

REVISTA

CADERNOS DO
OBSERVATÓRIO

**PROJETO URBANÍSTICO E A CIDADE
COMO INFRAESTRUTURA DE SAÚDE:
O CASO DA NOVA CENTRALIDADE
DE LAGARTO-SE**

Autores

**Ana Victoria Silva Gonçalves
Anna Laura Pereira Rossi
Caroline Brassi Scapol
Jeferson Cristiano Tavares
Marília Gaspar de Souza Lima**

PROJETO URBANÍSTICO E A CIDADE COMO INFRAESTRUTURA DE SAÚDE: O CASO DA NOVA CENTRALIDADE DE LAGARTO-SE

URBAN DESIGN FOR THE CITY AS HEALTH INFRASTRUCTURE: THE CASE OF THE NEW LAGARTO-SE CENTRALITY

Ana Victoria Silva Gonçalves¹ Anna Laura Pereira Rossi² Caroline Brassi Scapol³

Jeferson Cristiano Tavares⁴ Marília Gaspar de Souza Lima⁵

30 de Setembro de 2021

RESUMO

O presente artigo trata da experiência do projeto de nova centralidade para Lagarto - SE e tem como objetivo contribuir para a discussão da revisão de paradigmas de desenvolvimento urbano e do entendimento do que pode ser a cidade pós-pandemia. Este trabalho possui caráter exploratório e descritivo, caracterizando-se por uma abordagem qualitativa a partir do relato da experiência de um projeto de extensão universitário que desenvolve um novo bairro urbano. Com esse estudo de caso, busca-se tratar da aplicação de estratégias de desenho a partir das premissas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU, voltando-se para a abordagem da cidade como uma infraestrutura de saúde, em seu amplo conceito. O projeto foi orientado a partir dos espaços públicos retomando sua importância histórica na formação das cidades brasileiras. Para tanto, explora-se a multifuncionalidade desses espaços que, além de servirem ao lazer, circulação e repouso, também servem de oportunidades de saúde pelo privilégio do pedestre e pela relação com as condições naturais do sítio. Em outras palavras, o projeto resulta no debate e desenvolvimento de inovação em planejamento e desenho urbano para as cidades contemporâneas.

Palavras-chave: Desenho urbano, Planejamento urbano, Saúde, Sustentabilidade, Lagarto-SE.

ABSTRACT

The aim of the article is to present the experience of the new centrality project for Lagarto - SE and contribute to the discussion of innovation in urban planning and design for contemporary cities. This work has an exploratory and descriptive character, characterized by a qualitative approach based on the report of the project experience developed in an extensionist way. With this case study, it seeks to deal with the application of design strategies focusing on the approach of the city as a health infrastructure, in its broad concept. The project was guided by public spaces, resuming its historical importance in the formation of Brazilian cities.

1 - Universidade de São Paulo, Instituto de Arquitetura e Urbanismo; anavictoria.sg@usp.br; <https://orcid.org/0000-0002-8851-1344>

2 - Universidade de São Paulo, Instituto de Arquitetura e Urbanismo; anna.rossi@usp.br; <https://orcid.org/0000-0002-8583-4607>.

3 - Universidade de São Paulo, Instituto de Arquitetura e Urbanismo; caroline.scapol@usp.br; <https://orcid.org/0000-0001-7283-5996>

4 - Universidade de São Paulo, Instituto de Arquitetura e Urbanismo; jctavares@usp.br; <https://orcid.org/0000-0003-2482-0380>.

5 - Universidade de São Paulo, Instituto de Arquitetura e Urbanismo; marilia.gaspar@usp.br; <https://orcid.org/0000-0001-5733-507X>.

Therefore, the multifunctionality of these spaces is reinforced, which, in addition to serving leisure, circulation and rest, also serve as health infrastructure due to the pedestrian privilege and the relationship with the natural conditions of the site. In other words, the project results from a review of traditional urban development paradigms in the understanding of what the post-pandemic city can be.

Keywords: Urban design, Urban planning, Health, Sustainability, Lagarto-SE.

1 - INTRODUÇÃO

A Universidade pública brasileira possui três principais pilares: ensino, pesquisa e extensão. Os trabalhos de extensão ocorrem juntamente com a sociedade de modo a buscar uma troca de conhecimento de ambos os lados. O projeto aqui proposto se enquadra nessa categoria, um projeto de extensão entre a Universidade de São Paulo, a Fundação Pio XII - responsável pela gestão da rede do Hospital de Amor - e a Prefeitura Municipal de Lagarto-SE. A concepção do projeto foi realizada pelo grupo PExURB do Instituto de Arquitetura e Urbanismo (IAU/USP-São Carlos) com experiência em trabalhos integrados de pesquisa ensino e extensão por meio de projetos urbanísticos.

O projeto intitulado “Projeto Urbanístico de Nova Centralidade para Lagarto-SE” é uma proposta de um novo bairro para o município de Lagarto. O convênio firmado entre a Universidade de São Paulo e a Fundação Pio XII possibilitou o envolvimento de docentes, pesquisadores, alunos de graduação e pós-graduação, gestores públicos e especialistas em saúde e atendimento oncológico, além da participação da Prefeitura Municipal de Lagarto-SE. O desenvolvimento do projeto se deu entre os meses de fevereiro/2020 e agosto/2021, e levou em consideração a complexidade da cadeia hospitalar, o diálogo com a natureza e os fatores socioeconômicos da região.

O desenvolvimento do projeto ocorreu de maneira inteiramente remota, devido à pandemia de Covid-19, e, portanto, foi necessário adequar-se às metodologias digitais para a elaboração das discussões e desenhos projetuais. Por essa razão, o grupo também explorou as discussões latentes das diferentes estratégias projetuais para mitigação dos impactos gerados pela Covid-19, tais como: a valorização dos recursos naturais de ventilação e insolação; do espaço público ao ar livre; do saneamento e dos costumes saudáveis possíveis nas cidades.

Lagarto é o terceiro maior município do estado de Sergipe em termos populacionais, com cerca de 104.408 habitantes e densidade aproximada de 1 habitante por hectare. A cidade está distante cerca de 78 km da capital do estado e localiza-se no entroncamento de duas importantes rodovias, uma estadual e outra federal. No aspecto econômico, cerca de 15% da população do município está ocupada, dos quais 46% tem um rendimento mensal de até meio salário mínimo (IBGE, 2020). Há um contexto de pobreza e desigualdade agravado pelos baixos índices de provisão de infraestrutura visto que apenas 28% de todo o esgoto da cidade tem destinação adequada e apenas 10% das vias públicas são pavimentadas e dotadas de infraestrutura de drenagem (IBGE, 2020).

Lagarto teve sua ocupação iniciada a partir do século XVI e mais intensamente desenvolvida a partir do século XVIII. Atualmente, o município apresenta uma particularidade decorrente de seu processo histórico de ocupação e urbanização local. A população está dividida entre o meio urbano e rural de forma equivalente, 50% em cada uma das situações, sendo este um valor inferior aos índices de urbanização do Brasil e também do Nordeste, que são 84,36% e 73,13%, respectivamente (IBGE, 2020). Grande parte dessa população rural está distribuída nos mais de 100 povoados do município, que se caracterizam por aglomerados de baixa densidade e organizados próximo aos eixos viários e rodoviários, configurados por propriedades com agricultura de subsistência, poucos espaços públicos, serviços e infraestrutura.

O projeto do bairro está inserido em uma área de 510.612,63 metros quadrados, localizada na porção leste do município, ao longo da rodovia SE-170 e que dá acesso à gleba destinada ao projeto. Calcula-se que essa vizinhança abrigará aproximadamente 10 mil pessoas, entre moradores e usuários do hospital e outros equipamentos urbanos do bairro. A proposta considerou as particularidades da formação histórica do município, bem como os aspectos socioeconômicos e culturais da região. Além disso, as características ambientais nortearam o partido urbanístico do projeto, vinculado aos conceitos de resiliência e saúde urbana.

O projeto urbano para Lagarto possui a finalidade de alocação do Hospital de Amor de porte regional que deve atender diversos estados do Nordeste, porém, vai além de uma aglomeração de atividades complementares ao tratamento oncológico. O bairro propõe a criação de uma nova centralidade urbana e um subcentro que contribua para que a cidade seja mais equilibrada, democrática e diversa. O Subcentro possui função similar ao Centro principal pela concentração de atividades no local, mas, em menor escala, tem menor quantidade e atividades menos especializadas se comparado ao centro principal (SPÓSITO, 1991; VILLAÇA, 2001). Em função disso, o programa do bairro é composto por equipamentos hospitalares do Hospital de Amor, aeródromo, terminal de ônibus urbano, faculdade, escola, creche, biblioteca, igreja, restaurante popular, Unidade Básica de Saúde (UBS), subprefeitura e posto policial, além das áreas comuns de convívio como mirante, praças, eixos verde-azul e o calçadão.

A formação dessa nova centralidade visou contribuir para evitar a dispersão urbana presente no município e definida por Reis Filho (2006) como o fenômeno da dispersão crescente da urbanização em todo o território, caracterizado pelo esgarçamento do tecido dos núcleos urbanos para além dos limites da cidade consolidada, no sentido de suas áreas periféricas e na diminuição da densidade de algumas áreas já consolidadas. A dispersão acaba por induzir, ainda, a ocupação de mananciais, de áreas rurais antes destinadas à produção de alimentos ou com função ambiental. Com esse fenômeno, ocorre o aumento da distância casa-trabalho-serviço e da segregação social pelos enclaves urbanísticos, como condomínios fechados, universidades e hospitais, e o aumento do custo da cidade, que precisa expandir a sua infraestrutura para áreas cada vez mais distantes do núcleo urbano consolidado.

Vale ressaltar que, embora o projeto tenha sido finalizado em agosto/2021, a construção ainda não foi concluída e, por isso, as experiências apresentadas aqui estão alocadas no âmbito da discussão teórica e conceitual, sem possibilidade de verificar os impactos e resultados pós-ocupação dessa experiência de extensão.

2 - CIDADE, HOSPITAL E SAÚDE

Para um panorama da relação histórica entre a cidade, o hospital e os temas relacionados à saúde, propõe-se uma aproximação bibliográfica nacional e internacional sobre o assunto. O objetivo é identificar autores que trataram do nascimento da medicina social e do hospital, além do entendimento da geografia hospitalar. E compreender, à luz do debate histórico nacional, como as referências e as soluções urbanísticas estrangeiras colaboraram na construção de práticas urbanísticas relacionadas ao planejamento e às transformações urbanas relacionadas ao saneamento e ao ordenamento das cidades em respostas às crises urbanas e pandêmicas. Não se trata, portanto, de uma revisão bibliográfica, mas uma amostragem histórica do debate.

