

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**INSTITUTO DE GEOGRAFIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GEOGRAFIA E GESTÃO DO TERRITÓRIO**

**CIDADES SAUDÁVEIS E QUALIDADE DE VIDA EM  
UBERLÂNDIA (MG): Aportes metodológicos para um  
processo em construção**

**LIDIANE APARECIDA ALVES**

**UBERLÂNDIA (MG)**  
**2016**

**LIDIANE APARECIDA ALVES**



Termos mais frequentes na definição de qualidade de vida pelos entrevistados em Uberlândia-MG (2015).

## **CIDADES SAUDÁVEIS E QUALIDADE DE VIDA EM UBERLÂNDIA (MG): Aportes metodológicos para um processo em construção**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de doutora em Geografia.

**Área de concentração:** Geografia e Gestão do Território.

**Orientador:** Prof. Vítor Ribeiro Filho.

**Uberlândia (MG)  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA  
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

- 
- A474c  
2016      Alves, Lidianne Aparecida, 1985-  
            Cidades saudáveis e qualidade de vida em Uberlândia (MG) :  
            aportes metodológicos para um processo em construção / Lidianne  
            Aparecida Alves. - 2016.  
            495 f. : il.
- Orientador: Vítor Ribeiro Filho.  
            Tese (doutorado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa  
            de Pós-Graduação em Geografia.  
            Inclui bibliografia.
1. Geografia - Teses. 2. Geografia urbana - Uberlândia (MG) -  
            Teses. 3. Cidade e vilas - Uberlândia (MG) - Teses. 4. Qualidade de vida  
            - Uberlândia (MG) - Teses. I. Ribeiro Filho, Vítor. II. Universidade  
            Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Geografia. III.  
            Título.

---

CDU: 910.1

**Lidiane Aparecida Alves**

**CIDADES SAUDÁVEIS E QUALIDADE DE VIDA EM UBERLÂNDIA (MG):  
Aportes metodológicos para um processo em construção**

---

**Prof. Dr. Vítor Ribeiro Filho (Orientador - IG/UFU)**

---

**Prof. Dr. Nuno Manuel Sessarego Marques da Costa (Orientador  
durante o PDSE – IGOT/UL)**

---

**Profa. Dra. Beatriz Ribeiro Soares (IG/UFU)**

---

**Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima (IG/UFU)**

---

**Prof. Dr. Fernando Luiz Araújo Sobrinho (UNB)**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Resultado:** \_\_\_\_\_



Aos meus pais, José Eustáquio e Helena,  
que tiveram como escola o trabalho  
braçal e, que souberam me ensinar que  
vitórias e virtudes não se alcançam sem  
escolhas, abdições, persistência e  
esforços.

## AGRADECIMENTOS

---

Tese finalizada. Como não agradecer? Ainda que para a maioria dos leitores os agradecimentos não tenham importância em um trabalho acadêmico, para quem os registra, significa expressão de gratidão, de reconhecimento e uma forma de demonstração de carinho aos que apoiaram, incentivaram e estiveram presentes, seja orientando ou oferecendo uma palavra e/ou gestos amigos, compensando os momentos de solidão, que são partes da elaboração das pesquisas acadêmicas, as quais apesar de consistirem em trabalhos individuais, indubitavelmente, não prescindem de apoios.

Primeiramente, agradeço à Deus por me conceder a graça da vida com saúde e inúmeras oportunidades de conhecimentos. E a Nossa Senhora, à mãe Maria, por guiar-me e iluminar meu caminho, intercedendo nos momentos mais difíceis e concedendo-me força, serenidade e compreensão, além de colocar nos caminhos da minha vida pessoas muito especiais.

A começar pela minha família, obrigada papai e mamãe, por tudo que fizeram/zem e são/serão para nós três – para mim, Ana e Luciano. Souberam ser, na simplicidade, grandes sábios e heróis. Acredito que não há palavras que consigam expressar o que representam.

Aos professores e servidores do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, que contribuíram para minha formação acadêmica. Na trajetória do desenvolvimento da tese agradeço, especialmente, aos professores Vitor Ribeiro Filho, Beatriz Ribeiro Soares e Samuel do Carmo Lima, pelos ensinamentos oferecidos.

Ao Professor, orientador e amigo, Vitor Ribeiro Filho, expresso meu agradecimento por acreditar em mim, por ser um exemplo de trajetória de superação na vida pessoal e acadêmica e saber compartilhar os conhecimentos adquiridos.

À professora Beatriz Ribeiro Soares, pelos conselhos acadêmicos e pessoais, em várias ocasiões, por sua preocupação comigo, por aceitar os convites de fazer parte das bancas de qualificação e de defesa e estar sempre disposta a uma conversa cheia de ensinamentos de maneira simples e descontraída. Obrigada, por todos os momentos que despendeu comigo. Sou e serei profundamente grata!

Ao professor Samuel do Carmo Lima, por prontamente ter aceito o convite para a banca, mas sobretudo pelos ensinamentos durante minha passagem pelo Laboratório de Geografia Médica quando iniciei meus estudos na graduação em Geografia. Certamente, foi pelo professor Samuel que ficou incutida em mim o germe/semente desta abordagem da geografia, pois após percorrer por outros vieses da Geografia, acabei me aproximando da

Geografia Médica, agora com maior maturidade para compressão de sua complexidade e importância.

Ao Professor Fernando Luiz Araújo Sobrinho, por gentilmente aceitar o convite para participar da banca de defesa deste trabalho.

Aos professores do Instituto Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa pela acolhida durante minha passagem pela instituição no período de realização do Doutorado Sanduíche. Um agradecimento especial aos professores Nuno M. S. Marques da Costa e Eduarda P. V. da S. Marques da Costa e família pela atenção, convívio e oportunidades de aprendizado. Não posso deixar de ressaltar a importância das pacientes orientações do prof<sup>o</sup> Nuno para que eu pudesse encontrar um encaminhamento para este trabalho. Meu eterno agradecimento!

Aos amigos geógrafos, da turma 50<sup>a</sup>: Artur, Renata, Kássia, Michelly, Mariah... e também de outras turmas: Rosiele, Naiara, Flávia, Hélio Carlos ... Um agradecimento especial aos amigos geógrafos que me auxiliaram no desenvolvimento deste trabalho. Obrigada à Rosi e a Bruna pela ajuda na aplicação dos questionários e ao Josimar Souza por, no último minuto do segundo tempo, me socorrer na confecção dos mapas.

À Crislaine Motter pela convivência, por compartilhar os elementos da cultura catarinense (já não sei viver sem um mate, graça a você Cris!). Obrigada também pelos bate-papos geográficos, econômicos, políticos, gastronômicos, de cuidados de beleza ... pelas parcerias acadêmicas e auxílios técnicos.

Aos amigos brasileiros além-mar Daniel, Silvia, Lucir, Marcus, Antônia, Carla, Márcia, Ideni, Katiele ... responsáveis presença cotidiana do sotaque brasileiro em Lisboa.

Aos amigos portugueses Sandra e Francisco Domingues e à Cecília e família (João, Tomás e dona Miquelina) pela receptividade, carinho, cuidado, divertidos passeios e pelos ensinamentos sobre a cultura portuguesa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida durante o doutorado na UFU e pela bolsa do Programa de Doutorado com Estágio no Exterior (PDSE).

À todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que a realização deste trabalho se concretizasse, os mencionados e os não mencionados, a todos o meu muito obrigada!

O aprendizado da vida deve dar consciência de  
que a “verdadeira vida” [...], não está tanto  
nas necessidades utilitárias – às quais  
ninguém consegue escapar –, mas na  
plenitude de si e na qualidade poética da  
existência, porque viver exige, de cada um,  
lucidez e compreensão ao mesmo tempo, e,  
mais amplamente, a mobilização de todas  
as aptidões humanas.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento;  
tradução Eloá Jacobina. 8a ed. - Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

## RESUMO

---

Este trabalho contempla reflexões teórico-metodológicas acerca da qualidade de vida na cidade de Uberlândia-MG. Partiu-se da premissa de que a qualidade de vida é multicausal e está em permanente construção e do objetivo principal de analisá-la, enquanto um dos desígnios do movimento Cidades Saudáveis. O referencial teórico utilizado enfocou os conceitos de cidades saudáveis, qualidade de vida, saúde, sustentabilidade, bem-estar, felicidade, índices e indicadores. A partir da utilização de múltiplas estratégias de pesquisa, documentais e em campo, de caráter quantitativo e qualitativo, este estudo de cunho exploratório descritivo oferece uma contribuição aos estudos sobre a qualidade de vida nas cidades. Propõe-se que os estudos partam de noções qualidade de às realidades particulares, cujas noções podem se aproximar de conceitos já consolidados como o de saúde. Nesta etapa são importantes pesquisas exploratórias. Os estudos podem contemplar dimensões de análise objetiva, subjetiva ou ambas. Na dimensão objetiva, que tem abordagem mais frequente, tradicionalmente são consideradas variáveis e indicadores referentes: aos equipamentos urbanos (saúde, educação, lazer, segurança, mobilidade), à moradia (déficits habitacionais quantitativos e qualitativos), à estrutura urbana (densidade e mix de usos), as características socioeconômicas (idade, renda, escolaridade), à infraestrutura urbana (saneamento, comunicação), governança (mobilização e participação social). Para o enfoque na dimensão subjetiva, mais recente e pouco comum, propõe-se ponderar a (in)satisfação, a avaliação pessoal em relação aos aspectos objetivos. Conclui-se que, por estar intrinsecamente relacionada com a saúde, a qualidade de vida também possui vários determinantes, sendo que o alcance do ideal de qualidade de vida depende da ação de todos os cidadãos partindo do reconhecimento de redes e territórios, numa perspectiva interescalar e intersetorial. Por isso, ressalta-se a potencialidade dos instrumentos, como os observatórios, para monitoramento e intervenção na realidade, com vistas a um processo de construção de cidades saudáveis.

**Palavras-chave:** Cidades Saudáveis. Qualidade de vida. Uberlândia (MG). Aportes teórico-metodológicos.

## ABSTRACT

---

The current study includes theoretical and methodological reflections on the quality of life in the city of Uberlândia, Minas Gerais. It started from the thought that the quality of life is multifactorial and is permanently under construction and the main objective of analyzing it as one of the components of Healthy Cities's movement. The theoretical research focused on the concepts of healthy cities, quality of life, health, sustainability, well-being, happiness, indexes and indicators. From the use of multiple search strategies, documentary and on field of quantitative and qualitative character, this research of exploratory descriptive nature can offer a contribution to the studies on the quality of life in cities. It is proposed that the studies start to work with some concept, like some notions of life quality adequate for some particular reality, whose notions can approach concepts already established as health. This step is important on the exploratory researches. The studies may include aspects of objective analysis, subjective or both. The objective dimension, which is most common approach, are traditionally considered variables and indicators related to: the urban infrastructure (health, education, leisure, security, mobility), dwelling (quantitative and qualitative dwelling deficit), the urban structure (density and mix uses), socioeconomic characteristics (age, income, education), urban infrastructure (sanitation, communication), governance (social mobilization and participation). To focus on the subjective dimension, most recent and unusual, it is proposed to consider the (dis)satisfaction, the personal assessment in relation to the objective aspects. In conclusion, being intrinsically related to the health, the quality of life also has a number of determinants, and the ideal of the reach of quality of life depends on the action of all citizens based on the recognition of networks and territories, in an interscalar perspective and intersectoral. Therefore, emphasis is given on the potential of tools, such as the observatories, to monitor and intervene in reality, aiming in a building process of healthy cities.

**Key words:** Healthy Cities. Quality of life. Uberlândia (MG). Contributions theoretical and methodological.

## LISTA DE FIGURAS

---

Figura 1 - Usando geoprocessamento para integrar os dados.....	81
Figura 2 - Cadeia produtiva do conhecimento.....	83
Figura 3 - Síntese do Delineamento da Pesquisa. ....	84
Figura 4 - Modelo de difusão epistêmica dos princípios de Cidades Saudáveis. ....	86
Figura 5 - Setores chave de colaboração para a cidade saudável.....	90
Figura 6 - Cidades saudáveis e metateoria: determinantes proximais e distais da saúde, intervenções na/para saúde e conhecimento de seus impactos. ....	91
Figura 7 - Movendo na direção certa. ....	101
Figura 8 - Conceitos chaves que afetam a saúde e o desenvolvimento sustentável. ....	119
Figura 9 - Principais determinantes da saúde para Dahlgren e Whitehead (1991). ....	126
Figura 10 - Principais determinantes da saúde para Diderichsen, Evans e Whitehead (2001). ....	128
Figura 11 - Quadro de vida, determinantes da saúde e distribuição da saúde. ....	129
Figura 12 - Interação dos determinantes da saúde e bem-estar com o ambiente. ....	131
Figura 13 - Modelo conceitual para a saúde urbana. ....	132
Figura 14 – Sustentabilidade, territórios e saúde. ....	151
Figura 15 - Modelo conceitual de Trevor Hancock. ....	151
Figura 16 - Estrutura Triangular para a compreensão da Saúde. ....	159
Figura 17 - Qualidade de vida: interação das necessidades humanas e da percepção subjetiva de sua realização, mediado pelas oportunidades disponíveis para atender as necessidades. ....	162
Figura 18 - Elementos/conceitos da qualidade de vida .....	167
Figura 19 - Definição de bem-estar.....	173
Figura 20 - Modelo geral para a saúde e o bem-estar. ....	174
Figura 21 - Quadro conceitual para medição do bem-estar pela OECD. ....	176
Figura 22 - Quadro conceitual para o bem-estar proposto pelo Reino Unido. ....	177
Figura 23 - Perspectivas de análise da qualidade de vida. ....	185
Figura 24 - Modelo das relações entre satisfação nos domínios e satisfação com qualidade de vida. ....	193
Figura 25 - Estrutura ampla para avaliação subjetiva de determinantes da satisfação com o ambiente residencial.....	194
Figura 26 - Quadro conceitual modificado.....	196
Figura 27 - Modelo de julgamento para analisar o bem-estar subjetivo. ....	197
Figura 28 - Uma visão geral da qualidade de vida urbana. ....	197

Figura 29 - Modelo mostrando relações entre condições objetivas, respostas subjetivas e satisfação com o bairro.....	199
Figura 30 - Estrutura de cinco dimensões para a qualidade de vida. ....	199
Figura 31 - Diagrama de Sharon Wood dimensões da Qualidade de vida. ....	202
Figura 32 - Estrutura dos indicadores e índices e grau de condensação de informação.....	231
Figura 33 - Evolução do IDH no sistema RGB (1980-2013). ....	268
Figura 34 - Brasil: Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHm), segundo população acumulada de 5.565 municípios (1991, 2000 e 2010). ....	271
Figura 35 - Municípios Mineiros: Índice Mineiro de Responsabilidade Social (2010). ....	275
Figura 36 - Desigualdades em saúde, educação e renda em regiões selecionadas (1990 a 2010). ....	277
Figura 37 - Brasil: Rendimento médio mensal – domiciliar nos municípios (2010). ....	279
Figura 38 - Aumento de pessoas nas classes C e AB e redução das Classes DE .....	281
Figura 39 - Redução do efeito desigualdade. ....	281
Figura 40 - Coeficiente de Gini segundo regiões do mundo (2000-2011) e segundo Brasil, Minas Gerais e Uberlândia (1991-2010).....	282
Figura 41 - Brasil: Saldo migratório nos municípios (2010). ....	289
Figura 42 - Brasil: migrantes que recebem mais de 10 SM por municípios (2010).....	290
Figura 43 - Mundo: Resultados dos estudantes no PISA 2012 em diferentes países do mundo. A) Performance em matemática, B) Performance em leitura, B) Performance em Ciências. ....	293
Figura 44- Brasil: Composição do déficit habitacional por unidades da Federação (2010). ....	306
Figura 45 - Brasil: Distribuição dos municípios segundo o percentual de domicílios caracterizados como carentes por substituição do estoque (2003-2023). ....	307
Figura 46 - Brasil: Distribuição dos municípios segundo o percentual de domicílios caracterizados como inadequados (2003-2023).....	308
Figura 47 - Brasil: Déficit habitacional segundo unidades da federação (2011- 2012). ....	309
Figura 48 - Brasil: Tamanho médio dos domicílios e domicílios unipessoais, por período e unidade da federação: (1993, 2003, 2013 e 2023).....	311
Figura 49 - Municípios de Minas Gerais: IMRS- Subíndice da saúde (2010).....	313
Figura 50 - Municípios de Minas Gerais: IMRS- Subíndice cobertura de saúde da família (2010)....	320
Figura 51 - Municípios Mineiros: IMRS: A) acesso à esgoto tratado; B) acesso à água e banheiro, C) lixo tratado; D) proporção de internação doenças relacionadas com saneamento ambiental inadequado (2010). ....	333
Figura 52 - Uberlândia-MG: Estrutura do sistema de transporte público por ônibus da cidade. ....	340
Figura 53 - Uberlândia-MG: densidade demográfica (Hab/Km <sup>2</sup> ) (2010).....	348
Figura 54 - Atributos fundamentais, intangíveis e mensuráveis dos espaços públicos. ....	352
Figura 55 - Mudança na Governança .....	358



Figura 56 - Características da boa governança .....	358
Figura 57 - Evolução dos usuários de smartphones. ....	361
Figura 58 - Uso de smartphones, por grupos de idade e em relação a outras TIC's. ....	361
Figura 59 - Mundo, Brasil e municípios de Minas Gerais: Acesso domiciliar à internet por indivíduos com 15 ou mais anos de idade (2010). ....	364
Figura 60 - Vinte palavras mais frequentes para descrever a qualidade de vida na visão dos entrevistados. ....	388
Figura 61 - Uberlândia (MG): relação entre as variáveis fundamentais à qualidade de vida (2015). ..	398
Figura 62 - Uberlândia (MG): Fatores que influenciam na qualidade de vida (2015). ....	416
Figura 63 - Fatores que interferem na qualidade de vida. ....	441

## LISTA DE MAPAS

---

Mapa 1 - Localização de Uberlândia-MG (2015).....	37
Mapa 2 - Distribuição espacial dos entrevistados nos bairros selecionados para a aplicação dos questionários.....	79
Mapa 3 - Brasil: Internações hospitalares para procedimentos de média complexidade (2009). ....	316
Mapa 4 - Brasil: Internações hospitalares para procedimentos de alta complexidade (2009). ....	316
Mapa 5 - Uberlândia-MG: Localização dos Postos de Segurança Pública (2009). ....	329
Mapa 6- Uberlândia (MG): expansão da área urbanizada da cidade (2015). ....	347
Mapa 7 - Brasil: índice de equipamentos culturais (2010). ....	356
Mapa 8 - Uberlândia (MG): Localização e área de abrangência das escolas públicas primárias (2015). ....	442
Mapa 9 - Uberlândia (MG): Localização e área de abrangência dos equipamentos públicos de saúde (2015). ....	443
Mapa 10 - Uberlândia (MG): Localização e área de abrangência dos equipamentos públicos de lazer (2015). ....	445
Mapa 11 - Uberlândia (MG): Localização e área de abrangência dos equipamentos públicos de segurança (2015).....	446

## LISTA DE GRÁFICOS

---

Gráfico 1 - Edições publicadas na Biblioteca Virtual em Saúde que abordam a qualidade de vida...	208
Gráfico 2 - Edições publicadas na openlibrary que abordam a qualidade de vida.....	209
Gráfico 3 - Percentual de abordagem dos temas inerentes aos estudos de Qualidade Vida e Bem-estar em diferentes contextos (2014).....	256
Gráfico 4 - Percentual de abordagem dos temas inerentes aos estudos de Qualidade Vida e Bem-estar no Brasil (2014). ....	257
Gráfico 5 - Brasil: Evolução do IDH (1980-2012). ....	269
Gráfico 6 - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Evolução do IDH e suas dimensões (1991-2010). ...	271
Gráfico 7 - Uberlândia-MG: Evolução do IDHM (1990, 2000 e 2010).....	272
Gráfico 8 - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Porcentagem da renda apropriada por estratos da população (1991 -2010). ....	277
Gráfico 9 - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: percentual dos ocupados com 18 anos ou mais por faixa de renda (1991 -2010). ....	280
Gráfico 10 - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Razão de dependência e taxa de envelhecimento (1991-2010). ....	284
Gráfico 11 - Regiões selecionadas: Taxa de fertilidade e taxa de mortalidade (2001-2005 e 2006-2010). ....	285
Gráfico 12 - Uberlândia-MG: Pirâmide etária envelhecida (2010).....	285
Gráfico 13 - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Taxas de fecundidade, de mortalidade dos menores de 5 anos e expectativas de vida (1991 -2010).....	286
Gráfico 14 - Regiões selecionadas: taxa de pessoas com ensino primário completo e com ensino secundário completo (2001-2005 e 2006-2010). ....	291
Gráfico 15 - Países da OECD, Brasil e Portugal: Proporção de pessoas adultas, segundo os três níveis de escolaridade (2000-2012). ....	292
Gráfico 16 - Uberlândia-MG: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) (2005, 2007, 2009, 2011 e 2013). ....	295
Gráfico 17 - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Proporção de pessoas na escola, por faixas etárias (1991-2010). ....	297
Gráfico 18 - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: expectativa de anos de estudo (1991-2010). ....	297
Gráfico 19 - Países selecionados: Gasto público em educação <sup>a</sup> e desempenho no PISA <sup>b</sup> (2009). ....	299
Gráfico 20 - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: taxa de (des)ocupação e formalização da população de 18 anos ou mais (1991-2010). ....	300
Gráfico 21 - Países selecionados: taxas de emprego entre adultos de 25-64 anos de idade, por nível de instrução (2013). ....	301

Gráfico 22 - Países selecionados: percentagem de pessoas com 20-24 anos de idade que não trabalham nem estão estudando ou em formação (NEET), por sexo (2013). .....	302
Gráfico 23 - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Percentual dos ocupados com 18 anos ou mais por nível de escolaridade (1991-2010). .....	303
Gráfico 24 - Brasil: Variação dos componentes do déficit habitacional (2007-2012). .....	306
Gráfico 25 - Uberlândia- MG: Projeção de domicílios, segundo categorias de tamanho dos domicílios (2003-2013). .....	311
Gráfico 26 - Brasil: Taxas de mortalidade violenta (por 100 mil/hab). População Total. 1980/2012. 324	
Gráfico 27 - Uberlândia-MG: Taxa de homicídios consumados (2012-2015). .....	327
Gráfico 28 - Uberlândia-MG: Taxa de crimes violentos registrados (2012-2015). .....	327
Gráfico 29 - Uberlândia-MG: Indicadores do transporte coletivo (2000 – 2012). .....	343
Gráfico 30 - Uberlândia-MG: domicílios com existência de alguns bens duráveis (2010). .....	362
Gráfico 31 - Brasil: Relação entre Felicidade e Acesso à Internet (%) .....	366
Gráfico 32 - Uberlândia (MG): Proporção média de gastos mensais em relação ao rendimento do agregado familiar <sup>1</sup> . .....	384
Gráfico 33 - Uberlândia (MG): Modo de transporte utilizado em relação ao tempo de deslocamento <sup>a-b</sup> .....	448
Gráfico 34 - Uberlândia (MG): Meio de transporte utilizado em relação à satisfação com a distância do estabelecimento de saúde. ....	449
Gráfico 35 - Uberlândia (MG): Tempo de deslocamento por satisfação em relação a satisfação com a distância ao estabelecimento de saúde <sup>b</sup> . ....	449
Gráfico 36 - Uberlândia (MG): Meio de transporte utilizado em relação à satisfação com a distância do estabelecimento de ensino. ....	450
Gráfico 37 - Uberlândia (MG): Tempo de deslocamento por satisfação em relação a satisfação com a distância da residência ao estabelecimento de ensino <sup>b</sup> . ....	451

## LISTA DE QUADROS

---

Quadro 1 - Princípios de investigação da qualidade de vida, adaptados a partir dos critérios operacionais determinados pela IASSID QoL SIRG em Outubro de 2004.....	46
Quadro 2 - Uberlândia- MG: Bairros Integrados por Setores (2010).....	58
Quadro 3 - Critérios pré-estabelecidos para a seleção dos bairros para aplicação do questionário. ....	60
Quadro 4 - Critérios para a distribuição espacial dos questionários. ....	78
Quadro 5 - Eventos que evidenciam a inter-relação entre saúde, qualidade de vida e cidades saudáveis. ....	89
Quadro 6 - Períodos, objetivos e temas de cada fase do Movimento Cidades Saudáveis (2014). ....	96
Quadro 7 - Componentes e subcomponentes de comunidades sustentáveis. ....	100
Quadro 8 - Principais Conferências Internacionais da WHO desde a década de 1970 que abordam a Saúde e a Qualidade de Vida. ....	107
Quadro 9 – Atenção primária à saúde (APS).....	111
Quadro 10 - Breve cronologia da Reforma Sanitária no Brasil. ....	117
Quadro 11 - Fases do movimento para a sustentabilidade. ....	142
Quadro 12 - C40: Redes atuais por área e temas de iniciativas, 2014 .....	148
Quadro 13 - Alguns conceitos de qualidade de vida.....	157
Quadro 14 - Verbos considerados básicos à vida humana - ter, amar, ser, e as possibilidades de mensuração objetiva e subjetiva. ....	164
Quadro 15 - Tipologia das posições de bem-estar. ....	179
Quadro 16 - Componentes da Qualidade de vida. ....	184
Quadro 17 - Quatro qualidade de vida. ....	203
Quadro 18 - Domínios e facetas do WHOQOL e do WHOQOL-Bref. ....	205
Quadro 19 - Países com maiores taxa de homicídios (por 100 mil) na população total (2007-2012). ....	322
Quadro 20 - Brasil: Estrutura e evolução da mortalidade: número e taxas de óbito (por 100mil/hab) segundo causas. População Total. (anos selecionados entre 1980/2012). ....	324
Quadro 21 - Uberlândia-MG: Índice de recursos humanos e gestão da segurança pública (2000-2010). ....	330
Quadro 22 - Uberlândia-MG: Índices de relacionados às infraestruturas de meio ambiente e habitação (2000-2010). ....	332
Quadro 23- Uberlândia-MG: Proporção e Índice Sintéticos relacionados às infraestruturas de meio ambiente e habitação (2000-2010). ....	332
Quadro 24 – Uberlândia-MG: Crescimento das frotas de veículo por tipo (2001-2014). ....	335
Quadro 25 - Uberlândia-MG: Variação das Taxas de Motorização e Ocupação veicular, motocicletas, automóveis e ônibus (2001-2014). ....	335

Quadro 26 - Estrato socioeconômico por classes de rendas. ....	382
Quadro 27 - Correlações entre as variáveis que compõem a qualidade de vida, considerando o grau de (in)satisfação expresso pelos entrevistados na escala de Likert. ....	390
Quadro 28 - Coeficientes dos fatores que interferem na saúde <sup>1</sup> .....	394
Quadro 29 - Coeficientes dos fatores que interferem na sensação de segurança no local onde vive <sup>1</sup> ..	394
Quadro 30 - Coeficientes dos fatores que interferem nos estados emocionais <sup>1</sup> .....	395
Quadro 31 - Coeficientes dos fatores que interferem na renda/trabalho <sup>1</sup> .....	396
Quadro 32 - Coeficientes dos fatores que interferem na relação com vizinhos <sup>1</sup> .....	396
Quadro 33 - Coeficientes dos fatores que interferem nas condições de residência <sup>1</sup> .....	397
Quadro 34 - Conformidade da matriz de dados para tratamento pela análise fatorial. ....	399
Quadro 35 - Fatores obedeceram ao critério de Kaiser do autovalor. ....	400
Quadro 36 - Interações dos componente com os variáveis, segundo as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax <sup>1</sup> .....	401
Quadro 37 - Correlações entre os componentes/constituintes da qualidade de vida.....	402
Quadro 38- Coeficientes dos fatores que interferem na qualidade de vida <sup>1</sup> .....	402
Quadro 39 - Classes de valores, adjetivos e cores do índices da qualidade de vida. ....	403
Quadro 40 - Uberlândia (MG): Índice de qualidade de vida de acordo com o survey á população (2015). ....	404
Quadro 41 - Conformidade da matriz de dados para tratamento pela análise fatorial. ....	406
Quadro 42 - Correlações entre as variáveis que compõem a qualidade de vida com as variáveis inerentes ao estilo de vida, considerando o grau de (in)satisfação e hábitos expresso pelos entrevistados segundo a escala de Likert. ....	408
Quadro 43 - Fatores obedeceram ao critério de Kaiser do autovalor e as respectivas variâncias que explicam. ....	409
Quadro 44 - Interações dos componente com as variáveis, segundo as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax.....	410
Quadro 45 - Conformidade da matriz de dados para tratamento pela análise fatorial. ....	412
Quadro 46 - Correlações entre as variáveis que compõem a qualidade de vida com as variáveis inerentes ao capital social, considerando o grau de (in)satisfação e confiança expresso pelos entrevistados segundo a escala de Likert. ....	413
Quadro 47 - Fatores obedeceram ao critério de Kaiser do autovalor e as respectivas variâncias que explicam. ....	415
Quadro 48 - Interações dos componente com as variáveis, segundo as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax.....	415
Quadro 49 - Conformidade da matriz de dados para tratamento pela análise fatorial. ....	417
Quadro 50 - Correlações entre as variáveis que compõem a qualidade de vida com as variáveis inerentes às condições ambientais, considerando o grau de (in)satisfação expresso pelos entrevistados segundo a escala de Likert.....	418

Quadro 51 - Fatores obedeceram ao critério de Kaiser e as respectivas variâncias .....	421
Quadro 52 - Interações dos componente com as variáveis, segundo as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax.....	422
Quadro 53 - Conformidade da matriz de dados para tratamento pela análise fatorial .....	423
Quadro 54 - Fatores obedeceram ao critério de Kaiser do autovalor e as respectivas variâncias que explicam. ....	424
Quadro 55 - Interações dos componente com as variáveis, segundo as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax.....	425
Quadro 56 - Correlações da qualidade de vida com os componentes relacionados ao indivíduo e componentes relacionados com o meio e entre estes. ....	426
Quadro 57 - Coeficientes dos componentes que interferem na qualidade de vida <sup>1</sup> . ....	427
Quadro 58 - Correlações entre a satisfação com a residência e satisfação com o bairro e as possibilidades de mudança de estilo de vida e do local onde vive expresso pelos entrevistados segundo a escala de Likert. ....	428
Quadro 59 - Coeficientes da interferência das variáveis dependentes <sup>a</sup> .....	429
Quadro 60 - Correlações entre as variáveis que compõem a qualidade de vida com as possibilidades de mudança do local onde vive (J.a) e do estilo de vida (J.b) expressa pelos entrevistados segundo a escala de Likert.....	430
Quadro 61 - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com o sexo dos entrevistados. ....	431
Quadro 62 - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a idade dos entrevistados. ....	432
Quadro 63 - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a religião dos entrevistados. ....	433
Quadro 64 - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a cor/etnia dos entrevistados.....	434
Quadro 65 - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a escolaridade dos entrevistados.....	435
Quadro 66 - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a situação socioprofissional dos entrevistados.....	436
Quadro 67 - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a situação na profissão dos entrevistados ativos.....	438
Quadro 68 - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a renda dos entrevistados. ....	440
Quadro 69 - Uberlândia (MG): Tempo gasto nos deslocamentos rotineiros.....	447
Quadro 70 - Uberlândia (MG): Meio de transporte utilizado nos deslocamento rotineiros. ....	447

## LISTA DE TABELAS

---

Tabela 1 - População residente e taxa média geométrica de crescimento anual da população residente no Brasil, Região Sudeste, Minas Gerais e Uberlândia (1940-2010).....	38
Tabela 2 - Brasil, Região Sudeste e Minas Gerais: Percentual de população nos municípios por tamanho da população (1950-2010).....	39
Tabela 3 - Brasil, Região Sudeste e Minas Gerais: Percentual de municípios nos Censos Demográficos por tamanho da população (1950 - 2010).....	40
Tabela 4 - Uberlândia-MG: Índice Mineiro de Responsabilidade Social (2000-2010). ....	276
Tabela 5 - Brasil, Grande Região, Unidade da Federação e Município: Percentual de óbitos de pessoas que haviam residido com moradores dos domicílios particulares, segundo grupos de idade, sexo (2010).....	287
Tabela 6 - Brasil e dos países da OECD: Variáveis avaliadas e a média da Talis (2013).....	294
Tabela 7 - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Vulnerabilidade Social (1991, 2000 e 2010).....	303
Tabela 8 - Brasil: Déficit habitacional total relativo por componentes (2011-2012).....	305
Tabela 9 - Uberlândia – MG: projeção da demanda e do déficit habitacional (2003-2023). ....	309
Tabela 10 - Uberlândia-MG: Avaliação da saúde pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde IDSUS (2008-2012).....	313
Tabela 11 - Uberlândia (MG): Hospitais e leitos SUS (2012).....	315
Tabela 12 - Brasil, Região Sudeste, Minas Gerais e Uberlândia: Implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Equipes da Saúde da Família e NASF's (dez.2013). ....	319
Tabela 13 - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Indicadores de Habitação (1991 -2010).....	331
Tabela 14 - Município Mineiros: maiores municípios em arrecadação de IPVA (2015).....	336
Tabela 15 - Minas Gerais: Quantitativo de registros de acidentes de trânsito urbano e rodoviário, por grau de lesão da vítima (2012 e 2013). ....	337
Tabela 16 - Uberlândia- MG: Série histórica dos acidentes de trânsito (2001-2014).....	338
Tabela 17 - Uberlândia-MG: participação das concessionárias no transporte público (2014). ....	339
Tabela 18 - Uberlândia-MG: Total de linhas e linhas adaptadas para pessoas com deficiências físicas, especialmente “cadeirantes” (2015).....	341
Tabela 19 - Uberlândia-MG: tipos de pontos de parada de ônibus (2001-2014).....	344
Tabela 20- Brasil: Principal motivo pelo qual não utilizou a Internet nos últimos 3 meses.....	365
Tabela 21 - Uberlândia (MG): Estrutura da amostra segundo sexo e local de residência. ....	371
Tabela 22 - Uberlândia (MG): Entrevistados segundo grupos de idade. ....	372
Tabela 23 - Uberlândia (MG): Indivíduos dos agregados familiares segundo grupos de idade .....	373
Tabela 24 - Uberlândia (MG): Características educacionais dos entrevistados.....	374
Tabela 25 - Uberlândia (MG): Características educacionais dos agregados. ....	374



Tabela 26 - Uberlândia (MG): Situação socioprofissional dos entrevistados.....	375
Tabela 27 - Uberlândia (MG): Situação na profissão dos ativos considerando os entrevistados <sup>1</sup> .....	376
Tabela 28 - Uberlândia (MG): Situação socioprofissional dos agregados. ....	377
Tabela 29 - Uberlândia (MG): Situação na profissão dos ativos considerando os agregados. ....	377
Tabela 30 - Uberlândia (MG): Pessoas (esposa e/ou marido) que mudaram para Uberlândia <sup>1</sup> .....	379
Tabela 31 - Motivo da mudança das famílias dos entrevistados (marido e/ou esposa) que mudaram para Uberlândia.....	379
Tabela 32 - Uberlândia (MG): Pessoas (marido e/ou esposa) que mudaram em Uberlândia <sup>1</sup> .....	380
Tabela 33 - Uberlândia (MG): Motivo da mudança das famílias dos entrevistados (marido e/ou esposa) que mudaram em Uberlândia.....	381
Tabela 34 - Uberlândia (MG):Regime de Propriedade da residência atual.....	382
Tabela 35 - Uberlândia (MG): Percentual de entrevistados segundo classes de renda, Uberlândia, 2015. ....	383
Tabela 36 - Uberlândia (MG):Avaliação da situação financeira familiar de 2009 e até o primeiro trimestre de 2015 pelo total dos entrevistados.....	384

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

---

AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente  
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
AMVAP - Associação dos Municípios da Microrregião do Vale do Paranaíba  
APS - Atenção primária à saúde  
BDI - Banco de Dados Integrados  
BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento  
BNH - Banco Nacional de Habitação  
BRT - Bus Rapid Transit  
CBD - Central Bussines District  
CDSS - Comissão de Determinantes Sociais da Saúde  
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde  
CF - Constituição Federal  
CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde  
COHAB - Companhia de Habitação  
CRST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
CSDH - Commission on Social Determinants of Health  
ENADE - Exame Nacional da Educação Superior  
ENEM - Exame Nacional do Ensino Médio  
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
EQLS - European Quality of Life Survey  
ESRI - Environmental Systems Research Institute  
EUA - Estados Unidos da América  
EUROFOUND - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions  
FIB - Felicidade Interna Bruta  
FJP - Fundação João Pinheiro  
FNB - Felicidade Nacional Bruta  
HC-UFU - Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia  
HiAP - Health in All Policies  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IBM - International Business Machines  
IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano municipal  
IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde  
IFDM - Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal  
IMRS - Índice Mineiro de Responsabilidade Social  
IPCC - Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
IPQV - Índice de Promoção da Qualidade de Vida  
IQV - índice de qualidade de vida  
IQVU - índice de Qualidade de Vida Urbana -  
IVS - Índice de Vulnerabilidade Social  
MEA - Millennium Ecosystem Assessment  
NOB - Norma Operacional Básica  
OCDE/OECD - Organização de Cooperação Econômica e Desenvolvimento Econômico/Organisation for Economic Co-operation and Development  
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio  
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável  
OMS - Organização mundial da saúde  
OPAS - Organização Panamericana de Saúde  
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
PCS - Programa Cidades Sustentáveis  
PDR - Plano Diretor de Regionalização  
PIB - Produto Interno Bruto  
PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PMU - Prefeitura Municipal de Uberlândia  
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde  
PNUD - Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas  
PNUMA - Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente  
QV - Qualidade de Vida  
QVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde  
QVU - Qualidade de Vida Urbana  
REGIC - Região de Influência das Cidades  
SETTRAN - Secretária de Trânsito e transportes  
SIG - Sistema de Informação Geográfica  
SIPS - Sistema de Indicadores de Percepção Social  
SIT - Sistema Integrado de Transporte  
SM - Salários Mínimos  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TC - Terminal Central  
UE - União Europeia  
UFU - Universidade Federal de Uberlândia  
UN - United Nations  
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura  
UTC - Uberlândia Tênis Clube  
WHO - World Health Organization  
ZPC - Zona Periférica do Centro

## SUMÁRIO

---

INTRODUÇÃO .....	27
Objetivos .....	44
Objetivo Geral.....	45
Objetivos específicos.....	45
Hipótese.....	45
Princípios operacionais do estudo.....	46
Estrutura e metodologia do trabalho .....	47
1. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO E DO OBJETO: OS PROCEDIMENTOS TEÓRICO- METODOLÓGICOS .....	50
1.1. Concepção teórica .....	51
1.2. Os métodos científicos .....	52
1.3. Os instrumentos de pesquisa .....	53
1.3.1. Pesquisa Bibliográfica e documental .....	53
1.3.2. Pesquisa de campo.....	53
1.3.3. Pesquisas quantitativa e qualitativa .....	54
1.4. Recorte espacial .....	57
1.4.1. Definição das áreas de estudo .....	59
1.5. Descrição dos bairros selecionados .....	61
1.5.1. O Setor Norte .....	61
1.5.2. O Setor Sul.....	62
1.5.3. O Setor Leste.....	65
1.5.4. O Setor Oeste .....	71
1.5.5. O Setor Central.....	74
1.6. Distribuição espacial dos questionários na área de estudo .....	78
1.7. Tratamento e análise dos dados.....	80
1.7.1. Quantitativos .....	80
1.7.2. Qualitativos .....	81
1.8. Delineamento da Pesquisa .....	82
2. CONSTRUÇÃO DE CIDADES SAUDÁVEIS E QUALIDADE DE VIDA LIÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE UMA UTOPIA A SER ALCANÇADA .....	85
2.1. Evolução teórica e prática da saúde pública em escala internacional.....	105
2.2. Evolução teórica e prática da saúde pública em escala nacional.....	115
2.3. Determinantes da saúde e da qualidade de vida .....	119
2.4. Sustentabilidade: uma noção abrangente, mas inseparável de qualidade de vida e de saúde ...	136

3. O CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA .....	155
3.1. Qualidade de vida em uma Sociedade Urbana.....	165
3.2 Qualidade de vida, bem-estar, felicidade, saúde e sustentabilidade: Convergências e divergências conceituais.....	168
3.3 Perspectivas dos estudos de qualidade de vida .....	183
3.3.1 As dimensões da qualidade de vida .....	183
3.4. Modelos para os estudos da qualidade de vida .....	193
3.5. Instrumentos para estudo da qualidade de vida.....	204
3.5.1 Atribuição de pesos: Relatividade das dimensões da qualidade de vida.....	206
4. AS DIFERENTES PERSPECTIVAS DE ABORDAGENS DOS INDICADORES SOCIAIS E DE QUALIDADE DE VIDA .....	207
4.1. A preocupação com a qualidade de vida ao redor do mundo.....	211
4.2. O bem-estar.....	217
4.3. A felicidade.....	220
4.4. Desenvolvimento sustentável e saúde .....	222
4.5. Um olhar sobre as escalas locais .....	224
4.6. Indicadores e Índices .....	231
4.7. Dos indicadores sociais aos indicadores de qualidade de vida .....	234
4.8. Variáveis comumente utilizados nos estudos sobre qualidade de vida.....	252
5. ENQUADRAMENTO DE UBERLÂNDIA: IDH, IMRS E FATORES RELACIONADOS CONVERGENTES COM OS ADJETIVOS DE UMA CIDADE SAUDÁVEL/SUSTENTÁVEL ...	267
5.1.O Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) .....	273
5.2. A Renda .....	276
5.3. O Quadro Demográfico .....	283
5.4. Migração.....	288
5.5. A Educação.....	291
5.6. A Habitação .....	304
5.7. A saúde .....	311
5.8. Defesa Social e Segurança .....	321
5.9. Infraestrutura urbana. ....	330
5.10. Trânsito e Transportes .....	334
5.10.1. Transportes Públicos.....	338
5.11. Estrutura urbana .....	345
5.12. Os espaços e os equipamentos públicos .....	350
5.13. A participação social .....	357
5.14. Comunicação.....	359

6. AMPLIANDO A COMPREENSÃO ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA EM UBERLÂNDIA .....	368
6.1 A perspectiva objetiva .....	368
6.2. A perspectiva a partir do <i>survey</i> à população.....	370
6.2.1. Descrição dos entrevistados .....	370
6.3. Migração e Mobilidade residencial das famílias .....	378
6.4. Características socioeconômicas dos inquiridos .....	382
6.5. Avaliação estatística da qualidade de vida a partir dos resultados do <i>survey</i> a população .....	387
6.5.1. Definindo a composição da qualidade de vida: as correlações entre as variáveis considerando o grau de (in)satisfação .....	389
6.5.2. Definindo a composição da qualidade de vida: o grau de dependência entre as variáveis considerando o grau de (in)satisfação .....	393
6.5.3. O construto da qualidade de vida .....	398
6.6. Fatores que influenciam na qualidade de vida: os fatores dos indivíduos .....	405
6.6.1. Estilo de vida .....	406
6.6.2. Capital Social .....	411
6.7. Fatores influenciam na qualidade de vida: os fatores locacionais.....	416
6.7.1. Condições ambientais .....	417
6.8. Fatores inerentes ao indivíduo e ao local: quais têm maior relevância à qualidade de vida? ...	423
6.9. Satisfação com o lugar (habitação e bairro) e possibilidade de mudanças .....	428
6.10. As características qualitativas dos indivíduos interferem na qualidade de vida? .....	430
6.10.1. Sexo .....	430
6.10.2. Idade .....	431
6.10.3. Religião .....	432
6.10.4. Cor/etnia.....	434
6.10.5. Escolaridade .....	434
6.10.6. Situação socioprofissional e na profissão principal .....	436
6.10.7. Situação na profissão dos ativos .....	437
6.10.8. Renda .....	439
6.11. A distância ‘centralidade’ aos equipamentos urbanos e a qualidade de vida.....	441
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	453
REFERÊNCIAS .....	462

## INTRODUÇÃO

*Não há problemas que não podemos resolver em conjunto, e muito poucos que podemos resolver por nós mesmos. (Lyndon B. JOHNSON)*

A emergência de ações em prol de melhorias das condições de vida nas cidades, sob diferentes designações e movimentos como: Cidades Saudáveis, Sustentáveis, Inteligentes, etc. pode ser justificada por uma série de aspectos, como a globalização; o alto índice de urbanização da sociedade<sup>1</sup>; as mudanças no perfil demográfico; as alterações no estilo de vida da população; as crises econômicas e a concepção de Estado liberal mínimo; o fortalecimento da “nova” concepção de saúde; o reconhecimento da importância da intersetorialidade e interdisciplinaridade para compreensão e ação na atual sociedade; os efeitos das transformações ambientais, naturais e/ou provocadas/aceleradas pela ação antrópica; a democratização e aumento da participação social; a igualdade de gênero e o próprio entendimento das cidades como sistemas complexos e inacabados.

À globalização é inerente a evolução do termo “Saúde Global”<sup>2</sup>, o qual carrega desafios e oportunidades no campo da saúde no século XXI, caracterizado por problemas de saúde acumulados, novos e decorrentes de mudanças de paradigmas, além de fundamentar-se na noção de supraterritorialidade e estabelecer conexões desde o nível global até o nível local (FORTES; RIBEIRO, 2014).

Além deste processo, destaca-se a urbanização que, apesar de se esperar a produção de efeitos benéficos, as "vantagens urbanas", ao materializar-se de forma vertiginosa, desacompanhada do provimento dos recursos básicos suficientes para o atendimento das necessidades básicas, sobretudo nos países ditos subdesenvolvidos como no Brasil, Índia, China, etc., gera e/ou intensifica danos sociais, econômicos e ambientais, que têm vários e imensuráveis impactos, inclusive sobre as condições de saúde da população. Acrescenta-se que os atributos físicos e sociais da cidade e seus bairros e/ou vizinhanças podem afetar a

<sup>1</sup> No sentido de aumento da população em aglomerações urbanas.

<sup>2</sup> Os autores destacam que são distinguidas duas vertentes dominantes da Saúde Global: uma que compreende a saúde como valor em si, levando a orientações de natureza solidária e altruísta, fundando-se em princípios éticos de justiça social, equidade e solidariedade. Nessa vertente, Koplan e colaboradores (2009) defendem que a Saúde Global prioriza a melhora da saúde e a busca da equidade para todos os povos do mundo. Também sob este enfoque, Kickbusch (2013) afirma que o principal objetivo da Saúde Global é o acesso equitativo à saúde em todas as regiões do mundo. [...] A outra vertente, de caráter mais instrumental, utiliza a saúde como ferramenta para viabilizar interesses próprios de países mais preocupados com a sua própria segurança sanitária, em aspectos fronteiriços, militares, econômicos e comerciais.

saúde dos indivíduos, afinal é conhecido que além das características individuais, os fatores do "lugar urbano" são determinantes da saúde (CAIAFFA et al.; 2008).

Também são evidentes as mudanças no perfil demográfico em função dos avanços da ciência médica, que asseguram uma vida mais longa, mas, por outro lado há aumento da mortalidade e morbidade por doenças infecciosas e crônico-degenerativas, além de mais pessoas fora do mercado de trabalho – os mais jovens, os mais velhos, os incapacitados-. De modo associado ocorrem modificações no estilo de vida, que tende a se caracterizar pelo sedentarismo, alimentação inadequada, uso de tabaco e outras drogas (WESTPHAL, 2000).

Na perspectiva político-econômica e dos ciclos inerentes ao sistema capitalista, que se caracterizam por períodos de expansão e contração econômica, o período atual é de relativa estagnação ou recessão. Tais crises econômicas implicam em aumentos das desigualdades sociais, de concentração de renda, das informalidades, violências etc. e à posturas de governos que passam adotar os pressupostos do Consenso de Washington e atender minimamente as obrigações sociais. Isto leva a redefinições do papel da sociedade, especialmente a civil organizada, que deve buscar por alternativas para assegurar o bem-estar e vencer ao jogo do capital globalizado.

Considerando a saúde, tem-se o fortalecimento da concepção de que os investimentos em atividades curativas não tem resultados tão efetivos na melhoria dos níveis de saúde, a qual resulta efetivamente da Prevenção e da Promoção de Saúde ou segundo Caiaffa et al. (2008) usando de intervenções não necessariamente originadas da saúde, mas que nela repercutem. Inerente à questão da saúde urbana, mas não somente a ela, destaca-se que por serem complexas as questões que compõem a sociedade carecem de uma abordagem intersectorial e interdisciplinar para que os problemas sejam resolvidos. Neste sentido, cabe destacar que igualmente, fenômenos ambientais como o aquecimento global, têm efeitos na biodiversidade e vida humana, por isso não devem ser desconsiderados.

Dentre as questões do momento atual que podem ser consideradas importantes potencialidades destaca-se o aumento da participação social e da cooperação horizontal<sup>3</sup>, em função da democratização e viabilizada pela difusão das tecnologias de informação e comunicação (TIC's) que podem ser utilizadas para melhorar o nível de saúde na/da cidade; bem como o reconhecimento da importância do papel dos diferentes gêneros, especialmente da mulher, na transformação da sociedade, considerando os setores econômico, social e ambiental.

---

<sup>3</sup> Usado no sentido do aumento da colaboração dos cidadãos, conhecedores da realidade, no processo de gestão e planejamento nos bairros e cidades.



Por fim, com o olhar sobre as cidades, sobressai a perspectiva de que estas são sistemas complexos e inacabados, que têm a capacidade de recriar-se segundo as demandas do tempo/espaço, sobrevivendo por longos períodos, séculos ou milênios (SASSEN, 2013).

Inerente a esta realidade caleidoscópica está o conceito de Qualidade de vida (QV), que por seu caráter multifacetado, complexo, interdisciplinar e dinâmico, desafia a existência de uma definição única e concisa, existindo uma tensão constante em torno do que é qualidade de vida, que varia em razão das diferenças individuais, sociais e culturais e todos sabem o que é, mas ninguém sabe definí-la. No entanto, há certo consenso da necessidade de se considerar integrados, os aspectos humanos, ambientais e econômicos, sob os enfoques qualitativos e quantitativos, objetivos e subjetivos, tendo em conta a relação indivíduo e sociedade. Com base em Leff (2001) segundo Monken et al. (2008, p.13) a noção de qualidade de vida deve integrar o projeto cultural de desenvolvimento e de vida de uma comunidade. Tais projetos, mesmo que utópicos, devem ser além de uma conquista individual, disseminados com vistas à produção de qualidade contínua (MACHADO, 2004). Com foco nas cidades do século XXI, são vitais aspectos que levem à qualidade de vida e outras questões a ela relacionada, como a resiliência, as interações sociais e a escala humana – na perspectiva das habitações e os espaços públicos projetados para serem vividos.

Parte-se do pressuposto de que o conceito de qualidade de vida apresenta-se bastante ligado à outros conceitos como o de saúde (WHO, 1948; Lalonde, 1974; Carta de Ottawa, 1986), sustentabilidade/desenvolvimento sustentável (CNUMAD, 1992) e desenvolvimento humano (SEN, 1995), cujas definições são mais claras e também são resultantes da produção social e das interações de fenômenos socioeconômicos, ambientais e estilos de vida, portanto, teoricamente os pré-requisitos da qualidade de vida, são os mesmos ou bastante próximos dos pré-requisitos de tais conceitos. Ademais, há que se considerar que são condições determinantes do bem-estar e de outros estados emocionais como a felicidade e o otimismo.

Tal proximidade, apesar de não reduzir a complexidade inerente a avaliação da qualidade de vida, torna possível sua mensuração, que segundo Westphal (2000, p. 48) deve ser simplificada e acessível a todos os tipos de municípios e às todas as camadas da população que desejam se envolver no processo, para que se apropriem dele e de seus resultados. A possibilidade de medir e avaliar a qualidade de vida é fundamental para o ciclo das políticas públicas saudáveis e pode servir a vários fins, para além de contribuir para o aumento da satisfação pessoal, como:

✓ Fundamentar a demanda para a ação pública (DAHMAN, 1985; LU, 1999 apud MARANS; STIMSON, 2011) saber se o nível de bem-estar de determinada população é ou

não alterado mediante o uso de políticas alternativas e se as políticas contribuem positivamente para o bem-estar (MANSO; SIMÕES, 2007); identificar os objetivos-chave dentro de suas estratégias comunitárias e monitorar o progresso em relação aos objetivos e prioridades locais definidos dentro de suas estratégias comunitárias (UE, Audit Commission 2002); (Comissão de Desenvolvimento Sustentável London-LSDC, 2013);

- ✓ Afetar diretamente a habitabilidade das cidades e fornecer um conjunto de parâmetros que permitem aos decisores políticos e planejadores avaliar a eficácia de suas ações (MARANS, 2002 apud MARANS; STIMSON, 2011);
- ✓ Motivar as escolhas e decisões de localização residencial (CAMPBELL et al. 1976b; GOLLEDGE; STIMSON, 1987; ZEHNER, 1977 apud MARANS; STIMSON, 2011);
- ✓ Ter amplas implicações para os padrões de migração regional, economia regional, crescimento e sustentabilidade ambiental (KEMP et al., 1997) apud MARANS; STIMSON, 2011);
- ✓ Influenciar nos padrões de migração intraurbanas (KEEBLE, 1990; LEY, 1996; GLAESER et al. 2000; LIAW et al. 2002), o que pode refletir na natureza das oportunidades de emprego (BROTCHIE et al., 1985; GRAYSON e YOUNG, 1994; ROGERSON, 1999). (MARANS; STIMSON, 2011; MCCREA, 2007);
- ✓ Medir o dinamismo econômico das sociedades, uma vez que este é visto como um catalisador de bem-estar (MANSO; SIMÕES, 2007);
- ✓ Comparar grupos e locais, para constatar as diferenças (MANSO; SIMÕES 2007), facilitar as comparações de desempenho entre diferentes áreas e monitorar alterações na qualidade de vida em uma área local (AUDIT COMMISSION, 2002).

Contudo, de acordo com os objetivos e outros fatores como tempo, custos de esforço e dinheiro, são várias as possibilidades de escolhas de como abordar/estudar/avaliar/mensurar a qualidade de vida e, por conseguinte estabelecer ações e práticas que visem sua melhoria e, portanto da saúde, da sustentabilidade, do desenvolvimento etc. Herculano (2000), por exemplo, destaca dois amplos paradigmas para tal: um baseado nos recursos disponíveis para satisfação efetiva das necessidades de um grupo social. E outro baseado na distância entre o que se deseja e o que se alcança, ou seja, pelos estágios de consciência a respeito dos graus de prazer ou felicidade experimentados (SCANLON apud NUSBAUM; SEN, 1995, p.185); ou a partir de um julgamento que se propõe substantivo, feito pelo próprio pesquisador, sobre o que tornaria a vida melhor. Já Felce e Perry (1995); McCrea (2007, p. 21); McCrea et al. (2011, p.57) com base no que propuseram Campbell et al. (1976ab); Andrews e Withey (1976) definem a qualidade de vida como a “avaliação das circunstâncias humanas”, o que

implica em avaliá-la pelo grau de (in)satisfação<sup>4</sup> com aspectos/dimensões da vida e ambientes em que se vive. Portanto, a qualidade de vida incorpora dimensões sociais, econômicas e ambientais, demográficas e também a apreciação destes aspectos da vida (CAMPBELL et al., 1976ab). Esta (in)satisfação pressupõe que a qualidade de vida pode ser derivada do “local”, ou seja, dos atributos de domínios como: moradia, bairro, meio ambiente, comunidade, etc. necessários para o alcance da satisfação pessoal assim como de dimensões como: trabalho, relações sociais, educação, saúde etc. que podem apresentar avaliações ainda mais subjetivas e pessoais, já que afetam os indivíduos, que possuem diferentes valores e não a toda comunidade, de maneira geral. Complementar e interdependente ao âmbito de análise da qualidade de vida na perspectiva dos componentes objetivos e subjetivos há outras duas: dos fenômenos materiais/imateriais e coletivos/individuais (SANTOS; MARTINS, 2002). Igualmente, são relevantes a espacialização, a periodicidade e ter claros os aspectos que merecem mais atenção e a inter-relação destes com outros, do mesmo modo relevantes.

Para este estudo sobre a qualidade de vida, em certa medida considerou-se a abordagem de Campbell et al. (1976ab); Andrews e Withey (1976). Dentre as categorias geográficas fundamentais a ele destacam-se: a categoria de espaço geográfico, lugar e território, especialmente enquanto território usado (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

Segundo Barcellos et al. (2002) o conceito de espaço pode ser concebido como produtor e produto de diferenciações sociais e epidemiológicas, ele é processo, construção social e também formado por lugares, marcado por diferenças que envolvem aspectos culturais de identidade e representações simbólicas específicas; e por territórios identificados pelas relações de alteridade, pela diferença em relação ao outro e da identidade do grupo. Já os territórios usados, segundo Monken et al. (2008) com base em Mesquita e Brandão (1995) e Santos (1996), fundamentam-se na escala social do cotidiano imediato, localmente vivido a partir das relações de vizinhança, da intimidade, da emoção, da cooperação e da socialização, sendo que quanto maior a proximidade entre as pessoas envolvidas, mais intensas são tais relações. Destaca-se ainda a noção de territorialidade, a qual conforme a definição de Robert Sack (1986) segundo Monken et al. (2008) estaria intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar, ou seja, estaria na base do poder em todos os níveis. Monken e Barcellos (2005) destacam que a territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) como a Estratégia Saúde da

---

<sup>4</sup> O prefixo latino de negação “in” é usado entre parênteses, por entender-se que se tratam de processos concomitantes e excludentes, em outras palavras, a satisfação pressupõe a ausência de insatisfação e vice-versa.

Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância.

Logo, o espaço geográfico e, especificamente o lugar e o território, consistem na base das condições objetivas onde ocorrem os eventos e os efeitos na saúde e no ambiente (MIRANDA et al., 2008), pelas relações entre os sujeitos, em seu cotidiano, no lugar em que vivem. No âmbito da atenção básica da saúde, o Ministério da Saúde do Brasil, adota o território, que compreende não apenas uma área geográfica delimitada, como também as pessoas, instituições, redes sociais (formais e informais) e cenários da vida comunitária (BRASIL, 2012). No território é possível, compreender o contexto sob uma abordagem social, a partir dos determinantes sociais da saúde (LIMA, 2014). Além disso, a localização do homem no espaço é um elemento que influencia na qualidade de sua existência. Santos (1987) afirma que cada homem vale pelo lugar onde está: seu valor como produtor, consumidor e cidadão depende de sua localização no território, em perspectiva semelhante Florida (2008) apud Marans e Stimson (2011, p.14) afirma que

O lugar que escolhemos para viver afeta todos os aspectos de nosso ser. Ele pode determinar a nossa renda, as pessoas que encontramos, os amigos que fazemos, os parceiros que escolhemos, e as possibilidades disponíveis para os nossos filhos e famílias. As pessoas não são igualmente felizes em todos os lugares, e alguns são mais eficientes em proporcionar uma elevada qualidade de vida do que outros. Alguns lugares oferecem-nos mercados de trabalho mais vibrantes, melhores perspectivas de carreira, maior valorização imobiliária, e oportunidades de ganhos em investimento mais fortes. Alguns lugares oferecem mais possibilidades de encontros. Outros são ambientes melhores para criar os filhos. (Tradução Nossa).

Esse processo de interação homem/lugar deve ser considerado numa perspectiva possibilista, porquanto os lugares podem ser melhorados. Conforme afirma Lima (2013, p.36) a partir do conhecimento do lugar e dos sujeitos podem ser elaboradas estratégias de intervenção, sendo que os diagnósticos de situação “podem ajudar na demarcação de territórios de iniquidades sociais, indicando áreas de atuação prioritárias para o estabelecimento de estratégias de construção de territórios saudáveis e sustentáveis”.

Cabe destacar ainda que, a qualidade de vida na perspectiva da saúde e suas relações com o ambiente e a cidade não são recentes, segundo Rosen (1994) remetem ao paradigma hipocrático (460 - 370 aC)<sup>5</sup> na Grécia, às topografias médicas do século XVIII, ao sanitarismo (1830 a 1875). Naqueles contextos o saneamento urbano era o único “remédio” para o controle das doenças infectocontagiosas e melhorias das condições de vida nas cidades

---

<sup>5</sup> Sobre o assunto o primeiro tratado de Geografia Médica, o livro “Ares, Águas e Lugares” de Hipócrates, que relacionou os fatores externos, geográficos e climáticos, com a saúde do homem, também parte da natureza. Dentre os pontos principais do livro, que Hipócrates chama a Littré destaca a influência das cidades em relação ao sol e aos ventos, na manutenção da saúde e produção de doenças (PESSOA, 1978).

(GUIMARÃES, 2001). Consecutivamente, entre os séculos XIX e XX, a Medicina Social e a seguir a Polícia Médica, consideravam a especialização fundamental para a compreensão das doenças e o estabelecimento de políticas públicas que tinham o objetivo de melhorar as condições de saúde das populações (LIMA, 2014). Afinal, para a epidemiologia social a doença é produto das condições sociais, tendo como variáveis o estilo de vida, a organização social e as condições de trabalho. Desse modo, pode-se considerar que aqueles que têm melhores condições de vida e trabalho e, conseqüentemente índices de desenvolvimento humano e de renda, têm melhores perfis de saúde-doença.

Ainda em meados do século XIX, Rudolf Virchow, o médico sanitarista e político líder do movimento de reforma médica na Alemanha, dizia que a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social e política (SINGER, 1956 apud BUSS, 2000). Segundo o estudioso além de cuidados médicos, as pessoas precisam de boas condições ambientais, democracia, liberdade e educação. E assim permanece até hoje, no “período demógrafo-sanitário” (GUIMARÃES, 2014), em que prevalece o termo “nova saúde pública”, ou seja, saúde enquanto produção social, no sentido de elevar os padrões de saúde pela melhoria das condições de vida, atendendo demandas do uso da água potável, das fontes energéticas e do aumento do acúmulo de resíduos, das novas questões populacionais - envelhecimento, banalização da violência, fome etc.

Neste contexto, busca-se operacionalizar os fundamentos do Informe Lalonde (1974), especialmente a noção de campo da saúde, na perspectiva de que para melhorar a saúde é preciso considerar além da atenção sanitária, biologia humana, ambiente e estilos de vida. Reforçados pela Carta de Ottawa, nomeadamente pela noção de Promoção da Saúde - definida como "um processo, através do qual a população se capacita e busca os meios para conseguir controlar os fatores que favorecem seu bem-estar e da comunidade ou que podem estar pondo em risco, tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua qualidade de vida" (OTAWA, 1986). Para tal, destaca-se o Movimento Cidades Saudáveis (CS) que tem como objetivo maior o desenvolvimento social, sustentável e a melhoria da qualidade de vida da população pela tomada de consciência, conhecimento ou mudança de atitudes das pessoas, a partir das oportunidades e capacidades reais que as pessoas têm para serem livres e autônomas (*empowerment* individual e coletivo) propiciados pela descentralização do poder às comunidades locais.

Ao embasar-se em uma concepção ampla de saúde alcançada via promoção e/ou produção social da saúde (Ottawa) e estratégia de atenção primária (Alma-Ata), o Movimento CS pressupõe o envolvimento e coresponsabilidade de todos, por meio de pacto ou contrato

social em *prol* da melhoria da qualidade de vida, pela elaboração coletiva de determinada visão de cidade, o que demanda o estabelecimento de novas formas de governança, por uma gestão democrática, transparente, integradora e que busque, junto com a população, definir e implementar políticas públicas e atitudes saudáveis, as quais demandam de interações interdisciplinares e intersetoriais.

Logo, a saúde deve ocupar papel central em todos os setores e negócios do governo, e não somente no setor da saúde, mas em todo o processo de planejamento urbano, de modo a transformar a cidade em um espaço de “produção social da saúde”, em um sentido próximo ao de qualidade de vida, ou mesmo como qualidade de vida, afinal ambas a saúde e a qualidade de vida individuais ou coletivas dependem “de coisas que o homem criou e faz das interações dos grupos sociais, das políticas adotadas pelo governo inclusive os próprios mecanismos de atenção à doença, do ensino da medicina, da enfermagem, da educação, das intervenções sobre o meio ambiente” (SANTOS; WESTPHAL, 1999, p. 75).

Assim como a saúde, a qualidade de vida é a condição de o indivíduo ser sujeito e construí-la segundo seu mundo vital, sendo cidadão, por sua habilidade e capacidade de se articular ou inserir-se socialmente na busca do sujeito coletivo. Ou seja, é a capacidade de entender o sistema e principalmente seus riscos, não só para enfrentá-los, mas para mudar a sociedade, seus meios de produção na busca da equidade (MACHADO, 2004). Ela envolve a percepção do indivíduo, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1994).

[...] uma elevada qualidade de vida é atingida não quando se torna um estilo de vida universal pré determinado, mas sim quando o escopo das pessoas para escolher o estilo de vida que desejam para si é reforçado. Isto, é claro, a ser alcançado dentro das limitações impostas pela sustentabilidade da economia e respeito pelos direitos e necessidades dos outros. Também ocorre em um determinado quadro institucional e político e no contexto de uma comunidade e de uma sociedade. As vidas dos indivíduos não são "atomizadas", mas são interligadas com outras em sua casa, na comunidade etc. A natureza dessas relações e as instituições e políticas em vigor, são influências fundamentais na qualidade de vida (FAHEY, ET AL. 2003, p.16, tradução nossa).

Recomenda-se que o “sucesso” das sociedades seja medido não apenas com base na economia, mas em termos de seu desenvolvimento, com base na melhoria da saúde e bem-estar dos cidadãos, da sua qualidade de vida e em termos de uso sustentável dos recursos, particularmente em relação ao ambiente e à economia (WHO, 2012). Portanto, para avaliar o quanto saudável estão os lugares as pessoas, para buscar por melhorias nas condições de vida dos cidadãos e conhecer os efeitos de diferentes ações e políticas é que propomos este estudo sobre a qualidade de vida, na perspectiva da construção de “Cidades Saudáveis”.

A conjuntura nos leva a afirmar que pensar, elaborar e implementar projetos, com

vistas à cidades mais sustentáveis e saudáveis é um imperativo e não apenas uma opção. Afinal, torna-se essencial romper com as práticas malsucedidas intrínsecas ao modelo de “desenvolvimento urbano” até então predominante e vigente no mundo. Tem se tornado praticamente consenso, entre os pesquisadores e instituições voltadas para o estudo das cidades como a ONU-Habitat, que “as cidades precisam ser mais conectadas, mais compactas, mais interligadas e mais inclusivas” (PNUD, 2013, s/p).

Nesta conjuntura, vários fatores, que vão desde os pessoais até os acadêmico-científicos, despertaram o interesse pelos temas que norteiam esta pesquisa considerando o contexto de Uberlândia-MG. No que concerne à motivação acadêmico-científica destaca-se a curiosidade em compreender as questões desta cidade que têm viabilizado ou não a qualidade de vida, de modo a pensar no que pode ser feito para melhorar a realidade com vistas a buscar por novas utopias<sup>6</sup> para esta e outras cidades da região. Afinal é sabido que, considerando a combinação dos avanços teóricos e com arquétipos e experiências, as cidades podem se reconstruir e reinventar para serem mais saudáveis e sustentáveis. É cada vez mais reiterada a pauta das iniciativas pela melhoria da qualidade de vida, haja vista que, bons resultados já foram vivenciados em outras realidades.

Pessoalmente, destaca-se a busca em compreender o porquê de nos apegarmos a determinados lugares, como de certa forma, foi meu caso com Uberlândia, cidade que, apesar possuir problemas comuns às diferentes realidades urbanas e ainda ter importantes desafios a serem superados, encontrei muitos dos aspectos que considero caros à minha qualidade de vida. Porém, frequentemente pego-me a desejar por mais melhorias, tanto na perspectiva das pessoas - que ainda não compreendem ou mesmo não têm capacidades (conhecimento, recursos materiais e financeiros) para buscarem por qualidade de vida, especialmente sentido da promoção da própria saúde –como do ambiente da cidade, cuja lógica de reprodução por seus agentes produtores<sup>7</sup>, repetidas vezes passa longe de construir uma cidade mais humana e para todos.

É neste contexto, que o presente trabalho se enquadra e justifica, recorrendo-se ao exemplo da cidade de Uberlândia<sup>8</sup>, tendo como recorte temporal o período atual (2010/2016), haja vista, que 2010 refere-se ao ano do censo demográfico, cujo período também abarca o mandato da

---

<sup>6</sup> No sentido da definição do dicionário digital Aulete, ou seja, “qualquer concepção ou descrição de uma sociedade justa, sem desequilíbrios sociais e econômicos, em que todo o povo usufrui de boas condições de vida [A palavra foi criada pelo inglês Thomas Morus (1480-1535), que a usou em seu livro Utopia, clássico da literatura universal.]. (AULETE, 2015, s/p).

<sup>7</sup> Para saber mais sobre os agentes produtores do espaço urbano consultar a obra: CORRÊA, Roberto Lobato. **O Espaço Urbano**. Editora Ática, Série Princípios, 1995.

<sup>8</sup> Este estudo considera a área urbana da sede do município de Uberlândia-MG.

administração municipal (2012-2016). Contudo, para a compreensão da atualidade e apontamentos para o futuro foi importante recorrer ao passado.

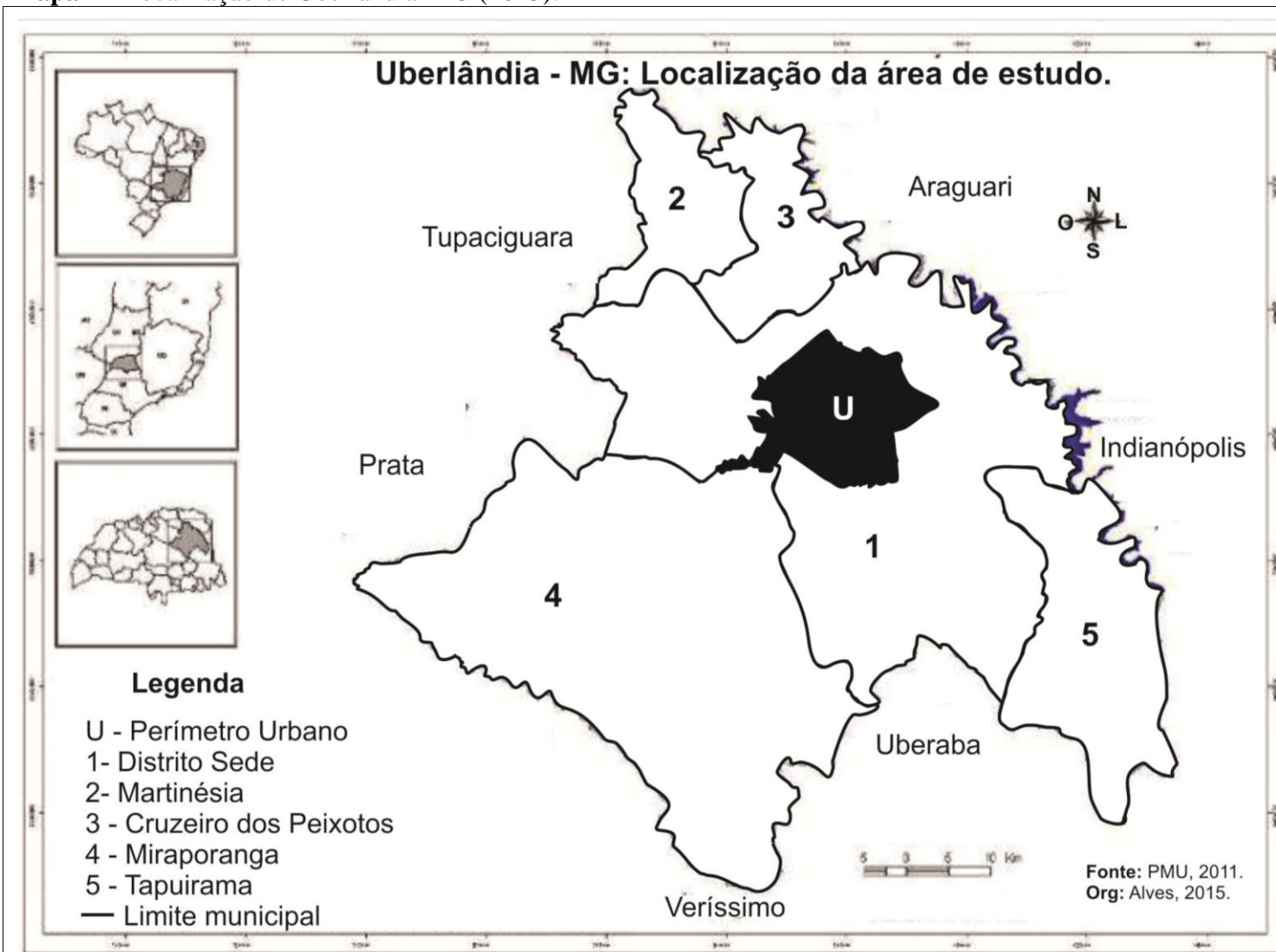
Uberlândia está localizada a oeste da Mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais, Região Sudeste do Brasil. É limítrofe aos municípios de Araguari, Monte Alegre de Minas, Prata, Indianópolis, Uberaba e Veríssimo (mapa 1). A área total do município é de 4.115,82 km<sup>2</sup>, dos quais 219,00 Km<sup>2</sup> correspondem à área urbana e 3.896,822 km<sup>2</sup> à zona rural. Uberlândia é dividida em 5 distritos: Uberlândia (sede), Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga e Tapuirama. A densidade demográfica da unidade territorial é de 146,78 hab/Km<sup>2</sup>.

A posição geográfica do município é em um importante entroncamento rodoferroviário, o que facilita o contato com os principais centros urbanos das regiões Sudeste e Centro-Oeste, localizados num raio de cerca de 500 km. A localização estratégica beneficiou o desenvolvimento de Uberlândia que deixou o papel de ponto de passagem entre São Paulo e o Planalto Central do Brasil e assegurou significativa dinamicidade econômica e social. Como apontado em vários estudos como o de Bessa (2007) a modernização da agropecuária e a implantação dos complexos agroindustriais criaram as condições propícias para o desenvolvimento do comércio atacadista, das atividades de transporte e logística, bem como para a criação de estabelecimentos bancários, financeiros, contabilidade e atividades relacionadas ao setor terciário, que demandam mão de obra especializada e imprimem significativas transformações espaciais. Logo, hoje a estrutura econômica consolidada de Uberlândia lhe garante a condição de macropolo regional, que também contribui para frear a concentração tanto em São Paulo como em Brasília (BRASIL, 2008).

No contexto em que se insere a cidade caracteriza-se como média. Entretanto, é a maior cidade do interior de Minas Gerais, a segunda maior do Estado, menor apenas que Belo Horizonte, e a terceira maior se consideradas as cidades do interior do país fora das Regiões Metropolitanas (RM's) - esta é menor apenas que Ribeirão Preto e São José dos Campos, ambas no estado de São Paulo. De acordo com o IBGE (censo, 2010) neste ano a população do município era de 604.013 habitantes, dos quais 587.266 (97,0%) referem-se à totalidade da população urbana, e 584.102 (96,0%) à população urbana da sede municipal.



