



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Alves Figueiredo, Glória Lúcia; Gomes Martins, Carlos Henrique; Lopes Damasceno,
Jaqueline; Gonçalves de Castro, Gisélia; Batista Mainegra, Amado; Akerman, Marco

Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões?

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 12, diciembre, 2017, pp. 3821-3830

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63053795002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões?

Right to the city, right to health: what are the interconnections?

Glória Lúcia Alves Figueiredo ¹
 Carlos Henrique Gomes Martins ¹
 Jaqueline Lopes Damasceno ¹
 Gisélia Gonçalves de Castro ¹
 Amado Batista Mainegra ²
 Marco Akerman ³

Abstract *Right to health intertwines with right to the city guaranteed access to healthy urban spaces reduces inequities among the population, so that disadvantaged groups can also enjoy positive urbanization effects. In this sense, interconnection between right to the city and right to health promotes equity. This article seeks to explore the interconnection between right to the city and right to health on the basis of an integrative review guided by the question ‘What knowledge about right to the city and right to health has been produced in the light of equity?’ For this purpose, we analyzed evidence available in the literature indexed in PubMed/Medline, Lilacs, and SciELO between 1986 and 2016. Over this three-decade span, we identified the presence of different degrees of right to the city and right to health in the formulation of policies and in social movement agendas. Formulations regarding population growth moved away from the rights agenda, but in a later phase of democratic consolidation, the fight for rights to health re-emerged. In a third moment of the political visibility of excluded geographical spaces and multiple identity agendas, the struggle to ensure everyone’s right to the city came on strong in the game.*

Key words *Right to the city, Urbanization, Right to health, Equity*

Resumo *O direito à saúde se interconecta com o direito à cidade na medida em que, ao se garantir espaços urbanos saudáveis para a população, garante-se também a redução de iniquidades e a expansão do usufruto dos efeitos positivos da urbanização a grupos postergados e desfavorecidos. A interconexão entre o direito à cidade e o direito à saúde é hipotetizado como propulsor necessário à promoção da equidade. Este artigo busca explorar esta interconexão entre o direito à cidade e o direito à saúde, ancorado em uma revisão integrativa, norteada pela questão: Qual o conhecimento produzido sobre o direito à cidade e o direito à saúde à luz da equidade? Analisaram-se evidências disponíveis na literatura indexadas no PubMed/Medline, Lilacs e SciELO, entre 1986 e 2016. Foram identificados nas três décadas analisadas distintos níveis de presença do direito à cidade e do direito à saúde na formulação de políticas e na agenda de reivindicações dos movimentos sociais. Formulações em torno do crescimento populacional afastam da agenda os direitos, enquanto numa fase posterior o adensamento democrático revitaliza a luta pelos direitos à saúde. Num terceiro momento de visibilização política dos espaços geográficos excluídos e das agendas identitárias, entra forte no jogo a luta pelo direito de todos e todas à cidade.*

Palavras-chave *Direito à cidade, Urbanização, Direito à saúde, Equidade*

¹ Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde, Universidade de Franca. Av. Dr. Armando Salles Oliveira 201, Parque Universitário. 144040-600 Franca SP Brasil. gloria.figueiredo@unifran.edu.br

² Centro de Estudios para el Perfeccionamiento de la Educación Superior, Universidad de La Habana. Habana Cuba.

³ Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. SP Brasil.

Direito à cidade, direito à saúde: antecedentes

Globalmente, mais pessoas vivem em áreas urbanas (54%) do que rurais. A população urbana do mundo cresceu rapidamente, desde 1950, de 746 milhões para 3,9 bilhões em 2014¹. O crescimento sem planejamento ameaça o desenvolvimento sustentável do espaço urbano, pois as políticas por si só não asseguram a distribuição equitativa dos benefícios da vida urbana.

Na Região das Américas, entre 43% e 78% do total de residentes urbanos vivem em favelas sem serviços públicos básicos (água e saneamento, coleta e eliminação de resíduos, transporte, energia, cuidados de saúde, educação) e nenhuma proteção contra altas incidências de doenças transmissíveis, violência e mortalidade².

O direito à cidade foi introduzido como um título do livro pelo filósofo francês Henry Lefebvre, em 1968. Sua definição buscou enfatizar a não exclusão de nenhuma parcela da sociedade das qualidades e benefícios da vida urbana. O autor, ainda, criticou a realidade urbana interpretada apenas por questões espaciais, considerando-a reducionista e simplificada, por não considerarem os indivíduos - sujeitos atuantes no espaço social^{3,4}.