Sabe-se que o surgimento da instituição “Hospital” como espaço de acolhimento e hospitalidade data desde a Idade Média e estava vinculado à Igreja e às práticas cristãs de caridade e asilo aos indigentes durante todo o período medieval. Entretanto, o hospital nem sempre esteve associado a um instrumento de cura como se conhece atualmente, porque a noção de medicina não surge associada ao equipamento hospitalar.

Segundo Michel Foucault (1981), a medicina moderna que conhecemos tem por base um importante entendimento do corpo social e urbano. Por isso, embora alguns críticos dessa medicina defendam que a prática médica é individualista, Foucault expõe que a valorização da relação médico-doente é apenas um dos aspectos dessa medicina. Para tanto, ele divide a formação da medicina social em três períodos relacionados a grandes eventos sócio-políticos europeus.

A primeira é a medicina de Estado que, segundo o autor, foi desenvolvida na Alemanha durante um período de estagnação do desenvolvimento econômico e crises sociais no século XVIII. Enquanto países como França, Inglaterra e Áustria iniciavam estratégias de controle social a partir da contabilização da força ativa de suas respectivas populações, na Alemanha foi desenvolvida uma prática médica centrada na melhoria da saúde da população. Assim, desenvolve-se nesse período a noção de política médica promovida pelo Estado, em que era realizado um sistema de observação da morbidade relacionada aos eventos epidêmicos ou endêmicos do país, e da organização administrativa por trás da formação e atendimento médico, algo ainda não comum em outros países europeus.

A segunda é a urbana que, apesar de nascida também no século XVIII, teve como contexto a França em diferentes condições políticas, sociais e econômicas. Enquanto na Alemanha o suporte do Estado foi essencial, na França a medicina urbana não teve o mesmo suporte estatal, mas ocorreu com o processo de urbanização. Nesse sentido,

Foucault (1981) demonstra que a necessidade de constituir a cidade como uma unidade organizada de modo coerente, homogêneo e bem regulamentado era urgente e reforçada também por razões econômicas. Isso porque a cidade desse período era um importante espaço de relações comerciais e produção de mercadorias. Porém, é também nesse período que surge o que o autor chama de medo urbano - medo das oficinas, das fábricas, dos espaços de amontoamento, entre outros. Com epidemias cada vez mais comuns, as primeiras discussões acerca dos miasmas conduzem o que posteriormente foi chamado de estratégias de controle dos fluidos contaminantes, como água e ar.

Por fim, a última das medicinas discorrida pelo autor é a da força de trabalho e dos operários do século XIX, na Inglaterra. Diferente das anteriores, é nela que a questão da habitação privada surge como tema de discussão, bem como a compreensão das condições habitacionais dos pobres como espaços de perigo para a saúde da população. Vale lembrar, entretanto, que o pobre não podia ser posto como um risco, pois essa classe era essencial para o funcionamento da vida urbana, realizando as tarefas que as outras classes lhes incumbiam. É nesse período que surgem os cordões sanitários, a identificação de lugares insalubres e os registros de epidemias (FOUCAULT, 1981) e observa-se que as estratégias preventivas estavam relacionadas às coisas, aos locais, ao espaço social e também às pessoas.

Diante disso, fica evidente que a medicina moderna não é apenas uma medicina individualista. Ela tem por base uma importante compreensão histórica do espaço urbano como um corpo social determinante para a saúde e qualidade de vida de toda a população e entende-se o papel histórico do Estado nessa discussão como um instrumento de controle do espaço urbano dos habitantes (FOUCAULT, 1981).

Para compreender a formação do hospital como instituição terapêutica capaz de produzir cura e relacionada ao meio urbano como é hoje, acrescentam-se as contribuições teóricas do geógrafo e também francês Jean Labasse (1982). Segundo ele, o equipamento hospitalar surge associado à Igreja e instituições religiosas de caridade que inicialmente estavam localizadas em regiões apartadas da cidade. Posteriormente, devido às discussões dos miasmas, os hospitais foram incorporados à cidade pelo processo de desenvolvimento e expansão urbana (LABASSE, 1982).

Já para Foucault (1981), o surgimento do hospital deu-se a partir do início das visitas médicas e observação sistemática do ambiente hospitalar por estudiosos do final do século XVIII. É também nesse período que ocorreram “viagens-inquérito” cujo objetivo era definir um programa de reforma e reconstrução dos hospitais da época a partir da observação e sistematização das relações entre os doentes e os ambientes hospitalares. É nesse contexto que o hospital passa de uma simples figura arquitetônica e consolida-se como parte de uma relação médico-hospitalar integrada às áreas de conhecimento técnico-científico de clima e doença. Até então, o hospital era a rigor um espaço de assistência aos pobres, separação, exclusão e morredouro.

A determinação da implantação do hospital é a interface de discussões mais próxima identificada sobre o impacto de um equipamento hospitalar no tecido urbano,

especialmente no que se refere ao desenvolvimento urbano brasileiro. Muito se sabe sobre a relevância dada às características de meio ambiente, condições climáticas, ventilação e topografia, porém, a relação do hospital com o centro da cidade ou com as redes de serviço do espaço urbano é ainda uma discussão em voga.

Na escala do edifício, as primeiras tentativas de regulação do espaço urbano em decorrência dos problemas de insalubridade e saúde urbana estiveram associadas às discussões sanitárias, quando os projetos dos grandes pavilhões hospitalares eram isolados do restante da cidade e localizados em lugares topograficamente mais altos, onde eram constantemente ventilados e ensolarados (LABASSE, 1982).

Na escala da cidade, as questões de saúde e de saneamento refletiram na formação de planos, projetos e reformas urbanas. Os profissionais da engenharia atuavam sobre projetos urbanísticos de infraestrutura por redes de água e esgoto diante da pressão das epidemias que afligiam as cidades (LEME, 1999).

Historicamente, os princípios do urbanismo moderno europeu se deram com as mudanças impostas pela Revolução Industrial, marcadas pelo adensamento, condições insalubres, epidemias e inexistência ou ineficiência das infraestruturas existentes naquele momento (MÜLLER, 2002). Nesse aspecto, tanto as remodelações do urbanismo moderno e fórmulas haussmanianas que tratavam das questões de insalubridade a partir do embelezamento dos centros urbanos quanto o alargamento de ruas e saneamento em tábula rasa no tecido urbano foram desenvolvidos extrapolando os limites e extensões da cidade (ANDRADE, 1991).

Segundo Andrade (1991), a concepção de um planejamento urbano no Brasil ocorreu antes mesmo dos modernistas das décadas de 1920 e 1950 e da construção de Brasília por meio de projetos e obras de engenheiros sanitários no início do século XX. Também é de interesse destacar que as concepções de saneamento presentes no país ocorreram com uma composição diferenciada.

Pois, se nas operações haussmanianas ainda não temos a concepção de um plano em sua acepção moderna, isto é, como um elemento determinante do crescimento da cidade, portanto, antecipador de seu futuro, por outro lado, já encontramos nelas a representação da cidade como uma totalidade e a intervenção urbanística como meio de redefinição do conjunto da estrutura urbana (ANDRADE, 1991, p. 55).

Como apresentado, o saneamento elaborado tinha como partida uma visão de totalidade que englobava as reformas da área urbana existente e a sua integração com previsões de áreas de expansão, preocupação essa que só seria verificada através da legislação urbanística, por meio do uso e ocupação do solo e infraestruturas de transporte a partir dos anos de 1930 (LEME, 1999).

No âmbito dessa discussão, é válido exemplificar os planos de um dos principais sanitários que atuaram no Brasil, Saturnino de Brito. Os planos de saneamento, melhoramento e extensão para Santos-SP definiram a cidade portuária como objeto

técnico e estético e a realização da primeira obra de urbanismo moderno no país, sendo marcada pela ausência dos princípios da “tábula rasa”, isto é, a incorporação dos traçados existentes das ruas (ANDRADE, 1991, p. 61-62) e da técnica apropriada ao meio, abarcando uma rede de esgotos que previa o futuro desenvolvimento da cidade.

Esse urbanismo sanitaria se estabelece como resposta aos problemas de crescimento urbano e preocupação das autoridades governamentais com os surtos epidêmicos de doenças. Dentre as principais diretrizes dos projetos, se estabeleceu uma ruptura na relação do edifício com o lote, a canalização das águas a céu aberto para drenagem, implantação de uma rede de serviços de abastecimento de água e esgoto com preocupação em relação às instalações sanitárias domiciliares. Para além das questões técnicas, Brito utilizou bases jurídicas para a formulação de uma legislação urbanística que colaborasse para a execução dos projetos. Nesse sentido, os melhoramentos, definidos pelo progresso e pela higiene, significaram a construção de uma cidade moderna e a ampliação de princípios urbanísticos revolucionários que deixaram para trás os traços de cidade colonial e se colocaram como modelo para o planejamento urbano (ANDRADE, 1991).

No período que se estende desde 1950 até 1964, Leme (1999) aponta a introdução dos planos regionais diante do intenso processo de migração campo-cidade, urbanização e conurbação. Portanto, a emergência desses novos temas transforma os estudos urbanos, apresenta novos métodos e integra profissionais de diversas disciplinas com perspectivas de transformação social (LEME, 1999).

O entendimento desse percurso colabora para a construção do arco histórico do projeto urbano e do planejamento urbano e regional demonstrando algumas de suas origens e predomínios no Brasil. Essa aproximação esteve na base teórica e conceitual da prática do projeto do novo bairro para Lagarto-SE por meio de um diálogo metodológico de aprendizado e reflexão sobre os períodos de pandemia e do urbanismo em resposta às pandemias. Em que pese a diferença de contextos, períodos históricos e da fase do processo de urbanização vigente, esse reconhecimento foi importante para ampliar o debate, a crítica e a reflexão em torno da prática projetual baseada na ideia de que a cidade pode ser considerada como uma infraestrutura de saúde.

A cidade como infraestrutura de saúde surge atrelada à discussão sobre as consequências que a vida urbana implica, como, por exemplo, a contagiosidade, a obesidade e a imobilidade. Nesse sentido, pensar a saúde na cidade é abrir todo um leque de discussão interdisciplinar vinculado à saúde pública, ao meio ambiente, à sustentabilidade e ao próprio planejamento urbano. Ainda que a pandemia tenha suscitado com mais força as discussões de saúde pelo viés da crise sanitária mundial, esses temas devem permanecer em voga, uma vez que os impactos negativos raramente se limitam a um único indivíduo, como bem já pontuou Foucault sobre a medicina social como disciplina coletiva.

