aumento significativo, concluindo que houve uma intensificação nas ações no intuito de melhorar a situação da segurança prestada à população. Em 2014 esse número continuou a crescer, alcançando um excelente resultado em 2015. E mais uma vez, esperamos que continuem a trabalhar sempre no intuito de aumentar e melhorar estes números e não apenas mantê-los.

A qualidade de vida urbana tem sido estudada por diversas disciplinas como a Sociologia, Arquitetura, Economia, Geografia entre outras. Cada ciência a estuda de acordo com suas bases teóricas, suas metodologias e logo, seus conceitos.

Para Nahas (2009) o conceito de qualidade de vida urbana foi consolidado a partir da década de 1960, quando esse passou a ser utilizado como contraposição a avaliações do nível de desenvolvimento estritamente econômico dos países. Ao longo das décadas de 1970 e 80 esse conceito sofre influências de novas transformações sociais, oriundas da questão ambiental, que começa a ser alardeada nessa época. No início dos anos 90, concretizou a concepção sobre qualidade de vida urbana expressa nos sistemas de indicadores sociais, elaborados para balizar a ação governamental diante do agravamento da situação social e da degradação ambiental nas cidades.

Um motivo que intensificou o debate sobre qualidade de vida urbana, no final do século XX, além dos problemas ocasionados pela urbanização atual, intensa e desordenada, foi à tendência da concentração das populações em cidades, fenômeno que ocorre em todo o mundo (SANTOS; MARTINS, 2002).

A qualidade de vida então passa a ser então entendida a partir da questão urbana, o foco do conceito passa a ser a cidade e o urbano. Para a mesma autora, ocorre uma fusão entre qualidade de vida e qualidade ambiental, quando se deseja formular indicadores para o planejamento urbano, a qualidade ambiental em um sentido amplo, torna-se um dos elementos para dimensionar a qualidade de vida urbana e quando se deseja o contrário, a qualidade de vida urbana é um elemento importante para mensurar a qualidade ambiental.

Nahas (2009) enfatiza que o conceito de qualidade de vida urbana é o resultado do desenvolvimento das cidades, dos problemas socioambientais e da necessidade de monitoramento em nível local. Entretanto, para que esse monitoramento seja efetivo é necessário o desenvolvimento de instrumentos que forneçam subsídios ao planejamento local,

como o caso de um sistema de indicadores de qualidade de vida urbana. Esses indicadores devem expressar a capacidade dos municípios em oferecer determinada qualidade de vida a seus moradores, enfatizando a acessibilidade a determinados serviços.

Já para Mansilla (2001), as paisagens urbanas constituem um elemento representativo da qualidade de vida urbana, pois, acessibilidade, limpeza, fluidez, qualidade das edificações, o tamanho das residências, o traçado viário, a presença de áreas verdes e a disponibilidade de serviços básicos são elementos indicativos do grau de satisfação das necessidades básicas e tornam-se referenciais para as gestões locais que almejam além da inclusão social, uma melhoria da qualidade de vida. Afinal sem o mínimo de bem-estar social e material não faz sentido avançar no debate da qualidade de vida urbana.

Ocorre atualmente demasiada confusão conceitual na abordagem da qualidade de vida e qualidade ambiental urbana. De acordo com Nahas (2001) a partir da década de 1970 o aprofundamento da consciência ecológica provocada pelo agravamento da degradação ambiental urbana e o agravamento dos problemas ambientais globais, vincula o conceito de qualidade de vida ao conceito de qualidade ambiental. Nessa década o debate acerca da qualidade ambiental assume lugar de destaque no debate político internacional e sua incorporação trouxe uma série de outras implicações com relação ao dimensionamento, e a própria concepção de qualidade de vida vinculada à noção do desenvolvimento sustentável. Deste modo, a partir da compreensão de que a sustentabilidade do desenvolvimento humano é fruto da interação de processos socioeconômicos e da dinâmica ambiental, ao longo dos anos, foram sendo produzidos subsídios teóricos e metodológicos voltados para a mensuração de variáveis ecológicas e de monitoramento ambiental, que culminaram na formulação de metodologias; visando avaliar a população acerca da qualidade do seu meio ambiente, assim como ocorreu com os indicadores sociais. (ROGGERO, 2009).

Portanto, segundo Nahas (2009, p. 3), tanto o(s) conceito(s) de qualidade ambiental quanto o de qualidade de vida tornaram-se vinculados, devido ao fato de que os problemas ambientais atingem diretamente a qualidade de vida da população, sendo que:

Como se observa até aqui, no campo conceitual, a mescla entre os dois conceitos (qualidade de vida e qualidade ambiental) é de tal ordem, que muitas vezes torna-se difícil estabelecer se a qualidade de vida é um dos aspectos da qualidade ambiental, ou se a qualidade ambiental é um componente do conceito de qualidade de vida. Na prática, a abrangência de cada um dos conceitos se explicita ao serem estabelecidos e aplicados métodos para sua mensuração, que acabam, assim, contribuindo para a formação do próprio conceito.

Com relação ao vínculo conceitual citado por Nahas (2009) entre a qualidade de vida e qualidade ambiental, talvez seja neste aspecto que se encontre a dificuldade de se delinear na prática os métodos de mensuração e o que será mensurado de modo a conceituar e explicitar o caráter da pesquisa (qualidade ambiental ou qualidade de vida urbana ou ambos) com maior transparência.

De acordo com Guimarães (1982), a ideia de qualidade ambiental aparece no debate político em várias dimensões, uma delas é a de que a preservação de condições mínimas de qualidade ambiental para as gerações futuras é obrigação. Não se trata de criar padrões de qualidade de vida, uma vez que esses padrões refletem valores e ideais, que talvez não sejam compartilhados por nossos sucessores. Trata-se de garantir água, ar, fonte de nutrição, consideradas condições básicas. Deste modo, o conceito de qualidade ambiental aparece como condição para garantir a qualidade de vida para futuras gerações e não criar parâmetros para medi-la.

A Qualidade de vida é uma expressão que vem se tornando comum no dia-a-dia das pessoas, mas que se reveste de grande complexidade, dada a subjetividade que representa para cada pessoa ou grupo social, podendo representar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, morar bem, ganhar salário digno, poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança.

O aumento do contingente populacional que vive em cidades desencadeia uma série de problemas de âmbito ambiental, social e econômico. É importante a análise das dimensões ambientais e das políticas públicas, para verificar se as mesmas estão sendo garantidas a população com objetivo de garantia da qualidade de vida nas cidades para seus habitantes.

Segundo Fleck et al (1999), o conceito de “qualidade de vida” refere-se ao movimento dentro das ciências humanas e biológicas para valorização de padrões mais amplos que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Além disso, esses autores afirmaram que o termo foi usado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que a mensuração de objetivos deve partir da qualidade de vida proporcionada às pessoas. Entretanto, para Kluthcovsky e Takayanagui (2007) o termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar.

Já para Landeiro et al (2011), o termo surgiu com o crescimento e desenvolvimento econômico ocorridos após a Segunda Guerra Mundial, sendo utilizado no Brasil a partir de 1970, inicialmente ligado circunscrito às práticas dos serviços de saúde.

Morato (2004) observa que alguns autores sugeriram a origem na Antiguidade, para outros, nos anos de 1930, ainda há aqueles que afirmam ser a década de 1960.

Contudo, em relação ao campo da saúde, segundo Minayo et al (2000), o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida tem sua origem no nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX. Entretanto, apenas em 1997 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como conceito que revela a visão subjetiva de auto definição.

A percepção do indivíduo sobre sua posição na vida no contexto dos sistemas de cultura e valor em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações é um conceito amplo influenciado pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com características marcantes do seu ambiente (OMS, 1997).

A OMS possui dois instrumentos de mensuração de qualidade de vida subjetiva, sendo eles: o World Health Organization Quality of Life-100 (WHOQOL-100) que é composto por um questionário de 100 perguntas sobre as dimensões: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais e o WHOQOL-Bref que é composto de 26 questões e sem os domínios de independência e racionalidade, duas questões são gerais de qualidade de vida, ao passo que as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original.