**Mapa 1** - Localização de Uberlândia-MG (2015).



Na região e na mesorregião de planejamento em que se insere, Triângulo Mineiro e Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba (TMAP), respectivamente, além de ser o município com maior número de habitantes, Uberlândia se destaca pelo seu crescimento geométrico demográfico, cuja média é de 3,31% anual, que tem sido superior a do Brasil, da região Sudeste do país, do estado e de sua mesorregião. As taxas acentuadas remetem ao processo de interiorização industrial e o acelerado êxodo rural, consequência da modernização agrícola, sendo que ao longo dos anos essa tendência vem sendo mantida, conforme demonstrado na tabela 1. Outro aspecto que merece destaque é o alto grau de urbanização. Após a década de 1960, esse índice já havia ultrapassado a média nacional, com mais de 80% da população classificada como urbana.

Considerando os atuais índices de crescimento do município há previsões de que entre as próximas duas ou três décadas sua população chegue a 1,5 milhão de pessoas. Contudo, em função das rápidas reduções das taxas de natalidade, fecundidade, ou mesmo em virtude de eventuais mudanças nos saldos migratórios, não se deve desconsiderar que as taxas de crescimento geométrico anual podem sofrer redução e tal crescimento ser menor.

**Tabela 1** - População residente e taxa média geométrica de crescimento anual da população residente no Brasil, Região Sudeste, Minas Gerais e Uberlândia (1940-2010).

Ano	População residente					Taxa de Crescimento Populacional.				
	Brasil	Sudeste	Minas Gerais	TMAP	Udia	Brasil	Sudeste	Minas Gerais	TMAP	Udia
<b>1940</b>	41165289	-	-	-	42179	-	-	-	-	
<b>1950</b>	51941767	-	-	-	54984	2,39	-	-	-	
<b>1960</b>	70070457	-	-	-	88282	2,99	-	-	-	
<b>1970</b>	93139037	-	-	-	124706	2,89	-	-	-	
<b>1980</b>	119002706	-	-	1.337.305	240961	2,48	-	-	-	
<b>1991</b>	146825475	62740401	15743152	1.595.648	367067	1,93	-	-	1,62	3,90
<b>2000</b>	169799170	72412411	17891494	1.869.886	500095	1,64	1,62	1,44	1,79	3,56
<b>2010</b>	190755799	80364410	19597330	2.144.482	604013	1,17	1,05	0,91	1,38	1,88

Fonte: IBGE (2014). Org: Alves (2015).

Com base no censo de 2010, a população de Uberlândia representa 0,31% da população brasileira, 3,08% da população mineira, que por sua vez, representa 10,2% dos brasileiros. Considerando o percentual de população residente nos municípios brasileiros, por faixa de tamanho dos mesmos, na tabela 2 é possível observar que enquanto em 1950 o maior percentual de pessoas residia em cidades de dimensões 20.000 a 50.000 habitantes (considerando o Brasil, a região Sudeste e o Estado de Minas Gerais) entre as décadas de 70 e 80, em função da intensificação da urbanização (no sentido da expansão demográfica e

espacial das cidades), especialmente para as capitais e/ou cidades polos da rede urbana, o maior percentual populacional passou a ser nas grandes cidades, com mais de 500.000 habitantes. Neste período consolida-se o processo de metropolização no território brasileiro, especialmente na faixa litorânea e região Sudeste do país, onde está concentrada a maioria das grandes cidades brasileiras.

No caso de Minas Gerais as mudanças no padrão de distribuição populacional ocorreram mais tarde, sendo que em 2010 a maior proporção de mineiros ainda reside em cidades de dimensões de 100.000 a 500.000 habitantes. Grupo de cidades que ocupa o segundo lugar na concentração populacional no país e na região Sudeste.

**Tabela 2 - Brasil, Região Sudeste e Minas Gerais: Percentual de população nos municípios por tamanho da população (1950-2010).**

Municípios por tamanho da população	Abrangência Geográfica	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
Ate 2,000	Brasil		0,03	0,1	0,07	0,06	0,1	
	Sudeste			0,06	0,08	0,06	0,09	0,08
	Minas Gerais			0,14	0,23	0,19	0,18	0,16
De 2,001 a 5,000	Brasil	0,51	1,41	2,34	1,84	1,67	2,55	2,19
	Sudeste	0,7	1,52	2,68	2,25	2,73	1,95	1,62
	Minas Gerais	0,78	2,04	5,7	4,78	4,09	4,78	4,2
De 5,001 a 10,000	Brasil	5,12	6,87	8,22	5,84	5,23	5,53	4,48
	Sudeste	7,35	7,52	7,15	4,62	3,58	3,94	3,42
	Minas Gerais	9,26	10,33	13,37	10,68	8,59	10,4	8,9
De 10,001 a 20,000	Brasil	17,28	17,15	17,36	13,16	12,56	11,59	10,35
	Sudeste	18,69	13,96	11,63	8,61	7,78	6,74	6,21
	Minas Gerais	26,83	10,34	21,1	17,92	15,93	13,59	12,99
De 20,001 a 50,000	Brasil	40,16	33,44	26,45	22,06	19,06	16,92	16,43
	Sudeste	32,42	25,84	19,31	13,69	12,29	11,1	10,91
	Minas Gerais	44,66	37,37	30,59	22,08	19,26	17,07	16,84
De 50,001 a 100,000	Brasil	16,14	13,41	11,05	13,16	13,19	12,33	11,7
	Sudeste	12,06	12,2	8,25	11,32	11,43	10,45	8,75
	Minas Gerais	11,47	14,63	8,57	15,92	18,15	14,68	13,48
De 100.001 a 500.000	Brasil	10,95	12,91	15,46	19,51	21,83	23,34	25,46
	Sudeste	8,35	13,45	20,47	22,01	26,03	28,11	20,99
	Minas Gerais	6,16	6,77	9,76	15,04	20,97	20,99	22,5
Mais de 500.000	Brasil	9,85	14,78	19,03	24,37	26,39	27,64	29,29
	Sudeste	20,44	25,52	30,45	37,42	37,08	37,61	38,02
	Minas Gerais		9,96	10,78	13,35	12,82	18,31	20,92

**Fonte:** IBGE – Censos Demográficos. (Vários anos). **Org:** Alves (2015).

Por outro lado, estes municípios, onde está a maior parte da população brasileira é minoria na rede urbana, conforme se pode observar na tabela 3, os municípios com mais de 500.000 habitantes representam, respectivamente 0,6%, 1,0% e 0,4% dos municípios considerando o Brasil, a Região Sudeste e Minas Gerais. Em contrapartida, são os pequenos municípios que predominam. Os municípios de dimensões demográficas de 5.000 a 10.000 e 10.001 a 20.000 habitantes são maioria considerando o Brasil e a Região Sudeste, já em Minas Gerais também é significativa a quantidade de municípios de 2.000 a 5.000 habitantes.

**Tabela 3** - Brasil, Região Sudeste e Minas Gerais: Percentual de municípios nos Censos Demográficos por tamanho da população (1950 - 2010).

Municípios por tamanho da população	Abrangência Geográfica	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
Ate 2,000	Brasil	0,16	0,54	1,42	1,4	1,29	1,91	2,12
	Sudeste	0,12	0,09	1,06	1,91	1,82	2,46	2,34
	Minas Gerais	-	-	1,25	2,63	2,63	2,23	2,23
De 2,001 a 5,000	Brasil	3,44	9,51	15,23	15,28	15,19	22,24	21,26
	Sudeste	4,38	11,24	21,13	23,48	21,51	23,47	21,52
	Minas Gerais	3,63	10,77	25,35	25,48	25,03	27,08	25,91
De 5,001 a 10,000	Brasil	18,48	23,54	26,77	23,98	23,49	23,82	21,78
	Sudeste	25,68	29,03	28,72	24,04	22,14	24,19	23,44
	Minas Gerais	24,09	28,36	29,64	28,25	26,28	31,18	29,43
De 10,001 a 20,000	Brasil	32,56	30,62	29,33	27,91	28,92	25,1	25,18
	Sudeste	34,44	28,11	24,04	22,77	23,95	20,71	21,34
	Minas Gerais	37,31	29,61	24,52	23,82	24,2	20,16	21,57
De 20,001 a 50,000	Brasil	36,58	28,31	20,9	21,85	20,62	17,4	18,74
	Sudeste	28,99	24,06	17,94	16,67	17,25	16,03	17,09
	Minas Gerais	30,83	25,26	15,79	13,57	13,83	12,31	13,13
De 50,001 a 100,000	Brasil	6,78	5,17	3,97	6,01	6,32	5,47	5,84
	Sudeste	4,85	5,07	3,62	6,38	7,05	6,36	5,94
	Minas Gerais	3,63	4,76	2,22	4,57	5,67	4,34	4,34
Mais de 100,000	Brasil	2,01	2,31	2,38	3,56	4,16	4,07	5,09
	Sudeste	1,54	2,4	3,47	4,75	6,29	6,78	8,33
	Minas Gerais	0,52	1,25	1,25	1,66	2,35	2,69	3,4
De 100.001 a 500.000	Sudeste	1,3	2,12	3,19	4,11	5,52	5,88	7,31
	Minas Gerais	0,52	1,04	1,11	1,52	2,21	2,34	2,93
Mais de 500.000	Sudeste	0,24	0,28	0,28	0,64	0,77	0,9	1,02
	Minas Gerais	-	0,21	0,14	0,14	0,14	0,35	0,47

**Notas:** 1 - Para 1950: População presente; 2 - Para 1960 até 1980: População recenseada; 3 - Para 1991 até 2010: População residente; 4 - Para 1950 e 1960: Os dados referentes ao **Brasil** e à região **Sudeste** incluem a população da região de Serra dos Aimorés, área de litígio entre Minas Gerais e Espírito Santo; 5 - Para 1950 e 1960: Os dados para a unidade da federação **Minas Gerais** incluem a população recenseada na parte da Serra dos Aimorés anexada à unidade da federação Minas Gerais. **Fonte:** IBGE – Censos Demográficos. (Vários anos). **Org:** Alves (2015).

Nesse contexto, característico da urbanização nos países subdesenvolvidos, as pequenas cidades estão presentes em grande número e adaptadas para atender a demanda das atividades primárias (agrícolas, extrativas, etc.), enquanto as cidades maiores estão presentes em menor quantidade, mas apresentam crescimento populacional mais intenso do que as demais, cujo fenômeno é “tanto sensível quanto a urbanização é mais recente” (SANTOS, 2008, p.28).

Nesse modelo de urbanização torna-se comum que o crescimento das cidades ocorra desacompanhado do provimento da infraestrutura adequada e de serviços básicos, acarretando em problemas que se traduzem em riscos para a saúde e diminuição da qualidade de vida. Entre as mazelas mais frequentes, estudiosos de diferentes contextos, geralmente citam a inadequação do padrão habitação, das condições de saneamento e do descarte de resíduos; o aumento do tráfego de veículos automotores, das poluições (do ar, da água, dos solos), das doenças transmitidas por vetores e associadas ao estresse, da pobreza e do desemprego, etc. Contudo, apesar destas generalizações, não se deve ignorar o fato de que cada cidade apresenta particularidades em decorrência de seus sítio e situação geográfica, mas, sobretudo pela incorporação dos conteúdos da ciência, técnica e informação, inerentes ao denominado por Santos (2009) meio-técnico-científico-informacional, que favorece a materialização de oportunidades para o desenvolvimento da chamada nova economia, também denominada de economia criativa/do conhecimento, pautada em serviços inovadores e criativos. Somado a isto, a história mostra também que as cidades apresentam uma capacidade de se reinventar e reconstruir para galgarem novos ciclos de prosperidade.

Igualmente, ainda que não haja um consenso sobre a existência de uma dimensão ótima de cidade, trabalhos como o de Marques da Costa (2000), fundamentam em amplas leituras desde Aristóteles (384-322 a.C.) até Le Corbusier (1887-1965), perpassando por Ebenezer Howard (1850-1928) para destacar que as cidades médias possuem aspectos que lhes conferem a possibilidade de provimento de qualidade de vida aos seus habitantes, de resiliência urbana, entre outros adjetivos. Na escala regional também são essenciais para a difusão dos padrões de qualidade e para a manutenção do equilíbrio da rede urbana, tal como foi ressaltado no contexto europeu no do pós-guerra a partir do *aménagement du territoire*, que, especialmente na França, buscou por um ordenamento territorial, equilíbrio urbano-regional, pensando no papel das cidades médias nos sistemas econômicos, de comunicação e de organização funcional. Ainda sobre a importância das cidades médias no relatório Comissão Europeia (2011, p.4) tem-se que:

As características genéricas de pequenas e médias cidades - particularmente a sua escala humana, habitabilidade, o convívio de seus bairros, e sua situação geográfica enraizamento e caráter histórico - em muitos aspectos constituem um ideal de

urbanismo sustentável. [...] Cidades pequenas e médias e são, portanto, essenciais para evitar o êxodo rural e deriva urbana, e são indispensáveis para o desenvolvimento regional equilibrado, coesão e sustentabilidade do território [...].

Assim, pelos atributos típicos das cidades médias que permitem a Uberlândia ainda ser considerada nesta categoria de cidades<sup>9</sup>, destaca-se sua potencialidade para alcance de elevada qualidade de vida local e também como indutora de mudanças nas cidades menores próximas. Em relação à potencialidade das cidades médias em oferecer a qualidade de vida, destacam-se as características naturais, socioeconômicas e infraestruturais, afinal,

A cidade média promove a qualidade de vida urbana. A medida desta qualidade de vida depende das condições de existência de cada homem e das suas aspirações [...] nos domínios social e ambiental, com a identificação dos elementos que constituem as condições de vida, de saúde, de inserção na vida ativa, de utilização do tempo livre, de vida familiar, conjuntamente com os elementos econômicos como os rendimentos, os consumos e os patrimônios (TOBELEM-ZANIN, s/p, 1995), tradução nossa).

Desta forma, o desenvolvimento social acompanhado aos atributos inerentes à condição geográfica, natural (solos, topografia, recursos hídricos, etc.), construída (estradas, aeroporto, portos, etc.) e de cidade média, têm propiciado certo grau de qualidade de vida e, conseqüentemente atraído pessoas e empresas para Uberlândia. Assim, resguardadas as particularidades relacionadas às características e problemas típicos das cidades brasileiras presentes em Uberlândia, pode-se se identificar nesta cidade a busca por alguns dos aspectos destacados no relatório da Comissão Europeia (2011)

Uma cidade favorável a pedestres e ciclistas com ar e água não poluídos, recheada de espaços verdes e área construída de elevada qualidade é também uma cidade atrativa para pessoas e empresas [...] **A atratividade das cidades depende mais da qualidade de vida que oferecem do que da sua competitividade [...] atratividade baseia-se na qualidade da educação**, em ativos culturais e estéticos, na boa qualidade das estruturas esportivas e recreativas, no patrimônio ambiental e na qualidade do ar e da água, bem como na vida social e na segurança urbana. [...] A atratividade é o resultado de um desenvolvimento urbano sustentável e integrado: planejamento urbano coerente; transportes urbanos sustentáveis; políticas adaptadas a todas as faixas etárias da sociedade; habitação a preços acessíveis; bons serviços públicos, ar e água de boa qualidade, espaços verdes, etc. Uma abordagem funcional integrada ao desenvolvimento urbano deverá também ter em conta todos os aspectos da vida. (COMISSÃO EUROPEIA, 2011, p.44-59, grifos e tradução nossa).

As relações entre o ambiente, nomeadamente o urbano e a qualidade de vida, foram destacadas por Mulligan et al. (2004) apud Marans e Stimson (2011) em uma revisão abrangente de literatura multidisciplinar, que os aspectos naturais como clima e topografia,

<sup>9</sup> Sobre a noção de Cidades Médias e sua importância ver: Marques da Costa (2000), Sposito (2001), Amorim Filho e Serra (2001), Corrêa (2007), Castello Branco (2006), entre outros. Destaca-se ainda que a cidade está inserida na Rede de Pesquisadores sobre Cidades Médias (ReCiMe).

continuam a ter importância para a migração e para o preço da habitação em algumas cidades. No entanto, aspectos como tolerância cultural, o estilo de vida e gestão responsável das principais instalações públicas- de segurança, educação e uso da terra - são cada vez mais vistos como sendo fundamentais para as cidades. Neste sentido, os autores ressaltam que

A fim de serem competitivas em uma economia global de alta tecnologia, [as cidades] devem ser capazes de **atrair trabalhadores de alto capital humano**. Essas pessoas preferem viver em grandes cidades, com vários aspectos da qualidade de vida ou lugares menores, com recursos específicos da qualidade de vida. As pessoas evitam áreas de alta criminalidade, querem que seus filhos sejam educados em instituições de ensino de alta qualidade. Os custos da moradia são licitados em conformidade e com os impostos **garantia do fornecimento de bens e serviços públicos de alta qualidade**. Especialmente nas grandes áreas urbanas, essas mesmas pessoas toleram uma grande diversidade de estilos de vida e, cada vez mais, exigem uma paisagem urbana ordenada e esteticamente agradável. [...]. (MARANS; STIMSON, 2011, p.787., Grifos e tradução Nossa).

No contexto de Uberlândia, as elites têm apropriado de tais questões para promover o dinamismo econômico, desenvolver o potencial de crescimento e difundir a boa imagem da cidade. Frequentemente, Uberlândia aparece em boas colocações de ranqueamentos das melhores cidades para se viver, para investir, mais promissoras etc. Por exemplo, segundo estudo da *Urban System* publicado na revista Exame (04/2014) considerando 27 indicadores (aspectos sociodemográficos, econômicos, educação, saúde, transportes, financeiros e comunicação) que totalizam 34 pontos. Minas Gerais tem 8 entre 100 cidades mais promissoras e com maior potencial para receber novos empreendimentos no país, entre elas Uberlândia, na 27ª posição com 13,06 pontos em termos de potencial para investimentos. Os demais municípios mineiros que se destacam são, respectivamente: a capital Belo Horizonte (11ª posição), Betim (60), Itabira (61), Varginha (66), Uberaba (68), Pouso Alegre (85) e Juiz de Fora (88). Segundo o estudo, em geral, os destaques “são cidades ainda com grande potencial de crescimento, ao contrário das economias já maduras”, as quais predominam na região Sudeste do país.

Já pelo estudo da Editora Três e a Austin Rating, que a partir de 212 indicadores relacionados às áreas social, econômica, fiscal e digital, agregados e ponderados em quatro grandes grupos e 16 subgrupos considerando o período de dez anos, compreendido entre 2004 e 2014, criou o Índice de Inclusão Social e Digital (IISD) para hierarquizar 5.565 cidades brasileiras com foco na igualdade das oportunidades entre seus habitantes, Uberlândia ocupa a 8ª posição.

Em outro estudo, o ranking BCI100 do “DELTA Economics & Finance” para a publicação “América Economia Brasil”, para apontar as melhores e maiores cidades

brasileiras tendo como base em 77 atributos como população, PIB, governança, finanças, educação, segurança, tecnologia, etc. e considerando os 100 maiores municípios do país (com de 200 mil habitantes). Uberlândia assume a 19ª colocação com 50,06 pontos, superando 18 capitais e também municípios de médio porte ou de tamanho populacional similar<sup>10</sup>.

Além destes ranqueamentos os índices sintéticos, como o IDHm ou o IMRS, tratados no capítulo 5, igualmente apontam para uma conjuntura de boa qualidade de vida em Uberlândia. Entretanto, um olhar mais pormenorizado e crítico, para além dos indicadores oficiais utilizados na elaboração de tais ranqueamentos e índices sintéticos, amplamente utilizados para uma concepção ideológica de cidade, pode revelar várias contradições, fragmentações e privações no que concerne às necessidades básicas à sobrevivência, especialmente nas periferias, não só no sentido de localização, mas do modelo centro-periferia no sentido das relações assimétricas entre dois espaços.

Em síntese, apesar de suas potencialidades para o alcance da qualidade de vida, enquanto cidade média, e de figurar em posições de destaque nos *rankings* que avaliam a qualidade das cidades brasileiras, Uberlândia ainda precisa galgar melhorias em vários aspectos inerentes tanto ao espaço físico (qualidade ambiental, moradias adequadas e espaços para lazer, recreação etc.) como às pessoas (que conheçam seus direitos e deveres como cidadãos, cientes de seu papel na melhoria da qualidade de vida, saúde etc.) e nas relações entre estes (participação social, cooperação, solidariedade etc.). As melhorias e investimentos são essenciais ao incremento e manutenção da qualidade de vida, a qual é basilar ao processo de construção de cidades saudáveis.

## Objetivos

Entre outras questões buscou-se responder a partir dos objetivos e hipótese estabelecidos para este estudo as seguintes: Como entender e avaliar a qualidade de vida em determinado contexto socioespacial e temporal? O que define a qualidade de vida no contexto da pesquisa? Quais as relações entre as dimensões que compõem a qualidade de vida? Quais as correlações entre as características do ambiente, estilos de vida, capital social e a qualidade de vida? Quais destas características são mais relevantes para a qualidade de vida? A qualidade de vida e alguns de seus componentes podem ser independentes ou não de variáveis individuais qualitativas, como nível socioeconômico, sexo ou idade? A qualificação da vida parte do indivíduo ou das condições que lhes são oferecidas? A posição relativa no

---

<sup>10</sup> Notícias divulgadas pelo Jornal Correio de Uberlândia: <<http://www.correiodeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao>>



espaço, ou melhor, a localização espacial representa um fator gerador de diferença de acesso aos recursos e oportunidades de vida?

### **Objetivo Geral**

✓ Analisar a qualidade de vida, enquanto desígnio do movimento Cidades Saudáveis, na cidade de Uberlândia de modo a oferecer aportes teórico-metodológicos para estudos posteriores e subsídios para o processo de planejamento.

### **Objetivos específicos**

- ✓ Ampliar a compreensão sobre a qualidade de vida e as relações existentes entre esta noção e outras como: saúde, sustentabilidade, desenvolvimento humano, felicidade e bem-estar;
- ✓ Discutir o papel e a evolução dos indicadores sociais no acompanhamento do desenvolvimento da sociedade;
- ✓ Desenvolver e aplicar um modelo de questionário para avaliar a qualidade de vida, considerando as variáveis que a compõe e também aquelas que exercem influência sobre ela, cujo questionário possa ser reaplicado futuramente na mesma e em outras realidades;
- ✓ Identificar e compreender a interação entre os componentes da qualidade de vida de modo a conhecer a satisfação com a vida em geral e em seus vários domínios e subdomínios;
- ✓ Apontar os aspectos que essenciais para propiciar melhorias na qualidade de vida considerando a realidade da cidade de Uberlândia;
- ✓ Propor subsídios metodológicos para estudo da qualidade de vida e para a construção de um “observatório para a qualidade de vida”, que possa servir para subsidiar tomadas de decisão no sentido de buscar pela melhoria das condições das cidades.

### **Hipótese**

Pode-se lançar como hipótese que a qualidade de vida consiste em um processo multicausal em permanente construção a partir de vários fatores, dentre eles, das condições do território e do grau de autonomia individual e coletiva<sup>11</sup>. Sendo que, em certa medida, com variações espaciais e segundo as diferentes visões de mundo, a qualidade de vida é contemplada na cidade de Uberlândia.

---

<sup>11</sup> Tomando como base o conceito de autonomia do filósofo Cornelius Castoriadis, segundo Souza (2008) as autonomias individual e coletiva são dois lados da mesma moeda, que possuem valor instrumental (liberdade) e substantivo (justiça social e qualidade de vida). Para saber mais ver: capítulo 10 de SOUZA, M.L. de. **Mudar a cidade: uma introdução crítica ao planejamento e a gestão urbanos**, 2008.

## Princípios operacionais do estudo

Os princípios operacionais para a abordagem da qualidade de vida nesta pesquisa foram os seguintes: a conceitualização; a definição dos princípios de avaliação e mensuração e os objetivos a ser alcançados, cujos critérios operacionais foram desenvolvidos pelos membros do “Quality of Life Special Interest Research Group (QoL SIRG) da IASSID” e inserem-se em um sistema cíclico de interações, para a pesquisa de qualidade de vida na área da saúde (quadro 1). No entanto, podem ser um encaminhamento eficaz para investigação da qualidade de vida em outras áreas do conhecimento. (SCHIPPERS, 2010, p.281-282).

**Quadro 1** - Princípios de investigação da qualidade de vida, adaptados a partir dos critérios operacionais determinados pela IASSID QoL SIRG em Outubro de 2004

Premissa		
A qualidade de vida é multicausal, está em permanente construção, resultado/resultando da saúde e bem-estar		
Conceituação	Medição	Aplicação
É complexa, multidimensional e multicausal - influenciada por fatores ambientais, individuais, coletivos, materiais, imateriais e suas interações.	Envolve o grau de experiências de vida que as pessoas têm e que valorizam.	Melhora o bem-estar dentro de contextos culturais.
Tem componentes objetivos e subjetivos.	Reflete os domínios que contribuem para uma vida completa e interligada.	Deve ser a base para intervenções e apoios, e consistir em política de qualidade de vida ao longo da vida.
Os componentes podem ser os mesmos para um grupo de pessoas, mas a apreensão é diferenciada entre pessoas porque está associada a aspectos da vivência.	Considera os contextos dos ambientes físicos, social e cultural que são importantes para as pessoas.	Deve ser pesquisada baseada em práticas e evidências.
É reforçada pela autodeterminação, recursos, propósito na vida, sentimento de pertencimento e estados emocionais.	Inclui medidas de experiências tanto comum para todos os seres humanos e como as específicas para cada indivíduo.	Seus princípios devem ter um lugar proeminente em educação profissional e formação, além de envolver os cidadãos.

Adaptado a partir de Schippers (2010); Findlay et al., (1988); Rogerson et al., (1989); Brown et al., (1993); Felce e Perry (1995); Sawicki e Flynn (1996); Savageau e Loftus (1997); Cummins (1998); Bossard (1999) citados por Mendes (2004). **Org.:** Alves (2015).

Ao considerar esse delineamento geral é possível que sejam construídas definições, mais ou menos personalizadas, segundo as percepções, dimensões valorizadas e as preocupações (MENDES, 2004). Afinal, segundo Ramírez (2001, p. 57)

[...] analizar la "calidad de vida" de una sociedad, significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y la percepción que tienen de su existencia dentro de ella. Exige en consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, cuáles son sus condiciones objetivas de existencia y qué expectativas de

transformación de estas condiciones tienen, y evaluar el grado de satisfacción que consiguen.

Nesse sentido, é essencial o diálogo com os interessados. No entanto, pesquisas podem priorizar um ou outro aspecto.

Apesar da dificuldade de medir a qualidade de vida em sua totalidade, acredita-se que se pode chegar a aproximações de sua operacionalização, tendo em vista a realidade presente e também o que se quer para o futuro, nomeadamente em longo prazo, considerando suas interações com outros temas (saúde, sustentabilidade, etc.) e com foco nas pessoas (que devem gozar de liberdade, capacidade e habilidade, etc.).

Partimos do pressuposto que a avaliação da qualidade de vida a partir de variáveis que a condicionam, sustentada em métodos claros é mais conveniente do que a tentativa de medi-la no sentido de produzir ranqueamentos, já que as complexidades da qualidade de vida, da sociedade e do espaço, podem inviabilizar o alcance de resultados, índices acurados e confiáveis. No entanto, a produção de ranqueamentos acaba por ser uma consequência natural.

## **Estrutura e metodologia do trabalho**

Algumas referências foram tomadas como básicas para a compreensão dos conceitos, das relações existentes entre eles e da materialização dos mesmos, dentre os quais destacam os documentos e estudos oficiais da *World Health Organization (WHO)*/Organização Mundial da Saúde (OMS), das *United Nations (UN)*/Nações Unidas (NU), da *European Commission*/Comissão Europeia, da *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*/Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e Trabalho (EUROFOUND, 1991, 1996, 2001 e 2004), e os estudos acadêmicos como os Campbell et al. (1976), Hancock (2000), Pacione (2003), McCrea (2007, 2011), Marans; Stimson (2011), entre outros.

Utilizou-se de trabalhos acadêmicos (teses, dissertações, artigos), de bases de dados, de trabalhos técnicos, de documentos e estudos oficiais elaborados por órgãos, institutos e centros de pesquisa públicos internacionais e nacionais (Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis; Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis; Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ); Fundação João Pinheiro (FJP), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE); Prefeitura Municipal de Uberlândia; Programa das Nações

Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), etc.

A pesquisa foi sistematizada a partir de estudos de campo e gabinete, pautando-se em técnicas de pesquisa teórico-conceitual, quantitativas e qualitativas que podem ser divididos em pelos menos três fases diferentes, a saber: os levantamentos bibliográficos (pesquisas documentais e de dados secundários), os levantamentos de campo e, por fim, o tratamento e análise das variáveis levantadas e redação final da pesquisa, que para responder aos objetivos propostos, encontra-se estruturada em duas partes e seis capítulos mais a introdução e as considerações finais. A descrição detalhada dos processos e etapas da pesquisa encontra-se em capítulo específico.

A primeira parte contém três capítulos destinados, sobretudo, a revisão de literatura dos temas que foram considerados. O capítulo 1 ficou reservado à descrição dos instrumentos teórico-metodológicos utilizados. No capítulo 2 discute-se a construção de cidades saudáveis, a noção de saúde em sua perspectiva ampla e de sustentabilidade, no sentido de mostrar a relação entre estes conceitos com qualidade de vida. Além do movimento cidades saudáveis, destaca-se brevemente outros emergentes com outras designações, mas com objetivo de construir cidades em que os preceitos daqueles conceitos estejam presentes, dentre eles o cidades para pessoas e o cidades inteligentes. No capítulo 3 aborda-se especificamente a qualidade de vida. São apresentados as principais noções, modelos de abordagem, instrumentos e perspectivas de estudos além das semelhanças e diferenças deste termo com outros como felicidade, bem-estar, saúde e sustentabilidade.

A segunda parte possui 3 capítulos, cujos conteúdos, em linhas gerais, são no sentido de analisar a qualidade de vida em uma realidade particular, nomeadamente na cidade de Uberlândia-MG. O capítulo 4, o primeiro da segunda parte, ficou reservado a apresentar a importância que o tema tem assumido nos últimos anos, bem como alguns exemplos de estudos/abordagens do mesmo, considerando as escalas global e nacional. Também aborda-se as variáveis que são comumente utilizadas quando o assunto é qualidade de vida. No capítulo 5 busca-se realizar uma contextualização de Uberlândia, sobretudo a partir de aspectos, que presumivelmente tem relações com qualidade de vida. No capítulo 6 é destacado que para o contexto de Uberlândia, abordar a qualidade de vida na perspectiva objetiva considerando os microdados do censo demográfico e a oferta de equipamentos urbanos fundamentais é insuficiente. Logo, são apresentadas as análises da qualidade de vida em Uberlândia, segundo a perspectiva subjetiva, ou seja, considerando a avaliação dos indivíduos em relação a diferentes dimensões e níveis da vida. Este capítulo contém: a descrição dos inquiridos; a proposição de que é qualidade de vida, a partir do que expressaram

no questionário; e a análises das relações da qualidade de vida com outros aspectos do meio e dos indivíduos.

Por fim, nas considerações finais são apresentados comentários dos resultados obtidos, a proposta da continuidade de estudos e da implementação de ações para monitoramento da qualidade de vida. Expõe-se ainda comentários sobre alguns elementos da contribuição metodológica para o estudo da qualidade de vida.

## 1. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO E DO OBJETO: OS PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

*O objeto das Ciências Sociais é histórico. Isto significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Portanto, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social (MINAYO, 2001, p.14).*

As características distintivas das ciências sociais, destacadas na epígrafe deste capítulo, juntamente com outros aspectos igualmente importantes, como a identidade entre sujeito e objeto, que são mesma natureza, portanto o observador sendo parte de sua observação (STRAUSS, 1975 apud MINAYO, 2001), tornam as ciências sociais complexas, instigantes, campo fértil para pesquisas que, devem possuir cientificidade segundo a especificidade de seu campo do conhecimento.

Pesquisa social é o processo que utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social, bem como descobrir respostas para problemas (GIL, 1989, p. 43). Por tratar de uma realidade da qual nós próprios, enquanto seres humanos somos agentes, a pesquisa social é sempre tateante, mas, ao progredir, elabora critérios de orientação cada vez mais precisos. (MINAYO, 2001). Com foco na metodologia, a referida autora cita Bruyne e colaboradores (1991, p. 16), os quais consideram que “o procedimento científico é ao mesmo tempo aquisição de um saber, aperfeiçoamento de uma metodologia, elaboração de uma norma”.

Segundo Minayo (2001, p.17) a metodologia é entendida como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ela inclui simultaneamente as concepções teóricas de abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e o potencial criativo do pesquisador (suas experiência e sensibilidade). A autora ressalta ainda que enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática, onde o endeusamento das técnicas produz ou um formalismo árido, ou respostas estereotipadas. Seu desprezo, ao contrário, leva ao empirismo sempre ilusório em suas conclusões, ou a especulações abstratas e estéreis. Sendo necessário o equilíbrio, sem, no entanto, desconsiderar a possibilidade de ratificar o caminho, abandonar

certas vias. Embasada em Thomas Kuhn (1978) e Feyerabend (1989) a autora reconhece que a quebra dos paradigmas é que leva ao progresso da ciência.

Portanto, ao longo do desenvolvimento da pesquisa, no período chamado por Minayo (2001) de ciclo da pesquisa, que consiste em processo de trabalho em espiral que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações, são desenvolvidas diferentes etapas complementares, as quais, assim como o todo seguem uma metodologia, detalhada a seguir.

### 1.1. Concepção teórica

Importantes no processo de investigação científica, as teorias nas palavras de Trujillo Ferrari (1982) apud Gil (1989, p.37) proporcionam a adequada definição de conceitos, bem como o estabelecimento de sistemas conceituais; indicam lacunas no conhecimento; auxiliam na construção de hipóteses; explicam, generalizam, sintetizam conhecimentos, assim como desempenham importante papel metodológico. Enfim, conforme a definição de Popper (1972) apud Gil (1989, p.37) as teorias são redes estendidas para capturar o que chamamos “o mundo”, para racionalizá-lo, para explicá-lo e dominá-lo.

Nesta pesquisa, as teorias consideradas, perpassam por diferentes áreas das ciências, como as médicas, sociais e ambientais, podendo afirmar que a mesma alicerça-se na interdisciplinaridade em uma concepção sistêmica, afinal as próprias noções de qualidade de vida, saúde e sustentabilidade, são embasadas nas relações do sistema biológico, dos seres vivos com o meio.

A concepção sistêmica vê o mundo em termos de relações e de integração. Os sistemas são totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas às de unidades menores. Em vez de se concentrar nos elementos ou substâncias básicas, a abordagem sistêmica enfatiza princípios básicos de organização. [...] Um outro aspecto importante dos sistemas é sua natureza intrinsecamente dinâmica. Suas formas não são estruturas rígidas, mas manifestações flexíveis, embora estáveis, de processos subjacentes [...] (CAPRA, 1997, p. 44-45).

Logo, ao considerar o ambiente urbano como um “sistema aberto”, com *inputs* e *outputs*, em sua transversalidade e abrangência a qualidade de vida pode ser vista como ponto de equilíbrio dinâmico dos subsistemas sociais, econômicos, ambientais e políticos, considerados, especialmente na perspectiva da existência, acesso e satisfação com os serviços sociais.

## 1.2.Os métodos científicos

Método científico é definido por Gil (1989) como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicas adotados para se atingir o conhecimento pelo desenvolvimento de uma investigação científica. O método adotado varia de acordo com o objeto a ser investigado

Em decorrência do tema abordado nesta tese requerer uma visão holística, os pressupostos teóricos metodológicos também o são. No âmbito geral dos métodos, o desenvolvimento da pesquisa fundamentou-se nos métodos hipotético-dedutivo e fenomenológico, em certa medida aproximando-se do dialético.

O primeiro no sentido de que buscou combinar observações e intuições científicas para deduzir consequências, tal como afirma (Kaplan, 1972 apud Gil, 1989, p.30)

O cientista, através de uma combinação de observação cuidadosa, hábeis antecipações e intuição científica, alcançar um conjunto de postulados que governam os fenômenos pelos quais está interessado; daí deduz ele as consequências observáveis; a seguir, verifica essas consequências por meio de experimentação e, dessa maneira, refuta os postulados, substituindo-os, quando necessário, por outros e assim prossegue.

Acredita-se que, em certa medida, é salutar que as análises sejam pautadas em instrumentos padronizados, bem como que as considerações sejam realizadas segundo uma lógica do geral para o particular, haja vista as influências de fenômenos gerais nos particulares, ainda que nestes possam haver resistências.

Já a presença do método fenomenológico, decorre da busca de captar o essencial, de mostrar o que é dado, o que está presente, e esclarecer esse dado/fenômeno, independente de este ser uma realidade ou uma aparência, mas considerando, especialmente a experiência sensível (GIL, 1989). Afinal, para a compreensão da realidade humana vivida socialmente, é preciso considerar a vivência, a experiência, a cotidianidade, as estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada (MINAYO, 2001).

E por fim, mais como um ideal vislumbrado, já que se tem consciência da impossibilidade de se estudar “todos os aspectos, em todas suas relações e todas as suas conexões” do objeto, aspecto inerente à dialética segundo (GIL, 1989). No entanto, em certa medida adotou-se aspectos da dialética, posto a incessante mudança do objeto e também porque

A Dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo; e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos. Desta forma, considera que o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. Compreende uma relação



intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e social, entre o pensamento e a base material. Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou "objetos sociais" apresentam (MINAYO, 2001, p. 25).

Como métodos específicos foram adotados, de modo combinado, o método observacional, amplamente utilizado em ciências sociais, sendo que apesar de primitivo, nas ciências sociais a observação possibilita alto grau de precisão e o método estatístico, utilizado para auxiliar nas investigações nomeadamente para determinação de amostragem, tratamento dos dados e fornecer reforço às conclusões. Reforça-se o argumento de que a temática requer adoção de métodos mistos, quantitativos e qualitativos.

### **1.3. Os instrumentos de pesquisa**

#### **1.3.1. Pesquisa Bibliográfica e documental**

A pesquisa bibliográfica foi realizada abarcando as escalas internacional e nacional, acerca de temas como: sistema de indicadores sociais; processo de planejamento urbano; bem-estar; qualidade de vida; promoção da saúde; sustentabilidade urbana; Cidades Saudáveis, entre outros, para o desenvolvimento do referencial teórico. Utilizou-se de bases de dados de trabalhos acadêmicos (teses, dissertações, artigos), de trabalhos técnicos como de centros de pesquisa (Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis; Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis), bem como documentos e estudos oficiais elaborados por órgãos e institutos de pesquisa públicos como a Organização Mundial de Saúde, Organização das Nações Unidas, Banco Mundial, Ministério das Cidades, Ministério da Saúde, Ministério do Meio Ambiente Fundação João Pinheiro, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Prefeitura Municipal. Com o intuito de complementar as informações foram consideradas também reportagens, sobretudo do jornal local Correio de Uberlândia.

Nesta etapa buscou-se a compreensão dos conceitos, das relações existentes entre eles e da materialização dos mesmos, especialmente por meio das políticas públicas. Considerou-se multiescalas e multiabordagens em que a qualidade de vida e noções à ela relacionada são consideradas.

#### **1.3.2. Pesquisa de campo**

A pesquisa de campo foi desenvolvida em três momentos específicos: no primeiro, foi realizada uma visita a vários bairros da cidade para melhor conhecimento dos mesmos; em um segundo momento foram realizadas interrogações diretas a uma amostra de pessoas. A amostra foi predeterminada por procedimentos estatísticos segundo uma margem de erro aceitável, em bairros de interesse. Por fim, em um terceiro momento, visitou-se os bairros selecionados com o intuito de coletar pela observação e percepção informações complementares.

### **1.3.3. Pesquisas quantitativa e qualitativa**

Quanto à abordagem do problema destacam-se as pesquisas quantitativas e qualitativas, as quais se fizeram presentes neste estudo tendo em vista que, na realidade social qualidade e quantidade coexistem interagindo dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. Sendo que, os dados quantitativos e qualitativos não se opõem. (MINAYO, 2001). A autora destaca ainda que:

A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região "visível, ecológica, morfológica e concreta", a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. (MINAYO, 2001, p.23).

Posto que, o qualitativo tem lugar na "intuição", na "exploração" e no "subjativismo", em outras palavras, na compreensão do que não é quantificável; e o quantitativo na representação do espaço do científico, traduzido "objetivamente" e em "dados matemáticos", pode se dizer que são enfoques complementares e compatíveis, que podem ser considerados conjuntamente. Portanto, no decorrer do estudo ambos os enfoques estão presentes.

#### **1.3.3.1 O Survey**

Os levantamentos ou survey, segundo GIL (1989, p.76)

se caracterizam pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Basicamente, procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para em seguida, mediante análise quantitativa [e qualitativa], obter conclusões correspondente aos dados coletados.

O questionário aplicado, Apêndice 1, foi elaborado com base em estudos acadêmicos, como o de McCrea (2007) e de instituições como a ONU com o WHOQOL-100 (com 100

questões) ou sua versão abreviada o *WHOQOL-Bref* (com 26 questões), desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de vida (*WHO Quality of Life Group*) (1998), os relatórios para implementação das comunidades sustentáveis no contexto da Inglaterra “The Egan Review: Skills for Sustainable Communities” (2003) e “Government Response to the Egan Review: Skills for Sustainable Communities”, (2004). Embasou-se também nos *surveys* da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Eurofoud) “European Quality of Life Survey (EQLS)” (2003,2007, 2011-12), o qual “proporciona um retrato completo das condições de vida nos países europeus. Contém um vasto leque de indicadores sobre diferentes dimensões da qualidade de vida, quer objetivas quer subjetivas”.

Considerou-se também os questionários utilizados pelo IBGE nas pesquisas “Pesquisa Padrões de Vida - 1996-1997” e “Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Despesas, Rendimentos e Condições de Vida”, bem como as orientações do banco mundial para a elaboração de questionários “Designing Household Survey Questionnaires for Developing Countries Lessons from 15 years of the Living Standards Measurement Study” (2000).

Os aspectos contemplados no questionário foram selecionados tanto com base no conteúdo dos questionários modelos, como considerando as variáveis que têm sido tradicionalmente considerados em estudos de indicadores sociais e, sobretudo atendendo aos pressupostos da qualidade de vida.

A partir dos questionários foram avaliados aspectos quantitativos e qualitativos, expressos a partir das opiniões e atitudes pessoais (dos indivíduos inqueridos, que vivenciam a realidade) (JANNUZZI, 2001). Sendo que para assegurar a precisão e a mensurabilidade das informações foi utilizada a escala social de graduação de Likert, tal como utilizado em outros estudos como o WHOQOL da WHO, e também estudos clássicos da qualidade de vida subjetiva, como Cummins (1996); Headey e Wearing (1992); Salvatore e Muñuz Sastre (2001); Trauer e Mackinnon (2001), etc. citados por McCrea et al (2011, p.58). Essa escala possui 5 pontos, cujos pontos de ancoragem foram especificados de acordo com o conteúdo da pergunta (intensidade, capacidade, frequência e satisfação); nomeados como nunca-sempre/ nada - extremamente, nada – completamente, nunca – sempre, muito insatisfeito-muito satisfeito/ muito bom-muito ruim, respectivamente.

#### **1.3.3.1.1. Amostragem**

Diante da impossibilidade de se considerar todo o universo dos residentes em Uberlândia, nesse estudo os pesquisados foram selecionados a partir de uma forma de amostragem não probabilística do tipo por cotas, a qual, segundo Barbetta (2003, p.57) numa primeira fase se assemelha com a amostragem estratificada proporcional, haja vista que em subgrupos previamente definidos é selecionada uma cota para amostra proporcional ao tamanho da população dos mesmos, sendo que para compensar a falta de aleatoriedade são consideradas mais de uma variável estratificadora. Além disso, esse processo de amostragem é descrito por Berry e Backer (1968) como um tipo de amostragem geográfica, em que os elementos de amostragem podem ser escolhidos de maneira aleatória, sistemática ou alinhada. Os autores destacam ainda que por esse tipo de amostra pode se ter uma boa cobertura da área. Stimson et al. (2011) no estudo da Qualidade de Vida na Região de Brisbane-South East Queensland na Austrália, utilizou uma amostra probabilística estratificada espacialmente.

Logo, a amostragem contemplou quatro etapas. A primeira a seleção foi com base nos setores da área urbana, onde foram considerados os cinco setores. A segunda foi pela divisão dos bairros integrados, sendo selecionados os mais representativos para cada setor a partir de características pré-estabelecidas (quadro 3). A terceira foi a seleção das habitações, tomando como ponto de partida a rua/avenida principal do bairro, bem como áreas representativas no contexto do bairro, assim sendo a habitação selecionada ao acaso, de certa forma aleatoriamente, considerando a espacialização das habitações em cada bairro. E por fim, a escolha do entrevistado é considerando a pessoa responsável pelo domicílio, maiores de 18 anos, sendo que ao responder ao questionário, em questões que trata do agregado domiciliar deve-se considerar todos os moradores da residência, inclusive os residentes temporários ou agregados, enquanto que nas questões direcionadas ao entrevistado deve-se considerar unicamente as suas perspectivas.

#### **1.3.3.1.2. Determinação do Tamanho da Amostra**

A fidedignidade de uma amostragem relaciona-se com a garantia suas propriedades básicas: exatidão (*accuracy*) e precisão (*precision*), sendo a primeira referente à correção na estimativa do valor populacional, que em caso de super ou subestimação desse valor, o exemplo é dito tendencioso. E a segunda referente à difusão do valor populacional em torno do valor verdadeiro (BERRY; BACKER, 1968) e, portanto depende de fatores como: extensão do universo, nível de confiança e erro máximo permitido (GIL, 1989).

Para a presente situação, têm-se um universo infinito, ou seja, em que o número de elementos excede 100.000, de modo que o número de elementos da amostra apresenta-se praticamente invariável. Com relação ao nível de confiança, expresso em números de desvios padrão pela curva “normal” ou de “Gauss”, tal como usual nas pesquisas das ciências sociais é considerado um limite de confiança de 95%. Já em relação ao erro máximo permitido, expresso em termos percentuais, em função de certos controles prévios e pelas características desta pesquisa, considerou-se um erro de 7% ( $p < 0,07$ ). Considerou-se também uma divisão de 50/50 para a percentagem de ocorrência, portanto, uma variância igual a 0,25 ( $p=0,5$  e  $q=0,5$ ). Acrescenta-se que, tais fatores foram considerados previamente por Mridha e Moore (2010) em seus estudos sobre a qualidade de vida na Austrália, em uma perspectiva semelhante à adotada nesta pesquisa.

Portanto, considerando esses elementos estatísticos aplicados em fórmulas, como a de Levine; Berenson e Stephan (2000)<sup>12</sup>, tabelas prontas de Vaus (2002, p.82) e ferramentas/aplicativos<sup>13</sup> disponíveis para cálculo de tamanho de amostra, o número de pessoas a serem entrevistadas seria em torno de 200 indivíduos.

Assim, realizou-se em 17 bairros de Uberlândia, previamente selecionados conforme detalhado a seguir, o inquérito em 202 agregados familiares, de modo que 202 pessoas responderam ao questionário. Destaca-se que algumas questões, como as relativas à identificação e aos ganhos e gastos do agregado familiar, consideram todos os moradores da residência, neste caso a pesquisa abarcou um total de 634 pessoas.

#### 1.4. Recorte espacial

Para facilitar o trabalho dos órgãos públicos e das entidades privadas, bem como orientar a população no que tange a sua localização dentro da cidade, foi implementado no final da década de 1980, pela Secretaria Municipal de Trânsito e Transporte da prefeitura municipal, o Projeto Bairros Integrados. Por meio deste projeto, buscou-se racionalizar a quantidade de “bairros” existentes na cidade, por meio de critérios como a homogeneidade de

---

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot 0,25}{E^2}$$

<sup>12</sup> , onde n = Número de indivíduos na amostra;  $Z_{\alpha/2}$  = Valor crítico associado ao grau de confiança desejado, que para 95% corresponde a 1,96; E = Margem de erro. (LEVINE; BERENSON; STEPHAN, 2000).

<sup>13</sup> O Research System, fundada em 1982 para fornecer software para pesquisadores de mercado, pesquisadores políticos, profissionais de recursos humanos, cientistas sociais e outros que usam questionários, disponibiliza uma calculadora tamanho da amostra. A calculadora está disponível em: <<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>>. E foi acessada em: 15 mar. 2015.

cada setor, os limites naturais, as características geográficas e de uso e ocupação do solo e o sistema viário com o intuito de contribuir com a estruturação da cidade que leve ao crescimento ordenado.

Segundo informações da PMU (2015) a delimitação legal dos bairros é considerada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, para execução dos trabalhos censitários e também pela Empresa Brasileira de Correios e telégrafos – ECT, e pela Empresa de Guia de Ruas que consideram esse sistema para o endereçamento postal e direcionamento na cidade.

A instituição dos bairros integrados ocorre por meio de projetos de leis e em conformidade com a delimitação dos cinco setores de estruturação urbana. O Segismundo Pereira foi o primeiro a ser aprovado no ano de 1990. Até o ano de 2015, os bairros integrados aprovados totalizavam 74, com previsão de atingir até a década de 2020, aproximadamente, 85 bairros dentro do atual perímetro urbano. O quadro 2 apresenta os bairros integrados por setor, sendo destacados os bairros pesquisados.

**Quadro 2** - Uberlândia- MG: Bairros Integrados por Setores (2010).

Setores	Quantidade de Bairros	Nome dos Bairros
Central	11	<b>Brasil</b> , Bom Jesus, Cazeca, <b>Centro</b> , Daniel Fonseca, <b>Fundinho</b> , Lídice, <b>Martins</b> , Nossa Sra. Aparecida, Osvaldo Resende e Tabajaras.
Norte	11	Jardim Brasília, Maravilha, Marta Helena, Minas Gerais, Nossa Senhora das Graças, Pacaembu, <b>Presidente Roosevelt</b> , Residencial Gramado, São José, Santa Rosa, Distrito Industrial.
Sul	19	Carajás, <b>Cidade Jardim</b> , Gávea, Granada, <b>Jardim Karaíba</b> , Jardim Inconfidência, Jardim Sul, <b>Lagoinha</b> , Laranjeiras, Morada da Colina, Nova Uberlândia, Pampulha, Patrimônio, Santa Luzia, São Jorge, Saraiva, <b>Shopping Park</b> , Tubalina, Vigilato Pereira.
Leste	17	Aclimação, <b>Alto Umuarama</b> , Alvorada, Custódio Pereira, Gand Ville, Granja Marileusa, Jardim Ipanema, Morada dos Pássaros, Morumbi, Nova Alvorada, Novo Mundo, Portal do Vale, Residencial Integração, <b>Santa Mônica</b> , Segismundo Pereira, Tibery, <b>Umuarama</b> .
Oeste	16	Chácaras Tubalina e Quartel, Dona Zulmira, Guarani, Jaraguá, <b>Jardim Canaã</b> , Jardim das Palmeiras, Jardim Europa, Jardim Holanda, Jardim Patrícia, <b>Luizote de Freitas</b> , Mansour, Morada do Sol, Panorama, <b>Planalto</b> , Taiamam, Tocantins.

**Nota:** Bairros pesquisados em destaque. **Org.:** Alves (2015).

Cabe ressaltar que ainda há vários loteamentos na cidade, localizados, sobretudo no Setor Leste, que não foram integrados em razão da existência de entraves quanto à sua regulamentação ou problemas em áreas adjacentes, que também inviabiliza a integração dos loteamentos, já regulamentados ou mesmo por outras razões específicas em que os bairros adjacentes se recusaram a receber a denominação de um determinado loteamento

estigmatizado por certas características negativas. Dentre os loteamentos ainda não integrados pode-se citar o Dom Almir, Prosperidade, Integração, Joana Darc II, Santa Clara, Maná, Alvorada 5, Vila Jardim e Prof. Élisson Prietro (também conhecido como assentamento do Glória), em sua maioria tais bairros ainda não foram integrados, em função de estarem localizados em áreas de litígio e/ou pertencentes ao poder público.

Neste estudo o recorte espacial será, sobretudo, os bairros integrados, com exceção das duas ocupações irregulares consideradas, uma consolidada, hoje o bairro Dom Almir e outra recente a Prof. Élisson Prieto, também conhecida como Glória.

#### **1.4.1. Definição das áreas de estudo**

A fim de assegurar melhores resultados, por viabilidade técnica e econômica, e considerando que em áreas específicas tem se a expressão do universal combinada com suas especificidades. Optou-se por escolher as áreas de estudo segundo alguns critérios pré-estabelecidos, que contemplassem a complexidade e diversidade do espaço urbano.

Os critérios pré-estabelecidos considerados foram: 1. Localização: bairros em diferentes locais no tecido urbano, contemplando os cinco macrossetores da cidade; 2. Representatividade populacional: bairro que concentram porcentagem significativa da população do setor; 3. Centralidade: no sentido de sua localização no espaço urbano, bairros centrais e periféricos; 4. Momento da ocupação<sup>14</sup>: bairros surgidos em diferentes momentos do desenvolvimento da cidade, desde os mais antigos, tradicionais e representativos, até os mais recentes; 5. Modo da ocupação: bairros surgidos de distintas formas, regulares (diferentes modalidades loteamentos) e irregulares (ocupações); 6. Classe socioeconômica predominante: bairros com moradores de diferentes *status* social, desde os que predominam pessoas de classes mais baixas, até os em que a maioria pertencentes as classes mais altas e; 7. Uso e ocupação do solo: bairros com diversas tipologias de caráter funcional, como residenciais, comerciais e mistos.

No quadro 3 está representada a predominância destes critérios nos bairros de Uberlândia que foram selecionados para a pesquisa. Cabe destacar que em alguns dos bairros selecionados pode ocorrer a sobreposição das características selecionadas, o que no entanto, não tem implicações negativas para o desenvolvimento da pesquisa, mas, ao contrário pode ser fator positivo, haja vista que reforça a relevância da seleção do bairro.

---

<sup>14</sup> Considerou o momento da gênese do bairro, o surgimento dos primeiros loteamentos.

**Quadro 3 - Critérios pré-estabelecidos para a seleção dos bairros para aplicação do questionário.**

<b>Crítérios</b> <b>Áreas</b>	<b>População do bairro<sup>1</sup></b>	<b>Localização</b>	<b>População do setor<sup>1</sup></b>	<b>Centralidade</b>	<b>Momento da ocupação*</b>	<b>Modo da ocupação</b>	<b>Classe socioeconômica</b>	<b>Uso e ocupação do solo</b>
<b>Presidente Roosevelt</b>	21.297	Setor Norte	93.267	Central	Década de 1970	Loteamento	B/C	Misto
<b>Jardim Karaíba</b>	3.098	Setor Sul	125.842	Central	Década de 1980	Loteamento	A/B	Residencial
<b>Shopping Park</b>	-			Periférico	Entre décadas de 2000 e 2010	Loteamento	D/E	
<b>Lagoinha</b>	-			Central	Década de 1990**	Construção popular/ocupação	C/D/E	
<b>Cidade Jardim</b>	7.378			Intermédio	Década de 1980	Loteamento	A/B/C	
<b>Prof. Elisson Prieto</b>	-			Periférico	Década de 2010**	Ocupação	D/E	
<b>Santa Mônica</b>	35.737	Setor Leste	137.000	Central	Década de 1960	Loteamento	B/C	Misto
<b>Dom Almir</b>	-			Periférico	Década de 1990**	Ocupação	D/E	Residencial
<b>Alto Umuarama</b>	-			Intermédio	Década de 1990	Loteamento	B/C	
<b>Umuarama</b>	3.736			Intermédio	Década de 1960	Loteamento	B/C	Misto
<b>Luizote de Freitas</b>	19.168	Setor Oeste	140.539	Periférico	Década de 1970-1980	Loteamento	C/D	
<b>Planalto</b>	15.668			Intermédio	Década de 1980	Loteamento	B/C	
<b>Jardim Canaã</b>	14860			Periférico	Década de 1990	Autoconstrução	C/D/E	Residencial
<b>Centro</b>	7.262	Setor Central	84.903	Central	Década de 1930**	Expansão primaz	A/B/C	Comercial
<b>Martins</b>	8.788				Década de 1920**	Expansão primaz	A/B/C	Misto
<b>Brasil</b>	12.701				Década de 1930**	Expansão primaz	B/C	
<b>Fundinho</b>	2.732				Década de 1920**	Núcleo primaz	A/B/C	

<sup>1</sup> População de acordo com o último censo demográfico (2010). - Sem dados, em função de não contabilização pelo censo ou por considerar conjunto de bairros. \*Em função de divergências de datas em diferentes fontes e dos bairros integrados serem formados por diferentes loteamentos, considerou-se a década em que o principal loteamento, que dá origem ao bairro integrado, teve sua lei de aprovação, conforme informações da PMU. Sendo, portanto a ocupação iniciada anterior a tal década.

\*\*A PMU, não tem data de aprovação, logo considerou o surgimento da ocupação. **Org.** Alves (2015).



## **1.5. Descrição dos bairros selecionados**

### **1.5.1. O Setor Norte**

O desenvolvimento do Setor Norte da Cidade, delimitado pela BR's 050 e 452, em grande medida está relacionado com a implantação de um parque industrial, localizado na chamada Cidade Industrial (1965) ou Distrito Industrial (1971), onde foram instaladas indústrias como a Companhia de Cigarros Souza Cruz, Daiwa Têxtil do Brasil, Cargill Agrícola S.A, Rezende Alimentos, Braspelco, Encol, Produtos Vigor, Ciminias, Brasfrigo, dentre outras (SOARES, 1995) marcando a modernização tecnológica e organizacional das indústrias e consolidando a inserção da cidade no chamado “polígono” de articulação com São Paulo.

Tal conjectura atraiu um maior número de migrantes para a área urbana, em busca de empregos, gerando uma demanda por habitações, e incrementando problemas como o surgimento de “favelas”, principalmente próximas ao distrito industrial. É nutrido também o mercado da construção dos conjuntos habitacionais.

As atividades industriais, anteriormente localizadas na área central foram deslocadas para este setor da cidade, onde está também o Porto Seco. Por essas e outras características como as barreiras físicas esse é um dos setores que concentra a menor proporção da população de Uberlândia.

#### **1.5.1.1. Presidente Roosevelt: O bairro tradicional do Setor Norte**

Entre os bairros desse Setor, destaca-se o Presidente Roosevelt, um dos bairros mais antigos do setor, já que as primeiras casas surgiram nos anos 1960 às margens da rodovia, quando esse consistia na periferia da cidade. Conforme documento da PMU (IPAC N ° 006/2011, p.3)

O bairro Presidente Roosevelt (no início Vila Presidente Roosevelt, em homenagem ao presidente estadunidense Franklín Delano Roosevelt) fica nas terras da antiga Fazenda do Salto, dos proprietários Elpídio Aristides de Freitas e Sebastião de Freitas Costa. De suas terras, esses senhores transformaram 345 hectares em loteamento para fim residencial.

Atualmente, o bairro pode ser considerado central por distar apenas cerca de 2 Km do centro da cidade, sendo que seus limites afixados pela lei n. 5853 de Uberlândia: viaduto Chico Rivalino; BR 365; Virgílio Mineiro; Avenida Constelação até a Avenida Olívia de Freitas Guimarães; Avenida Três de Outubro; Rua Fernando Alves Vieira; Rua São

Domingos e Avenida Monsenhor Eduardo.

A planta urbana do bairro segue uma organização urbanística complexa, em traçado de forma radial, em que a Avenida Cesário Crosara forma um cinturão em volta de quase todo o bairro (já essa avenida foi concebida originalmente para ser seu limite físico). Enquanto, que a Avenida Morun Bernardino corta o bairro no sentido horizontal, as Avenidas Rodrigo Pereira Júnior e João Bernardes de Souza cortam na vertical a parte sul do bairro, a qual juntamente com a rua Ordália Carneiro Oliveira que corta o bairro na vertical na parte norte, formam o subcentro do bairro. Tais eixos principais, assim como as demais ruas do bairro convergem para a parte central, onde está localizada a praça Lincoln e a Igreja São Judas Tadeu. Tal organização teve como inspiração o Plano de Haussmann

[...] No plano de Haussmann, o traçado contaria com ruas que cortam em todos os sentidos, perspectivas com longas avenidas, praças com monumentos e edificações como marcos da paisagem. Todo o traçado seria cortado por grandes eixos, contornada por um anel viário, e contaria com vias largas e arborizadas, sintetizando o ideal sanitaria. É nessa mesma época que nasce os ‘carrefours’ (rotatórias). [PMU, IPAC N° 006/2011, p.3].

Neste traçado as praças servem de marcos, pontos de referências, e rotatórias, além de cumprir com as funções de lazer e atividades físicas. Suas construções são inspiradas no estilo eclético e grande maioria no estilo dito contemporâneo.

### **1.5.2. O Setor Sul**

Assim como a maioria das áreas de expansão do núcleo urbano primaz, o Setor Sul teve sua constituição inicial, no fim do século XIX, de forma espontânea, tendo os seus primeiros bairros, como o Patrimônio e parte do Cidade Jardim, considerados periferia desprovida de infraestrutura que abrigavam a população assalariada e de baixa renda. No decorrer do século XX com o crescimento horizontal da cidade, conforme assegura Soares (1995) esse setor, às margens do rio Uberabinha e Córrego São Pedro, ficou reservado aos loteamentos de luxo, clubes campestres. Destaca-se ainda que neste setor é comum a existência de sítios, com e sem moradias para fim de semana.

Para além das áreas tradicionais do setor Central (Fundinho e adjacências) este é o Setor com os bairros mais elitizados, acrescenta-se ainda que especialmente nos últimos anos, com a expansão dos condomínios horizontais fechados, o Setor Sul tem tido grande valorização, por ter sido eleito pela população de maior status socioeconômico, como a “área nobre”, a qual coincide com a localização daqueles elementos listados por Soares (1995)

somados aos novos equipamentos e serviços, em quantidade significativa, direcionados ao atendimento da elite.

No entanto, apesar de elitizado, esse setor não exclusivo da elite, afinal são vários os espaços, nomeadamente os menos valorizados que são ocupados pela população mais pobre, seja de forma “planejada e regular” via políticas públicas de habitação para a implantação de conjuntos habitacionais populares, ou mesmo irregular a partir da autoconstrução de moradia improvisada. Assim, apesar da ideologia do Setor Sul enquanto área nobre, em Uberlândia, a alta concentração da elite nos mais luxuosos condomínios é recente, sendo que a origem de sua ocupação, tal como as porções menos valorizadas ainda permanece como lócus da população das classes mais baixas. De modo que, nessa região pode ser observada a materialização da desigualdade socioespacial, inclusive evidente no âmbito interno de alguns bairros como o Cidade Jardim.

#### **1.5.2.1. Cidade Jardim e Jardim Karaíba: Os “Jardins” mais tradicionais do Setor Sul**

O bairro Cidade Jardim localiza-se próximo ao Rio Uberabinha com vista privilegiada para o centro da cidade. O início de sua ocupação foi entre final da década de 1970 e início da década de 1980, posto que 2 dos 3 primeiros loteamentos do bairro Cidade Jardim, assim denominados, tem a aprovação datada de 1981. Sendo que um, o Setor A, possuía lotes maiores com 1.000 m<sup>2</sup> para atender a classe de maior poder aquisitivo, já a outra parte, a ampliação, tinha os lotes menores, em média de 300 m<sup>2</sup>, voltados para a classe de menor poder aquisitivo.

Apesar de ter sido concebido para atender às classes média e alta, parte dos migrantes que chegavam a Uberlândia na década de 1980 se instalavam nas partes menos valorizadas do Cidade Jardim, conforme relata Soares (1995, p.231).

Ainda assim, [a favela] sobrevive em diversos pontos da cidade, tais como nos bairros Dom Almir, Maravilha, Cidade Jardim, na FEPASA e no Anel Viário, cujos moradores vivem em péssimas condições, além de sofrerem uma constante ameaça de expulsão daquelas áreas, por pressão constante dos órgãos públicos [...].

Tais contradições permanecem visíveis no bairro Cidade Jardim, que concentra na parte mais alta uma população rica, inclusive em condomínios fechados (o bairro integrado abrange parte dos Jardins Barcelona e Nova Uberlândia) e em parte de sua periferia concentra uma população de renda mais baixa.

O loteamento denominado Jardim Karaíba, que deu origem ao bairro de mesmo nome data da década de 1980. Situado na porção central do setor Sul, esse foi um dos primeiros

loteamentos para atender a população dos estratos de renda mais elevados. Conforme o grupo Karaíba Imobiliária<sup>15</sup>, responsável pelo loteamento, “o objetivo de atender a uma classe média que não tinha opção de morar em um bairro com características especiais, tendo como prioridade a “qualidade de vida”. Na época de sua implantação o loteamento ficava relativamente afastado do centro, bem como apresentava “regras muito rígidas de ocupação para manter as características da proposta do projeto urbanístico”:

O ponto alto do projeto foi determinado pela colocação das áreas verdes em frente às casas para que os moradores pudessem usufruir desta “exigência legal” fazendo sua manutenção aliviando a Prefeitura do ônus de cuidar de uma praça que nem sempre é utilizada pelos moradores do bairro pela sua distancia das moradias.

É bom lembrar que as referidas áreas verdes foram colocadas em frente aos terrenos que davam fundos para a vista da cidade de Uberlândia, pois a procura na época era pelos lotes que davam frente para a cidade, para que o empreendimento pudesse se viabilizar, pois na época foi considerado como um grande desafio fazer um empreendimento imobiliário dentro de uma “mata do cerrado”.

Realmente o sucesso do empreendimento “Jardim Karaíba” foi devido à qualidade do projeto urbanístico, bem como um projeto paisagístico que teve a preocupação de fazer um plantio de arvores ao longo das ruas, plantando uma árvore a cada divisa de lote (Grupo Karaíba, Karaíba Imobiliária. Disponível em: <http://karaiba.com.br/>, 2015).

Nesse bairro, foi implantado no ano de 1994 o primeiro condomínio fechado do setor Sul, o Condomínio Guanambia (MOURA, 2008). O *status quo* do bairro integrado Jardim Karaíba tem sido mantido ao longo dos anos, tendo ainda a maioria dos residentes enquadrada em um elevado padrão aquisitivo.

#### **1.5.2.2. Lagoinha e Shopping Park: retratos da exclusão no Setor Sul**

Apesar de parte do bairro Lagoinha apresentar hoje condições infraestruturais e população de status econômico médio, especialmente na porção mais baixa do bairro, às margens do Córrego, os moradores ainda são de renda muito baixa e não contam com um padrão mínimo de infraestrutura, conformando-se como verdadeiro “cinturão de pobreza”.

O bairro integrado Shopping Park, dista cerca de 10,5 Km do centro da cidade, constituído a atual periferia da mancha urbana. Além disso, carece de equipamentos urbanos comunitários. Compõem o bairro os Sítios de recreio Nossa Senhora Aparecida (parte) e Ibiporan (B, C e D), condomínios como (Park dos Jacarandás I e II, Park dos Ipês I e II, Gávea Sul, residencial jardins e varanda sul) e os loteamentos populares também denominados Shopping Park, dentre os quais os I e II datam da década de 1990 e os III, IV, V, VI e VII, que compõem a parte mais recente do bairro, foram criados em 2009 para atender

---

<sup>15</sup> <http://karaiba.com.br/>

ao Programa “Minha Casa, Minha Vida” voltado para reduzir o déficit habitacional, que atinge, sobretudo a população mais pobre. Moura (2008) destaca que os loteamentos Shoppink Park I e II, só receberão uma infraestrutura mais adequada com a instalação dos condomínios horizontais/loteamentos fechados e os equipamentos associados a ele, ou seja, após dez anos da sua constituição.

### 1.5.3. O Setor Leste

O Setor Leste destaca-se por sua extensão em termos territoriais, demográficos, por sua heterogeneidade e também porque juntamente com o setor sul, apresenta intensa expansão urbana e valorização favorecida por elementos naturais como a topografia plana e ausência de barreiras físicas além da presença de equipamentos que exercem poder de atração populacional, como: o aeroporto; o Anel Viário; Shoppings (o Center Shopping construído nos anos de 1990 e o Praça Shopping Uberlândia em vias de construção); Centro Administrativo Municipal; e os campus da UFU (Santa Mônica, Umuarama e Glória) e as empresas do grupo ABC, como a Algar e ACS Call Center (uma das maiores empresas de Contact Center da América Latina), que atuam nos setores agroalimentar, de telecomunicações, serviços e entretenimento.

Contudo, diferentemente do Setor Sul, como observado por Moura (2008), nesse setor predomina os bairros voltados para as classes médias e baixas, em meios aos quais há bairros/condomínios para atender à população dos estratos de renda mais altos

[...] é um setor de contenção de expansão urbana, formado essencialmente por bairros destinados aos grupos de renda média a baixa, loteamentos irregulares e clandestinos com grandes problemas de infra-estrutura urbana, principalmente relacionados com a drenagem de água pluvial, vias sem pavimentação, rede de água e esgoto precária, falta de serviços e equipamentos básicos (escolas, creches, postos de saúde, etc.), como no caso dos bairros Morumbi, Prosperidade, Joana D’arc, Sucupira, entre outros. Mas é um setor muito heterogêneo pois, em meio a esses bairros, encontram-se outros direcionados também para grupos de renda mais elevada, o que tem contribuído para que parte do setor seja (re)valorizado. (MOURA, 2008, 142).

Destaca-se ainda que é neste setor que se concentra a maior parte dos assentamentos (Dom Almir), loteamentos irregulares (Morumbi), loteamentos clandestinos (Prosperidade ou Jardim Prosperidade) e invasões (Joana D’Arc, São Francisco e Celebridade) realizados pela população que, em sua maioria, não possui condições financeiras para pagar aluguel e suprir as necessidades básicas e, por isso se sujeita a invadir áreas para ter um lote e a casa própria. Alguns mais antigos, remontam a década de 1980, quando de acordo com os dados

estatísticos da Secretaria de Ação Social Soares (1995, p.228) relatou a existência de oito núcleos de ocupação ilegal, com aproximadamente 300 famílias, em áreas públicas, às margens de córregos, estradas de rodagem e ferrovia. Sendo que na tentativa de resolver a situação a Prefeitura implementava programas habitacionais que eram “de alto cunho ideológico” e apresentavam “apenas soluções paliativas e imediatistas”, haja vista que, a questão habitacional era desvinculada do desenvolvimento urbano, sendo que os bairros com intervenções, com ou sem transferência de moradores continuavam “sendo denominado de “favela” pelos moradores circunvizinhos” (SOARES, 1988, p.125).

A situação recente, da década de 2010, não difere muito, pois continuam a surgir novas invasões na franja externa do tecido urbano, como no Joana D’Arc e Morumbi, no Setor Leste, na extremidade do bairro São Jorge, Setor Sul. No período de um ano -entre outubro de 2014 e 2015- as áreas invadidas passaram de 16 para 25<sup>16</sup>. São constantes os processos de reintegração de posse, em 2014 das 96 áreas invadidas, 45 delas foram reintegradas, já em 2015 até outubro, 14 áreas foram reintegradas, com isso como o coordenador da Comissão Pastoral da Terra, ligada à Igreja Católica, Frei Rodrigo Peret, confirmou ao Jornal Correio de Uberlândia, há, conseqüentemente a migração das famílias que acabam ocupando novas áreas. (MACHADO, 2015). Situação que demanda da sociedade (civil organizada, poderes públicos) ações para soluções de um velho problema habitacional.

Neste setor urbano, de acordo com estudo de Lima e Lima (2014) predominam os territórios com altíssima vulnerabilidade do lugar e da população. Segundo o estudo é altíssima a vulnerabilidade nos bairros/loteamentos: Integração, Dom Almir, Portal do Vale II, Grand Ville Uberlândia, bem como nas ocupações, enquanto que parte dos loteamentos Jardim Sucupira, Jardim Prosperidade, Grand Ville Uberlândia, e partes do bairro Morumbi a vulnerabilidade é alta. Com isso, a Vulnerabilidade Social nestes territórios é maior que nos

---

<sup>16</sup> As ocupações existentes em outubro de 2015 são: **Morumbi**: 20 famílias, ocupada desde 20 de outubro. **Jardim Vitória**: zona sul, próxima a invasão da Fazenda do Glória, 960 famílias, ocupada desde 28 de setembro. **Invasão do Glória** – “Bairro Elisson Prieto”: 2,3 mil famílias, ocupada desde 2012. **Maná**: bairro Morumbi, 1,1 famílias, ocupado desde 2012. **Irmã Dulce II**: Canaã, 608 famílias, ocupada desde 2011. **Irmã Dulce III**: bairro Morada Nova- 650 famílias, ocupada desde 2014. **Bom Jesus**: Morada Nova – próximo à Petrobras, 330 famílias, ocupada desde 2013. **Shopping Park**: Rua Marginal, ocupada desde 2013. **Mova**: bairro Morada Nova, 650 famílias, ocupada desde 2012. **Shopping Park**: Rua Ivete Cordeiro com Ibrantina Pena, 30 famílias, ocupada desde 2014. **Shopping Park**: Avenida Ministro Homero Santos com Rua Ivete Cordeiro, 15 famílias-, ocupada desde 2013. **Santa Clara**: bairro Morumbi, 850 famílias, ocupada desde 2012. **Solidão**: BR-050, 250 famílias, ocupada desde 2012. **Boa Vista I**: bairro Morada Nova, 200 famílias, ocupada desde 2011. **Douradinho**: bairro Morada Nova, 620 famílias. **Vitória**: Vila Marielza, 230 famílias, ocupado desde 2014. **Nossa Senhora Aparecida I**: MGC-455 - saída para Campo Florido, 350 famílias, ocupada desde 2012. **Nossa Senhora Aparecida II**: MGC-455 – saída para Campo Florido- 400 famílias, ocupada desde 2012. **Taiaman**: área verde próxima à rua das Guitarras, ocupada desde 2013. **BMG**: Área de recreação, rua Monteiro Lobato, ocupado desde 2013. **Celebridade**: bairro Celebridade – estrada do Pau Furado s/n. Ocupada desde 2013. **Anel Viário Sul**: km 50, 50 famílias. Fazenda Sobradinho: Distrito Industrial, 70 famílias. Fazenda Duas Estrelas e Fazenda Babilônia Bacuri. (MACHADO, 2015).

territórios, dos demais setores da cidade, a saber: Sul, Oeste, Norte e Central.

### **1.5.3.1. Dom Almir e Prof. Élisson Prieto: Dois momentos das ocupações irregulares**

Não é novidade afirmar que a existência dos déficits habitacionais (quantitativo e qualitativo) em Uberlândia é histórica e, que tal problema persiste apesar da atuação dos poderes públicos via construção de conjuntos habitacionais com financiamento de habitações, terrenos e materiais de construção. O surgimento das invasões, ocupações e assentamentos ao longo dos anos é uma manifestação clara deste problema persistente.