Um número de movimentos populares, como o movimento de moradores de Abahlali base Mjondolo, na África do Sul, vivendo em condições habitacionais precárias; a Right to the City Alliance, nos Estados Unidos da América; a Recht auf Stadt, uma rede de ocupantes, inquilinos e artistas em Hamburgo, e vários movimentos na Ásia e América Latina incorporaram a ideia do direito à cidade para uma governança mais democrática, em resposta à gentrificação e aos deslocamentos urbanos⁵.

Entende-se que a questão “que tipo de cidade é desejada”, não pode ser divorciada do tipo de laços sociais, relação com a natureza, estilos de vida, tecnologias e valores estéticos. David Harvey, geógrafo britânico, avança neste debate com uma reflexão mais conectiva entre cidadãos, cidades, valores e natureza. Para ele, o direito à cidade depende do exercício de um poder coletivo de moldar o processo de urbanização, pois a liberdade de construir e reconstruir a cidade e a nós mesmos tem sido um dos mais preciosos e negligenciados direitos humanos⁶.

O direito à saúde é parte do conjunto de direitos sociais reconhecidos e garantidos por alguns países, que têm como inspiração o dever do estado no financiamento das ações de saúde e a universalidade como direito de cidadania.

O direito à saúde se entrecruza com o direito à cidade na medida em que, ao se garantir espaços urbanos saudáveis para a população, também serão reduzidas iniquidades e expandido o usufruto dos efeitos positivos da urbanização a grupos postergados e desfavorecidos.

Neste sentido, o entrecruzamento entre o direito à cidade e o direito à saúde é hipotetizado como propulsor necessário à promoção da equidade.

E, o que é equidade? A Figura 1 ilustra a diferença entre igualdade e equidade, trazendo à tona o conceito de justiça social.

John Rawls, filósofo político americano, nos indica alguns caminhos teóricos para que uma sociedade busque maior justiça social, promovendo distribuição justa de oportunidades. Sua teoria de justiça se ampara na promoção da equidade, ou como ele chama uma “posição original de equidade”, ou um ponto de partida justo para todos:

Aqueles que podem ser sustentados pela família e têm uma boa educação têm vantagens óbvias sobre os demais. Permitir que todos participem da corrida é uma coisa boa. Mas se os corredores começarem de pontos de partida diferentes, dificilmente será uma corrida justa⁷.

A noção de equidade admite atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade. Enfatiza-se, que a equidade deveria ser colocada como uma dimensão transversal, a ser considerada na análise de todas as intervenções propostas. Contudo, faz-se necessário explicitar um marco conceitual que permita analisar e interpretar a questão da equidade⁸⁻¹¹.

Na construção de modelos conceituais da equidade em saúde deve estar subjacente uma questão que é a distribuição desigual dos investimentos públicos e de infraestruturas comunitárias (educação, serviços de saúde, transporte, entre outros).

A discussão das desigualdades em saúde, em geral não identifica a origem ou a natureza do problema. A produção social do processo saúde-doença, é resultado de um agregado de condições materiais que afetam a vida da população como um todo⁹⁻¹⁵.

Em busca de interconexões

Este artigo busca explorar a interconexão entre o direito à cidade e o direito à saúde, ancorado em uma revisão integrativa, norteadas pela questão: *Qual o conhecimento produzido sobre o direito à cidade e o direito à saúde à luz da equidade?*

Esse estudo seguiu o protocolo de escolha dos descritores, busca e seleção dos dados, avaliação da elegibilidade, triagem e seleção dos artigos baseado em Mendes et al.¹⁶.

Analisaram-se evidências disponíveis na literatura indexadas no PubMed/Medline, Lilacs e SciELO. Empregaram-se os descritores: urbanização, direito à saúde e equidade.

Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: produções que atendessem ao objetivo do entrecruzamento entre direito à cidade/urbanização e direito à saúde, formato de artigos e no recorte temporal de 1986 a 2016. Este marco temporal foi definido para coincidir com o período entre a primeira Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada pela OMS, em Ottawa, e a última, realizada em 2016, em Xangai, na China.

A extração de informações na fase de avaliação e categorização dos dados levou em consideração os conceitos de Polit et al.¹⁷, pois além da síntese, buscou-se preencher as lacunas do conhecimento que relacionaram urbanização, saúde e promoção da equidade. O fluxograma (Figura 2) descreve a seleção e escolha dos artigos que foram elencados nessa revisão.

O que aprendemos com essa revisão?

Quanto à origem do material levantado, 40% (8) foram estudos da América do Norte, 15% (3), do continente europeu, 20% (4), dos países da Ásia, 15% (3) foram do Brasil e 10% (2), da Austrália. Relacionado ao idioma, 85% (17) foram em inglês, 10% (2), em português e 5% (1),



Figura 1. Imagem da internet.

em francês. Predominantemente, foram estudos qualitativos.