Durante os anos 80 a noção de qualidade de vida foi sendo sujeita a alterações como consequência de vários estudos empreendidos para melhor compreender o conceito. Uma análise da literatura da última década evidencia a tendência de usar definições focalizadas e combinadas, pois são estas que podem contribuir para o avanço do conceito em bases científicas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Segundo Seidl e Zannon (2004), foi na década de 1990 que se consolidaram a concepção de subjetividade e a multidimensionalidade de qualidade de vida, ou seja, a própria pessoa deveria julgar sua qualidade de vida em diferentes aspectos. Esses autores ainda acrescentaram que há duas tendências quanto à conceituação do termo na área de saúde. Uma tendência refere-se à qualidade de vida como conceito mais genérico, em que apresenta a aceção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência às disfunções ou agravos, como o conceito da OMS. Nessa linha, as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população e não apenas portadores de agravos específicos, podendo, assim, utilizar os instrumentos abrangentes.

Diversas alternativas de medição e de definição de qualidade de vida foram desenvolvidas nas décadas de 80 e 90, conforme referem Diener e Suh (1997), e cujos parâmetros de avaliação, se descrevem em três grupos distintos e que assentam: a) em indicadores sociais como a saúde e os níveis de criminalidade; b) em medidas subjetivas de bem-estar, avaliando os indivíduos nas suas vidas e na sociedade e c) em indicadores económicos.

Todos estes indicadores apresentam pontos fortes e pontos fracos, no entanto eles são complementares e por isso todos são necessários em conjunto para compreender a qualidade de vida (DIENER; SUH, 1997).

A complexidade do conceito de qualidade de vida é evidenciada por Scalon (1993), quando refere que a qualidade de vida sofre de uma riqueza embaraçosa de possibilidades. Primeiramente há um número de perguntas relacionadas mas distintas com que esta noção pode ser associada (...). Em segundo cada uma dessas perguntas admite interpretações diferentes e várias respostas possíveis. Finalmente há diferentes pontos de vista pela qual pode ser feita a pergunta sobre o que faz melhorar a vida de uma pessoa.

Felce e Perry (1995) propõem um modelo de qualidade de vida que integra indicadores objetivos e subjetivos, valores individuais e vários domínios da vida. A categorização do modelo engloba 5 dimensões: bem-estar físico, bem-estar material, bem-estar social, bem-estar emocional e desenvolvimento e atividade. O mesmo autor define qualidade de vida como um bem-estar geral que compreende descritores objetivos e avaliações subjetivas de bem-estar material, físico, emocional e social, bem como o grau de desenvolvimento pessoal e a atividade intencional, ponderados por um conjunto de valores pessoais.

As condições de vida objetivas, as avaliações subjetivas de bem-estar e os valores pessoais, podem afetar-se mutuamente entre si ou alterar-se de forma independente como resultado de influências externas (por exemplo idade, maturidade, emprego, influência dos pares, pontos de referência, entre outros), pelo que é necessário a avaliação dos mesmos em qualquer processo de avaliação da qualidade de vida (FELCE; PERRY, 1995).

Na área médica o assunto sobre a qualidade de vida introduziu o conceito a partir do referencial da clínica, para indicar o movimento em que, a partir de situações de lesões físicas ou biológicas, se ofereçam indicações técnicas de melhorias das condições de vida de pacientes enfermos. Assim, a noção de saúde, nessa área, é funcional, o que evidencia uma visão medicalizada do tema, sendo seus indicadores bioestatísticos, psicométricos e económicos, fundamentados na lógica de custo-benefício (MINAYO, 2000).

De acordo com Seidl; Zannon (2004), em relação às metodologias dos estudos sobre qualidade de vida na área da saúde, os autores identificaram trabalhos que utilizam métodos quantitativos e outros qualitativos. Na área da saúde pública, as análises entre as condições de vida, qualidade de vida e saúde se aproximam dos clássicos da medicina social sobre promoção da saúde como sua estratégia central.

Leal (2008) destacou algumas abordagens sobre a qualidade de vida, a saber: biológica, que está ligada à percepção do indivíduo sobre sua saúde física e mental; cultural, que pode ser influenciada pelo contexto em que o indivíduo foi criado, onde ele assimila valores e concepções dos seus familiares e dos meios de comunicação; a perspectiva econômica referente ao suporte financeiro e material de cada indivíduo, bem como os sentimentos que a eles estão relacionados e a perspectiva psicológica, que depende da personalidade de cada um se aproximando do conceito de felicidade, bem-estar ou estado de desânimo.

Sen (2010) relata sobre a semelhança entre a perspectiva da liberdade e a qualidade de vida, a qual se concentra em como as pessoas vivem e não apenas nos recursos ou na renda. Também traz a importância de ampliação das liberdades reais das pessoas, as quais envolvem tanto os processos que permitem a liberdade de ações e decisões quanto às oportunidades reais que as pessoas têm diante das circunstâncias pessoais e sociais.

Para Vitte (2009, p. 117):

A concepção de qualidade de vida não pode ser dissociada da análise das condições materiais, também não pode desprezar a perspectiva cultural e simbólica da população, os significados dos lugares que atuam na construção do sentimento de pertencimento da comunidade e principalmente na constituição do imaginário e a sociabilidade da comunidades.

Minayo (2000, p. 2) conceitua qualidade de vida como:

Uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

O conceito de qualidade de vida é muito abrangente, compreende não só a saúde física como o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e sua relação com o ambiente em que as pessoas habitam. Está diretamente associado ao bem-estar pessoal

e coletivo compreendendo vários aspectos, como o nível socio-econômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. Essa complexidade do conceito de qualidade de vida também se aplica a qualidade de vida urbana, pois o espaço urbano será entendido, pela sociedade, como saudável ou não, de acordo com os valores culturais, históricos e tecnológicos que essa sociedade traz consigo.

As necessidades mínimas da população ou condições necessárias para que se possa desenvolver seu potencial de acordo com o que elas próprias consideram importantes, segundo sua história e cultura, são dispostas de acordo com a possibilidade do ambiente em oferece-las, conceituando-se assim, a forma de satisfação básica (VEENHOVEN, 2006).

Considera-se a qualidade de vida como a crescente satisfação das necessidades básicas da população, tanto materiais quanto não materiais, juntamente com a justiça social, para alcançar a autonomia de um povo (SOUZA, 2008).

Neste sentido, podemos observar que algumas necessidades humanas se transformam com o tempo, mas as necessidades básicas, ou basilares, são as mesmas em todas as culturas e em qualquer período histórico, pois são afeitas à condição de vida humana. É importante considerar as necessidades básicas que o conceito de qualidade de vida guarda, pois este tem relação com a satisfação das necessidades humanas, e que inúmeros estudos fazem essa relação. Assim, sem o mínimo de bem-estar material de conforto urbano não é possível seguir no debate de qualidade de vida, por isso, as necessidades complexas não podem ser pensadas antes das básicas, mas podem e tem de ser pensadas juntas (VITTE, 2009).

Para Minayo (2000, p. 5):

O patamar material mínimo é universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço.

Minayo (2000), traz a indagação sobre o conceito de qualidade de vida e a responde:

Seria, portanto, qualidade de vida uma mera representação social? Sim e não. Sim, pelos elementos de subjetividade e de incorporação cultural que contém. Não, porque existem alguns parâmetros materiais na construção desta noção que a tornam também passível de apreciação universal.

Por fim, Herculano et al. (2000), apontam a importância do estudo da qualidade de vida, descrevendo que: “Talvez por isso a ênfase dos estudos sobre qualidade de vida enfoque predominantemente a sua mensuração, ficando embutido na escolha sobre o que mensurar os pressupostos do que se entende venha a compor a qualidade de vida”.

Desenvolvimento, meio ambiente e qualidade de vida estão intimamente relacionados. As conexões entre ambiente e saúde, podem ser tratadas a partir de três modelos de análise. O “paradigma biomédico” é derivado da parasitologia, da epidemiologia e da toxicologia ambiental, enquanto que a “economia política da saúde” tem como foco a redução das desigualdades sociais e a oferta de infraestruturas de água, esgoto e coleta e tratamento de resíduos. Mais recentemente, um terceiro paradigma – “ecosocial” – tem evoluído a partir do movimento ambientalista e da medicina social. Tal paradigma procura gerar um conjunto integrado de princípios úteis para a investigação e para a ação pública tendo como base as ligações entre saúde, meio ambiente, processos sociais e desenvolvimento econômico (KRIEGER, 2001).