Os motivos que levam as ocupações são os mesmos, especialmente a busca pela saída do aluguel, tanto pelas pessoas já residentes na cidade, algumas de outras ocupações, como dos moradores que foram desapropriadas da área onde hoje está implantado o Cemitério Parque dos Buritis e também como dos imigrantes que, atraídos pelas propagandas oficiais e não oficiais, buscam por melhores condições de vida na cidade. No entanto, em meio a tais movimentos também há contradições, apesar da maioria realmente necessitar, há pessoas que aproveitam e fazem dessas ocupações um “negócio” lucrativo, haja vista que ocorre a comercialização de lotes e casas.

O atual bairro Dom Almir,

[...] é um assentamento urbano, que se organizou como bairro em 1991, a partir do Projeto de Desfavelamento e Urbanização de Favelas, elaborado pela Prefeitura Municipal. A Favela Dom Almir foi, então, urbanizada, dando origem ao bairro com o mesmo nome. A urbanização, bem como o assentamento das famílias faveladas na área do bairro foi fruto da pressão social exercida pela população local, onde representantes políticos simpatizantes pela causa e instituições não governamentais como a igreja, interviam juntamente com os moradores na busca dessa conquista (RAMIRES; SANTOS 2001, p.79)

Apesar já ter sido regularizado como bairro e ter recebido parte dos equipamentos urbanos essenciais, a área periférica onde o Dom Almir está localizado caracteriza-se por ter um conteúdo social de baixa renda, sendo comuns os problemas sociais de ordens diversas como falta de regularização da propriedade do lote e da casa<sup>17</sup>, a baixa quantidade e qualidade da infraestrutura e dos equipamentos públicos, o desemprego, criminalidade e violência; situação que se agrava em função de serem frequentes os surgimentos de novas invasões nas áreas do entorno do bairro.

A ocupação, pelo Movimento Sem-Teto do Brasil (MSTB), da área do campus Glória, denominado pelos moradores como Bairro Professor Élisson Prieto, teve início em Janeiro de

<sup>17</sup> Foi criada, em 2011, a Associação dos Bairros Irregulares de Uberlândia (ABIU) com o objetivo de conseguir a regularização fundiária.

2012 em uma área de 64 hectares, 2 ares e 46 centiares, cerca de 650 mil m<sup>2</sup>, divididos em 42 quadras e 2200 lotes. A ocupação teve apoio de movimentos sociais e também políticos influentes na cidade, que segundo os moradores incentivaram, inclusive a construção de residências de Alvenaria (MOREIRA, 2012).

A ocupação começou com cerca de 2.200 famílias, sendo que atualmente, em abril de 2015, já são cerca de 3.000 famílias e 15.000 moradores, dos quais parte é de moradores expulsos de outras ocupações urbanas em Uberlândia. Nessa ocupação, os moradores conviveram com o clima de tensão até junho de 2015<sup>18</sup>, haja vista o impasse jurídico entre os poderes públicos (municipal, estadual e federal) para a regularização e urbanização da área, que tem apresentado grande valorização, se em 2012 foi avaliada em 3 milhões sendo que em 2015 a Companhia de Habitação do Estado de Minas Gerais (Cohab) a avaliou em R\$ 45,4 milhões, e a Caixa Econômica em R\$ 65 milhões.

Por se tratar de uma área irregular são os próprios moradores que “organizaram/am” a área, inclusive nomeando as ruas com nomes de personalidades como Irmã Dorothy, Paulo Freire, Che Guevara, Olga Benário, etc., criaram associação de moradores do “bairro”, mas convivem com falta das redes de água, esgoto, coleta de lixo, energia, asfalto, para sobreviverem improvisam a partir de ligações clandestinas, os chamados gatos, ligações de água potável e energia, em relação ao lixo, os mais cuidadosos depositam em caçambas no limite do bairro, mas outros depositam em áreas vazias, formando verdadeiros montes mau cheirosos e local para procriação de insetos e animais peçonhentos. O mau cheiro também vem de parte esgoto, que corre a céu aberto, já que nem todos moradores têm a fossa séptica, e mesmo os que a possuem destina-a ao esgoto sanitário.

Quanto aos equipamentos urbanos de saúde, educação, lazer, etc. só existem espaços tomados pelo mato reservados a implantação dos mesmos. Destaca-se, no entanto, que as igrejas, nomeadamente as evangélicas já somam 15. Os moradores são atendidos nos bairros vizinhos, assim como as linhas de ônibus que servem a população do bairro, a linha 326 Santa Luzia - São Jorge e a linha 327 Santa Luzia - Seringueiras, que passam apenas no limite do bairro, no asfalto.

Apesar das condições precárias a grande maioria dos moradores diz sentir-se satisfeita e ter melhorado muito a situação de vida, especialmente por ter uma casa própria, em uma área que reconhecidamente possui uma localização estratégica e que, certamente continuará a

---

<sup>18</sup> O Conselho Universitário da Universidade Federal de Uberlândia (Consun/UFU), em reunião ocorrida no dia (26/06/2015), aprovou a alienação e a permuta da área com outras, cedidas pelo município para atividades acadêmicas da UFU, a Fazenda Capim Branco e a Fazenda Água Limpa.



se valorizar. Grosso modo, apesar das incertezas, têm grande esperança de que permanecerão no local, que inclusive tem previsão de que a Universidade Federal de Uberlândia (UFU) por meio de projetos de extensão promova a urbanização sustentável da área.

Cabe aqui destacar que apesar das condições precárias e de pobreza, visíveis nestes bairros, mas não somente nestes, já que em outros como São Francisco, Joana d'Arc, Zaire Rezende, Celebridade, Prosperidade, Esperança, Liberdade, etc., as condições são similares, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pelos dados Censo de 2010, em Uberlândia não há os denominados “aglomerados subnormais”, áreas conhecidas ao longo do país por diversos nomes, como favela, comunidade, grotão, vila, mocambo, entre outros, que surgem devido à forte especulação imobiliária e fundiária e ao espraiamento territorial do tecido urbano, à carência de infraestruturas e à periferização da população, como uma resposta à necessidade de moradia. (IBGE, 2010). Os aglomerados subnormais são definidos como

[...] o conjunto constituído por 51 ou mais unidades habitacionais caracterizadas por ausência de título de propriedade e pelo menos uma das características [seguintes]: irregularidade das vias de circulação e do tamanho e forma dos lotes e/ou carência de serviços públicos essenciais (como coleta de lixo, rede de esgoto, rede de água, energia elétrica e iluminação pública).

Logo, pressupõe-se que, em certa medida, há faltas intencionais ou não, no sentido de desconsiderar como aglomerados subnormais todas as áreas, cuja precariedade socioambiental é evidente.

#### **1.5.3.2. Santa Mônica e Umuarama: os bairros universitários do Setor Leste**

Os bairros Santa Mônica e Umuarama têm sua origem, desenvolvimento e dinamismo associado à criação dos Campus da UFU, que receberam o mesmo nome destes bairros. Para atender as demandas da Universidade foram instalados serviços e equipamentos públicos nestes bairros e em outros no entorno, como o Saraiva, o Cazeca e o Tibery (que ficam no entorno do Campus Santa Mônica), bem como do Custódio Pereira, Brasil e Marta Helena (próximos ao Campus Umuarama) que igualmente se desenvolveram (MOURA, 2003).

Os primeiros loteamentos denominados Santa Monica (A, B e C) datam da década de 1960, sendo que as primeiras casas surgiram próximas ao cruzamento da estrada de Ferro Mogiana, atual Avenida João Naves de Ávila, com o Córrego Jataí (atual Avenida Nicomedes Alves dos Santos). O adensamento deste bairro foi intensificado na década de 1970, favorecido pela consolidação do Campus da UFU. Duas décadas mais tarde, a instalação do

Center Shopping e Centro Administrativo, também contribuíram para a dinamização e valorização deste bairro.

O loteamento denominado Jardim Umuarama também data do final da década de 1960, sendo que este, segundo Soares (1988) o primeiro conjunto habitacional voltado para a classe média da cidade, caso apesar das residências apresentarem a divisão interna padronizada segundo a classe de tamanho - dois ou três dormitórios -, suas fachadas externas são diversificadas, assegurando a inexistência da uniformidade.

Este foi construído justamente na época de federalização da Universidade, período em que vários professores vieram de outros lugares do país e foram morar no bairro, que possuía 80 casas naquela oportunidade. Tendo em vista essa demanda, o valor da terra e das moradias elevou-se muito e sempre alcançando ótimos preços no mercado (SOARES, 1988, p.154).

Nas proximidades do Centro de Ciências Biomédicas da UFU, por meio de doação de terreno foram construído o principal Hospital público da região, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) e o Hospital do Câncer, construído e mantido principalmente com dinheiro doado pela população uberlandense e voluntários, que juntos formam um complexo sistema de saúde. Por estar localizado na parte mais alta da cidade no bairro Umuarama também estão instaladas as antenas das emissoras de televisão e rádios da cidade, (TV Integração afiliada da Rede Globo, TV Paranaíba afiliada da Rede Record e a TV Universitária afiliada da Rede Minas pertencente à Universidade Federal de Uberlândia).

Em ambos os bairros, desde suas origens muitas das moradias têm sido utilizadas pelos estudantes vindos de outras localidades, atendendo também às pessoas que trabalham nos equipamentos instalados na região.

#### **1.5.3.3. Alto Umuarama: o bairro dos condomínios de alta renda do Setor Leste**

O bairro Alto Umuarama tem sua consolidação a partir do final da década de 1990, especialmente com a expansão dos condomínios. Conforme já evidenciado por Moura (2008) este bairro comporta

[...] os condomínios horizontais/loteamentos fechados desse setor, como o Paradiso Ecológico (um dos mais luxuosos condomínios horizontais totalmente construídos e direcionados para os grupos de renda alta), o Residencial Girassol, o Residencial Green Park e o Terra Nova (ainda em fase de construção), direcionados para os grupos de renda média-alta. Esses artefatos urbanos representam os verdadeiros “redutos”, “fortalezas” entremeadas aos loteamentos abertos destinados aos grupos de baixo poder aquisitivo (MOURA, 2008, 144).

#### 1.5.4. O Setor Oeste

O Setor Oeste da cidade é o segundo maior em termos populacionais e também apresenta grande diversidade de tipologia de bairros, agrupados por Moura (2003) em quatro grupos: Conjuntos Habitacionais; Autoconstrução; Chácaras e Bairros Nobres. Essas tipologias de bairros retratam bem as alternativas habitacionais para as classes populares que predominaram em Uberlândia entre as décadas de 1970 e 1990.

Área que, no passado, era para ele [morador de rendas mais altas] motivo de repúdio e que hoje significa segurança e tranquilidade. Um dos grandes exemplos dessa prática pode ser visto no Setor Oeste a cidade [...] (MOURA, 2003, p.108).

A relativa proximidade ao Distrito Industrial, no Setor Norte, também consiste em um fator favorecedor da expansão do Setor Oeste, que apesar da diversidade tem grande proporção de moradores de classe média.

##### 1.5.4.1. Luizote de Freitas: um típico conjunto habitacional consolidado

O bairro Luizote de Freitas foi construído pelo Banco Nacional de Habitação (BNH) na década de 1970 para suprir o déficit habitacional, via Companhia Habitacional estadual – Cohab Minas- e a Prefeitura municipal, cuja construção duas etapas, a partir de 1979, com 4.032 casas assim distribuídas: Luizote I - 1.854 casas; Luizote II - 1ª fase - 1.848; 2ª fase - 330 casas. Posteriormente, no fim da década de 1990, em uma área vazia foi lançado o Luizote III como 160 casas do Programa de Arrendamento Residencial, em parceria com a Caixa Econômica Federal (CEF). Contudo diferentemente dos loteamentos anteriores, este era e ainda é desprovido de serviços e equipamentos urbanos.

Por ter sido construído, no limite da distância máxima do espaço edificado permitida pelo BNH, 7 Km, conforme destaca Soares (1988, p. 157) não foi solucionado o “problema” da moradia para as classes trabalhadoras, contudo produziu um novo espaço na cidade, em que as atividades do próprio bairro, nomeadamente na avenida José Fonseca e Silva, a principal do bairro, onde está seu subcentro, atendem as necessidades das pessoas deste bairro e de outros próximos. A época de sua concepção esta avenida era o

[...] espaço coletivo do bairro apresenta uma avenida larga, que corta o conjunto no sentido longitudinal, convergindo-se para ela as principais ruas do conjunto. Em sua parte mais central, transversalmente a essa avenida, encontram-se localizadas as áreas institucionais, congregando uma série de serviços e comércio, tais como: posto de saúde, escolas, igrejas, áreas de lazer, quadras de esporte, bares, farmácias, supermercados, dentre outras. (SOARES, 1988, P.159).

De acordo com a referida autora as casas que foram entregues seguindo um padrão arquitetônico uniforme, logo começaram a serem transformadas, sobretudo as localizadas nas áreas mais centrais, para abrigar outras atividades como lojas, lanchonetes, supermercados, etc., ou mesmo pela construção de novos cômodos, rompendo assim a uniformidade da paisagem do Conjunto Habitacional.

Portanto, conforme Moura (2003, p.140) o Luizote de Freitas é o bairro que retrata a imagem do trabalhador diante de sua conquista de ser proprietário de sua moradia, esse bairro, assim como os novos bairros criados em seu entorno concentra uma parcela significativa da classe trabalhadora assalariada.

#### **1.5.4.2. Planalto: um bairro com diferentes centralidades**

O Planalto também originou-se como conjunto habitacional para atender a demanda por habitações no contexto de um vertiginoso crescimento de Uberlândia. O Conjunto Residencial Pró-Morar, que depois veio a denominar-se Planalto foi construído no início dos anos 1980 pelo BNH, financiado pelo Sistema Brasileiro de Poupança e Empréstimo (SBPE). Conforme destaca Moura (2003) a ocupação do bairro ocorreu rapidamente em função dos valores mais acessíveis dos terrenos. Além disso, como muitos dos terrenos não eram financiados, mas foram adquiridos pela população de classe média, que buscava a tranquilidade e a possibilidade de emprego próximo ao local de residência, haja vista que o bairro dista cerca de 3Km do centro da cidade e a instalação de equipamentos e serviços no bairro e adjacências. No bairro está localizada a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), voltada para o atendimento de crianças deficientes, um dos principais cemitérios da cidade – o Cemitério Municipal Campo do Bom Pastor (que foi principal da cidade até março de 2014, quando foi inaugurado um novo cemitério na cidade, o Parque dos Buritis)<sup>19</sup>, a Vila Militar e o 36º Batalhão de Infantaria Motorizada de Uberlândia (36º BIMTz).

Não demorou muito para que nesse bairro se configurasse um importante subcentro, o qual abrange parte da Rua da Secretária até sua intersecção com Avenida Indaiá continuando nesta até o Cemitério Municipal Campo do Bom Pastor, conforme explica Souza (2009, p. 145)

---

<sup>19</sup> O novo cemitério fica na zona leste da cidade às margens da BR-050, próximo à Ceasa. Ele é o primeiro campo com crematório do interior de Minas Gerais sendo que empresa administradora, a Construtora Ouro Branco, também é responsável pela manutenção dos túmulos. <http://www.cemiterioparquedoburitis.com.br/>

A localização das atividades terciárias nestas vias tem uma relação com a circulação de veículos e, conseqüentemente, de pessoas. A Avenida Indaiá é um dos principais corredores de entrada do Planalto e via de circulação do transporte coletivo urbano. Já a Rua da Secretária foi também local de circulação dos ônibus urbanos que se dirigiam por esta rua para o Terminal Planalto.

O autor destaca também a concentração de atividades terciárias, nomeadamente os serviços voltados aos veículos, na Rua do Carpinteiro margeia a rodovia MG-497, que liga Uberlândia à cidade de Prata (MG).

#### **1.5.4.3. Jardim Canaã: um bairro de autoconstruções**

O Jardim Canaã surgiu para abrigar a população de baixo poder aquisitivo que buscava por uma opção de moradia a preços baixos e com a possibilidade de financiamento. Sua construção se insere no contexto relatado por Soares (1995) de abertura de loteamentos em áreas inadequadas, sem infraestrutura e construindo conjuntos habitacionais fora da malha urbana edificada, contribuindo para a manutenção do aumento da relação entre lotes edificados/lotes vagos, após o milagre brasileiro (anos 1985). Contexto de “contínuo crescimento dos bairros periféricos, de favelas e de conjuntos habitacionais. Estes últimos, formam um verdadeiro cinturão de *telhas vermelhas* na periferia topográfica da cidade” (SOARES, 1995 p. 218).

Em 1991 foram criados os primeiros loteamentos Jardim Canaã (I e II) pela Empreendimentos Imobiliários Canaã Ltda, sem a infraestrutura necessária para o bem-estar da população, pois mesmo os serviço da infraestrutura básica como distribuição de água, esgoto, luz e asfalto, não foram instalados na totalidade do loteamento. Segundo Moura (2003) inicialmente foram construídas 40 casas embriões (com apenas um quarto, sala, cozinha e banheiro, construídas em série e sem divisão entre elas) pela incorporadora, financiadas pela CEF para a população de até 3 salários mínimos (SM).

Contudo, a maior parte do bairro foi consolidada pela autoconstrução, ou seja, nos tempos livres, finais de semana, feriados, após o expediente, o trabalhador com a ajuda da família vai construindo a casa em etapas conforme as condições financeiras permitem, assim, o processo de autoconstrução é lento, se arrasta por décadas e mesmo muitas casas são deixadas sem o acabamento.

Além das condições infraestruturais incipientes, o bairro é historicamente carente de equipamentos públicos (de saúde, educação, segurança, lazer, etc.) e de atividades terciárias (comércio e serviços), obrigando os moradores recorrerem a outros bairros. Além disso, a

presença de espaços vazios também favorece a presença de problema como a criminalidade.

### **1.5.5. O Setor Central**

O Setor Central, localizado no centro geográfico também a parte mais antiga da cidade, contém a área central (constituída pela zona periférica do centro (ZPC) e pelo núcleo central (CBD) e possui significativa magnitude enquanto forma espacial. Sua estruturação foi influenciada pelas vias de circulação, nomeadamente a Estação da Ferrovia Mogiana, na década de 1890, onde hoje se localiza o Terminal Central (TC) do Sistema Integrado de Transporte (SIT). Naquela época, a expansão do tecido urbano foi para o sentido norte, a partir do Fundinho (núcleo original) até mediações de onde passavam os trilhos da ferrovia que hoje corresponde às Avenidas Monsenhor Eduardo e João Naves de Ávila, na franja externa, estavam as chamados vilas operárias, onde estavam as classes de menor poder aquisitivo, constituíam a periferia da cidade e com a expansão do tecido urbano, agora pertencem ao Setor Central, com uma dinâmica diferenciada, em grande medida, herdada de outrora.

Apesar da ocorrência da descentralização, iniciada entre as décadas de 1970 e 1980, em função da expansão da malha urbana, por meio da “explosão” das periferias, para as populações de baixa renda (COHABS) e alta renda (condomínios horizontais) apareceram os sinais da chamada “crise” da área central, contudo apesar das mudanças em seu conteúdo, os bairros do Central que constituem a área central, ainda permanecem com grande capacidade para aglutinar funções e comandar a organização da estrutura urbana.

De um lado, é comum as pessoas de classes mais baixas deslocarem dos bairros periféricos populares para ir ao centro, “ir à cidade”, em busca de mercadorias mais baratas vendidas nos camelódromos, Feira da Lua, ou nas lojas de departamento, que frequentemente realizam os “saldões”. De outro, em procura de mercadorias e atividades mais requintadas, as elites, que ocupam os condomínios também localizados na periferia, vão ao centro a encontro das *Griffs*, especializadas sobretudo no Fundinho. Há ainda um terceiro motivo que, igualmente impulsiona vários deslocamentos até a área central e independe da classe socioeconômica, qual seja, a busca de atividades e serviços especializados, a exemplo das atividades e serviços relacionados à saúde, localizados na ZPC. (ALVES, 2011, p.261).

#### **1.5.5.1. Centro: o “core” da cidade**

O bairro Centro é onde está núcleo central, caracterizado como o ponto de concentração máxima das atividades de comércio e serviços e, por conseguinte, de infraestruturas, apresentando, portanto altos valores imobiliários. Este bairro foi criado na década de 1930, segundo uma malha ortogonal em grelha, um tabuleiro em xadrez, a partir do núcleo original

em direção a ferrovia, em cinco avenidas paralelas (Afonso Pena, Floriano Peixoto, Cipriano Del Fávero, João Pinheiro e Cesário Alvim), na direção Norte/Sul, oito ruas transversais além de praças. (SOARES, 1995, p.104).

Diferentemente do núcleo primaz que ocupava as encostas dos cursos d'água, a partir de um desenvolvimento espontâneo, que resultava na presença de uma estrutura precária, por vezes, com casas improvisadas e ruas estreitas e tortuosas, o novo contexto instalado impunha a necessidade da realização de intervenções na organização urbana, a partir do estabelecimento de novos parâmetros infraestruturais e comportamentais.

No final dos anos 1940, a cidade já apresentava uma área central razoavelmente estruturada no perímetro entre as praças da Estação da Mogiana (atual Sérgio Pacheco) e Antônio Carlos (atual Clarimundo Carneiro), nas avenidas Afonso Pena, João Pinheiro e Floriano Peixoto, onde concentrava o comércio varejista e atacadista, os serviços e lazer; portanto, consistia o local de trabalho, negociações e lazer, circundado por uma periferia em processo de expansão.

#### **1.5.5.2. Martins e Brasil: de Vilas Operárias a Setores de assimilação ativa da ZPC**

O Martins, outrora Vila Martins, foi a primeira expansão da cidade para além do patrimônio de Nossa Senhora do Carmo. Sua origem remonta à década de 1925 sendo que as primeiras construções situavam entre as atuais ruas Arlindo Teixeira e Rodrigues da Cunha sentido leste-oeste e sentido norte, até a Avenida Belo Horizonte, que naquela época era estrada rodoviária (ARANTES, 1967).

Devido à atração de migrantes em busca de empregos, o crescimento urbano foi intensificado. Observa-se a consolidação de uma periferia destinada às classes menos favorecidas e, por vezes, carente de infraestruturas e incipiente concentração de atividades de comércio e serviços, insuficiente para atender até as necessidades cotidianas. De acordo com Moura (2003, p.64) o espaço produzido era fragmentado e estratificado, com áreas densamente povoadas, entremeadas por vazios urbanos. O bairro Brasil, no passado Vila Operária, surge nesse contexto de crescimento urbano sem um planejamento adequado e com problemas infraestruturais na década de 1930.

Nas Vilas no entorno da Mogiana se instalaram as máquinas de beneficiar arroz, postos rodoviários, os barracões usados para depósito e comércio de cereais que circulavam pela ferrovia. Eram estes armazéns que propiciavam uma movimentação de mercadorias e trabalhadores. Além de fábricas, como uma Metalúrgica na Rua Alexandre Marquez na altura do Uberlândia Tênis Clube (UTC), uma fábrica de tecidos no atual bairro Brasil, uma fábrica

de cola no bairro Cazeca, onde também havia um cortume e nos depósitos da Shell, Atlantic, Texaco e Esso nas margens da ferrovia<sup>20</sup>, o conjunto de pavilhões da Exposição Agropecuária no Bairro Martins, dentre outras construções que foram demolidas. (LOPES, 2010, p.97).

Esses bairros permaneceram por alguns anos sem se beneficiarem de melhorias, com sua população convivendo com a falta de infraestrutura urbana, com poeira na época da seca; lamaçais no tempo das chuvas; mau cheiro pelo falta de esgoto e coleta de lixo e até de placas com o nome das ruas num o traçado urbano não obedecia a critérios técnicos, assim como a arquitetura de suas habitações. Certamente, um marco para a transformação de tais “vilas” foi a década de 1970, quando além da saída das indústrias, para o Distrito Industrial, ocorreu a inauguração da nova estação ferroviária localizada no Bairro Custódio Pereira, em 1972, colocando fim ao seccionamento da cidade em duas porções distintas (SOARES, 1995).

Atualmente, nessa área que outrora foram as vilas operárias, está configurada a zona periférica do centro, a norte do núcleo central em uma faixa mais ou menos contínua sentido leste-oeste, entre a Rua Padre Pio, no Bairro Osvaldo Resende, e a Rua Pernambuco, no Bairro Brasil, que contém uma área mista em parte do Bairro Martins, entre o UTC e Avenida Raulino Cota Pacheco, sentido leste-oeste, e entre as avenidas Alexandre Marquez e Getúlio Vargas, sentido norte-sul, onde há uma intensa dinâmica relacionada aos serviços voltados para a saúde (como clínicas, consultórios, academias) combinadas com a presença de outras atividades (como escritórios, salões e outras), além do uso residencial, cuja área é particularizada por suas atividades (ALVES, 2011).

Em função da consolidação de áreas especializadas, destaca-se que na atualidade os bairros Martins e Brasil apresentam uma dinâmica e um poder de centralização significativa, destacando assim pela atividade que mantêm.

#### **1.5.5.3. Fundinho: de núcleo de habitação a centro histórico e cultural**

O Fundinho é o bairro mais antigo de Uberlândia, corresponde ao local em que a cidade foi fundada há cerca de 150 anos com glebas se estendendo ao longo dos ribeirões São Pedro e Cajubá. A ocupação se constituiu inicialmente em torno da antiga a capela

---

<sup>20</sup> O depósito da Shell ficava bem próximo ao antigo Pátio da Estação da Mogiana, entre a Rua dos Pereiras e a Miraporanga (atual Roosevelt de Oliveira). Saindo da estação no sentido da cidade de Araguari, ficava do lado direito da linha, encostado ao barracão onde funcionou o atacadista Boca Quente e atualmente, este barracão encontra-se fechado. [...]. O depósito da Atlantic ficava no quarteirão entre as ruas Buriti Alegre e a Goiatuba (atual Ivaldo Alves do Nascimento), da Texaco entre esta e a Morrinhos (atual Jerônimo Martins do Nascimento), e o depósito da Esso nos quarteirões da rua Vitória (atual Antônio Crescêncio), Salvador, Natal e Belém entre as avenidas Monsenhor Eduardo e Distrito Industrial (atual Professor José Inácio de Souza) . (LOPES, 2010, p.156).



denominada Igreja Matriz de N. Sra. do Carmo, a qual entre 1928 e 1931, foi demolida e deu lugar à construção da Igreja Nossa Senhora do Rosário,

Sua implantação obedece aos princípios de ordenamento vernaculares reconhecidos em muitos outros arraiais da região em que a capela, construída na meia encosta de uma colina, ocupa o centro de um espaço — o antigo adro, rodeado por casas que delimitam um quadrilátero regular. Seguindo ainda o traçado vernacular, do Largo da Matriz partiam as demais ruas que o ligavam aos outros espaços importantes: o Largo da Capela de N. Sra. do Rosário, o Largo do Comércio, o Largo das Cavalhadas e o Cemitério. Por muitos anos, essa área concentrou as principais atividades comerciais e de serviços do povoado e o núcleo original permaneceu praticamente estável até o final do século XIX. (ATTUX et al., 2008, p.103).

Suas primeiras ruas eram estreitas e tortuosas, contudo a partir da expansão do núcleo urbano, segundo plano cidade datado de 1908, cuja efetiva ocupação ocorreu entre os anos de 1940 e 1950, até a estação ferroviária, instalada em 1895, ao norte segundo um novo traçado urbano a partir da Praça Clarimundo Carneiro com avenidas e ruas largas, extensas arborizadas, num traçado xadrez, o qual correspondia à cidade nova. (LOPES, 2002), ocorreu também uma renovação urbana, com ruas mais longas e arborizadas, além dos quarteirões regulares, a altimetria nessa área também foi alterada, onde anteriormente predominavam edificações térreas com porão, nas décadas seguintes, em virtude do novo plano urbanístico, (PMU/IPAC Nº 1/ 2013). Nas décadas do século XX, sua arquitetura passou a sofrer a influência do neoclássico e, sobretudo, do ecletismo, substituindo os partidos e as técnicas tradicionais que empregavam madeira e barro (ATTUX et al., 2008).

Com o desenvolvimento urbano, o núcleo de habitação, denominado Fundinho passou a ser antes de tudo centro histórico e cultural, pelo seu valor simbólico e pela quantidade de prédios tombados do Município, prédios históricos como a Casa da Cultura, Oficina Cultural, Museu Municipal, Coreto, antiquários, galerias de arte, ateliês, brechós. Nos últimos, principalmente em sua parte alta, mais valorizada, onde o processo de verticalização ocorreu com maior intensidade e estão importantes edificações de valor histórico, além de atividades comerciais voltadas para um público específico o bairro passou por acelerado processo de transformação e descaracterização por buscar o novo/moderno. A parte baixa, também não ficou imune às transformações, porém estas ocorreram de forma mais amena, visto que essa parte foi originalmente ocupada pela população de classes de menor poder aquisitivo e que, portanto, aí permaneceu por mais tempo sem realizar alterações nas edificações, por “falta” de dinheiro ou talvez por laços afetivos. Sobre a dinâmica recente do Bairro Fundinho, Attux (2001) faz a seguinte afirmação:

Desde a década de 1990, o bairro vem sofrendo um processo de requalificação de seus imóveis, pois várias residências estão sendo reformadas, ganhando um estilo “fashion”, voltadas para uma população de maior poder aquisitivo, tais como lojas de objetos de arte, decoração, antiguidades, boutiques finas, escritórios de arquitetura, galerias de arte, dentre outros (ATTUX, 2001, p. 138).

### 1.6. Distribuição espacial dos questionários na área de estudo

Após a escolha dos bairros para estudo, em conformidade com os critérios pré-estabelecidos (quadro 4), determinação das técnicas e tamanho da amostragem chegou-se a distribuição espacial das unidades residenciais dos inqueridos, conforme o mapa 2.

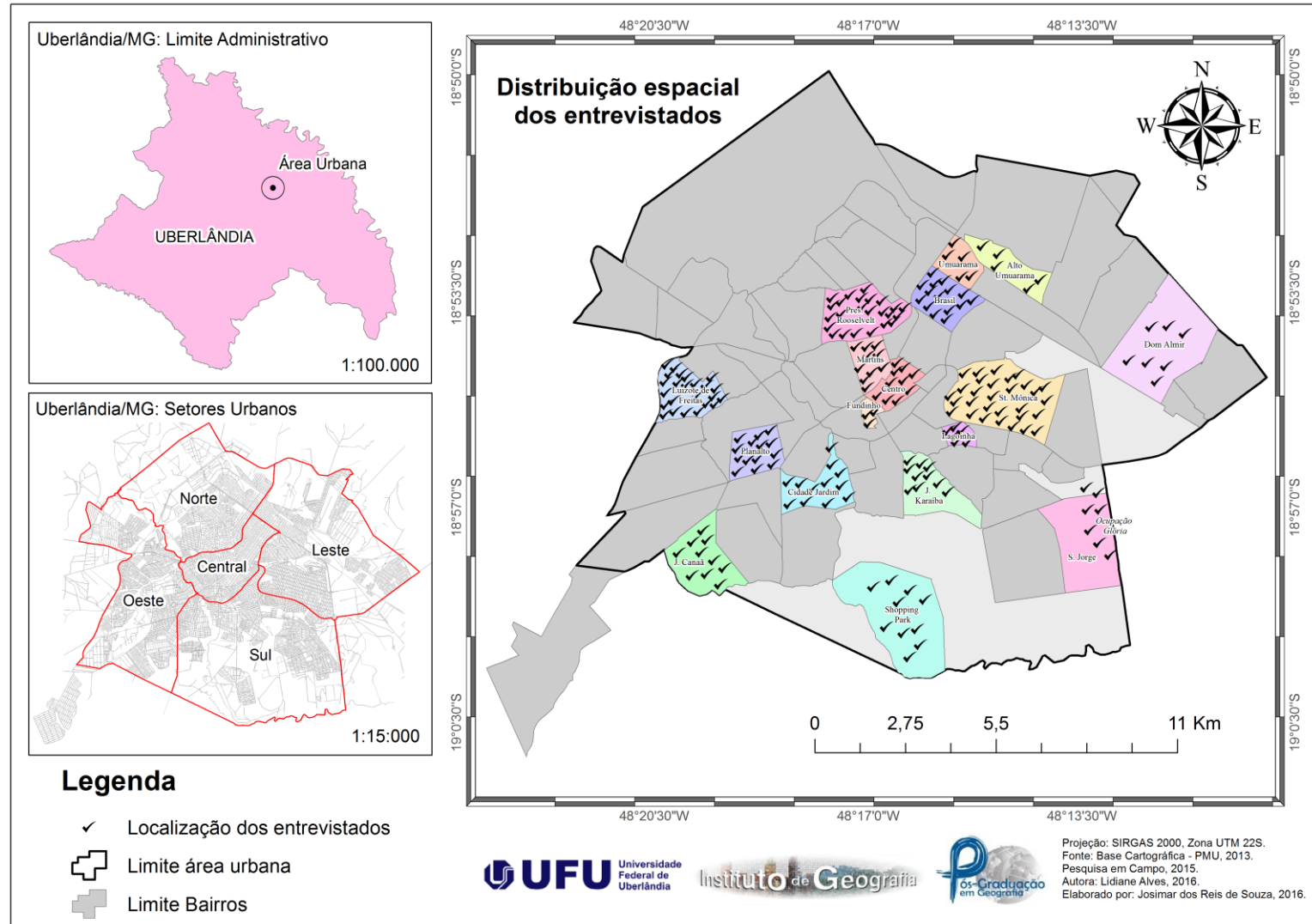
Observa-se que a distribuição espacial dos questionários aplicados nas habitações no âmbito dos bairros, apesar de aleatória, de certa forma, também obedeceu a critérios pré-definidos, que cobrisse a totalidade do bairro e abarcasse a diversidade que caracteriza cada bairro e, por conseguinte a totalidade do espaço intraurbano.

**Quadro 4 - Critérios para a distribuição espacial dos questionários.**

Bairros	Quant. Quest.	Critérios de distribuição
Presidente Roosevelt	24	Subcentro/epicentro, limites do bairro, áreas intermediárias entre limite e epicentro.
Jardim Karaíba	10	Áreas limítrofes, centro e intermediárias no bairro, áreas mais e menos valorizadas.
Shopping Park	10	Áreas limítrofes, centro e intermediárias no bairro.
Lagoinha	6	Áreas urbanizadas e não urbanizadas.
Cidade Jardim	12	Áreas limítrofes, centro e intermediárias no bairro, áreas mais e menos valorizadas.
Santa Mônica	30	Núcleo inicial, subcentro, limites do bairro, epicentro geográfico, verticalização
Dom Almir	7	Áreas limítrofes, centro e intermediárias no bairro.
P. Élisson Prieto	7	Áreas limítrofes, centro e intermediárias no bairro, áreas mais e menos valorizadas.
Alto Umuarama	5	Diferentes pontos do bairro
Umuarama	5	Diferentes pontos do bairro
Luizote de Freitas	24	Subcentro, limites do bairro, proximidade à equipamentos como centro esportivo e lagoa, epicentro do bairro e núcleo de origem, áreas intermediárias.
Planalto	14	Subcentro/epicentro, limites do bairro, áreas intermediárias entre limite e epicentro.
Jardim Canaã	10	Áreas limítrofes, centro e intermediárias no bairro.
Centro	10	Verticalização, Área residencial típica, núcleo central, limites.
Martins	10	Verticalização, áreas mais valorizadas, áreas menos valorizadas, limites e centro do bairro.
Brasil	15	Centro do bairro, próximo aos eixos comerciais, limites do bairro.
Fundinho	3	Diferentes pontos do bairro

Org: Alves (2015).

**Mapa 2 - Distribuição espacial dos entrevistados nos bairros selecionados para a aplicação dos questionários.**



## **1.7. Tratamento e análise dos dados**

As informações e dados a serem tratados e analisados são de fontes secundária e primária e, também de tipologias quantitativa e qualitativa. Os dados primários utilizados são os adquiridos por meio da aplicação de questionário, já os secundários são os que estão disponíveis em bases de dados, como as dos censos demográficos do IBGE, secretarias e órgãos da Prefeitura Municipal e órgãos públicos, em tabelas, bases cartográficas e em imagens fornecidas por satélites. Sendo que, para contemplar a especificidade da tipologia dos dados, foram empregados diferentes procedimentos para a sistematização dos mesmos.

### **1.7.1. Quantitativos**

Para produção dos mapas utilizou-se os dados do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010) divulgados por setor censitário, que é a menor unidade territorial dentro dos bairros, “formada por área contínua, integralmente contida em área urbana ou rural, com dimensão adequada à operação de pesquisas e cujo conjunto esgota a totalidade do Território Nacional, o que permite assegurar a plena cobertura do País”. E informações sobre a localização dos principais equipamentos urbanos como os de educação, saúde, lazer e segurança.

Após separar os dados referentes aos indicadores para os setores censitários da cidade de Uberlândia segundo o censo de 2010, utilizando o software Microsoft Office Excel, estas foram exportadas para os softwares SPSS e ArcGis. No ArcGis foi realizado o georreferenciamento dos dados e a sua espacialização.

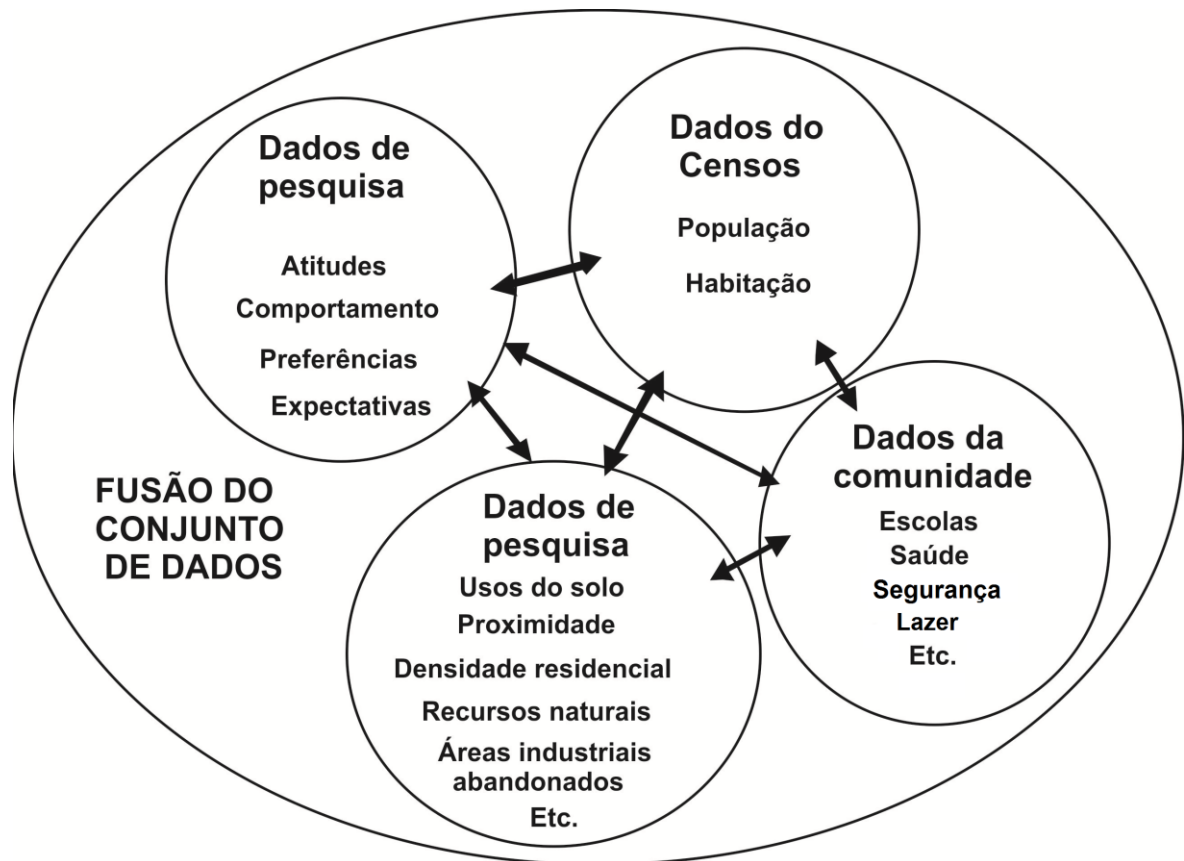
Os dados dos questionários foram digitados em planilha excel, posteriormente exportada para o software SPSS - Statistical Package for the Social Sciences, produzido pela IBM. O SPSS é um software científico de análise estatística que permite a transformação de dados em informações. Ele tem uso comum no âmbito das ciências humanas e sociais, como pela psicologia e medicina e permite a realização de vários tipos de análises detalhadas, como: análises de correlação, regressão, fatorial, além de possibilitar a realização da estatística descritiva, por exemplo, conhecer a frequência, cruzar dados etc.

O ArcGis 10.1 é um conjunto de ferramentas de geoprocessamento desenvolvido pela empresa Environmental Systems Research Institute (ESRI), com o objetivo de efetuar análises em ambientes de Sistema de Informação Geográfica (SIG). A partir do ArcGis é possível a integração de dados a uma base cartográfica, de modo a visualizá-los em mapas. (ROSA; BRITO, 1996).

Portanto, utilizando instrumentos de SIG é possível a espacialização dos resultados, de

modo a viabilizar que sejam utilizados por gestores públicos, bem como para que seja viável o intercruzamento de distintos resultados para análises integradas, figura 1. É possível conhecer espacialmente a qualidade de vida, como um todo assim como considerando os diferentes componentes.

**Figura 1** - Usando geoprocessamento para integrar os dados.



**Fonte:** Marans (2002) apud Marans; Stimson (2011). Adaptado por Alves (2015).

### 1.7.2. Qualitativos

Para análise do conteúdo das repostas das perguntas abertas do questionário, realizou-se uma leitura mais profunda e multifacetada, de modo a compreender o pensamento do sujeito, ir além da leitura simples do real e entender a motivação, o contexto social, psicológico, etc. Além de buscar nas respostas a confirmação ou não das hipóteses que norteiam a pesquisa.

Logo, adotou-se a análise de conteúdo definida por Bardin (2011) como sendo

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 48) .

A análise de conteúdo é um método empírico versátil em relação às suas formas e campo de aplicação, de modo que não existe o “pronto-a-vestir”, mas somente algumas regras de base. A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos tem que ser reinventada a cada momento, exceto para usos simples e generalizados, como é o caso do escrutínio próximo da decodificação e de respostas a perguntas abertas de questionários cujo conteúdo é avaliado rapidamente por temas. (BARDIN, 2011).

Conforme explica a autora, análise de conteúdo constitui-se de três fases, específicas, a saber: 1) Pré-análise, constituída da leitura flutuante e da escolha dos documentos; 2) Análise do material; 3) Tratamento dos resultados. Sendo que os métodos e as técnicas, que caracterizam sua realização, são respectivamente: a organização da análise; a codificação de resultados; as categorizações; as inferências; e, por fim, a informatização da análise das comunicações.

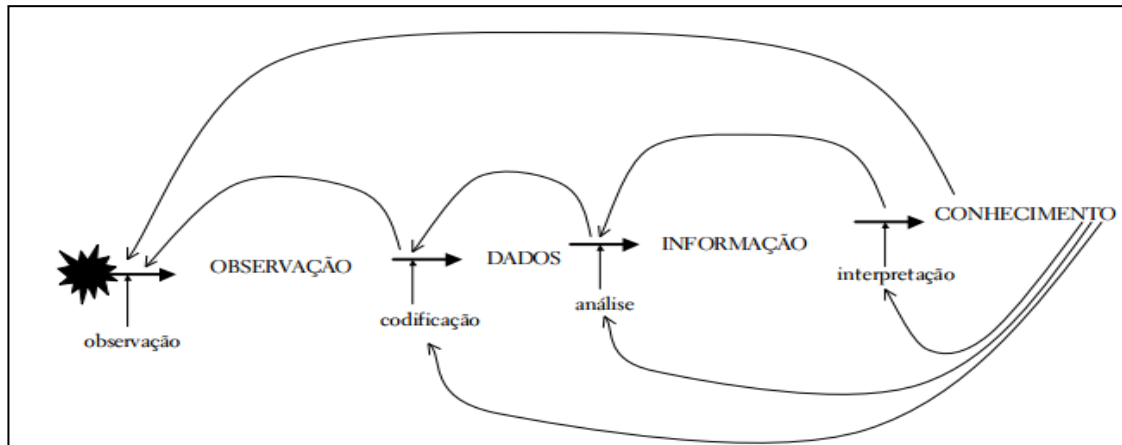
Por sua ampla utilização nas pesquisas dentre as técnicas da análise de conteúdo, escolheu-se a análise por categorias, ou análise categorial, a qual “funciona por operações de desmembramento do conteúdo em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos”. “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o gênero com os critérios previamente definidos” (BARDIN, 2011).

Enfatiza-se que esta técnica foi utilizada, nomeadamente para analisar a definição de qualidade de vida segundo os entrevistados.

## **1.8. Delineamento da Pesquisa**

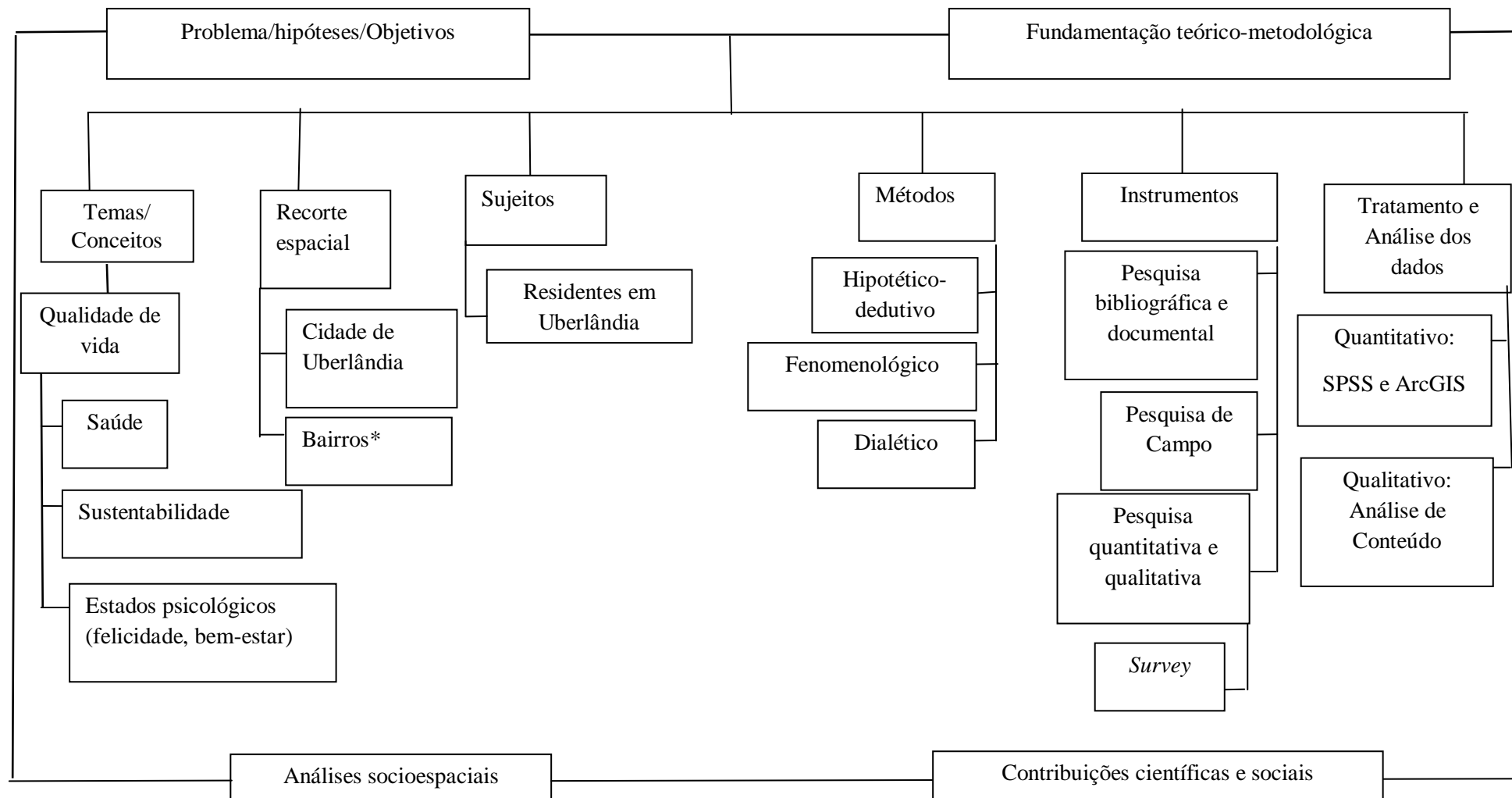
As pesquisas e a produção de conhecimento científico demandam de várias etapas, que vão desde o planejamento, a observação, a coleta de dados, a sistematização das informações, análise, interpretação e redação (figura 2), sendo que em cada uma destas etapas existem vários processos de pesquisa, que ocorrem concomitantemente ou não. Processo denominado por Almeida Filho (2003) de “cadeia produtiva do conhecimento”.

**Figura 2** - Cadeia produtiva do conhecimento.



**Fonte:** Almeida Filho (2003).

Os procedimentos da cadeia do conhecimento empregados nesta tese encontram-se sintetizados na figura 3.

**Figura 3** - Síntese do Delineamento da Pesquisa.

\* Em sua maioria os bairros considerados consistem em Bairros Integrados, com exceção das ocupações que foram consideradas. **Org.** Alves (2015).



## 2. CONSTRUÇÃO DE CIDADES SAUDÁVEIS E QUALIDADE DE VIDA LIÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE UMA UTOPIA A SER ALCANÇADA

*Territórios sustentáveis são a configuração do Cotidiano da História após a sua apropriação crítica pelos sujeitos a partir da ecologia de saberes e por meio de uma pedagogia da autonomia, resultando em governança local solidária, produção sustentável e políticas efetivas de cidadania. (GALLO et al, 2012)<sup>21</sup>*

Surgido na América do Norte (Toronto/Canadá) e difundido em um primeiro momento na Europa e posteriormente nos Estados Unidos da América (EUA), nos dias atuais o Movimento Cidades Saudáveis é global, com redes estabelecidas nas seis regiões da *World Health Organization* (WHO)/Organização mundial da saúde (OMS) e coordenação exercida pelo Gabinete Regional da WHO para a Europa<sup>22</sup>. Os pressupostos do movimento têm sido adaptados às diferentes situações pelos governos dispostos a construir/integrar uma Rede de Cidades Saudáveis e, desta forma difundir o princípio da “Saúde para Todos” ao colocar a saúde local no centro da agenda política, econômica e social melhorando-a por meio de modificações dos ambientes físico, social e econômico. A definição fundamental de cidades saudáveis, elaborada por Hancock e Duhl (1986), figuras chave para a configuração do movimento, portanto é, “[...] aquela que está continuamente a criar e melhorar os ambientes físicos e sociais e fortalecer os recursos da comunidade que permitem que às pessoas apoiarem-se mutuamente na realização de todas as funções da vida e alcançar o seu potencial máximo” (HANCOCK; DUHL, 1986, apud HANCOCK, 1993, p.7. Tradução Nossa).

Como requisitos gerais para o estabelecimento de uma cidade saudável, Duhl (1986) delinea que a cidade ofereça respostas adequadas e eficazes para as necessidades de desenvolvimento das organizações e do povo; que a cidade tenha a capacidade de modificar-se para atender às exigências emergentes; que capacite seus habitantes a usá-la em favor do bem-estar, o que remete a educação dos seus cidadãos.

Este Movimento, que agrega profissionais de todo o mundo empenhados na busca de um entendimento comum em torno da saúde pública, da qualidade de vida e do desenvolvimento sustentável, também é fundamentado pelos pressupostos de uma

<sup>21</sup> In: Ciência & Saúde Coletiva, 17(6):1457-1468, 2012.

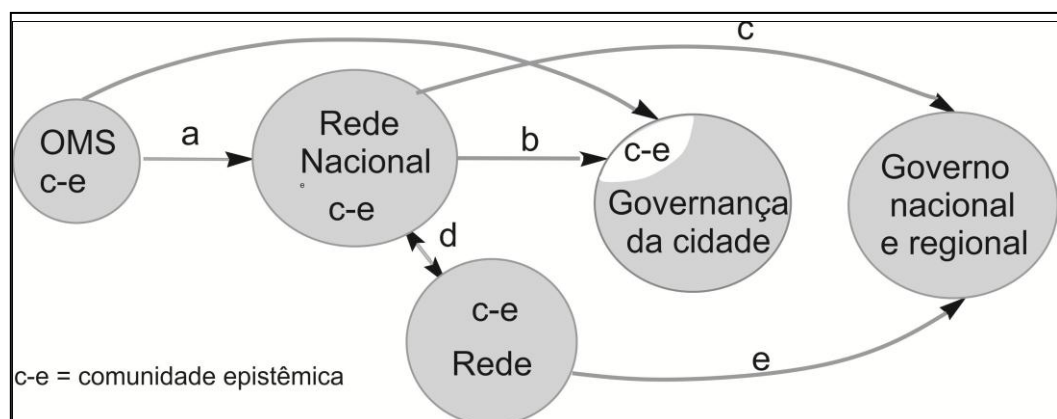
<sup>22</sup> Mais informações sobre a Rede Europeia de Cidades Saudáveis da WHO, podem ser obtidas no sitio da rede: disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network>>.

comunidade epistêmica, transnacional, que para Haas (1992) apud Heritage e Green (2012, p.154) tem como características: 1) basear em princípios normativos, 2) compartilhar princípios causais sobre os problemas e suas soluções, e 3) as noções comuns de validade de evidência, e 4) política comum para mudar a prática, com a preocupação de que bem-estar humano será reforçado.

Conforme salientam Kickbusch (2003) apud Heritage e Green (2012, p.154) a configuração em rede das Cidades Saudáveis, inicialmente como rede de compromisso de difusão do conhecimento, mostra-se bastante eficaz e inovadora, uma vez esta forma de organização possibilita que as demandas sejam respondidas de forma mais rápida, a descentralização dos processos, a colaboração, a articulação social, etc. Os princípios da WHO orientam as redes de nível nacional que, por sua vez devem apoiar as de nível local, de modo a fortalecerem-se e criarem redes regionais, nacionais e mesmo internacionais.

O modelo para a difusão dos princípios de cidade saudável (figura 4), baseados na comunidade epistêmica, elaborado por Heritage e Green (2012, p.157), permite visualizar as relações estabelecidas pela WHO, enquanto agente catalisador e facilitador do processo de definição da agenda, conscientização e estabelecimento de modelos de boas práticas nas redes nacionais (caminho a), das redes nacionais, enquanto agentes epistêmicos, nas prefeituras, que são incentivadas a adotar e manter uma abordagem cidades saudáveis (caminho b), e nos governos regionais e nacionais a partir dos objetivos e políticas (caminho c), que também estabelecem redes (caminhos d/e).

**Figura 4 -** Modelo de difusão epistêmica dos princípios de Cidades Saudáveis.



Fonte: Heritage e Green (2012). Adaptado por Alves (2015).

Com base nos requisitos da Carta de Ottawa<sup>23</sup>, a Rede Europeia de Cidades Saudáveis foi lançada e reafirmada em Zagreb nos anos de 1988 e 2009, respectivamente, tendo como base algumas questões chave para a saúde urbana como as mudanças social e ambiental, a desigualdade, a urbanização, a globalização, a Declaração do Rio, entre outras. A rede internacional inicialmente contava oficialmente com 11 cidades, porém, nos primeiros 5 anos do projeto, já eram 35, sendo que dentre as primeiras cidades do hemisfério Sul selecionadas a participar da rede estavam Accra, Joanesburgo e São Paulo. Segundo Heritage e Green (2012, p.154) já no primeiro ano após o lançamento do projeto as redes nacionais já tinham ligadas 200 cidades em seis países. Sobre as redes nacionais Sotelo e Rocabalo (1994) destacam que em meados de 1990 existiam 17 redes nacionais de cidades saudáveis e uma rede internacional de língua francesa, sendo que havia 7 redes subnacionais na França; na Espanha 2; nos Estados Unidos 2, na Califórnia 1, na Índia 1 e no Canadá a rede de Quebec com 70 municípios, denominados *Villes et villages en santé*, que abarcaram 40% da população total dessa província.

Segundo Buss (2000) com base nos escritos da Organização Panamericana de Saúde (Opas), que integra a WHO, pela Declaração de Santa Fé e pela Carta de Promoção da Saúde no Caribe, referendadas pela maioria dos países latino-americanos, o Movimento Cidades Saudáveis chegou à América Latina na década de 1990, com nome de Municípios e Comunidades Saudáveis alcançando mais de 500 municípios em quase todos os países da região. Contudo, com programas diversificados, desde aqueles unisetoriais voltados a promoção de comportamentos individuais saudáveis, até propostas mais abrangentes reunindo poder público e sociedade em atividades que alcançam diversas dimensões e setores políticos, econômicos e sociais.

No entanto, o enfoque estratégico adotado pela Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde (OMS/OPAS), foi nos determinantes da saúde mais do que as consequências em termos da doença, para orientar as ações para a melhoria das condições de vida, bem como fortalecer parcerias com vistas à promoção da saúde. O foco

---

<sup>23</sup> Paz; posse de uma habitação que atenda à necessidade básica de abrigo, adequada em termos de dimensões por habitante, condições de conforto térmico e outras; acesso a um sistema educacional eficiente, em condições que favoreçam a democratização da informação e formação dos cidadãos; disponibilidade de alimentos em quantidade suficiente para o atendimento das necessidades biológicas; promoção do crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes e reposição da força de trabalho; renda suficiente para o atendimento às necessidades básicas e pré-requisitos anteriores; recursos renováveis garantidos por uma política agrária e industrial voltada para as necessidades da população e o mercado interno – não somente para exportação e importação – e ecossistema preservado e manejado de forma sustentável. Estes pré-requisitos precisam ser garantidos por políticas educacionais, agrícolas, ambientais, de transporte urbano voltadas para o objetivo amplo de saúde, qualidade de vida e desenvolvimento humano orientado por valores democráticos de justiça e equidade (OPAS, 1996; WESTPHAL, 2000).

era o bem-estar, a promoção da saúde e a prevenção de doenças e dos riscos para a saúde, incluindo a violência e acidentes com veículos automotores e as causas de doenças, compreendendo a pobreza (DAVIES; KELLY, 1993 apud KENZER, 2000, p.280), bem como provisão de serviços básicos como água e saneamento.

No Brasil as iniciativas em curso são limitadas, sem organização nacional e sem a tutela de instâncias politicamente relevantes, estas ocorrem em microrregiões específicas a partir de parcerias das prefeituras com universidades. São exemplos as iniciativas, concentradas, sobretudo no estado de São Paulo como o Movimento por Cidades e Municípios Saudáveis; a iniciativa Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil criada em Pernambuco; a experiência de Fortaleza e o caso das comunidades saudáveis do Rio de Janeiro (BUSS; CARVALHO, 2009).

Mendes (1996) foi um dos primeiros autores brasileiros a abordar a questão das Cidades Saudáveis, considerando-a como “projeto estruturante do campo da saúde”. Além disso, a disseminação do ideário de cidades saudáveis iniciou-se nas escolas de saúde pública na década de 1980, fortalecendo no setor de saúde com a criação Sistema Único de Saúde-SUS nos anos 1990, que têm seus pressupostos convergentes com os das Cidades Saudáveis, sendo que em outras áreas ações no sentido desta inter-relação da saúde com outras áreas a educação, a habilitação, o saneamento, o transporte e o lazer, são mais recentes, dos anos 2010, de modo que ainda tem muito a avançar.

O Movimento Cidades Saudáveis tem abrangência em todas as regiões da WHO<sup>24</sup> e mantém-se em expansão, porém esta ainda é mais forte e, portanto mais concentrada, predominantemente na Europa e na América do Norte, de onde o Movimento é procedente. Na África e Sudeste da Ásia o Cidades Saudáveis é mais fraco e progride mais lentamente, dentre outros fatores por falta de redes de educação formal, de recursos, de priorização de questões como as relacionadas ao meio ambiente. Em 2014 a rede europeia de cidades saudáveis conta com mais de 100 cidades e vilas de 30 países, organizados em redes nacionais, regionais, metropolitanas e temáticas, comprometidas com a saúde e com o desenvolvimento sustentável (WHO, 2104). Estas redes são maduras e organizadas a partir de critérios comuns e de um processo de estreita colaboração (HERITAGE; GREEN, 2012, p.156).

O conceito foi apoiado pela WHO e embasa-se nos princípios de Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Saúde para Todos e saúde mais do que a ausência de doença,

---

<sup>24</sup> Mais informações no sitio da WHO: <[http://www.who.int/healthy\\_settings/types/cities/en/](http://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/)>.

enfatizando a interação entre as características físicas, dimensões mental e social; incorporando recentemente, as “estratégias e metas de saúde para o século XXI”, da Agenda 21 Local, ou seja, a potencialidade das ações no nível local para resolver problemas de saúde urbana em países industrializados e em desenvolvimento e da Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (WHO, 1997; MYFANWY, 2010).

Conforme sistematizado por Ferreira e Buss (2001, p.3), demonstrado pelo quadro 5, há uma sequência de eventos que evidencia a inter-relação entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis, considerando a qualidade de vida como objetivo, com destaque para “a participação e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde e a uma melhor qualidade de vida, com ênfase em ambientes saudáveis e equidade”.

**Quadro 5** - Eventos que evidenciam a inter-relação entre saúde, qualidade de vida e cidades saudáveis.

<b>ALMA-ATA</b>	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>CIDADE SAUDÁVEL</b>
1973-1978	1974-1986	1984
Outros setores	Capacidade de comunicar-se para melhorar a qualidade de vida	Comunidade participa dos planos para melhorar o ambiente e a qualidade de vida
Promoção/qualidade		
Participação/planos	Participação decisória	Amplia a participação
Atenção Primária	Políticas saudáveis	Empoderamento
Educação	Abordagem setorial	Compromisso público local
Alimentação		Políticas saudáveis
Saneamento		Ênfase em equidade
Materno-infantil	Ambientes favoráveis	Atenção determinante
Imunizações		
Prevenção de endemias	Habilidades pessoais	Macrofunção social
Doenças/traumatismos	Reconversão do sistema de saúde	
Medicamentos	Ênfase na equidade	Trabalho e renda
Tecnologia adequada	Atenção determinante	
Ação comunitária	Extensão da promoção	Infraestrutura
Autodeterminação	Prevenção, tratamento e reabilitação	Desenvolvimento social
Auto-responsabilidade		Saúde e nutrição
EMPODERAMENTO		SUSTENTABILIDADE SOCIAL

**Fonte:** Ferreira e Buss (2001).

Deste modo, um compromisso com a saúde, um processo e estrutura para alcançá-lo, bem como a melhoria contínua dos ambientes e dos recursos físicos e sociais, definem uma cidade saudável. E, não o estado de saúde atual ou mesmo fato de ter alcançado um estado de saúde particular. Tal como ocorre para o alcance da sustentabilidade, o relevante é a adoção

de ações que levem ao objetivo pretendido. Neste sentido, a OPAS/OMS (2009) destaca a relevância de um pacto social de compromisso com a promoção da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida da população, em que a chave é a “mudança de atitude quanto aos modos de promover a saúde no sentido mais amplo, através de mudanças nas políticas, legislações e serviços que geralmente o município provê”. Na figura 5, pode-se visualizar as relações entre os setores chave da saúde, portanto essenciais à Cidade Saudável.

**Figura 5** - Setores chave de colaboração para a cidade saudável.



**Fonte:** WHO (2008). Adaptado por Alves (2015).

Na mesma perspectiva, Leeuw (2009) apud Myfanwy (2010) apresenta um diagrama conceitual de Cidades Saudáveis, considerando os determinantes “proximais” e “distais” da saúde, as intervenções para a saúde e o conhecimento de seus impactos (figura 6).

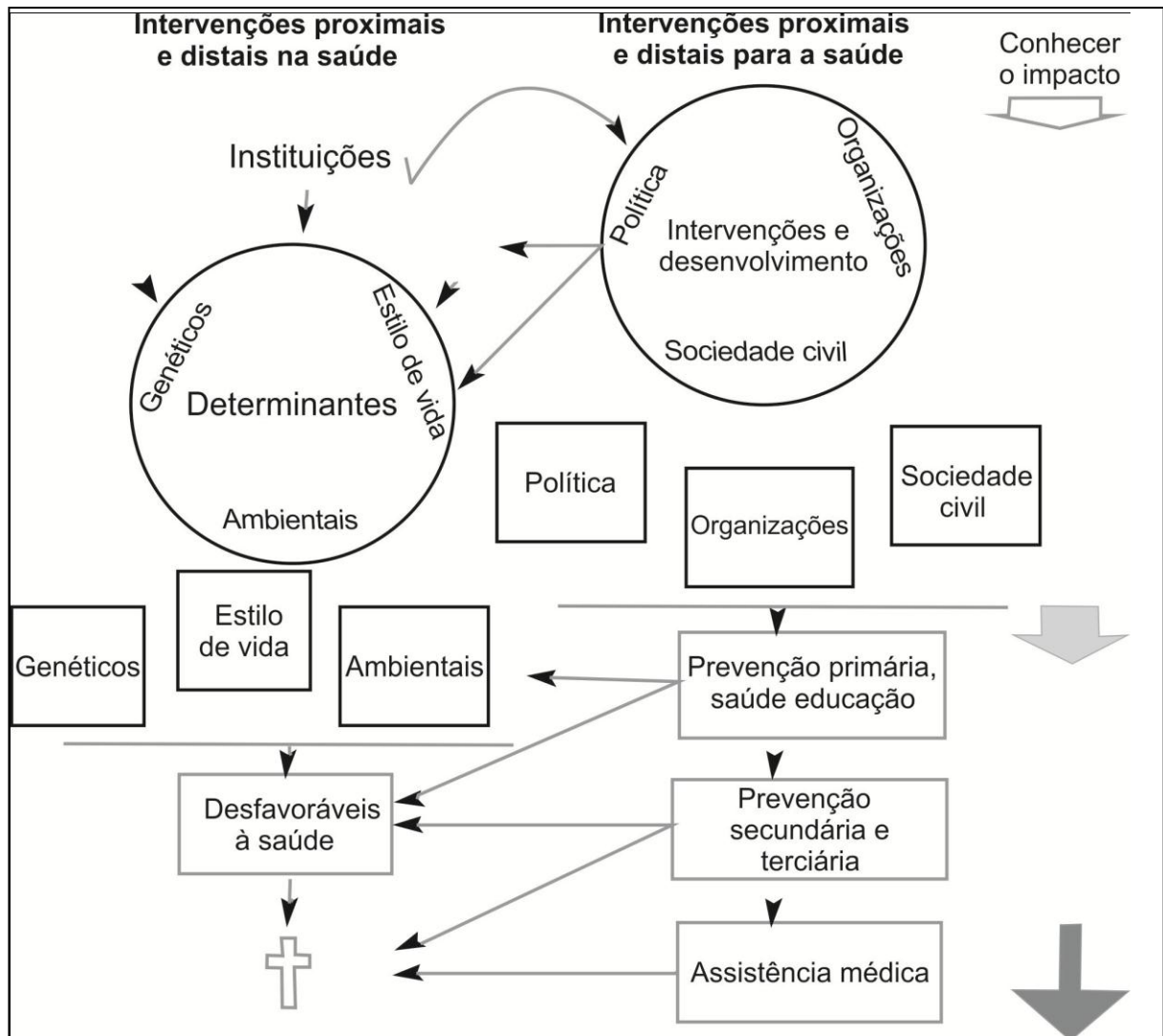
Cabe destacar que os princípios Cidades Saudáveis são convergentes com aqueles de outros Projetos, como o Cidades Sustentáveis<sup>25</sup>, estabelecido pela Comissão Europeia em meados da década de 1990; do Projeto Cidades Amigas do Idoso criado em 2008 pela WHO, por meio de uma rede de cidades e do Projeto Governança para a Saúde no Século XXI, entre outros. A WHO busca estabelecer ligações entre tais iniciativas, sendo que a temática da qualidade de vida perpassa por todos eles, afinal em sua complexidade a qualidade de vida

<sup>25</sup> <http://ec.europa.eu/environment/urban/pdf/rport-pt.pdf>

também está intrinsicamente relacionada com os DSS, com a equidade e com a sustentabilidade. A concretização da desejável qualidade de vida consiste em uma utopia, cuja busca depende da capacidade de reinvenção e inovação das cidades, as quais segundo Myfanwy (2010, p.3) com base em estudos prévios, são habitats, cujo funcionamento é sistêmico, em constante modificação para realizar os ajustes exigidos, nas palavras do autor:

A cidade em si é vista a partir de uma perspectiva ecológica, fornecendo o contexto (ou 'habitat') para a saúde e funcionando como um sistema em rede dependente do bom funcionamento de suas partes e conexões (Ashton et al, 1986; Duhl, 1986). Assim, a capacidade da cidade para 'lidar com avarias' e 'modificar-se para satisfazer as exigências sempre emergentes, mudando para a vida' é crucial (MYFANWY, 2010, p.3, tradução nossa).

**Figura 6** - Cidades saudáveis e metateoria: determinantes proximais e distais da saúde, intervenções na/para saúde e conhecimento de seus impactos.



**Fonte:** Leeuw (2009) apud Myfanwy (2010). Adaptado por Alves (2015).

Conforme destaca a WHO (2013b), o Movimento Cidades Saudáveis promove políticas e planejamento abrangentes e sistemáticas para a saúde e enfatiza:

- a necessidade de abordar a desigualdade na saúde e pobreza urbana;
- as necessidades dos grupos vulneráveis;
- governança participativa;
- planejamento e o *design* urbano saudável;
- os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde.

Para integrar a Rede de Cidades Saudáveis da WHO é necessário o cumprimento de certos requisitos legais, como a formulação de planos para a promoção da saúde, contemplando determinadas condições como: mecanismos de participação pública e um escritório de projetos com funcionários em tempo integral, além da garantia dos recursos para a implementá-los. O estabelecimento de parcerias e cooperação podem facilitar a alocação de recursos humanos e monetários para as intervenções. O cumprimento destes requisitos legais, demonstram que a inserção no Movimento Cidades Saudáveis é um compromisso político.

A concepção de saúde como processo, que a partir do controle de determinados fatores pode ser melhorada, reconhecido na Carta de Ottawa, implica na necessidade de novas habilidades, processos, estilos e estruturas para o processo de governança, a qual

[...] constituída pelos seguintes elementos de ação: i) forte liderança e apoio de prefeitos; ii) apoio de todos os partidos em conselhos municipais; iii) acordos de parceria com setores estatutário e não estatutário; iv) uma variedade de estruturas e processos para suportar inter cooperação e envolvimento dos cidadãos; [...] v) o planejamento estratégico para direcionar-definir; vi) e rede formal e informal. (WHO, 2013, p.58).

Assim, segundo a WHO, a equidade, a governança participativa e solidariedade, a colaboração intersetorial e de ação são essenciais às Cidades Saudáveis. Projeto, que segundo Hall; Davies e Sherriff (2010) “rejeita a abordagem *"top-down"* (a solução de engenharia física e social) em favor de uma nova perspectiva sobre os problemas de saúde urbanos e foco em estratégias baseadas na comunidade *"bottom-up"* para combater questões saúde pública”. Sendo a melhoria da saúde uma responsabilidade de todos os setores, que também necessita da participação da sociedade, da intersetorialidade e da democracia, que são princípios subjacentes do Movimento.

Deste modo, para a consecução da Cidade Saudável é demandado: “Compromisso político explícito; liderança; mudança institucional, e parcerias intersetoriais”, cujos pressupostos carecem de “envolvimento da população local no processo de tomada de decisão, um compromisso político e desenvolvimento organizacional e comunitário, e



reconhece que o processo seja tão importante quanto os resultados”, os quais são visíveis em longo prazo. (WHO, 2014). Destaca-se ainda que em função de diferenças em termos de condições sociais, econômicas e naturais o conceito "saudável" pode assumir diferentes acepções, o que implica em enfoques e áreas prioritárias diversas, como exemplifica Righettio (2004) a limpeza das cidades e aumento de coleta de lixo reciclável foi enfoque na Costa Rica; o consumo de alimentos saudáveis foi priorizado em Cuba e as campanhas pela redução do consumo de álcool e contra o porte de armas, visando diminuir os altos índices de criminalidade na Colômbia, em especial na capital Bogotá.

Conforme ressalta Barton et al. (2009, p.98) há um consenso entre as cidades que participam do movimento Cidades Saudáveis, da importância do planejamento integrado de saúde, que possui cinco questões chave:

A primeira é a aceitação de colaboração interdepartamental e interinstitucional para que implicações para a saúde possam ser perseguidos através de soluções de competências institucionais devidamente integradas. O segundo é um forte apoio político, o que ajuda a garantir uma abordagem coerente e os recursos necessários. A terceira é a integração plena da saúde com preocupações ambientais, sociais e econômicos nas principais declarações sobre o ordenamento do território, transportes, habitação e política de desenvolvimento econômico: colocar a saúde no centro da tomada de decisões. A quarta é a participação ativa dos cidadãos e partes interessadas nos setores privado, público e voluntário no processo político. O quinto é uma caixa de ferramentas de técnicas de planejamento que reflitam totalmente os objetivos de saúde e os torna explícito: monitoramento da qualidade de vida, avaliação de impacto na saúde, avaliação estratégica da sustentabilidade, estudos de potencial urbanos (BARTON et al., 2009, p.98, tradução nossa).

Portanto, as Cidades Saudáveis da rede da WHO são aquelas que estão comprometidas com a saúde e o desenvolvimento sustentável, com foco nas áreas da saúde, economia e desenvolvimento urbano, através de um processo “de compromisso político, mudança institucional, capacitação, planejamento baseado em parcerias e projetos inovadores”, que envolve os governos locais em um esforço contínuo para a melhoria. Ao considerar a complexidade e dinamicidade da cidade, que está em constante transformação, o projeto Cidades Saudáveis considera o estado atual da cidade, porém com uma visão de que esta pode se tornar uma cidade saudável, com a melhoria os seus ambientes e expansão dos seus recursos para as pessoas apoiarem-se mutuamente na realização de seu potencial mais elevado (WHO, 1997). A WHO (1997, p.9) descreve as seguintes qualidades de uma Cidade Saudável:

1. Um ambiente físico limpo, seguro de alta qualidade (incluindo habitação de qualidade);
2. Um ecossistema estável agora e sustentável em longo prazo;
3. Uma comunidade forte, de apoio mútuo e não-exploradora;

4. Um alto grau de participação e de monitoramento por parte do público em relação às decisões que afetam, suas vidas, saúde e bem-estar;
5. O atendimento das necessidades básicas (alimentos, água, abrigo, renda, segurança e trabalho) para todas as pessoas da cidade;
6. Acesso a uma ampla variedade de experiências e recursos, com a chance para uma ampla variedade de contatos, interações e comunicação;
7. A economia inovadora vital e cidade diversa;
8. O encorajamento de conexão com o passado, com o Cultural e do património biológico e com outros grupos e Indivíduos;
9. Uma forma que seja compatível com a melhoria;
10. Um nível ótimo de saúde pública e cuidados adequados aos doentes e serviços acessíveis a todos;
11. Elevado estado de saúde (níveis elevados de saúde positiva e baixos níveis de doença).