Nesse sentido, entende-se cidade como infraestrutura de saúde daqueles – ou parte daqueles - que trazem em seu desenho, planejamento e funcionamento soluções para

os principais problemas da vida urbana que impedem uma melhor qualidade de vida. A imobilidade, por exemplo, é uma das questões frequentemente em debate, não apenas porque a expansão das cidades torna-as cada vez menos caminháveis, mas também por cruzar os debates de poluição atmosférica, formação de ilhas de calor e conforto urbano.

Sabe-se que o planejamento e desenho urbano não são soluções para todos os obstáculos da vida urbana saudável, entretanto, o projeto do novo bairro de Lagarto se propõe a criar espaços que permitam uma melhoria na qualidade de vida a partir das próprias infraestruturas do bairro. Os eixos verdes, por exemplo, são corredores planejados que cruzam transversalmente a área e permitem que a circulação dos ventos dominantes seja orientada e distribuída pelas quadras. Além disso, também criam espaços sombreados que permitem o deslocamento dos habitantes e visitantes de forma segura incentivando a caminhabilidade na área.

Dessa forma, a cidade como infraestrutura de saúde não está necessariamente atrelada à presença de um equipamento hospitalar ou de tratamento de saúde. É um debate interdisciplinar que, ao envolver diferentes disciplinas, repensa as próprias infraestruturas convencionais que conhecemos com o objetivo de criar espaços urbanos preventivos à saúde e não apenas tratativos. Por isso, o projeto envolve soluções que possibilitem a diminuição de emissão de gás carbônico, a produção e o consumo de alimentos saudáveis em cadeias produtivas próximas, espaços para o lazer, integração com o meio ambiente e, principalmente, a valorização da água como elemento central nas decisões.

3 - SAÚDE E SUSTENTABILIDADE NO DEBATE INTERNACIONAL SOBRE A CIDADE

O debate contemporâneo sobre a saúde e a sustentabilidade é amplo e diverso. Mas, cabe aqui um recorte pertinente à construção do olhar sobre ideais de cidades saudáveis orientados pelos organismos internacionais, dada sua capilaridade nas políticas públicas de planejamento.

Em 1986, foi lançado um documento intitulado “Proposta inovadora para promover o desenvolvimento das cidades”, cujo objetivo foi reforçar a relação da ação política e ambiental para promoção da saúde. Esse movimento por cidades saudáveis passa a ser adotado como objetivo de desenvolvimento urbano pautado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) criando uma agenda orientada na atuação da gestão municipal, de instituições públicas e privadas. O objetivo foi dedicar esforços na melhoria das condições de vida e saúde da população de forma harmoniosa com o meio ambiente. Essas estratégias foram implementadas por cidades europeias e pelo Canadá, que foi o principal influenciador da adoção da proposta no Brasil para além da Organização Pan-americana de Saúde, segundo Westphal (2018).

Em 1987, o Relatório de Brundtland disseminou o conceito de sustentabilidade, o que fez com que o discurso ambiental ocupasse um espaço cada vez maior no debate e no tratamento das questões urbanas. Com o objetivo de construir a noção de cidade sustentável, tem-se problematizado, desde então, as condições materiais da reprodução social, por meio da discussão da regulação ao acesso e à distribuição dos recursos ambientais. Destaca-se, assim, o conflito entre os processos de ocupação e funcionamento das cidades provocados pela grande concentração populacional nas metrópoles e pela preocupação com a qualidade ambiental da vida urbana (ACSELRAD, 2009).

Para Acselrad (2009), deve-se reconstruir o presente à luz das supostas exigências do futuro através de práticas sustentáveis que sejam compatíveis com a qualidade futura tida como desejável. Para a construção de uma cidade democrática e justa, deve-se:

[...] pensar um novo modelo de desenvolvimento urbano, baseado nos princípios da democratização dos territórios, no combate à segregação socioespacial, na defesa dos direitos de acesso aos serviços urbanos e na superação da desigualdade social manifesta também nas condições de exposição aos riscos urbanos (ACSELRAD, 2009, p. 39).

Segundo Westphal (2018), no Brasil, em consonância com o que acontecia no restante do mundo, várias agendas sociais para promover o desenvolvimento local baseadas na promoção de cidades com melhores condições de vida vêm sendo criadas desde os anos 1990, como a Agenda 21 adotada por órgãos federais. Essas agendas foram desenvolvidas a partir de pressupostos de movimentos internacionais pautando sua influência em políticas públicas.

A preocupação com o planejamento visando a qualidade de vida da população a partir de preceitos internacionais de desenvolvimento sustentável são coordenados a nível global por meio das iniciativas da Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil, ocorreram importantes eventos de discussão e disseminação desses preceitos. Em 1992, foi realizada no Rio de Janeiro a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, também conhecida como Rio 92. Posteriormente, em 2012, foi realizada na mesma cidade a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, também conhecida como Rio+20. O documento mais relevante da Rio+20 foi chamado de “O Futuro que queremos”, e nele foi declarado que a criação de metas globais adaptáveis para o contexto local com indicadores universais era uma ferramenta útil para o lançamento de uma ação mundial coerente focada no desenvolvimento sustentável (NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Os pressupostos do movimento por Cidades Saudáveis se associam a outros movimentos mundiais, também difundidos por organizações internacionais como a ONU, como os Objetivos do Milênio ou os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Pautam, como principal meta, a equidade, tendo em vista que é a determinante social de maior relevância no impacto da saúde da população, da preservação do meio ambiente e da qualidade de vida.

Segundo Andrade e Franceschini (2017), as Agendas Urbanas possuem o potencial de promover enfoques estratégicos ao planejamento e à gestão das cidades, influenciando tomadas de decisão e dando impulso aos discursos considerados prioritários, como a sustentabilidade e a saúde. Podem, porém, encontrar empecilhos nas fragmentações setoriais das administrações públicas (habitação, transporte, saúde, entre outras) e nos interesses de agências financiadoras. As propostas metodológicas para sua abordagem, ainda segundo os autores, nem sempre são apontadas, apesar de reconhecerem os problemas críticos de iniquidade e desigualdade.

Segundo Westphal (2018), desde o ano 2000, vários municípios brasileiros assumiram projetos de Cidades Saudáveis, mas quase nenhum deles deu continuidade aos processos, especialmente depois de mudanças administrativas pós eleições. Segundo Lima e Lima (2020), no Brasil, a construção de cidades saudáveis se configurou como uma utopia desenvolvida no debate acadêmico, não se concretizando na agenda política do país a não ser em curtos momentos em que a conjuntura política vislumbrava a adoção de princípios do Estado de Bem-Estar Social. Essas medidas logo foram desmanteladas pelos ideais neoliberais. Demonstra-se que abordar o desenvolvimento das cidades brasileiras a partir de estratégias que visem a saúde e a qualidade de vida de suas populações ainda é necessário, evidenciado pela emergência de ações em planejamento urbano voltadas para a saúde durante o contexto pandêmico dos últimos dois anos.

Após a declaração conjunta, seguiram-se três anos de negociações para elaboração de uma proposta de continuidade aos esforços globais que estavam sendo empreendidos. Esse processo culminou, em setembro de 2015, na Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável, realizada na sede da ONU em Nova Iorque, onde é elaborada a declaração “Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”. O documento propõe a Agenda 2030, que é adotada por todos países signatários das Nações Unidas, e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A Agenda engloba as experiências e balanços passados, uma série de metas globais mensuráveis e integradas a serem adaptadas à realidade local e executadas principalmente pelos atores regionais, tendo a erradicação da pobreza em todas as suas formas como eixo central da proposta.

Dessa maneira, os países chegam à integração dos processos iniciados nas décadas passadas com a proposição de 17 objetivos e 169 metas globais - cada uma com diversos indicadores universais para acompanhamento e mensuração - integradas e indivisíveis que mesclam de forma equilibrada as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental (ONU, 2015). Com a experiência dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, os países começam a adaptar os ODS à sua realidade local e a incorporá-los aos seus programas governamentais.

Em 2018, através de um esforço conjunto de órgãos, gestores e técnicos governamentais seguido de consulta pública, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) lançou as metas e indicadores nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (IPEA, 2018). O trabalho elaborou indicadores para acompanhamento

adaptados à realidade brasileira, sendo um número considerável deles baseados nos dados já coletados por institutos nacionais como o IBGE. Essas bases lançadas para a implementação dos ODS no Brasil permitem a elaboração e avaliação das ações realizadas pelos atores regionais envolvidos. Nesse sentido, são um importante balizador de ações e projetos que podem ser adotados visando pautar diretrizes condizentes com o desenvolvimento sustentável e com a busca por cidades saudáveis, com erradicação da pobreza, acesso a serviços básicos e preservação do meio ambiente, entre outros.

Sinteticamente, diante dessa problematização, pode-se afirmar que, desde o século XIX, existem estudos e esforços multidisciplinares para refletir e propor diretrizes que convergem à promoção da saúde no planejamento urbano, baseadas na relação entre as características do meio e a qualidade de vida dos cidadãos. Os ODS, dentre outras recomendações de agências multilaterais, são a manifestação mais recente e significativa da construção de conhecimento e estratégias de ação quanto às cidades, dialogando com questões da estrutura urbana com a pobreza, acesso à alimentação, saneamento básico, educação, trabalho, entre outros, visando melhorias a nível global. Apesar das ressalvas quanto à atuação das agências multilaterais em alguns estudos, seus esforços de construção e disseminação de parâmetros de atuação combinados aos acordos internacionais de aplicação são um marco significativo para se atingir cidades com qualidade para seus habitantes. A visão de sustentabilidade contida em muitos dos relatórios aqui citados está profundamente articulada com a noção de saúde nas cidades ao ir de encontro a uma abordagem ampla e multidimensional que acaba por trazer melhorias ambientais, urbanas, sociais e econômicas com consequências para a saúde dos indivíduos.