Com isso, a saúde pública passa a incorporar, além da biomédica restrita, dimensões políticas, econômicas, culturais e ecológicas na compreensão dos problemas de saúde das populações, vistos cada vez mais como fenômenos complexos e multidimensionais, exigindo novas estratégias de intervenção (PORTO; MARTINEZ-ALIER, 2007).

A saúde é uma situação que está além da simples ausência de doenças, incluindo o bem-estar físico, mental e social. Os fatores determinantes e condicionantes do bem-estar e da qualidade de vida, previstos pela lei 8.080 de 1990, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer –, exigem mudanças de abordagens e posturas da administração pública na esfera ambiental e na inter-relação entre ecossistemas, economia e saúde. Tal perspectiva é de extrema importância para que a “questão ambiental” e sua interface com a saúde evoluam para um patamar mais avançado de elaboração, execução, acompanhamento e avaliação de políticas públicas (BRASIL, 1990).

Uma política de informação em saúde ambiental é uma ferramenta essencial para a tomada de decisão e elaboração de políticas públicas visando à saúde e ao desenvolvimento sustentável. É igualmente imprescindível para apoiar ações capazes de reverter a degradação ambiental e melhorar a qualidade de vida da população (AUGUSTO; BRANCO, 2003). Daí a necessidade de criar indicadores capazes de gerar informações úteis.

Ainda segundo Augusto e Branco (2003), é preciso que os parâmetros ambientais estejam conjugados aos sociais e econômicos, o que resulta nos chamados indicadores de desenvolvimento sustentável (IDS).

Para Ribeiro (2004), as preocupações com a problemática ambiental estão inseridas na Saúde Pública desde seus primórdios, apesar de só na segunda metade do século XX ter se estruturado uma área específica para tratar dessas questões. Essa área que trata da inter-relação entre saúde e meio ambiente foi denominada de Saúde Ambiental.

A construção de ambientes mais saudáveis, considerando não apenas a saúde, mas todas as dimensões que afetam a qualidade de vida das pessoas, passa pelo processo de planejamento e gestão urbanos, a partir de um enfoque multidisciplinar e intersetorial, com ações voltadas para a promoção de atitudes saudáveis, investimentos nos diferentes ambientes: físico, social, econômico, cultural, através, por exemplo, do transporte público não motorizado, da prática de atividade física, da segurança alimentar, do saneamento básico, entre outros, cujas ações se desdobram em dimensões imateriais e em equidade, como índices de poluição atmosférica, de qualidade da água, de capital social, das oportunidades (de bens e serviços) locais solidariedade, participação, justiça etc (ALVES & BENACHIO, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de três milhões de crianças morra anualmente por causas relacionadas a problemas de água e de contaminação. Cerca de 80% a 90% dos casos de diarreia são causados por fatores ambientais (MINAYO, 2008).

As ameaças de queda na qualidade de vida e a difusão de doenças tornaram-se reais por conta das aglomerações urbanas excessivas aliadas a desequilíbrios ecológicos. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, em termos globais, 23% das mortes prematuras pode ser atribuída a fatores ambientais, como poluição do ar e da água e exposição a substâncias químicas. Em especial nas mortes de crianças, podem ser citados o envenenamento, as infecções respiratórias, a diarreia e a malária (SOUZA et al, 2009).

A criação e o uso constante de índices para mensurar a qualidade ambiental urbana demandaram a criação de um departamento de indicadores sociais pelo IBGE, mais amplamente atualizados na década de 1990 (BOMFIM, 2007). Algumas cidades adotaram métodos de cálculo deste tipo de índice como ferramenta para o planejamento, como São Paulo, que se baseia na metodologia Global Environment Outlook (GEO) propondo uma avaliação contínua do ambiente das cidades, e Belo Horizonte com seu IQVU que mapeia a qualidade ambiental na cidade propondo agir em áreas problemáticas, garantindo assim a justiça ambiental.

O IBGE, na definição de alguns índices que compõem sua base, torna mais claro como eles podem ser usados. Alguns pontos podem ser destacados como a definição de saneamento como composto pela disponibilidade de água, esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos, a definição de domicílios precários e suas especificidades que o identificam, como ausência de água canalizada, esgoto, fossa séptica, irregularidade fundiária etc. (IBGE, 2010). Esses indicadores, usados em nesta análise, mostram a relação da saúde da população e do ambiente urbano, e seu estudo pode ajudar na construção de índices de qualidade ambiental urbana, dando base para suas análises em diversas escalas.

Alguns indicadores de saúde ambiental estão fortemente relacionados com o nível socioeconômico da população, entre os quais as condições de moradia e do peridomicílio. Um importante ângulo da questão ambiental refere-se à cobertura e à qualidade dos serviços de saneamento básico: abastecimento de água, rede de esgotos, sistemas de coleta de resíduos sólidos e de águas pluviais. Um indicador muito utilizado é a proporção da população que dispõe de um sistema adequado de abastecimento de água, de eliminação de dejetos e de coleta regular de resíduos sólidos (PEREIRA, 2007).

6. CONCLUSÃO

A preocupação crescente com a qualidade de vida em saúde e o incremento de instrumentos para a sua avaliação, têm contribuído para a busca de soluções que visam melhorar o estado de saúde da população e proporcionar melhores condições de acesso aos cuidados de saúde. São vários os instrumentos aplicados na investigação cujos resultados permitem comparar populações, detectar desigualdades ou injustiças, e até compreender as causas das assimetrias em saúde.

O acelerado processo de urbanização leva à necessidade de se reconhecer a importância de abordagens ampliadas da situação de saúde, do planejamento e gestão urbana com vistas ao enfrentamento dos novos e velhos desafios gerados pelo aumento da população urbana nas cidades, pois, a qualidade de vida e a saúde pública são influenciadas pelas condições ambientais em que vivem a população.

Diante desse quadro, entende-se a preocupação crescente em analisar as políticas públicas implementadas nas cidades com o propósito de melhorar a qualidade de vida da população.

Compreende-se, que uma cidade, independente do seu tamanho populacional e territorial, apresenta disparidades físicas, sociais e econômicas, que refletem nas condições de

acesso à infraestrutura urbana, como moradia, saneamento básico e rede de esgoto, e essas diferenças, conseqüentemente, vão incidir na qualidade de vida dessas pessoas.

O uso de indicadores como os que são aqui considerados, avaliam o alcance das políticas públicas planejadas ou implementadas no âmbito do poder municipal. A definição de indicadores de qualidade urbana não é tarefa simples, pois eles variam de acordo com a metodologia ou ideologia do pesquisador, além de refletir o momento histórico.

Os indicadores selecionados pretendem caracterizar as diversas dimensões associadas ao conceito de qualidade de vida na cidade de Pirapora/MG, e que foram objeto de discussão nos capítulos apresentados no estudo.

A criação de indicadores tem interesse prático, uma vez que estes podem ser aplicados no planejamento urbano, por meio do estabelecimento de políticas públicas que atenuem os efeitos negativos ocasionados pelo crescimento populacional nas cidades, considerando a estreita relação entre a qualidade ambiental urbana e a qualidade de vida da população.

As políticas públicas de saúde são ações que tem por objetivo primordial a promoção da saúde da população com a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade como um todo. Visando a criação e implementação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade social, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania, com isso tornando um direito de todas as pessoas.

Existem vários estudos que procuram entender as relações intra-urbanas, verificando as desigualdades sociais, econômicas e ambientais entre seus espaços, utilizando de métodos qualitativos ou quantitativos, normalmente para tentar organizar o espaço urbano, seja por meio de políticas públicas ou reivindicações sociais. Neste momento, o planejamento urbano se apresenta como a principal ferramenta da organização do espaço urbano, medindo a satisfação da população residente por meio dos indicadores de qualidade de vida, para posterior alocação de recursos para infra-estrutura nos locais considerados como mais carentes, ou mais problemáticos, como as áreas de vulnerabilidade social.

De acordo com o resultado disposto nesta pesquisa, o melhor ano em relação às ações realizadas para a população foi o de 2015. Pode-se verificar ainda uma melhora na situação entre os anos 2012 e 2013 e logo após melhoras significativas, mas no geral, pode-se dizer que o crescimento dos resultados mostrou-se constante, ou seja, a cada ano, a situação dos indicadores selecionados melhorou para a população.