A OPAS utiliza estas características para definir um município saudável, como aquele em que: as autoridades políticas e civis, as instituições e organizações públicas e privadas, os proprietários, empresários, trabalhadores e a sociedade dedicam constantes esforços para melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população; estabelecem uma relação harmoniosa com o meio ambiente físico e natural e expandem os recursos comunitários para melhorar a convivência, desenvolver a solidariedade, a cogestão e a democracia (OPAS, 1996).

Assim, a Rede de Cidades Saudáveis da WHO tem suas ações direcionadas para o atendimento de 6 objetivos estratégicos, a saber:

- A promoção de políticas e ações para a saúde e desenvolvimento sustentável a nível local e em toda a Região Europeia da WHO, com ênfase sobre os determinantes da saúde, pessoas que vivem na pobreza e as necessidades dos grupos vulneráveis;
- Reforçar a posição nacional das Cidades Saudáveis no contexto de políticas para o desenvolvimento da saúde, saúde pública e regeneração urbana, com ênfase na cooperação nacional-local;
- Gerar política e experiência prática, boas evidências, conhecimentos e métodos que podem ser usados para promover a saúde em todas as cidades da Região;
- Promover a solidariedade, cooperação e as relações de trabalho entre as cidades e as redes europeias e com as cidades e as redes que participam do movimento Cidades Saudáveis;

- Desempenhar um papel ativo na defesa da saúde a nível europeu e global através de parcerias com outras agências preocupadas com as questões urbanas e redes de autoridades locais; e
- Para aumentar a acessibilidade da Rede Europeia da OMS a todos os Estados-Membros na região europeia.

Cabe destacar que, o movimento Cidades Saudáveis, juntamente com o programa de urbanização saudável do Centro Kobe da WHO são aliados da comissão de determinantes sociais da saúde da WHO. Sobretudo, a partir da fase V do projeto (2008 - 2012), observa-se a inter-relação entre os temas do projeto com os DSS abordados pela Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da WHO. Sendo que a convergência dos objetivos destas iniciativas, no contexto em que o conceito de saúde determinada social e ambientalmente adquire maturidade, traz(rá) resultados efetivos.

O projeto Cidades Saudáveis é para ser desenvolvido a médio/longo prazo e encontra-se estruturado para um plano operacional quinquenal, sendo que os conhecimentos adquiridos pelas experiências locais são avaliados e discutidos em encontros periódicos. Desde seu lançamento o projeto Cidades Saudáveis já completou o ciclo de 5 fases, cada uma centrada em um tema prioritário e objetivos estratégicos a serem alcançados no período de 5 anos, quadro 6, cujas fases têm sido avaliadas, com o intuito de construir e difundir o conhecimento. Além disso, a partir deste projeto a questão da saúde e da qualidade de vida têm passado a ocupar o topo da agenda das cidades.

**Quadro 6** - Períodos, objetivos e temas de cada fase do Movimento Cidades Saudáveis (2014).

Fase	Período	Objetivo Geral	Principais temas	Nºcidades participantes	Avaliação
I	1987-1992	Introduzir novas formas de trabalho para a saúde nas cidades (Planejamento e Preparação)	*	35	-Potencialidade de atração de participantes - Apoiada no nível da cidade por: forte apoio político, liderança eficaz, controle e participação da comunidade, orientação estratégica, recursos adequados e apropriados, cooperação entre setores e responsabilidade política e gerencial
II	1993-1997	Enfatizar a política de saúde pública e de planejamento para a cidade saudável (formulação e implementação de "Saúde para Todos").	*	39	*
III	1998-2002	Equidade, desenvolvimento sustentável e desenvolvimento social, com foco no planejamento integrado para o desenvolvimento da saúde.	-Perfil de Saúde -Plano de Desenvolvimento de Saúde - Planejamento Urbano Saudável	55	- Abordar a equidade em saúde a partir do planejamento para enfrentar determinantes como a pobreza.
IV	2003-2008	Desenvolvimento da saúde, com ênfase na equidade, abordando os determinantes da saúde, desenvolvimento sustentável e governança participativa e democrática.	- Envelhecimento Saudável - Planejamento Urbano Saudável - Avaliação do Impacto em Saúde	77	- Autoavaliações das cidades em relação ao projeto – cumprimento dos requisitos e abordagens.
V	2009-2013	Priorizar a saúde e a equidade na saúde em todas as políticas locais	- Meios Promotores de Apoio e Cuidados - Vida Saudável - Ambientes e Design Urbanos Saudáveis	90	- considerou dados quantitativos – chave para alcançar cidades saudáveis-da Eurostat e OCDE e recolhidos através de questionários.
VI	2014-2018	Implementar a estratégia de Saúde Pública e o bem-estar a nível local até 2020.	- Papel dos governos e sociedades locais no desenvolvimento da saúde - Saúde em todas as políticas pra enfrentar as consequências dos DSS.	100	*

**Nota:** \* informação não encontrada. **Org:** Alves (2014).

As avaliações das fases, segundo Myfanwy (2010, p.7) têm-se centrado na escala e alcance do movimento e na medida em que as cidades participantes têm alcançado os requisitos do projeto nas mudanças institucionais na área da saúde, sendo estas positivas. Além disso, conforme destacam os líderes das redes das Cidades Saudáveis, ao apropriar-se de uma visão holística de cidade e identificar parâmetros que afetam a saúde este se torna útil para políticos e planejadores das cidades.

Entretanto, Myfanwy (2010) destaca que o projeto tem sido alvo de algumas críticas, notadamente por parte dos estudos acadêmicos, e enumera algumas destas críticas, dentre elas: A) as de Leeuw e Skovgaard (2005); Leeuw (2009) e as de O'Neill e Simard (2006) centradas na escala de desenvolvimento do projeto, que é um desafio para a avaliação sistemática e na sua avaliação baseada em escolhas políticas; B) as de Petersen (1996) em torno da ausência de envolvimento do movimento com a teoria social e política, no sentido de que conceitos adotados pelo movimento podem não ser possíveis de concretização no local tal como é previsto, em função da existência de “non-place based forms of identity such as sexuality and ethnicity and the possibility that ‘the community can be a site for exclusion and the suppression of internal differences’ (Payne, 1994 apud Petersen, 1996, p.162), and reminds us of the ‘increasing commodification of place’). E em torno da essência do movimento, considerado pelo autor como um “modernist project, not a social movement, driven by the bureaucratic rationalism and technical and expert privilege of the WHO” (MYFANWY, 2010, p.7).

Porém, apesar dessas críticas acredita-se na possibilidade de construção de Cidades Saudáveis, sendo essa construção, em grande medida condicionada pela percepção e comportamento dos indivíduos residentes em determinado território. Afinal, além das condições ambientais (infraestrutura e características ambientais saudáveis) a postura e as ações individuais e coletivas, têm grande relevância nas características que uma comunidade pode desenvolver a partir do resgate de perspectivas dialógicas e laços sociais e de cooperação.

No sentido de melhoria das cidades, cabe destacar também a noção de Cidade Sustentável, que tem como base experiências exitosas em relação ao desenvolvimento urbano, inclusive no projeto “cidades saudáveis”, na perspectiva da sustentabilidade urbana, portanto fundamentado nos pressupostos do desenvolvimento sustentável e nos mecanismos para alcançá-lo a partir de estratégias de planejamento urbano considerando aspectos como: a forma urbana, a mobilidade, o espaço público, governança etc.

São inúmeras as definições e operacionalizações existentes para esta noção, providas do meio acadêmico, de instituições/entidades governamentais (inter)nacionais, regionais e/ou locais. Acselard (1999) identifica três matizes representativas em torno da noção de cidade sustentável: (i) a tecno-material, ou a cidade vista como um sistema físico dinâmico, gerado pela locação dos bens materiais (edifícios, infraestruturas, equipamentos coletivos), da concentração ou dispersão dos habitantes e dos seus deslocamentos e, da forma de utilização energética dos mesmos; (ii) a cidade como espaço da qualidade de vida, cujos temas giram em torno da saúde e saneamento (cidades saudáveis), da qualidade dos recursos naturais (ar, água e solo), da oferta de espaços (livres, vegetados, construídos) e dos espaços urbanos (praças, ruas, mobiliário), das representações e identidades culturais e da qualidade estética da cidade; (iii) a da legitimidade das políticas urbanas sustentáveis combinada com modelos de eficiência e equidade (ACSELARD, 1999).

Para o espaço intraurbano, com base em fatos concretos de diferentes localidades, Leite (2012) destaca o tema das Cidades Sustentáveis, na perspectiva da necessidade de intervenções urbanísticas para a mudança da realidade urbana. O autor aborda o protagonismo das cidades –cada vez com mais expressividade numérica e em dimensão- e seu potencial de transformação pela capacidade de reinvenção e inovação considerando questões como a estrutura urbana – que segundo ele deve ser compacta e densa-, a diversidade, a mobilidade e a identidade. Logo no prefácio de sua obra é reconhecida a importância da rua para a hospitalidade e para a vida da cidade e, portanto das intervenções urbanas, que devem considerar para além do pensamento urbano tradicional e contemplar reflexões e soluções para uma cidade antes de tudo mais humana, mas igualmente tecnológica e, por conseguinte sustentável. No âmbito do Brasil, o autor destaca São Paulo, onde são inúmeros os gargalos para sustentabilidade.

Dentre as abordagens internacionais mais proeminentes, destaca-se além do projeto Cidades Sustentáveis lançado em 1993 pelo Grupo de Peritos sobre o Ambiente Urbano da União Europeia, com base na Carta de Aalborg [abordada a seguir] o Programa Comunidades Sustentáveis lançado pelo governo inglês em 2003. Tal programa teve aprovação Real em 2007 e do Parlamento em 2010, quando sofreu alterações, se tornou uma lei, a “Act 2007”<sup>26</sup>. Seu objetivo é viabilizar a construção de ambientes locais sustentáveis, tanto urbanos como

---

<sup>26</sup> Em termos gerais, pela lei as pessoas locais, por meio de conselhos, devem participar mais ativamente apresentando propostas acerca de como o governo pode ajudar na promoção da sustentabilidade nas comunidades locais ao Secretário de Estado. Sendo que o governo tem um prazo de 6 meses para responder. Mais informações em: <https://www.gov.uk/government/publications/sustainable-communities-act-2007-decisions-on-local-councils-proposals-to-improve-local-areas>.

rurais, onde as pessoas possam viver e trabalhar em ótimas condições econômicas e socioambientais, pilares do desenvolvimento sustentável, bem como ter mais poder para moldar o que acontece onde vivem, evitando assim o declínio de serviços e das comunidades locais. No âmbito de tal programa, as Comunidades Sustentáveis são definidas como aquelas que:

[...] atendem às diversas necessidades dos residentes atuais e futuros, dos seus filhos e de outros usuários, contribuem para uma elevada qualidade de vida e promovem oportunidades e escolhas. Elas conseguem isso fazendo uso efetivo dos recursos naturais, melhorando o ambiente, promovendo a coesão social e a inclusão, bem como a fortalecendo a prosperidade econômica (EGAN, 2004, p. 18., tradução nossa).

Segundo Fumega (2011) o movimento Comunidades Sustentáveis concede importância significativa à componente social e comunitária da sustentabilidade, muitas vezes relegados à segundo plano como elementos essenciais à cidade.

Conforme o relatório “The Egan Review: Skills for Sustainable Communities” de John Egan (2004) sete componentes e uma gama de subcomponentes não hierárquicos, constituem juntos os “objetivos comuns” das Comunidades Sustentáveis.

A partir dos componentes são elencados vários aspectos, os subcomponentes, ou pressupostos a serem considerados para a construção das comunidades sustentáveis (quadro 7). Estes são baseados na percepção comum daquilo que é basilar à sustentabilidade, podem servir de modelo para outras iniciativas, bem como podem ser utilizados para o estabelecimento de metas claras e mensuráveis a partir de indicadores objetivos e subjetivos, que perpassem pelas sete componentes, além de um grupo de indicadores transversais,<sup>27</sup> a serem escolhidos de acordo com as circunstâncias e com as necessidades e prioridades da população local.

Apesar ser um objetivo claro, a complexidade que perpassa pelos componentes das Comunidades Sustentáveis requer uma planejamento a médio/longo prazo considerando um conjunto de objetivos estratégicos, os empecilhos às ações para alcançá-los, bem como na necessidade de adoção de caminhos mais longos e de *trade-offs*. Com exemplo, figura 7, tem-se que a intervenção para a revitalização do centro da cidade pode gerar impacto negativo temporário, como a criação de um forte senso de lugar, mas é fundamental à sustentabilidade.

---

<sup>27</sup> Para conhecer os indicadores ver Egan (2004, p.92-99).

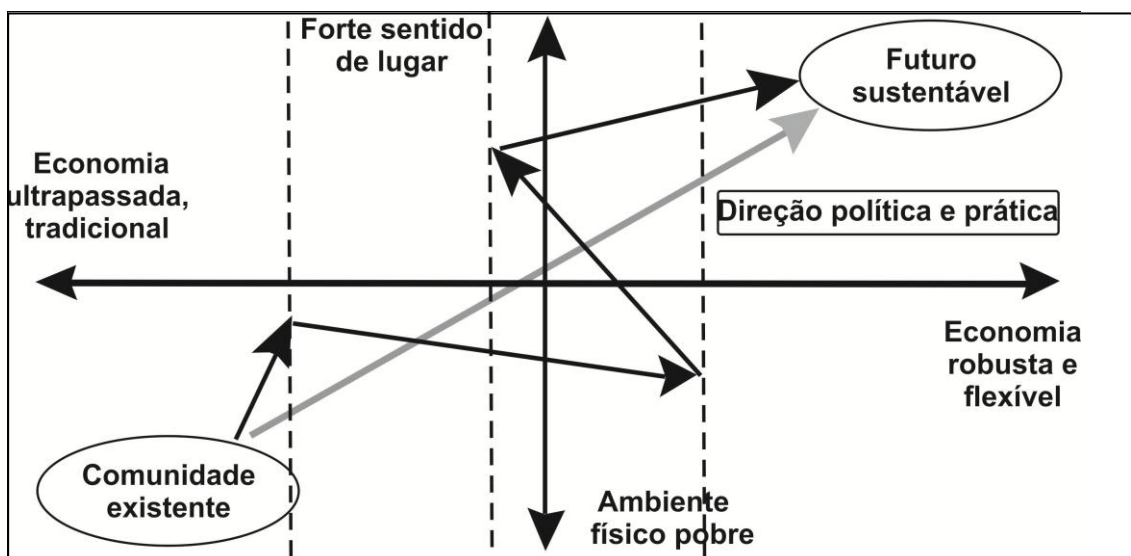
**Quadro 7** - Componentes e subcomponentes de comunidades sustentáveis.

TRANSVERSAL	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo fornecimento e/ou atividade a ser de alta qualidade, bem concebido e mantido, seguro, acessível, adaptável ambiental e economicamente.</li> </ul>
1-	<b>SOCIAL E CULTURAL</b> - comunidades vibrantes, harmoniosas e inclusivas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identidade e pertença</li> <li>• Tolerância e respeito</li> <li>• “Amigabilidade” e cooperação</li> <li>• Cultura, lazer, esporte e outras atividades</li> <li>• Segurança</li> <li>• Inclusão social e equidade</li> </ul>
2-	<b>GOVERNANÇA</b> - Eficaz e participação inclusiva, representação e liderança <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação efetiva de pessoas e organizações</li> <li>• Liderança forte, informada, eficaz e com parcerias</li> <li>• Setor comunitário e voluntário fortes</li> <li>• Valores cívicos, responsabilidade e orgulho</li> <li>• Melhoria contínua através da entrega, controle e feedback em todos os níveis</li> </ul>
3-	<b>AMBIENTAL</b> - Caminhos para as pessoas viverem forma ambientalmente amigável <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso e gestão eficientes dos recursos</li> <li>• Minimização dos impactos negativos e aumento dos positivos</li> <li>• Proteção e melhoria dos recursos naturais e da biodiversidade</li> <li>• Atender as necessidades das futuras gerações</li> </ul>
4-	<b>HABITAÇÃO E AMBIENTE CONSTRUÍDO</b> - Qualidade do ambiente construído e natural <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar um senso de lugar</li> <li>• Uso amigável dos espaços públicos e verdes para todos</li> <li>• Diversidade e acessibilidade de habitação dentro de um mercado imobiliário equilibrada</li> <li>• A alta qualidade do ambiente construído</li> <li>• Edificado de alta qualidade, de uso misto, flexíveis e adaptáveis</li> </ul>
5-	<b>TRANSPORTE E CONECTIVIDADE</b> - Bons serviços de transporte e de comunicação para ligar pessoas a empregos, escolas, saúde e outros serviços <ul style="list-style-type: none"> <li>• Boa rede de transportes públicos</li> <li>• Instalações para incentivar caminhadas e ciclismo</li> <li>• Estacionamento acessíveis e apropriados</li> <li>• Telecomunicações amplamente disponíveis e eficazes e acesso à Internet</li> </ul>
6-	<b>ECONOMIA</b> - Economia local próspera e diversificada <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amplas oportunidades de empregos e de formação</li> <li>• Terra e edificados suficientes e para apoiar a prosperidade econômica e as mudanças</li> <li>• Criação dinâmica de trabalho e de empresas</li> <li>• A comunidade empresarial forte</li> </ul>
7-	<b>SERVIÇOS</b> - Uma gama completa de serviços apropriado, de acesso público, privado e de voluntariado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoas bem educadas, com bom desempenho das escolas locais, educação e superior e formação para a aprendizagem ao longo da vida</li> <li>• Alta qualidade de serviços de saúde e sociais</li> <li>• Alta gama de serviços acessíveis ao público</li> <li>• Os prestadores de serviços que pensam e agem de longo prazo e para além de suas fronteiras e interesses</li> </ul>

**Fonte:** Adaptado de Egan (2004, p.20-21). **Org:** Alves (2014).



**Figura 7** - Movendo na direção certa.



Fonte: Egan (2004). Adaptado por: Alves (2015).

O alcance do objetivo de implementação de Comunidades Sustentáveis é em longo prazo, envolve comunidades urbanas e rurais e pauta-se em diferentes níveis e estratégias temáticas, conforme o exemplo de Manchester, que criou um quadro estratégico de três níveis onde podem operar os setores públicos, privados e comunitários e voluntários. Neste caso, o nível 1 foi o da autoridade local, dentro da autarquia local, incumbido da regeneração das estratégias que ligam o desenvolvimento econômico de infraestrutura às estratégias regionais e sub-regionais; o nível 2 foi na autarquia local em torno de estratégias em temas essenciais à qualidade de vida e a decisão de viver em determinado local, como: educação, o crime, a condição do espaço público, os transportes, a qualidade e oferta de habitação etc.; e o nível 3 na escala do bairro, onde os moradores podem agir mais efetivamente articulando estratégias e parcerias temáticas para criar locais mais atraentes (OFFICE OF THE DEPUTY PRIME MINISTER, 2004).

Com foco nas políticas para o alcance da sustentabilidade urbana no contexto europeu Louro (2011) cita como exemplos projetos na Escócia (Craigmillar, Knockroon, Maryhill Locks e Raploch), França (contrato da cidade/contrat de ville, contrato urbano de coesão social/contrat urbain de cohesion social, os planos de transporte urbanos/ plans de déplacements urbains) e Alemanha (Kronsberg), que apesar de distintos são iniciativas bem sucedidas para o alcance do conceito de Comunidades Sustentáveis.

Apesar de guardar particularidades os conceitos Cidade Saudável e Comunidades Sustentáveis, são relativamente novos, conhecidos internacionalmente, que convergem para o objetivo de construção de ambientes em que a qualidade de vida seja assegurada, além de

apresentarem de modo complexo a intersecção de componentes que lhes são comuns. Neste sentido, além desses há ainda outros conceitos como “smart cities - Cidades Inteligentes”, o “attractive cities - Cidades Atraentes” (CityLab, Alain de Botton), o “cities for people” Cidades para Pessoas, etc.

A noção de cidade inteligente é bastante difusa e usada a partir de várias perspectivas, das quais, uma parte converge para o fato de que em tais cidades as tecnologias e progressos são utilizados tendo como foco as pessoas, seja em relação à participação ou ao provimento de serviços que proporcionem a qualidade de vida. Conforme informações da Nesta (2015)<sup>28</sup> as abordagens de uma cidade inteligente podem ser de baixo para cima, a partir dos cidadãos, por exemplo, pela utilização de ferramentas de apoio mútuo, por exemplo, para cuidados de saúde às pessoas em áreas de risco, para encontros (in)formações, trocas de bens materiais, etc. de cima para baixo, a partir dos planejadores e gestores pela utilização de sensores e aplicativos para otimizar e aumentar a eficiência na execução de serviços como a coleta de lixo, uso da água, fornecimento de energia, fluxos de transporte, previsão de eventos como inundações, etc., ou abordagens integradas, que é considerada mais sensata.

Como explana Sassen (2013, s/p) as tecnologias “tiene que haber una especie de diálogo entre la ciudad, el habitante, el edificio, el usuario, etcétera”. O objetivo é construir soluções eficientes e úteis nos domínios da educação, da saúde, do ambiente, da gestão dos nossos recursos (água e energia) e dos sistemas de mobilidade e tratamento de resíduos. Sendo a participação ativa dos cidadãos é um fator decisivo (SMART-CITIES, 2015). Afinal, estes devem ter a capacidade de ouvir o que a cidade diz, compreender como ela funciona e como deve funcionar ou não, com base no que querem ou não.

Na concepção da International Business Machines (IBM, s/d) uma cidade inteligente é aquela que aplica tecnologias de informação para o planejamento, concepção, construção e operação de infraestrutura da cidade com vistas à melhoria da qualidade de vida e do bem-estar econômico. Nesse sentido, seria apropriado falar que um planejamento inteligente, que implique em mudanças sociais e institucionais, que é a essência de uma cidade inteligente pode mudar a atual conjuntura da urbanização. Segundo Philipsen (2015) a conjuntura é de oportunidade de mudança, pelas mãos das massas, caso contrário, as tecnologias sem controles adequados, nas mãos erradas e de poucos, podem servir a dominação e opressão.

Ao considerar as grandes e até mesmo médias cidades brasileiras, a prioridade de enfoque para as ações são em 4 áreas, que têm potencial de provocar mudanças positivas:

---

<sup>28</sup> Uma organização do Reino Unido voltada para ajudar as pessoas e organizações trazer grandes idéias para a vida. Mais informações em: <<http://www.nesta.org.uk/blog/smart-cities-and-china>>.

- a redução dos congestionamentos e melhoria dos sistemas de transporte públicos;
- melhoria na segurança pública, com redução dos índices de criminalidade;
- melhoria nos serviços de saúde e educação e
- melhores facilidades e funcionalidades na disponibilização dos serviços públicos aos cidadãos (IBM, 2011, s/p).

Frost e Sullivan (2013) enumeram oito aspectos fundamentais que definem uma *Smart City*: governança, energia, edifícios, mobilidade, de infraestrutura, tecnologias, saúde inteligentes e cidadão esperto. Destaca-se ainda que estes conceitos globais servem de embasamentos o surgimento de negócios e consultorias ligadas à inovação em cidades, locais e regionais, iCities com sede em Curitiba<sup>29</sup>.

Em relação às cidades atraentes, segundo o filósofo Botton, elas devem ser belas de modo objetivo, para assim, assegurar a qualidade de vida, sendo que tal beleza requer:

1. Variedade e ordem - "Ordem significa equilíbrio, simetria e repetição... Ordem é um dos motivos pelos quais tantas pessoas amam Paris... No entanto, ordem em excesso pode trazer muitos problemas."
2. Vida visível - "Há ruas que são mortas e outras que são vivas. E em geral almejamos as vivas."
3. Compactas - "Todas as cidades mais belas e compactas têm praças... A praça ideal deve oferecer um sentido de resguardo, não de claustrofobia."
4. Orientação e mistério - "Por definição, cidades são enormes. Mas as cidades mais amadas são aquelas que têm várias ruelas e passeios onde nos sentimos aconchegados e podemos nos perder."
5. Escala - "Cidades modernas estão cheias de coisas grandiosas. Joseph Campbell escreveu: 'Se você quer ver no que uma sociedade realmente acredita, procure saber para o que são dedicados seus maiores edifícios...' A altura ideal para qualquer quadra urbana é 5 pavimentos - não mais... Claro, ocasionalmente pode haver um grande edifício, mas vamos manter isso para algo realmente especial - algo que toda a humanidade possa amar."
6. O local - "Não queremos que os edifícios pareçam os mesmos em todo lugar." (CITYLAB.COM, 2015).

Segundo o filósofo, Paris, Nova Iorque e Barcelona são exemplos de cidades que atendem a esses padrões e são belas/atraentes, enquanto, boa parte das cidades em todo o mundo, tal como Phoenix, Munique, não tem tais padrões atendidos. Tais padrões são essenciais para "viver-capacidade", estudos mostram que a felicidade está correlacionada com a percepção desta beleza, assim como vitalidade econômica também tem relação com o

---

<sup>29</sup> <http://www.icities.com.br/>

"Caráter" ou distinção estética. Contudo, uma confusão intelectual sobre o que é a beleza e a falta de vontade política, inviabilizam a aplicação desta noção no planejamento da cidade (CITYLAB.COM, 2015).

Na perspectiva de se ter as pessoas, a escala humana, como foco na construção de cidades que sejam: sustentáveis, saudáveis e que ofereçam qualidade de vida aos seus moradores, destaca-se a noção de Cidades para Pessoas, idealizada por Jan Gehl no contexto europeu, difundida por outros estudiosos e empresas como a Energy Innovation: Policy and Technology LLC<sup>30</sup>, chegando também aos demais continentes, como às Américas e Àsia. Segundo Busch e Huang (2015) são 8 os fundamentos essenciais das Cidades para Pessoas, que perpassam pelos pilares da sustentabilidade, a saber: caminhável - bairros para deslocar a pé, conectada - redes densas de ruas e caminhos, transitável – conexões modos variados e de qualidade, valorização da bicicleta - priorizar redes de ciclovias e ciclo faixas, mix – uso misto nos bairros, densa – maior densidade nas áreas centrais, compacta - limites de crescimento, mutável maior mobilidade na regulação estacionamento e utilização das vias.

Como opção possível face à insustentabilidade urbana, tais conceitos devem ter lugar cativo no processo de planejamento e gestão urbana, na elaboração e implementação das políticas públicas locais, pois é a partir das menores escalas (cidade e/ou bairros), que o conhecimento e as ações individuais podem ter maior contribuição para (re)construir cidades melhores - mais seguras, amigáveis, apropriáveis, adensadas, diversificadas etc. enfim saudáveis e sustentáveis. Mas, para o alcance destes adjetivos são necessárias não apenas competências e ações de profissionais do planejamento, mas, sobretudo uma gama de habilidades e comportamentos dos residentes locais que devem ter claro que tipo de comunidade querem e a partir de então, pela governança, comunicação, etc. buscá-la junto a parceiros chave.

---

<sup>30</sup> Uma empresa multinacional de pesquisa que atua no âmbito de política energética e ambiental. Para saber mais: <<http://energyinnovation.org/>>.

## 2.1. Evolução teórica e prática da saúde pública em escala internacional

*Uma medicina de elite pode ser implementada na Grécia, com a escola de Hipocrates, pois havia uma cultura que privilegiava uma reflexão filosófica acerca do mundo e a observação cuidadosa da natureza, tendo como princípio o equilíbrio entre o indivíduo e seu ambiente. Era uma medicina centrada no cuidado do corpo, em que o papel do médico era procurar colaborar para a restauração da harmonia. (BRASIL, 2004).*

É certo que o documento “Informe Lalonde: Uma Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses” divulgado em 1974, também conhecido como Relatório Lalonde constitui o marco inicial da mudança de perspectiva em relação ao conceito de saúde<sup>31</sup>. Afinal, para solucionar os problemas relacionados ao aumento dos custos dos cuidados de saúde, em uma situação em que as melhorias não eram proporcionais aos custos dos serviços de saúde, o governo canadense contratou consultores externos entre eles Marc Lalonde, que partiram de uma definição ampla de saúde, que considera conjuntamente as condições físicas e biológicas do homem e suas dimensões psicológicas, sociais e econômicas. Chegaram à conclusão de que a abordagem tradicional de problemas de saúde, com a sua concentração em serviços de saúde, era insuficiente e propuseram o conceito de campo de saúde ou saúde holística, que abarca a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e de organização de cuidados de saúde para entender as causas das doenças e mortes e, conseqüentemente identificar ações que poderiam ser tomadas para melhorar a saúde.

Segundo Lalonde (2002) naquele contexto, foram estabelecidos os objetivos de: (1) reduzir riscos para a saúde mental e física dos segmentos da população, cujos riscos eram altos, (2) melhorar a acessibilidade de bons cuidados de saúde física e mental para aqueles cujo acesso não era satisfatório. E também estratégias para o alcance de tais objetivos: (1) promoção da saúde<sup>32</sup>, (2) regulação, (3) pesquisa, (4) eficiência de cuidados de saúde, considerando que a responsabilidade pela implementação destas estratégias era de todos, governos e cidadãos, e que elas estavam de acordo com as condições locais. O que permitiu a solução daquele problema, bem como a difusão das novas perspectivas da saúde, já que posteriormente, em 1948, a abordagem holística de saúde foi adotada pela (WHO) e foi a base para a Carta de Ottawa e para o conceito de “Promoção da Saúde” e de outras noções surgidas

<sup>31</sup> Em outros países também foram elaborados importantes documentos como o “Prevenção e Saúde: Interesse para Todos, DHSS” na Grã Bretanha em 1976.

<sup>32</sup> Com base em Terris (1992) Ramirez (2001) destaca que o termo promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez em 1945, quando Henry E. Sigerist definiu as quatro áreas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção da enfermidade, o restabelecimento dos enfermos e a reabilitação.

posteriormente como: "políticas públicas saudáveis" e "cidades saudáveis ou comunidades saudáveis".

Alcançar a “Saúde para Todos” até o ano 2000, surgiu como um desafio da Assembleia Mundial da Saúde em 1977 e transformou, em 1984, em uma estratégia da WHO, que contém 6 princípios base: 1) equidade, as desigualdades em saúde entre e dentro dos países deve ser reduzida. 2) a promoção da saúde e prevenção de doenças devem ser enfatizados para ajudar as pessoas atingirem sua completa capacidade física, mental e social. 3) Diferentes setores da sociedade devem cooperar para garantir que as pessoas tenham acesso aos pré-requisitos para a saúde e estejam protegidos contra riscos ambientais. 4) A participação da comunidade é essencial. 5) O sistema de saúde deve se concentrar em cuidados primários de saúde fornecendo acesso aos serviços de saúde onde as pessoas vivem e trabalham. 6) A cooperação internacional deve ser usada para tratar problemas de saúde que transcendem as fronteiras nacionais por meio de projetos. (WHO, 1997, p.6).

Como resultado das conferências promovidas pela WHO, quadro 8, para reunir os representantes das nações e abordar questões de saúde pública foram elaboradas Cartas/Declarações com estratégias e recomendações referentes às questões de saúde pública. Portanto, tais documentos embasam as mudanças e inovações na prática da saúde pública, sendo, especialmente importantes os impactos da Declaração de Alma-Ata e da Carta de Ottawa, ao propor os conceitos de “Cuidados Primários da Saúde” e “Promoção da Saúde”.

É importante ressaltar que os eventos e publicações em torno do desenvolvimento do campo da promoção da saúde não se restringem às conferências elencadas no quadro 8, também possuem grande relevância documentos como o “Healthy People: The Surgeon General’s Report on Health Promotion and Disease Prevention, US-DHEW” (publicado em 1979 nos EUA); o “Black Report on Inequities in Health, DHSS (publicado em 1980 na Grã-Bretanha); o “Toronto Saudável 2000 – Campanha lançada no Canadá em 1984)<sup>33</sup>; o “Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde: 38 Metas para a Saúde na Região Europeia” (publicado em 1985 na UE); o “Alcançando Saúde para Todos: Um Marco de Referência para a Promoção da Saúde” Informe do Ministério da Saúde do Canadá publicado em 1986; o “ Lançamento pela WHO do Projeto Cidades Saudáveis” em 1987; além das cúpulas e conferências das UN, com destaque para a “Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92)”; Conferência das Nações Unidas sobre

---

<sup>33</sup> Nesse ano ocorreu a conferência “Além do Cuidado da Saúde” sob a liderança do ministro Jake Epp, com a participação do Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde (EURO/WHO) onde admitiu-se a influência de decisões políticas externas ao setor saúde na situação de saúde, surgindo os conceitos de política pública saudável e de cidade ou comunidade saudável (FERREIRA; BUSS 2001, p.12) .

Assentamentos Humanos (Habitat II)<sup>34</sup> (Istambul, 1996); Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio +20) etc.

**Quadro 8 - Principais Conferências Internacionais da WHO desde a década de 1970 que abordam a Saúde e a Qualidade de Vida.**

Ano	Conferência	Tema	Resultado
1961*	I reunião de Ministros do Interior dos Países da América Latina	Saúde com componente essencial do desenvolvimento	Carta de Punta Del Este
1963**	3ª Conferência Nacional de Saúde (dezembro)		I Plano Decenal de Saúde
1977	30ª Assembleia Mundial da Saúde	Saúde Para Todos no Ano 2000	
1978	Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários	Saúde Para Todos no Ano 2000	Declaração de Alma-Ata (ex-URSS)
1986	1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Promoção da Saúde nos Países Industrializados	Carta de Ottawa (Canadá)
1988	2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis	Declaração de Adelaide (Austrália)
1991	3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde	Declaração de Sundsvall (Suécia)
1992*	Conferência Internacional de Promoção da Saúde	Promoção da saúde e equidade na América Latina	Declaração de Santafé (Bogotá)
1996**	10ª Conferência Nacional de Saúde	SUS- construindo um modelo de atenção à saúde para a Qualidade de vida	Relatório da 10ª conferência ... (Brasil)
1997	4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Promoção da Saúde no Século XXI	Declaração de Jacarta (Indonésia)
1999*	III Congresso de Municípios e Comunidades Saudáveis das Américas	Melhor qualidade de vida para los habitantes de das Américas no Século XXI	Declaração de Medellín
2000	5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade	Declaração do México
2005	6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado	Carta de Bangucoque (Tailândia)
2009	7ª Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde	Saúde, Equidade e Desenvolvimento Sustentável	Declaração do Apelo à Ação (Nairobi, África)
2013	8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde	Saúde em todas as políticas	Declaração sobre a Saúde em todas as Políticas e Quadro de ação para os países (Helsinki, Finlândia)
2013**	13ª Conferência Nacional de Saúde	Saúde e Qualidade de vida: política de Estado e desenvolvimento	Relatório da 13ª conferência ... (Brasil)

\*Conferências de caráter sub-regional. \*\* Conferência de caráter nacional. **Org. Alves** (2014).

<sup>34</sup> A 3ª Conferência das Nações Unidas sobre Habitação e Desenvolvimento Urbano Sustentável (Habitat III), será realizada em 2016 com o objetivo é apontar novos desafios para o processo de urbanização mundial, focando em uma “Nova Agenda Habitat”, que também poderá influenciar e impactar diretamente o destino das cidades e de parcela cada vez maior da população mundial. A Nova Agenda será elaborada a partir dos relatórios que os países-membro da ONU estão construindo.

No contexto marcado pelas desigualdades de saúde entre os povos, a Declaração de Alma-Ata coloca a saúde como um direito humano fundamental ao desenvolvimento, essencial para vida saudável, sendo seu alcance decorrente, dentre outros fatores, de boas condições sociais, ambientais e econômicas que devem ser buscadas pelas políticas e ações dos governos, com o apoio e participação da população. Para a obtenção da “Saúde para Todos”, a Declaração destaca a importância dos “Cuidados Primários de Saúde”, definidos como os cuidados essenciais de saúde, baseados em práticas, cientificamente corretas e métodos socialmente aceitáveis. São os cuidados que integram o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema nacional de saúde, e que devem responder às principais necessidades e problemas de saúde proporcionando ações de promoção, prevenção, serviços curativos e de reabilitação. Conforme destaca a WHO seriam os meios que “interviessem também nas causas sociais, econômicas e políticas subjacentes às más condições de saúde”. Abarcam portanto, ações que envolvem equipes de profissionais multi e interdisciplinares, bem como possui áreas prioritárias de intervenção, como: educação para a saúde, planejamento familiar, nutrição adequada; adequação do ambiente urbano com fornecimento de água com qualidade e saneamento básico; imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns; e fornecimento de medicamentos essenciais, que exige esforços coordenados de diferentes setores. Logo, a tal declaração foi fundamental para a introdução de conceitos como: a universalidade, a intersetorialidade, a participação e o controle sociais, a integralidade e a justiça social.

A Carta de Ottawa, adotada em 1986, tem como base os pressupostos e os avanços decorrentes da Declaração de Alma-Ata, o enfoque multissetorial e o envolvimento comunitário. Ela reconhece a capacidade das pessoas em melhorar a saúde por meio da “Promoção da Saúde” definida como: “processo de capacitar as pessoas para assumir, e para melhorar, sua saúde”, o que demanda a criação de meios (social, econômico, ambiental, etc.) favoráveis: ao acesso à informação, a participação pública, a busca por estilos e opções de vida saudáveis (literacia em saúde). Logo, defesa da saúde, mediação e capacitação para a saúde são as três estratégias fundamentais à promoção da saúde segundo a Carta. Ao reafirmar a necessidade de melhoria dos diferentes fatores determinantes da saúde, são propostas pela Carta cinco ações estratégicas: promoção de políticas públicas saudáveis nas dimensões socioeconômicas, individuais e coletivas; criação de ambientes propícios e que apoiem à Promoção da Saúde; capacitação e o fortalecimento da participação da comunidade



(*empowerment*) para melhoria da qualidade de vida; desenvolvimento das habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde, com medidas de cooperação intersetorial.

Conforme destaca Meireles (2008) uma importante inovação da Carta de Ottawa, foi a disseminação do termo fatores que determinam, ou seja, fatores que alteram a probabilidade de ocorrência de doença ou morte evitável ou prematura, os quais podem estar relacionados aos fatores endógenos (genéticos); estilos de vida; características do meio ambiente e dos serviços de saúde. Bem como, do termo fatores de risco, que aumentam ou reduzem essa probabilidade.

A Declaração de Adelaide, de 1988, reafirmou a Carta de Ottawa quanto à definição dos determinantes de saúde e às condições de acesso equitativo aos bens e serviços, sobretudo, aos equipamentos e à assistência à saúde, bem como aprofundou o conceito de políticas públicas saudáveis, enquanto compromisso político de todos os setores envolvidos com a saúde para, juntamente com a promoção da saúde e do bem-estar, assegurar o bom estado de saúde de todos e, em longo prazo, garantir a justiça social além de benefícios econômicos. É reforçada a importância da abordagem integrada das políticas econômicas, sociais e de saúde para tratar da saúde e reduzir as desigualdades sociais e econômicas. Como áreas prioritárias de ação destacam-se: a saúde das mulheres, acesso à alimentação e a nutrientes saudáveis, redução do consumo de tabaco e álcool e criação de ambientes saudáveis.

Em continuidade às discussões da WHO, sobre a “Promoção da Saúde”, a Declaração de Sundsvall, de 1991, tem seu enfoque na interdependência entre saúde e ambiente em suas dimensões social, econômica, política, cultural. É destacada a necessidade de inverter as situações de degradação ambiental, geralmente associadas a situações de pobreza, e tornar os ambientes sustentáveis e saudáveis, considerando a necessidade de reconhecimento e utilização das capacidades e saberes, especialmente das mulheres, em todos os setores. Todos, desde cada pessoa das comunidades locais, os governos e organizações não governamentais a nível nacional e as organizações internacionais a nível global, são responsáveis pela implementação de ações para a mudança. São reconhecidos como setores prioritários: educação, transportes, habitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura.

Especificamente para o contexto latino-americano, destaca-se a I reunião de Ministros do Interior dos Países da América Latina, no Uruguai, que resultou na Carta de Punta Del Este e no reconhecimento da saúde como um componente essencial do desenvolvimento. Sendo necessário o planejamento, sob a condução do Estado, para a consecução dos objetivos nacionais de bem-estar, democracia e segurança. Perspectiva igualmente contemplada na

Carta de Santafé de Bogotá de 1992 onde é enfatizada a importância da equidade, da solidariedade e da participação social para o bem-estar, tido como o propósito fundamental do desenvolvimento, o qual, por sua vez, possui relações mútuas com a saúde. Na Carta são estabelecidas cinco premissas; três estratégias e onze compromissos para a promoção da saúde na América Latina.

Dentre as conferências mundiais sobre promoção da saúde, a de Jacarta foi a primeira a ocorrer em um país em desenvolvimento. Nesta ocasião refletiu-se sobre os avanços e os desafios para a promoção da saúde, que deve contar com a cooperação dos vários setores, inclusive o privado e recorrer a recursos mais amplos para enfrentar os DSS. É enfatizada a essencialidade da promoção da saúde para o desenvolvimento econômico e social que, portanto deve ser uma responsabilidade social. Sendo que para acelerar o progresso é recomendado o estabelecimento de alianças, parcerias e redes de várias dimensões, bem como melhoria infraestrutural e da participação popular.

A partir de então, ganha destaque o conceito de “*empowerment*”, visto como uma estratégia de autodeterminação de pessoas em relação à saúde, que pela aquisição de poder técnico e conscientização tornam-se capazes de atuar na melhoria da qualidade de vida e da saúde. E é criada a Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde em 1998 pela WHO, que congrega os países mais populosos que se encontram em diferentes níveis de desenvolvimento e estágios dos padrões de morbidade e de mortalidade, para fortalecer a capacidade de promoção da saúde, nos âmbitos mundial e nacional. As metas desta rede são: 1) melhorar a base de informações concernentes à promoção da saúde, compartilhando políticas de promoção da saúde e programas exitosos e 2) desenvolver a saúde promovendo estratégias por meio de: estilos de vida saudáveis – priorizar questões como tabagismo, nutrição e atividades físicas-, curso de vida saudáveis – com foco nas mulheres, crianças, adolescentes e idosos-, preservação do ambiente – priorizar a saúde pública, vetores e água - e dos assentamentos - priorizar as escolas, cidades, locais de trabalho e comunidades.

No ano de 2000, por meio da Declaração do México, são subscritas entre outras questões, a eficácia das estratégias de promoção da saúde, a importância de melhoria dos fatores determinantes da saúde e das intervenções intersetoriais, e recomendado como ações que: a “Promoção da saúde” seja sempre prioritária, a ampliação das cooperações e parcerias, elaboração de planos de ação conforme o contexto e as prioridades a serem apoiados pela WHO, fortalecimento das redes.

Resultado da 6ª Conferência da WHO, ocorrida em 2005, a Carta de Bangucoque complementa e desenvolve os valores, princípios e estratégias da Carta de

Ottawa considerando as recomendações das conferências subsequentes sobre Promoção da Saúde. Ela aborda os fatores determinantes da saúde, considerando os fatores críticos, como: o aumento das desigualdades, os novos padrões de consumo e de comunicação, as alterações ambientais a nível global e a urbanização; os novos desafios como as mudanças rápidas que afetam a sociedade; as oportunidades como as TIC's e melhoria dos processos de governação e de partilha de experiências; a necessidade de coerência políticas nas diferentes escalas. Além de enumerar as ações necessárias para a “Promoção da Saúde” em um mundo globalizado e estabelecer compromissos chave para a promoção da saúde, bem como enfatizar a responsabilidade do empenho global para a concretização das ações, compromissos e promessas emanados da Conferência.

Por meio dos documentos “Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas” da Opas/OMS (2005) e “Atenção Primária à saúde: Agora Mais do que Nunca” (WHO, 2008) destaca-se a necessidade de (re)valorização deste nível de atenção à saúde, que assume novas características, quadro 9.

**Quadro 9 – Atenção primária à saúde (APS).**

<b>Primeiras tentativas de implementação da APS</b>	<b>Preocupações atuais das reformas de APS</b>
Ampla acesso a um <b>pacote básico</b> de intervenções em saúde e a medicamentos essenciais para as populações <b>rurais pobres</b>	Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objetivo de <b>acesso universal</b> e da proteção social da saúde
Concentração em saúde <b>materno infantil</b>	Preocupação com a <b>saúde de todos</b> os membros da comunidade
<b>Focalização</b> em pequeno número de doenças selecionadas, principalmente infecciosas e agudas	<b>Resposta integral</b> às expectativas e necessidades das pessoas, alargando o espectro de riscos e de doenças cobertas
Melhorias em higiene, água, saneamento e educação para a saúde das comunidades	Promoção de estilos de vida mais saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais
Tecnologias simples para trabalhadores de saúde comunitários, não profissionais e <b>voluntários</b>	<b>Equipes de trabalhadores</b> da saúde para facilitar o acesso e o uso apropriado das tecnologias e dos medicamentos
Participação vista como mobilização de recursos locais e gestão de CS através de comitês de saúde locais	Participação institucionalizada da sociedade civil nas políticas e mecanismos de responsabilização e prestação de contas
Serviços financiados e prestados pelo governo com gestão centralizada	Sistemas de saúde plurais num contexto globalizado
Gestão da <b>crescente escassez</b> e redução de postos de trabalho	Orientação de <b>aumento dos recursos</b> para a saúde para alcance de cobertura universal
Ajuda e assistência técnica bilaterais	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
Atenção primária como a <b>antítese do hospital</b>	Atenção primária como <b>coordenadora</b> de uma resposta integrada em todos os níveis
APS é <b>barata</b> e requer apenas um modesto investimento	APS não é barata: requer investimentos consideráveis, mas é <b>mais eficiente</b> do que qualquer outra alternativa.

**Fonte:** Giovanella (2011).

Especialmente em termos conceituais, foram significativos os avanços na abordagem da saúde, sobretudo em relação à importância de sua promoção, de melhoria de seus determinantes e seu papel para o desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida. Contudo, por se tratar de um processo que envolve várias etapas e que tem concretização lenta, os avanços em termos práticos ainda são menores. Sobre esse assunto, estudiosos como Westphal (2007) destaca a necessidade de buscar por evidências que comprovem a efetividade dessa nova forma de fazer saúde e de se ter clareza sobre o significado e a aplicação do referencial qualidade de vida e Promoção da Saúde, para responder questões como:

A Promoção da Saúde que objetiva a melhoria da qualidade de vida e inclui outros campos de ação para garantir a equidade e favorecer a criação de ambientes e opções saudáveis, está avançando nessa direção? Está, de fato, envolvendo o estabelecimento de mecanismos de integração via negociação entre setores institucionais e destes com a sociedade civil? Tem fortalecido a capacidade da população para participar nas decisões que afetam sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis? Tem estimulado o diálogo entre saberes diversos e o reconhecimento, ou melhor, a inclusão de todos os atores responsáveis por viabilizar ações de atenção e promoção de saúde de populações? (WESTPHAL, 2007, p. 30).

Conforme reconhecido no relatório da *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH/WHO) (2008) apesar de o modelo social de saúde não ter sido colocado em prática, sobretudo porque no contexto dos anos de 1980 as políticas econômicas priorizavam a redução dos gastos públicos, seus proponentes não desapareceram e a partir dos anos 2000 passaram a ter papel central na agenda da WHO. Bem como, nas políticas públicas de alguns países, como no Brasil, que é cada vez maior o consenso da necessidade de fortalecimento da prevenção e da promoção da saúde, em contexto de permanência de algumas doenças crônicas e de mudanças demográficas. No relatório da WHO é destacado que:

O movimento médico-social da América Latina, os Cuidados de Saúde Primários Orientados para a Comunidade que surgiram na África do Sul pré-apartheid (Kark & Kark, 1983) e se difundiram pelo Canadá, Israel, Estados Unidos e Reino Unido (País de Gales) (Abramson, 1988), o movimento de saúde comunitária nos Estados Unidos (Geiger, 1984; Geiger, 2002; David et al., 1999), Canadá (Hutchinson, Abelson & Lavis, 2001) e Austrália (Baum, Fry & Lennie, 1992; Baum, 1995), o Village Health Worker (Programa Rural de Saúde no Trabalho) (Sanders, 1985), o People's Health Movement (Movimento de Saúde Popular), o Comentário Geral sobre o Direito à Saúde e a visão social alargada das MDMs, todos reafirmam a importância central da saúde, a necessidade de uma ação participativa e social para a saúde e o valor humano fundamental que é a igualdade na saúde (Tajer, 2003; PHM, 2000; NU, 2000a, NU, 2000b) (CSDH/WHO, 2008, p.36).

A partir deste contexto a Declaração de Nairobi, 2009, chama a atenção para a necessidade de ação e identifica as principais estratégias e compromissos urgentes para sanar os déficits da promoção da saúde, como: integrar os princípios de promoção da saúde à

agenda política e de desenvolvimento, investir na capacitação para a participação, no estabelecimento de parcerias, no reforço dos sistemas de saúde, na alfabetização e aproveitar das TIC disponíveis. Afinal, a WHO no relatório final da CSDH (2008) reconhece que a partir da segunda metade do XX ocorreram melhorias significativas na área de saúde em vários contextos, dos e entre os países, e que existem conhecimentos para provocar melhorias ainda mais significativas no período de uma geração.

Embasado nas ideias, ações e evidências de conferência anteriores, promovidas pela WHO, e com vistas a contribuir para a formulação dos objetivos da agenda de desenvolvimento pós-2015, a Declaração de Helsinki, de 2013, destaca a importância da ação intersetorial das políticas públicas para a promoção da saúde. Além da Declaração, da chamada para a ação para o Movimento pela Saúde dos Povos, esta Conferência oferece um “Quadro de Ação para os Países”, o qual fornece orientações concretas e demonstra como implementar ações em *Health in All Policies* (HiAP), ou seja, considerar a “Saúde em Todas as Políticas”. São enfatizadas as consequências das políticas públicas nos sistemas de saúde, determinantes da saúde e bem-estar, as quais, por conseguinte estão relacionadas com contribuições para desenvolvimento sustentável. Conforme consta no documento,

Políticas em todos os setores podem ter um efeito profundo sobre a saúde da população e equidade em saúde. No nosso mundo é interligado, a saúde é moldada por muitas forças poderosas, especialmente as alterações demográficas, a rápida urbanização, a mudança climática e da globalização... A saúde das pessoas não é responsabilidade apenas do setor da saúde, inclui também questões políticas mais amplas, como as políticas de comércio e estrangeiros. Enfrentar isso requer vontade política para envolver a saúde em todos os níveis de governo (THE 8TH GLOBAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 2013a, tradução nossa).

Para o alcance de tais pressupostos é preciso que os governos adotem uma série de iniciativas, como:

i) **comprometer-se com a saúde e a igualdade na saúde como uma prioridade política**, adotando os princípios da Hiap e agindo sobre os DSS; ii) **garantir a eficiência das estruturas, processos e recursos** que permitem implementação da abordagem Hiap; iii) **fortalecer a capacidade dos ministérios da saúde para envolver outros setores do governo** por meio de liderança, parceria, advocacia e mediação para alcançar melhores resultados em saúde; iv) **reforçar a capacidade institucional e as competências** que permitem a implementação das Hiap e fornecer evidências sobre os determinantes da saúde e desigualdade e respostas eficazes; v) **adotar auditoria e mecanismos de prestação contas transparentes** para a saúde e impactos patrimoniais que construam a confiança em todo o governo e entre governo e seus povos; vi) **estabelecer conflito de medidas de interesse** que incluem eficazes salvaguardas para proteger as políticas de distorção, comercial e interesses e influência adquiridos; e vii) **incluir as comunidades, movimentos sociais e da sociedade civil** no desenvolvimento, implementação e monitoramento de Hiap, construindo literacia em saúde na população (THE 8TH GLOBAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 2013b, p.2 tradução nossa)

As orientações contidas no referido quadro podem ser adaptadas às diferentes escalas, desde o nível internacional até o local. Contudo, ainda não é prática comum, e é desconhecida por várias realidades, o que pode mudar já que, recentemente a proposta está sendo utilizada em contextos que buscam inovação e tentativas para resolver os problemas de saúde (WHO, 2013).

Especialmente no início do século XXI, sobressaem também os eventos internacionais, regionais e nacionais, voltados especificamente para o tema dos DSS da saúde, a exemplo da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, ocorrida no Rio de Janeiro em 2011, que resultou na Declaração Política do Rio, aprovada pela WHO em 2012, na ocasião da 65ª Assembleia Mundial de Saúde ocorrida em Genebra, Suíça<sup>35</sup>. Na declaração são ressaltadas 5 iniciativas necessárias para a construção de uma sociedade saudável, a saber: 1) a adoção de uma melhor governação para a saúde e desenvolvimento; 2) a promoção da participação na formulação de políticas e implementação; 3) a reorientação do setor de saúde no sentido de promover a saúde e reduzir as desigualdades na saúde; 4) o fortalecimento da governança global e de colaboração; 5) o monitoramento do progresso e aumento da responsabilidade. Acrescenta-se ainda a aprovação pela Assembleia Geral da ONU em 2012, da resolução 67/81 intitulada “Política Externa e Saúde Global”, que chama a atenção para a necessidade de ampliação dos esforços para a criação de sistemas de saúde de cobertura universal, os quais devem basear-se nas capacidades de medidas de saúde pública ampla, proteção da saúde e considerar os determinantes sociais da saúde por meio de políticas em todos os setores (WHO, 2013a).

No decorrer do ano de 2013 o empenho em relação aos DSS se manteve, cujo tema foi discutido na 66ª Assembleia Mundial da Saúde realizada em Genebra, Suíça (2013), quando a diretora-geral Margaret Chan enfatizou a importância dos sistemas de gestão eficazes, dos programas de contexto específico que abordem os determinantes sociais e ambientais para a promoção da equidade. Como uma tentativa de viabilizar que os avanços conceituais, no sentido do conhecimento das desigualdades e de seu controle, sejam colocados em prática, especialmente pelos países em desenvolvimento, no ano de 2013 foi lançado um “Manual para a monitorização da desigualdade em saúde”. No contexto brasileiro a 13ª Conferência Nacional de Saúde teve como eixos norteadores: Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; Políticas

---

<sup>35</sup> Paralelamente o governo do Reino Unido, em parceria com a Associação Médica Mundial (WMA) e com a Federação Internacional das Associações de Estudantes de Medicina (IFMSA), realizou um evento em que forma explorados os mecanismos concretos relacionados com o papel dos profissionais de saúde.

Públicas para a Saúde e Qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social; e a Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.

Logo, se a saúde é tratada a partir de uma perspectiva sistêmica com múltiplos determinantes é necessário políticas intersetoriais, afinal conforme destaca Lalonde (2002) não é exclusiva a responsabilidade do setor de saúde em lidar com questões como o tabagismo, má condição física, beber e dirigir, desnutrição, más condições de habitação, abastecimento de água contaminada, estradas ruins, degradação do meio ambiente, renda insuficiente, etc. O estudioso transpõe o conteúdo da declaração de Georges Clémenceau, de que a guerra era demasiado importante para ser deixada aos generais, para a política de saúde, no sentido de que, esta é holística e um desafio para todas as sociedades no âmbito de todas as políticas. Além disso, tem-se percebido que a contribuição da comunidade internacional é essencial para o seu sucesso, ainda que esta deva ser adequada às realidades particulares.

## **2.2. Evolução teórica e prática da saúde pública em escala nacional**

*A saúde expressa a qualidade de vida de uma população, um bem-estar da sociedade. Produzir saúde socialmente é gerar processos participativos e orientá-los (Mendes, 2000).*

Tal como em escala global, em que debates conduziram a uma nova perspectiva para abordagem da saúde determinada política, econômica e socialmente, para superar a orientação curativa e centralizada inerente ao modelo médico assistencial, a partir da década de 1970, quando o país passava por mudanças políticas e econômicas e um processo de redemocratização, iniciaram importantes medidas para a mudança na concepção de saúde no Brasil. Dentre elas desenvolvimento do ensino da medicina preventiva e social e desenvolvimento de projetos-piloto de medicina comunitária.

Neste contexto, emergiu no país uma reforma sanitária a partir do movimento coordenado por grupos de intelectuais localizados em espaços acadêmicos e institucionais, articulados com partidos políticos de esquerda, além de serem criadas importantes instituições, inicialmente no âmbito acadêmico, nomeadamente o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) - criados em 1976 e 1979- e, posteriormente no plano político-institucional, com a crise da Previdência Social no início dos anos 1980, quando foram criados:

o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) que teve nas Ações Integradas de Saúde (AIS) um de seus pilares. As Ações Integradas de Saúde foram implantadas em 1983 como um programa de atenção médica para áreas

urbanas, numa co-gestão entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e as Secretarias Estaduais de Saúde. [...] Os Secretários Estaduais de Saúde criaram em fevereiro de 1982 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). [...] Em 1988, criou-se o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). (BRASIL, 2006, p.24).

A VIII Conferência Nacional de Saúde Pública, ocorrida em março de 1986 – portanto, 8 meses antes da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual decorreu a Carta de Ottawa-, consiste no evento político-sanitário de maior importância para a reforma sanitária brasileira, ao definir que “a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” e lançar as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde e para a elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988. A partir de então, passou-se ao conceito amplo de saúde como resultado de políticas econômicas e sociais; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da descentralização, da integralidade e da participação da comunidade.

Já em 1987, foi implantado no executivo federal, um arranjo institucional denominado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) nos estados, que foi a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na seção de saúde, art. 196-200 da Constituição Federal, e por conseguinte das Leis n. 8.080 e 8.142 de 1990 constituem as bases jurídicas, constitucionais e infraconstitucionais do SUS. (BRASIL, 2006).

Em conformidade com sua origem a partir de um processo social, enquanto política pública o SUS mantém-se reformando, recriando e renovando por meio de reformas incrementais, quadro 10, em consonância, por vezes mais adiantado, na mesma perspectiva das reformas sanitárias internacionais. Ao longo da existência do SUS foram significativas as melhoras nos indicadores de morbi-mortalidade, além do incremento dos programas com vistas à qualidade de vida a partir da Norma Operacional Básica (NOB/96), do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) e das Ações de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária.



**Quadro 10** - Breve cronologia da Reforma Sanitária no Brasil.

<b>Década de 1970</b>	<b>Década de 1980</b>	<b>Década de 1990</b>	<b>Década de 2000</b>	<b>Década de 2010</b>
Críticas ao modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar. Medicina social. Ciências sociais em saúde	Movimento de redemocratização do país e “movimento sanitário”	Leis Orgânicas da Saúde, nº8080 e 8.142, reafirmando os princípios promocionais da Constituição (1990)	Busca pela humanização na saúde com controle social. Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2000)	Política Nacional de Atenção Básica e Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (2011)
Surgimento dos primeiros projetos de atenção primária/medicina comunitária (Montes Claros/MG, Papucaia/RJ e Niterói/RJ)	VIII Conferência Nacional de Saúde, com afirmação de princípios da promoção da saúde (sem este rótulo): determinação social e intersetorialidade.	Organização dos Conselhos de Saúde em todos os níveis: participação social, composição paritária, representação intersetorial (1991)	Criação do Cadastro Nacional dos usuários do SUS. Regulação do setor privado. NOAS-SUS, que criou os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e introduziu a ideia de redes de assistência (2001)	Fortalecimento da Rede de Municípios Saudáveis (2011)
Surgimento do “movimento sanitário”	Processo constituinte, com grande participação do “movimento sanitário” (1986-1988)	Plano Nacional de Saúde e Ambiente: elaborado, não sai do papel (1995)	XII Conferência Nacional de Saúde (2004), discute-se a intersetorialidade na gestão política, para dar conta dos determinantes e condicionantes da saúde, tida como melhor indicador da qualidade de vida.	Ementas Constitucionais, sobretudo para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (2012)
	Constituição Federal (1988)	Programa de Agentes Comunitários e Saúde da Família -PACS e PSF- por meio de Operacionais da Assistência à Saúde-NOB's especialmente a de 96; Pesquisa Nacional de Opinião sobre Saúde; Debates sobre Municípios Saudáveis	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e de Promoção da Saúde. Portaria nº 399 Pacto pela saúde composto por 3 pactos: pela vida, defesa e de gestão do SUS (2006).	Programa Mais Médicos e Movimento Saúde + 10 (exige a destinação de 10% da Receita Corrente Bruta para a Saúde. (2013)
			Políticas para grupos específicos (deficientes, indígenas, grupos baixo poder aquisitivo, transtornos mentais, direitos sexuais) e políticas nacionais para áreas específicas como a saúde bucal (Década 2000)	Redefinição da Política Nacional de Promoção da Saúde (2014)

**Fonte:** adaptado a partir de Buss (2000). **Org.** Alves (2015).

Apesar dos grandes avanços na saúde pública por meio do SUS, amplamente presente na vida dos brasileiros – presente nas ações de vigilância sanitária, atenção à saúde, pesquisas e tecnologias de ponta, produção de insumos, emergências e ações de maior complexidade etc.- é necessário que as reformas continuem nos próximos anos, afinal os desafios continuam dentre os quais está o cumprimento pela União, Estados e Municípios da Emenda Constitucional 29, que determina investimentos progressivos na saúde por esses vários níveis de governo, o acesso com qualidade em tempo oportuno. Finkelman (2002) destaca também:

[...] o processo de reconstrução da autoridade sanitária; o incentivo geracional para uma nova cultura da saúde, com participação cidadã e fortalecimento da infraestrutura, da tecnologia e dos recursos humanos para o exercício de uma saúde pública capaz de enfrentar antigos e novos desafios para a proteção da saúde num mundo globalizado e com ampla diversidade de realidades locais. A nova geração de reformas tem o desafio de trabalhar com modelos de proteção e de inclusão social, incentivando os mecanismos de solidariedade e promovendo os direitos dos cidadãos. (FINKELMAN, 2002, p. 298).

A partir da criação do SUS tem-se sido grandes e importantes as mudanças administrativas, porque este propôs:

o fim da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente. Para os incluídos havia a Saúde Previdenciária a que tinham direito os portadores da “carteirinha” do Inamps; para os não incluídos restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes [...] O rompimento com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com uma concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho, a cidadania regulada (Santos, 1979). (BRASIL, 2006).

Na perspectiva da saúde, esta passou ao paradigma da produção social, com a valorização da atenção primária, ou melhor, da atenção básica<sup>36</sup>, da vigilância à saúde, da prevenção, da promoção da saúde, da participação social, da intersetorialidade, da alfabetização sanitária, etc. em consonância com os pressupostos dos documentos da WHO. Portanto, segundo Finkelman (2002), o SUS, faz parte do esforço da sociedade por qualidade de vida, segundo uma abordagem da saúde em toda a sua complexidade, considerando seus os elos com outras questões como o desenvolvimento sustentável.

---

<sup>36</sup> O termo “Atenção Primária” foi cunhado na década de 1920, no Relatório Dawson, que identificava os “Centros de Atenção Primária à Saúde”, como serviços regionalizados no Reino Unido. Foi definida em 1978 na declaração de Alma-Ata como a oferta de “cuidados essenciais de saúde baseados em práticas, métodos e tecnologias cientificamente embasadas e socialmente aceitáveis, acessíveis universalmente a indivíduos e famílias em suas comunidades, através de sua plena participação e a um custo suportável à comunidade e ao país, mantendo a autodeterminação das nações em cada estágio de desenvolvimento”. Contudo, em função de crises, e da própria ambiambiguidade do termo primário, que pode ser primeiro contato, tipo de serviços, etc, seus princípios originais acabaram se perdendo, com no caso do Brasil com vistas a manter os fundamentos originais da APS adota-se denominação “Atenção Básica à Saúde” (ABS)

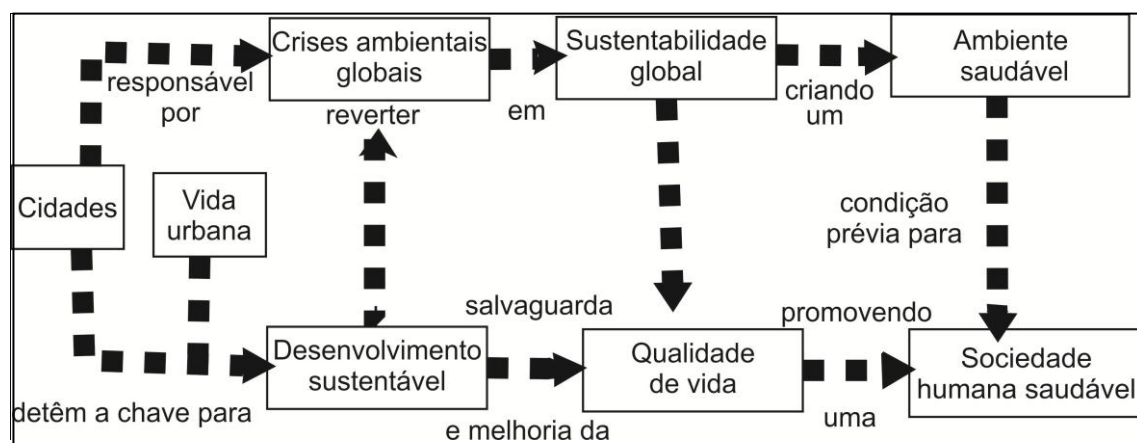
Além do SUS e outras iniciativas como a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 2006, para apoiar e articular a atuação do setor público, instituições de pesquisa e da sociedade civil sobre os determinantes sociais relacionados à melhoria da saúde e redução das iniquidades, segundo o modelo de Dahlgren; Whitehead (1991) e Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) com o objetivo de promover a qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes dos – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, demonstram que o Brasil tem sido pioneiro, especialmente em termos teóricos, nos avanços em relação à promoção da saúde pública.

### 2.3. Determinantes da saúde e da qualidade de vida

*A saúde é histórica e socialmente construída, o que caracteriza sua determinação social. (FioCruz).*

Entre o fim do século XX e início do XXI questões relacionadas ao desenvolvimento econômico, à qualidade da comunidade e do ambiente, à saúde, à qualidade de vida e ao bem-estar têm assumido crescente destaque em várias esferas da sociedade, cada vez mais consciente da necessidade da implementação de iniciativas que levem ao alcance daqueles atributos, que estão intrinsecamente relacionados, cujas relações/desafios têm sido explicitadas em vários estudos e há alguns anos, como por exemplo, no relatório sobre as cidades europeias sustentáveis, figura 8, (WHO, 1997).

**Figura 8** - Conceitos chaves que afetam a saúde e o desenvolvimento sustentável.



Fonte: WHO (1997). Adaptado por: Alves (2015).

Estudos demonstram que os paradigmas dos modos produção e consumo vigentes, especialmente num contexto de intensos processos de urbanização e globalização, têm relações com os problemas: ambientais, econômicos, sociais e consequentemente de saúde<sup>37</sup>, que ocorrem em escala global, porém mais visíveis no contexto das cidades dos países mais pobres, vulneráveis e marginalizados, como foi alertado, ainda na década de 1980, sob um enfoque mais amplo pelas Nações Unidas no relatório “Nosso Futuro Comum” e em várias outras ocasiões, sendo a última na Agenda Pós-2015, a partir dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)<sup>38</sup>, ocasião em que o Painel de Alto Nível sobre a Agenda de Desenvolvimento pós-2015, declarou que “as cidades são onde a batalha para o desenvolvimento sustentável será ganha ou perdida [...]” (FUTURE OF PLACES, 2015).

Com foco na saúde foi reforçado pela Comissão sobre Governança Global para a Saúde no relatório publicado pela The Lancet/Oslo University em 2014, que as decisões políticas e ações de atores fundamentadas em normas globais e em interesses exclusivos de mercado, são os responsáveis por muitas das iniquidades na saúde, esses são chamados de determinantes “políticos” da saúde<sup>39</sup>, logo, tais inequidades estão “ligadas à justiça e à equidade e não à variação biológica”.

Para resolução ou pelo menos mitigação de grande parte dos problemas é necessária a adoção de políticas baseadas no conceito de desenvolvimento sustentável, notadamente a partir de mudanças nas formas de produção e consumo, ou conforme destacado na publicação do Lancet (OTTERSEN et al. 2014) uma distribuição de poder político e econômico mais democrática, que seja sustentável social e ambientalmente.

Com efeito, os problemas devem ser tratados a partir de uma visão holística, pois os temas ambientais não podem ser resolvidos sem considerar os problemas humanos, como a pobreza e a desigualdade, dentre outros aspectos porque “a pobreza reduz a capacidade das

<sup>37</sup> Dentre tais problemas que afetam a saúde humana, pode-se citar: a mudança climática, a perda da biodiversidade, as inundações e secas, a crise alimentar, a utilização dos agrotóxicos, a poluição do ar, a falta de água, saneamento básico.

<sup>38</sup> Gallo; Setti (2014) destacam que Tal agenda contempla os pilares do desenvolvimento sustentável, o território, a interescalaridade e a intersetorialidade da saúde, e a governabilidade. Sendo que no âmbito da saúde [...] o desafio de inserir-la em uma agenda intersetorial e interescalar que enfrente seus determinantes sociais em um processo de governança participativo, capaz de construir uma hierarquia de prioridades a partir das necessidades do território e de produzir soluções tecnopolíticas baseadas na ecologia de saberes, constituindo um processo de gestão estratégico situacional e comunicativo. [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001104383#t02](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104383#t02)

<sup>39</sup> Sobre os DPS, no documento são citados como exemplos: as políticas de austeridade fiscal neoliberais impostas pela troika (FMI, Banco Central Europeu e Comissão Europeia) a países periféricos ao circuito central da economia capitalista, como a Grécia, Portugal, Espanha e Irlanda. Tais políticas resultaram na decadência de instituições públicas sociais e de saúde, bem como no ressurgimento de enfermidades que haviam sido controladas. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62407-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62407-1/fulltext)

peessoas para usar os recursos de forma sustentável, que intensifica a pressão sobre o meio ambiente”; além disso, apesar do crescimento econômico ser importante para a redução da pobreza, este não é suficiente, pois podem coexistir altos níveis de atividade produtiva e pobreza. A possibilidade de satisfação de necessidades básicas como: educação, alimentação, habitação, saneamento, renda etc., é um pré-requisito fundamental para se construir um ambiente saudável, que por sua vez possibilita a satisfação de outras aspirações por uma vida melhor e o alcance da qualidade de vida.

Por outro lado, ao considerar que os seres humanos estão no centro da preocupação com o desenvolvimento sustentável e que são a base para as ações, a sociedade urbana considerando a diversidade de gênero, social e física, pode ser a chave para a concretização do desenvolvimento sustentável e superação, de pelo menos parte, das crises globais. Há iniciativas que buscam a materialização desta realidade com vistas, também a desfrutar de melhores condições de saúde e de qualidade de vida.

Como reconhece a FioCruz no contexto brasileiro, a promoção da saúde, a saúde ambiental e do trabalhador e o complexo produtivo da saúde têm grande potencialidade no combate da pobreza, por meio da inclusão social e da conservação e proteção do meio ambiente em um processo democrático e participativo, e em um sentido mais amplo para a promoção do desenvolvimento sustentável e construção de uma sociedade saudável.

Conforme destacado no relatório da CSDH, atualmente as duas agendas que ocupam um papel de grande importância são: a igualdade na saúde e as alterações ambientais, pois há “um reconhecimento generalizado de que a perturbação e o esgotamento dos sistemas de recursos naturais, incluindo as alterações climáticas, não são meras discussões técnicas a realizar entre especialistas ambientais, mas que, pelo contrário, têm implicações profundas no modo de vida das pessoas por todo o mundo e em todos os seres vivos”, cujas questões requerem soluções inovadoras. (CSDH/WHO, 2008, p.29).

Como destaca a WHO, a nova etapa da história da sociedade e, especialmente das cidades depende de como o ser humano e a comunidade – considerando os diferentes setores - evoluem e das escolhas realizadas, desde a escala global até o nível individual. Optar pelo aproveitamento da potencialidade dos diferentes grupos culturais, étnicos e gêneros para promoção dos direitos humanos, eleger novos valores e prioridades e estabelecer objetivos sustentáveis a serem alcançados, considerar as inter-relações inerentes à complexidade sistêmica da terra para agir, são exemplos de boas escolhas para o futuro.

Com enfoque específico na saúde como entendê-la neste contexto? Um ponto de partida pode ser o revigoramento da concepção de que a saúde não é exclusivamente

biológica, mas socialmente determinada, que por muito tempo permaneceu negligenciada. E também a abordagem da saúde ao longo da vida, ou seja, que esta decorre da acumulação benefícios ao longo de um longo período de tempo e conforme afirmam Druet et al., (2010) apud WHO (2013b) que há os vários os setores que afetam a saúde, da mesma forma que a saúde afeta vários setores. Como por exemplo, a educação que pode resultar em melhores condições de saúde, alfabetização sanitária, bem-estar etc. e, por conseguinte na redução da exclusão social e na transmissão intergeracional da pobreza, os quais afetam negativamente a saúde<sup>40</sup> (WHO, 2013b, p.25). Da mesma forma, conforme destaca a WHO (2012) a saúde influencia o avanço social em geral.

Como citado por Mendes (2011, p.258), Macinko et al.(2006) mostraram que o fator de maior relevância na queda da mortalidade infantil no Brasil foi a escolaridade das mães. O autor cita outros estudos que mostram que a menor escolaridade está associada a menor expectativa de vida (MESSIAS, 2003); a menor utilização de serviços preventivos de câncer de mama e de colo de útero (IBGE, 2003); a pior autopercepção do estado de saúde (DACHS, 2002); e a maior prevalência de doenças crônicas (LESSA et al., 2006). (MENDES, 2011).

No século XXI, caracterizado por novos e antigos desafios, por vezes agravados por fenômenos como a globalização<sup>41</sup>, a intensa urbanização, as mudanças no perfil demográfico e, em um sentido amplo, por crises econômicas e ambientais, há uma retomada, com admirável notoriedade, desta concepção de que a saúde é reflexo do ambiente, entendido como tudo interfere na existência humana. Ocorre a retomada também dos pressupostos do trabalho seminal de Herzlich (1973), que colocou ênfase na atitude do indivíduo em relação à saúde, muito parecido com a abordagem das pesquisas de bem-estar utilizando medidas subjetivas (DODGE, et al. 2012). No âmbito dos sistemas de saúde, destaca-se a valorização dos sistemas de saúde fundamentados nos pressupostos da atenção primária, segundo uma concepção de organização em redes (MENDES, 2011).

Deste modo, segundo Mendes (2011) o entendimento da saúde pública contemporânea abarca três concepções: a da determinação social da saúde, a de que condições de saúde singulares requer programas específicos e a da necessidade do enfoque sistêmico para comunicação horizontal das organizações do setor saúde.