Os dados foram agrupados por período de publicação: 1986 a 1995; 1996 a 2005 e; 2006 a 2016. Posteriormente, segundo sua abordagem prevalente, os artigos foram classificados em três categorias temáticas: Formas de governo e direitos sociais; respostas da cidade quanto ao direito à cidade e à saúde; e hipóteses para ações a caminho da equidade. Os Quadros 1 a 3 apresentam o material de forma descritiva.

Na primeira década: 1986 a 1995

Somente na década de 1960 alguns países tomaram consciência das mudanças na dinâmica populacional e suas implicações para a qualidade de vida e para os objetivos do desenvolvimento socioeconômico^{18,19}. Os fenômenos populacionais e suas implicações, ainda eram mal compreendidos, mas a educação em todos os níveis já era identificada como uma alternativa.

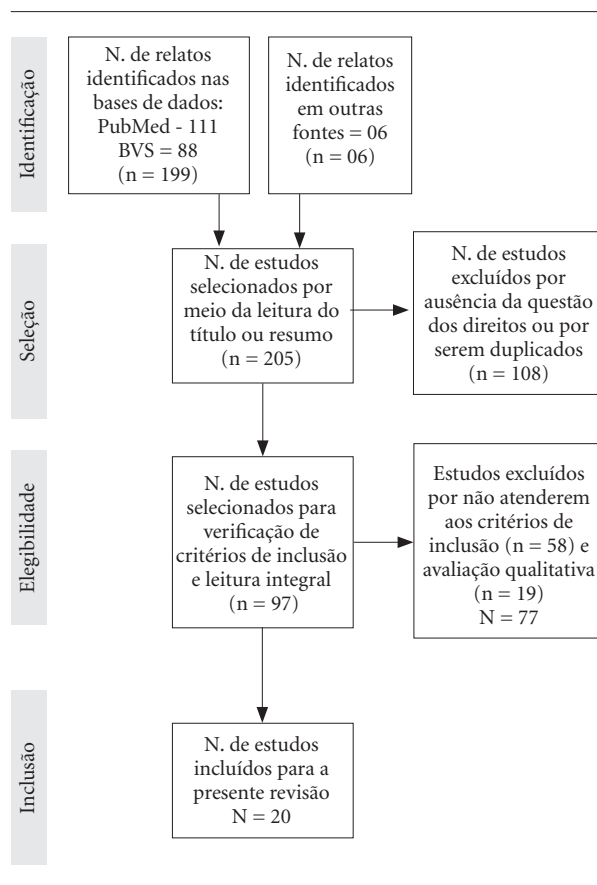


Figura 2. Fluxograma dos estudos incluídos.

Quadro 1. Urbanização e crescimento populacional, 2017.

Categoria Temática	Artigo / Referência	Objetivos	Principais resultados/considerações
Urbanização e crescimento populacional	Tabbarah ¹⁸	Analisar o desenvolvimento árabe sob os fatores da produção - terra, trabalho e capital	Para a eliminação da lacuna entre os aspectos sociais e econômicos do desenvolvimento urbano, seria necessário melhorar a educação, as opções políticas, a criação de instituições que assegurem os projetos sociais e culturais, além de alternativas econômicas para a migração.
	Richardson ²⁰	Abordar sobre as políticas de distribuição populacional de países em desenvolvimento	Na década de 80, as políticas de distribuição populacional receberam atenção nos países em desenvolvimento, por gerar benefícios sociais, eficiência, equidade, qualidade ambiental, segurança nacional e integração. O problema estava nas estratégias mal desenhadas.
	Efremov et al. ²¹	Relacionar higiene do ambiente e a saúde da população	O planejamento urbano ecológico, condições ambientais e tendências básicas (atitudes de profilaxia, criação e meio ambiente urbano livre de conflitos) potencializam o desenvolvimento da saúde.
	Arias de Blois ¹⁹	Discutir a demografia na educação populacional	Pela demografia se compreende os fenômenos populacionais da alta fertilidade, declínio da mortalidade nos países em desenvolvimento, epidemia de Aids, interação entre população e meio ambiente, aumento dos movimentos migratórios decorrentes da urbanização e outros.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 2. Respostas da cidade quanto ao direito à cidade e à saúde, 2017.