4 - O PROJETO DA NOVA CENTRALIDADE DE LAGARTO-SE E AS RELAÇÕES COM OS REFERENCIAIS DA OMS E ONU (AGENDA 2030)

Pensar numa cidade sustentável é pensar numa cidade saudável. Saúde, meio ambiente e cidades se correlacionam de forma ampla e, na presente reflexão, entende-se que a cidade como uma infraestrutura de saúde pode representar algo além dos preceitos históricos sanitaristas ao envolver ideais de equidade social e sustentabilidade como valores universais e indissociáveis para a melhora da vida urbana. É nesse sentido que o projeto da nova centralidade para Lagarto explora os limites e as possibilidades de um projeto urbanístico em relação à agenda para cidades sustentáveis construída pelos organismos multilaterais internacionais, preocupação que foi constante ao longo do desenvolvimento do trabalho. O diálogo se estabelece por uma análise crítica, mas de recíprocos diálogos, buscando tensionar a generalidade do método às demandas e particularidades locais. Além de buscar compreender o papel político e social do planejamento e do projeto urbanístico no Brasil.

Esse diálogo, os confrontos, as assimetrias e convergências entre as premissas e as estratégias projetuais e os ODS-ONU para cidades sustentáveis são demonstrados na Tabela a seguir:

Tabela 1 - Relações entre estratégias de projeto e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

ODS	Descrição	Relações com o projeto
1 Erradicação da pobreza	1.a Garantir uma mobilização significativa de recursos a partir de uma variedade de fontes, inclusive por meio do reforço da cooperação para o desenvolvimento, para proporcionar meios adequados e previsíveis para que os países em desenvolvimento, em particular os países menos desenvolvidos, implementem programas e políticas para acabar com a pobreza em todas as suas dimensões	Articulação entre entidades públicas, privadas e gestão local para espaços mais integrados à saúde e ao meio ambiente
2 Fome zero e agricultura sustentável	2.3 Até 2030, dobrar a produtividade agrícola e a renda dos pequenos produtores de alimentos, particularmente das mulheres, povos indígenas, agricultores familiares, pastores e pescadores, inclusive por meio de acesso seguro e igual à terra, outros recursos produtivos e insumos, conhecimento, serviços financeiros, mercados e oportunidades de agregação de valor e de emprego não agrícola	Constituição de uma nova centralidade próxima aos povoados rurais contribuindo para o seu desenvolvimento econômico através da venda da produção agrícola. Os povoados de Lagarto são reconhecidos pela capacidade de produção agrícola familiar
	2.4 Até 2030, garantir sistemas sustentáveis de produção de alimentos e implementar práticas agrícolas resilientes, que aumentem a produtividade e a produção, que ajudem a manter os ecossistemas, que fortaleçam a capacidade de adaptação às mudanças climáticas, às condições meteorológicas extremas, secas, inundações e outros desastres, e que melhorem progressivamente a qualidade da terra e do solo	
3 Saúde e bem-estar	3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos	Implantação de rede hospitalar para tratamento oncológico gratuito (SUS) para o Nordeste

4 Educação de qualidade	4.a Construir e melhorar instalações físicas para educação, apropriadas para crianças e sensíveis às deficiências e ao gênero, e que proporcionem ambientes de aprendizagem seguros e não violentos, inclusivos e eficazes para todos	Instalação de equipamentos educacionais para diferentes faixas etárias a distâncias caminháveis dentro do novo bairro
5 Igualdade de gênero	5.2 Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos	Estratégias de desenho baseadas na segurança de gênero
6 Água potável e saneamento	6.6 Até 2020, proteger e restaurar ecossistemas relacionados com a água, incluindo montanhas, florestas, zonas úmidas, rios, aquíferos e lagos	Adoção de infraestruturas verdes, espaços livres em diferentes escalas e arborização urbana com espécies nativas que colaboram na recuperação e qualificação do ciclo hidrológico
8 Trabalho decente e crescimento econômico	8.5 Até 2030, alcançar o emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todas as mulheres e homens, inclusive para os jovens e as pessoas com deficiência, e remuneração igual para trabalho de igual valor	Diversidade de usos habitacionais, comércios e serviços, possibilitando o acesso ao emprego para a população residente

	9.1 Desenvolver infraestrutura de qualidade, confiável, sustentável e resiliente, incluindo infraestrutura regional e transfronteiriça, para apoiar o desenvolvimento econômico e o bem-estar humano, com foco no acesso equitativo e a preços acessíveis para todos	Valorização da infraestrutura como orientadora das tomadas de decisão do projeto
9 Indústria, inovação e infraestrutura	9.5 Fortalecer a pesquisa científica, melhorar as capacidades tecnológicas de setores industriais em todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, inclusive, até 2030, incentivando a inovação e aumentando substancialmente o número de trabalhadores de pesquisa e desenvolvimento por milhão de pessoas e os gastos público e privado em pesquisa e desenvolvimento	Iniciativa que desenvolveu o projeto em prática extensionista articulando pesquisa e ensino na universidade pública
	9.b Apoiar o desenvolvimento tecnológico, a pesquisa e a inovação nacionais nos países em desenvolvimento, inclusive garantindo um ambiente político propício para, entre outras coisas, a diversificação industrial e a agregação de valor às commodities	
10 Redução das desigualdades	10.2 Até 2030, empoderar e promover a inclusão social, econômica e política de todos, independentemente da idade, gênero, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra	Implantação de um bairro para população de alta vulnerabilidade, mas com integração de classes por estratégias do desenho urbano e do planejamento municipal

11.1 Até 2030, garantir o acesso de todos à habitação segura, adequada e a preço acessível, e aos serviços básicos e urbanizar as favelas

11.3 Até 2030, aumentar a urbanização inclusiva e sustentável, e as capacidades para o planejamento e gestão de assentamentos humanos participativos, integrados e sustentáveis, em todos os países

11.4 Fortalecer esforços para proteger e salvaguardar o patrimônio cultural e natural do mundo

11.5 Até 2030, reduzir significativamente o número de mortes e o número de pessoas afetadas por catástrofes e substancialmente diminuir as perdas econômicas diretas causadas por elas em relação ao produto interno bruto global, incluindo os desastres relacionados à água, com o foco em proteger os pobres e as pessoas em situação de vulnerabilidade

11.6 Até 2030, reduzir o impacto ambiental negativo per capita das cidades, inclusive prestando especial atenção à qualidade do ar, gestão de resíduos municipais e outros

11.7 Até 2030, proporcionar o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, particularmente para as mulheres e crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência

11.a Apoiar relações econômicas, sociais e ambientais positivas entre áreas urbanas, periurbanas e rurais, reforçando o planejamento nacional e regional de desenvolvimento

11.b Até 2020, aumentar substancialmente o número de cidades e assentamentos humanos adotando e implementando políticas e planos integrados para a inclusão, a eficiência dos recursos, mitigação e adaptação às mudanças climáticas, a resiliência a desastres; e desenvolver e implementar, de acordo com o Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015-2030, o gerenciamento holístico do risco de desastres em todos os níveis

11.c Apoiar os países menos desenvolvidos, inclusive por meio de assistência técnica e financeira, para construções sustentáveis e resilientes, utilizando materiais locais

Estratégias de desenho baseadas na qualidade urbana, na natureza, na resiliência e na saúde da população. Construção participativa da proposta

13 Ação contra a mudança global do clima	13.1 Reforçar a resiliência e a capacidade de adaptação a riscos relacionados ao clima e às catástrofes naturais em todos os países	Diálogo com os elementos naturais e definições de implantação que combatam as ilhas de calor e proporcionem conforto ambiental urbano. Adoção de infraestruturas verdes e espaços livres em diferentes escalas
15 Vida terrestre	<p>15.1 Até 2020, assegurar a conservação, recuperação e uso sustentável de ecossistemas terrestres e de água doce interiores e seus serviços, em especial florestas, zonas úmidas, montanhas e terras áridas, em conformidade com as obrigações decorrentes dos acordos internacionais</p> <p>15.2 Até 2020, promover a implementação da gestão sustentável de todos os tipos de florestas, deter o desmatamento, restaurar florestas degradadas e aumentar substancialmente o florestamento e o reflorestamento globalmente</p> <p>15.9 Até 2020, integrar os valores dos ecossistemas e da biodiversidade ao planejamento nacional e local, nos processos de desenvolvimento, nas estratégias de redução da pobreza e nos sistemas de contas</p>	Orientação do projeto pela topografia, pelos cursos naturais de escoamento de água e pelos ventos dominantes. Integração paisagística com as características regionais e recuperação do ciclo hidrológico
16 Paz, justiça e instituições eficazes	16.1 Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em todos os lugares	Adoção de estratégias de desenho baseadas na segurança de gênero
17 Parcerias e meios de implementação	<p>17.14 Aumentar a coerência das políticas para o desenvolvimento sustentável</p> <p>17.17 Incentivar e promover parcerias públicas, público-privadas e com a sociedade civil eficazes, a partir da experiência das estratégias de mobilização de recursos dessas parcerias</p>	Projeto viabilizado a partir da parceria entre iniciativa privada (Fundação Pio XII), Universidade Pública (IAU-USP) e poder público (prefeitura de Lagarto)

Fonte: autoria própria.

Outra referência internacional importante é a Organização Mundial da Saúde e seu documento Integrating health in urban and territorial planning: A sourcebook from United Nations (Integrando saúde no planejamento urbano e territorial: um guia para as Nações Unidas) que traz contribuições para o campo do planejamento urbano e regional, articulando conhecimentos do campo da saúde para direcionar ações de gestores, profissionais e população em geral por cidades mais saudáveis. O documento apresenta instruções de desenho urbano pautadas na saúde, priorizando os espaços públicos, a escala humana dos projetos, fachadas ativas, larguras de vias reduzidas, entre outros, o que se denomina “cidade ao nível dos olhos”. Como consequência das diversas diretrizes e estratégias dispostas, o documento aponta como objetivo principal o aumento das atividades físicas diárias da população, a melhoria da qualidade do ar, a melhoria da segurança alimentar e nutrição, a redução de desigualdades de saúde, a redução de acidentes de trânsito e, por fim, justiça social e ambiental. Nesse sentido, se configura como um documento referência em estratégias para se atingir cidades saudáveis passíveis de incorporação para projetos urbanos. O documento define 12 recomendações para o planejamento do meio urbano e igualdade na saúde, que serviram como diretrizes balizadoras das ações de projeto. A relação entre a proposta e as recomendações se estrutura da seguinte forma:

Tabela 2 - Relações entre as Estratégias de igualdade na saúde e o projeto.