---

<sup>40</sup> Essa relação entre educação e saúde é histórica remontando à consciência sanitária dos movimentos higienistas, sendo que passou por um período de certo esquecimento e tem sido retomando neste século. Os governos como o da Austrália do Sul e do Reino Unido, têm investido na governança compartilhada dos setores de educação para os pais e saúde das crianças. Já o da Cingapura estabeleceu um quadro com quatro principais estratégias que visam aumentar a participação, a saúde e a segurança das pessoas mais velhas. O qual pode ser usado também para pessoas de outras idades.

<sup>41</sup> Buss (2006) analisou a influência da globalização sobre a pobreza e as condições de saúde, e sobre as condições de vida em geral.

A particularidade da conjuntura pode ser ponderada pela ocorrência de eventos como: a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, em março de 2005 pela WHO, para atuar em nível mundial, na promoção de uma tomada de consciência sobre: a importância dos DSS e das iniquidades de saúde causadas por eles, que devem ser abordados a partir de estratégias intersetoriais, em que a saúde seja sempre considerada no planejamento e na governança urbana. O grupo de estudiosos sob liderança de Michael Marmot, também composto por especialistas como Amartya Sen e Giovanni Berlinguer, apresentou em 2008 um relatório<sup>42</sup>, em que os aspectos apontados pela WHO foram postos em discussão para responder como o poder público pode atuar para reduzir as inequidades da saúde. Perspectiva convergente com os pressupostos da Carta de Ottawa e do Movimento Cidades Saudáveis, portanto existente desde os anos 1980-1990.

Segundo a WHO, vários países e parceiros integraram a vanguarda do “novo”<sup>43</sup> movimento em prol de melhorias das condições de vida dos cidadãos em nível global, entre eles o Brasil<sup>44</sup>, que por meio de Decreto Presidencial, criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em março de 2006, com um mandato de dois anos. Em nível internacional destaca-se ainda a criação do “institute of health equity” em novembro de 2011, pelo estudioso Michael Marmot, Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde e Sociedade Justas Vidas Saudáveis, com vistas a revisar os Determinantes Sociais da Saúde no âmbito da UE.

A própria definição de saúde da WHO enquanto “um estado de completo desenvolvimento físico, bem-estar mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”, elaborada no ano de 1948, na ocasião da criação desta organização, contempla uma concepção bastante abrangente de saúde<sup>45</sup>. Da mesma forma que concepção de que a saúde “é criada no ambiente da vida cotidiana e é influenciada por ações e decisões da maioria setores” prevista na Carta de Ottawa (1986).

<sup>42</sup> [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/)

<sup>43</sup> A novidade, talvez possa ser atribuída, especialmente à Carta de Ottawa, percursora dos pressupostos, agora retomados.

<sup>44</sup> Segundo o relatório da (WHO/ CSDH p.31), além do Brasil, subscreveram a visão da comissão: Canadá, Chile, República Islâmica do Irão, Quênia, Moçambique, Sri Lanka, Suécia e Reino Unido, todos se tornaram parceiros da Comissão e fizeram progressos no desenvolvimento de políticas. Outras nações como: Argentina, México, Polónia, Tailândia, Nova Zelândia e Noruega demonstraram entusiasmo em aderir à visão. Do rol de nações, a lista de países parceiros da Comissão é, para já, relativamente pequena. Em muitos locais, a situação mantém-se inalterada e sem dúvida levarão muito tempo a mudar, contudo, os países parceiros da Comissão são uma poderosa expressão de vontade política e de compromisso prático. Contudo, o Brasil foi o único país a criar uma comissão nacional, se engajando precocemente no movimento.

<sup>45</sup> Para Nogueira e Remoaldo (2010) esta definição permanece como um ideal, que dificilmente se atinge, porque todos os indivíduos passam por períodos, mais ou menos longos, de ausência de saúde ao longo da sua vida. REMOALDO, Paula, Cristina A.; NOGUEIRA, Helena. Olhares geográficos sobre a saúde. Porto: Edições Afrontamento, 2010.

Nestas definições a saúde extrapola dos limites da área médica, focados nos serviços de saúde para cura das doenças e avança no sentido da “Promoção da Saúde”, ao entender que esta resulta dos efeitos de todas as condições da vida dos indivíduos, ou outras palavras a saúde é resultado de determinantes sociais, os quais de acordo com a WHO (2014) são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais são moldadas pela distribuição de dinheiro poder e recursos a nível global, nacional e local. Conforme ressalta Mendes (2011, p.247) os DSS abarcam as três correntes da epidemiologia social não mutuamente exclusivas, saber: a dos fatores psicossociais, a da produção social da saúde/economia política da saúde e a da teoria ecossocial. Desta forma, essa abordagem da saúde envolve políticas públicas intersetoriais e as características e ações da população. Por conseguinte, concorda-se com Buss (2000, p.164) que esta consiste em um “campo conhecimento e de prática, para a qualidade de vida”.

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) assegura que os DSS são: os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais e os fatores de risco na população, sendo que as condições socioeconômicas, culturais e ambientais são concebidas como fatores macrodeterminantes. (GALLO, et al. 2012). A “knowledge Network on Urban Settings (KNUS)” que integra a “Commission on Social Determinants of Health” da WHO lista como exemplo dos principais DSS: as condições da habitação e da vida, o acesso a água e boas condições sanitárias, um eficiente sistema de administração, segurança nos ambientes de trabalho e no bairro, segurança alimentar e acesso a serviços como: educação, segurança, transporte público, os quais são assegurados por uma boa governança.

Buss e Pellegrini Filho (2007, p.80) distinguem os determinantes de saúde dos indivíduos e os dos grupos e populações. Os autores explicam que alguns fatores que são importantes para as diferenças no estado de saúde dos indivíduos, como dieta, sedentarismo etc., não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas, que podem permanecer inalterados, e complementam que “enquanto os fatores individuais são importantes para identificar que indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maiores riscos, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores, principalmente o grau de equidade na distribuição de renda”.

A compreensão das interligações dos DSS e com as condições de saúde está em constante evolução, conforme destacam Buss e Pellegrini Filho (2007) a concepção da determinação da saúde remete teoria miasmática, do século XIX, que conseguia responder às mudanças sociais e práticas de saúde no contexto da industrialização e urbanização. Contudo,



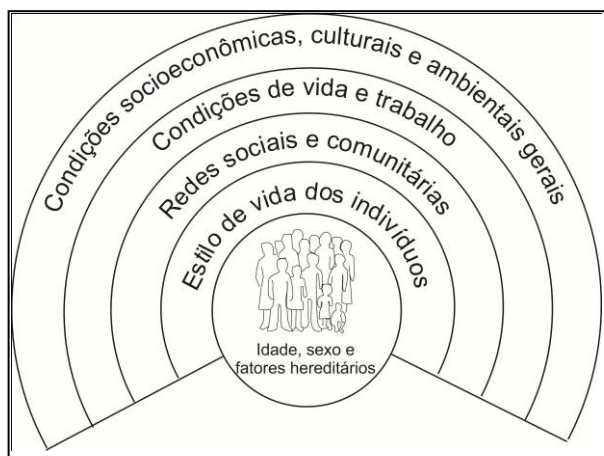
ao longo dos anos não se manteve apenas este enfoque da saúde determinada por fatores sociais e ambientais, nas palavras dos autores observa-se “períodos de forte preponderância de enfoques mais centrados em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, intercalados com outros em que se destacam fatores sociais e ambientais”. Assim, na década de 1950, marcada por campanhas para combate e prevenção de doenças, a ênfase era nos aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, no final da década de 1970 na Conferência de Alma-Ata, o enfoque era nos determinantes sociais, sendo que em 1980 a atenção volta-se novamente para uma concepção centrada na assistência médica individual, e por fim o contexto de elaboração das “Metas do Milênio”, e o lema “Saúde para todos no ano 2000” recoloca a atenção nos determinantes sociais, cuja concepção tem sido fortalecida ao longo dos primeiros anos do século XXI. A criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da WHO, em 2005, representa a intensificação deste enfoque.

Afinal, conforme afirma Rochon (2013, p. 9) as desigualdades sociais e os determinantes, têm influencia em 80 % da saúde da população, o autor ressalta que

É preciso uma visão clara e compartilhada sobre o futuro desejado, além de uma vontade política em todos os níveis de decisão para realocar os recursos e um envolvimento ativo da população, aqui reconhecido o poder dos cidadãos. Em complemento, é necessário focar sobre a melhoria contínua do desempenho do sistema de saúde e de serviços sociais. O desenvolvimento de competências é a chave para mudar práticas profissionais e de gestão a fim de transformar as organizações de modo a gerir com eficácia o acesso à linha contínua de cuidados de qualidade, completos e coordenados. Os sistemas de saúde estão, pois, confrontados à necessidade de evoluir em dois aspectos :1)- o **trabalho em rede** com os parceiros intersetoriais, tais como escolas e municípios, sobre os determinantes da saúde (educação, trabalho, moradia, transporte...) e 2)- a otimização dos processos de produção e de funcionamento das linhas contínuas de cuidados, de modo a melhorar sua qualidade, segurança e eficácia. (grifo nosso).

Nesta perspectiva da saúde determinada socialmente, Dahlgren e Whitehead (1991) conceberam um modelo em que fatores determinantes da saúde são compreendidos a partir de diferentes níveis (figura 9). Em um primeiro nível os autores destacaram características individuais (sexo, idade, características hereditárias), em um nível macro foram consideradas as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, ou seja, dos macro determinantes de saúde, e entre estes dois níveis aparecem as condições de vida e trabalho (emprego, saneamento, serviços de saúde, habitação, educação, alimentos, ambiente de trabalho, etc.), as influências sociais e da comunidade (redes de apoio, que se expressam em coesão social) e os estilos de vida individuais.

**Figura 9** - Principais determinantes da saúde para Dahlgren e Whitehead (1991).



**Fonte:** Dahlgren e Whitehead (1991) apud WHO (1997). Adaptado por: Alves (2015).

Esta compreensão dos determinantes da saúde contribui especialmente para o desenvolvimento de políticas públicas, que devem contemplar os vários níveis, ou seja, é demandando o desenvolvimento de macro políticas, que incidam sobre os determinantes sociais da saúde, políticas específicas grupos/pessoas particulares, a fim de solucionar os problemas das iniquidades em saúde, combinadas com mudanças nos fatores individuais.

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) tem sido amplamente considerado no Brasil, pela CNDSS e no âmbito do SUS. Por exemplo, Mendes (2007) para desenvolver o Modelo de Atenção às Condições Crônicas de Saúde (MACC) a ser aplicado no SUS, considerou o modelo do DSS, os elementos do Modelo da Atenção Crônica (CCM)<sup>46</sup>, e as relações que se estabelecem entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos serviços de saúde e em função da singularidade do sistema público brasileiro de atenção à saúde (MENDES, 2011).

É reconhecido que as relações dos determinantes e a saúde não são simples e diretas, de causa-efeito, mas complexas. Muitas vezes, os pontos vulneráveis encontram-se transvestidos, escondidos em bolsões de pobreza que não são considerados por abordagens gerais ou positivistas.

Considerando o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) a CNDSS (2006), Buss e Pellegrini Filho (2007); Meireles, (2008) identificam alguns pontos para intervenções, a saber: 1) para o nível dos estilos de vida, destacam as políticas de abrangência populacional capazes

<sup>46</sup> Esse modelo estrutura-se em cinco níveis e em três componentes integrados: a população, os tipos de intervenções de saúde e os focos das intervenções de saúde. A população é estatificada segundo as necessidades de saúde. Os tipos de intervenção em saúde são propostos com base na divisão da população e no modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead, que sustenta o terceiro eixo do modelo que dispõem dos focos das intervenções. (MENDES, 2011).

de mudar comportamento, como programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis e desestímulo ao consumo de alimentos que podem prejudicar a saúde – como os refrigerantes-, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como a proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas; 2) para o nível da coesão social e das relações de solidariedade, destacam o estabelecimento de redes de apoio e fortalecimento da organização e participação das pessoas e das comunidades, especialmente dos grupos vulneráveis, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar; 3) para o nível das condições de vida e trabalho destacam a importância de políticas, que são de responsabilidade de setores distintos, para a melhoria das condições materiais e psicossociais do ambiente, destacam as políticas e programas, como o “Cidades Saudáveis”, para a melhoria do acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde<sup>47</sup> e de educação de qualidade e outros 4) para o nível dos macrodeterminantes, destacam as políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem a promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade.

Os comportamentos e estilos de vida (JACKSON; KOCHTITZKY, 2001) são afetados por uma série de variáveis espaciais, por exemplo, a distância, a densidade, a forma e a disposição das ciclovias são determinantes para sua utilização, tal como ocorre com os transportes públicos; da mesma maneira que a acessibilidade aos parques, praças e à outras instalações urbanas; a prestação de calçadas/ciclovias e a qualidade estética percebida do bairro influenciam na prática de atividade físicas e recreativas. De modo que, a infraestrutura urbana disponível, em um primeiro momento, é fundamental para a adoção de hábitos saudáveis e para a qualidade de vida.

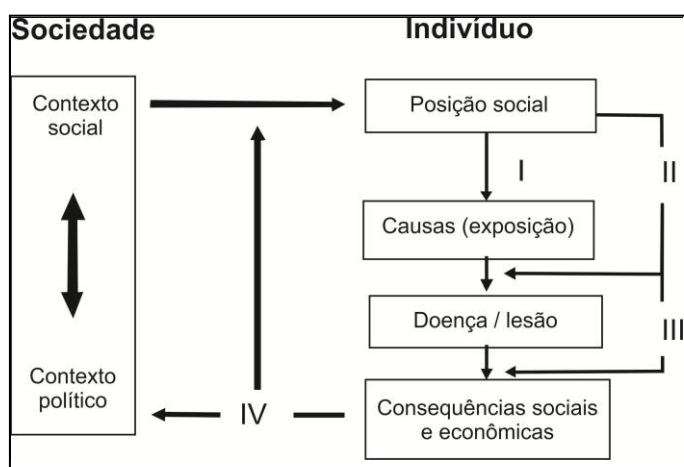
Outro importante modelo para os DSS é o modelo de Diderichsen e Hallqvist, (1998) ajustado por Diderichsen; Evans e Whitehead (2001), que tem como ideia central a posição social e o acesso às condições de saúde, que pode refletir em inequidades de saúde. O modelo, mostrado pela figura 10, tenta explicar 1) como o contexto social cria estratificação atribuindo aos indivíduos diferentes posições na sociedade; 2) o que provoca diferenças na exposição à

---

<sup>47</sup> Com foco nos serviços de saúde, Meireles (2008) enfatiza a importância de que seja assegurada “a acessibilidade, a equidade, a sustentabilidade e financiamento, a cobertura e controlo da utilização dos serviços, o investimento em medidas de promoção em saúde, investigação e formação dos seus profissionais”.

saúde, podendo criar situações de vulnerabilidade; (ambos estratificação social e vulnerabilidade influem na saúde) 3) a estratificação social também determina consequências diferenciais dos problemas de saúde para o trabalho e os custos para os cuidados; 4) as “consequências sociais e econômicas” da doença pode ter impactos sobre a situação socioeconômica do indivíduo e implicar na volta da doença no indivíduo, cuja situação tem reflexos no desenvolvimento social e econômico da sociedade.

**Figura 10** - Principais determinantes da saúde para Diderichsen, Evans e Whitehead (2001).



**Fonte:** Diderichsen; Evans e Whitehead (2001) apud WHO (1997). Adaptado por: Alves (2015).

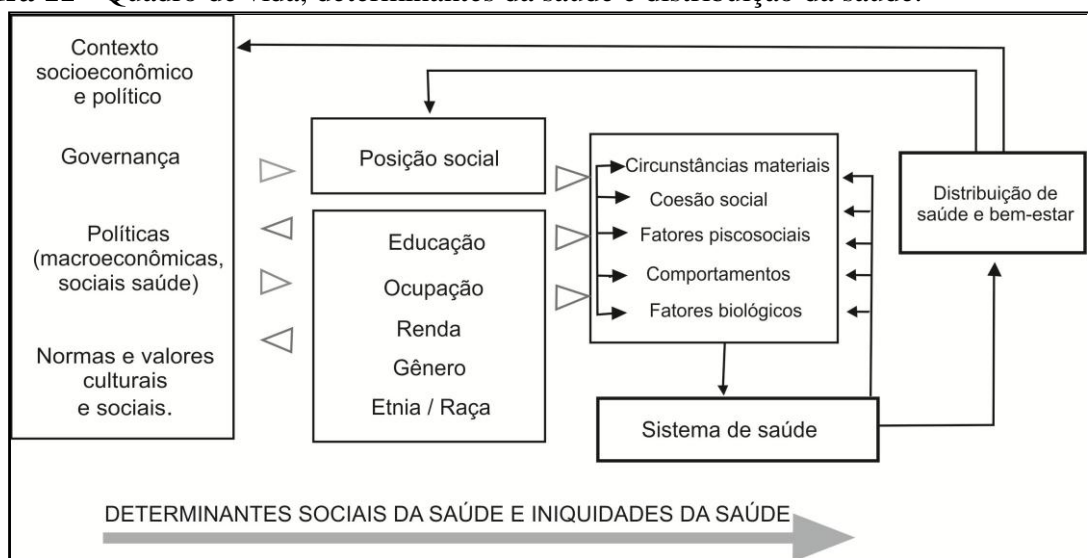
No caso do modelo de Diderichsen; Evans e Whitehead (2001), Buss e Pellegrini Filho (2007, p.87) sugerem que os pontos de intervenção sejam “sobre os mecanismos de estratificação social e sobre os diferenciais de exposição, de vulnerabilidade e de suas consequências”, sendo que os primeiros demandam “políticas que diminuam as diferenças sociais, como as relacionadas ao mercado de trabalho, educação e seguridade social, além de um sistemático acompanhamento de políticas econômicas e sociais para avaliar seu impacto e diminuir seus efeitos sobre a estratificação social” e os segundos requerem um

conjunto de políticas busca diminuir os diferenciais de exposição a riscos, tendo como alvo, por exemplo, os grupos que vivem em condições de habitação insalubres, trabalham em ambientes pouco seguros ou estão expostos a deficiências nutricionais. Aqui se incluem também políticas de fortalecimento de redes de apoio a grupos vulneráveis para mitigar os efeitos de condições materiais e psicossociais adversas. Quanto ao enfrentamento dos diferenciais de vulnerabilidade, são mais efetivas as intervenções que buscam fortalecer a resistência a diversas exposições, como por exemplo, a educação das mulheres para diminuir sua própria vulnerabilidade e a de seus filhos. A intervenção no sistema de saúde busca reduzir os diferenciais de consequências ocasionadas pela doença, aqui incluindo a melhoria da qualidade dos serviços a toda a população, apoio a deficientes, acesso a cuidados de reabilitação e mecanismos de financiamento equitativos, que impeçam o empobrecimento adicional causado pela doença.

Considerando a avaliação dos resultados globais, desta concepção de saúde, a qual fundamenta o movimento “Cidades Saudáveis”, Takano e Nakamura (2001) destacam que têm existido poucas tentativas neste sentido. Os autores consideram a inter-relação entre os determinantes da saúde (recursos de saúde, atividades de prevenção, qualidade ambiental, da habitação, a desordem urbana, educação, emprego, renda e economia local), por pares dos DSS por meio dos coeficientes de correlação de Pearson. Contudo, neste caso há estudiosos que destacam que não são considerados fatores como: os "determinantes dos determinantes" da saúde, a forma urbana, a participação pública e vida em comunidade.

Os modelos de Whitehead e Dahlgren (1991) e Diderichsen; Evans e Whitehead (2001) serviram de embasamento para a construção da estrutura conceitual utilizada pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) da WHO, figura 11. Segundo a WHO (2012) o bem-estar e saúde são conceitos interativos, determinados tanto pelo sistema de saúde como pelas características da comunidade e dos estilos de vida - determinantes estrutural e intermediário, respectivamente. Tais determinantes possuem diferentes tipos de ligações, influenciam na distribuição de resultados de saúde e contribuem para desigualdades de saúde e bem-estar.

**Figura 11** - Quadro de vida, determinantes da saúde e distribuição da saúde.



**Fonte:** Solar e Irwin (2007) apud CSDH/WHO (2008, 2012). Adaptado por: Alves (2015).

Conforme expresso na CSDH (2006) há a concordância de que os fatores são relacionados e que, portanto demandam de um conjunto de intervenções abrangentes, que perpassem pelas várias escalas macro, intermediária ou micro de DSS. Iniciando com as macroiniciativas, embasadas em valores universais para reduzir a estratificação social, passando provimento das infraestruturas essenciais, a ser garantido pela políticas públicas,

que devem estar acompanhadas por políticas de caráter transversal, que visam o fortalecimento da coesão social e das redes de solidariedade e ampliação do “capital social”, também essencial para a concepção e implementação de políticas e programas que assegurem, em última análise, a qualidade de vida.

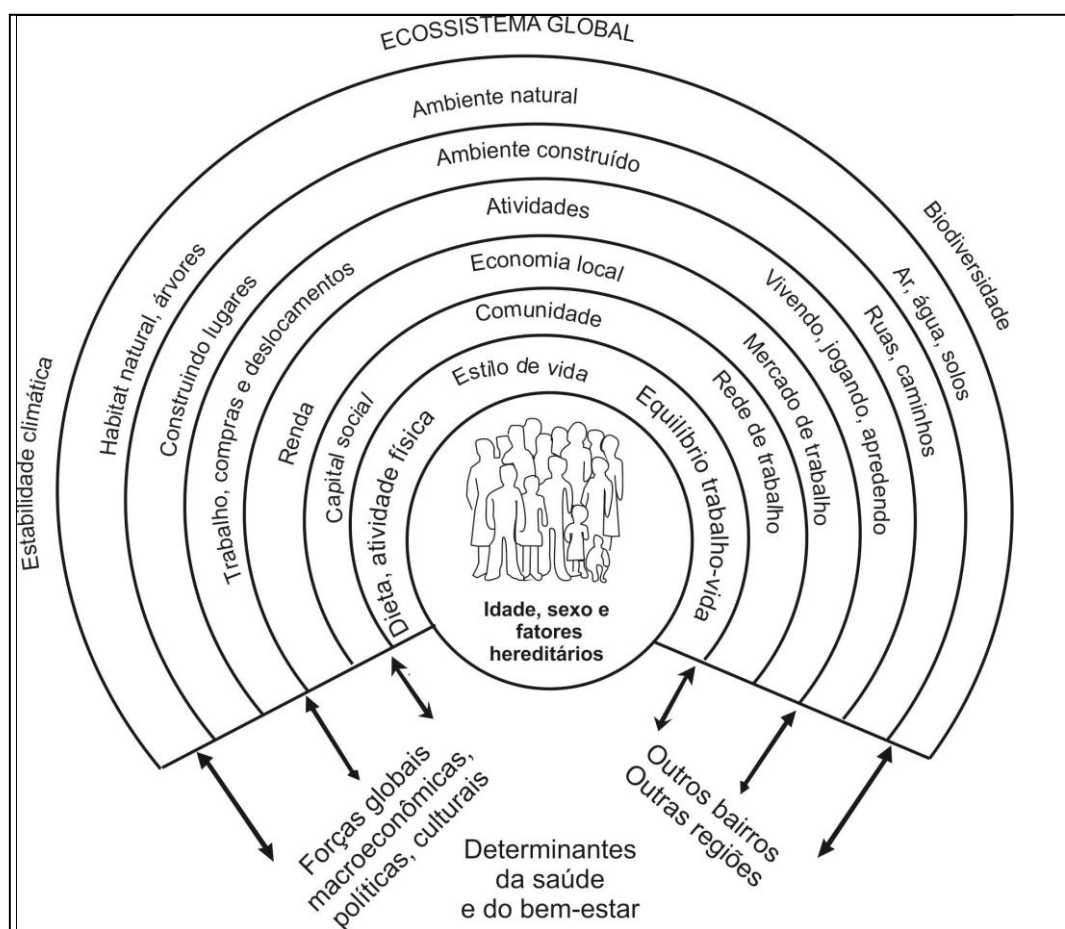
Logo, por sua inter-relação com a saúde, o bem-estar também é determinado socialmente, seu alcance depende de recursos psicológicos, sociais e físicos para enfrentar um desafio psicológico, social e/ou físico em particular, sendo importante o equilíbrio em recursos e desafios, ou seja, em situações de mais desafios os níveis de bem-estar pioram, enquanto que em situações de mais recursos há melhorias (DODGE, et al. 2012).

A partir dos determinantes da saúde descritos por Whitehead e Dahlgren (1991) e dos ecossistemas da vida humana de Duhl e Sanchez (1999), Barton e Grant (2006) propuseram um modelo para explicar influência do planejamento urbano, tanto em relação ao espaço físico como à gestão na saúde (figura 12). Afinal, todas as dimensões do ambiente afetam a saúde, conforme explicam Barton et al. (2009, p.92, tradução nossa)

[...] o *ambiente natural*, por exemplo, através da limpeza do ar e da água, o *ambiente construído* através da disponibilidade, conveniência, segurança e atratividade de pedestres e de bicicleta instalações, parques e campos de jogos e, portanto, a propensão a tomar o exercício saudável; *economia local* através de desigualdades no acesso ao trabalho e renda; *comunidade* através das redes sociais de apoio (ou sua falta).

A abordagem dos determinantes sociais da saúde para o âmbito de uma realidade urbana também foi considerada por Vlahov e Galea (2002), que por uma revisão da literatura sugerem que a maioria dos fatores que afetam a saúde se inserem em três grandes temas: o ambiente social, o ambiente físico e acesso à saúde e aos serviços sociais. Em publicação mais recente Vlahov et al. (2007) enfatizam o papel dos fatores que operam em múltiplos níveis, incluindo, municipais e níveis de bairro nacionais globais, para moldar a saúde urbana. Os autores enfatizam que melhorias da saúde decorrem de melhoria das condições de vida em aspectos como a habitação, o emprego, a educação, a igualdade, a qualidade do ambiente e de vida, apoio social e serviços de saúde além de destacarem o papel das características das cidades, como tamanho, densidade, diversidade e complexidade.

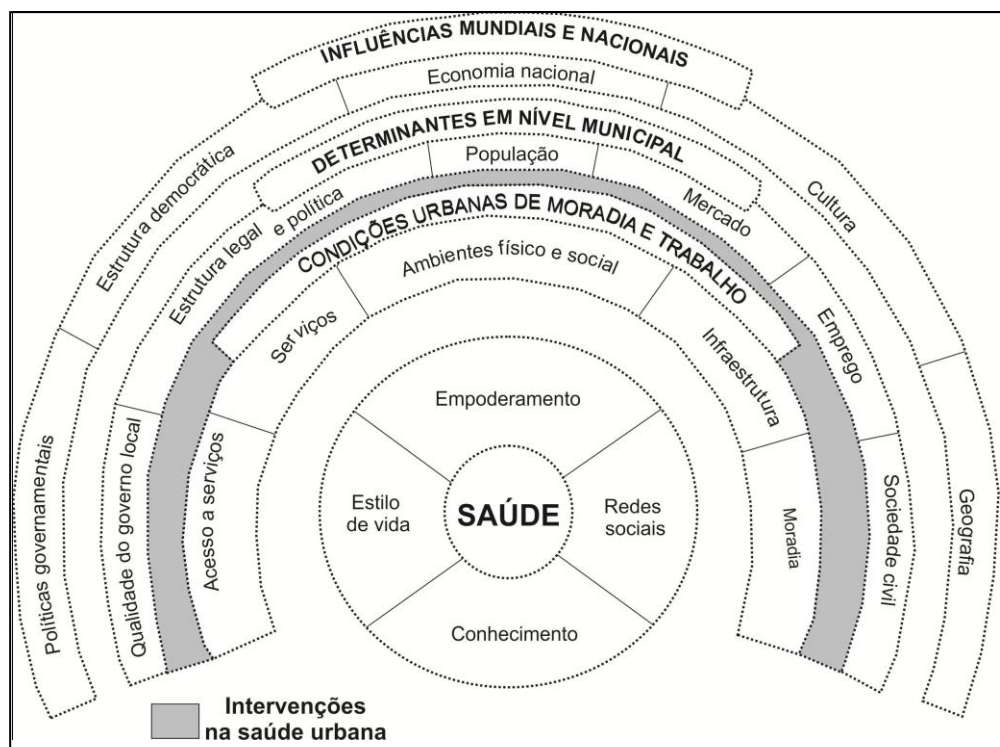
**Figura 12** - Interação dos determinantes da saúde e bem-estar com o ambiente.



**Fonte:** Barton e Grant (2006) apud Barton et al (2009). Adaptado por: Alves (2015).

Ainda considerando a adaptação de modelos dos determinantes da saúde, especialmente com foco em um ambiente urbano saudável, destaca-se o de Caiaffa et al. (2008) figura 13, onde, em uma perspectiva não linear de influência no processo saúde-doença, os autores consideram a saúde urbana em um contexto amplo incluindo os ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos, destacando os fatores determinantes proximais e distais. Além disso, sugerem que as intervenções mais promissoras para modificar a saúde urbana são aquelas feitas em fatores primariamente modificáveis, ou seja, nos fatores proximais, os quais [...] compõem o nível "condições urbanas de moradia e trabalho" [...] podem ser vistas como condições preexistentes que a saúde pública procura modificar, intermediar, ou ainda, advogar, como o caminho pelo qual as intervenções podem levar à melhorias das condições de saúde (CAIAFFA et al, 2008, p. 1.789).



**Figura 13** - Modelo conceitual para a saúde urbana.

**Fonte:** Caiaffa et al. (2008, p.1.789). Adaptado por Alves (2015)

Ao analisar a complexidade da saúde urbana, que resulta de aspectos materiais e imateriais, e da relação entre estes, Lawrence e Fudge (2009, p.12) enfatizam que os estudos devem apresentar abordagens multidimensionais, e acrescenta aos determinantes sociais da saúde (ambientais, sociais, econômicos), os tecnológicos.

Determinantes ambientais incluem qualidade do ar ambiente, níveis de ruído ambiente, do solo e qualidade da água e disposição de resíduos sólidos. Determinantes sociais incluem crime, a violência e a discórdia comunidade, bem como a falta de educação e formação, especialmente para os imigrantes, mulheres e crianças. Determinantes econômicos incluem habitação acessível, comida e água, oportunidades de emprego e igualdade de acesso aos diversos tipos de recursos. Determinantes tecnológicos incluem industrial, transporte ou outros tipos de acidentes, o processamento de alimentos produzidos em massa e o uso de materiais tóxicos no ambiente construído. (LAWRENCE; FUDGE, 2009, p.12, tradução nossa).

Os autores também enfatizam a importância de se considerar as diferenças individuais e sociais, especialmente dos responsáveis, por idade, sexo, classe socioeconômica, situação ocupacional e a distribuição geográfica para compreender a saúde das populações. A partir de tal perspectiva, seriam melhor compreendidas as necessidades de grupos específicos, localizados especialmente nos “bolsões de pobreza” onde as inequidades são mais proeminentes.



As inequidades são definidas por Whitehead (2000) apud Buss e Pellegrini Filho (2007, p.80) como: “as desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias”. Com base em Nancy Adler (2006) os autores destacam que há 3 gerações dos estudos sobre iniquidades em saúde – uma baseada na descrição das relações entre pobreza e saúde, outra baseada gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica e a última e atual busca responder à pergunta: como a estratificação econômico-social consegue “entrar” no corpo humano? Além disso, os autores apresentam as diferentes vertentes para os estudos acerca dos mecanismos pelos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde, a saber:

A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque privilegia os “fatores psicosociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. Os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica. Finalmente, há os enfoques que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento [...] Esses estudos identificam o desgaste do chamado “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde. Países com frágeis laços de coesão social ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Esses estudos também procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.80).

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) da WHO chama atenção para a existência de grandes diferenças entre as perspectivas de vida entre os mais ricos e os mais pobres, as quais, em grande medida, relacionam-se com as, injustas, diferenças nas condições sanitárias, também designadas por desigualdade na saúde. Para romper com a situação de inequidades de saúde propõe 3 princípios de ação: 1) melhorar as condições de vida diária – as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem; 2) abordar a desigual distribuição de poder, riqueza e recursos – os agentes estruturais destas condições de vida diária – global, nacional e localmente e 3) avaliar o problema, a ação necessária, expandir a base de conhecimento, desenvolver uma equipe de

trabalho com formação sobre os determinantes sociais da saúde e promover a sensibilização do público para o tema (CSDH/WHO, 2008, p.29).

O rompimento do ciclo dos DSS geradores das inequidades consiste em um grande desafio, haja vista que nem sempre as intervenções conseguem atingir a todos, existindo o risco dos que são mais vulneráveis –que concentram mais riscos e menor capacidade de mudança- não se beneficiarem, podendo assim aumentar ainda mais as desigualdades. A perspectiva para ação deve ir de encontro ao princípio adotado pela WHO de que todas as atividades devem estar centradas nos indivíduos, especialmente os mais vulneráveis, a fim de fortalecer o capital humano e reduzir as desigualdades, assegurando assim um dos direitos fundamentais aos seres humanos. Além disso, no âmbito brasileiro, conforme expresso no artigo 196 da CF de 1988, a saúde é um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A concepção dos DSS reforça a compreensão de que a sustentabilidade encontra-se diretamente inter-relacionada com a saúde, esta depende daquela e vice-versa, sendo que as evidências das interligações estão em constante construção conforme enfatizam Jackson; Kochtitzky (2001). Para a primeira situação pode-se citar as iniciativas para a sustentabilidade ambiental que implicam em melhorias à saúde, como as mudanças nas políticas de transporte para a priorização do transporte público, do ciclismo e caminhadas, que implicariam em menos acidentes e melhoria da aptidão física e redução de doenças cardiovasculares, respiratórias e as depressões. Conforme afirma Tuesca-Molina e Amed-Salazar (2007/2014, p.8) ao abordar a relação entre capital social e estado de saúde autopercebido,

[...] se piensa que a mayor incremento del estado de salud, de actividad física y mayor utilización de servicios públicos locales, se disminuye la mortalidad por enfermedades crónicas, por ejemplo, cerebro vasculares, cáncer, obesidad, y por factores conductuales tales como tabaquismo, estrés psicosocial y suicidio. Por otro lado, la estimación del capital social y la salud autopercebida, medidas en los niveles de la comunidad determina patrones de participación política, confianza, establecimiento de redes y permite evaluar el establecimiento de políticas orientadas en acciones e intervenciones de promoción de la salud.

A saúde insere-se na agenda de desenvolvimento sustentável, “caminham lado a lado”, sendo que simultaneamente resulta de ações para a promoção da sustentabilidade em outros setores, por exemplo, as políticas de transportes sustentáveis afetam o ambiente e a saúde<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> A WHO destaca, que as vezes a relação não ocorre explicitamente, mas a maioria das ações com foco na melhoria das condições ambientais tem como resultado melhoria da saúde humana.

Além disso, essa intersectorialidade implica na necessidade da consciência do modelo e das ações políticas com foco na sustentabilidade, sistemicamente em todos os setores (BUSS, 2012). Especificamente no setor de saúde pode-se considerar a utilização de recursos naturais por este setor como: pela redução de energia utilizada<sup>49</sup> em hospitais; a destinação dos resíduos tóxicos dos hospitais e indústrias farmacêuticas que, em muitos casos ainda são descartados de forma inadequada, contaminando o solo e a água; o atendimento aos direitos humanos e das mulheres dentre outros exemplos para a promoção da sustentabilidade pelo setor da saúde. Bem como os gastos da população com a saúde, que deve ser sustentável no sentido da quantidade de recursos a ser dispendidos, ou seja, não se deve comprometer uma quantidade significativa da renda com os gastos em saúde. (WHO, 1997).

Em concordância com a perspectiva de estudiosos como Lalonde, (1974), Whitehead e Dahlgren (1991); Marmot e Wilkinson (1999), os organismos internacionais entre outros, têm compreendido a saúde a partir das circunstâncias do ambiente, como é evidenciado nos fóruns e nos documentos resultantes daqueles. As relações entre saúde, pobreza e desigualdade tem ocupado papel central na agenda destes organismos, que tem incentivado estratégias para além das políticas assistenciais. No âmbito da UE, em consonância com a estratégia europeia para 2020, destaca-se a proposta do programa de ação plurianual no domínio da saúde (2014–2020), que tem como objetivos principais: 1) realizar as reformas necessárias para criar sistemas de saúde inovadores e sustentáveis; 2) melhorar o acesso a cuidados de saúde de melhor qualidade e mais seguros para os cidadãos; 3) favorecer a saúde dos cidadãos europeus e prevenir doenças; 4) proteger os cidadãos europeus das ameaças sanitárias transfronteiriças. (COMISSÃO EUROPEIA, 2014).

Contudo, no que concerne ao entendimento das modificações e da adoção desta perspectiva, bem como a avaliação das ações, em realidades particulares que, portanto tem problemas e soluções específicas, ainda carece de estudos. Acrescenta-se ainda, o fato de que os problemas sociais, como crises econômicas, “causa das causas” das inequidades não são capturados imediatamente pelos indicadores quantitativos, por exemplo, os epidemiológicos como a mortalidade. Porém, indicadores qualitativos como os utilizados em pesquisas de qualidade de vida (condições de vida) e/ou de bem-estar, podem oferecer maior aproximação

---

<sup>49</sup> De acordo com Vital Ribeiro, arquiteto da Divisão de Meio Ambiente do Centro de Vigilância Sanitária de São Paulo “Quase 10% da energia mundial é consumida pelo setor saúde. Então, é óbvia a necessidade de investir em energias alternativas” <http://www.sauderio20.fiocruz.br/index.php/widgetkit/142-saude-consome-cerca-de-10-da-energia-mundial>. Como destaca Buss deve-se buscar pela criação dos chamados “hospitais verdes, sistemas de saúde verdes, que incorporem a inteligência energética nos seus serviços e que reduzam as emissões, os resíduos, e os tratem adequadamente”. [http://ecos-crisfiocruz.bvs.br/tiki-read\\_article.php?articleId=24](http://ecos-crisfiocruz.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=24)

da questão, ao indicar sentimentos como stress, insatisfação, tristeza, etc., que podem gerar, em longo prazo, efeitos na saúde. Neste caso, destaca-se a importância de uma abordagem interdisciplinar para a compreensão desta questão ampla e complexa. Molina (2005, p.77) entende que ao considerar a saúde a partir da perspectiva bio-psico-social, portanto dinâmica e multidimensional, é importante para medir a qualidade de vida, que segundo sua concepção relaciona-se com o bem-estar e depende da satisfação das necessidades humanas e de direitos como: liberdades, modos de vida, trabalho, serviços sociais e condições ecológicas.

## **2.4. Sustentabilidade: uma noção abrangente, mas inseparável de qualidade de vida e de saúde**

*No centro do desenvolvimento sustentável é a ideia de assegurar uma melhor qualidade de vida para todos, agora e para as gerações vindouras (AUDIT COMMISSION, 2002)  
A saúde indica se estamos caminhando ou não para o desenvolvimento sustentável.  
(Paulo Gadelha, Presidente da FioCruz)*

A globalização tem propagado, a partir do mundo ocidental urbanizado e pós-moderno, valores que têm como base o consumismo, por vezes, aproximando-os à qualidade de vida. Entretanto, é mais adequado que a qualidade de vida seja abordada em sentido próximo da ecologia humana, considerando as relações estabelecidas pela sociedade nos ecossistemas para as boas condições de vida. De forma semelhante, no campo da saúde, o estilo de vida e a situação de vida, têm historicamente integrado o debate em torno da importância das políticas públicas e movimentos sociais para a qualidade de vida, como exemplos tem-se “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra”, de Engels, ou “Mortalidade diferencial na França”, de Villermé para a realidade europeia e os trabalhos de Mckeown (1982), Breilh et al. (1990), Nuñez (1994) e Paim (1994) para a realidade latino-americana (MINAYO; HARTZ e BUSS, 2000). A WHO (2012) também considera a saúde como uma referência importante de sustentabilidade das políticas urbanas para o desenvolvimento.

Com um protagonismo cada vez maior, as relações da qualidade de vida com temáticas como: sustentabilidade, desenvolvimento humano, saúde e sentimentos como felicidade, bem-estar, etc., têm sido tratadas em importantes teses, congressos acadêmicos e conferências promovidas por organismos internacionais. Além das conferências promovidas

pela Organização Mundial de Saúde<sup>50</sup>, há outras que abordam a saúde, na perspectiva de sua relação com o meio e sua importância para o alcance da sustentabilidade, da qualidade de vida e do bem-estar, bem como destacam a importância do acompanhamento das mudanças por meio de sistemas de indicadores. Nas conferências internacionais das UN, por exemplo, é frequente a abordagem dos desafios, ameaças e oportunidades do desenvolvimento humano em geral, e urbano em particular, considerando as dimensões ambientais, econômicas e sociais, essenciais ao conceito de desenvolvimento sustentável. De modo que, para compreender a noção de qualidade de vida não se pode desconsiderar a intersecção entre os conceitos de saúde e desenvolvimento sustentável.

A partir do reconhecimento de crises (ambientais, sociais e econômicas) e da necessidade de mudanças estruturais e de novos paradigmas para os sistemas socioeconômicos e políticos, que surgiu o conceito de desenvolvimento sustentável, o qual deve ser buscado por meio de políticas e ações em vários setores da sociedade, tendo em vista os três pilares do desenvolvimento (econômico, social e ambiental).

Não obstante, o conceito de sustentabilidade ter sido amplamente difundido na década de 1980, suas raízes remontam ao ano de 1949, na ocasião da Conferência Científica das Nações Unidas sobre Conservação e Utilização de Recursos Naturais, ocorrida em Lake Success, nos EUA, quando se discutiu sobre a situação ambiental mundial.

Antes da Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente Humano em Estocolmo no ano de 1972, considerada a primeira Cimeira da Terra, a UNESCO promoveu duas conferências em Paris, uma em 1962 e outra em 1968, nas quais se abordou os reflexos das

---

<sup>50</sup> As ligações entre sustentabilidade e saúde já foram discutidas sob várias perspectivas, p.e, nos documentos: 1) Health in the green economy ([http://www.who.int/hia/green\\_economy/en/index.html](http://www.who.int/hia/green_economy/en/index.html)). 2) WHO initiatives on housing, transport, health and environment linkages and sustainable health and development in all regions of the world ([http://www.who.int/topics/environmental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/environmental_health/en/)). 3) DPSEEA model: driving forces, pressures, states of hazard/pollution, and exposures to risks, health effects as well as actions in Corvalan C, Briggs D & Zielhuis G, eds. Decision-making in environmental health: from evidence to action. Geneva, World Health Organization, 2000. 4) Health and environment, managing the linkages for sustainable development: a toolkit for decision-makers. WHO/United Nation Environment Programme (UNEP) synthesis report. Health and Environment Linkages Initiative (HELI), Geneva, World Health Organization, 2008. 5) Corvalan C, Briggs DJ, and Kjellstrom T. Development of environmental health indicators. In: Briggs D, Corvalan C, and Nurminen M, eds. Linkages and methods for environmental and health analysis. General guidelines, Geneva, United Nations Environment Programme, United States Environmental Protection Agency and World Health Organization, 1996. 6) Urban HEART. Kobe, World Health Organization Centre for Health Development, 2011 ([http://www.who.int/kobe\\_centre/measuring/urbanheart/en/](http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/en/)). 7) Environmental health indicators for the Rio+20 UN Conference on Sustainable Development. Background paper for WHO/NIEHS Expert consultation, Geneva, National Institute of Environmental Health Sciences, 17-18 May, 2012. 8) Governance for health in the 21st century (WHO), etc. Portanto, ao cumprir com sua função básica, ou seja, promover a melhoria do nível de saúde no mundo, e com seus objetivos específicos, dentre os quais destacam-se: erradicar as epidemias e endemias; estabelecer padrões internacionais para produtos farmacêuticos e biológicos; auxiliar os governos; coordenar as atividades internacionais em matéria de saúde; contribuir para o aperfeiçoamento do ensino médio. A WHO também atua em relação ao meio ambiente.

ações antrópicas no ambiente, bem como se reconheceu a necessidade de medidas de intervenção. Especialmente, no documento da conferência de 1962 “Recomendação relativa à salvaguarda da beleza e do caráter das paisagens e sítios” há indicações para a elaboração de planos urbanísticos e de ordenamento, que prezem pela proteção ambiental. Destaca-se ainda a criação do Clube de Roma, no ano de 1968, o qual agrega estudiosos, políticos, chefes de estado, bem como associações internacionais preocupados com a forma de crescimento da sociedade.

A pedido dos pesquisadores *do Massachusetts Institute of Technology*, foi publicado pelo Clube de Roma o Relatório Meadows conhecido também como Relatório do Clube de Roma, com o título “Os limites do crescimento”, onde foram destacadas questões fundamentais para o futuro desenvolvimento da sociedade. A partir de modelos matemáticos foi proposto que, mesmo considerando o avanço das tecnologias, se mantidos a mesma intensidade da evolução populacional e da exploração dos recursos naturais, as ações antrópicas poderiam refletir em problemas como: perdas humanas e de terras aráveis devido à poluição, além da escassez de recursos energéticos.

Embora, não tenha ocorrido o uso explícito do termo desenvolvimento sustentável, na década de 1970 ocorreram evoluções significativas em relação ao entendimento da forma de “desenvolvimento” da sociedade<sup>51</sup>. Afinal, sustentável (*sustentare* no latim) significa sustentar, conservar, manter, perpetuar, ou seja, que permita a manutenção e estabilidade ao longo do tempo. O que não era o caso, pois, se percebia uma situação de insustentabilidade, inclusive a partir de uma visão antropocêntrica, e não sistêmica e complexa, e com certa aproximação das teorias Malthusianas, tal como no relatório “Os limites do Crescimento”, o que induziu reflexões mais críticas sobre o desenvolvimento da humanidade. Logo, no ano de 1972, foi promovida pela ONU em Estocolmo, a Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente Humano que resultou na elaboração de uma declaração com 26 princípios basais, recomendações e quadros de ações para a preservação e melhoria do ambiente, que serviu de fundamento para a elaboração das políticas ambientais de vários países, inclusive o Brasil a partir dos capítulos sobre o ambiente da Constituição Federal de 1988 e as políticas deles decorrentes. Nesta ocasião criou-se também o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA).

---

<sup>51</sup> Com foco nas áreas urbanas, o simpósio Sobre o Impacto da urbanização no ambiente humano (United Nations, 1970) ocorrido em New York, foi o primeiro grande fórum de discussão das questões do ambiente urbano, ao apontar a urbanização e alterações tecnológicas como condicionantes de suas alterações (PARTIDÁRIO, 2000).

A compreensão de que o desenvolvimento sustentável é complexo e, portanto requer abordagens mais holísticas e sistêmicas ganharam espaço entre os estudiosos, e foi difundida especialmente nos congressos e conferências, cujo tema era a educação ambiental, como a realizada no ano de 1977 em Tsibilisi (EUA).

O conceito de desenvolvimento sustentável foi utilizado pela primeira vez no relatório da Estratégia de Conservação Mundial publicado no ano de 1980 pela *United Nations Environment Programme* (IUCN) em parceria com a UNESCO. A ênfase até então era na dimensão ambiental “a integridade ambiental” ponderava-se os aspectos referentes às dimensões social, ecológica e econômica, dos recursos vivos e não vivos e as vantagens de curto e longo prazo de ações alternativas (VAN BELLEN, 2005, p.23). Entretanto, a ênfase no elemento humano, o equilíbrio entre as dimensões social, ambiental e econômica e a formalização e difusão da definição “clássica” de desenvolvimento sustentável, que se tornou conhecida mundialmente, ou seja, “o desenvolvimento que satisfaz as necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras de suprir suas próprias necessidades” ocorreu no relatório “Nosso futuro comum”, também conhecido como Relatório de Brundtland<sup>52</sup>, elaborado e publicado em 1987 pela Comissão Mundial do Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas.

Conforme consta neste relatório (1987, p.57), o desenvolvimento sustentável é, “um processo de mudança, em que a exploração dos recursos, a direção dos investimentos, a orientação do desenvolvimento tecnológico e as mudanças institucionais estejam todas em harmonia, e melhorem o potencial presente e futuro para satisfazer às necessidades e aspirações humanas”. Inerente ao conceito estão as dimensões social, econômica e ambiental, segundo Berger-Schmitt; Noll (2000, p.21) “influenciando mutuamente umas as outras, em uma hierarquia de dependência: a economia é parte e depende da sociedade que se existe dentro do ambiente e é dependente dele”.

Ao longo dos anos, a noção de desenvolvimento sustentável recebeu conotações mais amplas, que comportavam explicitamente a questão social, a saúde e a qualidade de vida. Neste sentido, destaca-se a definição da União Mundial da Conservação, do Programa das Nações Unidas para o Ambiente e do Fundo Mundial para a Natureza (1991) segundo a qual “desenvolvimento sustentável significa melhorar a qualidade de vida sem ultrapassar a capacidade de carga dos ecossistemas de suporte”. E a definição do Conselho Internacional

---

<sup>52</sup> O nome Brundtlandt foi em homenagem a médica, mestre em saúde pública e ex-Primeira Ministra da Noruega Gro Harlem Brundtlandt convidada pelo presidente ONU World Commission on Environment and Development para coordenar a Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, cuja comissão elaborou o relatório “O Nosso Futuro Comum”.

para as Iniciativas Ambientais Locais (1994) em que “desenvolvimento sustentável é o desenvolvimento que presta serviços ambientais, sociais e econômicos de base a todos os moradores de uma comunidade sem ameaçar a viabilidade dos sistemas naturais, urbanos e sociais de que depende a prestação desses serviços” (COMISSÃO EUROPEIA, 1996).

Na perspectiva social “a preocupação maior é com o bem-estar humano, a condição humana e os meios utilizados para aumentar a qualidade de vida dessa condição”. Tais, meios podem ser: o capital social e humano, que devem ser assegurados e aumentados, reduzindo diferenças e melhorando as condições de vida, a partir do acesso a serviços básicos, água limpa e tratada, ar puro, serviços médicos, segurança, educação, etc. (VAN BELLEN, 2005, p.37).

Berger-Schmitt e Noll (2000, p.24) destacam que desenvolvimento sustentável e qualidade de vida apresentam-se intrinsecamente relacionados, tendo o desenvolvimento sustentável, enquanto modelo geral de atuação, o objetivo maior assegurar a qualidade de vida, considerando as gerações futuras. Já a qualidade de vida em um sentido próximo de bem-estar/da boa vida é um componente da sustentabilidade. Porém, são conceitos distintos, nas palavras dos autores:

As a main difference between the two concepts one can consider that quality of life is related to the individual welfare in actual life domains, whereas sustainability represents a general model of acting which refers to collective qualities, such as equality, equity and the preservation of nature. This leads to the question, whether the principle of sustainability is compatible with quality of life and if so, whether quality of life can be conceived as a component of sustainable development or whether sustainability should be considered as a subdimension of quality of life (Noll 1999, p. 15). Various authors have held the view that the overarching goal of sustainable development ultimately is a higher quality of life for all people (Wiman 1999; Hart 1998-99; OECD 1998b). The emphasis is placed on ‘all’ which includes people of the present and of the future. Hence, a major difference between the goals of quality of life and sustainable development can be seen in the explicit importance assigned to intergenerational equity which extends the perspective of the concept of sustainability to the future (IISD 1998, p. 1-2). Sustainability considerations are essential for ensuring the quality of life of future generations. On the other hand, the concept of sustainability does not claim to develop a comprehensive formula of the ‘good life’ as the quality of life concept does.

Pelo fato de a coordenadora da Comissão Mundial do Ambiente e Desenvolvimento ser médica, com uma visão de saúde relacionada com as questões ambientais e de desenvolvimento humano, no relatório “Nosso futuro comum” há referências à relação entre os problemas ambientais e de saúde pública. É exemplificativa, a afirmação de que “um mundo onde a pobreza e a desigualdade são endêmicas estará sempre propenso às crises ecológicas, entre outras [...]” e também que “o desenvolvimento sustentável requer que as sociedades atendam às necessidades humanas tanto pelo aumento do potencial produtivo



como pela garantia de oportunidades iguais para todos.” Contudo, pode-se afirmar que, pelo menos de imediato, não foi dispensada atenção especial à associação entre saúde e sustentabilidade, cuja relação só foi retomada de maneira explícita em 2012, devido aos esforços das entidades do setor da saúde como a WHO, em nível mundial, e a FioCruz no contexto brasileiro, na ocasião da preparação e ocorrência da Rio+20.

A primeira fase da difusão do conceito de desenvolvimento sustentável, bem como a inserção de recomendações para seu alcance na agenda pública internacional, a partir planos de ação e estratégias deve-se à Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Cimeira da Terra) em 1992 no Rio de Janeiro, especialmente a Agenda 21, na qual “os seres humanos estão no centro de preocupação para o desenvolvimento sustentável. A que têm direito para uma vida saudável e produtiva em harmonia com a natureza” (WHO, 1997). Além da agenda 21, resultaram desta Conferência os seguintes documentos: Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento; Princípios para a Administração Sustentável das Florestas; Convenção da Biodiversidade e a Convenção sobre Mudança do Clima<sup>53</sup>. Apesar de referirem basicamente à proteção ambiental e desenvolvimento econômico já que a incorporação da vertente social ocorreu somente na Cimeira Social de Copenhague em 1995 (LOURO, 2011), a agenda 21 e a Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento importantes, notadamente pela grandeza e amplitude que representam no sentido de delinear a busca do desenvolvimento sustentável ao longo do século XXI.

Além das condições ambientais uma das preocupações presentes na Agenda 21 são as necessidades humanas, inclusive a saúde, tida como uma condição básica para a realização dos objetivos de desenvolvimento sustentável. A implementação da Agenda 21 pode permitir o alcance da qualidade de vida na sociedade. No entanto, demanda tempo, mais precisamente gerações, já que envolve “mudança cultural, e não apenas ajustes econômico e político”. Além disso, os primeiros períodos desta transição são os mais difíceis, porque a visão do que se deseja é fraca e resistência é forte. O que implica na necessidade de um propósito, uma visão, uma meta ser alcançada. (PEARCE, 1995, apud WHO, 1997, p.33). No quadro 11 são descritos os estágios da transição para um desenvolvimento sustentável e seus significados em termos de política, economia, sociedade e discurso, onde se vê a passagem de um

---

<sup>53</sup> Sobretudo para avaliar os avanços desde a Rio 92 e colocar em prática a convenção sobre mudanças do clima, foi estabelecido em 1997 na 3ª Conferência das Nações Unidas sobre as Alterações Climáticas, em Quioto, o Protocolo de Quioto, que prevê a redução da emissão dos gases que agravam o efeito estufa. Sendo que Cimeira de Bali, ocorrida em 2007, foi proposta a criação de um protocolo com metas mais ambiciosas e mais exigentes para ser sucessor ao Protocolo de Quioto.

discurso, por vezes vago/inconsistente, à concretização da noção no âmbito das diferentes esferas.

**Quadro 11** - Fases do movimento para a sustentabilidade.

	<b>Política</b>	<b>Economia</b>	<b>Sociedade</b>	<b>Discurso</b>
Estágio 1 sustentabilidade Ultra-fraca	Integração política da boca para fora	Menor ajuste econômico	Pouca consciência e cobertura da mídia	Discussão de grupos corporativos; exercícios de consulta.
Estágio 2 sustentabilidade fraca	Integração política formal e entrega metas políticas	Substantial reestruturação de incentivos à microeconomia	Público em geral educado para visão de futuro	Mesas redondas; grupos das partes interessadas; vigilância parlamentar
Estágio 3 sustentabilidade forte	Vínculos de integração fortes e acordos internacionais	Avaliação econômica completa ; contas verdes em nível nacional e nos negócios; compensação verde de impostos.	Integração curricular; iniciativas locais como parte do crescimento da comunidade	Envolvimento da comunidade; geminação de iniciativas no mundo em desenvolvimento e desenvolvido.

**Fonte:** Adaptado de WHO (1997). Org: Alves (2015).

Entre o final da década de 1980 e 1990, merece destaque também, no contexto do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD), a concepção e difusão do conceito de desenvolvimento humano, fundamentado nas ideias de Amartya Sen e Mahbub ul Haq, e sua operacionalização e medição por meio do Índice de Desenvolvimento Humano. Tal conceito tem sido continuamente melhorado, abarcando noções, como liberdade humana, sustentabilidade, *empowerment*, etc. Segundo um paradigma que:

[...] coloca as pessoas no centro das preocupações e, finalmente, tem o objetivo de melhorar o bem-estar humano. Portanto, o desenvolvimento humano representa efetivamente um conceito de bem-estar centrado no indivíduo. Como mencionado anteriormente, é fortemente relacionado com a abordagem de capacidade no âmbito do conceito de qualidade de vida. O indivíduo é considerado como um agente ativo e participante, em vez de um beneficiário passivo no processo de desenvolvimento (Doraid 1997). (BERGER-SCHMITT; NOLL, 2000, p.25-26, tradução nossa).

Logo após a ocorrência da Rio 92, é previsto no âmbito da UE no Tratado de Maastricht<sup>54</sup>, o compromisso por parte dos países europeus com o desenvolvimento sustentável, cujo compromisso se manteve e foi reforçado nos tratados reformadores,

<sup>54</sup> Conhecido com Tratado da União Europeia, este tratado foi assinado em 1992, para entrada em vigor em 1 de janeiro de 1993, pelos membros da Comunidade Europeia marcando a criação do bloco econômico. No Tratado foram estabelecidas as linhas-mestras da política e das instituições europeias. Este tratado já passou por reformas por meio dos denominados Tratados Reformadores.

especialmente pelo Tratado de Lisboa (2007)<sup>55</sup>, que coloca assegurar o desenvolvimento sustentável; juntamente com a promoção da igualdade de oportunidades e da coesão social e combate à exclusão; elevação dos padrões de vida e melhoraria condições de vida e de trabalho; como um dos objetivos da União Europeia, que, enquanto comunidade, já havia publicado em 1990 o Livro Verde sobre Ambiente Urbano, o qual segundo Partidário (2000) foi a “pedra fulcral na evolução da política ambiental urbana da Europa comunitária”.

Ainda no contexto europeu, a partir do Projeto Cidades Sustentáveis realizou-se a Primeira Conferência sobre Cidades Europeias Sustentáveis, em 1994 em Aalborg (Dinamarca), que resultou na Carta de Ålborg ou Carta das Cidades Europeias para a Sustentabilidade, a qual representou um compromisso inicial, já que este documento foi a base para a Segunda Conferência Europeia das Cidades Sustentáveis realizada em 1996, para com a materialização dos objetivos do desenvolvimento sustentável, a partir de planos de ação locais no contexto das cidades europeias, cujos progressos deveriam ser monitorados por meio de indicadores de sustentabilidade. Dentre os objetivos previstos na Carta de Ålborg sobressaem: a participação da comunidade local, equidade social, o correto ordenamento do território, conservação da biodiversidade, a mobilidade urbana, entre outros.

Estes compromissos firmados na Carta de Ålborg serviram de inspiração e foram adequados à realidade brasileira, aos quais foram agregados outros dois eixos temáticos, a saber: "Educação para a Sustentabilidade e Qualidade de vida" e "Cultura para a Sustentabilidade", a fim de que estes embasassem o Programa Cidades Sustentáveis, lançado no ano de 2011<sup>56</sup> pela parceira da Rede Nossa São Paulo, da Rede Social Brasileira por Cidades Justas e Sustentáveis e do Instituto Ethos. O programa tem como objetivo, “sensibilizar e mobilizar as cidades brasileiras para que se desenvolvam de forma econômica, social e ambientalmente sustentável”, e oferece: I – Ferramentas (Plataforma Cidades Sustentáveis, Indicadores gerais, exemplos e referências nacionais e internacionais de excelência); II – Compromissos (assinatura de uma Carta Compromisso e prestação de contas

<sup>55</sup> Conforme consta nos documentos do Conselho Europeu o Tratado de Lisboa é, até à data, o último dos Tratados que alteraram os Tratados fundadores das Comunidades e da União Europeia, como o Ato Único Europeu (1986), o Tratado da União Europeia (Maastricht) (1992), o Tratado de Amsterdão (1997) e o Tratado de Nice (2001), mais detalhes podem ser consultados em: <http://www.consilium.europa.eu/documents/treaty-of-lisbon?lang=pt>

<sup>56</sup> Este programa incorporou a Plataforma Cidades Sustentáveis, desenvolvida ao longo de 2010, com os objetivos de: assumir os desafios e aceitar as responsabilidades para a promoção do desenvolvimento sustentável, elaborar políticas públicas para a sustentabilidade; traduzir a perspectiva comum para um futuro sustentável em metas concretas de sustentabilidade e em ações integradas nos níveis locais, regionais e nacional; selecionar prioridades apropriadas às realidades e necessidades locais e regionais, que deverão ter em atenção o respectivo impacto global; promover processos locais e regionais participativos, no sentido de identificar metas específicas e horizontes temporais para monitorar os resultados alcançados (<http://www.cidadessustentaveis.org.br>, 2014).

das ações e dos avanços considerando os indicadores básicos); III – Benefícios para as Cidades Participantes (formação de redes para troca e informações e experiências, capacitação).

Em âmbito mundial, as Conferências das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos<sup>57</sup> (Vancouver no Canadá, em 1976 e Istambul na Turquia em 1996), também retomaram, debateram e propuseram iniciativas inovadoras. No caso da primeira Conferência destaca-se o programa Habitat e da segunda os documentos: a Declaração de Istambul sobre Assentamentos Humanos, que definiu prioridades para os governos a partir de questões relacionadas com o meio ambiente, direitos humanos, desenvolvimento social, direitos humanos, questões demográficas, etc.; e a Agenda Habitat, que representa o plano de ações fundamental para a criação de assentamentos humanos sustentáveis ao longo do século XXI, considerando objetivos e princípios básicos, como: o igual acesso à habitação, espaço aberto, serviços de saúde, educação, etc.; a importância para a qualidade de vida das condições físicas e espaciais características das aldeias, vilas e cidades; a solidariedade com os desfavorecidos e vulneráveis; os cuidados de saúde, incluindo serviços de saúde reprodutiva, para melhorar a qualidade de vida, entre outros.

Com vistas, a analisar o andamento e desenvolver a Agenda Local 21, bem como as recomendações da Carta de Ålborg e da Agenda Habitat (Istambul, 1996), realizou-se a Segunda Conferência Europeia das Cidades e Vilas Sustentáveis em 1996 em Lisboa (Portugal), na ocasião em que foi elaborado o Plano de Ação de Lisboa: da Carta à ação, que além daquelas recomendações considerou as experiências locais para a promoção da sustentabilidade. É importante ressaltar que o relatório “Cidades europeias sustentáveis” destaca que os indicadores de sustentabilidade devem abranger além das dimensões físicas, aspectos como as opções de estilos de vida sustentáveis.

Considerando os resultados positivos e os desafios ainda a serem superados, no sentido de assegurar a sustentabilidade e a qualidade de vida, decorreu no ano de 2000 em Hannover (Alemanha) a Terceira Conferência Europeia sobre Cidades Sustentáveis, que resultou na Declaração de Hannôver, a qual reforça importância das ações locais para “proporcionar maior justiça e equidade social, reduzir a pobreza e a exclusão social e melhorar a saúde e o meio ambiente em geral,” bem como a necessidade de que as diferenças culturais, de idade, sexo sejam reconhecidas no sentido de seu contributo para a vitalidade das

---

<sup>57</sup> Tais conferências seguem um ciclo bi-decenal (1976, 1996 e 2016), sendo que a III Conferência Habitat, prevista para o ano de 2016, objetiva “revigorar o compromisso global para com a urbanização sustentável, para se concentrar na implementação de uma “Nova Agenda Urbana”, com base na Agenda Habitat, de Istambul de 1996” (<http://unhabitat.org/wcd/urban-october/habitat-iii/>, 2014)

idades, além de apresentar os indicadores comuns europeus - indicadores que integram os aspectos ambientais, econômicos e sociais - a serem adotados pelas comunidades locais. Com o objetivo de aumentar o índice de adesão à Campanha Europeia das Cidades Sustentáveis firmada em Aalborg, ocorreu em 2004 a Conferência Aalborg +10.

Ainda em torno dos objetivos da ONU Habitat de 1996 e da agenda 21, em um contexto de explosão urbana, ocorreu no ano de 2000 em Berlim, âmbito da EXPO2000 a Urban 21: Conferência Global<sup>58</sup>. Onde foram expostos os desafios e um plano para enfrentá-los pela Comissão Mundial sobre a Urbanização do Século XXI, e foi apresentada a definição de desenvolvimento sustentável desenvolvido durante as reuniões preparatórias, o qual é “melhorar a qualidade de vida em uma cidade, incluindo os componentes ecológico, cultural, política, institucional, social e econômicos, sem deixar um fardo para as gerações futuras. Uma carga que é o resultado de uma redução do capital natural e uma dívida local excessiva”.<sup>59</sup>

Também no ano de 2000, em Nova Iorque, decorreu a “Cimeira do Milênio” ocasião em que foi aprovada a “Declaração do Milênio”, onde foram elencados objetivos a serem alcançados ao longo do início do século XXI, até 2015. Os objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) abarcam especialmente a promoção da saúde, que deve ser questão chave nas agendas para o desenvolvimento, especialmente o humano; tais objetivos são: erradicar a pobreza extrema e a fome; atingir a educação universal, promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental, desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

Para o alcance dos ODM surgiram várias iniciativas, desde as escalas municipais até escalas mais amplas, como o caso da UE que, por meio de propostas de ação, estabeleceu o compromisso da realização dos objetivos mencionados até o ano de 2015, especialmente no que se refere ao financiamento da ajuda pública ao desenvolvimento mundial. Alguns estudiosos reconhecem que os ODM conduziram a progressos significativos, outros apontam

---

<sup>58</sup> Ocorreram 4 reuniões preparatórias para esta conferência, sendo 1 em cada um dos países parceiros, a saber: Cingapura, Alemanha, África do Sul e Brasil, onde ocorreram respectivamente, a conferências: Mundial sobre modelo Cidades, em 1999; Regiões Metropolitanas europeias - Estratégias para o Desenvolvimento sustentável, em 1999; Soluções africanas: desenvolvimento urbano sustentável em 2000; Desenvolvimento Urbano e Sustentabilidade na América Latina e no Caribe em 2000.

<sup>58</sup> Mais informações sobre o desenvolvimento sustentável urbano podem ser obtidas junto ao módulo on-line de informações sobre o desenvolvimento urbano sustentável, Disponível em : <http://archive.rec.org/REC/Programs/SustainableCities/Introduction.html>

<sup>59</sup> Mais informações sobre o desenvolvimento sustentável urbano podem ser obtidas junto ao módulo on-line de informações sobre o desenvolvimento urbano sustentável, Disponível em : <http://archive.rec.org/REC/Programs/SustainableCities/Introduction.html>

para a necessidade de revisão dos ODM, vistos como um patamar, para que ocorra maior articulação dos mesmos com os objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS), bem como que contemplem questões como o envelhecimento populacional, uma realidade do mundo para o século XXI, que não foi contemplada nos atuais ODM.

Aproveitando o impulso das iniciativas exitosas dos ODM e com vistas a avançar para contemplar novos desafios, considerando os resultados da Rio+20, ocorrida em 2012 no Rio de Janeiro, bem como as questões que têm mais impacto na vida das pessoas<sup>60</sup> no ano de 2014 foram preparados os documentos que embasaram a agenda de desenvolvimento pós-2015<sup>61</sup>.

Face aos resultados obtidos – não tão efetivos - e desafios futuros, após a Rio 92 foram realizadas pelas UN, além da chamada de “Cúpula da Terra +5”, cujo enfoque era notadamente as mudanças climáticas, a Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento Sustentável (Rio +10), em 2002 em Joanesburgo, que objetivou, sobretudo chamar a atenção para implementação de medidas mais efetivas e metas quantificáveis para a promoção da sustentabilidade, e consequentemente da qualidade de vida Tendo em vista a Agenda 21 e as Metas do Milênio, foram considerados de modo inter-relacionado aspectos mais específicos como: a erradicação da pobreza, promoção do acesso à educação e a medidas sanitárias, alteração dos modos de produção e consumo, promoção da saúde, sobretudo a partir da melhoria da qualidade ambiental e prevenção de doenças contagiosas, entre outros intrínsecos aos direitos humanos e ao meio ambiente. De modo que, resultaram da conferência um “Plano de Implementação” em que são expostos os objetivos e prazos para ação e uma “Declaração Política”, que apesar de importantes, os mais críticos apontaram falhas, como a não adesão, por exemplo, dos EUA, já que os problemas, notadamente os ambientais não obedecem a fronteiras políticas e por isso todos devem ter responsabilidades com suas soluções.

Destaca-se ainda a criação de um painel intergovernamental pelas UN, com apoio da *International Council for Science* (ICSU) e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), para atuar entre 2001 e 2005<sup>62</sup>, no sentido de

---

<sup>60</sup>Serão realizadas consultas globais por meio de plataformas online e offline (“World We Want” e “MY World”), bem como consultas por meio de Painel de Alto Nível para aconselhar sobre a estrutura do desenvolvimento global pós-2015.

<sup>61</sup> Conforme relatório da ONU, a agenda pós 2015 para o desenvolvimento sustentável, tem por base os direitos humanos, a partir de seis elementos essenciais: (a) A dignidade: para acabar com a pobreza e combater a desigualdade; (B) as pessoas: para garantir uma vida saudável, o conhecimento e a inclusão de mulheres e crianças; (C) a prosperidade: crescer uma economia forte, inclusiva e transformadora; (D) planeta: para proteger os nossos ecossistemas para todas as sociedades e os nossos filhos; (E) a justiça: promover sociedades e instituições fortes seguros e pacíficos; e (f) parceria: para catalisar a solidariedade global para o desenvolvimento sustentável.

<sup>62</sup> Mais informações sobre o Millennium Ecosystem Assessment bem como os relatórios podem ser acessados no sítio: <http://www.maweb.org/en/index.aspx>

avaliar cientificamente (por vários setores das ciências, naturais e sociais, bem como por múltiplas escalas espaciais, global, subglobal, regional, nacional e local) e produzir relatórios técnicos, como o *Millennium Ecosystem Assessment* (MEA)<sup>63</sup>, sobre as consequências das mudanças nos ecossistemas; e assim fornecer informações de forma articulada e propor ações necessárias para melhorar a conservação e uso sustentável dos ecossistemas e, conseqüentemente a saúde e o bem-estar humano. Ao analisar em conjunto uma grande quantidade de informações<sup>64</sup> relacionadas às mudanças nos ecossistemas e suas influências na saúde e no bem-estar humano, o MEA enfatiza a necessidade de mudanças significativas nas políticas, instituições e práticas a fim de que a capacidade dos ecossistemas do planeta de sustentar as gerações futuras seja garantida. Dentre as conclusões alcançadas destacam-se: que do grupo de 24 serviços dos ecossistemas examinados 60% estão sendo degradados, por mudanças não-lineares (aceleradas ou abruptas), as quais tendem a aumentar a probabilidade de ocorrência e podem ter consequências para o bem-estar humano. Exemplos de tais mudanças incluem o aparecimento de doenças, alterações bruscas na qualidade da água, a criação de "zonas mortas" em águas costeiras, o colapso da pesca, e as mudanças no clima regional. Além das mudanças nos ecossistemas "*Drylands*", os quais são frágeis e contêm uma grande concentração populacional, por vezes marcado pela situação de pobreza, a qual deve ser mais bem estudada no sentido de sua inter-relação com o ecossistema e com o bem-estar (MEA, 2015).

Ainda em torno do desenvolvimento sustentável em seu sentido amplo, bem como tendo em vista a agenda climática, sobretudo no âmbito Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC) e dos recursos energéticos, em vários setores das UN é destacada a importância de novas ações e perspectivas. Afinal, as condições climáticas têm efeitos negativos nas condições de saúde, por meio de aumento dos riscos de extremos e de doenças transmissíveis e não transmissíveis, conforme reforçado nos estudos da WHO sobre os determinantes da saúde. Além dos efeitos econômicos, posto que conforme destacado pela comissão europeia o "combate às alterações climáticas e energia contribui para a criação de empregos, a geração de crescimento "verde" e um reforço da competitividade da Europa" (UE, 2010).

---

<sup>63</sup> No relatório é destacada a necessidade de informações naturais e socioeconômicas georreferenciadas. Sendo que, para as primeiras na escala internacional há um esforço do Sistema Global de Sistemas de Observação da Terra (GEOSS), porém para as segundas, poucos esforços estão em andamento. Para saber mais: <http://www.millenniumassessment.org>.

Com o objetivo geral de combater às alterações climáticas, tem-se o C40, grupo de 40 megacidades conectadas em rede<sup>65</sup>, segundo temas de interesse e iniciativas comuns (quadro 12), sob a administração de uma cidade, com vistas a trocar experiências e conhecimentos, de modo a desenvolver políticas, programas ou projetos locais. Neste sentido, as ações perpassam por elementos que são importantes condicionantes da qualidade de vida urbana.

**Quadro 12 - C40: Redes atuais por área e temas de iniciativas, 2014**

Temas de interesse comum	Áreas de iniciativas		
Adaptação e Água	Avaliação de Risco Climático	Cidade Legal	Conexão Delta Cidades
Energia	Eficiência energética das construções do setor privado		
Finanças e desenvolvimento econômico	Crescimento verde	Infraestrutura de finanças sustentável	
Medição e planejamento	Padrões globais	Medição e relatórios	
Gestão de resíduos sólidos	Sistemas sustentáveis de resíduos sólidos		
Comunidades sustentáveis	Desenvolvimento positivo do clima	Desenvolvimento sustentável urbano	
Transportes	Bus Rapid Transit - BRT	Veículos elétricos	

**Fonte:** C40.org. (2014).

Especificamente no contexto da UE, destacam-se as políticas climáticas e energéticas para o ano de 2030<sup>66</sup>, com vistas a continuar a busca pela economia de baixo carbono e de alta eficiência energética, na continuidade da busca pelo alcance das metas estabelecidas em 2007 e promulgadas pelo pacote de clima e energia em 2009. Além de alcançar a meta de reduzir as emissões de gases de efeito estufa em 80-95% abaixo dos níveis de 1990 até 2050, expressa nos documentos “Roteiro de transição para uma economia de baixo carbono competitiva em 2050”, “Roteiro para a Energia 2050” e no “Livro Branco dos Transportes”. Iniciativa profícua ao contexto, em que em setembro de 2014 em Nova Iorque ocorreu a Cúpula do Clima, onde buscou-se catalisar “ações de governos, empresas, finanças, indústria e sociedade civil em áreas de novos compromissos e contribuições substanciais, escaláveis e replicáveis para a Cimeira para ajudar a mudança mundial para uma economia de baixo carbono” (UN, 2014).

<sup>65</sup> A rede surgiu em 2005, a partir de um acordo firmado na reunião convocada por Ken Livingstone, então prefeito de Londres, para que os representantes das 18 megacidades cooperassem na redução das emissões de gases de efeito estufa. O objetivo seria criar políticas de aquisição e alianças para acelerar a adoção de tecnologias favoráveis ao clima e influenciar o mercado. Hoje a rede possui 67 cidades afiliadas e o apoio do Banco Mundial e do ICLEI-Governos Locais pela Sustentabilidade (C40.org, 2014).