Foi ainda realizada uma análise de sensibilidade, com o intuito de demonstrar que, ainda que fossem alterados os pesos aplicados à cada indicador, conforme entendimento do tomador de decisão, os resultados permaneceriam praticamente iguais, tendo o ano de 2015 os melhores resultados, sendo que, em ordem de qualidade, teríamos a promoção da saúde e qualidade de vida, seguida das políticas públicas de prevenção em saúde e por último, as políticas públicas de saneamento básico.

Nossos resultados indicam que a análise dos dados obtidos no município adotada pelo gestor de maneira diversificada aliada às informações atualizadas do município, pode se constituir em ferramenta eficiente para a gestão pública.

É importante que haja afinidade entre as políticas públicas promovidas e a realidade entendida no contexto local pelos cidadãos, o que pode ser decorrente do que a população percebe no ambiente no qual se integra, indicando aos gestores que algumas lacunas existentes nas políticas públicas podem ser explicadas pela incompatibilidade entre a realidade para a qual as políticas públicas são formuladas e aquela vivida pela população.

E ainda, é relevante colocar a percepção da população como base de informação para a gestão ambiental local e que poderia ser utilizada para nortear e avaliar os processos de formulação e implementação das políticas públicas, planos, programas e projetos.

Proporcionar a integração das políticas de saúde brasileiras pode não garantir mudanças integrais, mas são positivas à saúde de uma população. É necessário respeitar a vontade e os significados atribuídos pelos cidadãos e pelas comunidades, ao seu próprio bem estar e principais necessidades e o que dificulta o sucesso na melhoria das condições de saúde da população em geral.

Dessa forma, entende-se que o trabalho realizado apresenta contribuição significativa para a implementação de ações direcionadas para a população, pois mostra um panorama dos indicadores que influenciam na qualidade de vida da população.

A constante avaliação dos indicadores seria de grande valia para um acompanhamento da situação de saúde da população, bem como avaliação das ações de melhoria implementadas ao longo do tempo.

Portanto, espera-se que este estudo contribua para a discussão acerca da aplicação da Metodologia Multiatributo que permite o monitoramento e a análise da qualidade de vida urbana, contribuindo com uma abordagem integrada e sistêmica de indicadores.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, Jaime Rabelo; WENWECK, Gustavo Azeredo Furquim; SANTOS, Max André dos; SOUZA, Rita de Cássia. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 53-62, Rio de Janeiro, 2000.

AFEPI, Grupo de Farmacoeconomía de la Zona II de la SEFH. Elección y ponderación de criterios de selección de medicamentos. Aplicación a la selección de antibióticos y antidepresivos para la guía farmacoterapéutica. **Farm Hosp, Madri**, v. 24, n. 1, p. 12-19, 2000.

AGUIAR, Ieda Gonçalves. Cidades sustentáveis, desafios e propostas. **Fragments de Cultura**, Goiânia, v. 18, n. 3/4, p. 283-300, mar./abr. 2008.

AKERMAN, Marco; MENDES, Rosilda; BÓGUS, Maria Cláudia; WESTPHAL, Márcia Faria; BICHIR, Aluisio; PEDROSO, Mylene Lyra et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no município saudável. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 638-46, 2002.

ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2002.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Cidade/Município Saudável - A questão estratégia o compromisso político. **Saúde & Sociedade**, v. 6, n. 2, p. 71-81, 1997.

ALMEIDA, M. A. B; GUTIERREZ, G.L. Qualidade de vida: discussões contemporâneas. In: **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI**. Vilarta, R.; Gutierrez, G.L.; Monteiro, M.I. (Org.). Campinas: Editora Ipes, 2010, p. 150-168.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **Am J Public Health**, n. 93, p. 2.037-2.043, 2003.

ALVES, Lidiane Aparecida; BENACHIO, Marcus Vinício. As contribuições da educação ambiental para a construção de Cidades saudáveis. **Enciclopédia Biosfera**, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.7, n.12, 2011.

AMARAL, Mônica Franco; PROVIN, Mércia Pandolfo. Aplicabilidade da metodologia multiatributo na seleção de heparinas em hospital público. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 7, n. 4, p. 9 - 21, 2010.

AMORIM, M. C. de C.T. **Análise ambiental e qualidade de vida na cidade de Presidente Prudente/SP**. 1993. Dissertação (Mestrado em Geografia), Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente.

ARANHA-SILVA, E. Lazer nos espaços urbanos. **Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros**, Três Lagoas, v. 1, n. 1, p. 54-68, 2004.

ASMUS, C.I.R.F., ALONZO, H.G.A., PALÁCIOS, M., SILVA, A.P., FILHOTE, M.I.F., BUOSI, D., CÂMARA, V.M. Avaliação de risco à saúde humana por resíduos de pesticidas organoclorados em Cidade dos Meninos, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.4, p.755-766, 2008.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO. **PNUD**, 2003. Disponível em <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em 02 de Fev. 2016.

AUGUSTO, L.G.S. et al. Saúde e Ambiente: uma reflexão da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 87-94, 2003.

AUGUSTO, L. G. S.; BRANCO, A. Política de informação em saúde ambiental. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 150-7, jun. 2003.

AUGUSTO, L. G. da S.; FREITAS, C. M.; TORRES, J. P. M. Risco ambiental e contextos vulneráveis: implicações para a vigilância em saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. Recife, 2002. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a05.pdf> Acesso em: 23/01/2016.

AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; MAIA, T. M.; MARQUES, E. S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, mai./jun. 2007.

BARBA-ROMERO, S.; POMEROL, J.C. **Decisiones multicriterio**: fundamentos teóricos e utilización práctica. Colección de Economía. Alcalá: Universidad de Alcalá, 1997.

BARBOSA, R. V. R.; BARBIRATO, G. M.; VECCHIA, F. A. S. **Vegetação Urbana**: análise experimental em cidade de clima quente e úmido. Curitiba: ENCAC- COTEDI, 2003.

BAVA, Silvio Cacia. **Tecnologia social e desenvolvimento local**. Tecnologia social: uma estratégia para o desenvolvimento. Rio de Janeiro: Fundação Banco do Brasil, 2004. p. 103-116.

BELTON, V; STEWART, T.J. **Multiple Criteria Decision Analysis**: An Integrated Approach. Massachusetts: Kluwer Academic Publishers, p.372, 2002.

BENGOCHEA, J. L. et al. A transição de uma polícia de controle para uma polícia cidadã. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 1, p. 119-131, 2004.

BESEN, G. R. et al. Resíduos sólidos: vulnerabilidades e perspectivas. In: SALDIVA P. et al. **Meio ambiente e saúde**: o desafio das metrópoles. São Paulo: Ex Libris, 2010.

BITTENCOURT, A. S; LEAL, M. C; SANTOS, M. O. Hospitalizações por diarreia infecciosa no Estado do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, fascículo, p. 747-54, 2002.

BOMFIM, Laís Raquel Muniz. **Desenvolvimento da qualidade urbana em cidades médias e áreas verdes: o caso de Franca.** 2007. 78 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2007.

BRAGA, Roberto. **Estrutura urbana e sustentabilidade ambiental em cidades de porte médio: uma análise da cidade de Rio Claro-SP.** III Congresso Luso Brasileiro para o Planejamento Urbano, Regional, Integrado e Sustentável – PLURIS, 2008.

BRANDAO, Israel Rocha. Na trilha do Município Saudável. In: SPERANDIO, Ana Maria Girotti (Org.). **Políticas integradas em rede e a construção de espaços saudáveis: boas práticas para a iniciativa dos rostos, vozes e lugares.** Brasília: OPAS, 2010. p. 31-47.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 28 jan. 2016.

BRASIL. Portaria no 36/GM. **Padrão de potabilidade da água destinada ao consumo humano.** Brasília: Ministério da Saúde. 1990.

BRASIL, Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente, saúde.** Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, 1997.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Secretaria de Recursos Hídricos. **Declaração Universal dos Direitos da Água.** Porto Seguro: MMA/SRH, 2000 (Histore de L'eau, George Ifrah, Paris, 1992).

BRASIL. Estatuto das cidades. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. **Estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências.** Brasília: Senado Federal, 2001.