Categoria Temática	Artigo / Referência	Objetivos	Principais resultados/considerações
Respostas da cidade quanto ao direito à cidade e à saúde	Fraser ²²	Apresentar o relatório “O Estado da População Mundial de 1996”	Descrições do processo de urbanização e vida urbana são fundamentais para melhorar as cidades e para alertar sobre as questões de igualdade. Os direitos humanos não devem ser obstruídos pelos valores culturais, sociais ou religiosos impostos às mulheres.
	Stephens et al. ²³	Avaliar as desigualdades socioeconômicas, de saúde e ambiental em duas cidades	A distribuição desigual das condições socioeconômicas expõe o mito da saúde urbana e revela as desigualdades nas chances de vida entre os grupos em cada ambiente e faixa etária. Ressalta a importância dos dados para os gestores.
	Tarmann ²⁴	Listar as opiniões de especialistas sobre as tendências da população e eventos no século XX.	Tendências: declínio da fertilidade; aumento de idosos; desenvolvimento de contraceptivos hormonais; paralisia do crescimento populacional em países economicamente ricos e estagnação da taxa de alfabetização; promoção da igualdade e equidade de gênero; capacitação das mulheres; adoção de políticas amplas de saúde e direitos reprodutivos; prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/Aids.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na década de 1980, as políticas de distribuição populacional receberam atenção crescente nos países em desenvolvimento, especialmente

aqueles que combinavam níveis de urbanização modestos com altas taxas de crescimento da população. Richardson²⁰ argumentou que

Quadro 3. Espaços urbanos de exclusão e grupos em situação de vulnerabilidade, 2017.

Categoria Temática	Artigo / Referência	Objetivos	Principais resultados/considerações
Espaços urbanos de exclusão e grupos em situação de vulnerabilidade	Jung ²⁵	Identificar os indicadores de qualidade social e de saúde nas comunidades da Coreia do Sul	Os indicadores de qualidade social foram diferentes do índice econômico local e de saúde. As disparidades estiveram no grau de urbanização e coesão dos cidadãos. É necessário analisar as relações de governos, elucidar causas para desenvolver políticas que promovam melhoria geral e contínua da qualidade social.
	Schwarz et al. ²⁶	Examinar a cobertura distributiva da arborização urbana em sete cidades dos EUA	Existe correlação positiva entre arborização e renda familiar média. Contudo, as intervenções para aumentá-la deverão considerar, além da equidade distributiva, as necessidades da comunidade (desejo, capacidade de cuidar), pois os custos poderão exceder os benefícios.
	Attoh ²⁷	Analisar o conceito de direito à cidade, suas tensões e contradições	Os direitos da cidade representam custos, exigem compromissos e podem vir à custa de outros direitos. A questão de qual tipo de direito é certo para a cidade destrói as contradições que devem ser cumpridas por aqueles que desejam ver o potencial progressivo da cidade. Esse processo deve ser coletivo, pois a fragilidade estratégica pode ser politicamente conveniente.
	Skinner, Masuda ²⁸	Explorar a geografia pessoal de saúde e seu direito à cidade, mapeando a participação de jovens aborígenes	O local, a mobilidade e os limites afetam a saúde e refletem desigualdades. Os espaços urbanos produzem e são produzidos por geografias racistas que isolam, segregam e aumentam a exposição a riscos. O direito à cidade e à saúde exige o desmantelamento das mesmas atitudes e comportamentos.
	Friel et al. ²⁹	Descrever como o planejamento urbano e social influencia na equidade em saúde	Diferentes tipos de governança moldam agendas, políticas e programas para promover a saúde ou perpetuar a exclusão social. A distribuição desigual de recursos, associada a desigualdades em saúde, sugere que o modelo de urbanização local precisa ser reconsiderado.
	Rice, Hancock ³⁰	Discutir sustentabilidade ecológica e equidade social em suas interações no processo de governança urbana	Para inspirar futuras gerações, a governança urbana deverá utilizar instrumentos participativos, fóruns e redes virtuais com comitês intersetoriais, organizações da sociedade civil e grupos excluídos, para canalizar processos de criação de políticas e programas que produzam cidades mais justas, ambientes saudáveis e sustentáveis.
	Rolnik ³¹	Avaliar os obstáculos à implementação da agenda de reforma urbana	O avanço da reforma urbana no Brasil necessita de uma política baseada no fortalecimento de espaços democráticos, de controle social e, fundamentalmente, de um plano de reforma política e de desenvolvimento de governança urbana para consolidação da democracia no país.