<sup>66</sup> Em <<http://ec.europa.eu/clima/policies/2030/>> podem ser obtidas mais informações sobre o quadro político europeu para 2030 no âmbito do clima e energia proposto pela Comissão Europeia. E em <http://www.un.org/climatechange/>, mais informações sobre as mudanças climáticas.



Ainda no sentido de ser precursora de iniciativas, no âmbito do desenvolvimento sustentável, destaca-se a Estratégia de Desenvolvimento Sustentável (EDS) adotada a partir de 2006 pela União Europeia, e transposta para os estados membros como Estratégia Nacional para o Desenvolvimento Sustentável (ENDS) a ser executada em conformidade com um Plano de Nacional Implementação com um horizonte de 10 anos. Com vistas a estabelecer aliança para o desenvolvimento sustentável, provendo investimentos para a qualidade social e ambiental, no âmbito da cooperação da UE com a América Latina e Caribe foram realizadas Cimeiras no Rio de Janeiro (1999), Madrid (2002), Guadalajara (2004), Viena (2006), Lima (2008) e Madrid (2010) e em Santiago (Chile- 2013). Esta última, a 1<sup>a</sup> Cúpula UE- CELAC / 7 Cimeira UE-ALC, resultou na Declaração de Santiago e no Plano de Ação para o período de 2013-2015, a qual decorreu da expansão do plano, anteriormente adotado na Cúpula de Madri em 2010 e tem como áreas prioritárias: 1) Ciência, investigação, inovação e tecnologia; 2) O desenvolvimento sustentável, ambiente, mudanças climáticas, biodiversidade, energia; 3) Integração regional e interconectividade para promover a inclusão e a coesão social; 4) Migração; 5) Educação e emprego para promover a inclusão e a coesão social; 6) O problema mundial das drogas; 7) Gênero; 8) Os investimentos e empreendedorismo para o desenvolvimento sustentável (UE, 2014).

Tal como ocorrido para com outras iniciativas para a promoção da sustentabilidade e para a melhoria da qualidade de vida, especialmente na perspectiva do desenvolvimento urbano, que teve objetivos e princípios delineados em reuniões ministeriais como as ocorridas em Lille (2000), Roterdão (2004), Bristol (2005), Leipzig (2007), Marselha (2008) e Toledo (2010). Dentre as quais tem especial relevância a Carta de Leipzig sobre as cidades europeias sustentáveis, ao propor em nível dos governos a abordagem integrada dos problemas urbanos, considerando, sobretudo as políticas de revitalização e de densidade urbana e a Declaração de Toledo que, a partir de uma abordagem mais ampla associa os pressupostos da Carta de Leipzig aos objetivos da estratégia Europa 2020, que, por sua vez, com enfoque na próxima década prevê um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo.

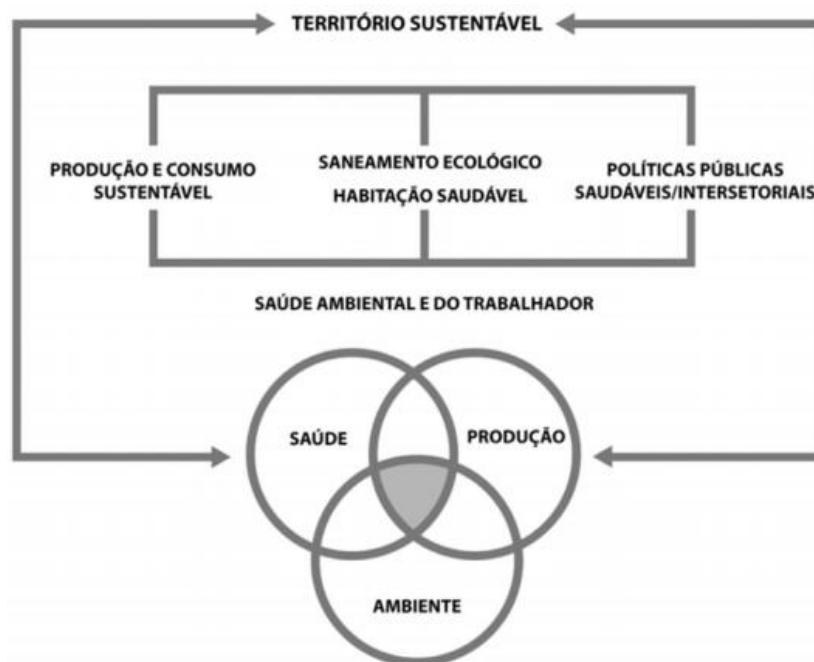
Os avanços, sobretudo em termos conceituais explicitados em vários documentos produzidos pela agências internacionais de desenvolvimento, desde a Declaração de Estocolmo em 1972 até o documento “rascunho zero do relatório: O Futuro que Queremos” elaborado a partir de sugestões e ideias a serem na abordadas na conferência, além dos desafios antigos e novos, embasaram a nova Conferência das Nações Unidas sobre o desenvolvimento Sustentável (Rio+20), realizada em 2012 no Rio de Janeiro. As agendas centrais da Rio+20 foram a “economia verde” e a “governança para o desenvolvimento

sustentável”, sendo que os temas abordados perpassam por diferentes dimensões ambientais, sociais e econômicas, com a ocorrência clara de uma maior aproximação com os conceitos de saúde e qualidade de vida. Além de ter anunciada a criação do Centro Mundial para o Desenvolvimento Sustentável (Centro RIO+), inaugurado em 2013 e vinculado às UN e ao PNUD, com o objetivo de facilitar a pesquisa, o intercâmbio de conhecimentos e promover o debate internacional sobre o desenvolvimento sustentável, cujo centro atuará no processo de criação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – com objetivos, metas e indicadores-, a serem considerados para a agenda para o desenvolvimento pós-2015.

Diante da importância da saúde para o desenvolvimento sustentável e vice-versa, a fim de assegurar a inserção, de forma mais aberta, da temática da saúde no relatório final da Rio+20, “O Futuro que Queremos”, antes do evento foi preparado pela FioCruz o documento “Saúde na Rio+20: desenvolvimento sustentável, ambiente e saúde”, no qual as relações entre a saúde e o desenvolvimento sustentável são enfatizadas, no sentido de que ações como: a cobertura universal de saúde, de suas relações com a economia verde e como resultado de todas as políticas, constituem indicadores de saúde que podem ser tidos como avaliação do grau de sucesso do desenvolvimento sustentável. O documento aborda a complexidade que envolve a prática da sustentabilidade pelo setor de saúde, que ainda carece de tecnologias limpas. Além disso, é enfatizada a importância do território que “enquanto lugar singular e histórico se constitui ao mesmo tempo em objeto e condicionante das ações de prevenção e de vigilância em saúde”. (FIOCRUZ, 2012, p.6).

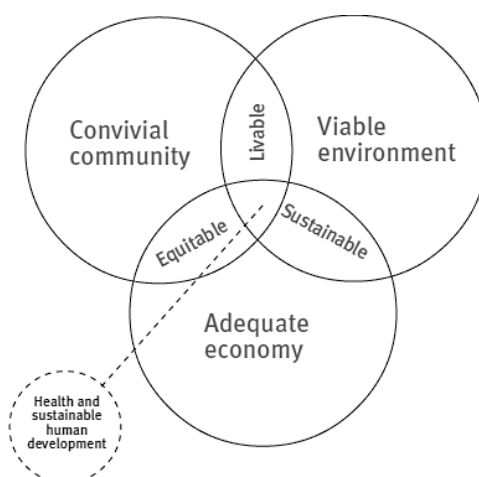
O documento destaca que a complexidade da (re)produção, considerando as interações entre saúde, ambiente e processo produtivo, deve ser considerada nas ferramentas para o monitoramento e análise dos territórios, nomeadamente por meio de ações de vigilância em saúde ambiental e vigilância dos impactos à saúde decorrentes do cotidiano, figura 14.

Com melhorias, no documento aprovado na Rio+20, ficou explicitado no relatório “O Futuro que Queremos” que “a saúde é uma condição prévia, um resultado e um indicador das três dimensões do desenvolvimento sustentável”, que são, portanto questões indissociáveis. Essa noção está presente no modelo conceitual para o desenvolvimento humano descrito por Hancock em meados da década de 1990, no qual a saúde ou, mais amplamente, o desenvolvimento humano resulta das relações equitativas, sustentáveis e habitáveis entre três áreas principais que advém do conceito de desenvolvimento sustentável: a sociedade, ambiente e economia. (WHO, 1997, p.43).

**Figura 14** – Sustentabilidade, territórios e saúde.

Fonte: FIOCRUZ (2012).

O modelo Trevor Hancock (1996), representado na figura 15, tem servido de embasamento para alguns projetos de cidades saudáveis no Canadá e pressupõe a integração das dimensões: convívio comunitário, viabilidade ambiental e adequação econômica. Onde a primeira caracteriza-se pela teia de relações sociais, cívica e de solidariedade, a segunda refere-se à qualidade do ecossistema local, incluindo ar, da água, do solo e na cadeia alimentar e a última ao nível de atividade econômica que pode atender necessidades básicas. (WHO, 1997).

**Figura 15** - Modelo conceitual de Trevor Hancock.

Fonte: WHO (1997).

No relatório “O Futuro que Queremos” foram destacados entre os parágrafos 138 e 146 temas prioritários para a criação de “sociedades inclusivas, equitativas e economicamente produtivas e saudáveis” como: a cobertura de saúde universal e equitativa, a necessidade de nacionais multisetoriais de cooperação, as doenças não transmissíveis e transmissíveis, saúde reprodutiva e medicamentos, etc. No encerramento da conferência o Secretário-Geral da ONU, Ban Ki-moon, destacou que o “documento final oferece uma base sólida para o bem-estar social, econômico e ambiental, sendo agora nossa responsabilidade construir sobre esta base. A Rio+20 afirmou princípios fundamentais – renovou compromissos essenciais – e deu-nos uma nova direção” (UN, 2012).

A perspectiva da relação dialógica entre os determinantes da saúde e o desenvolvimento sustentável consiste em grande avanço, pois conforme esclarece Paulo Gadelha (2012, s/p), na ocasião da Rio+20

A saúde é um dos maiores indicadores se estamos caminhando ou não para o desenvolvimento sustentável no seu sentido mais amplo. Os efeitos do aquecimento global, da perda de biodiversidade, das agressões mais profundas ao meio ambiente, seja no campo ou na cidade, se fazem sentir diretamente sobre a qualidade de vida. Saúde é qualidade de vida. Esses efeitos podem ser tanto de forma direta, como o aquecimento global, em relação a situações de agravamento das doenças respiratórias e a perda da biodiversidade, que leva à redução da possibilidade de haver circuitos de vetores e agentes patogênicos num meio natural mais completo, aumentando a chance de eclodir novas doenças vindas de zoonoses. Saúde e ambiente são quase questões simbióticas [...].

Como destaca Trevor Hancock (1996) os avanços conceituais significativos já foram alcançados<sup>67</sup>, as relações entre saúde, ambiente e economia são compreendidas. Porém, o desafio é alcançar a sustentabilidade em seu sentido amplo e, conseqüentemente o desenvolvimento humano. Conforme explicam Berger-Schmitt e Noll (2000, p.26), a sustentabilidade representa uma das várias dimensões do desenvolvimento humano, com base em Rutherford (1997); Wiman (1999), acrescentam que nesse contexto, a dimensão social é o foco, sem desconsiderar as ligações entre o desenvolvimento econômico e o social e o impacto dos estilos de vida sobre o ambiente.

---

<sup>67</sup> A fim de complementar ou mesmo considerar dimensões que se tornam importantes são criados novos conceitos, um exemplo, é o conceito de qualidade social, elaborado pela Fundação Europeia da Qualidade Social, como a medida em que os cidadãos são capazes de participar na vida social e econômica das suas comunidades, as condições e potencial individual para aumentar o bem-estar (Beck/ van der Maesen / Walker 1998a, p. 3). Onde são consideradas quatro condições: o grau de segurança socioeconômica; o grau de inclusão social; a força de coesão social e de solidariedade entre gerações; o nível de autonomia e responsabilização dos cidadãos. Segundo Berger-Schmitt, Noll (2000, p.27) o conceito foi um esforço para integrar as ideias de coesão social, social exclusão e desenvolvimento humano sob uma perspectiva política comum.

Várias noções de desenvolvimento sustentável perpassam pela economia, sociedade e ambiente, e de modo mais ou menos implícito, faz referência à qualidade de vida e ao bem-estar. Ao definir o desenvolvimento sustentável enquanto a integração da eficiência, crescimento e estabilidade econômica de forma equitativa; a salvaguarda dos recursos naturais, minimização dos impactos; a redução da pobreza, aumento da participação pública e salvaguarda do patrimônio cultural dos diferentes grupos sociais, etc., (MUNASINGHE; MCNEELY, 1995) tal relação é clara. Estudiosos como Van Bellen (2005); McGillivray e Clarke (2006), Ramos (2009), concordam que a noção de sustentabilidade tende a contemplar além das questões materiais, que tradicionalmente foram basilares ao conceito, aspectos como a religião, a cultura, a justiça social, o bem-estar humano, a qualidade de vida e a cidadania, que estão inter-relacionados ao conceito, bem como podem ser essenciais à condução a paradigmas mais sustentáveis.

Berger-Schmitt e Noll (2000, p.26) destacam a relevância do conceito de desenvolvimento humano, juntamente com outros conceitos como o de qualidade de vida, no sentido de que no desenvolvimento humano são consideradas questões como liberdade, segurança, empoderamento e participação das pessoas, que são negligenciadas por outras abordagens. Para os autores “An essential merit of the concept of human development is certainly its broad and comprehensive perspective which successfully links individual and societal dimensions of welfare”.

Logo, um dos maiores desafios para o futuro é a implementação de políticas públicas específicas para os temas prioritários, fundamentadas em conhecimentos e mobilização social. Ferramentas, como a agenda 21, e as recomendações publicadas nos Relatório e Declarações resultantes das conferências promovidas pelas agências internacionais, como a UN, WHO e suas comissões devem ser consideradas. Há muitas iniciativas que podem ser tomadas como modelo e serem difundidas e fortalecidas, bem como é cada vez mais importante que conceitos como *accountability* e *empowerment* sejam postos em prática pelas várias dimensões da sociedade.

Buscou-se neste capítulo destacar que a qualidade de vida possui inter-relações com a promoção de um ambiente urbano saudável, há uma dependência recíproca entre tais condições, que igualmente apresentam associações com o alcance da sustentabilidade. Afinal, todas são condições, cuja materialização demanda de medidas intersetoriais e mudanças estruturais, no desenvolvimento tanto no nível interurbano como no intraurbano. Demandam de vontade política - políticas públicas - e recursos - financeiro, humanos - especialmente no nível local com vistas a exploração das potencialidades endógenas específicas de cada

localidade. Uma das prioridades comuns ao alcance de qualquer das condições é a capacitação das pessoas especialmente por melhorias econômicas, ambientais e sociais, particularmente nos setores de educação e de saúde para romper com as velhas estruturas, que permitem a perpetuação da maioria dos problemas socioambientais, notadamente em realidades como a brasileira.

### 3. O CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

*Quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, o grau de bem-estar da sociedade e de igual acesso a bens materiais e culturais (MATOS, 1999 apud MINAYO; HARTZ e BUS, 2000)*

As pesquisas que tratam de indicadores sociais e da qualidade de vida não são recentes e em todo o mundo, sob diferentes escalas, tendem a se inovarem de modo convergente com as mudanças da sociedade e dos elementos tidos como essenciais ao seu desenvolvimento. Hoje, os indicadores de qualidade de vida têm se sistematizado como campo de pesquisa que perpassa pelas dimensões econômica, ambiental, social e urbana, se pautando nas avaliações do atendimento às necessidades individuais e coletivas e do nível de satisfação pessoal, segundo as metas e prioridades com foco na qualidade, gerais ou estabelecidas especificamente para determinados grupos ou setores da sociedade. Conforme afirma Galli (2007, p.87), “no obstante la verdadera utilidad del concepto se percebe sobre todo en los servicios humanos imersos en um llamada ‘quality revolution’ que propugna la planificación centrada en la persona y la adopcion de um modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad”. Neste contexto de busca pela qualidade,

[...] há uma demanda crescente para os respectivos instrumentos nas áreas de formulação de políticas, onde os indicadores sociais são cada vez mais considerados como ferramentas úteis para diversos fins, como por exemplo, *benchmarking*. Outras razões para a crescente popularidade dos indicadores sociais e de pesquisas de qualidade de vida observadas recentemente por parte dos formuladores de políticas - como por exemplo a União Europeia - podem ser encontrados em novos objetivos da política para o desenvolvimento da sociedade como sustentabilidade e coesão social e a necessidade para a respectivas ferramentas de monitoramento, os processos de globalização e internacionalização, novos modelos de governança e uma tendência para as políticas baseadas em evidências (NOLL, 2002, p.28, tradução nossa).

No entanto, ainda é controverso conceituar qualidade de vida, termo que pode assumir diferentes acepções, segundo Liu (1976), “there are as many QoL definitions as there are people”, ou em outras palavras cada um têm sua concepção de qualidade de vida, Auquier et al. (1997) apud Minayo; Hartz e Buss (2000, p.8) “a qualificam como um conceito equívoco como o de inteligência, ambos dotados de um senso comum variável de um indivíduo ao

outro”. Existem pelo menos três circunstâncias que são fundamentais para as variações, a saber: a histórica, a cultural e as classes sociais, onde:

[...] em determinado tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica. [em relação ao segundo], certamente, valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições. [e para o terceiro aspecto] [...]. Os estudiosos que analisam as sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes mostram que os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados: a idéia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro (MINAYO; HARTZ e BUSS, 2000, p.5-6).

Farquar (1995) apud Pais Ribeiro (2009) divide as definições de qualidade de vida, em propostas por especialistas e por leigos, sendo as primeiras subdivididas em: definições globais, definições em componentes, definições focadas e definições combinadas. Como consequência da amplitude de definições de qualidade de vida, Pais Ribeiro (2009) com base nos estudos de Van Dam; Sommers e Van Beck-Couzijn (1981), de Meeberg (1993), Gill e Feinstein (1994) constou-se que, apesar de utilizado, o conceito de qualidade de vida raramente é definido. Sendo que, no estudo de Gill e Feinstein (1994) dos “75 artigos escolhidos de forma aleatória que utilizavam instrumentos para avaliar a qualidade de vida, verificaram que em muito poucos se tentava definir o que se entendia por qualidade de vida, ou se justificava porque se utilizava tal técnica de avaliação”. O autor destaca, ainda que:

Hunt (1997) explica que a ausência de definição de QDV tem sido defendida de duas maneiras opostas: 1) ora porque há concordância geral acerca da definição e dos componentes de QDV (ou seja toda agente sabe o que é); 2) ora porque não há uma definição e medida “gold standard” pelo que fica a liberdade para utilizar qualquer definição e medida, ou seja, todas as definições e medidas seriam boas. (PAIS RIBEIRO, 2009, p.32).

No domínio das ciências, o interesse pela qualidade de vida, em um primeiro momento era, por excelência, de cientistas sociais, filósofos e políticos, hoje é compartilhado por estudiosos de outras áreas do conhecimento como as humanas, biológicas, etc. Portanto, são amplas as formas de abordagem deste conceito, originalmente subjetivo e multidimensional. Algumas das abordagens possíveis e suas distintas concepções, foram sintetizadas por Santos (2011) como mostra o quadro 13.



**Quadro 13** - Alguns conceitos de qualidade de vida.

ABORDAGEM	CONCEPÇÃO
Biológica	Percepção que o indivíduo possui da afecção física, a capacidade que supõe ter para realizar determinadas tarefas. Esta abordagem biológica centra-se nos estados de saúde física do indivíduo. Estudado maioritariamente pelas ciências da saúde: neste campo encontram-se muitas vezes estudos relacionados com a qualidade de vida do indivíduo doente.
Cultural	Conceito intimamente ligado com a educação na infância, com os hábitos e valores transmitidos, o que interfere na personalidade do indivíduo e interfere também na sua qualidade de vida futura. Perspectiva abraçada pela sociologia e psicologia, onde tentam descriminar a influência da educação no bem-estar do indivíduo enquanto ser social.
Econômica	O conceito surge ligado à satisfação de todas expectativas econômicas e materiais. É, no entanto subjetivo uma vez que depende de cada indivíduo, pois as expectativas esperadas de satisfação econômica variam de indivíduo para indivíduo. As ciências econômicas estudam a qualidade de vida no âmbito da posse de bens materiais. Os estudos que consideram a qualidade de vida um conceito econômico tendencialmente procuram indicadores de riqueza para caracterizá-la.
Psicológica	Na perspectiva psicológica, qualidade de vida é autoestima é equilíbrio mental, é felicidade e satisfação é ter boas expectativas em relação ao futuro. Na psicologia a qualidade de vida passa pela saúde mental adquirida pela percepção de bem-estar mental que induz a uma sensação de felicidade, daí que os estudos desta ciência passem pela análise da felicidade <sup>1</sup> .

<sup>1</sup> Investigadores em psicologia desenvolveram diferentes métodos, por exemplo o Inventário da Felicidade de Oxford, para medir o nível de felicidade de um indivíduo. Nestes métodos, levam-se em conta fatores físicos e psicológicos como envolvimento religioso ou político, estado civil, paternidade, idade, rendimento etc. Ou seja, o estudo da felicidade assemelha-se em muitos pontos aos estudos de Qualidade de vida. **Fonte:** (SANTOS, 2011, p. 14).

Para a construção de um conceito de qualidade de vida destaca-se a conveniência de voltar às abordagens de Maslow (1975) em relação aos níveis hierárquicos da satisfação das necessidades humanas e as de Smith (1980), que aproximaram a qualidade de vida ao bem-estar social. Apesar de terem sido concebidas em contextos e para fins diversos dos estudos de qualidade de vida, estes enfoques foram amplamente difundidos e ilustram duas formas distintas que permitem chegar a um entendimento acerca da noção de qualidade de vida que perdurou durante o século XX. Ambos já se mostram em certa medida ultrapassados, no entanto possuem elementos que se mantêm atuais e foram/podem ser considerados.

Ao tomar como ponto de partida a teoria das necessidades humanas proposta por Maslow (1975)<sup>68</sup>, que descreve as necessidades e potencial de realização do ser humano, a partir de cinco tipos diferentes de necessidades, ordenados a partir daquelas objetivas para as

<sup>68</sup> Há autores como Manfred Max Neef (economista e filósofo chileno) um dos criadores da teoria “Desarrollo a Escala Humana”, que criticam a natureza linear, intrínseca a teoria de Maslow, pois acreditam que as necessidades humanas fundamentais não são hierárquicas. Elas são múltiplas e interdependentes e o desenvolvimento depende da satisfação das mesmas. MAX NEEF, M. Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Fundación Dag Hammarskjöld. Santiago de Chile (1986).

subjetivas, a saber: 1) necessidades fisiológicas, 2) saúde e segurança, 3) a propriedade e amor, 4) a necessidade de ser amado, 5) autorrealização e, por fim, 6) as necessidades mais espirituais; tem-se que o alcance da qualidade de vida depende desde o cumprimento de um patamar mínimo das necessidades básicas até o alcance do pleno potencial como seres humanos. Apesar de ser utilizada, nomeadamente pelo setor de recursos humanos das empresas, para proporcionar o bem-estar aos funcionários, pode-se transpor os pressupostos da pirâmide de Maslow para o entendimento da qualidade de vida em sentido amplo. Contudo, para se falar em qualidade de vida deve-se considerar um limiar para além do atendimento daquilo que é essencial à sobrevivência (patamares mínimos da qualidade de vida), mas, que em alguns contextos ainda não é assegurado, a qualidade de vida, de fato, portanto seria a partir desse limiar mínimo.

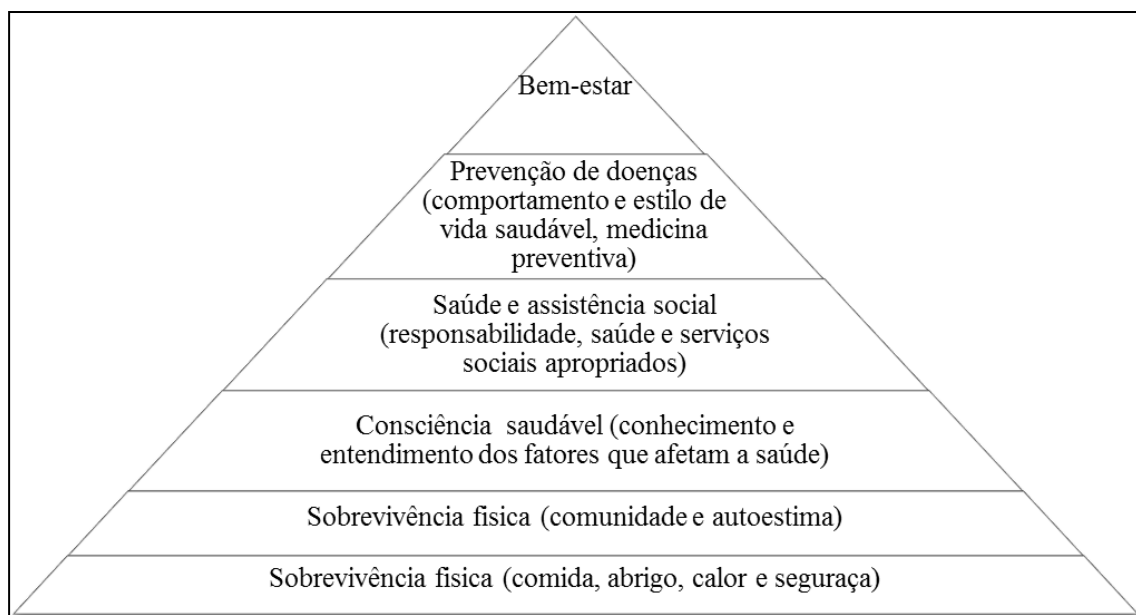
Bravo e Vera (1993) apud Bueno (2006) falam da existência de “necessidades básicas operativas” para a satisfação das várias necessidades do indivíduo (saúde, habitação, etc.); Chamber e Swain (2006, p.269) referem-se à qualidade de vida como determinados padrões aceitáveis de desenvolvimento humano e progresso, nossa satisfação com essas normas e como elas nos afetam. Minayo; Hartz e Buss (2000, p.8) concordam que há um patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida, o qual “diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva”, a autora ainda acrescenta que para o mundo ocidental de hoje, “o desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida”. Além disso, acrescenta que valores imateriais como: como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, também são essenciais à qualidade de vida.

Essa abordagem das necessidades mínimas é adotada por Morato (2004), que a partir do entendimento da qualidade de vida como o “grau de satisfação das necessidades básicas para a vida humana, que possa proporcionar bem-estar aos habitantes de determinada fração do espaço geográfico”, considera três dimensões e seus respectivos indicadores: a qualidade ambiental (com os indicadores de áreas verdes, abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo); o nível socioeconômico (com indicadores de renda per capita, pessoas por banheiro) e a educação (com indicadores de analfabeto 10 anos ou mais, analfabeto responsável por domicílio, anos de estudo responsável pelo domicílio) para o estudo da qualidade de vida no município de Embu-SP. Segundo a autora, apesar das críticas relacionadas a essa abordagem, como o “minimalismo e as variações nas prioridades segundo

os diferentes estilos de vida” a escolha dessa abordagem deve-se ao fato de que “não é possível ter uma qualidade de vida razoável sem que se tenha as condições mais cruciais asseguradas”, especialmente onde a população é majoritariamente carente sendo, portanto incoerente priorizar as “condições ou necessidades mais sofisticadas”.

O estudo Laughlin e Black (1995), no âmbito da geografia da saúde, também utiliza uma estrutura piramidal para descrever os níveis de saúde e o alcance do bem-estar, que depende do atendimento de uma série de etapas referentes às condições de saúde, que por sua vez, refletem as características da comunidade, sendo que para assegurar o alcance do topo, os demais níveis da hierarquia, devem ser atendidos, preferencialmente ao mesmo tempo (WHO, 1997).

**Figura 16** - Estrutura Triangular para a compreensão da Saúde.



**Fonte:** Laughlin e Black (1995) apud WHO (1997). Adaptado por: Alves (2014).

Em uma perspectiva semelhante, destaca-se o estudo de Gough (1982), que aborda a qualidade de vida a partir das necessidades e dos desejos, onde as primeiras estariam relacionadas com a esfera do universal, do coletivo e, portanto seu atendimento proviria da esfera política e da intervenção do poder público, e os segundos estariam vinculados com a dimensão individual, de modo que, seu alcance não dependeria tão somente de ações do poder público.

Para Minayo; Hartz e Buss (2000), apesar destas circunstâncias que implicam em variações do que se entende por qualidade de vida, sendo esta apenas uma mera representação

social, em função da existência de parâmetros materiais básicos também é possível uma apreciação universal da noção de qualidade de vida.

Neste sentido, Almeida; Gutierrez e Marques (2012, p. 18) afirmam que a qualidade de vida sempre esteve entre os homens; remete-se ao interesse pela vida. Porém, para os autores o alcance da qualidade de vida por cada indivíduo, relaciona-se com as suas possibilidades individuais, considerando tanto questões de ordem concreta, que exercem influência direta sobre as possibilidades de ação do sujeito frente à própria vida, como formas de percepção, ação e expectativas individuais frente a esses elementos.

Em relação às teorias filosóficas, que explicam a qualidade de vida há: aquelas baseadas na Preferência e Satisfação e as Idealistas. As duas primeiras defendem que uma boa vida consiste na satisfação dos desejos e/ou preferências pessoais e as segundas defendem que uma boa vida consiste na consecução de ideais normativos. Com base nas quatro teorias éticas: hedonismo, perspectiva dialética, humanismo e formalismo Cheung (1997) propõe um modelo para qualidade de vida, a qual é independente do ambiente físico e pode ser considerada como uma elaboração da interação de percepções que levam a um sentido da boa vida. (VAN DE KAMP, et al. 2003).

Já em relação à medição da qualidade de vida, destacam-se também três teorias filosóficas, a saber: a baseada na “Santidade da Vida”, pressupõe que “a vida humana é sagrada, e que a medição da qualidade de vida é contra a ética e que não é importante quando se visam decisões clínicas”, a baseada na “Eficiência Científica” “que coloca a avaliação da qualidade de vida no campo científico e se preocupa em salientar a eficiência, a equidade do sistema, e facilita a decisão acerca da distribuição de recursos” e, por fim a baseada na “Autonomia Humana”, que tem como foco a “autonomia, e salienta o ponto de vista da autodeterminação individual. Assume que a qualidade de vida não é mais do que o que a pessoa considera que é”. (PAIS RIBEIRO, 2009, p.33).

No campo das ciências biológicas e da saúde a qualidade de vida está relacionada com movimento que busca para além do “controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. [...] além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da droga) e da segurança (reação adversa a drogas)”, à necessidade de avaliar as condições de vida, a vida acrescentada aos anos dos pacientes com sobrevida aumentada. Sendo que, tal necessidade foi imposta especialmente à oncologia (FLECK et al., 1999).

Felce e Perry (1995) descrevem diferentes modelos conceituais de qualidade de vida, desde esta relacionada com as condições de vida, perpassando pela satisfação experimentada com tais condições, e pela combinação de componentes objetivas e subjetivas até a

combinação das condições de vida e satisfação pessoal, de acordo com valores e aspirações pessoais.

Nesta última perspectiva, segundo Browne et al. (1994); Felce e Perry (1995) os vários domínios da qualidade de vida têm uma dimensão objetiva e outra subjetiva, e são influenciados por valores individuais, ou seja, a avaliação geral da qualidade de vida decorre da interação entre as condições externas da vida de um indivíduo e as percepções internas destas condições, de acordo com os valores e necessidades pessoais, aspirações, expectativas, grupo de referência, etc. Como estes elementos que interagem são dinâmicos, a avaliação da qualidade de vida está em constante modificação, como esclarece Felce e Perry (1995 p.62-63).

Alterações em algumas facetas objetivas da vida podem mudar a satisfação, os valores pessoais ou ambos. Da mesma forma, mudanças nos valores podem mudar satisfação e precipitar a mudança em alguma circunstância objetiva. Da mesma forma, uma alteração em um sentimento de satisfação pode levar a reavaliação dos valores e estilos de vida.

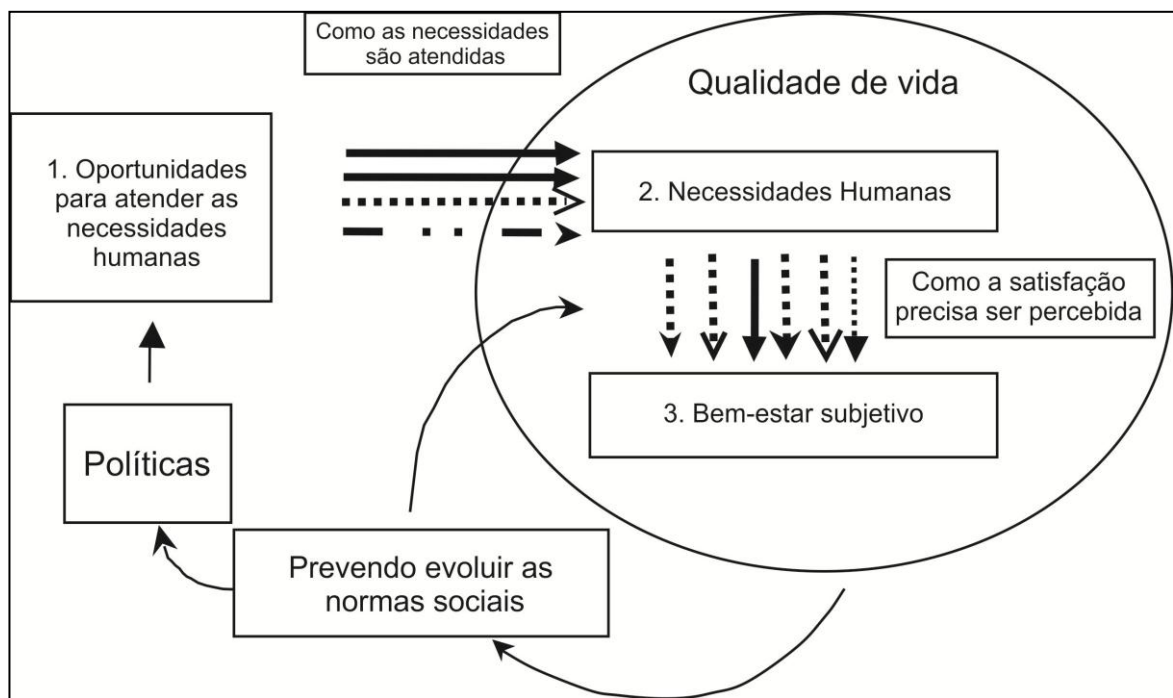
Assim, um afetando o outro, os três elementos são capazes de mudar de forma independente como consequência de influências externas. Tais influências externas podem ser genética, social, herança material, idade e amadurecimento, a história do desenvolvimento, o emprego, a influência dos colegas e pontos de referência, e outras variáveis sociais, econômicas e políticas. Como os três elementos que definem a qualidade de vida são todos abertos à influência externa, a avaliação de todos os três é necessária para qualquer sistema de medição pretendendo capturar qualidade de vida. O conhecimento de um conjunto não pode prever outro, porque as relações entre eles não permanecem constantes. (tradução nossa).

Segundo Felce e Perry (1995) a qualidade de vida é a soma das condições de vida mesuráveis objetivamente, sendo que a resposta a tais condições é a satisfação pessoal. De modo que, para os autores é direito dos cidadãos o acesso às condições de vida que podem implicar na satisfação. Contudo, Felce e Perry (1995, p.54) destacam que nem este potencial relacionamento nem a própria apreciação subjetiva são pertinentes para avaliação da qualidade de vida, que deve ser avaliada por uma variedade de condições de vida na população.

Segundo Costanza et al. (2008, p.18)

Qualidade de vida é a medida em que as necessidades humanas objetivas são cumpridos em relação as percepções pessoais ou de grupo de bem-estar subjetivo (BES [figura 17]). As necessidades humanas são necessidades básicas de subsistência, reprodução, segurança, afeto, etc. [...]. BES é avaliado pelas respostas dos indivíduos ou grupos 'para perguntas sobre a felicidade, satisfação com a vida, utilidade, ou bem-estar. A relação entre as necessidades humanas específicas e satisfação percebida com cada um delas pode ser afetada pela capacidade mental, contexto cultural, informação, educação, temperamento, e semelhantes, muitas vezes de formas bastante complexas. Além disso, a relação entre a satisfação das necessidades humanas e bem-estar geral subjetivo é afetada (variando no tempo) pelos pesos individuais, grupos e culturas [...]. (tradução nossa).

**Figura 17** - Qualidade de vida: interação das necessidades humanas e da percepção subjetiva de sua realização, mediado pelas oportunidades disponíveis para atender as necessidades.



**Fonte:** Costanza et al. (2008). Adaptado por: Alves (2015).

Costanza et al. (2008) ressalta a importância da criação de oportunidades e de condições para que as pessoas atendam as necessidades humanas, assim como construam capital humano, social e natural, considerando que ao longo do tempo o valor atribuído, as necessidades e, por conseguinte as decisões sobre os investimentos para as melhorias sociais são modificados (figura 17). Esta perspectiva está entre as abordagens mais recentes da qualidade de vida, adotadas por filósofos e economistas. Nela destacam-se os conceitos de capacidade e funcionalidade, sendo o primeiro, as possibilidades, o conjunto de oportunidades reais que uma pessoa tem em seu favor, que para fazer ou ser - para alcançar aquilo que considera essencial ser ou ter; isso por sua vez, representa a funcionalidade. A qualidade de vida seria então a capacitação para alcançar a funcionalidades. Conforme explica Herculano (2000, p.9) com base em Sen (1995) “a qualidade de vida não deve, portanto, ser entendida como um mero conjunto de bens, confortos e serviços, mas, através destes, das oportunidades efetivas das quais as pessoas dispõem para ser”. Sendo que, tais oportunidades devem ser asseguradas por meio de governança, participação social, políticas públicas, etc.

Esta é a perspectiva do economista Amartya Sen, que foi adotada também pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD no seu IDH, a qual é:

[...] "Baseada em uma visão de vida como a combinação de vários "atos e seres", com qualidade de vida a ser avaliada em termos de capacidade para alcançar funcionalidades valiosas" (Sen, 1993: 31). Funcionalidades "representam partes do estado de uma pessoa - em particular as várias coisas que ele ou ela consegue fazer ou ser na condução da vida. ... Alguns funcionalidades são muito elementares, tal como se alimentar adequadamente, estar em boa saúde, etc. ... os outros podem ser mais complexas, mas ainda amplamente valorizadas, tais como a obtenção de auto-respeito ou ser socialmente integrado" (Sen, 1993: 31). (NOLL, 2002, p.7, tradução nossa).

Ao definir qualidade de vida, além dos conceitos de "satisfação com a vida" e "felicidade" que comumente encontram-se relacionados com aquele, na perspectiva de dimensão objetiva, Lora et al (2008, p.12) também utiliza os conceitos de capacidade para a vida, como uma condição necessária para o desenvolvimento pessoal e social; e o de condições materiais de vida, ou simplesmente condições de vida, os quais incluem renda, consumo, habitação, acesso a serviços e condições de trabalho.

Em um sentido lato, McCrea (2007, p. 21); McCrea et al (2011, p.57) definem a qualidade de vida como a "avaliação das circunstâncias humanas", que implica em certo grau de (in)satisfação com aspectos/ambientes em que se vive – conforme propuseram Campbell et al (1976); Andrews e Withey (1976)-. Portanto, a qualidade de vida incorpora dimensões sociais, econômicas e ambientais, demográficos, e também a satisfação em relação a estes domínios da vida (CAMPBELL (1976). Esta (in)satisfação pressupõe que a qualidade de vida pode ser derivada do "local", ou seja, dos atributos de domínios como: moradia, bairro, meio ambiente, comunidade, etc. necessários para o alcance da satisfação pessoal e, também de dimensões como: trabalho, relações sociais, saúde, etc. que podem apresentar avaliações ainda mais subjetivas e pessoais, já que afetam os indivíduos, que possuem diferentes valores, e não a toda comunidade, de maneira geral. Para tratar desta relação Minayo; Hartz e Buss (2000, p.8) parte da afirmação de Witier (1997) em que "para o ser humano, o apetite da vida está estreitamente ligado ao menu que lhe é oferecido".

Apesar de não utilizar a noção qualidade de vida, o Sistema de Bem-Estar da Escandinávia pode ser visto como um dos primeiros estudos da qualidade de vida da população em geral, com o "estudo de bem-estar comparativo", dirigido por Erik Allardt, sob o embasamento em critérios que poderiam ser agrupados nas dimensões ter, amar e ser, mensuráveis objetivamente e subjetivamente, quadro 14, conforme aponta Herculano (2000), que define a qualidade de vida como

[...] a soma das condições econômicas, ambientais, científico-culturais e políticas coletivamente construídas e postas à disposição dos indivíduos para que estes possam realizar suas potencialidades: inclui a acessibilidade à produção e ao consumo, aos meios para produzir cultura, ciência e arte, bem como pressupõe a

existência de mecanismos de comunicação, de informação, de participação e de influência nos destinos coletivos, através da gestão territorial que assegure água e ar limpos, higiene ambiental, equipamentos coletivos urbanos, alimentos saudáveis e a disponibilidade de espaços naturais amenos urbanos, bem como da preservação de ecossistemas naturais. (HERCULANO, 2000, p.21),

**Quadro 14** - Verbos considerados básicos à vida humana - ter, amar, ser, e as possibilidades de mensuração objetiva e subjetiva.

<b>Verbo</b>	<b>Medida Objetiva</b>	<b>Medida Subjetiva</b>
Ter - condições materiais	Recursos econômicos (renda e riqueza); condições de habitação (espaço disponível e conforto doméstico); emprego (ausência de desemprego); condições físicas de trabalho (ruídos e temperaturas nos postos de trabalho, rotina física, stress); saúde (sintomas de dores e doenças, acessibilidade de atendimento médico; educação (anos de escolaridade)	Sentimentos subjetivos de satisfação/insatisfação com tais condições
Amar - necessidades sociais	União e contatos com a comunidade local; ligação com a família nuclear e parentes; padrões ativos de amizade; união e contatos com companheiros em associações e organizações; relações com companheiros de trabalho.	Felicidade-infelicidade - sentimentos subjetivos sobre as relações sociais
Ser - necessidades de crescimento pessoal	Participação nas decisões e atividades coletivas que influenciam sua vida; atividades políticas; oportunidades de tempo de lazer; oportunidades para uma vida profissional significativa; oportunidade de estar em contato com a natureza, em atividades lúdicas ou contemplativas.	Sentimentos subjetivos de alienação/crescimento pessoal

**Fonte:** Herculano (2000). **Org.** Alves (2014).

Portanto, apesar da inexistência de um conceito de qualidade de vida universalmente aceito, em função dentre outros fatores de seu carácter complexo, relativo e dinâmico, pelos avanços científicos em diferentes áreas do conhecimento, vê-se que em consonância com a busca por melhorias sociais [em sentido amplo], as quais refletem na saúde e no bem-estar, tal noção geralmente é considerada, seja de forma implícita ou explícita, por vezes adquirindo uma nova componente, perspectiva e mesmo sendo aprimorada. Afinal, trata-se de uma noção, cujo alcance depende de inter-relações diversas de fatores objetivos e subjetivos.

Assim, tendo em vista as perspectivas de um futuro melhor, para este estudo busca-se considerar certa amplitude e transversalidade da noção de qualidade de vida para a realidade urbana, bem como as interações desta noção com outros fatores relevantes para a mesma.



### 3.1. Qualidade de vida em uma Sociedade Urbana

A proeminência dos estudos de qualidade de vida no âmbito da realidade urbana, de um lado, pode ser justificada pelo alto grau de urbanização da sociedade, de modo que a noção de um contexto explicitamente "urbano" para qualidade de vida é deliberada e realista. Acrescenta-se ainda, por outro lado, conforme destacam Santos e Martins (2002, p. 7) o fato de que, “a urbanização atual, muitas vezes intensa e desordenada, é ela própria geradora de um conjunto de problemas e de disfuncionamentos internos cuja influência nas condições de vida dos cidadãos importa conhecer e avaliar”. Além disso, quando se fala em estudar a qualidade de vida, os indicadores “incidem em geral sobre as áreas urbanas” (PARTIDÁRIO, 2000, p.31), seja com foco na rede de cidades ou no espaço intraurbano.

Cabe ressaltar que a origem da expressão qualidade de vida, associada ao espaço urbano não é recente. Segundo, Pelletier e Delfante (2000, p. 235), historicamente esta remete-se ao século XI, no contexto do desenvolvimento dos mercados e feiras, em que as autoridades cívicas e religiosas ou laicas garantiriam as condições de bem-estar. Passando, mais tarde, pelo contexto da Idade Média, sobretudo no Ocidente, onde os autores destacam “que os regulamentos visavam à segurança, a ornamentação, a higiene, os serviços e, claro, o habitat” decorreriam de preocupações em melhorar as condições de vida. Até chegar, a urbanização do século XX, onde, em decorrência da expansão da cidade não ocorrer com o provimento das infraestruturas/equipamentos essenciais à qualidade de vida, há:

Las dificultades de accesibilidad, el deterioro físico de una ciudad, la dificultad de relaciones sociales, la contaminación ambiental, la saturación de los servicios, la pobreza y la inseguridad social, son algunos de los problemas que caracterizan hoy a los contextos urbanos, es decir, que son problemas propios de las ciudades donde se concentra la mayor cantidad de recursos y de población y donde se manifiestan en mayor magnitud los problemas de diferencias y descontento social. Dificultando todo esto la posibilidad de definir hipótesis sobre niveles de calidad de vida (CHACÓN, 1998, p. 2).

O autor destaca que, neste contexto, por vezes a sociedade é marcada pelo paradoxo de um crescente nível de vida, porém insuficiente para a satisfação dos indivíduos, o que torna as investigações, simultaneamente necessárias e mais difíceis. Deste modo que,

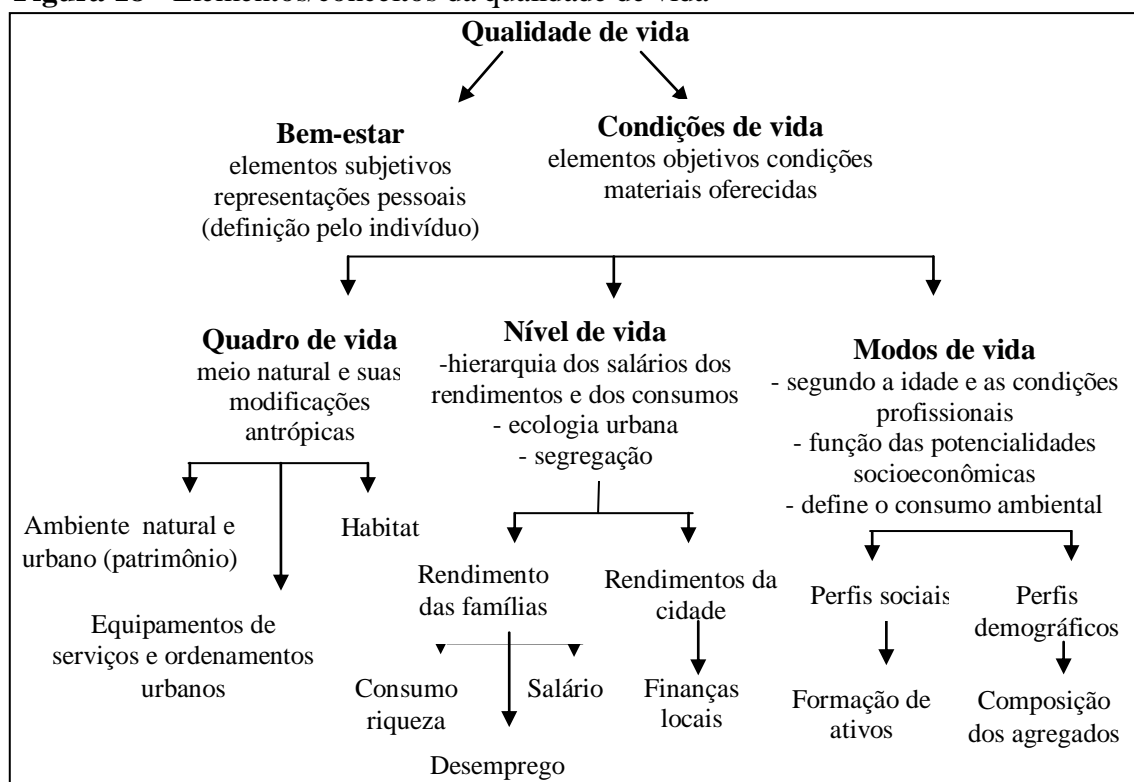
A investigação actual sobre a qualidade de vida urbana confronta-se, assim, com o desafio da procura de novos modelos de abordagem que levem em conta as profundas mudanças económicas, sociais e tecnológicas em curso que, justamente, se têm vindo a manifestar de forma particularmente expressiva à escala das cidades (SANTOS; MARTINS, 2002, p. 7).

A qualidade de vida urbana (QVU) é definida por Marans e Stimson (2011, p. 1) com base em Mulligan et al. (2004) como a satisfação de uma pessoa, considerando as condições humanas e físicas, que são dependentes da escala urbana e podem afetar os comportamentos individuais, de grupos sociais, famílias e unidades econômicas como empresas. Ao conceituar a QVU McCrea (2007) faz uma distinção entre a qualidade de vida derivada do ambiente urbano e a com experiência no ambiente urbano, onde a primeira associa-se com a satisfação derivada de domínios urbanos como moradia, bairro, comunidade e região e a segunda inclui a satisfação em todos os domínios da vida; por exemplo, trabalho, relacionamentos, saúde, bairro etc., portanto mais ampla.

Neste sentido, Tobelem-Zanin (1995) destaca a importância do conceito de qualidade de vida para observar o estado das condições de vida da população urbana, de acordo com três conceitos fundamentais: quadro de vida, nível de vida e estilo de vida.

A autora [...] indica que as **condições de vida** estão simultaneamente ligadas ao quadro de vida, ao modo de vida bem como, ao nível de vida. Relacionam-se, assim, directamente com o meio físico, natural e humano em função dos seus equipamentos, da situação geográfica da sua morada e da distância a todos os outros domínios de actividades (emprego, lazer, serviços). Existe também uma ligação directa ao nível de vida dado que este determina frequentemente o modo de vida e, sobretudo, as potencialidades e possibilidades de vida de cada grupo social [...]. No que toca ao **quadro de vida**, diz que permite definir o que rodeia a vida quotidiana do indivíduo e do grupo. O quadro de vida diz respeito ao ambiente natural (sítio, clima) e às modificações antrópicas (residência, equipamentos e arranjos urbanos diversos). Salienta ainda que o **nível de vida** não é apenas sinónimo do nível salarial, mas deve antes definir-se como uma capacidade de recursos. Estes recursos podem ser avaliados em função da riqueza e dos salários dos agregados, mas, também, em função da riqueza da cidade. Esta última permite em grande parte determinar as potencialidades reais de cada cidade de criar, equipar, manter e gerar o quadro de vida oferecido aos seus habitantes. Por fim, apresenta os **modos de vida** de cada grupo social como sendo determinados pelas características gerais da sociedade. Cada grupo social possui o próprio modo de vida. Encontra-se ligado às potencialidades de cada grupo, potencialidades que podem ser de ordem económica (dado que o nível de vida determina inevitavelmente a forma de viver de cada um, bem como as suas necessidades e aspirações), ou ainda, de ordem social ou cultural. Assim sendo, cada grupo, definido pela sua idade ou estrato social, mantém com um mesmo meio relações que são apenas parcialmente comuns ao conjunto da população (RODRIGUES, 2007, p. 24-25).

Para Tobelem-Zanin (1995) a dimensão subjetiva é representada pelo bem-estar e a objetiva pelos elementos materiais, sendo estas medidas complementares, figura 18. Afinal quanto maior a satisfação dos indivíduos com o seu ambiente, mais fortes são os laços estabelecidos entre os membros do grupo com o quadro de vida, melhores são os modos e nível de vida e, por conseguinte a qualidade de vida (TOBELEM-ZANIN, 1995).

**Figura 18** - Elementos/conceitos da qualidade de vida

**Fonte:** Adaptado a partir de Tobelem-Zanin (1995) por Valente (2006).

A Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Eurofound) considera a "qualidade de vida" como um conceito mais amplo do que "condições de vida". As condições de vida, juntamente com a possibilidade das pessoas, na medida do possível, atingir os objetivos e escolher o estilo de vida que desejam, seriam elementos centrais para a melhoria da qualidade de vida, que é identificada por um número de dimensões tidas como essenciais para a vida humana, para o bem-estar, considerando os valores gerais e objetivos políticos da UE. Porém, o bem-estar depende de outros fatores além das condições de vida, como as formas que as pessoas reagem e se sentem em relação suas vidas nos diferentes domínios da vida. Esta também é a perspectiva de Lora et al. (2008, p.9), segundo ele os conceitos são distintos porque, a qualidade de vida:

[...] abarca más que el enfoque de "condiciones de vida", el cual se centra en los recursos materiales al alcance de los individuos. La calidad de vida comprende también las circunstancias en que se desarrolla la vida de las personas. Por consiguiente, se acepta que es un concepto multidimensional, no solamente porque requiere tener en cuenta diversos aspectos de la vida de las personas, sino también porque abarca aspectos externos a los individuos, y las interrelaciones entre unos y otros.

Portanto, para a realidade do século XXI, na qual elevaram-se, de um lado os padrões de vida e de outro os problemas, a qualidade de vida urbana relaciona-se a necessidade investigação para a reconstrução das cidades, no sentido de que estas sejam mais saudáveis, sustentáveis e ofereçam condições para a satisfação de uma ampla variedade de necessidades.

### **3.2 Qualidade de vida, bem-estar, felicidade, saúde e sustentabilidade: Convergências e divergências conceituais.**

A retomada do interesse pela qualidade de vida tem colocado, em vários contextos, o tema de forma implícita e/ou explícita nas políticas públicas, apesar de ainda não se ter uma definição e modo de mensuração bem definidos e universalmente aceitos. O conceito é frequentemente relacionado com outros como: felicidade, bem-estar, saúde, sustentabilidade, etc. Contudo, apesar dos pontos comuns tais termos diferem entre si.

Ainda que, por vezes, a qualidade de vida seja tomada como sinônimo de bem-estar e felicidade<sup>69</sup> (MARANS; STIMSON, 2011, p. 4), estes conceitos são distintos, embora os dois últimos elementos possam ser componentes da qualidade de vida. Smith (1973, p. 66) já havia destacado que qualidade de vida é mais concreta ou específica, em suas palavras:

[...] the concept of social well-being is sometimes thought of as synonymous with the quality of life. But it may be preferable to regard it as being at the more concrete or specific end of the continuum of abstraction that descends from human happiness through the concept of the quality of life to social well-being. "Quality of life" implies a rather personalized concept, whereas reference to aggregates of people defined by area of residence more appropriately addresses the welfare of some social group. (SMITH, 1973 apud MARANS; STIMSON, 2011, p.38).

Na visão filosófica eudaimonista, felicidade seria entendida como viver o "bom e virtuoso" levar uma vida feliz e bem sucedida, já pela visão hedonista seria a maximização da satisfação ou do prazer, porém ambas remontando a um passado distante (MCCREA; MARANS; STIMSON E WESTERN 2011, p.56).

---

<sup>69</sup> No Dicionário Oxford de Filosofia (Rio de Janeiro: Zahar, 1997) a consulta ao vocábulo qualidade de vida remete diretamente ao vocábulo, felicidade. Para Langlois e Anderson (2002) apud Rodrigues (2007, p.26) o bem-estar é a interpretação da qualidade de vida resultante de experiências ambientais e pessoais subjetivas, assim como para Molina (2005, p.77) a qualidade de vida resulta do bem-estar. Da mesma forma, em seus estudos a UNESCO não diferencia a qualidade de vida de bem-estar e felicidade, por partilhar da visão de que a qualidade de vida refere-se a felicidade e ao bem-estar. Assim como a European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2003), define a qualidade de vida como o bem-estar geral, e o Atlas do Canadá que relaciona à qualidade de vida a função de medir o bem-estar. Tal como parte dos estudos da área médica que propõe esta aproximação da qualidade de vida nesta área à indicadores sociais, como o de bem-estar, felicidade e satisfação.

Cabe destacar que, felicidade e satisfação são distintas. Segundo McKennel e Andrews (1980) apud Fahey et al. (2003); Kahneman et al. (2004); Eurofound (2004) a felicidade é um estado de espírito/afetivo, incorporando tanto a existência de emoções positivas como a ausência de emoções negativas. A felicidade a reatividade emocional aos eventos recentes. Já a satisfação representa mais um estado cognitivo. Isso significa que alguém pode ser feliz sem avaliação de sua vida tão boa, por outro lado, uma pessoa atribuindo um nível elevado de satisfação com a sua vida pode sentir-se infeliz.

No entanto, pode ser possível que a satisfação possa decorrer da felicidade a longo tempo. Kahneman et al. (2004) destacam que redes afetivas e circunstâncias objetivas têm pouca correlação com a satisfação, enquanto que as características pessoais relacionadas ao temperamento e personalidade têm forte correlação com satisfação. Igualmente, para Rutledge et al (2014, p. 12255) “a felicidade momentânea é um estado que não reflete o quão bem as coisas estão indo, mas sim se as coisas estão indo melhor do que o esperado. Isto inclui as expectativas positivas e negativas, ou mesmo na ausência de resultados”. Sendo que um estado permanente de felicidade varia em torno de um ponto de ajuste hedônico, em que os indivíduos se adaptam às mudanças de longa duração em circunstâncias de vida.

As relações entre “recompensas” que são objetos externos quantificáveis (por exemplo, dinheiro) e as respostas afetivas e motivacionais, manifestas pelo grau de felicidade, foram analisadas por Rutledge et al. (2014). Os estudiosos da *University College London* monitoraram por ressonância magnética a atividade cerebral de pessoas que tomavam decisões que culminavam em ganho ou perda de dinheiro e também as respostas ao questionamento “O quão feliz você está agora?” antes e após a decisão; e chegaram a conclusão que a felicidade é altamente influenciada pelas expectativas, nem tanto pelos ganhos, ou seja, matematicamente se as expectativas são menores não há desapontamentos. Se as expectativas são altas e alcançadas, a felicidade será maior, a qual aparece associada a grande quantidade de dopamina, que pode explicar alegria momentânea. A partir de tais constatações foi proposta uma equação matemática da felicidade<sup>70</sup>, que “explica a felicidade

$$\text{Felicidade} \left( t \right) = w_0 + w_1 \sum_{j=1}^t \gamma^{t-j} CR_j + w_2 \sum_{j=1}^t \gamma^{t-j} EV_j + w_3 \sum_{j=1}^t \gamma^{t-j} RPE_j,$$

70

where  $t$  is the trial number,  $w_0$  is a constant term, other weights  $w$  capture the influence of different event types,  $0 \leq \gamma \leq 1$  is a forgetting factor that makes events in more recent trials more influential than those in earlier trials,  $CR_j$  is the CR if chosen instead of a gamble on trial  $j$ ,  $EV_j$  is the EV of a gamble (average reward for the gamble) if chosen on trial  $j$ , and  $RPE_j$  is the RPE on trial  $j$  contingent on choice of the gamble. If the CR was chosen, then  $EV_j = 0$  and  $RPE_j = 0$ ; if the gamble was chosen, then  $CR_j = 0$ . Parameters were fit to happiness ratings in individual subjects. We found that CR, EV, and RPE weights were on average positive [all  $t(25) > 4.6$ ,  $P <$

momentânea, melhor do que um conjunto de modelos alternativos, incluindo os modelos sem restrições exponenciais, parâmetros para opções não escolhidos e modelos baseados em serviços públicos” (RUTLEDGE et al., 2014).

Acerca da avaliação da qualidade de vida pelo indivíduo, considerando a distância relativa entre o que se tem e o que se deseja, Herculano (2000) lembra-se do pensamento de E. Durkheim (1977), relativo à diferença entre o prazer e a felicidade e com a sua apologia à moderação, pois

Dizia Durkheim ser a felicidade um estado geral e constante, enquanto o prazer é uma espécie de crise, que dura um momento e morre. O que definiria a felicidade seriam as disposições permanentes, a saúde psíquica e moral no seu conjunto. Sendo a felicidade uma constante, ela não aumentaria com o progresso, pois, para Durkheim, haveria uma intensidade normal de todas as nossas necessidades intelectuais, morais, físicas, que não poderia ser ultrapassada: tudo que fosse além desta medida ou nos deixaria indiferentes ou nos faria sofrer. A felicidade estaria estreitamente vinculada à moderação, a um desenvolvimento moderado, sem acumular indefinidamente estímulos. O autor criticava o utilitarismo, que supunha que a felicidade crescesse com o progresso, e o psicologismo, que imputava à busca da felicidade as causas da realização do progresso humano. (HERCULANO, 2000, p.6).

Considerando a relação entre a sustentabilidade e felicidade, para Stiglitz; Sen e Fitoussi (2010) estes temas são complementares, entretanto suas formas de avaliação são distintas, já que a primeira necessita de uma medida quantitativa, como o estoque de recursos (naturais e sociais) necessários para que futuras gerações atendam suas necessidades, de modo que não necessariamente podem integrar um mesmo indicador.

Em relação ao bem-estar, conceito abordado em muitos estudos, há uma variedade de perspectivas, desde aquelas que partem do Estado de bem-estar social (*welfare state*), onde haveria patamares mínimos de bem-estar assegurados pelo estado, até abordagens, a maioria, em que há aproximações aos conceitos de (*well-being*) bem-estar subjetivo, a autoestima, a percepção e controle, otimismo, afeto positivo, saúde e às condições do meio.

Os estudos da qualidade de vida com foco no bem-estar subjetivo, a partir do nível de felicidade e satisfação, remontam a década de 1960, principalmente nos EUA, e são comuns no âmbito da psicologia, especialmente a social (FAHEY et al., 2003). As medidas de bem-estar subjetivo estendido para felicidade, enquanto resposta subjetiva de recompensas, ainda continuam a ser utilizadas pelas nações para a implantação de políticas. No Brasil, por exemplo, a portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem dentre seus valores fundantes a felicidade, vista “enquanto autopercepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui

---

0.0001] with EV weights lower than RPE weights [ $t(25) = 4.3$ ,  $P < 0.001$ ; Fig. 2A]. The forgetting factor  $\gamma$  was  $0.61 \pm 0.30$  (mean  $\pm$  SD). (RUTLEDGE et al 2014, p. 12253).

na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades”.

Segundo Dodge et al. (2012) não se tem uma definição clara de bem-estar, mas descrições que concentraram nas dimensões de bem-estar, em vez de definições, sendo possível identificar várias perspectivas de abordagem para o bem-estar e de sua relação com a qualidade de vida, a proposta de Shin e Johnson (1978, p.478) do bem-estar como uma avaliação global da qualidade de vida de uma pessoa segundo seus próprios critérios, que ainda influencia a literatura atual comprova tal fato. De modo semelhante, para o Serviço de Administração Pública Americana, bem-estar – das pessoas e dos lugares – encontra-se relacionado com qualidade de vida, a qual abarca aspectos econômicos, sociais, psicológicos, ambientais e estilos de vida (BOOZ-ALLEN, 1973).

Essa perspectiva é próxima à adotada pela MEA que também considera que o bem-estar possui constituintes múltiplos, incluindo materiais básicos para uma vida boa, liberdade de escolha, saúde, boas relações sociais, e segurança. Sendo que tais componentes, vividos e percebidos pelas pessoas, são dependentes da situação socioeconômica, cultural e das circunstâncias ecológicas, reflexo da geografia local.

A noção difundida por Sen (1997) apud UN (2013) que embasa as perspectivas de organizações como a UN e a WHO, partem do pressuposto de que bem-estar relaciona-se com recursos, no sentido da capacidade que as pessoas têm para realizar escolhas e agir, que pode englobar desde questões elementares como escapar da morbidade e mortalidade, ser adequadamente nutrido até aquelas mais complexas, como a autorrealização, respeito e a vida comunitária. Portanto, envolve as dimensões material e imaterial (cognitivas/subjetiva e relacionais). Neste sentido, a noção de bem-estar estaria bem próxima a de qualidade de vida.

Ao tratar das capacidades, o autor propõe que estas são condicionadas por circunstâncias, pessoais e sociais, quais sejam:

- 1) **Heterogeneidades pessoais**, a idade, sexo ou deficiência pressupõe diferenças para a realização de tarefas. Por exemplo, uma pessoa doente, mesmo com maiores gastos com tratamento ou cuidado pode não ser capaz de melhorar os resultados de saúde.
- 2) **Diversidades ambientais**, condições climáticas (chuva ou inundações) podem influenciar no que uma pessoa pode começar a partir de um determinado nível de renda.
- 3) **Variações no clima social**, rendimentos e recursos pessoais podem ser influenciados pelas condições sociais, incluindo cuidados de saúde pública, os sistemas de ensino públicos, a prevalência ou ausência de crime em um determinado local e da natureza do relacionamento com a comunidade (capital social).
- 4) **Diferenças nas perspectivas relacionais**, requisitos materiais associados a padrões estabelecidos de comportamento pode variar entre as comunidades, de acordo

com os costumes e convenções. Uma sociedade ou comunidade pode exigir padrões mais elevados em comparação com o outra. 5 ) **Distribuição dentro da família**, a distribuição intra-familiar de renda pode ser um fator crucial que liga realizações individuais (resultados) e oportunidades com o nível geral de renda familiar (traduzido e adaptado de Sen 1971, apud UN, 2013, p.26).

As UN (2013) destacam a multidimensionalidade do bem-estar, que abarca inseparavelmente, as dimensões materiais, as relações sociais, as quais podem ser condições para o empoderamento e a subjetividade, ou seja, como isso é percebido pelo indivíduo. Assim o bem-estar decorre:

[...] de uma combinação do que uma pessoa tem, o que uma pessoa pode fazer com o que tem, e como pensa sobre o que tem e pode fazer "(IDS, 2009). Em outras palavras, o bem-estar tem três dimensões principais: a material que enfatiza o bem-estar prático e nível de vida; a relacional que enfatiza as relações pessoais e sociais; e a subjetiva que enfatiza valores e percepções. As três dimensões estão interligadas e suas demarcações são altamente líquidas (McGregor, 2007; Sumner e Mallett, 2013). (UN, 2013, p.16, tradução nossa).

As definições adotadas pelas UN se aproximam das noções de oportunidade e capacidades, ao abordar o acesso à bens materiais e imateriais, explica porque “the first is primarily concerned with the inequality of outcomes in various material dimensions of human well-being, such as the level of income or level of educational attainment; and the second with the inequality of opportunities (that matter for equitable outcomes), such as unequal access to employment or education” (UN, 2013, p.16).

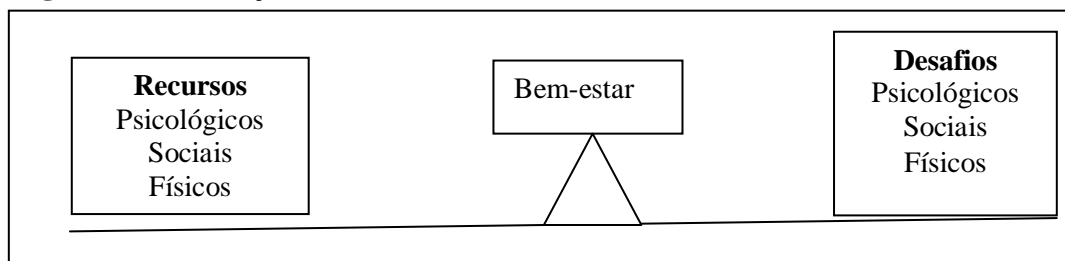
De modo semelhante a WHO entende o bem-estar como um estado, portanto dinâmico, relacionado com as potencialidades e capacidades individuais para alcançá-lo, as quais, por sua vez, decorrem de fatores, que podem ser caminhos para compreendê-lo. Essa é também a perspectiva de Dodge et al. (2012, p.230), cuja definição de bem-estar como o ponto de equilíbrio entre os recursos e os desafios enfrentados por um indivíduo, centra-se em três áreas fundamentais: a noção de um *set point* para o bem-estar (Brickman e Campbell, 1971; Headey e Wearing 1989, 1991, 1992); a inevitabilidade do equilíbrio/homeostase (Herzlich, 1973; Cummins, 2010); e o estado flutuante e os desafios e os recursos Hendry e Kloep (2002), sendo, portanto segundo os estudiosos simples, de aplicação universal, otimista e servindo também de base para sua medição (figura 19).

Com foco na relação do bem-estar com a saúde e condições do ambiente - ou serviços ecossistêmicos: de produção, de regulação, de suporte, e culturais- na perspectiva do MEA, a saúde ocupa papel central sendo afetada diretamente e indiretamente pelas condições do ambiente e por outros aspectos do bem-estar (mínimo de condições materiais, boas relações sociais, segurança, liberdade e escolha), sendo que estes aspectos do bem-estar também



podem ser influenciados pela saúde. É destacado também que as alterações no bem-estar afetam os ecossistemas, cujas interações podem atravessar diferentes escalas, para além da escala local.

**Figura 19** - Definição de bem-estar.

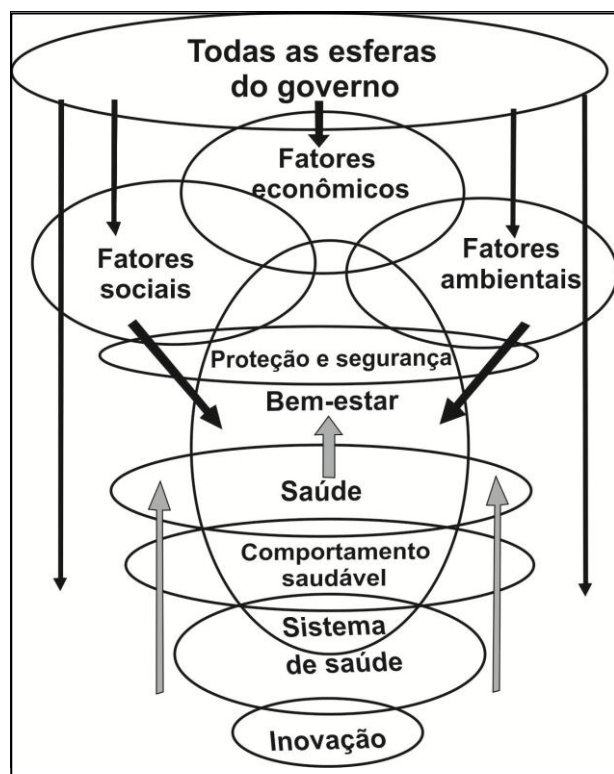


**Fonte:** Dodge et al. (2012).

Ainda sobre a relação entre saúde e o bem-estar, a WHO considera que esta é fundamental e recíproca, sendo que o bem-estar pode ser mensurado<sup>71</sup>, capturando aspectos insensíveis a outras medidas, auxiliando na elaboração de programas para melhoria da saúde. Dentre os aspectos porque o bem-estar é importante à saúde, destacam-se os seguintes: o bem-estar oferece um modelo mais integrado da saúde - a mente e corpo são inseparáveis; o bem-estar consiste em um conceito significativo para o público; níveis mais elevados de bem-estar estão associados à diminuição dos riscos da doença, e lesões, melhor funcionamento imunológico, recuperação mais rápida e aumento da longevidade e bem-estar tem um valor preditivo, como por exemplo, escores de satisfação com a vida podem predizer comportamentos, como o suicídio (WHO, 2015).

A combinação dos elementos subjetivos e objetivos considerando os diferentes domínios do bem-estar é pode ser visualizada no modelo geral proposto pela WHO figura 20. Segundo a WHO este modelo poderia ajudar os decisores políticos a identificar os pontos de ação para a mudança.

<sup>71</sup> Avaliar o bem estar requer abordagem multidisciplinar e integradade de pesquisa em saúde. Para a dimensão objetiva são usados com indicadores de bem-estar a conexão social, a segurança econômica e renda. Já como indicador subjetivo é considerada a satisfação geral com a vida. Mais informações em: <<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015>>.

**Figura 20** - Modelo geral para a saúde e o bem-estar.

**Fonte:** Achterberg apud WHO (2012). Adaptado por Alves (2015).

Já a qualidade de vida, para a WHO é “a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1994, p.28). Portanto, para a WHO, a qualidade de vida é afetada por aspectos como saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações socioambientais, etc. intrínsecos a cada ser humano. Ela está relacionada com a percepção do indivíduo, das características do ambiente (social e natural) que são refletidas em seus sentimentos de satisfação, considerando suas metas, expectativas, interesses e saúde, segundo o contexto sociocultural e ambiental que este vive, o que lhe confere a aceitação de múltiplas definições.

Esta perspectiva é adotada pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Eurofoud) em seus suryves sobre a qualidade de vida “*European Quality of Life Survey* (EQLS)”. Onde além das condições de vida, a qualidade de vida, refere-se ao nível geral de bem-estar dos indivíduos, o qual diz respeito às maneiras pelas quais as pessoas respondem e sentem sobre suas vidas nos vários domínios (FAHEY, et al, 2003).

A Sociedade Internacional de Qualidade de vida, assim como Diener (2005) apud Sirgy (2002) enfatiza os fatores do local, ou seja, as circunstâncias da vida, portanto parte de

um viés objetivo para definir a qualidade de vida, enquanto que a experiência subjetiva estaria relacionada com o bem-estar. Em suas palavras:

Ela [a qualidade de vida] normalmente se refere ao grau em que a vida de uma pessoa é desejável contra o que é indesejáveis, muitas vezes com ênfase em componentes externos, tais como fatores ambientais e renda. Em contraste com o bem-estar subjetivo, que é baseado na experiência subjetiva, a qualidade de vida é muitas vezes expressa como mais objetiva e descreve as circunstâncias de vida de uma pessoa, em vez de sua reação a essas circunstâncias. (SIRGY, 2002, p.30, tradução nossa).

Segundo Sirgy (2002) o bem-estar subjetivo abarca felicidade, satisfação com a vida e a qualidade de vida percebida. Berger-Schmitt e Noll (2000) destacam que o bem-estar inclui aspectos qualitativos de desenvolvimento, sendo a qualidade de vida a principal meta societal, portanto amplamente reconhecida e utilizada para analisar e medir o bem-estar da sociedade.

A definição de qualidade de vida enquanto “produto da interação entre condições sociais, de saúde, econômicas e ambientais que afetam o desenvolvimento humano e social” adotada pelo Conselho Desenvolvimento Social, juntamente com os outros Conselhos de planejamento social e outras agências de Ontário no contexto do desenvolvimento do índice de qualidade de vida (IQV, 1997) daquele local, também parte da influência das condições do local no desenvolvimento e bem-estar do indivíduo (HANCOCK, 2000).