Estratégias de Planejamento do meio urbano e igualdade na saúde	do	Estratégias de projeto urbano adotadas
1 Atingir a equidade nas estruturas políticas, sociais, culturais e econômicas	de uma nova ocorrência surgirá	Projeto concebido e financiado por diferentes níveis de governo incluindo poder público e privado
2 Proteger o meio ambiente natural, mitigar as mudanças climáticas e respeitar o uso da terra		Desenho urbano com respeito às condicionantes naturais existentes e com valorização dos espaços públicos verdes com função ambiental
3 Reconhecer e reverter os impactos da equidade na saúde e no racismo estrutural, apoiar a representação ativa, descolonização em todos os aspectos do planejamento e sistemas de controle de desenvolvimento		Planejamento proposto por e com a comunidade local em diálogo crítico com as referências internacionais compreendendo a transformação do território pela inclusão de todas as classes, gêneros e raças
4 Desenvolvimento de políticas espaciais apropriadas para crianças na escala tanto da cidade quanto de bairro		Projeto pensado a partir da inclusão dos moradores e usuários abrangendo diferentes idades, com especial atenção à segurança do pedestre e a mobilidade. Espaços de lazer seguros para todas as faixas etárias.

5 Distribuição e acesso equitativos a locais de trabalho seguros	Elaboração de mapa de usos e ocupação do solo a partir da segurança urbana garantindo espaços permanentemente com usos
6 Vida digna para idosos dentro da cidade	Projeto pensado a partir da inclusão dos moradores e usuários abrangendo diferentes idades, com especial atenção à segurança do pedestre e a mobilidade para pessoas com vulnerabilidade física
7 Renda e proteção social, projetar ambientes para oferecer uma ampla variedade de oportunidades para o desenvolvimento econômico	Incorporação da atividade econômica lindeira (agrária) no projeto através de espaços para comercialização de produtos (feira) e da adoção do uso misto como predominante
8 Reduzir a violência pela equidade em saúde	Bairro destinado a equipamentos de saúde integrados aos usos urbanos e rurais
9 Melhorar o ambiente e as condições de moradia, desenvolvimento de bons padrões ambientais na construção	Desenvolvimento de projetos de habitação acessíveis e com qualidade visando conforto de acordo com o clima local e adequação à demanda dos usuários pela sua condição de saúde
10 Sistemas de saúde igualitários: localização, distribuição e acesso equitativos aos serviços de saúde e assistência	Implantação das unidades hospitalares de porte regional que atendem pelo SUS e de porte local e de bairro integrados, mas não concentrados e próximos à população rural
11 Arranjos de governança para a equidade em saúde tendo uma integridade com toda política de planejamento	Articulação de esforços do executivo local e municipal, do legislativo estadual e federal na implantação de unidades regionais de atendimento de saúde integradas a um bairro saudável
12 Abordar os direitos fundiários com estratégias espaciais	Terra pública para uso de diferentes associações coletivas para a moradia e o atendimento gratuitos de saúde

Fonte: autoria própria.

A partir das contribuições das organizações internacionais levantadas e sistematizadas, e dos questionamentos gerados pelo contexto de pandemia, o projeto propôs a discussão dos aspectos do desenvolvimento a partir do desenho urbano para, fundamentalmente, retomar a cidade como lugar de encontro e de saúde. Em condições de altos contrastes sociais e desigualdades regionais, a proposta de um novo bairro representou oportunidade de explorar a resiliência urbana nas cidades brasileiras e dialogar criticamente com os ODS e princípios defendidos pelo WHO.

5 - PROJETO URBANÍSTICO DA NOVA CENTRALIDADE DE LAGARTO E AS PERSPECTIVAS DA CIDADE PÓS-COVID

Para além de uma proposta de plano ou projeto, o presente estudo de caso tornou-se uma reflexão acadêmica e de gestão pública, criando condições de experimentar novas formas de soluções do espaço de convívio que combatam o modelo de cidade excludente em que predomina a desigualdade social que a Covid-19 intensificou e evidenciou. A combinação da reflexão teórica histórica entre o hospital e a cidade no Brasil e no mundo, as orientações das organizações internacionais para uma cidade saudável e sustentável, o objetivo de criação de uma nova centralidade, a valorização das características naturais e a preocupação com a inclusão social e de gênero foram as premissas que nortearam o projeto e as soluções de desenho urbano, como demonstrado abaixo.

5.1 Estratégias de desenho urbano e sua relação com a saúde

O projeto urbanístico foi concebido e dimensionado com o objetivo de promover uma relação saudável entre os moradores e o espaço, para isso foram valorizados os meios de locomoção ativa, soluções baseadas na natureza, espaço públicos multifuncionais e diversidade de usos garantindo segurança e conforto a todas as classes, gêneros e faixas etárias. Essa preocupação fica evidente no desenho viário, no qual mais de 50% é destinado ao pedestre e à bicicleta, e no contato com a natureza, que é reforçado tanto nas calçadas quanto na presença de espaços de convivência ao ar livre.

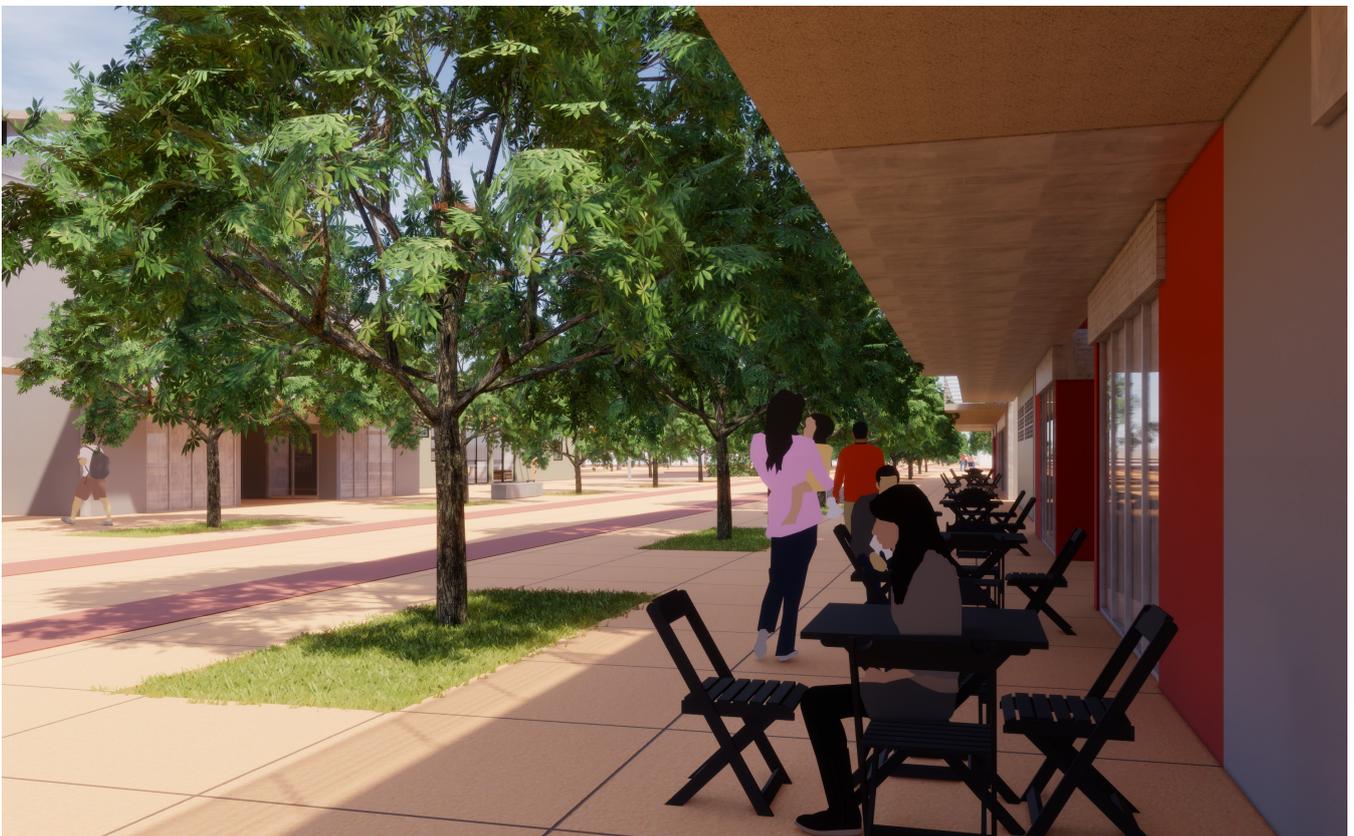
O espaço para a locomoção do pedestre foi concretizado através de calçadas que incorporam faixa de acesso e estar; faixa livre para circulação, de pedestre e ciclovia; e faixa de serviço, com área para a infraestrutura verde alternada com mobiliário urbano: bancos, mesas, bicicletários e lixeiras. As esquinas possuem um alargamento de 2,5 metros, o que faz com que a área que o percurso de travessia do pedestre seja menor e, portanto, mais seguro. A principal calçada da avenida de acesso possui ainda pista de caminhada e a implantação de equipamentos de ginástica, o que favorece os exercícios físicos ao ar livre.

O tamanho das quadras, aproximadamente 130m x 45m e a localização das praças

e dos eixos verdes, a cada 500 metros, foram pensadas de forma a configurar trechos de caminhadas e descansos, além de espaços de convivência e permanência ao ar livre acessíveis a menos de dez minutos a pé. A importância e a falta desses espaços nas nossas cidades, ressaltadas pela pandemia da Covid-19, foram repensadas pelo desenho de calçadas com um generoso espaço de convivência, além da presença de três praças e um mirante.

O protagonismo do pedestre se destaca no calçadão, que possui 20 metros de largura e permite a passagem eventual de veículos de serviços e manutenção. Foi pensado como um espaço público de extensão das moradias, uma vez que se localiza na área de maior concentração residencial. Para assegurar um caminhar mais agradável, considerando as altas temperaturas que a cidade atinge, o sombreamento das calçadas foi projetado a partir de marquises e arborização urbana. As marquises estão presentes nas praças e são de construção obrigatória para todos os proprietários das moradias, como pode ser observado na figura 1.

Figura 1 – Maquete eletrônica do calçadão.