continua

Quadro 3. continuação

Categoria Temática	Artigo / Referência	Objetivos	Principais resultados/considerações
Espaços urbanos de exclusão e grupos em situação de vulnerabilidade	Caiaffa et al. ³²	Explorar as transformações das cidades contemporâneas e os impactos sobre a saúde humana	Estudos da saúde no ambiente urbano requer transdisciplinaridade para desenvolver teorias, conceitos e métodos. Os impactos urbanos negativos ampliam os efeitos adversos sobre a saúde, sugerindo repensar avaliações e intervenções não originadas da saúde.
	Friel et al. ³³	Descrever a relação das mudanças climáticas para as iniquidades da saúde urbana.	Mudanças climáticas exacerbam as desigualdades sociais e da saúde urbana. Embora, as políticas, programas de saúde e o planejamento urbano ajudem, ainda há lacunas a serem resolvidas nos diferentes contextos socioeconômicos, ambiente de vida e trabalho, sugerem uma agenda de pesquisa global.
	Caiaffa, Friche ³⁴	Aproximar os que produzem conhecimento acadêmico com os que elaboram as políticas públicas	Reforçaram a abordagem na redução de danos no transporte terrestre urbano; investimento na saúde pública; avaliação dos programas com foco na equidade; ações envolvendo governo, sociedade e cidadãos em busca de uma vida urbana segura e saudável.
	Martenies et al. ³⁵	Avaliar métricas dos impactos em saúde e similares para o gerenciamento da qualidade do ar	Recomendações para seleção das métricas: serem abrangentes, capazes de identificar morbidade, mortalidade e comunicar os impactos na saúde; usar dados locais; incorporar resultados para a saúde pública, para dimensões espaciais e temporais e a equidade dos impactos.
	Prasad et al. ³⁶	Analisar o uso da ferramenta Urban HEART da OMS, que aborda as desigualdades em saúde nas cidades	Melhoria do acesso a água potável, saneamento e desemprego foram as orientações para intervenção nas cidades. Governos locais e partes interessadas mostraram maior controle e confiança no uso da ferramenta para conduzir as ações locais e melhorar a equidade em saúde.
	Wu et al. ³⁷	Explorar a colaboração em rede por celular como meio para identificar o uso de recursos	A gestão da cidade de estudo enfrenta os desafios relacionados à eficiência, equidade e qualidade do suprimento de recursos (água, alimentos e energia), utilizando a rede de celular que registra espacialmente o movimento de uso dos recursos. Tem impacto significativo no consumo de recursos e traz uma nova perspectiva de estudo com a integração do movimento humano à distribuição espacial.

mudanças de local da capital nacional e a criação de novas cidades não deveriam ser adotadas com frequência devido ao alto custo e impacto mínimo no crescimento populacional, sugerindo talvez distribuição populacional entre espaços geográficos distintos. Considerou, ainda, que as estratégias para controlar o crescimento da cidade e implementar programas de desenvolvimento rural eram complementares e não alternativos.

O desenvolvimento urbano, em todo o seu processo estava em relação direta com as condições que afetavam a saúde da população, sendo necessário encontrar caminhos para sua proteção e manutenção. Sabia-se que o fornecimento de incentivos e esclarecimentos quanto as atitudes de profilaxia e criação de ambientes de convívio público e coletivo poderiam potencializar o planejamento urbano saudável^{19,21}.

As políticas de distribuição populacional receberam atenção nos países em desenvolvimento por gerar, entre outros, benefícios sociais, eficiência e equidade. O planejamento urbano colaborou para potencializar a saúde nesses locais. Estudos indicaram a existência de sistemas de informação locais, que eram utilizados para o monitoramento e avaliação de projetos. Porém, a maioria das iniciativas utilizavam sistemas de informação de gestão somente para monitorizar a implementação e formulação de políticas^{20,21}.

Na segunda década: 1996 a 2005

No final da década de 1990, Fraser²² e Tarmann²⁴ destacaram a rápida urbanização, o aparecimento de megacidades e a expansão da democracia. A gradual evolução das políticas e programas sociais foi colocando em evidência a sua premente acessibilidade àqueles que delas necessitam. Ocorreu uma série de conferências de vários segmentos da sociedade que se concentraram em questões mundiais. Deslocou-se o foco das questões populacionais para as pessoas e sua saúde, exigindo cooperação e formas de governos que assegurassem de algum modo os direitos sociais^{22,24}.

Para apreender essas questões e promover melhoria geral e contínua à população, os gestores e formuladores de políticas deveriam identificar as origens estruturais que produziam as disparidades na estreita relação entre a capacidade da comunidade se manter saudável e sua qualidade de vida^{23,25}.

As mudanças urbanas trouxeram problemas que, ainda, se colocam como desafios significativos para o desenvolvimento, especialmente após 2001. Dado que muitas das questões nacionais têm uma dimensão global, diferentes propostas para esse enfrentamento se voltaram às condições originadas pela própria vida urbana. Especialmente, as condições que incidem sobre a situação de saúde e qualidade de vida das pessoas em países com diferentes níveis de infraestrutura e sistema de saúde. Para esses casos, a equidade foi apontada na literatura como a peça chave para formulação de agendas políticas e programas inclusivos para se alcançar objetivos de desenvolvimento^{22,29,30,33,34,36}.

No mundo em desenvolvimento, há cada vez mais exclusão territorial. Há bairros ricos com todos os tipos de serviços, mas que estão próximos a área de assentamentos ilegais e sem infraestrutura. Cada fragmento parece viver e funcionar de forma autônoma. O direito à cidade, tal

como está constituído, está estritamente restrito, na maioria dos países, a uma pequena elite política e econômica, que está em posição de moldar as cidades mais e mais, de acordo com os seus próprios desejos³⁸.