BRASIL. Lei no 10.257, de 10/07/2001. Dispõe sobre o Estatuto da Cidade. **Diário Oficial da União,** Brasília, 2001b.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de saneamento.** 3. ed. rev. Brasília: FUNASA, 2006. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/eng/eng_saneam.pdf> Acesso em: 6 Out. 2016.

BRASIL. Lei 11.445, 5 jan. 2007. **Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico;** altera as Leis nos 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências. Publicado no DOU de 8.1.2007 e retificado no DOU de 11.1.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção básica. Departamento de atenção básica. **Auto avaliação da melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.** AMQ/

Ministério da saúde. Departamento da atenção básica – Brasília: Ministério da Saúde. 2012. 134p.:Il (serie B. textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRICEÑO-LEÓN, R. (Org.). **Violencia, sociedad y justicia en América Latina**. Buenos Aires: Clacso, 2002.

BUSS P.M et al. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. ENSP, Rio de Janeiro. 1998.

BUSS, PAULO MARCHIORI. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência saúde coletiva**, vol.5 no.1, Rio de Janeiro, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

CAIRNCROSS, S.; FEACHEM, R. **Environmental health engineering in the tropics: an introductory text**. New York: John Wiley & Sons, 2005.

CALIJURI, M. L. et al. Estudo de indicadores de saúde ambiental e de saneamento em cidade do norte do Brasil. **Revista Engenharia Sanitária e Ambiental**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 19-28, 2009.

CARDOSO, Lucio. **A Maleita**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2005.

CARLOS, Ana Fani A. **A cidade**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1994.

CARTA DE FORTALEZA. **Texto apresentado no I Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas**, Fortaleza. 1995.

CARVALHO, Pompeu F. de; BRAGA, Roberto (orgs.). **Perspectivas de Gestão Ambiental em Cidades Médias**. Rio Claro: LPM-UNESP, 2001.

CAVALHEIRO, F.; DEL PICCHIA, P.C.D. **Áreas verdes: conceitos, objetivos e diretrizes para o planejamento**. 1º Congresso Brasileiro sobre Arborização Urbana e 4º Encontro Nacional sobre Arborização Urbana. Vitória-ES, 1992.

CARVALHO, Sonia Nahas. Condicionantes e possibilidades de políticas do planejamento urbano. In: VITTE, Claudete de Castro Silva; KEINERT, Tania Margarete Mezzono Keinert (Org.). **Qualidade de vida, planejamento e gestão**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. p. 21-65.

CASTELLANOS, P. L. On the concept of health and disease. Description and explanation of the health situation. **Epidemiol Bull**, v. 10, p. 1-8, 1990.

CERVO, Amado L.; PERVIAN, Pedro A.; SILVA, Roberto da. A pesquisa: técnicas de coleta dos dados. In: **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHEMIN, B. F. Políticas públicas de lazer: o papel dos municípios na sua implementação. Curitiba: Juruá, 2007.

CHIORO, A.; SCAFF, A. **Saúde e cidadania**: a implantação do Sistema Único de Saúde. 1999. Disponível em: <www.consaude.com.br/sus.htm>. Acesso em: 05 jun. 2016.

CHIVIAN, E.; BERNSTEIN, A. (Ed.) **How human health depends on biodiversity**. New York: Oxford University Press, 2008.

COHEN S.C et. al. **Habitação saudável no SUS. Uma estratégia** de ação para o PSF: uma incorporação do conceito de habitação saudável na política pública de saúde. Documento produzido pela Rede Brasileira de Habitação Saudável. ENSP, Rio de Janeiro. 2003.

CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. **A promoção da saúde e a estratégia de cidades saudáveis**: um estudo de caso no Recife (PE). 2008. 261 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

CUO, L. et al. Effects of a Century of Land Cover and Climate Change on the Hydrology of the Puget Sound Basin. **Hydrological Processes**, v. 23, n. 6, p. 907-933, 2009.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(3):595-617, jul-set, 2000.

DIENER, E., SUH, E. Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. **Social Indicators Research**, 40: 189-216, 1997.

DAVID, Helena. **Bússola**: estabelecendo prioridades em políticas públicas através de indicadores de desenvolvimento humano: longevidade, educação, renda, infância, habitação. Rio de Janeiro, Litters Ed. 2001.

DUTRA, D. de A. **Geografia da saúde no Brasil**: Arcabouços Teóricos – epistemológicos, Temáticas e desafios. 2011. 177f. Tese (Doutorado em Geografia) – Setor de Ciências da Terra, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

EMMANUEL, M. R. **An urban approach to climate: sensitive design**. London: Spon Press, Londres, 2005.

ESTEFANO, E.V.V. **Satisfação dos recursos humanos no trabalho: um estudo de caso na biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina**. 1996. 117f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

FAROOQUI, A; KHAN, A; KAZMI, S. U. **Investigation of a community outbreak of typhoid fever associated with drinking water**. *BMC Public Health* 2009; 9:476.

FELCE, D., PERRY, J. Quality of life: its definition and measurement. **Research in developmental disabilities**, v. 16, n. 1, p. 51-74, 1995.

FERNANDES, Edésio. **Impacto socioambiental em áreas urbanas sob a perspectiva jurídica**. In: MENDONÇA, Francisco (Org.). Impactos Socioambientais Urbanos. Curitiba: Ed. UFPR, 2004, p. 99- 128.

FERNANDES, R.B.A., LUZ, W.V., FONTES, M.P.F., FONTES, L.E.F. Avaliação da concentração de metais pesados em áreas olerícolas no Estado de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Engenharia Agrícola e Ambiental**, v.11, n.1, p.81–93, 2007.

FERRAZ, S. T. **Cidades Saudáveis** – uma urbanidade para 2000. Brasília: Paralelo 15; 1999.

FERREIRA, José Roberto; BUSS, Paulo Marchiori. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Projeto Promoção da Saúde**, 2002.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; LOUZADA, Olinda Fachael Leal; XAVIER, Maria; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyzandra; PINZON, Vanessa. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FOLTZ, A. M. **The policy process**. In: Janosvsky K, editor. Health policy and systems development: an agenda for research. Geneva: WHO; 1996. p. 207-26.

FRANCO, R.M.B. Protozoários de veiculação hídrica: relevância em saúde pública. **Revista Panamericana de Infectologia**, São Paulo, v. 9, n.1, p.36-43, 2007.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Informativo CEI. **Produto Interno Bruto de Minas Gerais – municípios e regiões. 2002 – 2005 – Nova Série**. Belo Horizonte: FJP, 2007. Disponível em <<http://www.fjp.mg.gov.br>>. Acesso em: 02 de fev. 2016

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODIM, G. M. de M. Espaço e Saúde: Uma [inter] ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações. In: MIRANDA et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 57-75.

GODIM, Grácia Maria de Miranda, MONKEN, Mauricio. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Julio Cesar França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJU, 2008, 480 p.

GODIN, Garcia Maria de Miranda et AL. **O território da saúde**: organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Barcellos, Cristovam. Território, ambiente e saúde. RJ: Fio cruz, 2008.

GOLDEMBERG, J.; VILLANUEVA, L. D. **Energia, meio ambiente e desenvolvimento**. Tradução André Koch, 2 ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

GOUVEIA, N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Saúde e Sociedade**, v.8, n.1, p.49-61, 1999.

GRISOTTO, Luiz Eduardo Gregolin. **Identificação, avaliação, espacialização das relações entre indicadores de saúde, saneamento, ambiente e socioeconomia no Estado de São Paulo**. 2011. 311 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

GUIMARÃES, A. J. A.; CARVALHO, D. F. de; SILVA, L. D. B. da. **Saneamento básico**. Disponível em: Acesso em: 13 jan de 2016.

GUIMARÃES, R. P. Ecopolítica em áreas urbanas: A dimensão política dos indicadores de qualidade ambiental. GUIMARÃES, R. P.; CORDEIRO, H. A.; COIMBRA, M. (Orgs.) In **Qualidade de Vida Urbana**. Debates Urbanos 7. Rio de Janeiro: Zahar Editores, p. 21-53, 1982.

GUIMARAES, R. P. Ecopolítica em áreas urbanas: a dimensão política dos indicadores de qualidade ambiental. In: SOUZA, Amaury (Org.). **Qualidade da vida urbana**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos; MELO, Cristina; SANCHES FILHO, Alvino. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1642-1650, nov-dez, 2004.