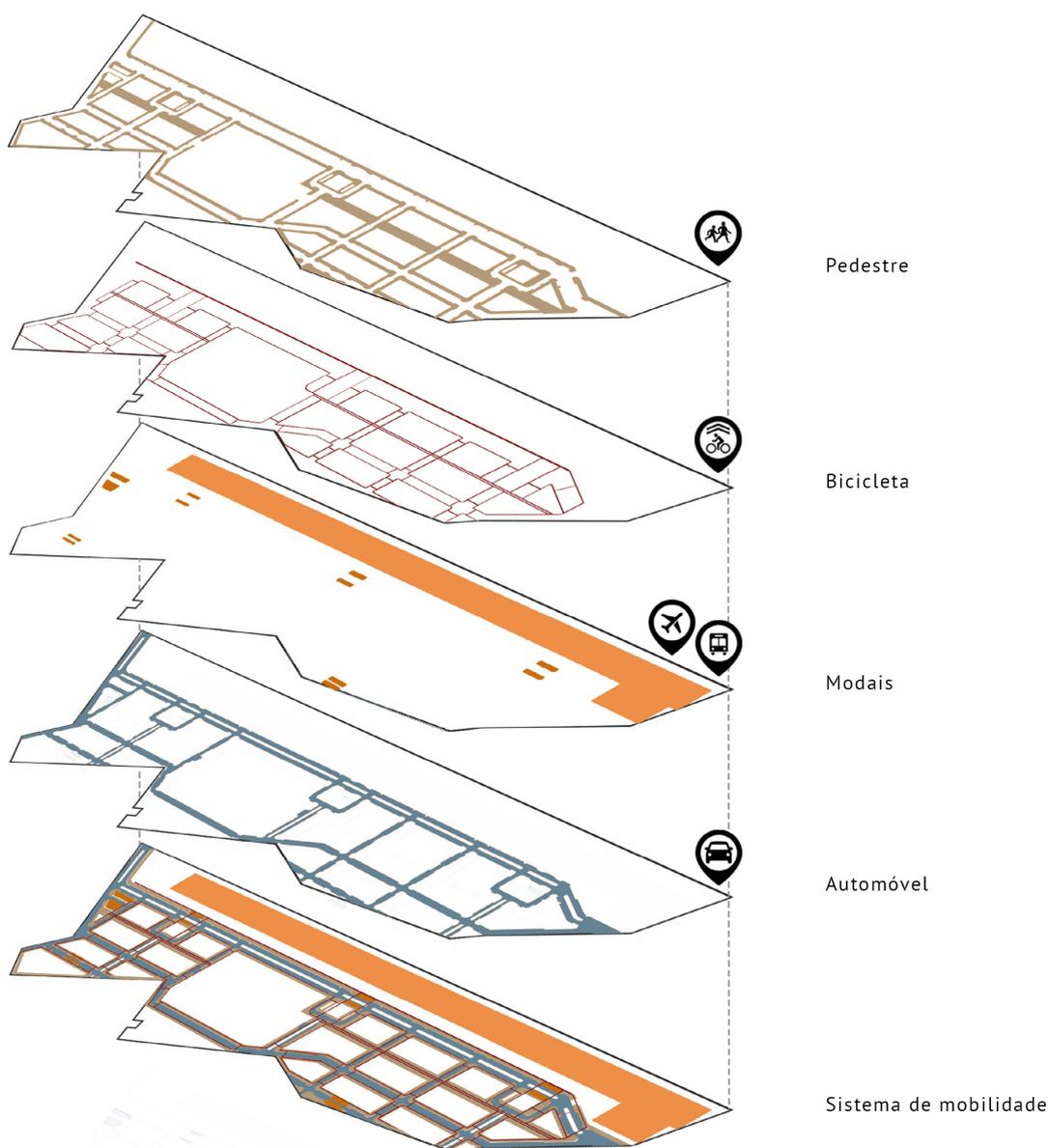
Fonte: Tavares, 2021.

A valorização de meios de transporte ativos, importante premissa do projeto, está em consonância com o movimento mundial por cidades saudáveis, nas quais a população tem um modo de vida mais ativo. Segundo Westphal (2018), as melhores condições de vida da população devem ser a base da promoção do desenvolvimento local.

5.2 Estratégias de desenho urbano e sua relação com o meio ambiente

As estratégias que permitem uma mobilidade ativa e a integração com o transporte público também são um meio de assegurar menor impacto ambiental provocado pela poluição do ar. Para possibilitar a “caminhabilidade” na vizinhança, foi planejada a integração de diferentes modais. A conexão com ônibus atende às escalas regional, municipal e local, para isso foi alocado o terminal na entrada da vizinhança e pontos de ônibus ao longo das duas avenidas principais. As ciclovias, presentes em todas as calçadas, e a presença de bicicletários distribuídos ao longo do bairro, permitem também uma integração cicloviária. Uma peculiaridade da área é a presença do aeródromo, que possibilita uma conexão aérea com toda a região e o país. Os sistemas de transporte e a integração entre eles podem ser observados na figura 2:

Figura 2 – Esquema dos modais de transporte.



Fonte: Tavares, 2021.

O desenho e o parcelamento do bairro foram norteados pelos elementos naturais da área, especificamente a topografia e a direção de ventos dominantes, que propiciaram a criação de três eixos verde-azul implantados a cada 500 metros. Os eixos verde-azul se iniciam nas praças e se estendem de acordo com o sentido de declividade do terreno, em canteiros de 7 metros de largura. Ambas as áreas contidas nos eixos verde-azul são permeáveis e vegetadas, conforme pode ser observado na figura 3.

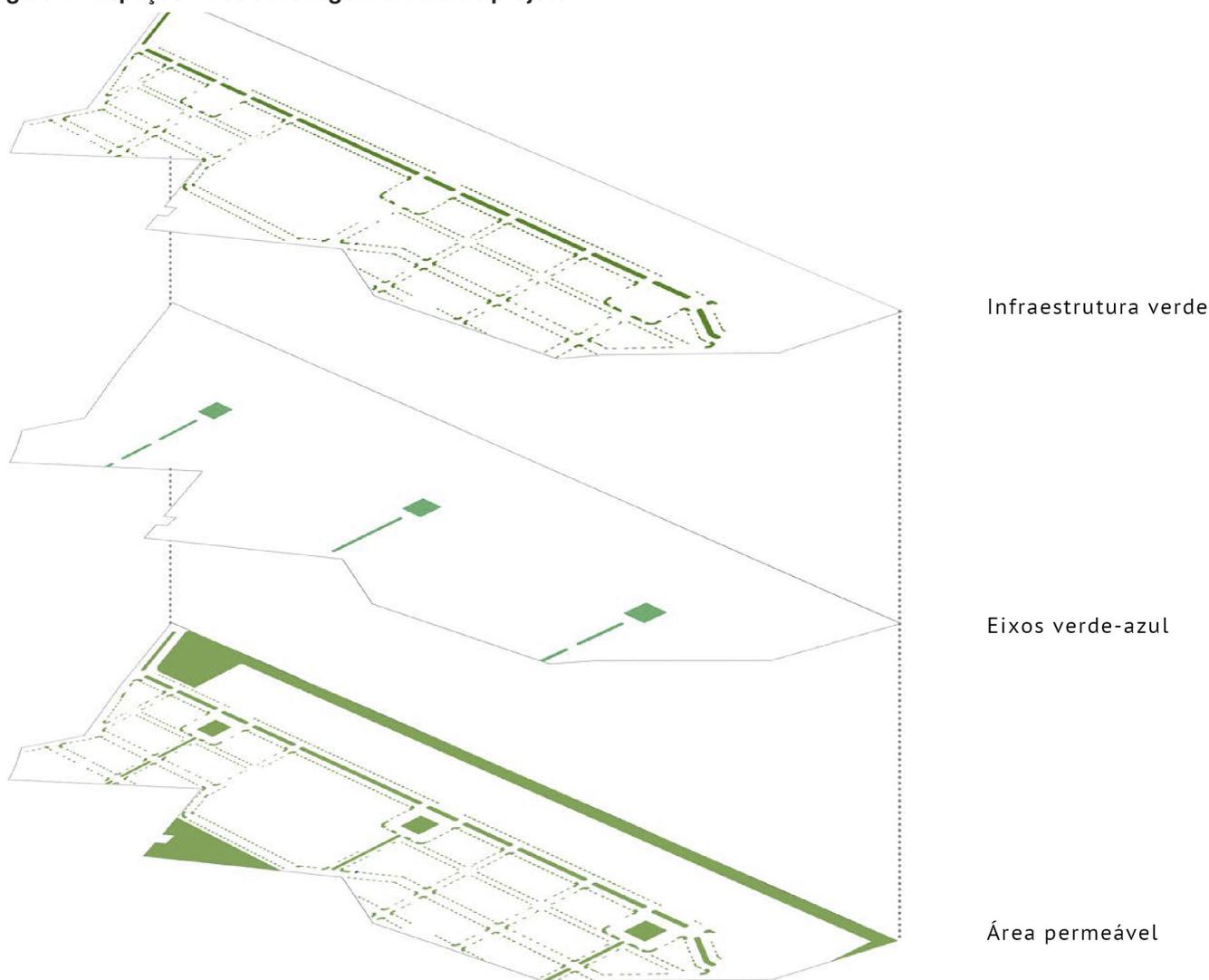
Figura 3 – Maquete eletrônica do eixo verde.



Fonte: Tavares, 2021.

Os eixos verde-azul foram projetados, também, como corredores de vento para o interior do bairro, que juntamente com a sua vegetação proporcionam melhor conforto térmico para a população, já que a localidade possui clima semiárido e subúmido a seco. Para auxiliar no aumento da permeabilidade do solo, foi prevista a retirada de terra nos canteiros, acentuando as particularidades funcionais de drenagem. Com isso, tem-se maior infiltração da água no solo e, conseqüentemente, a manutenção da qualidade das nascentes existentes no município de Lagarto. O projeto possui ainda outra praça, localizada no extremo sul, em um local para destinação de terra dos cortes realizados na área, o que garante uma cota elevada e possibilita seu funcionamento como mirante. Essa praça foi pensada como um espaço multifuncional, tanto para atividades de lazer ao ar livre quanto para feiras sazonais. As áreas verdes foram espalhadas por todo o bairro através das calçadas, que foram projetadas com a presença de infraestrutura verde (canteiros de drenagem, biovaletas, microbacias de preservação) alternadas no seu comprimento, o que faz com que também tenham um papel importante na drenagem urbana, como verificável na figura 4.

Figura 4 – Espaços livres e drenagem urbana no projeto.



Fonte: Tavares, 2021.