Na América Latina, a implementação de políticas saudáveis foi desenvolvida no contexto da democratização, em processo de descentralização pós-ditaduras. De modo geral, os transtornos sociais na década de 1980 trouxeram expansão governamental, novas configurações para as políticas públicas, inclusive assembleias para reescrever Constituições, com uma linguagem relacionada à saúde e democracia³⁰.

Após anos da Constituinte de 1988, anos das Conferências Nacionais de Saúde e dos esforços para se pensar a saúde de modo mais ampliado, o Brasil ainda apresenta um dos maiores desequilíbrios sociais entre os índices de pobreza e de riqueza. As razões para esse panorama passam por questões sociais, estruturais e econômicas. Nesse percurso, a função social da cidade norteadas pela equidade poderia ser uma estratégia para provisão de oportunidades e diminuição das desigualdades.

A reivindicação do direito à cidade expressa questionamentos ao desenvolvimento urbano e, ao mesmo tempo, aos efeitos das crises políticas e econômicas. Exige maior democratização das cidades e de seus processos decisórios baseados nos princípios da solidariedade, da liberdade, da igualdade, da dignidade e da justiça social. Entidades da sociedade civil, reunidas desde o Fórum Social Mundial de 2001, discutiram, debateram e assumiram o desafio de construir um modelo sustentável de sociedade e de vida urbana, que resultou na elaboração da Carta Mundial pelo Direito à Cidade. Nesse documento dá-se prioridade ao interesse comum sobre o direito individual de propriedade e, ao uso socialmente justo e ambientalmente equilibrado do espaço urbano³⁹.

A adoção da Carta Mundial vem ocorrendo em escalas, como se pode verificar no Fórum Social das Américas, em Quito, Julho de 2004; no Fórum Mundial Urbano, em Barcelona, setembro de 2004; e V Fórum Social Mundial, em Porto Alegre, janeiro de 2005. Tornou-se um grito de mobilização para numerosas organizações interessadas em questões de justiça urbana^{27,39}.

Na terceira década: 2006 a 2016

Ao iniciar esse terceiro e último período da investigação, o foco nos espaços urbanos de exclusão e agendas identitárias, o caminho da equidade traz à tona inquietudes para se pensar ações

em defesa dos direitos humanos. Para tanto, se faz necessário destacar a complexidade do papel mediador dos direitos à saúde e à cidade.

A institucionalização do direito, particularmente dentro de um mundo caracterizado por escassez e conflitos, representa compromissos²⁷.

A urbanização pode ser ao mesmo tempo causa e solução potencial para as mudanças sociais e desigualdades na saúde. Estas cidades são particularmente vulneráveis aos problemas que afetam a equidade urbana, em razão das condições sociais que vivem. Há, no entanto, possibilidades de se repensar as intervenções não necessariamente originadas da saúde e, também, não se trata apenas de uma questão política, mas de ações intersetoriais^{29,32,33}.

Exemplos de estratégias bem-sucedidas são fornecidos pela América Latina, incluindo o uso de instrumentos participativos, o estabelecimento de comitês intersetoriais, o aumento da participação de organizações da sociedade civil e o desenvolvimento de fóruns e redes virtuais para canalizar processos participativos e colaborativos nos processos de decisão de políticas urbanas^{30,31}.

Um estudo vinculou as geografias pessoais de saúde ao direito à cidade de jovens aborígenes, que vivem no Canadá. Os resultados demonstraram várias maneiras em que o local, a mobilidade e os limites afetaram suas experiências de saúde e suas percepções sobre a desigualdade na saúde. O estudo confirmou que os espaços urbanos podem produzir, e são produzidos por geografias altamente racializadas que trabalham para isolar, segregar e imobilizar socialmente os jovens aborígenes, aumentando simultaneamente sua exposição a riscos para sua saúde e bem-estar²⁸.

Nesse caminho, a qualidade de vida pode ser percebida pelo quão favorável são os indicadores de urbanização, saúde, instrução entre outros. A identificação dos componentes que afetam negativamente a vida de um indivíduo se faz necessária para elucidar causas e origens que produzem disparidades nos indicadores²⁵.

Ao se voltar para o ambiente, um estudo evidenciou correlação positiva entre a arborização urbana de uma cidade e a renda familiar média. Esse achado sugere preocupações com a justiça ambiental. Contudo, as intervenções devem considerar, além da equidade distributiva, as necessidades da comunidade (desejo, infraestrutura, disponibilidade para cuidar, entre outros), pois os custos necessários para ampliação da arborização, nesse caso, poderão exceder os benefícios²⁶.