A OECD (2013, p.10) considera que o bem-estar subjetivo abrange uma ampla gama de conceitos para além da felicidade e, em um sentido amplo, o define como: a existência de bons estados mentais, incluindo todas as diversas avaliações, positivas e negativas que as pessoas fazem de suas vidas em relação às suas experiências afetivas. Tais avaliações também podem ser a partir da satisfação com foco em situações específicas como: na situação financeira, no estado de saúde ou mesmo em aspectos subjetivos<sup>72</sup>; portanto engloba 3 elementos, a saber: 1) Avaliação da vida - uma avaliação reflexiva sobre a vida de uma pessoa ou algum aspecto específico do mesmo. 2) Afeto - sentimentos de uma pessoa ou estados emocionais, geralmente medido com referência a um ponto no tempo. 3) Eudaimonia - um senso de significado e propósito na vida, bom ou funcionamento psicológico. Por outro lado, a qualidade de vida seria um termo amplo que abrange os aspectos do bem-estar geral que não são capturados apenas por condições materiais, a qual seria descrita como: the full range of factors that influences what we value in living, reaching

---

<sup>72</sup> Neste caso, não se tem medidas subjetivas de conceitos objetivos, tais como: percepção da qualidade do ar, que pode ser avaliado por um terceiro; mas considera-se o próprio ponto de vista, a satisfação, das pessoas.

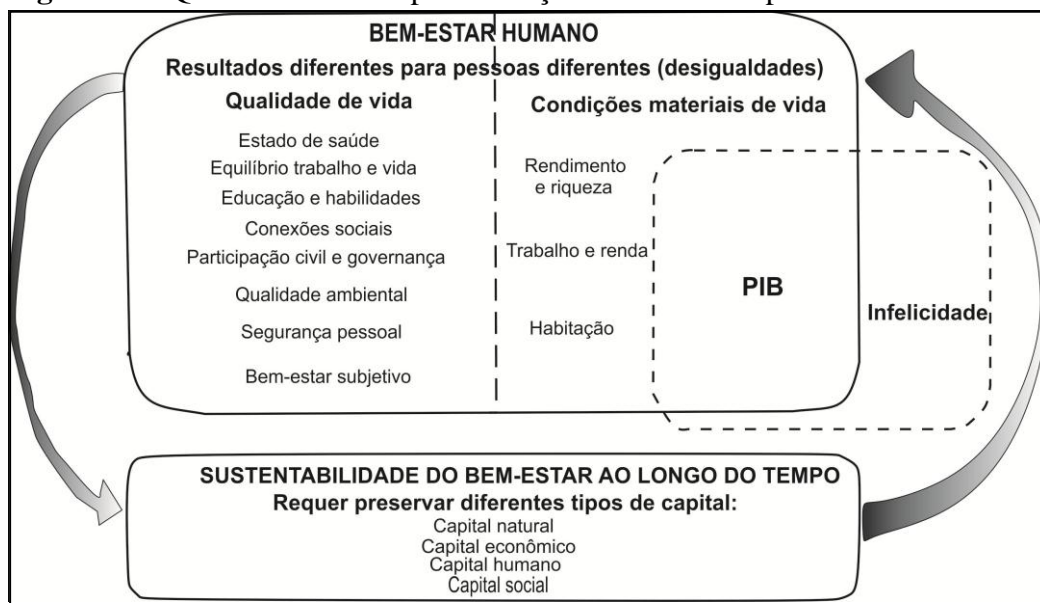
beyond its material side (STIGLITZ, SEN, FITOUSSI, 2009, apud OECD, 2013, p.150).

Portanto,

[...] el bienestar individual depende no sólo de las condiciones económicas personales, sino también de las condiciones de los demás. En las dimensiones más materiales del bienestar personal hay un efecto de competencia con los demás, pero en la evaluación más general de la vida personal, hay un efecto de empatía con la situación económica de los demás miembros del grupo social (LORA, et al, 2008, p.56).

Ao elaborar o relatório “How’s Life?”, a OECD considerou o bem-estar humano como o alcance da qualidade de vida (entendida como: saúde, emprego, educação, sociabilidade, participação e governança, qualidade ambiental, segurança e bem-estar subjetivo) e das condições materiais de vida no presente, bem como no futuro, o que neste caso significaria sustentabilidade. Portanto, aborda o bem-estar como determinado pela qualidade de vida e determinante para a sustentabilidade. Figura 21.

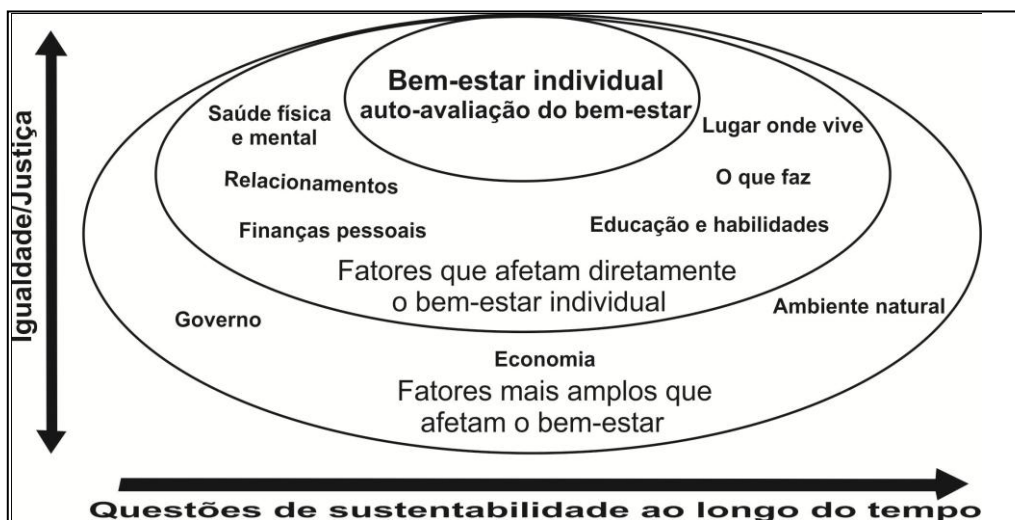
**Figura 21** - Quadro conceitual para medição do bem-estar pela OECD.



**Fonte:** Boarini apud WHO (2012). Adaptado por Alves (2015).

No contexto do Reino Unido, Alison Patterson (Departamento de Saúde, Reino Unido) elaborou um conjunto de estatísticas (incluindo medidas subjetivas e objetivas) de áreas relevantes para compreensão e monitoramento do bem-estar nacional, ao longo do tempo. Neste caso, a saúde como fator que afeta diretamente o bem-estar individual, é avaliada de modo objetivo - expectativa de vida saudável, doenças, etc. e subjetivo –satisfação com a saúde (WHO, 2012). As propostas para domínios e as medidas de monitoramento do bem-estar no Reino Unido estão representados na figura 22.

**Figura 22** - Quadro conceitual para o bem-estar proposto pelo Reino Unido.



**Fonte:** Patterson (1975) apud WHO (2012), OECD (2013). Adaptado por Alves (2015).

Os termos saúde, bem-estar e qualidade de vida são indissociáveis e praticamente sobrepostos. Minayo; Hartz e Buss (2000, p.7) destacam que, com algumas variantes, ainda que seja vaga, é comum o uso da expressão de que a “saúde não é doença, saúde é qualidade de vida”. Para Pais Ribeiro (2009, p.32) um dos motivos que explica esta associação é que a saúde consiste em um dos domínios mais importantes e que melhor explica a qualidade de vida, além disso, a própria definição de saúde, como um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não somente a ausência de doença ou incapacidade (WHO, 1948) leva a tal aproximação. O autor esclarece que

Bergner (1989) e Fries e Spitz (1990), Guyatt, Feeny e Patrick (1993) referem que, no sistema de cuidados de saúde, os termos QDV e Estado de Saúde são, geralmente, utilizados de forma sobreposta, enquanto, pelo contrário, Hermann (1993), Kaplan e Anderson (1990), e Ware (1991) consideram que estes conceitos são substancialmente diferentes. Ware explica que a QDV é um conceito muito mais abrangente do que o de saúde, sendo esta, a par de outros, um dos indicadores utilizados para medir a QDV. (PAIS RIBEIRO, 2009, p.32).

No estudo sobre Envelhecimento e Saúde do Adulto da WHO, que analisou as mudanças na saúde, considerando o estado de saúde e a vida diária, além da avaliação subjetiva sobre a qualidade de vida e o bem-estar (vistos como a combinação de felicidade, satisfação com a vida e experiência afetiva) de pessoas de diferentes partes do mundo. A organização parte da premissa de que saúde e bem-estar são distintos, mas com uma interação de mão dupla, a saúde influencia o bem-estar geral, que também é um preditor da saúde futura. Sendo que, os resultados sugeriram que fatores, como: estado de saúde, doença crônica

e deficiência, e relações consistentes com a idade, renda, educação, redes sociais e meio ambiente são determinantes para o bem-estar.

Dentre as possibilidades de medir o bem-estar subjetivo, o índice de bem-estar pessoal, utilizado nas pesquisas australianas, é apontado pela WHO como uma boa maneira para avaliar o bem-estar. Pois, ao contemplar sete elementos separados, cada um com uma variação única (a satisfação com padrão de vida<sup>73</sup>, saúde, realizações na vida, as relações, a segurança, a conectividade da comunidade e segurança no futuro) são oferecidas mais informações. Além de se poder analisar a avaliação para cada domínio é possível compreender que domínios diferentes compensam mutuamente para a satisfação com a vida como um todo.

Por fim, a WHO recomenda que ao desenvolver trabalhos, estes mantenham coerência com as abordagens a nível internacional, sendo que para isso os modelos já desenvolvidos devem ser considerados, sempre que possível. A organização também reconhece as limitações e dificuldade para coleta de dados para um grande conjunto de indicadores, bem como destaca a possibilidade de ferramentas *on-line*, a partir de plataformas interativas, como a utilizada pela OECD.

Na perspectiva da acessibilidade, segundo, Lora, et al (2008, p.42) “El bienestar de los individuos no depende solamente de su consumo de bienes privados. El acceso a los bienes públicos y los patrones subjetivos de evaluación de su propia situación también intervienen en el bienestar”.

Rezvani; Mansourian e Sattari (2012, 208) compreendem o bem-estar a partir do modelo desenvolvido por Zapf (1984)<sup>74</sup> para explicar as possíveis combinações de circunstâncias e apreciações pessoais, ou seja, em circunstâncias boas ou ruins as apreciações também podem ser boas ou ruins, no caso da combinação de ambos os fatores positivos existiria o bem-estar, a combinação de condições negativas com avaliação positiva é inconsistente, de modo que ocorreria a dissonância. Por outro lado, a combinação de ambos os fatores negativos refletiria a privação, enquanto a combinação de circunstâncias negativas com avaliações positivas encerraria em uma situação problemática, denominada de "paradoxo satisfação" (quadro 15).

---

<sup>73</sup> O padrão de vida, em geral, é baseado na renda.

<sup>74</sup> Wolfgang Zapf representa a Noção alemã de qualidade de vida, a qual combina dimensões objetivas e subjetivas.

**Quadro 15** - Tipologia das posições de bem-estar.

Condições de Vida Objetivas	Bem-Estar Subjetivo	
	Bom	Ruim
Boas	Bem-estar	Dissonância
Ruins	Adaptação	Privação

**Fonte:** Zapf (1984) apud Berger-Schmitt, Noll (2000).

No entanto, apesar de distintos há que se considerar que tais conceitos encontram-se relacionados, pois a qualidade de vida afeta o comportamento das pessoas e também o grau de satisfação com a vida e a felicidade. Conforme ressaltam Dasgupta e Weale (1992), a qualidade de vida não só considera os componentes do bem-estar (saúde, bem-estar, liberdade de escolha, as liberdades básicas), mas também os determinantes do bem-estar (disponibilidade de alimentos, roupas, água potável, educação instalações, cuidados de saúde e de renda em geral).

Outros conceitos da esfera social como privação, pobreza, exclusão, crescimento e desenvolvimento econômico, diferem da qualidade de vida, ainda que ocorra algum grau de sobreposição entre tais conceitos. A qualidade de vida é um atributo pessoal, refere-se à condição em que as pessoas vivem, logo a partir dele é possível orientação para a concepção e implementação de políticas públicas, bem como para a organização da sociedade segundo determinada aspiração. (ROJAS, 2008). Neste sentido, o autor destaca que não é adequado falar de qualidade de vida de um país, o correto é referir à qualidade de vida em um país, com referência à situação das pessoas vivem no país.

É consenso que a qualidade de vida é um conceito holístico abordado em diferentes áreas da ciência, portanto com incontáveis definições operacionais, segundo a orientação acadêmica e a abordagem do estudo. Conforme destaca Felce e Perry (1995, p.55) apesar das modificações na prática de avaliação da qualidade de vida, ainda não se conseguiu uma abordagem que contemple toda a complexidade da qualidade de vida.

Em relação aos seus componentes identifica-se várias possibilidades, que perpassam desde a perspectiva do bem-estar, por exemplo, no âmbito da saúde, conforme Felce e Perry (1995) que destacam os cinco componentes: o bem-estar físico, o bem-estar material, o bem-estar social, o bem-estar emocional, e desenvolvimento e atividade, até perspectivas mais próximas do planejamento e do ambiente físico, onde segundo Hardi e Pintér (1995) os cinco componentes da qualidade de vida são: bem-estar individual, economia urbana, ambiente urbano, ativos comunitários, liderança comunitária e orgulho, que podem ser subdividido em inúmeros subcomponentes. Tais componentes permitem que este conceito esteja próximo ao

de desenvolvimento sustentável. Afinal, segundo Feneri; Vagiona e Karanikolas (2013, p.3) a escolha dos indicadores, especialmente os objetivos, são originários dos estudos de sustentabilidade.

De acordo com Feneri; Vagiona e Karanikolas (2013, p.2) o conceito de qualidade de vida, encontra-se relacionado com as três dimensões do desenvolvimento sustentável: ambiente, sociedade e economia. Buarque (2002) propõe que a qualidade de vida, enquadrada na dimensão social do conceito, por ser uma parte essencial do desenvolvimento sustentável. Ou, por outro lado, segundo a Comissão europeia (1996, p.50) a qualidade de vida depende da integridade do ambiente, sendo que o aspecto principal do desenvolvimento sustentável consiste em salvaguardar e melhorar a qualidade de vida humana, portanto, a qualidade de vida é um dos princípios básicos do desenvolvimento sustentável (LAMBIRI et al., 2006).

Frente a esta relação a Comissão Europeia (1996, p.50) destaca que é preciso “distinguir a qualidade de vida em termos de necessidades básicas das aspirações mais sumptuosas que não podem ser mantidas a longo prazo”. E adotar modos de vida mais sustentáveis, que possibilitem as cidades assegurarem aos habitantes aqueles aspectos essenciais à qualidade de vida, dentre os quais muitas pessoas consideram como importantes

[...] aspectos do ambiente que não estão ligados à simples sobrevivência física, tais como a qualidade estética e cultural das zonas circunvizinhas, o acesso ao espaço rural e à tranquilidade. [e também] [...] muitas coisas que não têm nada a ver com «ambiente». O nível de vida material, a saúde e segurança públicas, o acesso à educação, a assistência médica, as ocupações gratificantes, as oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento pessoal, a vida comunitária, cultural e social e as actividades recreativas são algumas das coisas que contribuem para a qualidade da vida humana, (COMISSÃO EUROPEIA, 1996, p.50).

A Comissão de Desenvolvimento Sustentável de Londres (LSDC)<sup>75</sup>, criada em 2002 para assessorar o Presidente da Câmara de Londres, na criação de uma "cidade mundial sustentável" até o ano de 2020, também considera essa relação intrínseca entre desenvolvimento sustentável e qualidade de vida. A LSDC define o desenvolvimento sustentável como a garantia de se ter uma melhor qualidade de vida agora e para o futuro, protegendo e aumentando os recursos da Terra, enquanto a qualidade de vida é vista como:

- ✓ Ter acesso a uma educação de qualidade, empregos, serviços, habitação e lazer;
- ✓ Vivendo em um ambiente que é saudável, resistente e estável agora e no futuro;
- ✓ Viver e trabalhar dentro de uma sociedade democrática que é, apenas, contratado, diversificada, responsável, solidária e vibrante;
- ✓ Sendo cumprida, saudável e com recursos suficientes para aproveitar a vida. (LSDC, 2015, s/p, tradução nossa).

<sup>75</sup> <http://www.londonsdc.org/>



Esta perspectiva fundamenta os relatórios “Indicadores Qualidade de vida de Londres”, que são produzidos pela LSDC desde 2004 (2005, 2009 e 2012), considerando indicadores que perpassem pelas esferas ambientais, sociais e econômicos, vistos também enquanto recursos, resultados, responsabilidade e respeito, os quais permitem o monitoramento do progresso ao longo dos anos.

Contudo, embora sejam conceitos diretamente relacionados, há diferenças no âmago de qualidade de vida e sustentabilidade, enquanto esta refere-se à importância da equidade intergeracional, a qualidade de vida não, ou só o faz de forma implícita, nas palavras de Hardi e Pintér (1995, p.127) “Although QOL is nested within the broader concept of sustainable development, there is only one major difference between the two concepts. Sustainable development implicitly refers to the importance of intergenerational equity while QOL does not or only does so implicitly”. Mesma perspectiva de Berger-Schmitt e Noll (2000) que destacam também o fato de que a qualidade de vida relaciona com o individual e a sustentabilidade com o modo de agir no plano coletivo. Além disso, conforme destaca Partidário (2000, p.29), os indicadores de qualidade de vida têm uma componente social e econômica muito forte.

Conforme apontam Mridha e Moore (2011, p. 251-252) no contexto da habitação e meio ambiente, pode-se destacar três abordagens para os estudos da qualidade de vida: A) com enfoque no bem-estar ou satisfação com a vida subjetiva (DONOVAN; HALPERN, 2002). B) como sendo sinônimo padrão de vida conforme a abordagem dos governos e alguns pesquisadores (JACKSON, 2002), C) vinculado ao conceito de desenvolvimento sustentável, sendo os dois termos usados quase que alternadamente (GARCÍA-MIRA et al. 2005).

Concorda-se com Pais Ribeiro (2009, p. 32) que em função da definição ampla e inclusiva de qualidade de vida, por vezes, não conseguimos definir seus determinantes e a qualidade de vida *per se*, portanto, “ainda é necessário clarificar, não só, o que se entende por qualidade de vida, mas também o que contribui para a ela, e como se forma a percepção que se tem uma boa qualidade de vida”. Contudo, ainda que longe de: “a) chegar a uma definição clara do conceito; b) de identificar os componentes essenciais de qualidade de vida; c) de diferenciar a qualidade de vida propriamente dita daquilo que a determina; d) de possuir instrumentos consensuais que a avaliem” (PAIS RIBEIRO, 2009, p. 32), pode-se buscar a partir da realidade local compreender mais intrinsecamente, a qualidade de vida. Afinal, esta escala pode viabilizar olhar mais proximamente para complexidade que envolve tal conceito.

Segundo Nahas (2002, p.282) desde os primeiros estudos sobre a qualidade de vida no Brasil, a partir da perspectiva da percepção ambiental, os conceitos de qualidade de vida e

qualidade ambiental apresentam-se relacionados de modo tão intrínseco que “muitas vezes se torna difícil estabelecer se a qualidade de vida é um dos aspectos da qualidade ambiental ou se esta é componente do conceito de qualidade de vida”. Pois, “vida e meio ambiente são inseparáveis [e ainda] [...] as condições de qualidade ambiental são muito subjetivas e serão boas ou ruins de acordo com o tipo de situação da população em questão, de como esta população se relaciona e percebe o meio ambiente e a vida” (OLIVEIRA, 1983, p.3).

Partidário (2000) possui perspectiva semelhante, para a autora a qualidade de vida depende da qualidade ambiental, são tratados de forma integrada e possuem as componentes social, econômica e física, ainda que a qualidade ambiental tenda a agregar componentes mais físicas. Por outro lado, com base em Bellomo (1978) a autora destaca que as “necessidades e desejos humanos são questões centrais na definição das componentes que caracterizam uma boa qualidade ambiental” (PARTIDÁRIO, 2000, p.33). Ela destaca ainda que há certa relação entre o atendimento dos aspectos de natureza socioeconômica e a mentalidade e atitudes individuais e coletivas em relação ao ambiente, apesar disto por si só não indicar desamenidades ambientais, tal como ao considerar a qualidade do ambiente é também preciso considerar as condições socioeconômicas da população.

Para Nahas (2002), na prática, os métodos de mensuração são determinantes na abrangência e formação conceitual,

[...] em se tratando da mensuração da qualidade ambiental enquanto conceituação ampla, a qualidade de vida urbana torna-se elemento da qualidade ambiental. Entretanto, quando se trata da formulação de indicadores para instrumentalizar o planejamento urbano, a qualidade ambiental no sentido estrito, se torna um dos elementos do dimensionamento da qualidade de vida urbana. (NAHAS, 2002, p. 327).

É comum entre os estudiosos colocar a qualidade ambiental como um componente da qualidade de vida, já que conforme destacam Kamp; Leidelmeijer; Hollander (2003) a qualidade de vida é conceito mais abrangente que envolve vários outros elementos ou como afirma McCrea (2007, p.4) a “qualidade de vida tem implicações mais amplas para a sustentabilidade ambiental”. Portanto, a qualidade de vida possui uma perspectiva mais vasta, onde a qualidade ambiental consiste em uma componente daquela e pode ser analisada a partir de vários elementos como: conforto térmico, qualidade sonora, do ar, recreação e lazer, e áreas verdes, enfim dos aspectos ambientalmente favoráveis à saúde e ao bem-estar dos indivíduos. Portanto, a qualidade de vida abrange vários conceitos, todos estes fatores estão correlacionados, apesar de alguns apresentarem correlações mais evidentes.

### 3.3 Perspectivas dos estudos de qualidade de vida

É certo que a noção de qualidade de vida é ampla, relativa, complexa, sincrética -uma visão de conjunto, confusa e compreensiva de um todo complexo- e relaciona-se com termos igualmente multidimensionais como o de desenvolvimento sustentável, de bem-estar e de saúde, em seu sentido amplo. Estes estão em constante evolução em relação a sua forma de entendimento, segundo os progressos da sociedade.

Da mesma forma que não há um consenso acerca do conceito de qualidade de vida, também não há um modelo padrão para a sua investigação, são várias as possibilidades de abordagem e avaliação aceitas. Sendo que, estas são determinadas, sobretudo pela disciplina em que o estudo é desenvolvido, afinal a qualidade de vida pode ser estudada pela sociologia, economia, industrial/psicologia organizacional, gestão de planejamento, geografia e saúde pública etc. Acrescenta-se ainda, com base em Diener e Suh (1997, p.190), a influência da perspectiva filosófica adotada na definição de qualidade de vida, que pode ser: 1) ditada pelos ideais normativos religiosos, filosóficos ou outros sistemas, 2) baseada na satisfação das preferências, 3) em termos da experiência dos indivíduos, etc.

#### 3.3.1 As dimensões da qualidade de vida

Pesquisadores das ciências sociais e ambientais concordam que a "qualidade" de qualquer entidade relaciona-se, sobretudo, com a dimensão *subjetiva*, que é *perceptiva* e valorada de modo particular por cada um, de acordo com um referencial de sentimentos e juízos cognitivos.

o conceito de qualidade é multidimensional, o que torna complexo definir seu significado. Sua compreensão incorpora uma dimensão ética e estética e, principalmente uma dimensão axiológica. [...]. Qualidade não é uma adjetivação que remete a um construto universal, mas são propriedades que se encontram nos seres, ações ou nos objetos. Ao atribuir qualidade a algo ou a um fenômeno estamos explicitando um valor, assim como quando dizemos que algo é belo ou adequado. Há, nessas expressões, uma concepção anterior que assume uma condição valorativa e que está ligada ao plano da moral e da condição política do homem. Essa perspectiva significa que a qualidade é auto-referenciada; pressupõe um sujeito ou uma comunidade que aceita determinados padrões como desejáveis. Para que se possa definir qualidade, é preciso que primeiro explicitar o sentido da ação e a dimensão sobre a qual se estabelece sua intencionalidade. (CUNHA, 454-455, 2014).

McCrea (2007, p.21) com base em estudos prévios<sup>76</sup> afirma que os sentimentos relacionam-se com humor (positivo ou negativo), sendo, portanto generalistas, e os julgamentos pautam em metas e têm um padrão de comparação, para os diferentes atributos do ambiente urbano.

Tal como a noção de meio ambiente que possui dimensões, naturais e socioculturais, específicas para cada lugar, quais influenciam na qualidade de vida e/ou no bem-estar subjetivo das pessoas, as características objetivas da sociedade - como a pobreza, as taxas de criminalidade e poluição – também são consideradas nos julgamentos das pessoas em relação à qualidade de vida (MARANS; STIMSON, 2011, p.4). De modo que, há autores afirmam que a avaliação objetiva da qualidade de vida tem reflexos diretos na avaliação subjetiva (MCCREA, STIMSON, MARANS 2011, p.78).

Segundo Nuvolati (1998), a qualidade de vida pode ser analisada a partir dos domínios: coletivo/individual, material/imaterial e de um contexto geral. Onde, os aspectos materiais coletivos referem-se os serviços e infraestrutura urbana, os aspectos materiais individuais dizem respeito à situação individual, os aspectos não materiais coletivos seriam o lazer e o esporte em espaços públicos, os aspectos não materiais individuais relacionam-se as relações interpessoais, cujas relações se concretizariam em um contexto que apresenta particularidades.

Hancock (2000) propõe uma matriz de dois por dois, quadro 16, para facilitar a compressão da qualidade de vida, que segundo ele inclui fenômenos subjetivos/qualitativos a nível individual (satisfação com a vida, felicidade, sensação de bem-estar/saúde) e ao nível da comunidade (capacidade de participar e influenciar suas condições de vida, satisfação e percepção da comunidade), bem como as medidas objetivas/quantitativas (nível de alfabetização e outras medidas de desenvolvimento humano) e da comunidade (condições ambientais, sociais e econômicas, o desempenho do governo/o processo de governança, e estado geral de desenvolvimento).

**Quadro 16** - Componentes da Qualidade de vida.

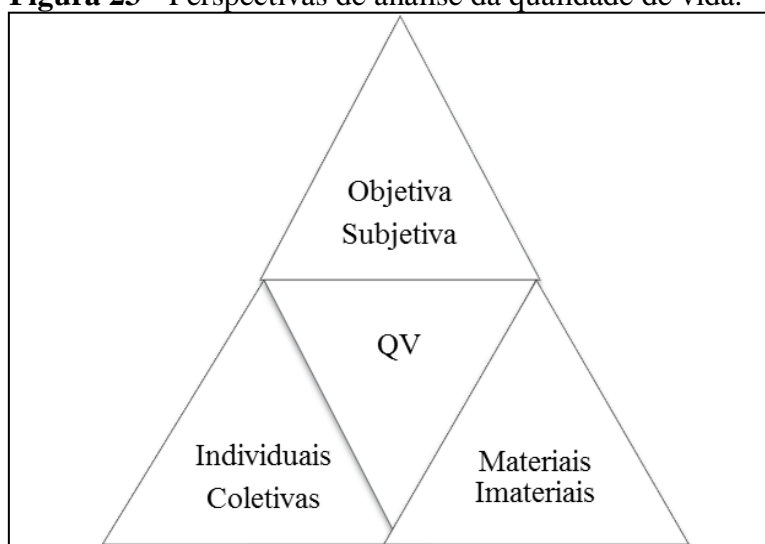
	<b>Nível Individual</b>	<b>Nível Coletivo</b>
<b>Subjetivas/Qualitativas (percepções)</b>	Percepções sobre a própria vida e suas circunstâncias.	Percepções sobre sua comunidade e sua capacidade de participar e influenciar as decisões que afetam a sua qualidade de vida.
<b>Objetivas / Quantitativas (condições)</b>	Status funcional, grau de instrução, literacia.	Condições ambiental, social e econômica, o estado de saúde da população, governança/ desempenho do governo.

**Fonte:** Hancock (2000).

<sup>76</sup>McCrea (2007) embasou nos estudos de: Forgas, 1995, Abele e Gendolla, 1999; Campbell; Converse; Rodgers e Marans, 1976; Kahneman, 1999; Michalos, 1985; Schwarz e Strack, 1999.

Santos e Martins (2002, p. 3-4) equacionam três âmbitos de análise da qualidade de vida, que considerados complementares e interdependentes, a saber: 1) o que diz respeito aos aspectos materiais, “[...] condições de habitação, de abastecimento de água, do sistema de saúde, ou seja, aspectos de natureza essencialmente física e infraestrutural”, as quais tinham grande relevância no passado e para as sociedades menos desenvolvidas; e aos aspectos imateriais “mais ligadas ao ambiente, ao patrimônio cultural, ao bem-estar” que ganharam destaque na atualidade. 2) o que refere-se aos aspectos individuais, ou seja, “a condição econômica, a condição pessoal e familiar dos indivíduos” e aos coletivos, “mais diretamente relacionadas com os serviços básicos e os serviços públicos”. 3) E, por fim o que faz a distinção entre aspectos objetivos, de natureza quantitativa, e subjetivos, segundo a percepção da qualidade de vida (Figura 23).

**Figura 23** - Perspectivas de análise da qualidade de vida.



**Fonte:** Santos (2011).

O construto de qualidade de vida adotado pela WHO (1994) abarca a subjetividade (percebida), a multidimensionalidade (dimensões física, psicológica e social) e a bipolaridade (dimensões positivas e negativas).

No contexto das cidades, McCrea (2007, p.8); Marans e Stimson (2011, p.2), destacam duas abordagens principais para a investigação da qualidade de vida:

A) A abordagem objetiva, voltada à análise e comunicação de dados secundários - dados oficiais, incluindo o censo, geralmente agregadas em diferentes escalas espaciais. Segundo Diener e Suh (1997, p. 192) apud Marans e Stimson (2011, p.32) a dimensão objetiva reflete circunstâncias objetivas em uma dada unidade cultural ou geográfica são baseados em estatísticas quantitativas/objetivas. Também conceituada como a

média ponderada das várias medidas objetivas. Esta abordagem, muitas vezes é associada com os indicadores de investigação social, adquiridos por meio de inquéritos a população. Berger-Schmitt, Noll (2000) distinguem nessa concepção a ideia de recursos ou capacidades como meios para melhorar a qualidade de vida e a concentração de condições consideradas resultados ou extremidades.

B) A abordagem subjetiva, que é projetada especificamente para coletar dados primários no nível desagregado ou individual, utilizando métodos de pesquisa sociais onde o foco são as avaliações de aspectos da qualidade de vida em geral e em particular, ou seja, a características dos indivíduos e o nível de satisfação destes com o lugar onde vivem. Nessa concepção Berger-Schmitt, Noll (2000) fazem uma distinção entre os aspectos cognitivos e afetivos de bem-estar.

Veenhoven (2000) classifica as avaliações subjetivas como internas e externas para o indivíduo e por distinção entre estas qualidades "internas e externas" e entre "oportunidades de vida e da vida resultados". Identifica ainda 4 categorias de qualidade de vida, a saber: a habitabilidade do ambiente, a capacidade da vida do indivíduo, o utilitário externo da vida e a valorização interior da vida. McCrea et al. (2011, p.48) destacam que as avaliações subjetivas têm implicações amplas, por exemplo, nos padrões de migração, no crescimento econômico e na sustentabilidade ambiental.

Inerentes à dimensão objetiva, as condições materiais da vida, têm sido foco de estudos científicos e de organismos internacionais de desenvolvimento desde a década de 1970, sendo que muitos dos estudos sobre a felicidade e a satisfação, que contemplam a dimensão subjetiva, especialmente os mais recentes, consideram aquelas condições importantes para o alcance desta. Segundo McCrea (2007, p.8) enquanto na primeira situação os estudos concentram em classificar “objetivamente” os lugares, na segunda o objetivo é estabelecer a importância “subjetiva” da previsão pelo ambiente urbano, sendo que há uma lacuna nos estudos de qualidade de vida, que considerem tais dimensões empiricamente em conjunto, inclusive para analisar a ligação entre elas.

Noll (2002, p. 6-7) destaca duas posições distintas de abordagem e operacionalização das pesquisas de bem-estar e qualidade de vida: o *Scandinavian level of living approach* (Erikson, 1993; Uusitalo, 1994)<sup>77</sup> e o *American quality of life approach*

---

<sup>77</sup> Segundo, Berger-Schmitt e Noll (2000) essa vertente teve influencia da obra de Jan Drewnowski, que conceituou o bem-estar em termos de necessidades objetivas, e de Richard Titmuss com os estudos do bem-estar britânico enquanto 'Estado em que nível de vida foi definido como um comando da pessoa sobre os recursos, como renda, educação e conhecimento, relações e redes sociais, etc. E aproxima da concepção recente das capacidades de Sen (Sen, 1993; Stewart, 1996)

(Campbell, et al 1976), o autor esclarece que: o Scandinavian approach focuses almost exclusively on resources and objective living conditions, whereas the American approach emphasises the subjective well-being of individuals as a final outcome of conditions and processes. Em relação, a esta última abordagem, o foco na experiência, segundo seus precursores, Campbell et al. (1976, p.4)<sup>78</sup>, seria porque “as relações entre as condições objetivas e os estados psicológicos são muito imperfeitas e assim, de modo a conhecer a experiência de qualidade de vida, será necessário ir diretamente ao próprio indivíduo para que ele descreva como sente a sua vida”.

Contudo, conforme destacam Almeida; Gutierrez e Marques (2012, p.34) as esferas de percepção objetiva e subjetiva têm suas fronteiras muito tênues, exercem influência mútua, de modo que, segundo eles, se tornam inevitáveis as relações entre as esferas objetiva (melhor expressa pela análise de indicadores sobre as condições de vida) e subjetiva (ações próprias do estilo de vida do sujeito).

Nesta perspectiva, segundo Lora (2008); Liu (1978) por promover uma perspectiva mais completa, o ideal nos estudos da qualidade de vida é a combinação dos fatores objetivos e subjetivos<sup>79</sup>, já que a qualidade de vida que cada indivíduo percebe é diretamente dependente de suas capacidades e restrições.

Perspectiva semelhante à de Cummins (1992); Erikson (1993) apud Fahey et al (2003); McCrea (2007); Marans e Stimson (2011); Powell e Sanguinetti, (2010) de que a utilização combinada da abordagem objetiva com a subjetiva, pode ser profícua, posto que são considerados, objetivamente tanto a melhoria ou declínio das dimensões da vida como a importância relativa dos diferentes atributos da vida urbana e ambientes que contribuem para o nível de satisfação dos indivíduos.

Noll (2002) concorda com a premissa de Zapf (1984) que desvincula o grau de satisfação das condições individuais, ou seja, pessoas em más condições podem estar satisfeitas e pessoas em boas condições podem estar insatisfeitas. Tal pressuposto teve como base o estudo desenvolvido na década de 1970 por Erik de Allardt (1973, 1995), “Comparative Study escandinavo Welfare” que distinguiu três classes de necessidades básicas dos seres humanos - ter, amar e ser<sup>80</sup>, onde

<sup>78</sup>Estão entre os primeiros e mais importantes representantes dessa abordagem: Angus Campbell, Philip E. Converse e Willard L. Rodgers (Campbell/Converse 1972; Campbell/Converse/Rodgers 1976) e Frank M. Andrews e Stephen Withey (1976) (BERGER-SCHMITT; NOLL, 2000).

<sup>79</sup> Os primeiros têm sido o enfoque dos estudos de economistas, sociólogos e antropólogos a partir de 1970. Já os segundos integram os estudos de psicólogos e filósofos, nos últimos anos recendo atenção dos economistas.

<sup>80</sup> Perspectiva adotada também por Herculano (2006).

Para cada categoria, as dimensões de satisfação objetiva e subjetivas, das necessidades são consideradas. Na pesquisa de bem-estar alemão a abordagem predominante de bem-estar individual ou qualidade de vida é definida como "boas condições de vida juntamente com o bem-estar subjetivo positivo" (Zapf, 1984). Neste quadro de referência, as covariações entre indicadores objetivos e subjetivos são de particular interesse, uma vez que o bem-estar subjetivo é suposto ser apenas parcialmente determinado por condições externas. (NOLL, 2002, p.11, tradução nossa).

Para autores como Campbell et al (1976) os indicadores socioeconômicos objetivos permitem compreender as diferenças em relação aos elementos essenciais ao bem-estar, mas não o grau de satisfação das pessoas. Rojas (2008) destaca que apesar da tradição da avaliação da qualidade de vida ser realizada por uma terceira pessoa, as avaliações realizadas pelo próprio indivíduo são relevantes. Estas avaliações têm valor final e instrumental, o primeiro valor decorre do objetivo, do que as pessoas aspiram da qualidade de vida, e o segundo é utilizado para orientar as decisões mais importantes na vida, como: de fumar ou de aceitar um trabalho, mudar, casar e ter filhos, se divorciar, comprar uma casa, etc. Sendo que, ambas as formas de avaliações são importantes para a formulação das políticas públicas. Veenhoven (2000, p.6) também defende a importância da utilização dos indicadores subjetivos, em suas palavras: "subjective indicators are indispensable in social policy, both for assessing' policy success and for selecting policy goals".

Especialmente considerando os resultados dos estudos de qualidade de vida para fins de planejamento e gestão urbana, para a definição de políticas, Santos e Martins (2007), Rezvani; Mansourian e Sattari (2013) enfatizam que a abordagem subjetiva é mais valiosa, por indicar o sentimento das pessoas e a relevância que atribuem aos diferentes domínios da qualidade de vida.

A partir da definição de qualidade de vida como um conceito multidimensional, Lora (2008) destaca a dificuldade de avaliá-la e a importância da utilização dos indicadores objetivos e subjetivos.

Sin embargo, no hay acuerdo sobre cuáles deben ser esas dimensiones, ni cómo deben seleccionarse o ponderarse para tener una medida sintética de la calidad de vida. Aunque la inclusión de indicadores subjetivos para medir algunas de esas dimensiones o la calidad de vida en su conjunto era objeto de gran debate hasta hace algunos años, actualmente se acepta también que los indicadores subjetivos son relevantes y que el uso conjunto de indicadores objetivos y subjetivos provee una perspectiva más completa. (LORA, 2008, p.9).

Esta perspectiva da utilização combinada de indicadores subjetivos e objetivos é bastante aceita, porém conforme destaca Noll (2002, p.9) há autores, como Erikson (1993); Cobb (2000), que criticam a utilização e a validade dos indicadores subjetivos, já que



estes podem ser determinados pelo grau de aspiração, bem como grau de adaptação das pessoas às condições em que vivem o que pressupõe a necessidade de um alto grau de consciência para proceder a avaliações objetivas.

De acordo com Marans e Stimson (2011, p.9) as avaliações subjetivas refletem determinados aspectos objetivos do local, a incidência de doenças respiratórias, por exemplo, pressupõe uma qualidade do ar inadequada. Os autores, ainda destacam que: (A) a qualidade da localização geográfica ou ambiental (a região da cidade, o bairro ou a habitação) não pode ser capturada através de uma única medida, ao contrário, exige medidas de vários atributos do meio ambiente em questão. (B) a qualidade é um fenômeno subjetivo que reflete as experiências de vida dos ocupantes do ambiente. As condições objetivas, não transmitem a verdadeira qualidade do ambiente, mas sim, a qualidade é um reflexo do significado dessas condições para os ocupantes.

Em uma perspectiva semelhante, Nahas (2002) em seu estudo sobre a qualidade de vida Urbana em Belo Horizonte, destaca a qualidade de vida do lugar, difere da qualidade de vida das pessoas do lugar, onde segundo a autora o primeiro refere-se à oferta e o segundo ao acesso (ou a falta de acesso) à qualidade de vida.

Considerando que as variáveis podem ter pesos diferentes nas dimensões objetiva e subjetiva, incluindo renda, família e saúde que aparecem mais importantes para a qualidade de vida pessoal, a avaliação multidimensional da qualidade de vida é essencial (EUROFOUND, 2004).

Campbell et al. (1976) sugerem que as características pessoais encontram-se correlacionadas com características objetivas do ambiente urbano, fato explicado pela mobilidade e concentração residencial de indivíduos com características individuais e sociais semelhantes; e, por outro lado, que as características pessoais influenciam nas percepções e avaliações subjetivas das condições urbanas. Em relação às características pessoais, McCrea (2007, p.7) distingue-as em: individuais e sociais, onde as características individuais ou "diferenças individuais" distinguem os indivíduos segundo os estados internos, como humor (positivos e negativos), padrões de comparação (expectativas e aspirações) e importância subjetiva de vários atributos do ambiente urbano. E as características sociais decorrem da estrutura social, como a situação familiar, status socioeconômico e etnia.

Há um consenso de que a combinação das abordagens da qualidade de vida possibilitaria amenizar possíveis falhas de ambas e chegar a resultados mais confiáveis. Afinal, conforme destacam Diener e Suh (1997) na perspectiva dos indicadores sociais, há pontos fortes (objetividade, ideal de sociedade, aspectos para além do econômico, etc.) e

fracos (falíveis, subjetividade na seleção das variáveis, pesos, relatividade, etc.). Especificamente para a qualidade de vida há pontos positivos como no caso da abordagem objetiva a escolha das variáveis a serem consideradas é subjetiva, já que decorre de valores culturais e também de interpretações individuais dos pesquisadores. Conforme destaca Van Praag e Ferrer-i-Carbonell (2010, p.83) a utilização de indicadores, como nas publicações da Mercer e da Foreign Policy Magazine, decorre de julgamentos de especialistas, de modo que podem não refletir as necessidades e interesses dos habitantes<sup>81</sup>. Já na abordagem subjetiva Marans e Stimson (2011, p.2) alertam que o fato das pessoas terem diferentes percepções e, portanto, fazerem julgamentos subjetivos sobre os elementos que incidem sobre a sua qualidade de vida, incluindo atributos específicos do ambiente urbano em que vivem, implicaria na necessidade de quadros modelo a serem contextualizados em uma situação particular. Com base em estudos prévios<sup>82</sup> Partidário (2000) destaca a valorização e a vantagem da utilização dos indicadores subjetivos na averiguação da qualidade de vida, na medida em que estes partem dos sentimentos da população e, portanto evita a imposição de valores pelos planejadores. Mas, por outro lado, a autora ressalta que os indicadores objetivos são mais facilmente mensuráveis e interpretáveis. Lee (2008) apud Rezvani; Mansourian e Sattari (2013) partilham de uma perspectiva semelhante, ao considerarem que apesar dos indicadores objetivos serem considerados como tendo maior segurança de medição, eles apresentam menor eficiência, ao passo que os indicadores subjetivos têm menor segurança de medição, mas maior eficiência.

Frente a este debate Rodrigues (2007, p.35) toma como base Tobelem-Zanin (1995) para enfatizar a importância desta divergência entre os indicadores objetivos e subjetivos, no sentido de reforçar a utilidade de ambas abordagens, pois a partir do embate torna-se “possível compreender de que forma as mudanças demonstráveis nas condições de vida, afetam realmente o sentido da qualidade de vida para as pessoas e, de forma inversa, descortinar se essas mudanças na apreciação podem ser atribuídas a alterações das condições de vida”. Sendo que, na verdade o que há é uma falsa disputa, posto que os dois tipos de indicadores são construídos por pessoas e acabam assim por representar uma dimensão subjetiva (TOBELEM-ZANIN, 1995 apud RODRIGUES, 2007).

---

<sup>81</sup> Esse problema não ocorre nas publicações da Eurostat, que considera as pesquisas subjetivas. Contudo, conforme ressaltam Praag; Carbonell (2010, p.83) neste caso não tem índices que sintetizam informações de modo que não se pode estabelecer comparações ao longo dos anos.

<sup>82</sup> Partidário cita os estudos de Knox (1979); Petak (1981); Bentham (1983); Cutter (1985); Pacione (1982,1986); Rogerson et al. (1989); Vinig e Schoeder (1989).

Por outro lado, conforme exposto por Fahey et al. (2003, p.16), para os estudos da qualidade de vida, é importante considerar além dos resultados (que refletem, em parte, as escolhas que as pessoas fazem) e das avaliações subjetivas (que refletem em parte a adaptação), os recursos (os fatores que a condicionam, facilitam e constroem tais escolhas), bem como outras possíveis restrições relacionadas ao lugar, posto que a vida encontra-se interligada com os outros em casa e na comunidade. Sendo que em termos de recursos, devem ser considerados os individuais, de uso doméstico e também os serviços sociais. Além disso, é enfatizada a importância de aspectos como níveis de confiança e de cooperação entre as pessoas e a perspectiva coletiva para a qualidade de vida.

Acrescenta-se ainda como medida no sentido de aperfeiçoar os estudos sobre a qualidade de vida, a busca por organismos internacionais como: as Nações Unidas, o Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde, e o Escritório Internacional do Trabalho, e estudiosos em desenvolver indicadores a partir de uma série de "domínios de valor" que têm aplicabilidade universal em uma ampla gama de culturas e sociedades. Sendo que, a partir disso, seria possível estabelecer comparações nacionais ou até mesmo entre as cidades em todo o mundo (Lora et al., 2010). Por exemplo, Diener (1995) propôs sete categorias de "valores universais" com base em estudos anteriores conduzidos por Mukherjee (1989) e Schwartz (1994) apud (GUHATHAKURTA E YING CAO, 2011, p.139).

Há indícios, decorrentes de várias teorias, de que as melhorias nas condições objetivas estejam associadas a melhorias na experiência subjetiva. Esta questão norteou a tese de McCrea (2007) entre outros por ele citados<sup>83</sup>, quem acredita que a qualidade de vida é um componente importante de satisfação geral, sendo que a qualidade de vida subjetiva decorre das características objetivas do ambiente urbano. O autor destaca ainda que a intensidade desta relação tem implicações para o processo de planejamento, em suas palavras:

[...] if moderate to strong direct relationships were found, this implies an environmentally deterministic model with changes in broad objective dimensions of the urban environment directly impacting on subjective urban QOL. If weak relationships were found, the implications may depend on the explanation found for weakness. For example, if the weakness was best explained by psychological adaptation where residents simply adjust psychologically to changes in the objective urban environment, this implies that changes in broad objective dimensions of the urban environment have relatively little impact on subjective urban QOL after a period of time. On the other hand, if the weakness was best explained by adjustment via residential relocation whereby dissatisfied residents tended to move to other locations while satisfied residents tended to stay, this implies a significant impact on subjective urban QOL (MCCREA, 2007, p.1-2).

---

<sup>83</sup> como Campbell et al. 1976; Marans e Rodgers, 1975; McCrea; Shyy e Stimson, 2006; McCrea; Stimson e Western, 2005; Sirgy e Cornwell, 2001; Sirgy e Cornwell, 2002.

Conforme destaca McCrea (2007) com base em Marans (2003) são poucos os trabalhos que analisam a força da ligação entre as dimensões objetivas e subjetivas. Para o autor especialmente para aqueles que enfocam os aspectos psicológicos, as ligações entre as dimensões objetivas e subjetivas do ambiente urbano podem ser fracas, com exemplo cita o caso dos moradores que dizem satisfeitos com seus ambientes urbanos, mesmo estes sendo classificados com baixa qualidade de vida 'objetiva' (apresentado por Cummins, 2000) e o caso dos grupos desfavorecidos (apresentado por Cook, 1988). Mas, por outro lado há a visão, mais “ingênua e simples” de que a ligação entre as características é “razoavelmente direta e pelo menos moderadamente forte” (MCCREA, 2007, p.9).

Neste sentido, segundo McCrea (2007, p.69); McCrea; Stimson e Marans (2011, p.78); é comum a perspectiva de que as ações de regulação de uso da terra, planejamento de parques e abertura de espaços, sistemas de transporte e infraestrutura urbana afetem as avaliações subjetivas do ambiente e da qualidade de vida dos residentes, de modo que documentos de planejamento estratégico passaram a expor explicitamente que seus objetivos são melhorar e/ou manter a qualidade de vida e alcançar a sustentabilidade. No mesmo sentido, McCrea (2007, p.69); Marans e Stimson (2011, p.4) afirmam que muitas vezes é assumido que mudanças nos ambientes urbanos físicos e sociais (locais) são projetadas para aumentar o nível de satisfação com a vida, das avaliações subjetivas e qualidade de vida dos moradores.

Apesar da importância de se examinar as relações entre as características do ambiente urbano e a qualidade de vida percebida dos moradores, ainda são relativamente poucos os trabalhos que testam empiricamente tais relações<sup>84</sup>. O que pode estar relacionado há ausência de uma metodologia para vinculá-los operacionalmente.

Contudo, por outro lado, há estudos que descartam a influência das condições objetivas nas subjetivas, sendo que estas decorreriam especialmente da satisfação global. Evans e Huxley (2002) sugerem que as relações entre as circunstâncias objetivas e satisfação de vida global são mediados via satisfação em vários domínios da vida. Neste sentido, Evans e Huxley (2002) e McCrea (2007) apontam, por exemplo, os estudos de Bowling e Windsor (2001); Headey et al. (1984); Schwarz e Strack (1999). (MCCREA et al. 2011). Igualmente, para Lora, et al (2008, p.80) a satisfação com a vida é a síntese da satisfação com as várias dimensões.

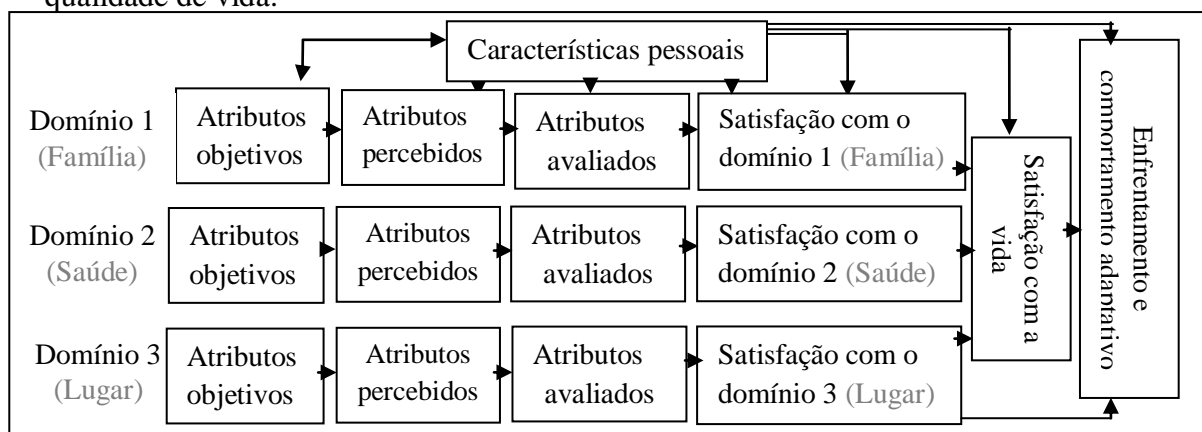
---

<sup>84</sup> Entre eles Campbell et al. (1976), Marans e Rodgers (1975); Marans (2002); McCrea et al. (2006), e McCrea (2007) (citados por McCrea; Marans; Stimson e Western (2011, p.86).

### 3.4. Modelos para os estudos da qualidade de vida

A partir da abordagem de que ocorre interação entre os diferentes domínios particulares que compõem a qualidade de vida, os quais interferem no resultado da qualidade de vida global, foi apresentado no modelo desenvolvido por Campbell et al (1976)<sup>85</sup>, figura 24. Tal modelo é geral ainda mantém-se atual, serve de referência e é aperfeiçoado/adaptado para vários estudos da qualidade de vida<sup>86</sup>. Marans e Stimson, (2011, p.7) ressaltam que tal modelo serviu de embasamento para que estudos posteriores contemplassem as relações objetivo-subjetivo da qualidade de vida, como os de Lee e Marans (1980); Connerly e Marans (1985, 1988), Marans (2002), McCrea et al. (2006), McCrea (2007), nos quais, a qualidade de um local geográfico, em seus vários níveis de escala (cidade, bairro ou habitação) é na verdade um fenômeno subjetivo para cada pessoa de acordo com suas experiências passadas e aspirações.

**Figura 24** - Modelo das relações entre satisfação nos domínios e satisfação com qualidade de vida.



**Fonte:** Campbell et al (1976) apud Marans e Stimson (2011). Adaptado por Alves (2015).

No modelo de Campbell et al (1976) são consideradas as relações entre os atributos objetivos, a percepção, avaliação e satisfação com relação a estes atributos, que por sua vez, podem ser influenciadas por uma série de características individuais [que podem modificar-se] e resultam na satisfação com a vida. Além disso, conforme destaca McCrea (2007, p.5) o modelo considera as inter-relações entre diferentes escalas urbanas, como habitação,

<sup>85</sup>O autor tomou como base o modelo de Marans e Rodgers (1975), que representa estas relações entre os diferentes domínios residenciais de ambientes urbanos e como esses domínios, em conjunto com outros domínios, contribuem para a satisfação, para a qualidade de vida. Estes trabalhos realizados em meados dos anos 70 são seminais para os estudos da qualidade de vida.

<sup>86</sup>Dentre os modelos o Bottom-Up (avaliações mais específicas usadas para prever mais avaliações globais); Top-Down (satisfação com domínios e com a vida em geral a partir de características de personalidade); Mood Bias (a influencia do humor); Subjective Judgement, etc são citados por McCrea (2007).

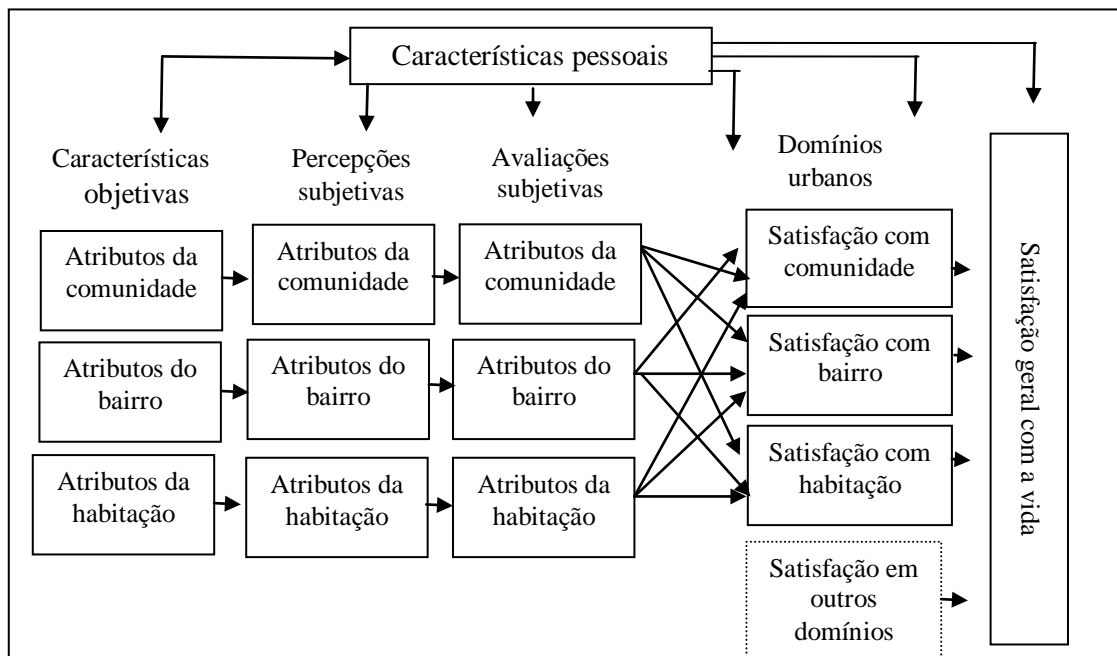
comunidade, bairro, cidade, o que está associado com as intensões de movimento. (MARANS; STIMSON, 2011, p.13).

Os 4 princípios básicos deste modelo são:

(A) As experiências pessoais são derivadas das interações com o ambiente. (B) As experiências subjetivas das pessoas são diferentes do ambiente objetivo. (C) As pessoas respondem às suas experiências com o meio ambiente. (D) O nível de satisfação em vários domínios da vida contribui para a qualidade de vida global; (MARANS; STIMSON, 2011, p.7, tradução nossa).

Segundo McCrea et al. (2011) esse modelo amplo incorpora padrões relacionados à partes do quadro conceitual, como a satisfação e julgamento das pessoas, que tem influencia dos modelos *bottom-up* e *top-down*. Ele também sugere que os atributos de um nível geográfico podem prever satisfação em outros níveis de domínio urbano e que os níveis de satisfação no domínio urbano podem se influenciar mutuamente. Sendo que a satisfação de vida global decorre da satisfação em domínios urbanos (incluindo satisfação regional), que por sua vez advém das avaliações subjetivas de atributos urbanos (figura 25).

**Figura 25** - Estrutura ampla para avaliação subjetiva de determinantes da satisfação com o ambiente residencial.



**Fonte:** McCrea R. et al. (2007). Adaptado por Alves (2015).

Esta relação é verificada por pesquisadores da Universidade de Michigan, por exemplo, citados por Patrick e Erickson (1993), e por Lora (2010, p. 25) apud (Gallup, 2008), ao destacar que as pessoas que estão satisfeitas com a sua casa são 19% mais propensas a

dizer que estão satisfeitas com sua cidade, em comparação com aquelas que não estão satisfeitas com sua casa.

O modelo reflexivo indireto de Edwards e Bagozzi (2000) apud Sawatzky (2007) na mesma perspectiva, assegura que as medidas relacionadas com cada um dos domínios da vida co-variam de modo consistente em relação a uma causa comum, ou seja, uma alteração em qualquer um dos domínios de vida vai coincidir com alterações correspondentes em todos os outros domínios da vida.

A partir da proposição de que as avaliações subjetivas decorrem dos atributos objetivos, presente no modelo de Campbell et al (1976), em seu estudo McCrea (2007) aborda a qualidade de vida subjetiva utilizando indicadores objetivos. O autor partiu do pressuposto de que as características objetivas dão origem à satisfação, via avaliações subjetivas da qualidade de vida, as quais são tidas como variáveis mediadoras (MCCREA, 2007, p.70).

Entretanto, o autor concluiu que as relações entre as dimensões objetivas e subjetivas são simplesmente fracas ou indiretas, provavelmente em função de aspectos de natureza psicológica, de diferenças entre grupos sociais e individuais, comportamentos, etc. o que implica em pouco apoio para o modelo da qualidade de vida mediada e demanda de modelos, por vezes, elaborados a partir de Campbell et al (1976), que contemplem aqueles aspectos subjetivos de julgamento e de adaptação psicológica.

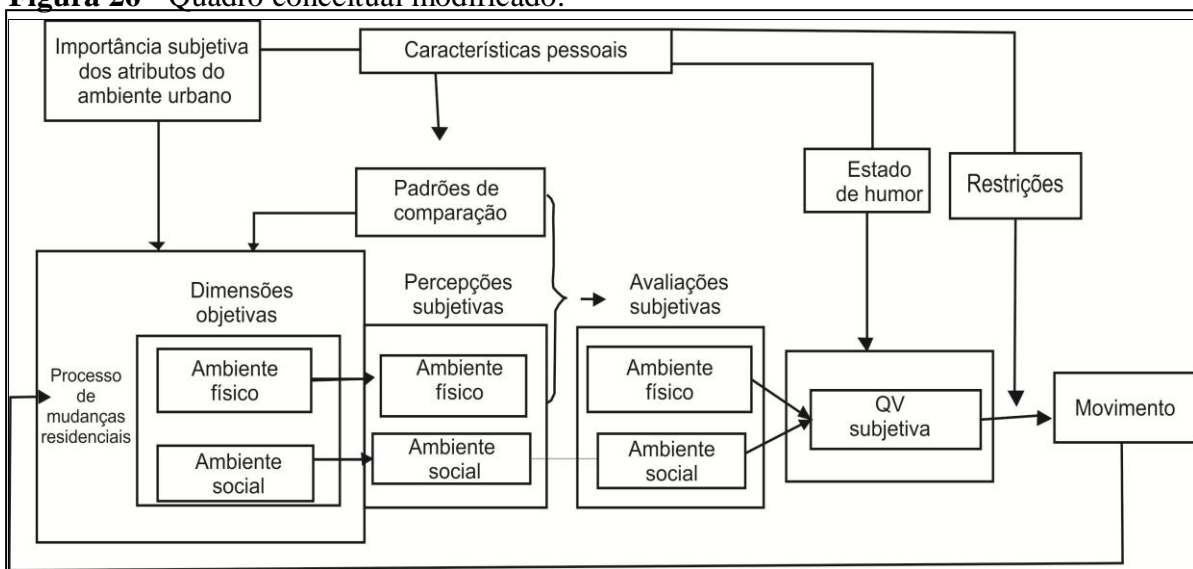
Acerca dos modelos de adaptação psicológica<sup>87</sup>, eles têm em comum o fato de as avaliações subjetivas tenderem a não ser tão variáveis ao longo do tempo em função das mudanças nas circunstâncias da vida, por adquirem um nível de equilíbrio estável, portanto não foram tão elucidativos. Para os aspectos subjetivos de julgamento, têm-se as diferenças individuais e grupais, físicas e sociais, onde se destacam a homofilia psicológica (atração) e a estrutural (estabelecimento de laços densos entre indivíduos com certas semelhanças). Como base nos tipos de homofilia psicológica propostos por Lazarsfeld e Merton (1954), que podem ser social (homofilia social ou 'homofilia status') e/ou de valor (homofilia de valor), sendo esta possivelmente mais importante do que aquela, nas avaliações subjetivas. E por fim, ao considerar que, por vezes, os indivíduos se mudam para ajustar suas necessidades e aspirações, em resposta à insatisfação com o seu ambiente residencial, sobretudo em relação ao ambiente físico, tem-se o processo de mudança residencial, para explicar a fraca correlação entre dimensões objetivas e avaliações subjetivas. O autor concluiu que é nos processos

---

<sup>87</sup> Os modelos são: os que envolvem metas e padrões - Esteira hedônica e a esteira satisfação (Kahneman, 1999); Os ajustes de metas e padrões - teoria da homeostase de Cummins (2000); a personalidade rege certo grau de equilíbrio - Equilíbrio dinâmico (Headey e Wearing, 1989), para saber mais ver McCrea (2007, p.109-110).

subjetivos de julgamento que reside uma explicação plausível para esta fraca e indireta correlação entre os aspectos objetivos e as avaliações subjetivas e propôs certas modificações no modelo de Campbell et al (1976) (MCCREA, 2007), figura 26.

**Figura 26 - Quadro conceitual modificado.**



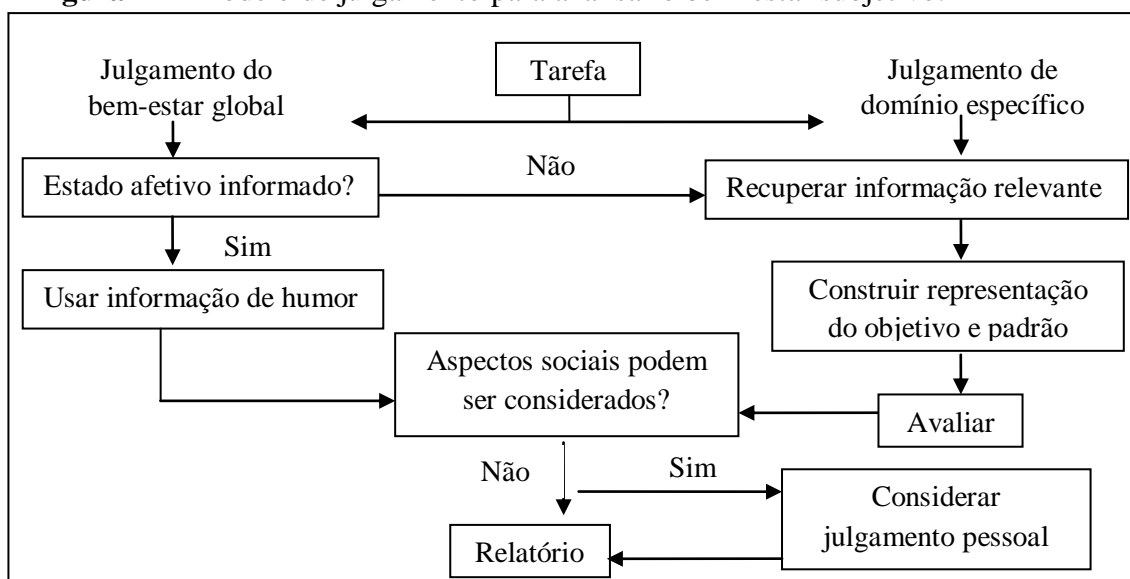
**Fonte:** McCrea R. et al. (2007). Adaptado por: Alves (2015).

No modelo adaptado foram inseridos o processo de mudança residencial e o viés de humor; a noção da diferença entre as percepções e as normas foi colocada de forma explícita, contudo usando chave para enfatizar a natureza indireta; enquanto que foram excluídas a influência das características pessoais em percepções subjetivas e as setas mostrando efeitos diretos de características pessoais em avaliações subjetivas do ambiente urbano (MCCREA, 2007, 175-177).

O modelo de julgamento de Schwarz e Strack (1999) apud McCrea (2007), figura 27, é destacado por sua relevância para explicar relações fracas entre circunstâncias objetivas e julgamentos subjetivos de satisfação.

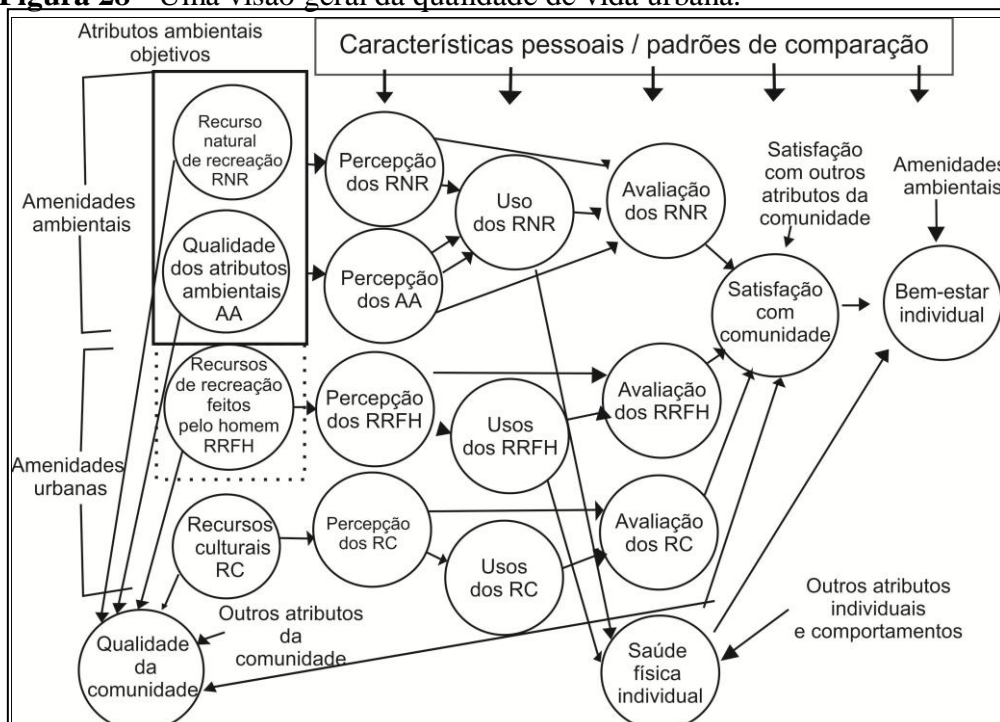
Neste modelo há a possibilidade de utilização de dois modelos psicológicos, um para domínios gerais, mais passíveis de serem afetadas pelo humor e outro para os específicos, nos quais o humor teria uma influência menor.



**Figura 27** - Modelo de julgamento para analisar o bem-estar subjetivo.

**Fonte:** Schwarz e Strack (1999) apud McCrea (2007). Adaptado por: Alves (2015).

Na perspectiva bio-psico-social da saúde, destaca-se o modelo proposto por Marans e Mohai (1991), com base no modelo de Campbell et al. (1976), figura 28, que sugere como a saúde pode estar ligada a um número de condições objetivas do meio, como: recursos de lazer, de recreação, culturais e ambientais. Sendo que a partir da percepção é avaliado o grau de bem-estar físico, psíquico e social, considerando a cultura, os valores, as expectativas e as características individuais. (MARANS; STIMSON, 2011).

**Figura 28** - Uma visão geral da qualidade de vida urbana.

**Fonte:** Marans e Mohai (1991) apud Marans e Stimson (2011). Adaptado por Alves (2015).

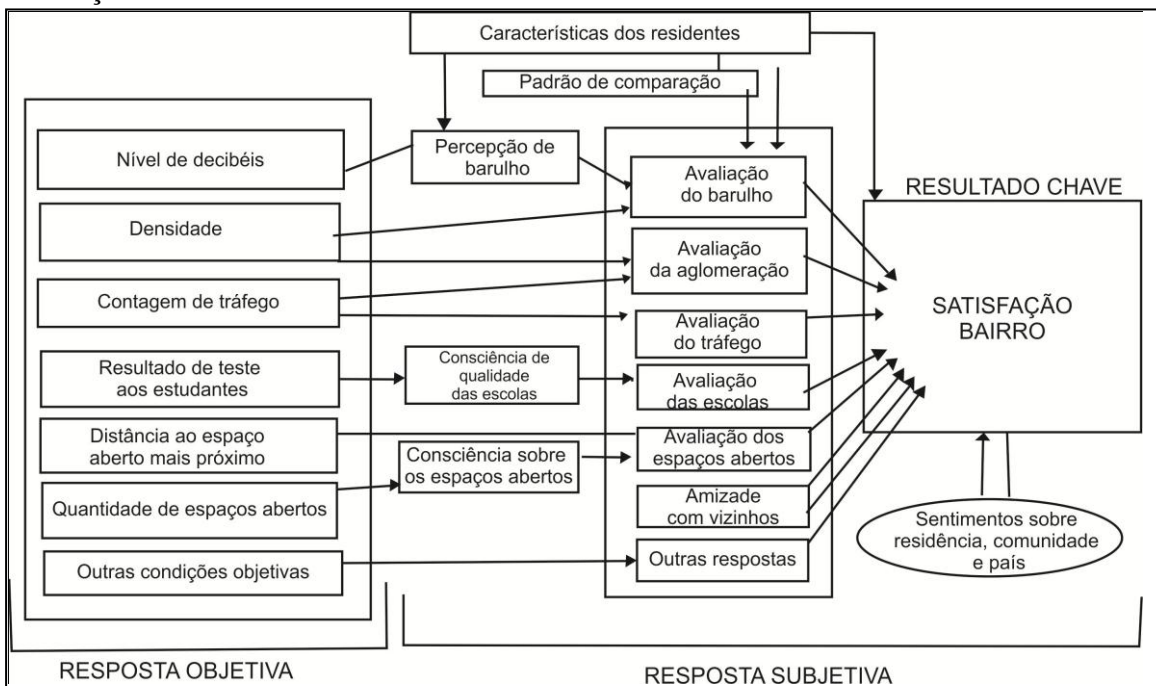
Tuesca-Molina e Amed-Salazar (2014, p.8) destacam a importância das relações entre os fatores sociodemográficos e a percepção de saúde, os autores destacam a partir de um estudo recente na Colômbia, a importância do “papel del ingreso, edad, género, nivel educativo, práctica de ejercicio físico, el sistema de salud, las regiones del país y la ubicación del las viviendas en zonas urbanas o rurales” na saúde. Ponto de vista semelhante ao de Marans (2002) que associam a qualidade do ar no nível do bairro a saúde da família (por exemplo, a incidência de asma) com as apreciações das condições do local.

Para Campbell et al. (1976) a utilização da "Satisfação" na análise subjetiva foi vista como sendo o julgamento mais definível da experiência cognitiva. Segundo o autor esta era um reflexo da percepção dos povos e das avaliações dos muitos atributos de cada domínio e que estes, por sua vez, foram influenciadas pelas propriedades objetivas. Por exemplo, a satisfação no trabalho foi observada como a avaliação de uma pessoa em função de muitos atributos de um emprego, tais como o grau de autonomia, relacionamento com os colegas de trabalho, salários e assim por diante. Da mesma forma, a satisfação com uma habitação era associada com uma medida objetiva (tal como o número de pessoas por quarto ou outra medida de densidade habitacional) (MARANS; STIMSON, 2011).

Marans e Rodgers (1975) desenvolveram um modelo, que representa as relações para diferentes domínios residenciais urbanos e como esses domínios, em conjunto com outros domínios, contribuem para a qualidade de vida. Sendo que, os pressupostos desse modelo são que a qualidade da localização geográfica ou ambiental (a região da cidade, o bairro ou a habitação): não pode ser capturada por uma única medida, mas vários atributos combinados, assim como é um fenômeno subjetivo reflete as experiências de vida dos sujeitos. Um reflexo do significado das condições objetivas para os sujeitos (MARANS; STIMSON, 2011).

Mais recente, o modelo de Marans (2002) figura 29, mostra as relações que podem explicar a satisfação das pessoas com seu bairro, o que poderia servir de instrumento, especialmente aos planejadores e gestores, para analisarem as dimensões que têm mais relações com o aumento da satisfação.

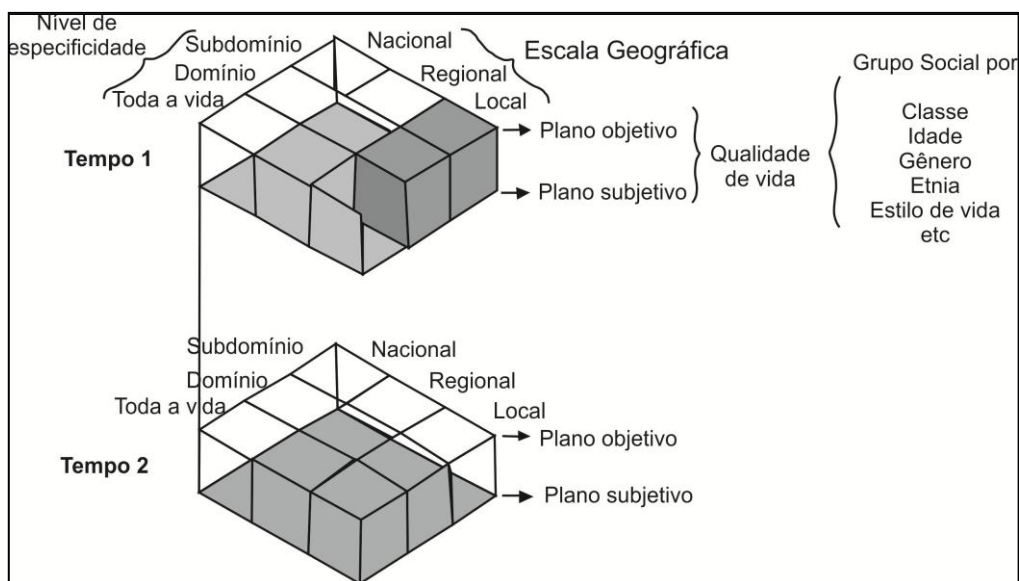
**Figura 29** - Modelo mostrando relações entre condições objetivas, respostas subjetivas e satisfação com o bairro.