Uma das premissas do projeto, com o intuito de aproximar o meio ambiente da vida cotidiana e da cultura local, foi a utilização de espécies nativas para a arborização urbana, com o objetivo de restaurar parcialmente a vegetação de Caatinga e a Mata Atlântica, que se porta como mata secundária no local. Para isso, foram utilizadas espécies xerófitas, como cactos e bromélias. Estas plantas características da região possuem adaptações morfo fisiológicas ao clima semiárido e seus longos períodos de seca, incluindo a redução da evapotranspiração e armazenamento de água para os meses de estiagem, com estruturas como troncos e raízes capazes de acumular água, cascas grossas, espinhos e folhas pequenas. Também são comuns árvores de maior porte, como a Paineira-branca, o Juazeiro e o Umbuzeiro, espécies que contribuem para o conforto climático e a conformação de espaços sombreados e possibilitam o consumo de frutas.

O meio ambiente e o conforto térmico também foram premissas importantes para a elaboração do plano de massas. O plano prevê uma variabilidade de gabaritos, mais baixos nas áreas predominantemente comerciais e de equipamentos públicos e mais

altos nas áreas mistas e predominantemente residenciais, o que possibilita exposição à insolação direta, mas também áreas de sombreamento das vias, uma vez que evitam as ilhas de calor e colaboram na amenização do clima, dado o aumento da temperatura com as mudanças climáticas.

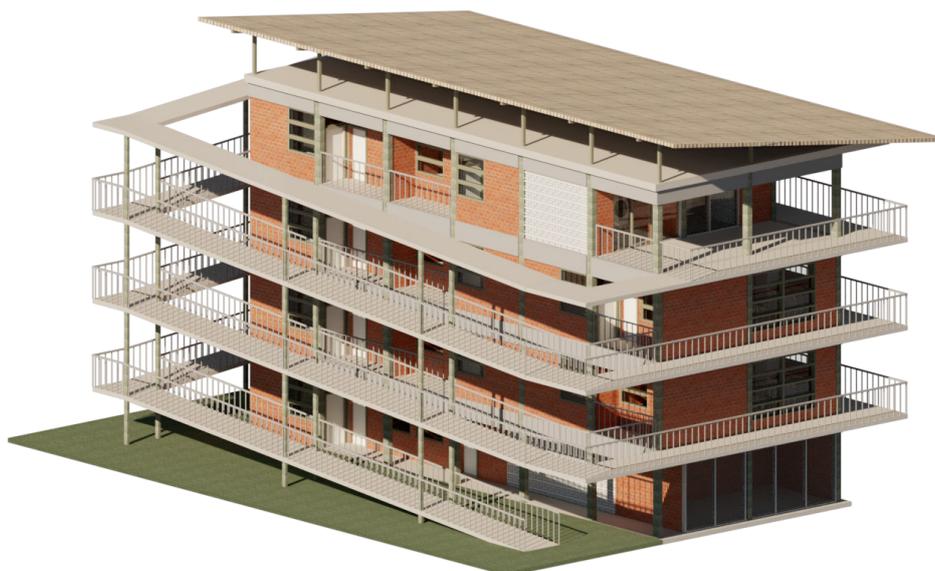
O projeto reflete a preocupação com a qualidade ambiental da vida urbana do Relatório de Brundtland e busca uma relação harmoniosa com o meio ambiente que, de acordo com a proposta da Organização Mundial de Saúde de 1986, é a forma como deve ser feita a melhoria das condições de vida e saúde da população.

5.3 Estratégias de desenho urbano e sua relação com a inclusão

A rede Hospital de Amor tem como missão o atendimento a pacientes oncológicos do Sistema Único de Saúde (SUS). Muitos desses pacientes estão em situação de vulnerabilidade social, o que faz com que a maior demanda habitacional do bairro seja para atender a esse público e seus acompanhantes que vêm de diversas localidades, o que é atendido através de pousadas, hotéis e casas de apoio mantidas por instituições filantrópicas ou prefeituras. Com o intuito de proporcionar a inclusão e opções de lazer para esses moradores, que não possuem vínculos diretos com a cidade, os lotes residenciais foram alocados em espaços articulados às unidades hospitalares, integrados às áreas de lazer e próximos de equipamentos de serviço e comércio.

O projeto propôs estudos arquitetônicos, apresentados na figura 5, que pudessem acolher de forma adequada e confortável essa população. Para isso, são previstos cômodos duplos ou para familiares, áreas coletivas, acessibilidade e a valorização da circulação de ar para dentro dos lotes, de forma a minimizar as altas temperaturas.

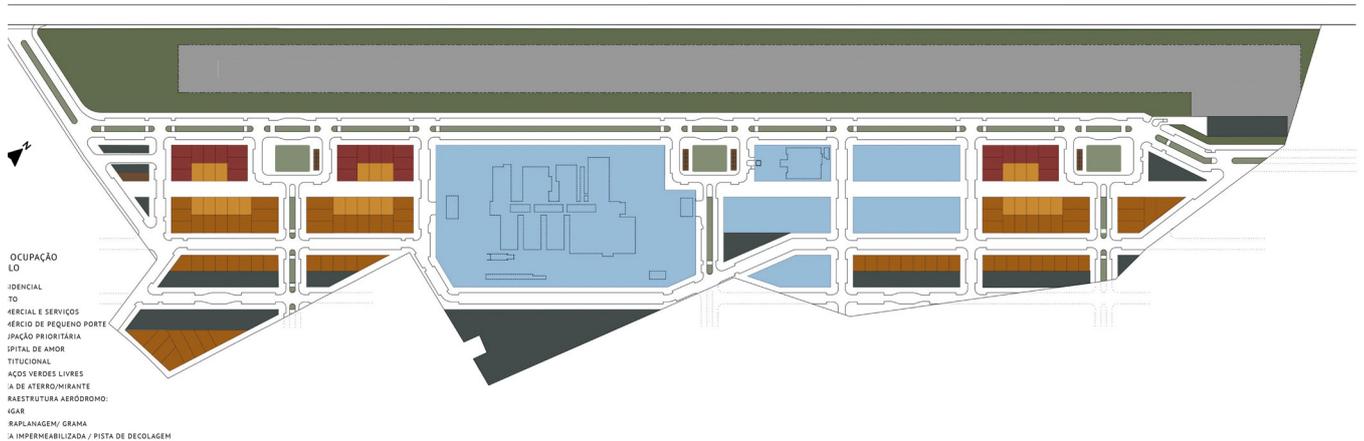
Figura 5 – Tipologias elaboradas para as casas de apoio.



Fonte: Tavares, 2021.

A segurança de gênero e minorias foi uma preocupação norteadora para a definição do uso do solo, para a disposição de equipamentos e de desenho urbano, por isso, foi privilegiada a diversidade de usos e a manutenção de uma conexão visual entre as edificações. Nesse sentido, a distribuição dos usos visou evitar o padrão monofuncional e partiu da premissa de que o fluxo e a presença constante de pessoas contribuem para um espaço mais seguro, como é perceptível na figura 6. Nas tipologias propostas, as fachadas foram também concebidas com esse objetivo. As aberturas de portas e janelas têm variações de usos nas faces voltadas para a rua em cada lote, de forma que se tenha permanentemente olhares voltados para a rua em diferentes horários do dia e da noite.

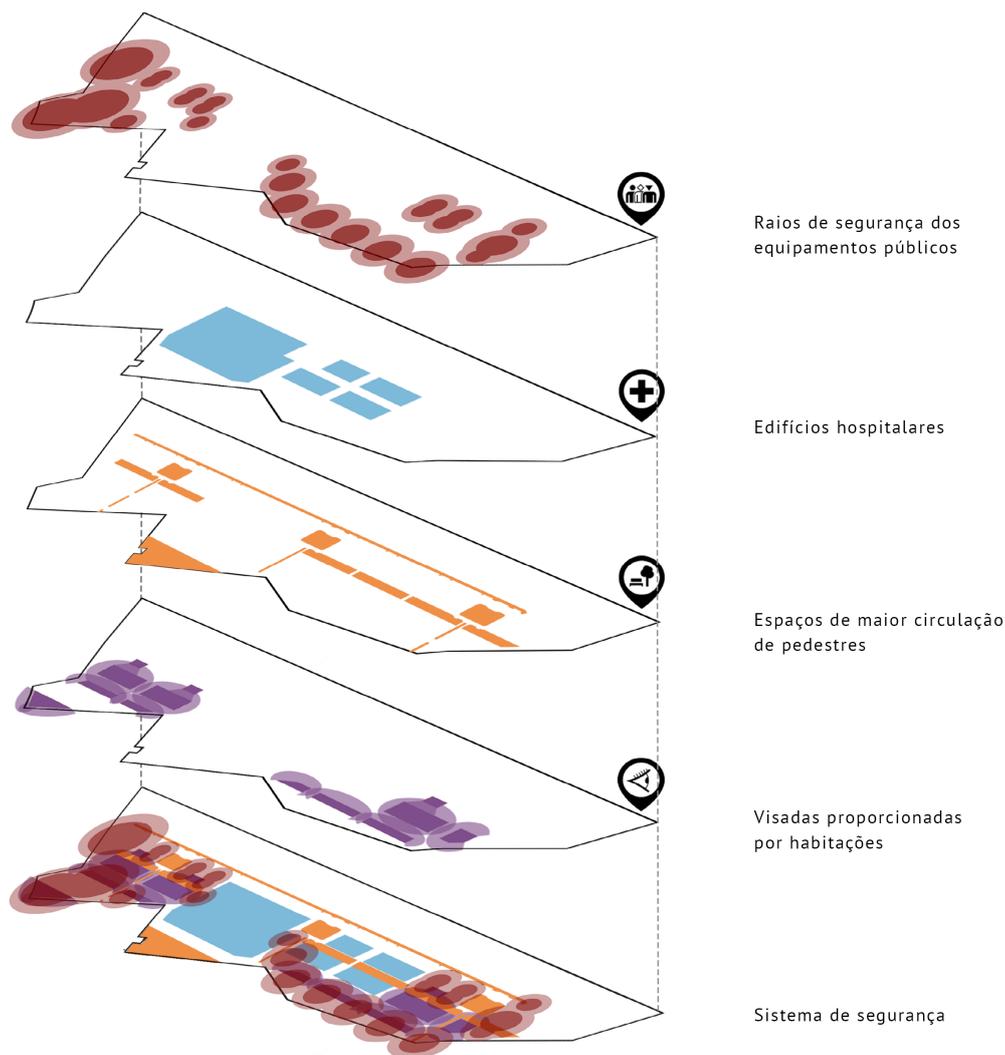
Figura 6 – Uso e ocupação do solo.



Fonte: Tavares, 2021.