Instrumentos quantitativos são métricas que avaliam e analisam a abrangência, resolução es-

pacial e temporal, assim como facilitam as considerações de equidade para corrigir injustiças ambientais. A seleção e combinação de métricas apropriadas dependerá do problema, contexto e fronteiras. Embora o envolvimento de um grupo amplo, constituído por partes interessadas, seja recomendável³⁴⁻³⁷.

Os gestores enfrentam diariamente desafios relacionados à eficiência, equidade e qualidade no suprimento de recursos, como água, alimentos e energia, para população local. Em um estudo na China, criaram uma rede compartilhada para estudar a distribuição de recursos e o comportamento humano coletivo nos pontos de serviço distribuídos espacialmente. Essa abordagem apresenta uma nova perspectiva para entender melhor o sistema de abastecimento de recursos distribuídos espacialmente e o movimento dos consumidores³⁷.

A elaboração de políticas públicas efetivas, que sejam voltadas ao amplo espectro do desenvolvimento socioterritorial das cidades romperia com o modelo tradicional da área biomédica, uma vez que a abordagem da saúde urbana se daria de modo transversal e multidimensional e envolveria economia, emprego, educação, habitação, transporte, cultura, família, lazer e acesso à saúde³⁴, a caminho da equidade.

Nesse percurso da literatura, evidencia-se que, à medida que os governos locais e as partes interessadas obtêm maior participação e conhecimento das reais necessidades da população, melhoram as decisões sobre a cidade na qual querem viver, ajudando-se mutuamente a seguirem rumo à equidade em saúde.

Considerações finais

A literatura analisada foi feita pela divisão em três períodos 1986-1995; 1996-2005; 2006-2016, respectivamente, com três eixos de relevância: (1) tamanho da cidade; (2) necessidade de respostas; (3) espaços urbanos de exclusão social e grupos em situação de vulnerabilidade.

Estes três eixos indicaram distintos níveis de presença do direito à cidade e do direito à saúde na formulação de políticas e na agenda de reivindicações dos movimentos sociais. O crescimento populacional foi a primeira preocupação dos autores, vindo a seguir a abordagem do adensamento geográfico e do direito à saúde, e posteriormente, o foco nos espaços geográficos onde residem as populações excluídas com suas agendas identitárias.

Este marco temporal de 30 anos (1986-2016) foi definido, a princípio, para coincidir com o período entre a primeira Conferência Global de Promoção da Saúde, organizada pela OMS, em Ottawa, e a última, realizada em 2016, em Xangai, na China. A intenção foi observar se houve algum grau de concomitância entre as agendas dos nove eventos e as agendas do direito à cidade e à saúde.

Entretanto, a revisão aqui elaborada não permitiu chegar-se a tal conclusão. Fica a recomendação de um estudo mais aprofundado para o futuro, pois, promover saúde, como é o intuito das conferências globais da OMS, é também advogar o direito à cidade, duas prerrogativas fundamentais da promoção da equidade, compromisso ético-político da agenda promocional.

Colaboradores

GLA Figueiredo, CHG Martins, AB Mainegra e M Akerman foram responsáveis pela concepção e delineamento do estudo, redação do artigo, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final a ser publicada. JL Damasceno e GG Castro foram os responsáveis pela extração dos dados, além de terem participado da concepção do estudo, da análise e interpretação dos dados e da aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. World Urbanization Prospects. *The 2014 Revision. Department of Economic and Social Affairs*. New York: United Nations; 2014.
2. Pan American Health Organization (PAHO). *Integration of background documents for the strategy and plan of action on urban health for the Americas*. Washington: PAHO; 2011.
3. Unger K. "Right to the city" in response to the Crisis: 'Convergence' or divergence of Urban Social Movements?" *Reclaiming Spaces*. [documento on the Internet] . [cited 2017 Apr 12]. Available from: <http://www.reclaiming-spaces.org/crisis/archives/266>
4. Lefebvre H. *O direito à cidade*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Centauro; 2011.
5. Leavitt J, Samara TR, Brady M. Right to the city: social movement and theory. *Poverty and Race* 2009; 18(5):3-6.
6. Harvey D. O direito à cidade. *Lutas Sociais* 2012; 29:73-89.
7. Sandel MJ. *Justiça: O que é fazer a coisa certa*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira; 2013.
8. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int Jour Health Serv* 1992; 22(3):429-445.
9. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Desigualdades e Iniquidades em Saúde. *Boletim do Instituto de Saúde – BIS* 2010; 12(2):109-114.
10. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, de Noronha JC, Novaes HMD, dos Santos Oliveira E, Porto SM, Vieira da Silva LM, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):711-724.
11. Macinko J, Starfield B. Annotated bibliography on equity and health, 1980-2001. *Int J Equity Health* 2002; 1(1):1-20.