GUIMARÃES, S.T.L. Nas trilhas da qualidade: algumas idéias, visões, e conceitos sobre a qualidade ambiental e de vida. In **Geosul** – Florianópolis, v. 20, n. 40, p. 7-26, 2005.

GUTIERREZ, L. A. R. **Avaliação da qualidade da água da chuva de um sistema Filtro-Vala Trincheira de infiltração no tratamento do escoamento superficial direto predial em escala real em São Carlos – SP**. 198 p. (Dissertação de Mestrado em Engenharia Urbana). Universidade Federal de São Carlos –UFSCar, São Carlos, SP. 2011.

HARTZ, Z. M. A.; POUVOURVILLE, G. A avaliação da eficiência em saúde: a eficiência em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 68-82, 1998.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004

HEIDMANN, Ivonete; BUSS, T. S.; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; BOEHS, Astrid Eggert; WOSNY, Antonio de Miranda; MONTICELLI, Marisa. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, jun. 2006.

HELLER, Léo. **Saneamento e saúde**. Brasília: OPAS, 1997.

HELLER, L. **Gestão dos serviços**. In: HELLER, L; PÁDUA, V. L. (Org.). Abastecimento de água para consumo humano. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 817-844.

HERCULANO, Selene C. A qualidade de vida e seus indicadores. In: HERCULANO, Selene et al. **Qualidade de vida e riscos ambientais**. (Org.). Niterói, RJ: Eduf, 2000.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO AKATU. Disponível em: <http://www.akatu.org.br/> Acesso em 10 de fevereiro de 2016.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Saúde e Saneamento no Brasil**. Brasília. 2005. 24. p.

JACOBI, Pedro. Poder Local, Políticas Sociais e Sustentabilidade. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 1, n. 8, p. 31-48, 1999.

KEINERT, Tania Margarete Mezzomo. Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia "Cidades Saudáveis". **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, dec. 1997.

KIM, S. B; TEMIYASATHIT, C; CHEN, V. C; PARK, S. K; SATTLER, M; RUSSELL, A. G. Characterization of spatially homogeneous regions based on temporal patterns of fine particulate matter in the continental United States. **J Air Waste Manag Assoc**. v. 58, n. 7, p. 965-75, 2008.

KJELLSTROM, Tord; MERCADO, Susan. **Towards action on social determinants for health equity in urban settings**. International Institute for Environment and Development Additional. v. 20, n. 2, p. 551-574, 2008.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Ângela Maria Magosso. Qualidade de vida. Aspectos conceituais. **Revista Salus**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 13-15, 2007.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades**: entre territórios de vida e territórios vividos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: anecosocial perspective. **International Journal of Epidemiology**, v. 30, n. 4, p. 668-77, 2001.

LACERDA, Sander Magalhães. **Evolução Recente do Transporte Hidroviário de Cargas**. BNDES Setorial, Rio de Janeiro, n. 20, p. 253-280, set. 2004.

LANDEIRO, Graziela Macedo Bastos; PEDROZO, Celine Cristina Raimundo; GOMES, Maria José; OLIVEIRA, Elizabete Regina de Araújo et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexada na base de dados Scielo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4257-4266, 2011.

LEAL, Carla. **Reavaliando os conceitos de qualidade de vida**. Açores, Portugal: Universidade dos Açores, 2008.

LIMA, A.M.C; **Indicadores sanitário-ambientais**: classificação de bacias de esgotamento sanitário e micro-áreas na cidade de Salvador-BA; dissertação de mestrado, 2008.

LINHARES, A. C. S. **Documento técnico contendo proposta final de instrumento Metodológico para identificação de Áreas de Atenção Ambiental Atmosférica de interesse para a Saúde**. Produto OPAS, 44p.; 2006. Mimeo.

LOW, S.; TAPLIN, D.; SCHELD, S. **Rethinking Urban Parks: Public Space and Cultural Diversity**. Austin: University of Texas Press, 2005.

LOPES, R. **A cidade intencional: o planejamento estratégico de cidades**. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

LOUREIRO, I; MIRANDA, N. **Promover a saúde: dos fundamentos à ação**. Coimbra: Almedina; 2010.

MADEIRA, Lígia Mori. **Avaliação de políticas públicas**. Porto Alegre: Ufrgs/Cegov, 2014. p. 254.

MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz. **Fatores determinantes na ocorrência de tuberculose no Norte de Minas Gerais**. Montes Claros, Unimontes, 2013, p.274.

MALACHIAS, I.; LELES, F.A.G.; PINTO, M.A.S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.

MANSILLA, S. L. Diferenciación sócio-espacial em San Miguel de Tucumán. El paisaje urbano como indicador de calidad de vida. In **Anais 8ª EGAL (CD-ROM)**. Santiago, Chile, 2001.

MARANDOLA JR., E. **Tangenciando a vulnerabilidade**. In: HOGAN, D. J.; MARANDOLA JR., E. (Orgs.). **População e mudança climática: dimensões humanas das mudanças ambientais globais**. Campinas: Nepo/UNFPA, 2009, p. 29-52.

MARANDOLA JR. **Quatro razões para não falar sobre desastres ambientais urbanos**. In: MARTINE, G. et al. (Orgs.). **População e sustentabilidade na era das mudanças ambientais globais: contribuições para uma agenda brasileira**. Belo Horizonte: Abep, 2012, p. 151-161.

MARICATO, Ermínia. **Construindo a política urbana** [documento online]. 2005. Disponível em: <http://www.usp.br/fau/deprojeto/labhab/biblioteca/textos/maricato_construindopoliticaurb.pdf> Acesso em 08 de Dezembro de 2015.

MARTINS, G. A., THEOPHILO, C. R. **Polo Técnico – Técnicas de coleta de dados e evidências**. In: **Metodologia da Investigação Científica para ciências sociais aplicadas**. 2ª edição. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, H.F.; MARINI, C. **Um guia de governança para resultados na administração pública**. Brasília, DF: Publix, 2010.

MARTINS, Lorraine Campos; ROSOLEN, Vânia Sílvia. A aplicação do conceito de cidade saudável por meio de indicadores sócio-ambientais: uma análise da microrregião de Uberlândia – MG. **Revista Eletrônica de Geografia**, v.6, n.16, p. 02-25, mai. 2014.

MARTINE, G. O lugar do espaço na equação população/meio ambiente. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 24, n. 2, 2007.

MASCARÓ, L. **A iluminação do espaço urbano**. São Paulo: Masquatro, 2006.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual da gestão pública contemporânea**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MENDES, E. V. **Distritos sanitários**: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.

MENDES, Rosilda. **Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos**: os casos de Jundiaí e Maceió. 2000. 239 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MENDES, Rosilda. **Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos: Os Casos de Jundiaí e Maceió**. 2004, 239 f. Tese (Doutorado) –Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

MENDONÇA, J. G. **Planejamento e medição da qualidade de vida urbana**. In Cadernos metrópole. 2006. (13-24).

MENEZES, Luís Carlos Araújo; JANNUZZI, Paulo de Martino. Planejamento dos municípios brasileiros: um diagnóstico de sua institucionalização e seu grau de efetividade. In: VITTE, Claudete de Castro Silva; KEINERT, Tânia Margarete Mezzono Keinert (Org.). **Qualidade de vida, planejamento e gestão**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. p. 69-89.

MILLER JR., G. T. **Ciência ambiental**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

MINAYO, Maria Cecília; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiore. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MINAYO, M. C. S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 81-107.

MINISTÉRIO DAS CIDADES. **Planejamento territorial urbano e política fundiária**. Cadernos do Ministério das Cidades 3. Brasília, 2004.

MORAES, A. C. Meio ambiente e ciências humanas. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORATO, Rúbia Gomes. **Análise da qualidade de vida urbana no município de Embu/SP**. 2004. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MORATO, Rúbia Gomes; KAWAKUBO, Fernando Shinji; LUCHIARI, Aílton. Avaliação da qualidade de vida urbana no município de Embu por meio de técnicas de geoprocessamento. **GEOUSP** - Espaço e tempo, São Paulo, n. 23, p. 149-163, 2008.

MOREIRA, A.C.M.L., Plano diretor e função social da propriedade urbana. In: CEPAM. **Estatuto da Cidade**. São Paulo: Cepam, 2001.