Com base na diversificação de usos proposta, foi criado o sistema de segurança do bairro, que pode ser observado na figura 7. Os equipamentos públicos como escolas, biblioteca, terminal de ônibus e capela atraem grande quantidade de pessoas e por isso fazem um raio de segurança no seu entorno. Os edifícios hospitalares são locais que funcionam 24 horas por dia e, portanto, são ambientes com movimento em todos os horários. A presença de pessoas circulando em um espaço contribui para a sensação de segurança, portanto, foram identificados os espaços de maior circulação de pedestres, como praças, calçadões, os eixos verde-azul, a avenida principal e o mirante. Por fim, as habitações possibilitam as visadas que trazem segurança e foram pensadas através das plantas habitacionais, direcionando quartos, salas e cozinhas alternadamente, o que possibilita a proteção visual do transeunte. Ao analisar a junção de todas as estratégias, tem-se o sistema de segurança do bairro, e, neste caso, pode-se observar que grande parte do projeto possui pelo menos um desses sistemas de proteção atuante. Isso demonstra que a diversidade de uso proporciona formas de proteção diversificadas ao longo do projeto e, com isso, é possível a constituição de um espaço seguro para a circulação de mulheres e diferentes faixas etárias.

Figura 7 – Segurança de gênero e etária no projeto.



Fonte: Tavares, 2021.

Outra preocupação nesse sentido foi a prioridade de ocupação dos lotes de esquina e em pontos estratégicos, como os limites da área, com comércios e serviços de maior movimento diurno e noturno, como padarias, farmácias, postos de gasolina e restaurantes. Dessa forma, o movimento atraído por esses equipamentos possibilita difundir a segurança a todos os grupos etários e de gênero.

A proposta de uso e ocupação do solo parte de uma premissa pouco usual, justamente com esse objetivo. A proposta de ausência de recuo frontal e o alinhamento da edificação em relação à rua em todas as edificações faz com que esse contato e segurança sejam maiores. A proposta é, por exemplo, que o calçadão, local de concentração de edificações residenciais, seja uma extensão das casas, de forma que seja um espaço vivo e com a presença constante de pessoas.

Essas estratégias foram pensadas seguindo o conceito de cidade democrática e justa de Acselrad (2009). Toda a população do bairro tem direito de acesso aos serviços de saúde, educação, saneamento, mobilidade, lazer e segurança, uma forma de democratização do território que contribui no combate à segregação socioespacial.

5 - CONCLUSÕES

A apreensão histórica dos processos de formação do conhecimento acerca do hospital, da saúde e da cidade foram substanciais para a compreensão do equipamento hospitalar moderno tal qual conhecemos hoje, bem como o entendimento da cidade como um corpo social fundamental para a saúde e bem estar de sua população. Esse debate, que teve início nos países europeus, chegou ao Brasil principalmente por meio dos discursos higienistas e sanitaristas que avançaram no debate com as grandes reformas urbanas do século XX.

No mundo contemporâneo, percebe-se que o tema da sustentabilidade cruza, inegavelmente, o debate da saúde na cidade. Esse cruzamento permite que o discurso ambiental seja não apenas mais um ponto de importância, como também algo imprescindível para se explorar de forma central nos debates teóricos e práticos. Isso porque ambas as áreas de interesse, saúde e sustentabilidade, vêm apontando para as mesmas direções de futuro, reforçadas também pelas restrições da pandemia da Covid-19, o que fica evidente nos aspectos de iluminação e ventilação natural, na valorização das águas urbanas pelo seu ciclo hidrológico natural, na arborização urbana para captura de CO₂ e amenização do clima e nas estratégias de estímulo ao transporte ativo urbano.

Nesse sentido, a proposta da Nova Centralidade para Lagarto-SE alia diferentes estratégias projetuais de desenho urbano que levam em consideração tanto as experiências históricas, nacionais e internacionais do debate de saúde na cidade como indicações técnicas atuais de desenvolvimento urbano sustentável. Em outras palavras, o projeto resulta de uma aliança entre o conhecimento teórico e as experiências práticas, buscando entender e identificar os padrões do passado, e alimentar a atual discussão latente com uma proposta que revisa os tradicionais paradigmas de desenvolvimento urbano. A ideia da cidade como infraestrutura de saúde, portanto, corresponde a propostas de planejamento e desenho urbano que proporcionem condições cotidianas mais saudáveis, sustentáveis e inclusivas ao cidadão. Não é, portanto, uma analogia da cidade como equipamento hospitalar, mas da saúde no seu sentido pleno, que incorpora o bem estar do cidadão, resgatando à cidade seu papel original de lugar de oportunidade e qualidade de vida.

O transporte ativo, a proximidade entre consumidor e produtor de alimentos saudáveis, cadeias produtivas circulares e familiares, saneamento como direito, cidade segura, confortável e, portanto, caminhável, resultam do planejamento e do projeto urbano. A dimensão regional é incorporada pelas funções que, condizentes à metropolização do território nacional, são incorporadas e reforçadas pelas funções que as cidades assumem nesse novo estágio da urbanização. A pandemia de Covid-19 evidenciou a necessidade desses aspectos, mas a ideia decorre de uma busca mais ampla e dialoga com fatores históricos, culturais já presentes no debate da nova agenda urbana mundial e nacional. Por isso, a solução de uma nova centralidade mais próxima e integrada aos povoados rurais do município.

Nesse aspecto, a revisão e materialização das premissas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU são fundamentais no trabalho. Portanto, o projeto de extensão urbanístico, por meio da relação da Universidade pública com critérios científicos e a participação da comunidade, consolida o novo bairro como evidência de que a cidade pode ser transformada em uma infraestrutura de saúde.

Além disso, o projeto está orientado a partir dos espaços públicos como as praças, os eixos verde-azul e o calçadão, retomando a importância histórica dos espaços públicos na formação das cidades brasileiras. Para tanto, reforça-se a multifuncionalidade desses espaços que, além de servirem ao lazer, circulação e repouso, também servem de infraestrutura de drenagem e de saúde, seja por meio do direcionamento das águas ou pela canalização e distribuição dos ventos dominantes, dentre outros.

No que se refere às contribuições para o aprimoramento da governança, essa experiência de um projeto de extensão interdisciplinar expõe as diferentes estratégias projetuais e de planejamento urbano que incorporaram o escopo da sustentabilidade e da saúde na cidade, buscando colaborar, portanto, para a revisão dos tradicionais paradigmas de planejamento e desenho urbano.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, S. L. **Espaço público**: do urbano ao político. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2008.

ACSELRAD, H. et al. (Org.). **A Duração das Cidades**: sustentabilidade e risco nas Políticas Urbanas. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2009.

ANDRADE, C. R. M. O plano de Saturnino de Brito para Santos e a construção da cidade moderna no Brasil. **Espaços & Debates** - Revista de Estudos Regionais e Urbanos, ano XI, nº 34. São Paulo, 1991.

ANDRADE, E. A. DE; FRANCESCHINI, M. C. T. O direito à cidade e as agendas urbanas internacionais: uma análise documental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3849–3858, dez. 2017.

BID; GAMRANI, S.; TRIBOUILLARD, C. **Guia prático e interseccional para cidades mais inclusivas**. Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2021.

FOUCAULT, M. (Roberto Machado, organizador). **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 22a edição, 2006 (edição original de 1979).

IBGE **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/lagarto/panorama>. Acesso em: 10 set 2020.

IBGE **Séries históricas e estatísticas**. Disponível em: <https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP122>. Acesso em: 17 set 2020.

LABASSE, J. **La ciudad y el hospital**: Geografía hospitalaria. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1982. 378 p.

LEME, M. C. da S. **Urbanismo no Brasil**: 1895-1965. São Paulo: Studio Nobel/Fauusp/Fupam, 1999.

LIMA, F. A.; LIMA, S. do C. Construindo cidades saudáveis: a instrumentalização de políticas públicas intersetoriais de saúde a partir do Planejamento Estratégico Situacional. **Saúde e Sociedade**, v. 29, 29 jul. 2020.

MÜLLER, G. R. R. **A influência do urbanismo sanitarista na transformação do espaço urbano em Florianópolis**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Geografia. Florianópolis, 2002.

NOVAES, G. B. de A.; MONTEIRO, L. M. Impactos da morfologia da cidade nas condições microclimáticas de áreas urbanas consolidadas de São Paulo em dias quentes. In: **Pós, Rev. Programa Pós-Grad. Arquit. Urban. FAUUSP**. São Paulo, v. 27, n. 51, e168232, 2020, p. 1-21.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 15 out 2020.

REIS FILHO, N. G. **Notas sobre urbanização dispersa e novas formas de tecido urbano**. São Paulo: Via das Artes, 2006.

SPÓSITO, M. E. B. O centro e as formas de expressão da centralidade urbana. Revista **Geográfica**, n. 10, p. 01-18, Presidente Prudente/SP, 1991.

TAVARES, J. C. **As cidades pós-pandemia**. In: O Estado de São Paulo. Editorial. 30 de agosto de 2020.

TAVARES, Bairros precisam ser mais que loteamentos, devem ser reinventados. In: O Estado de São Paulo. **Caderno Especial**: Futuro das Cidades. 14 de junho de 2020.

TAVARES, J. C.; GONÇALVES, A. V. S.; ROSAS, J. C. S. V. C.; LIMA, M. G. de S. Urbanismo, Planejamento e Saúde. Nova Centralidade Urbana em Cidades Metropolizadas, no Brasil. In: **Anais...** Seminario Latinoamericano Áreas Metropolitanas, Salud Territorial e Incertidumbre. Colômbia, México, Argentina, Chile e Panamá, 2020.

TAVARES, J. C. (Org.). **Projeto urbanístico de Nova Centralidade. Vizinhança hospitalar em Lagarto-SE: complexo nordeste do Hospital de Amor**. 1. ed. São Carlos: Portal de Livros Abertos da USP, 2021.

UN-HABITAT. WHO. **Integrating health in urban and territorial planning: a sourcebook**. Geneva:

UN-HABITAT and World Health Organization, 2020. **Licence:** CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

VILLAÇA, F. **Espaço intra-urbano no Brasil**. São Paulo: Studio Nobel, FAPESP, Lincoln Institute, 2001.

WESTPHAL, M. F. Cidades saudáveis, estratégias e desafios em novos tempos. **Labor e Engenho**, v. 12, n. 4, p. 472–481, 30 dez. 2018.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem: a equipe responsável pelo projeto; a Fundação Pio XII e o IAU-USP pelo apoio material e imaterial ao desenvolvimento dos trabalhos.