12. Marchand S, Wilker D, Landesman B. Class, health and justice. *Milbank Q* 1998; 76(3):449-467.
13. Viacava F, Laguardia J, Ugà MAD, Porto SM, Silva Moreira R, Silva Barros H, Silva HS. *PROADESS, projeto avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento* [relatório final] (versão para discussão). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
14. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais* [relatório]. Lisboa: Organização Mundial da Saúde, CDSS; 2010.
15. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(4):254-258.
16. Mendes KS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enf* 2008; 17(4):758-764.
17. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
18. Tabbarah R. Population, human resources, and development in the Arab world. *Popul Bull U N Econ Comm West Asia* 1981; 20:5-38.
19. Arias De Blois J. The demographer's point of view. *Int Rev Educ* 1993; 39(1-2):24-29.
20. Richardson HW. Population distribution policies. *Popul Bull UN* 1983; 15:35-49.
21. Efremov E, Chuchkova M, Lozanov L, Iotov L, Toshkov S. Hygiene research in solving the health aspects of urban development. *Probl Khig* 1988; 13:3-8.
22. Fraser CG. A significant new report on population. *Earth Times* (NY) 1996; 30:35.
23. Stephens C, Akerman M, Avle S, Maia PB, Campanario P, Doe B, Tetteh D. Urban equity and urban health: using existing data to understand inequalities in health and environment in Accra, Ghana and Sao Paulo, Brazil. *Environ Urban* 1997; 9(1):181-202.
24. Tarmann A. Looking back at the century of population. *Popul Today* 2000; 28(1):1-2.
25. Jung M. Determinants of social quality and their regional disparities: an integrated approach for health equity in South Korea. *Health Care Manag (Frederick)* 2014; 33(4):310-320.
26. Schwarz K, Fragkias M, Boone CG, Zhou W, McHale M, Grove JM, O'Neil-Dunne J, McFadden JP, Buckley GL, Childers D, Ogden L, Pincetl S, Pataki D, Whitmer A, Cadenasso ML. Trees grow on money: urban tree canopy cover and environmental justice. *PLoS One* 2015; 10(4):e0122051.
27. Attoh KA. What kind of right is the right to the city? *Prog Hum Geogr* 2011; 35(5):669-685.
28. Skinner E, Masuda JR. Right to a healthy city? Examining the relationship between urban space and health inequity by Aboriginal youth artist-activists in Winnipeg. *Soc Sci Med* 2013; 91:210-218.
29. Friel S, Hancock T, Kjellstrom T, McGranahan G, Monge P, Roy. Urban health inequities and the added pressure of climate change: an action-oriented research agenda. *J Urban Health* 2011; 88(5):886-895.
30. Rice M, Hancock T. Equity, sustainability and governance in urban settings. *Glob Health Promot* 2016; 23(Supl. 1):94-97.
31. Rolnik R. Democracy on the edge: limits and possibilities in the implementation of an urban reform agenda in Brazil. *Int J Urban Reg Res* 2011; 35(2):239-255.
32. Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CD, Camargos VP, Proietti FA. Urban health: "the city is a strange lady, smiling today, devouring you tomorrow". *Cien Saude Colet* 2008; 13(6):1785-1796.
33. Friel S, Akerman M, Hancock T, Kumaresan J, Marmot M, Melin T, Vlahov D. Addressing the social and environmental determinants of urban health equity: evidence for action and a research agenda. *J Urban Health* 2011; 88(5):860-874.
34. Caiaffa WT, Friche AA. Urbanization, globalization and road safety: a potential dialogue in search of equity? *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2238-2341.
35. Martenies SE, Wilkins D, Batterman SA. Health impact metrics for air pollution management strategies. *Environ Int* 2015; 85:84-95.
36. Prasad A, Kano M, Dagg KA, Mori H, Senkoro HH, Ardakani MA, Elfeky S, Good S, Engelhardt K, Ross A, Armada F. Prioritizing action on health inequities in cities: An evaluation of urban health equity assessment and response tool (Urban HEART) in 15 cities from Asia and Africa. *Soc Sci Med* 2015; 145:237-242.
37. Wu L, Leung H, Jiang H, Zheng H, Ma L. Incorporating Human Movement Behavior into the Analysis of Spatially Distributed Infrastructure. *PLoS One* 2016; 11(1):e0147216.
38. Harvey D. The right to the city. *Rev New left review* 2008; 53:23-40.
39. Mayer M. The 'right to the city' in urban social movements. In: Brenner N, Marcuse P, Mayer M, editors. *Cities for People, Not for Profit: Critical Urban Theory and the Right to the City*. New York: Routledge; 2012. p. 63-85.

Artigo apresentado em 30/06/2017

Aprovado em 04/09/2017

Versão final apresentada em 05/10/2017