MOREIRA, Ruy. **Pensar e ser em geografia**: ensaios de história, epistemologia e ontologia do espaço geográfico. São Paulo: Contexto, 2010.

MOTTA, P.R. Gestão estratégica. In: VERGARA, S.C.; CORRÊA, V.L.A. (Org.). **Proposta para uma gestão públicamunicipal efetiva**. 2.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

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, Brasil. The Royal Free and University College Medical School, Department of Epidemiology and Public Health. London: University College London, 2000. 386p.

MYRDAL, G. **Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas**. Rio de Janeiro: Saga, 1972.

NAHAS, M. I. P. **Metodologia de Construção de Índices e Indicadores Sociais, como Instrumentos Balizadores de Gestão Municipal e Qualidade de Vida Urbana**: Uma síntese da experiência de Belo Horizonte. HOGAN, D. Joseph et al (Org) in Migração e Ambiente nas Aglomerações Urbanas. Campinas: Núcleo de Estudos de População/Unicamp, 2001. (465-487)

NAHAS, Maria Inês Pedrosa. **Indicadores intra-urbanos como instrumentos de gestão da qualidade de vida urbana em grandes cidades**: discussão teórico-metodológica, 2003. In: <<http://www.virtual.pucminas.br/idhs/site/imagens/nahas1.pdf>>. Acesso em: 17 Jan. de 2016.

NAHAS, Maria Inês Pedrosa; GONÇALVES, Éber; SOUZA, Renata Guimarães Vieira; VEIRA, Carine Martins Vieira. Sistemas de indicadores municipais no Brasil: experiências e metodologias. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambu. **Resumos...** Caxambu, MG: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), realizado em Caxambu, MG – Brasil, 18 a 22 de setembro de 2006.

NAHAS, Maria Inês Pedrosa. **Indicadores intra-urbanos como instrumentos de gestão da qualidade de vida urbana em grandes cidades**: uma discussão teórico-metodológica. 2009. In Qualidade de Vida, Planejamento e Gestão Urbana. Discussões Teórico-metodológicas. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2009. (123-175)

NEVES, Zanoni. **Pirapora: ensaios de tempos idos**. Belo Horizonte: NECM, 1999. 56p.

OJIMA, R. As dimensões demográficas das mudanças climáticas: cenários de mudança do clima e as tendências do crescimento populacional. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 28, n. 2, p. 389-403, 2011.

OLIVEIRA, LISETTE ASSEN. **Formas de vir-a-ser cidade**. Loteamentos e Condomínios na ilha de Santa Catarina. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 1999.

OLIVEIRA, D. A. S. **Desenvolvimento, energia e sustentabilidade: uma perspectiva do relatório Brundtland**. Dissertação (Mestrado em Planejamento de Sistemas Energéticos - Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas). UNICAMP: Campinas, 2003.

OLIVEIRA, José Antônio Puppim de. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 273-88, 2006.

OLIVEIRA, A. G.; SILVA, G. B.; SANTOS, M. G.; LIMA, U. D. S. **Mapeamento de índices de cobertura vegetal dos bairros de Salvador-BA**, 2009. Anais XVI Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto, SBSBR.

OLIVEIRA, A. F. **Goiânia: planejamento, segregação e descentralização seletiva**. 2012. Mimeografado.

ONU. Organização das Nações Unidas. World. **Urbanization Prospects, the 2009 Revision**. Disponível em: http://esa.un.org/unpd/wup/Documents/WUP2009_Highlights_Final. Acessado em 29 jan 2016.

OPAS 2000. **Guias metodológicos para iniciativa de vivienda saludable**. Disponível em <www.cepis.ops-oms.org>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Vinte pasos para formular un proyecto de ciudades sanas**. Washington, 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Divisão de saúde e ambiente**. Programa de qualidade ambiental. Atenção primária ambiental (APA). 1. ed. Brasília: 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN - AMERICANA da saúde (OPAS). **Municípios e comunidades saudáveis** – Guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. [S.l.]: OPAS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental**. Ambientes saudáveis. Municípios, cidades e comunidades saudáveis: Recomendações sobre avaliação para formuladores de políticas nas Américas. Washington, D.C: OPAS, 2005. p. 40.

PAVLOWSKY, E. Nicho ecológico de lãs enfermedades transmissibles em relación com El ambiente epidemiológico de lãs zoo-antronoses. In: OPS, EL DESAFIO DE LA EPIMIOLOGIA. **Publicación Científica 505**, Washington: OPS, 1988.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PHILIPPI JR., A. **Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Manole, 2005.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PIRES, P. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Annablume. 2008.

PLUME (2003) – **Synthesis Report on Urban Sustainability and its Appraisal**, PLUME-Planning for Urban Mobility in Europe.

PORTO, M. F.; MARTINEZ-ALIER, J. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 4, S503-12, 2007.

PRÜSS-ÜSTÜN, A; CORVALÁN, C. **Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease**. Geneva: World Health Organization; 2006.

PRUSS-USTUN, A; CORVALAN, C. How much disease burden can be prevented by environmental interventions? **Epidemiology**; v. 18, p. 167-78. 2007

RADICCHI, L.A., LEMOS, A.F. **Saúde ambiental**. Belo Horizonte Nescon/UFGM: Coopmed, 2009.

REANI, Regina Tortorella. **Parcelamento irregular do solo como forma de produção de periferia: o caso de Jundiaí/SP**. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências Exatas e Tecnologia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2007.

RECHIA, S.; BELTRÁN, J. O. **Parques urbanos de Barcelona: relação entre usos principais e combinados, a diversidade nas formas de apropriação e a segurança**. Movimento, Porto Alegre, v. 3, n. 16, p. 181-202, 2010.

REDE DE TECNOLOGIAS SOCIAIS. Disponível em: <<http://www.rts.org.br>>. Acesso em: 28 janeiro 2016.

REZENDE, D.A.; CASTOR, B.V.J. **Planejamento estratégico municipal: empreendedorismo participativo nas cidades, prefeituras e organizações públicas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2006.

RIBEIRO, J.W; ROOKE, J.M.S.; **Saneamento básico e sua relação com o meio ambiente e a saúde pública**. Juiz de Fora, 2010. Monografia (Especialização em Análise Ambiental) – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010.

RIBEIRO, H. Saúde pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.70-80, jan./abr. 2004.

RICKLEFS, R. E.; MILLER, G. **Ecology**. 4.ed. s. l.: W. H. Freeman, 2000.

RIGHETTI, S. Cidades Saudáveis: condições ambientais e bem estar social são fatores que influenciam saúde da população. Ciência e cultura. São Paulo: **Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência**, v. 56, n.2, abr.-jun., p.6-7. 2004.

RIGHI, Angela Weber; SCHMIDT, Alberto Souza; VENTURINI, Jonas Cardona. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, v.10, n.3, p. 649-669, set., 2010.

RODRIGUES, Luciene. Formação econômica do Norte de Minas e o período recente. In: OLIVEIRA, Marcos Fábio Martins de et al. **Formação social e econômica do Norte de Minas**. Montes Claros: UNIMONTES, 2000. 428p. Cap. 1, p. 13-103.

ROGGERO, M. A. **Um ensaio metodológico sobre a qualidade de vida no distrito de Cachoeirinha, Zona norte da cidade de São Paulo** – SP. 2009. Dissertação de Mestrado – FFLCH/USP, São Paulo. 125 p.

ROLNIK, Raquel. Planejamento urbano nos anos de 1990: Novas perspectivas para velhos temas. In: RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; SANTOS JR., Orlando Alves dos (Org.). **Globalização, fragmentação e reforma urbana**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997. p. 351-360.

ROLNIK. R. Planejamento e gestão: um diálogo de surdos? IN: CEPAM. **Estatuto da Cidade**. São Paulo: CEPAM, 2001.

ROSEN, G. **Da política médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSITO, 2009.

ROSS, J. L. S. **A sociedade industrial e o ambiente**. In: ROSS, J. L. S. (org.) Geografia do Brasi l. 2 ed. São Paulo: Edusp, 1995, p.211-218.

ROSSI-ESPAGNET, A; GOLDSTEIN, G.B & TABIBZADEH, I. Urbanization and health in developing countries: a challenge for health for all. **World Health Stat. Q.**, v. 44, n. 4, p. 186- 244, 1991.

SÁ, L.L.C.; JESUS, I.M.; SANTOS, E.C.O.; VALE, E.R.; LOUREIRO, E.C.B.; SÁ, E.U. Qualidade microbiológica da água para consumo humano em duas áreas contempladas com intervenções de saneamento – Belém do Pará, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 3, p. 171 – 180, 2005

SABROZA, P. C; LEAL, M. C. Saúde, ambiente e desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais. In: Leal MC, Sabroza PC, Rodriguez RH, Buss PM, **Revista Saúde, ambiente e desenvolvimento**. vol. 1. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1992. p. 45-93.

SALAMONI, R.H., PINHEIRO, R.J.B., NUMMER, A.V. Processo operacional da Central de Tratamento de Resíduos da Caturrita – Santa Maria, RS. **Teoria e Prática na Engenharia Civil**, n.14, p.43-50, 2009.

SANTOS, C.S. **Introdução à gestão pública**. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

SANTOS, L. D.; MARTINS, I. **A qualidade de vida urbana: o caso da cidade do Porto.** Working Papers da FEP, Porto, n.116, 24p. mai. 2002. Disponível em: <<http://www.fep.up.pt/investigacao/workingpapers/wp116.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2016.

SANTOS, L. N. V; SILVA, L. T; RAMOS, R. R; TORRES, M. Health and well-being in urban areas: the WHO Healthy Cities Project, The 8th IASME/WSEAS **International Conference on Energy, Environment, Ecosystems & Sustainable Development** (EEESD'12). Faro; 2012.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão.** 7ª. edição. São Paulo: EDUSP, 2007.

SAULE JR, N.; ROLNIK, Raquel. **Estatuto da Cidade: novos horizontes para a reforma urbana.** Cadernos Pólis 4, São Paulo: Pólis, 2001.

SCANLON, T. Value, desire and quality of life. In M. C. Nussbaum & A. Sen (Eds.), **The quality of life:** 185-200. Oxford: Clarendon Press, 1993.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, Apr. 2004.

SEN, Armatya. **Desenvolvimento como liberdade.** Trad. por Laura Teixeira Mota. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SESA. Secretaria do Estado de Saúde do Paraná; Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **Município saudável: iniciativas de implantação.** Curitiba SESA; 1996.

SETTI, Andréia Faraoni Freitas; BÓGUS, Cláudia Maria. Participação comunitária em um Programa de Intervenção em Área de Proteção Ambiental. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 946-960, 2010.

SILVA, R. C. A.; ARAÚJO, T. M. Qualidade da água do manancial subterrâneo em áreas urbanas de Feira de Santana (BA). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 1019-1028, 2003.

SILVA JÚNIOR, J. R.; PASSOS, L. A. **O negócio é participar: a importância do plano diretor para o desenvolvimento municipal.** Brasília, DF: CNM, SEBRAE, 2006.

SILVA-SÁNCHEZ, Solange S. **Cidadania ambiental: novos direitos no Brasil.** São Paulo: Humanitas (FFLCH/USP) e Annablume, 2000.

SILVA, L. L. F da. **Iluminação pública no Brasil: Aspectos Energéticos e Institucionais.** Dissertação. (Mestrado em Planejamento Energético)- Faculdade de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, C. F.; ROMERO, M. A. B. **O desempenho ambiental de vias arborizadas na cidade de Teresina por meio de dados sensoriais, microclimáticos e computacionais com o auxílio do ENVI-Met.** In: ENCONTRO NACIONAL DE CONFORTO NO AMBIENTE CONSTRUÍDO, Natal, 2009. Anais... Natal: Antac, 2009. p. 573- 582.

SOARES, W.L., PORTO, M.F. Atividade agrícola e externalidade ambiental: uma análise a partir do uso de agrotóxicos no cerrado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p.131-143, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARBORIZAÇÃO URBANA – SBAU. “Carta a Londrina e Ibiporã”. **Boletim Informativo**, v.3, n.5, p.3, 1996.

SOUZA, J. H. et al. Desenvolvimento de indicadores síntese para o desempenho ambiental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 500-514, 2009.

SOUZA, J. S. **Proposta de uma sistemática para análise multicriterial de investimentos**. 2008. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SOUZA, MARCELO LOPES DE. Mudar a Cidade. **Uma introdução crítica ao planejamento e à gestão Urbanos**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

SOUZA, Marcelo Lopes de. **Mudar a cidade**: uma introdução crítica ao planejamento e à gestão urbanos. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

SOUZA, M. L. de. **Mudar a cidade**: uma introdução crítica ao planejamento e à gestão urbanos. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

TAVANTI, D. R. **Desenvolvimento urbano de baixo impacto aplicado ao processo de planejamento urbano**. Dissertação de Mestrado. São Carlos: UFSCar, 2011.

TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S; VILLASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epidemiol SUS**, v. 7, p. 7-28, 1998.

THEVENOT, H. J. et al. **A multi-attribute utility theory-based approach to product line consolidation and selection**. In: International Design Engineering Technical Conferences; Computers and Information in Engineering CONFERENCE, 2006, Philadelphia. Proceedings... Philadelphia: ASME, 2006.

TORO, J. B.; WERNECK, N. M. D. **Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

TORRES, Margarida; SILVA, Ligia T; SANTOS, Luis; MENDES, José F. G. Saúde e bem-estar em meio urbano: das políticas à prática. **Revista Portuguesa de Saúde pública**. v. 31, n. 1, p. 95–107, 2013.

TRANSPLUS (2002) – **Analysis of Land use and Transport Indicators** (excerpt from reports D2.2 and D3). Acesso em: 25/05/2016, Disponível em: www.transplus.net.

TROPPEMAIR, H; GALINA, M.H. Áreas Verdes. **Território & Cidadania**. Rio Claro, n.2, julho–dezembro, 2003.

VEENHOVEN, Ruut. The four qualities of life: ordering concepts and measures of the good life. In: MCGILLIVRAY, Mark; CLARK, Mathew (Ed.). **Understanding human well-being**. Tokyo-NewYork-Paris: United Nations University Press, 2006. p. 74-100.

VIANA, A. L. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas sociais. In: Canesqui AM, organizador. **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec; 1997. Cap. 10, p. 205-15.

VILLAÇA, Flávio. **Dilemas do plano-diretor**. CEPAM – Centro de Estudos e Pesquisas de Administrações Municipais, 1998. Disponível em: <<http://www.flaviovillaca.arq.br/pdf/cepam2.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

VITTE, Claudete de Castro Silva. A qualidade de vida urbana e sua dimensão subjetiva: uma contribuição ao debate sobre políticas. In: VITTE, Claudete de Castro Silva; KEINERT, Tania Margarete; KEINERT, Mezzono (Org.). **Qualidade de vida, planejamento e gestão urbana**: discussões teóricas metodológicas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. cap 3, p. 89-110.

WERNA, E. As políticas urbanas das agências multilaterais de cooperação internacional para países em desenvolvimento. **Espaço e Debates**, v. 39, p. 10-12, 1996.

WESTPHAL, Márcia Faria. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. **Gestão de Políticas Públicas e Intersetorialidade**: Diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais, São Paulo, **Saúde & Sociedade**, v. 6, n. 2, p. 9-16, dez. 1997.

WESTPHAL, Márcia Faria. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000.

WESTPHAL, Márcia Faria; MENDES, Rosilda. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2002.

WHITEHEAD, M. F. **The concepts and principles of equity and health**. EUR/ ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

WHO (World Health Organization), 1996. **Guidelines for drinking-water quality**. Geneva: WHO.

WORLD RESOURCES INSTITUTE. **The urban environment: world resources**: a guide to the global environment. New York, Oxford University Press, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality guidelines for air 1999**. Geneve: World Health Organization; 2000.

WWF. **Agenda elétrica sustentável 2020**: Estudo de cenários para um setor elétrico eficiente, seguro e competitivo. Série Técnica, 2 ed., v. XII, março de 2007.

ZANIN, Elisabete M.; ROSSET, F.; DALAVALE, Liliana C. **Índice de áreas verdes públicas para o município de Getúlio Vargas-RS**. VIII Congresso de Ecologia do Brasil, Caxambu-MG, 2007.