**Fonte:** Marans (2002). Adaptado por Alves (2015).

No âmbito da Geografia destaca-se o modelo de Pacione (2003), onde além das dimensões objetivas e subjetivas, são consideradas outras três. É proposta uma estrutura de cinco partes que integra as várias dimensões da qualidade de vida: objetiva/subjetiva, tempo, especificidade de domínio, escala geográfica, e as dimensões do grupo social, conforme a figura 30.

**Figura 30** - Estrutura de cinco dimensões para a qualidade de vida.



**Fonte:** Pacione (2003). Adaptado por Alves (2015).

Na estrutura de Da Pacione (2003) as dimensões objetivas e subjetivas estão presentes em todos os momentos, cada uma apresenta outras duas dimensões: os níveis de especificidade e a escala geográfica, bem como podem variar por grupos sociais.

Em relação à especificidade do domínio (por exemplo, os domínios e subdomínios da vida) como sugere Da Pacione (2003) a qualidade de vida pode ser conceituada como satisfação com a vida em geral e/ou satisfação nos vários domínios da vida, incluindo os domínios e subdomínios urbanos. Neste caso, a qualidade de vida geral decorre da soma ponderada da satisfação em cada domínio que, por sua vez, decorre da satisfação em cada subdomínio.

Os estudos acerca da satisfação nos diferentes domínios da vida são comuns,

[...] For example, satisfaction with work (e.g., Hart, 1999; Heller, Judge, & Watson, 2002); relationships (e.g., Acock & Hurlbert, 1993; D. Evans, Pellizzari, Culbert, & Metzen, 1993; Foroughi, Misajon, & Cummins, 2001); health (e.g., John, 2004; Michalos, Hubley, Zumbo, & Hemingway, 2001); as well as satisfaction with housing, neighbourhood, community, and region (e.g., Cook, 1988; Marans & Rodgers, 1975; McCrea, Stimson, & Western, 2005; Parkes, Kearns, & Atkinson, 2002; Sirgy & Cornwell, 2001, 2002; Turksever & Atalik, 2001).( MCCREA, 2007, p.22-23).

Com relação à escala geográfica, os estudos sobre a qualidade de vida abarcam desde as escalas regionais, contemplando grandes áreas como aqueles desenvolvidos na UE, ou mesmo áreas menores como o estudo da região metropolitana de Detroit nos EUA; perpassando pela escala do município até chegar à escala local, ao lugar onde as pessoas vivem. Sendo que, conforme destacam McCrea, et al. (2011) as escalas mais pesquisadas são: habitação, bairro e comunidade, e menos frequente a região.

Estas escalas, da habitação até a região, encontram-se interligadas. McCrea (2007); Marans e Stimson (2011), com base em estudos anteriores, destacam as inter-relações entre estas escalas e os domínios considerados, na avaliação subjetiva da qualidade de vida, os quais de acordo com os autores são:

A) Na avaliação da habitação seriam consideradas suas características, como: idade, tamanho, estrutura e estabilidade (Campbell et al. 1976; Lu, 1999). Além das características circundantes, ou seja, o entorno, como: vizinhos, a área local e tamanho da comunidade (Campbell et al. 1976 ; Lu, 1999; Parkes et al. 2002) e até mesmo características regionais, como: localização geográfica dentro da região metropolitana (MARANS; STIMSON, 2011).

(B) Na avaliação da vizinhança uma vasta variedade de características físicas, econômicas e sociais dos bairros influenciam na satisfação com a habitação. Sendo que, a satisfação com vizinhos e características sociais do bairro têm reflexos na satisfação com a

comunidade. Campbell et al. (1976) também constatou que satisfação com o bairro e comunidade estão fortemente relacionados.

(C) A satisfação com a habitação, bairro e comunidade encontram interligados. Por exemplo, as relações com vizinhos têm influência em cada um destes três domínios. No entanto, a satisfação da comunidade está relacionada mais à satisfação do bairro do que a satisfação de habitação. E está relacionada a atributos como: governança local, a oferta de educação, as relações da polícia, os impostos locais, custo de vida, pública transporte, níveis de ruído, parques e áreas verdes.

(D) Na satisfação regional, que é o domínio menos estudado, Turksever e Atalik (2001) constataram uma série de fatores da satisfação regional, e também da comunidade (saúde, clima, aglomeração, instalações desportivas, condições de habitação e poluição ambiental). Sendo que, somente a superlotação e as viagens para o trabalho relacionadas exclusivamente com a satisfação regional. De modo que, pode afirmar que a satisfação regional também parece estar relacionada com a satisfação em outros domínios urbanos. (MCCREA, et al. 2011).

Em função da inter-relação entre as escalas nos estudos sobre a qualidade de vida, estudiosos como Levin (1992, p. 1944) recomendam a utilização de observações em espaços mais específicos e amplos, de modo a entender a interação nos níveis mais baixo e mais alto do sistema (MCMASTER E SHEPPARD, 2004). Já que as interações observadas no nível inferior, também são partes de unidades em níveis mais elevados e vice-versa. Porém, grande parte dos estudos de qualidade de vida é baseada em apenas uma escala geográfica, como um país, cidade ou município (KWEON; MARANS, 2011).

Por outro lado, conforme ressalta Wish (1986), "mesmo dentro da cidade, especialmente nas áreas urbanas maiores, há diferenças agudas" de qualidade de vida. De maneira que, os setores censitários podem não ser medidas adequadas para detectar diferentes padrões de qualidade de vida que ocorrem em diferentes escalas geográficas.

Além disso, Schwartzmann (2003, p.16) com base no diagrama de Sharon Wood, destaca a dificuldade de articular as dimensões de referência, temporal e de experiência a serem consideradas no momento da avaliação subjetiva da qualidade de vida, figura 31 .

**Figura 31** - Diagrama de Sharon Wood dimensões da Qualidade de vida.

**Fonte:** Schwartzmann (2003)

De acordo com Veenhoven (2000, p.2) a ênfase na distinção entre os indicadores objetivos e subjetivos não é proveitosa para o estudo da qualidade de vida, que também possui outras matrizes. Em suas palavras: “Let it suffice to note that the mayor distinctions in the field are between 'objective' and 'subjective' qualities and along disciplinary kinds; e.g. economic, social and psychological wellbeing. A great advantage of the proposed fourfold matrix is that it makes more sense theoretically”.

Neste sentido, na mesma perspectiva de Allardt (1976) e de Kenny e Kenny (2006), para o autor seria mais proveitoso, em vez de construir apenas um indicador de qualidade de vida, considerar pelo menos quatro avaliações diferentes, as quais seriam: as qualidades interna e externa das oportunidades e dos resultados da vida (quadro 17). As oportunidades são chamadas por Veenhoven de habitabilidade do meio ambiente e da vida de uma pessoa, em outras palavras seriam as chances/oportunidades, que uma pessoa tem para uma boa vida e são classificadas como externas quando referem-se às condições do ambiente para o pessoa (por exemplo: a segurança da vizinhança, as instituições políticas, assim por diante) ou internas, quando se referem as condições da pessoa (por exemplo: saúde física e mental, educação). Já os resultados são a utilidade e a satisfação da vida, sendo que a avaliação da qualidade exterior da vida de uma pessoa se baseia na contribuição dessa pessoa para outros membros da sociedade, e a avaliação da qualidade interna da vida se baseia em sua satisfação com sua vida (ROJAS, 2008).

**Quadro 17** – Matriz das quatro qualidades de vida.

	<b>Qualidade exterior</b>	<b>Qualidade interior</b>
<b>Chances</b>	Habilitabilidade e ambiente	Capacidade da pessoa
<b>Resultados</b>	Utilidade da vida	Satisfação com a vida

**Fonte:** Veenhoven (2000) apud Rojas (2008).

A partir desta perspectiva, Pais-Ribeiro (2009, p.34) destaca as terminologias que frequentemente são adotadas pelos diferentes estudiosos, em suas palavras:

A QDV que foca as boas condições de vida é muitas vezes designada por ecologistas ou sociólogos como “qualidade de vida” ou por “bem-estar”, enquanto os economistas tendem a referir-se-lhe como “nível de vida” ou “status”, e não se refere especificamente a condições materiais. A segunda QDV, apresentada no quadrante superior direito, refere-se ao quanto bem os indivíduos estão equipados para enfrentar a vida diária. Os profissionais de saúde, incluindo psicólogos, designam esta por “QDV”, “bem-estar” ou “saúde”, os biólogos designam por “potencial adaptativo”, os psicólogos por “eficácia” ou “potencial”. A QDV definida pelo quadrante inferior esquerdo refere-se a uma QDV que deve referir-se a uma boa vida que é qualquer coisa mais do que ela própria: a boa vida deve sê-lo para algo e não vale só por si. Pode ser entendida por “sentido da vida”. O último quadrante refere-se à QDV do ponto de vista do próprio e é comumente designada por “bem-estar subjectivo”, “felicidade” ou “satisfação com a vida”. Esta taxonomia é susceptível de integrar todos os conceitos que são geralmente utilizados para designar a “boa vida” ou a QDV.

Rojas (2008, p. 14), por sua vez, destaca a importância de se considerar as oportunidades na elaboração para políticas públicas para obter resultados, em suas palavras:

The focus on chances is of relevance for policy making, because policies are supposed to act on opportunities to obtain results. Chances emphasize factors that are under the influence of public policy and which can be verifiable so that public policy can establish goals, design programs, and evaluate them. It would be erroneous to evaluate policies on the basis of results if these results may be influenced by other factors beyond those under policy control (e.g.: personality, so on). Hence, it is preferable to evaluate policies on the basis of whether the appropriate chances for a life of quality are provided.

Segundo Brandmüller e Feldmann (2008, p.3) para os estudos da qualidade de vida, a Urban Audit considera a cidade a partir do conceito administrativo, no entanto para alguns atributos é necessário considerar para além desta fronteira, do núcleo urbano, ou seja, até o cinturão suburbano.

Diante da complexidade envolta à qualidade de vida, o que parece mais pertinente e vem sendo adotado por vários estudiosos<sup>88</sup>, é considerar as dimensões sociais, ambientais e econômicas, igualmente pilares da sustentabilidade e da saúde, como o núcleo de qualquer estudo de qualidade de vida. Sendo que a presença e acessibilidade a tais condições essenciais a satisfação das necessidades humanas, devem ser consideradas conjuntamente com avaliação

<sup>88</sup> Rezvani; Mansourian e Sattari (2013, p.207), Hardi e Pintér (2006, p.127), Feneri; Vagiona e Karanikolas (2013, p.3) citam por exemplo: Camagni et al. (1998), Shafer et al. (2000), Rinner (2007), e Talen e Shah (2007).

da satisfação das necessidades, o que aproximaria mais do conceito de bem-estar. Perspectiva que se aproxima do WHOQOL proposto pelo “Quality of Life Group da WHO” (1994).

### **3.5. Instrumentos para estudo da qualidade de vida**

Ao ter em conta a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida e a busca por um instrumento transcultural e de uso internacional, destacam-se os WHOQOL's, desenvolvidos segundo metodologia própria pelo Grupo de Qualidade de vida (*WHO Quality of Life Group*) da WHO (WHOQOL GROUP, 1994). Desenvolvido no início da década de 1990, o primeiro foi o WHOQOL-100, no qual 100 perguntas abarcam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Domínios, que por sua vez são divididos em 24 facetas específicas e 1 geral sobre a qualidade de vida, cada uma composta por quatro perguntas. E sua versão abreviada o WHOQOL-Bref com 26 questões, sendo duas gerais sobre a qualidade de vida, e as demais referentes as 24 facetas do instrumento original, conforme o quadro 18. Tais instrumentos embasaram o desenvolvimento de versões específicas para a avaliação da qualidade de vida de portadores de HIV, o WHOQOL-HIV-Bref e em relação ao domínio VI, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais, o WHOQOL-SRPB.

Essa ferramenta de medição da qualidade de vida possui altas confiabilidade e validade e abarca a percepção objetiva e o autorrelato da qualidade de vida, ou seja, a avaliação dos comportamentos, estados e capacidades de modo geral, e dos estados de saúde, nível de dependência, relações sociais e condições ambientais de modo particular para a primeira; e para o segundo a satisfação em relação aos estados, capacidades e comportamentos. De modo geral, seus prepostos e estrutura servem para quaisquer estudos que perpassem pela noção de qualidade de vida. Como exemplo, pode-se citar o modelo de indicadores objetivos e subjetivos proposto pelo governo inglês para avaliar a evolução da construção das “Comunidades Sustentáveis” (EGAN, 2004) que possui similaridades com este instrumento.



**Quadro 18** - Domínios e facetas do WHOQOL e do WHOQOL-Bref.

<b>Domínios e facetas do WHOQOL</b>	<b>Domínios e facetas do WHOQOL-Bref</b>
<b>Domínio 1</b>	<b>Domínio 1</b>
1. Dor e desconforto	1.Dor e desconforto
2. Energia e fadiga	2.Energia e fadiga
3. Sono e repouso	3.Sono e repouso
<b>Domínio 2</b>	10.atividade da vida cotidiana
4. Sentimentos positivos	11. dependência de meditação ou de tratamento
5. Pensar aprender, memória e concentração	12. capacidade de trabalho
6. Autoestima	<b>Domínio 2</b>
7. Imagem corporal e aparência	4.Sentimentos positivos
8. Sentimentos negativos	5.Pensar aprender, memória e concentração
<b>Domínio 3</b>	6.Auto-estima
9. Nível de independência	7. Imagem corporal e aparência
10. Atividade da vida cotidiana	8.Sentimentos negativos
11. Dependência de medicação ou de tratamento	24.Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais
12. Capacidade de trabalho	<b>Domínio 3</b>
<b>Domínio 4</b>	13. Relação pessoais
13. Relações pessoais	14.Suporte (apoio) social
14. Suporte (apoio) social	15.Atividade sexual
15. Atividade sexual	<b>Domínio 4</b>
<b>Domínio 5</b>	16.Segurança física e proteção
16. Segurança física e proteção	17.Ambiente no lar
17. Ambiente no lar	18.Recursos financeiros
18. Recursos financeiros	19.Cuidado de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
19. Cuidado de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	20.Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades
20. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades	21Participação em, e oportunidade de recreação/lazer
21. Participação em, e oportunidade de recreação/lazer	22.Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima
22. Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima	23.Transportes
23. Transporte	
<b>Domínio 6</b>	
24. espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais	

Fonte: FLECK (2000).

Além desse instrumento, especialmente no âmbito dos estudos com enfoque geográfico, várias outras metodologias e instrumentos têm sido desenvolvidos e adaptados considerando informações estatísticas quantitativas fornecidas por censos; informações ambientais relacionadas às condições do clima, tráfego, riscos, etc; pesquisas amostrais qualitativas e quantitativas diversas. Também têm sido cada vez mais utilizados recursos de sensoriamento remoto como as fotografias aéreas e imagens de sensores remotos orbitais, e de geoprocessamento com os Sistemas de Informação Geográfica para análise espacial dos

indicadores sócio-econômicos, sendo os recursos de Sensoriamento Remoto e Sistema de Informação Geográfica utilizados de modo integrado ou não. Destaca-se ainda que tais estudos ora privilegiam a vertente social, ora a ambiental ou a econômica, ou a combinação das diferentes vertentes.

### **3.5.1 Atribuição de pesos: Relatividade das dimensões da qualidade de vida**

McCrea (2007, p.119-184) destaca que para a pesquisa objetiva da qualidade de vida, a ideia de usar pesos para calcular a qualidade de vida de um lugar é questionada, por sua natureza *ad hoc* e porque os rankings podem mudar significativamente com a alteração dos pesos. Sendo mais razoável a utilização de pesos para o que parece ser subjetivamente mais importante para os moradores de um lugar. O que poderia evitar “o imperialismo cultural”, ou seja, imposição de valores por pesquisadores ou planejadores (KNOX, 1978 apud PARTIDÁRIO, 2000) e as modificações tipológicas importantes, em função das diferentes ponderações por categorias, preocupação expressa por Rodrigues (2007, p.33), com base em Bailly (1981) citado por Tobelem-Zanin (1995) que analisaram esta questão os estudos sobre a qualidade de vida na área metropolitana francesa. Sobre esta questão no estudo da OECD (1978) em grupo de cidades europeias para elaborar indicadores do ambiente urbano, dentre outras questões, Tobelem-Zanin (1995) apud Rodrigues (2007, p.33) ressalta que:

[...] o problema fundamental em toda a avaliação da qualidade de vida é o da escolha dos critérios adaptados à realidade do meio a avaliar e questiona se é aceitável, do ponto de vista teórico, somar critérios tão diferentes como equipamentos desportivos e poluição atmosférica para concluir que a qualidade de vida de uma dada cidade é melhor que a de uma outra. Completa ainda indicando que se trata de um problema geral na concepção dos indicadores, dado que a ausência de um único critério pode ser suficiente para baixar a qualidade de vida dos habitantes.

Felce e Perry (1995, p.60) ressaltam a importância de ponderar a individualidade dos lugares e dos aspectos considerados, pois os valores pessoais bem como as condições de vida e satisfação com a vida interagem com pesos diferentes na determinação da qualidade de vida. Ademais, conforme destaca McCrea (2007, p.9) a que estar atento a ingenuidade em relação às ligações entre as características objetivas e subjetivas do ambiente urbano que podem ser enfraquecidas, já que mesmo com baixas condições objetivas, subjetivamente os moradores podem avaliar-se como satisfeitos. Além disso, as condições e a satisfação com a vida não podem ser atingidas em totalidade, de modo que o que se pode ter são padrões de referência segundo o contexto considerado.

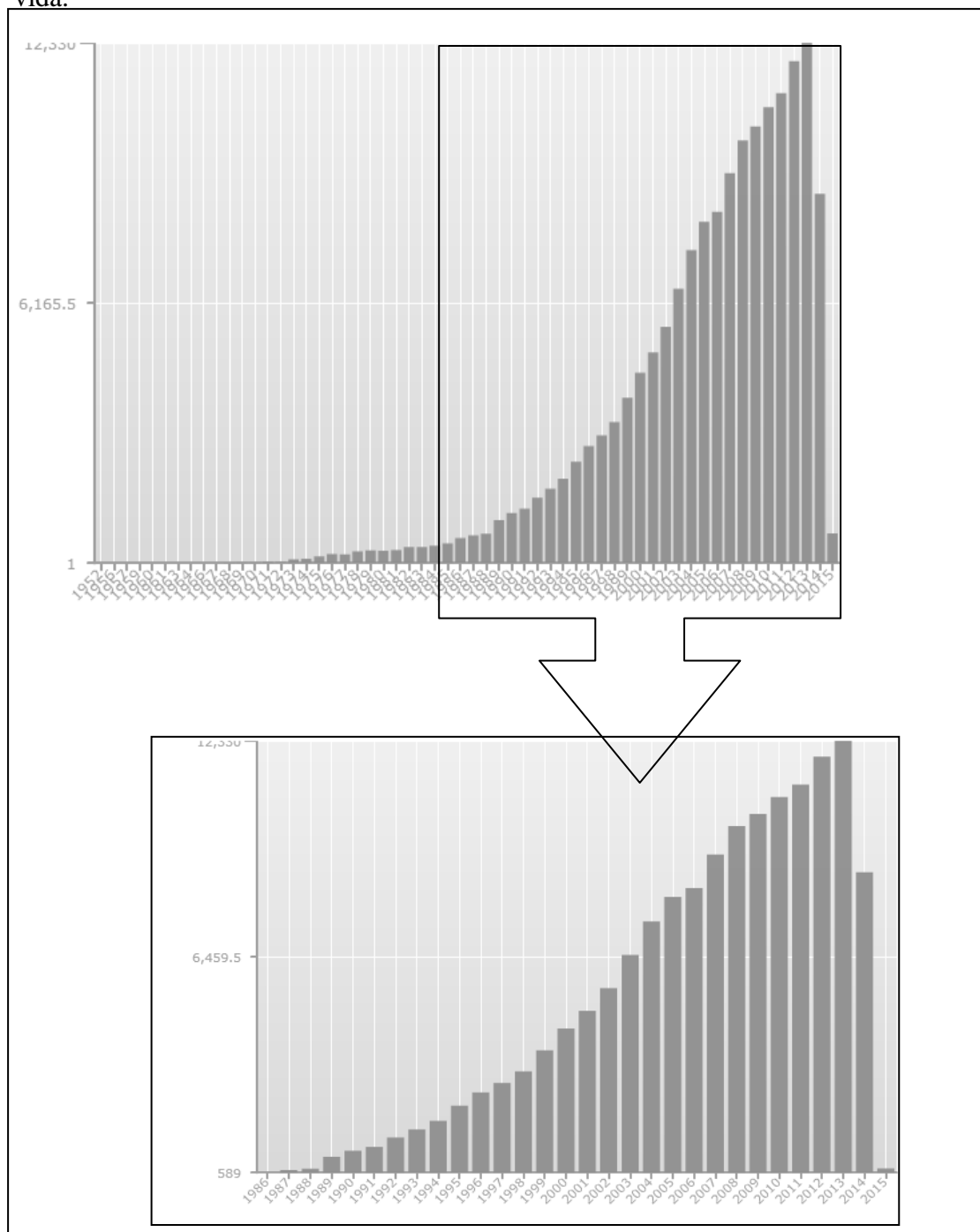
#### 4. AS DIFERENTES PERSPECTIVAS DE ABORDAGENS DOS INDICADORES SOCIAIS E DE QUALIDADE DE VIDA

*A medida de qualidade de vida, mesmo se é ainda um instrumento recente e vindo de uma tradição estrangeira, anglo-saxônica, empirista e utilitarista, é um fato irreversível que vai, provavelmente, pertencer ao nosso universo, da mesma forma que a ecografia (Rameix, 1997, apud Minayo; Hartz e Buss (2000)).*

Como já destacado, a qualidade de vida e os conceitos à ela relacionados, saúde, bem-estar e a felicidade, estão entre os temas que têm despertado a atenção e sido ponto central dos estudos de pesquisadores de várias áreas do conhecimento, formuladores de políticas, planejadores e gestores do território, especialmente dos espaços urbanos e de outros profissionais das ciências sociais, ambientais e econômicas; bem como, têm sido utilizados frequentemente no nível dos discursos midiático e cotidiano, ao longo dos anos, especialmente nas últimas décadas do século XX.

As ciências da saúde e sociais foram pioneiras nos estudos sobre a qualidade de vida e, portanto apresentam um grande número de publicações. Uma busca rápida na Biblioteca Virtual em Saúde, considerando o período 1952 a 2015, revela a existência de 70164 documentos, em bases de dados internacionais e nacionais, cujo assunto é qualidade de vida, se considerados os temas que mais se aproximam da qualidade de vida na abordagem a que a utilizamos, destacam-se o ambiente e saúde com 1609 títulos, e o tema sociedade e saúde com 1781 documentos, dos quais se destacam os subtemas espaços saudáveis e, promoção e educação em saúde com 285 e 653 publicações, respectivamente. Por essa base de dados observa-se ainda um aumento da abordagem da temática após os anos de 1980, gráfico 1.

**Gráfico 1** - Edições publicadas na Biblioteca Virtual em Saúde que abordam a qualidade de vida.

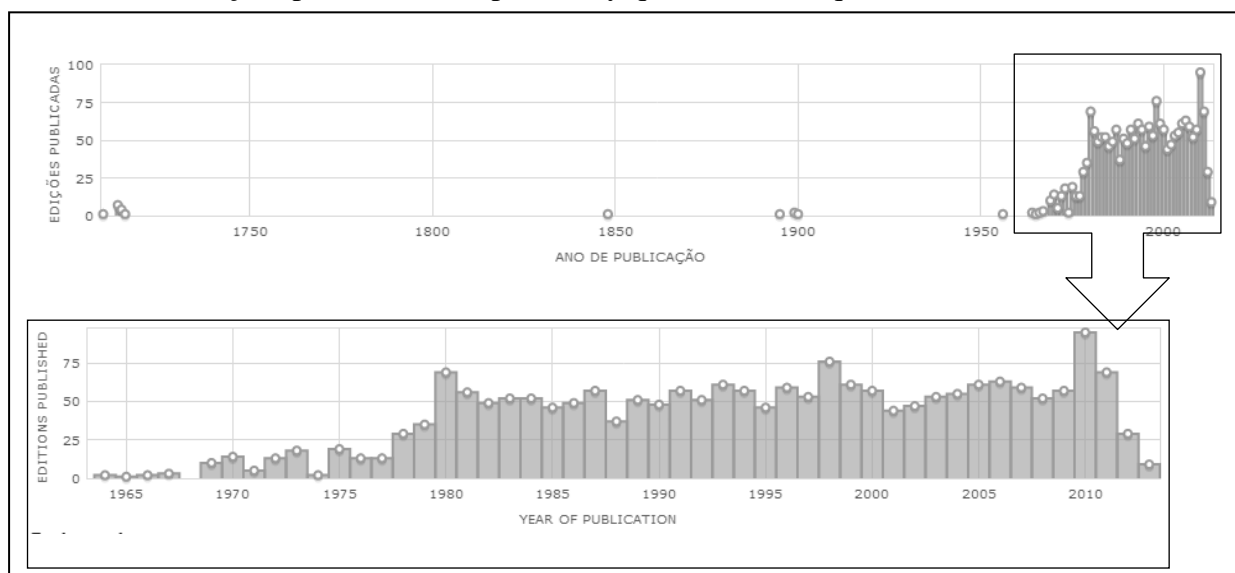


**Fonte:** bvs.br, 2015. **Org.:** Alves (2015).

Na mesma perspectiva, uma busca do termo qualidade de vida no portal openlibrary.org, que agrega títulos disponíveis em diversas bibliotecas do mundo, permite perceber a evolução das publicações que abordam a qualidade de vida, notadamente concentradas após a década de 1980 (gráfico 2). Desde a década de 1970, quando foram publicados os estudos de Andrews e Withey (1976); Campbell, et al. (1976), Marans e

Rodgers (1975), basilares aos estudos empíricos da qualidade de vida, tem ocorrido um crescimento exponencial de pesquisas nesta temática (MCCREA, 2007). Os estudos desse assunto têm ganhado um espaço cada vez maior no âmbito do planejamento urbano, da geografia humana, da sociologia urbana, da psicologia, entre outras áreas do conhecimento. Considerando várias disciplinas acadêmicas, o Institute for Scientific Information (ISI), uma base de dados que cobrem milhares de revistas, revela que entre 1982-2005 mais de 55.000 citações acadêmicas que utilizam o termo "qualidade de vida". Já Evans e Huxley (2002) apud McCrea R. et al. (2011, p.58) destacam que na virada do século XXI, foram identificados mais de 35.000 publicações sobre qualidade de vida em cinco principais bases de dados eletrônicas.

**Gráfico 2** - Edições publicadas na openlibrary que abordam a qualidade de vida.



**Fonte:** openlibrary.org, 2014. **Org.:** Alves (2014).

Na transição entre as décadas de 1980 e 1990, sobretudo em função do agravamento e da tomada de consciência dos problemas ambientais em escala global, que a preocupação com as questões ambientais ganhou maior destaque e vinculou-se aos conceitos de qualidade de vida e de saúde (GUIMARÃES, 1984). No Brasil, foram desenvolvidos estudos de caso, onde a relação entre qualidade de vida, saúde e ambiente estiveram presentes (SEIXAS; CINTRA, 2012, p.4). Já na América Latina podem ser destacados como marcos a incorporação de variáveis qualitativas por Abaleron (1986/1987 e 1990) e a busca pela operacionalização teórica e prática do conceito por Bravo e Vera (1993) também considerando para além dos dados “duros” (BUENO, 2006, p.137).

De modo geral, a partir deste período, de acordo com Hancock; Labonté e Edwards, 1999 apud Hancock (2000, p.15)

[...] houve um acentuado crescimento do interesse no desenvolvimento de indicadores no nível da comunidade, abordando a qualidade de vida (Jacksonville, 1989; Pasadena, 1992; Pittsburgh, 1993; Ontario social Conselho de Desenvolvimento 1997, entre outros), sustainability (nomeadamente Seattle, 1995), comunidades saudáveis (British Columbia, Ontario e em outros lugares), "estado do ambiente" reporting (Campbell e Maclaren, 1995), relatórios da comunidade do estado de saúde, (CIHI, etc.), habitabilidade (Marlin, 1991) e temas semelhantes. Redefining Progress (a Organização com sede em San Francisco, que é um dos principais proponentes do "Índice de Progresso Genuíno" como um substituto para o enganoso PIB), também estabeleceu uma rede de indicadores comunitários como um listserv <rp-cinet@igc.org> e é autor (juntamente com Tyler Norris Coalizão das cidades e Comunidades Saudáveis da UE) um Manual de indicadores comunitários. Além disso, um boletim trimestral - "Indicadores de Qualidade Urbana" – tem sido publicado desde 1996 pela Urban Quality Communications of Ann Arbor MI.

Além do aumento do número de estudos em torno da temática, ocorrem também mudanças na forma de sua abordagem, ora predomina a que considera os aspectos objetivos/materiais, ora os subjetivos, sob a perspectiva do provimento e da acessibilidade à aqueles bens tidos como essenciais à qualidade de vida. No início dos anos 2000, como destacado por Hancock (2000) os principais temas eram: qualidade de vida (41%), sustentabilidade (37%), avaliação de desempenho/avaliação comparativa (12%) e comunidades saudáveis 10%). Contudo, independente da abordagem, o autor destaca que o objetivo último é medir o progresso em direção à visão de um melhor amanhã e tomar medidas que vão construir uma comunidade vital agora e para o futuro (BESLEME, 1998 apud HANCOCK, 2000, p.15).

Os primeiros trabalhos sobre qualidade de vida foram a partir de abordagens ambientais ou sociológica/psicológicas, neste caso com enfoque no padrão de vida, participação e ajustamento social (McKain 1939; Cottam 1941; Mangus 1942). Já no enfoque ambiental, os economistas norte-americanos, Ordway (1953) e Osborn (1954), estudaram a qualidade de vida para avaliar os riscos ecológicos decorrentes do crescimento descontrolado. A partir dos anos 70 os geógrafos, ao estudar diferenças socioespaciais por meio de indicadores (KLADIVO et al. 2012) abordam a qualidade de vida. Logo, passou-se a integrar dados de sensoriamento remoto e do censo Weber e Hirsch (1992), e também dados ambientais e do censo enquanto Lo e Faber (1997) criando indicadores de qualidade de vida urbana. (FENERI; VAGIONA; KARANIKOLAS, 2013, p.2).

Entretanto, como destaca Rodrigues (2007, p.32) com base em Tobelem-Zanin (1995), o estudo de Wilson (1967) marca o surgimento da vertente voltada para a medição das diferenças de qualidade de vida, sendo que dentre os estudos pioneiros, destaca-se: os de

Liu (1976) que caracterizou a qualidade de vida de 243 áreas metropolitanas americanas, considerando cinco dimensões da qualidade de vida, a saber: economia, política, ambiente, saúde e educação e social por meio de 123 indicadores objetivos, sem, no entanto considerar a perspectiva subjetiva. E por outro lado, na vertente da percepção individual, da satisfação pessoal, em relação os domínios da vida, é enfatizada a relevância dos estudos de Schneider (1976), Andrews e Withey (1976), Campbell et al. (1976) e Bailly et al. (1987).

Se considerados os trabalhos em torno da construção de índice e indicadores, conforme destacado pela Comissão Europeia (2015) há uma série deles, desde o PIB tradicional, perpassando pelos indicadores sociais e ambientais, até os indicadores mais abrangentes, que podem ser agrupados em temas como os indicadores sociais ambientais e de bem-estar. Sendo que os indicadores mais abrangentes, por abarcarem aspectos da qualidade de vida e bem-estar, têm ganhado espaço cada vez maior. Alguns destes índices e indicadores serão abordados a seguir, sendo que informações mais pormenorizadas dos mesmos podem ser obtidas junto ao site da Comissão Europeia<sup>89</sup>.

Nesse contexto, empresas de parceria público-privada são criadas, como aquela em Istambul para a elaboração do Plano Estratégico de Istambul 2020, a qual possui cerca de 400 planejadores, arquitetos e acadêmicos incumbidos de abordar as diferentes componentes do plano, incluindo projeções demográficas, o ambiente natural, habitação, transporte, comércio, etc. utilizando metodologia semelhante à utilizada na região metropolitana de Detroit nos EUA<sup>90</sup> (TÜRKOÜLU et al., 2011, p.209).

#### **4.1. A preocupação com a qualidade de vida ao redor do mundo**

Conforme destaca Hancock (2000), a cidade de Jacksonville, no Estado da Florida tem um dos programas de monitoramento da qualidade de vida, via indicadores baseados na comunidade, mais antigos e de maior sucesso. O programa da Câmara de Comércio e Conselho da Comunidade de Jacksonville existe desde 1985. Nele a qualidade de vida é monitorada a partir de mais de 150 indicadores, que perpassam pelas categorias (educação, a economia, a segurança pública, o ambiente natural, a saúde, o ambiente social, governo e política, cultura e lazer, mobilidade) rastreados por meio de uma pesquisa por telefone. Sendo que, para cada horizonte, são fixadas metas, rastreados os progressos e produzidos relatórios

<sup>89</sup> [http://ec.europa.eu/environment/beyond\\_gdp/indicators\\_en.html](http://ec.europa.eu/environment/beyond_gdp/indicators_en.html)

<sup>90</sup> Mais informações do estudo em: Marans e Kweon. The Quality of life no Metro Detroit binning of the millennium. In: MARANS, R.W.; STIMSON, R. (orgs). Investigating Quality of Urban Life. New York: Springer Science (2011).

que sinalizam com estrelas os indicadores que mostram progresso e com bandeiras vermelhas, os indicadores que precisam de atenção da comunidade. Neste contexto, a informação é utilizada “não é apenas para nos dizer o que está certo ou errado com Jacksonville - trata-se de torná-la melhor”<sup>91</sup>.

Nos EUA, na região do Colorado, organizações como a Pikes Peak United Way, fundada em 1922, com o objetivo de promover o bem comum, fornecendo uma rede de segurança para os serviços básicos e prevenindo os problemas de amanhã, a partir das questões hoje. Também tem incorporado às suas atividades, desde 2009 a elaboração de “Relatório de Indicadores Qualidade de vida”, onde a partir da avaliação individual são apontadas as tendências e dados, que servem para ajudar os membros da comunidade a definir as prioridades e tomar decisões<sup>92</sup>.

No Canadá, destacam-se a iniciativa do Environment Canada, em colaboração com do Laboratório de Pesquisa de Computação para o Meio Ambiente da Universidade de Guelph que desenvolveu o “*FCM's Quality of Life Reporting System*”<sup>93</sup>. E também o “*Canadian Index of Wellbeing*” para avaliar o bem-estar, desenvolvido pelo “*Canadian Research Advisory Group*” (CRAG), anteriormente, *CIW National Working Group*. São publicados de relatórios como o *Portrait Social du Quebec* (INSTITUT DE LA STATISTIQUE QUEBEC, 2001), e as comunicações do *Canadian Policy Research Networks*, além das pesquisas acadêmicas. As iniciativas do Instituto Cidades Globais da Universidade de Toronto, em parceria com organizações internacionais, fundações, estudiosos e líderes de cidades em todo o mundo, também formam uma rede global em torno do programa *Global City Indicators Facility (GCIF)*, estruturado em torno de 20 "temas" divididos em duas categorias, serviços da cidade (de responsabilidade das prefeituras) e fatores da qualidade de vida (que não são de responsabilidade direta de qualquer prestador de serviços local). O Instituto desenvolveu o ISO 37120:2014, que define e estabelece as metodologias de um conjunto de indicadores para orientar e avaliar o desempenho dos serviços e qualidade de vida de qualquer cidade do mundo, que compromete-se a medir o seu desempenho de forma comparável e verificável. Ele também tem como objetivo desenvolver outros índices específicos, como voltados para o bem-estar, capital social, governança, entre outros<sup>94</sup>.

A difusão do interesse nas pesquisas sobre a qualidade de vida, nos últimos anos, pode ser ilustrada pelo: surgimento de associações como: a *International Society for Quality of Life*

---

<sup>91</sup> Ver mais em: [www.jcci.org](http://www.jcci.org)

<sup>92</sup> <http://www.ppunitedway.org/>

<sup>93</sup> Ver mais em: <http://www.crle.uoguelph.ca/indicators/english>

<sup>94</sup> Para saber mais ver <<http://www.globalcitiesinstitute.org/>>.



*Research (ISOQOL)* e a *International Society for Quality of Life Studies (ISQOLS)*, em português: Sociedade Internacional de estudos/pesquisa sobre qualidade de vida- que detêm conferências anuais e revistas, sendo a da primeira instituição multidisciplinar dedicada a estudos relacionados ao campo da qualidade de vida em todas as ciências da saúde (lançada em 1992, e a da segunda voltada aos estudos de qualidade de vida em áreas aplicadas das ciências sociais e naturais - lançada em 2006; a *Applied Research in Quality of Life* (Pesquisa Aplicada em Qualidade de vida); de organizações internacionais de pesquisa como: o Eurobarometro e o Latinobarometro, incumbidas de pesquisar a qualidade de vida nas cidades europeias e latinoamericanas, respectivamente; do fortalecimento dos “*benchmarks*” nacional, estadual e regional.

Destaca-se ainda a implementação de publicações periódicas voltadas para este tema, com diferentes enfoques, como as revistas voltadas para os estudos sociais aplicados a exemplo da *Indicators Social Reseach*, criada no ano de 1974, portanto pioneira nos estudos da qualidade de vida, da revista alemã *Informationsdienst Soziale Indikatoren*. Além de outras revistas voltadas para o tema, como a *The Journal of Happiness Studies*, criada em 2000, a revista de *Pesquisa Aplicada em Qualidade de vida*, criada em 2006. Há ainda, o incremento dos estudos voltados para a classificação/ranqueamento das cidades segundo sua qualidade de vida/"habitabilidade"/"amenidade" e competitividade econômica como faz, por exemplo, empresa de consultoria *Mercer*<sup>95</sup>, a *Revista Monocle* e o *The Economist Intelligence Agency*; bem como dos estudos voltados, mais especificamente para a dimensão subjetiva da qualidade de vida, entendida por muitos como o bem-estar. Um exemplo é a fundação *National Accounts of Well-being*, com sede na UK voltada para o estudo do bem-estar em vários países europeus, e o *Canadian Research Advisory Group (CRAG)* responsável pela criação do *Canadian Index of Wellbeing* no Canadá.

A partir de 1999 também são publicados relatórios sobre a qualidade de vida em 12 cidades da Nova Zelândia, os quais englobam 186 medidas individuais através de 11 áreas de domínio, dentre elas a economia e o meio ambiente (LORA et al, 2010).

Na perspectiva de que, apesar dos desafios, as cidades são fonte e solução de desafios econômicos, ambientais e sociais, portanto, fundamentais para atingir as metas de crescimento inteligente, sustentável e inclusivo, o que, no entanto demanda conhecimento da situação atual

---

95 Esta empresa realiza estudos anualmente abrangendo 212 cidades ao redor do mundo, a partir de um ambiente político e social estável, a disponibilidade de habitação, bens de consumo, oportunidades de lazer e uma longa lista de serviços públicos como infraestrutura baseada no fornecimento de energia elétrica, disponibilidade de água, serviços de telefonia e de correio, transporte público, congestionamentos de tráfego e faixa de vôos internacionais de aeroportos locais para produzir uma hierarquização das cidades.

a partir de dados e informações, nomeadamente aos relacionados com a qualidade de vida, destaca-se na UE o papel da *Urban Audit* e a *Eurofound* (COMISSÃO EUROPEIA, 2015).

O programa de Auditoria Urbana Europeia, “*the Urban Audit*” organizado a partir de 27 serviços nacionais de estatística e Direção Geral da Política Regional e Urbana, que trabalham em conjunto e sob a coordenação da Comissão Europeia (Eurostat<sup>96</sup>), possuem uma base de dados, que utiliza mais de 300 indicadores, recolhidos de três em três anos, para monitorar a condição de vida em 357 cidades europeias. Este sistema tem a intenção explícita (e ambiciosa) de considerar “a maioria dos aspectos da vida, por exemplo, a demografia, habitação, saúde, criminalidade, mercado de trabalho, a disparidade de renda, a administração local, habilitações literárias, ambiente, clima, padrões de viagem, sociedade da informação e cultural infraestrutura”, para a publicação de relatório sobre as condições das cidades europeias. Anualmente, ainda são recolhidos os principais indicadores políticos. Segundo Brandmüller e Feldmann (2008, p.2) a particularidade deste sistema decorre do fato de que ele possui três dimensões principais: grande variedade de indicadores, ampla cobertura geográfica e séries de longa data (até o momento foram considerados 4 períodos de referencia para os estudos: 1989 a 1993, 1994-1998, 1999-2002 e 2003-2005, sendo que, para cada um foi estabelecido um ano de referencia: 1991, 1996, 2001 e 2004).

Parte dos dados recolhidos pela Urban Audit são georreferenciados, juntamente com informações de imagens de satélite, para compor o Atlas Urbano Europeu (European Urban Atlas) da Comissão Europeia (gabinete GMES da DG Empresa e DG Política Regional) com o apoio da Agência Espacial Europeia. Além disso, as informações deste banco de dados serve à outros projetos como o *european smart cities*, em que pesquisadores (da Universidade de Tecnologia de Viena, da Universidade de Tecnologia de Delft e do Departamento de Geografia da Universidade de Ljubljana) selecionaram aspectos: da economia, da mobilidade, do ambiente, das pessoas, da vida e da governança, em que as cidades devem apresentar bom desempenho a fim de que ocorra o desenvolvimento urbano sustentável conciliado com a competitividade entre as cidades médias.

Ainda no âmbito da UE, com foco no planejamento e desenvolvimento de ações para a melhoria das condições de vida e trabalho, tem-se a *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (EUROFOUND), uma Agência tripartite da

---

<sup>96</sup> A Eurostat, organização estatística da Comissão Europeia, também financia pesquisas para analisar o méritos e deficiências de indicadores relacionados ao bem-estar, para analisar a viabilidade de indicadores selecionados a nível da UE, publica livros como o *Living Conditions in Europe* e relatórios como o *Social Situation Report* publicado em parceria com a Comissão Europeia, entre outros estudos, muitos, que abordam a qualidade de vida, conforme podem ser vistos no seguinte link: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/gdp-and-beyond/quality-of-life/publications>

União Europeia criada em 1975, para “fornecer informação, conhecimentos e aconselhamentos, com base em informação comparativa, investigação e análise aos atores-chave no domínio da política social da UE”, considerando sete grandes temas: negócios, relações industriais, mercado de trabalho, leis e regulamentos, qualidade de vida, políticas sociais e condições de trabalho. As informações inerentes a tais temas são adquiridas a partir três inquéritos repetidos regularmente, a saber: *European Company Survey (ECS)*, *European Working Conditions Survey (EWCS)* e *European Quality of Life Survey (EQLS)*. O inquérito voltado para a qualidade de vida ocorreu em 2003, 2007 e 2011-12 contemplando as condições de vida e padrões de vida, inclusão social e sentimentos subjetivos de bem-estar, portanto uma perspectiva multidimensional, e tem sido cada vez mais valorizado em função do interesse na qualidade de vida, que também é prioridade fundamental da política social europeia, especialmente no contexto de baixas taxas de emprego, envelhecimento da população, mudanças nas estruturas familiares e exclusão social<sup>97</sup>. (EUROFOUND, 2015).

Santos e Martins (2002, p. 12) afirmam que a iniciativa de monitorar a qualidade de vida na União Europeia “funcionou também como um forte estímulo para as autoridades locais implementarem sistemas locais de recolha e tratamento de informação estatística”. Neste caso, pode-se enumerar, por exemplo, a experiência da cidade do Porto em Portugal, que criou um “sistema de informação da qualidade de vida na cidade, através do qual se pretende melhorar o conhecimento sobre a situação actual da cidade em matéria da qualidade de vida” (SANTOS; MARTINS, 2002, p. 14).

No âmbito da União Europeia, apesar de não abordarem diretamente a qualidade de vida, destaca-se os planos de ação nacionais para a inclusão social, que utilizando os indicadores propostos pela Comissão Europeia - financeiro, educação, emprego, saúde, habitação, participação social - e também outros de interesse particular, fornecem uma oportunidade para os Estados membros cristalizarem tanto as suas perspectivas amplas sobre indicadores sociais como os detalhes da formulação de metas de monitoramento do progresso (ATKINSON, ET AL., 200?, p.45). Destaca-se ainda que, em uma perspectiva social mais ampla, com exceção de alguns países de esquerda, é comum a publicação de relatórios desenvolvidos a partir de informações qualitativas e empíricas. Como exemplo de tais relatórios têm-se os tradicionais, *Social Trends* na Inglaterra, o *Social and Cultural Report* na Holanda, o *Donnés social* na França- e outros mais recentes em países como Portugal, Suíça e República Tcheca, entre outros. (NOLL, 2002, p.15).

---

<sup>97</sup> <http://www.eurofound.europa.eu/>

Em países fora da América do Norte e Europa, do mesmo modo, há a publicação de relatórios das condições sociais e das perspectivas mais abrangente das condições e da qualidade de vida, para exemplificar têm-se: o *Australian Social Trends* e o *Measuring Wellbeing do Australian Bureau of Statistics* na Austrália, o *Indicator South Africa: The Barometer of Social Trends* publicado pelo *Center for Social and Developmental Studies of the University of Natal* no sul da África, os relatórios do “*Economic Planning Agency of the Japanese government*”, bem como iniciativas foco na qualidade de vida desenvolvidas na China e os relatórios *Social Panorama of Latin America* publicados pela *United Nations Economic Commission* desde a década de 1990. (NOLL, 2002, p.16).

Na América Latina e Caribe, destaca-se a *Red Latinoamericana por Ciudades Justas, Democráticas y Sustentables*, que conta com rede de cidades de 10 países latino-americanos, um total de 78 cidades, que buscam construir cidades melhores. Dentre as iniciativas destaca-se o “Bogotá Cómo Vamos”?, que serve de inspiração para outras; além de organizar fóruns, oficinas técnicas, debates cidadãos, alertar precocemente os potenciais problemas na cidade e comunicar temas-chave para a agenda pública de Bogotá, o Programa combina a análise de indicadores técnicos e a percepção pública da qualidade de vida, com o intuito de fornecer embasamento para ações que levem ao progresso e ao bem-estar de todos.<sup>98</sup>

Conforme destaca Noll (2002, p.22) em muitos casos é comum que ocorra a combinação de pesquisas de projetos de indicadores de qualidade vida urbana com programas de coleta de dados específicos, como exemplo o autor cita Nova York, onde a pesquisa de qualidade de vida ocorre junto com a Pesquisa Indicadores Sociais (SIS), projetada para monitorar mudanças no bem-estar dos Nova Iorquinos e identificar populações que necessitam de programas ou serviços adicionais; e algumas cidades alemãs, onde parte dos resultados da pesquisa de qualidade de vida é utilizada para fins sociais na comunidade.

Além da criação de sistemas de monitoramento da qualidade de vida, como aqueles da Cidade de Londres (Comissão de Desenvolvimento Sustentável de Londres, 2005), das cidades canadenses (Tesouro Diretoria da Secretaria Canadá, 2000), do Sistema de Pesquisa Sueco, o Sistema Alemão de Indicadores Sociais, do Sistema Europeu de Indicadores Sociais – que faz parte do *EuReporting-Project*, financiado pela Comissão Europeia e conta com 27 países europeus, além dos EUA e Japão como importantes sociedades de referência, e do Programa de Auditoria Urbana da União Europeia (COMUNIDADES EUROPEIAS, 2000).

---

<sup>98</sup> Mais informações em <<http://www.bogotacomovamos.org/>>

São igualmente importantes neste contexto, os relatórios de organizações internacionais e supranacionais, como o OECD, a União Europeia e as Nações Unidas que, apesar de apresentarem uma visão mais ampla das condições sociais ou abordarem temas e grupos específicos como situação da saúde, educação ou pobreza e exclusão social em grupos como idosos, jovens, mulheres e crianças.

## 4.2. O bem-estar

A OECD possui várias propostas de indicadores para diferentes áreas, que são passíveis de serem apropriados para os estudos de qualidade de vida. Uma delas é a *Factbook*, uma publicação estatística anual abrangente e dinâmica que apresenta mais 100 indicadores para áreas como: educação, energia, meio ambiente, saúde, indústria, informação e comunicação, força de trabalho, a população, a tributação, a despesa pública, gênero. Outra é o “better life index”, disponível para 34 países, inclusive no Brasil, a partir de 11 variáveis que contribuem para o bem-estar, inclusive a qualidade de vida, além da habitação, renda, emprego, comunidade, educação, ambiente, engajamento cívico, saúde, satisfação, segurança, equilíbrio trabalho-vida - aos quais, no futuro serão integrados os indicadores de sustentabilidade. O índice não classifica os países, mas permite ao usuário, averiguar a contribuição de cada tema para o bem-estar, de modo a possibilitar apurar aquilo que as pessoas consideram mais relevante ao bem-estar e a qualidade de vida no século XXI<sup>99</sup>.

Destaca-se ainda o desenvolvimento de iniciativas para medir o bem-estar e a qualidade de vida de grupos específicos e, que por vezes tendem a ser representativos, como os idosos. Para este caso, um exemplo é o “*AgeWatch Index*”<sup>100</sup>, que permite comparações da qualidade de vida na velhice a partir de 13 indicadores que perpassam por quatro domínios - segurança de renda, estado de saúde, educação e emprego, e ambiente propício-, a partir de dados das Nações Unidas, do Banco Mundial, da Organização Mundial da Saúde, da Organização Internacional do Trabalho, da UNESCO e da *Gallup World Pol*, desenvolvido *HelpAge International*<sup>101</sup>, que contou com um painel consultivo global de mais de 40 especialistas em envelhecimento, saúde, proteção social e desenvolvimento humano.

<sup>99</sup> <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>

<sup>100</sup> <http://www.helppage.org/global-agewatch/>

<sup>101</sup> Uma rede composta por 5 organizações do Canadá, Colômbia, Quênia, Índia e Reino Unido fundada em 1983, para apoiar os idosos. A rede tem relações com ONU e com a OMS. Mais informações em: <http://www.helppage.org/>

Outra fundação que desenvolve pesquisas para entender, medir e influenciar o bem-estar e tem como objetivo “melhorar a qualidade de vida por meio da promoção de soluções inovadoras que desafiam o pensamento tradicional sobre economia, meio ambiente e questões sociais” é a *New Economics Foundation* (NEF)<sup>102</sup>, cujo relatório intitulado “*National Accounts of Well-being: bringing real wealth onto the balance sheet*” propõe que os governos devem medir e informar o bem-estar subjetivo das pessoas: considerando suas experiências, sentimentos e percepções de como suas vidas estão indo, o qual poderia ajudar os governos a tomar decisões para melhorar a vida dos seus cidadãos.

A nef possui outros relatórios como: “*The Five Ways to Well-being*”, um conjunto de cinco ações simples que podem melhorar o bem-estar na vida cotidiana, criado com base em dados científicos, o “*Happiness at Work Survey*” que é uma ferramenta projetada para ajudar as organizações grandes e pequenas a medir e melhorar a experiência do trabalho dos seus empregados; entre outros como o “*Happy Planet Index*” (HPI), uma medida, a partir de dados globais sobre o bem-estar experimentado, a expectativa de vida, e a Pegada Ecológica para demonstrar como as nações estão agindo para promover o bem-estar e a sustentabilidade e, oferecer uma vida feliz para as pessoas que nelas vivem. O primeiro relatório foi lançado em 2006, sendo que após este já foram publicados outros dois, um 2009 e o último em 2012 abrangendo 151 países<sup>103</sup>. Juntamente com o relatório também é incentivado o lançamento de outras medidas para capturar a felicidade e o bem-estar, por iniciativa de ONG’s, governos, academia, etc.

Além destes, há outros relatórios e ranqueamentos como o da “*the economist intelligence unit*”<sup>104</sup> para os países nórdicos e o recém-lançado o Índice de Progresso Social (IPS)<sup>105</sup>, concebido para complementar o PIB e outros indicadores econômicos, a partir das

---

<sup>102</sup> A nef foi fundada em 1986 pelos líderes do “The Other Economic Summit (TOES)”, obrigou a inserção de questões como a dívida internacional na agenda das reuniões de cúpula do G8. E tem assumido a liderança no sentido de estabelecer novas coalizões e organizações, como a campanha da dívida do Jubileu 2000, Iniciativa de Comércio, o Fórum de Investimento Social no Reino Unido, e novas maneiras de medir o bem-estar social e econômico. A fundação apregoa que é necessário uma nova economia com condições para uma boa vida que não custam a Terra, o que isso pode exigir uma mudança radical do sistema atual, destaca-se o seu relatório “Accounting for Change” (Contabilidade/responsabilidade para Mudar) no contexto das medidas e indicadores para a sustentabilidade.

<sup>103</sup> <http://www.happyplanetindex.org/>

<sup>104</sup> Além deste relatório a instituição realiza várias pesquisas e estudos em diversas áreas como educação, economia, ciências e cultura, políticas e finanças, entre outros. Para mais informações ver: <http://www.economist.com/topics/economist-intelligence-unit>

<sup>105</sup> Coordenado por Michael Porter da Harvard Business School, o índice foi apresentado em 11 de abril de 2013, no Fórum Mundial Skoll em Oxford, Reino Unido e lançado a nível mundial em 2015. Ele possui além da rede mundial, redes regionais e locais, considerando inclusive as localidades dentro da cidade, como ocorre em

dimensões: necessidades humanas básicas, bases para o bem-estar e oportunidades, considerando componentes e indicadores da qualidade de vida, como: saúde, moradia, segurança pessoal, acesso à informação e à educação, saneamento básico, sustentabilidade e tolerância a diferenças, no sentido de avaliar o “conjunto inter-relacionado de fatores que se combinam para produzir um determinado nível de progresso social” nos países. O progresso social é medido pelos resultados, não como esforço, em outras palavras, os gastos em determinado setor, como saúde é menos importante do que a saúde e bem-estar alcançados, o que é essencial à qualidade de vida.

Existe também base de dados como a “*Numbeo*”, que é alimentada por dados relativos ao custo de vida, habitação, saúde, trânsito, crime e poluição enviados pelos cidadãos e disponíveis em outras páginas da web. A partir destas informações as cidades são ranqueadas em relação à qualidade de vida.

Com enfoque na compreensão e monitoramento do bem-estar há um programa do Reino Unido, liderado pelo Instituto Nacional de Estatística, o “*Better Life Initiative*” e suas ferramentas como a “*Better Life Index*” da OECD, que mede o bem-estar considerando os domicílios e as pessoas a partir de aspectos objetivos e subjetivos, os levantamentos SAGE da WHO, que utiliza perguntas sobre satisfação com a vida e bem-estar para descrever o envelhecimento da população, a *Australian Unity Wellbeing Index* a partir da abordagem subjetiva, e o *World Poll* do Gallup que combina medidas objetivas e subjetivas para produzir um índice de bem-estar em cerca de 130 países.

Há também institutos como o Instituto Morrison de Políticas Públicas, que publica relatórios da avaliação do bem-estar subjetivo. Os indicadores deste instituto foram ajustados pelo *Observatório do Projeto Fronteiras*, que publica dados objetivos e subjetivos da qualidade de vida urbana na região de fronteira EUA-México. E como o *World Resources Institute*, uma organização global de pesquisa, em mais 50 países, com o foco na construção de um ambiente saudável, fundação de oportunidades econômicas e bem-estar humano a partir das seguintes temáticas: clima, energia, alimentos, florestas, água e cidades e transportes.

A partir da perspectiva da satisfação e felicidade, na região da América Latina e Caribe, a *Encuesta Mundial de Gallup* é quem recolhe as informações sobre as percepções da qualidade de vida.

### 4.3. A felicidade

A felicidade também é cada vez mais utilizada pelos países como um indicador de bem-estar, sendo considerada para a formulação de política pública.

Na perspectiva da felicidade, destaca-se a iniciativa Felicidade Nacional Bruta (FNB), termo cunhado década de 1970 pelo rei do Butão, Jigme Singye Wangchuck e colocado em prática no reino na década de 2000 como Felicidade Interna Bruta (FIB), por meio de um índice sintético. O conceito de FIB é embasado quatro pilares: boa governação, desenvolvimento socioeconômico sustentável, preservação cultural, e de conservação ambiental, os quais foram classificados em nove domínios, que são: bem-estar psicológico, a saúde, a educação, o uso do tempo, a diversidade cultural e resiliência, a boa governação, a vitalidade da comunidade, diversidade ecológica e resiliência, e os padrões de vida. Cada um dos domínios representa componentes do bem-estar do povo do Butão, e o termo "bem-estar" aqui se refere ao cumprimento de condições de uma "boa vida" de acordo com os valores e princípios estabelecidos pelo conceito de Felicidade Nacional Bruta<sup>106</sup> (GROSS NATIONAL HAPPINESS, 2015).

Apesar do FNB ou FIB ter sido criado em um contexto onde as normas culturais são fundamentadas nos valores espirituais budistas e não servir como uma referência internacional comparável, o pressuposto básico do FIB de uma abordagem holística de desenvolvimento sustentável e de que os aspectos não-econômicos do bem-estar têm igual ou maior importância para o progresso, e sua abordagem sistêmica e multidimensional tem servido de inspiração para iniciativas na França, U.K., Tailândia, Canadá, Austrália e Brasil nas cidades de Campinas, Angatuba, e Itapetininga no estado de São Paulo, e em Bento Gonçalves, no estado do Rio Grande do Sul e no núcleo rural Rajadinha, Brasília, DF<sup>107</sup>.

A ONG *Sustainable Development Solutions Network (SDSN)*<sup>108</sup> com equipes diferentes áreas como economia, psicologia, análise de pesquisa, estatísticas nacionais, saúde, políticas públicas etc sediada na Universidade de Columbia, presente também em Paris, Nova York e Nova Delhi e que tem como conselheiro o Secretário Geral da ONU Ban Ki-moon, tem dentre suas publicações o *Relatório Mundial da Felicidade*<sup>109</sup> desde 2012 (com edições também em 2013; 2015). Em tal relatório, são considerados os indicadores de avaliação de bem-estar e humor positivo ou negativo, como a confiança, a liberdade, a segurança, a

<sup>106</sup> <http://www.gnhc.gov.bt/about-us/> e <http://www.grossnationalhappiness.com/>

<sup>107</sup> <http://www.felicidadeinternabruta.org.br/>

<sup>108</sup> Para saber mais: <http://unsdsn.org/>

<sup>109</sup> <http://worldhappiness.report/>



diversão, a generosidade, apoio social, capital social, depressão, tristeza etc., tidos como “críticos do desenvolvimento econômico e social” para mais de 100 países. Neste relatório, a felicidade é abordada na perspectiva próxima ao bem-estar subjetivo e sustentabilidade,

Cada vez mais a felicidade é considerada uma medida adequada do progresso social e da meta de política pública. Um número crescente de governos nacionais e locais estão usando dados felicidade e pesquisa na busca de políticas que podem permitir que as pessoas a terem uma vida melhor. Os governos estão a medir bem-estar subjetivo, e usando a pesquisa de bem-estar como um guia para o desenho dos espaços públicos e da prestação de serviços públicos. (THE WORLD HAPPINESS REPORT, 2015, s/p. tradução nossa).

Se considerados os 10 países mais felizes do mundo (Suíça, Islândia, Dinamarca, Noruega, Canadá, Finlândia, Holanda, Suécia, Nova Zelândia e Austrália), alguns elementos como laços sociais e senso de comunidade fortes são básicos. Além desses também se destacam outros como: emprego e salário, equilíbrio trabalho-vida, renda e riqueza, bom estado de saúde, qualidade ambiental e da habitação, de educação, segurança pessoal, altos níveis de participação cívica, etc.

Com o anseio de explorar “os valores e as crenças das pessoas, a sua estabilidade ou mudança ao longo do tempo e seu impacto no desenvolvimento social e política das sociedades em diferentes países do mundo”, tem-se o *World Values Survey* (WVS). Um projeto que teve início em 1981, na Universidade de Tilburg, na Holanda como parte do Estudo de valores europeus, mas logo, graças a esforços de estudiosos como Ronald Inglehart da Universidade de Michigan, se tornou um dos inquéritos transnacionais e de ampla série temporal, realizado pelo menos uma vez a cada dois anos. Entre 1981 e 2014 foram realizadas fases de inquéritos: 1 (1981-1984); 2 (1990-1994); 3 (1995-1998); 4 (1999-2004); 5 (2005-2009) e 6 (2010-2014). Atualmente a rede está em mais de 100 países e inclui centenas de cientistas sociais, pelo menos um em cada país participante. (WORLD VALUES SURVEY, 2015).

São aplicados questionários padronizados, que abordam o apoio à democracia, a tolerância a estrangeiros e minorias étnicas, o apoio à igualdade de gênero, o papel da religião e da alteração dos níveis de religiosidade, o impacto da globalização, atitudes em relação ao meio ambiente, trabalho, família, política, identidade nacional, a cultura, a diversidade, a insegurança, o bem-estar subjetivo, e etc. Desse modo, os resultados do WVS servem para oferecer suporte a cientistas, formuladores de políticas e funcionários de instituições como Banco Mundial, para análises de temas como “desenvolvimento econômico, a democratização, a religião, a igualdade de gênero, capital social, e bem-estar subjetivo.” (WORLD VALUES SURVEY, 2015).

Destaca-se ainda a existência de base de dados com enfoque nas pesquisas sobre a felicidade como a *World Database of Happiness* da *University Rotterdam*, Holanda, a qual mantém 7472 publicações bibliográficas sobre felicidade, dos quais 3652 são estudos empíricos, 963 sobre medidas de felicidade 5586 em 164 países, e 1691 estudos com resultados para 150 públicos específicos; e 12564 resultados correlacionais observados em 1717 estudos, extraídas de 1.203 publicações.

#### 4.4. Desenvolvimento sustentável e saúde

Na perspectiva do desenvolvimento urbano sustentável, especialmente nos países em desenvolvimento, têm-se as ações das Nações Unidas, dentre elas a proposta que recomenda a criação dos “observatórios urbanos”, foros de discussões, onde os atores possam avaliar e monitorar as políticas públicas, gerando informações e analisando-as de modo a buscar a superação de problemas sociais, bem como implementar os “Indicadores de Desenvolvimento do Milênio”<sup>110</sup>, para o progresso em torno dos ODM, a Agenda Hábitat e a Agenda21.

Conforme destaca as Nações Unidas, tais foros em diferentes escalas permitiria a configuração de uma rede de “Observatórios Urbanos Locais” de vários níveis, abarcando desde as redes regionais até a global, já existente<sup>111</sup> perpassando pelas nacionais. A partir das informações das redes nacionais, sob a coordenação da UN-HABITAT o Observatório Urbano Global (GUO) analisaria a situação das cidades participantes da rede<sup>112</sup>, identificando as oportunidades e necessidades, ofereceria apoio técnico e capacitação para os atores locais para a gestão e uso das políticas setoriais com foco nos indicadores<sup>113</sup> e boas práticas e políticas, propiciaria informações a todos os atores para que eles tenham condições de participar das políticas e sua implementação, divulgaria informações entre os observatórios utilizando as tecnologias e infraestruturas apropriadas para cada caso (UN, 2014).

Na perspectiva da sustentabilidade foi lançado em 2015 o “Sustainable Cities Index” da empresa de design e consultoria natural – ARCADIS<sup>114</sup>, cujo índice destaca as 50 cidades

<sup>110</sup> Ver mais informações em: <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>>.

<sup>111</sup> Ver mais informações em: <<http://ww2.unhabitat.org/programmes/guo/>>.

<sup>112</sup> Para participar da rede Observatórios Urbanos, os municípios devem contemplar um conjunto determinado de requisitos da UN ajustados as condições institucionais locais, sendo que no Brasil os municípios de Sobral, Maranguape, Icapui, Belem possuem observatórios urbanos locais.

<sup>113</sup> Como um conjunto de ferramentas de gestão que identificam a realidade urbana, e fornecem uma base para a formulação de políticas, programas e projetos que melhorem em um contínuo e sustentável, sendo que os observatórios urbanos devem construir e, periodicamente, analisar os indicadores que correspondem às necessidades e exigências da área geográfica em que estão inseridos.

<sup>114</sup> <http://www.sustainablecitiesindex.com/>

mais sustentáveis do mundo com base em fatores sociais (*people*), ambientais (*planet*) e econômicos (*profit*). Conforme os resultados do relatório as cidades entre as dez primeiras colocações, sete são cidades europeias e três asiáticas. Entre os aspectos considerados, o econômico e o ambiental tiveram melhor desempenho, enquanto que no quesito pessoas os resultados foram piores.

Ainda que não aborde diretamente a qualidade de vida, mas relacione-se com esta, destaca-se no âmbito da WHO, Centro para o Desenvolvimento da Saúde - também conhecido como "WHO Kobe Centro – WKC- criado em 1995, que têm como principais iniciativas para medir e monitorar a saúde urbana: 1. para trabalhar com a cidade e as autoridades nacionais para traduzir evidências em ação; 2. para desenvolver um observatório global como um balcão único para os dados e conhecimento em saúde urbana; 3. desenvolver métodos e padrões para medir e monitorar a saúde urbana. Com relação aos observatórios destaca-se a criação destes, tanto em nível global, como nacional, regional e também local. O Observatório Global de Saúde foi lançado em 2011 sendo segundo a WHO, uma porta de entrada para as estatísticas de saúde, de modo a estabelecer as prioridades globais de saúde pública. Um observatório mundial em P&D, a partir da compilação de dados de bibliometria e bases de dados diversas disponíveis resolve a falta de informação. Já para o nível local, no final de 2013 a WHO lançou uma solicitação de proposta para concepção um guia para a criação, operação e manutenção de um Observatório de Saúde Urbana no nível local. Há ainda outras iniciativas como o “Urban Observatory” criado por Richard Saul Wurman, Radical Media e Esri, com o intuito de agregar vários dados como relativos às pessoas, redes de transporte, os equipamentos públicos, os quais podem ser combinados, no contexto de diferentes cidades ao redor do mundo, de modo a ser possível combinar e contrastar informações, espacializadas em mapas.

Ainda sobre a saúde urbana, na perspectiva acadêmica, Caiafa et al. (2008) destaca a fundação no início dos anos 2000 da Sociedade Internacional de Saúde Urbana, com a publicação periódica do *Journal of Urban Health* da Academia de Medicina de Nova Iorque. No contexto brasileiro os autores citam as iniciativas do Cadernos de Saúde Pública e da Rede de Conhecimentos dos Entornos Urbanos, conhecida como KNUS (*Knowledge Network on Urban Settings*) na produção de conhecimento sobre os efeitos da urbanização sobre a saúde humana ou simplesmente saúde urbana.

#### 4.5. Um olhar sobre as escalas locais

No caso brasileiro, as iniciativas são mais recentes e as experiências, tanto estudos quanto ações para a promoção da qualidade de vida, ainda ocorrem de forma isolada, especialmente nas capitais estaduais, como: São Paulo<sup>115</sup>, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Salvador, Recife, São Luís, Porto Alegre, Curitiba e grandes cidades das regiões metropolitanas como Betim e Teresópolis<sup>116</sup>. As iniciativas das capitais mineira<sup>117</sup> e paulista<sup>118</sup> possuem metodologias de avaliação apresentam resultados e mais concretos.

Há no país uma grande variedade de enfoques, desde iniciativas como as ocorridas em Campinas e Itapetininga localizadas no estado de São Paulo e Bento Gonçalves no Rio Grande do Sul, inspirados no projeto desenvolvido no Butão (Felicidade Interna Bruta), até os compromissos firmados, pelos governantes com iniciativas como o Programa Cidades Sustentáveis (PCS), que objetiva influenciar as cidades para o crescimento de forma econômica, social e ambientalmente sustentável, a partir da adesão de municípios dispostos a assumir compromissos concretos e avaliá-los a partir de doze dimensões que abarcam a sustentabilidade. No mesmo sentido há também o Instituto Democracia e Sustentabilidade (IDS) e sua Plataforma Brasil Democrático e Sustentável<sup>119</sup>. Até outras iniciativas, igualmente recentes e convenientes, com o Índice de Bem-Estar-Brasil (WBB), realizado pelos professores do Instituto de Finanças da Fundação Getúlio Vargas (FGV/EAESP) em conjunto com o *MyFunCity* e Movimento Mais Feliz<sup>120</sup>. E também o Mobilize: Mobilidade Urbana

<sup>115</sup> No caso de São Paulo, destaca-se os Indicadores de Referência de Bem-Estar no Município de São Paulo - IRBEM, criado pelo Instituto Ethos e pelo movimento Nossa São Paulo; o movimento “Nossa São Paulo - outra cidade” concebido por Oded Grajew, em 2006, e que conta com a participação de cerca de 400 organizações da sociedade civil na busca de construir indicadores de qualidade de vida, contemplando as seguintes áreas: assistência social, cultura, educação, esporte, habitação, meio ambiente, orçamento, saúde, trabalho e renda, transporte – incluindo acidentes de trânsito e mobilidade urbana – e violência.

<sup>116</sup> Destaca-se que estes e outros municípios integram a Rede Social Brasileira de Cidades Justas e Sustentáveis Lançado em Belo Horizonte no dia 08 de julho de 2008. A rede é composta por organizações apartidárias e inter-religiosas e está aberta a novas adesões. O objetivo é a troca de informações e conhecimentos entre os integrantes para promover o aprendizado mútuo, o apoio e o fortalecimento de cada experiência local.

<sup>117</sup> A Secretária de Planejamento da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – SMPL, com consultoria da PUC/MG- e do Instituto de desenvolvimento humano sustentável - IDHS, adotou o índice de qualidade de vida urbana - IQVU/BH, que expressa a qualidade de vida intraurbana, considerando a oferta dos bens e serviços e o acesso a estes utilizando o transporte coletivo. Os estudos foram desenvolvidos nos anos de 1994-2000-2006.

<sup>118</sup> A Rede Nossa São Paulo, tem publicado desde 2010, os Indicadores de Referência de Bem-Estar no Município (IRBEM) e também o quadro da desigualdade em São Paulo.

<sup>119</sup> O IDS tem como objetivo “convergir e potencializar ideais e propostas que contribuam para aprofundar a democracia e colocar a sustentabilidade como valor central para a vida no século XXI”, sendo que a plataforma composta por 7 eixos busca a materialização deste objetivo. Mais informações em: < <http://www.idsbrasil.net/pages/viewpage.action?pageId=17989840>>.

<sup>120</sup> O bem-estar da população é analisado a partir de 68 questões reunidas em 10 indicadores, a saber: Saúde, Educação, Segurança, Poder Público, Meio Ambiente, Transporte e Mobilidade, Família, Vida profissional e financeira, Consumo e Redes de Relacionamento.

Sustentável, uma OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) fundada em 2003 pela Associação Abaporu, com o objetivo geral de “contribuir com a melhoria da mobilidade urbana e da qualidade de vida nas cidades brasileiras”.

Por ser um fato recente e em voga, muitas iniciativas enfrentam várias dificuldades, especialmente teórico-metodológicas, sendo que em alguns casos, como das cidades que participam da Rede Brasileira por Cidades Justas e Sustentáveis, que por sua vez integra a *Red Latinoamericana por Ciudades Justas, Democráticas y Sustentables*, os sistemas de indicadores, cerca de 70 indicadores, foram elaborados por uma empresa de consultoria<sup>121</sup>, em um padrão homogêneo, desconsiderando possíveis particularidades locais, bem como os aspectos subjetivos. De modo que, a existência dos indicadores pode não ser, de fato, um instrumento efetivo para o entendimento e transformação da realidade.

Por outro lado, apesar de que no Brasil não exista observatórios para as cidades já consolidados tal como em Hamilton-Wentworth, Ontário; Seattle, Washington, nos últimos anos tem sido estimulado, por parte do governo federal e organizações da sociedade civil, o surgimento dos observatórios nas cidades brasileiras, que teriam grande papel no contexto em que devido à autonomia adquirida pela descentralização administrativa, as cidades têm maiores atribuições e responsabilidades em relação à prestação de bens e serviços à população local. Algumas cidades, dentre as quais pode-se citar o Recife, Salvador e São Luiz já possuem seus observatórios, apesar das ações efetivas ainda não poderem ser avaliadas em relação à sua eficácia. Keinert e Karruz (2002) relatam a tentativa de implementação do Observatório da qualidade de vida de Santo André, que segundo as autoras enfrenta vários desafios.

Destaca-se o pioneirismo e a importância do Observatório das Metrôpoles<sup>122</sup>, notadamente no que concerne aos sistemas de medição e relatórios sobre o progresso em direção ao alcance da qualidade de vida, ou mesmo o alcance do desenvolvimento sustentável. O Observatório das Metrôpoles, com base nos dados do último censo demográfico do IBGE (2010), analisou as condições de mobilidade, habitação, atendimento de serviços coletivos e de infraestrutura urbana nas principais metrôpoles brasileiras, a partir de duas escalas, a saber: uma Global e outra Local, na primeira a avaliação é para o conjunto das 15 metrôpoles do

---

<sup>121</sup> A referida empresa é a Kairós desenvolvimento social, para saber mais (<http://www.kairos.srv.br>)

<sup>122</sup> O Observatório das Metrôpoles -<http://www.observatoriodasmetrosoles.net/>- tem as raízes de sua formação do final da década de 1980, sendo que ao longo das décadas de 1990 e 2000 tomou a configuração atual. Este *instituto virtual*, coordenado pelo IPPUR - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, destaca-se nas pesquisas sobre a qualidade de vida no contexto brasileiro, contudo abarca apenas a realidade das metrôpoles nacionais, não contemplando a realidade dos demais centros urbanos, que têm uma grande representatividade na rede urbana nacional.

país, e na segunda o cálculo é para cada metrópole. Também destacam-se o Instituto de Pesquisa Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), que dentre várias outras iniciativas, desenvolve os indicadores de qualidade de vida, como ICV, de sustentabilidade<sup>123</sup>; o Sistema Federação das Indústrias do Estado do Paraná (FIEP), que juntamente com o Centro Internacional para Formação de Atores Locais (CIFAL) e o Instituto de Promoção do Desenvolvimento (IPD), criou o Programa Cidades Inovadoras, com o intuito de estimular o desenvolvimento econômico e social das cidades, a partir de vários programas como o cidades 2030, nós podemos Paraná, rede de desenvolvimento local, etc.<sup>124</sup>

Voltados para áreas específicas há o Portal e Observatório sobre Iniquidades em Saúde, cujo foco são os DSS, criado em 2012 com base em experiências internacionais com objetivo de monitorar e buscar combater as iniquidades em saúde, em última análise, fundamentais à qualidade de vida, o observatório das migrações em São Paulo, e os Observatórios do Trânsito criados nas capitais e nas cidades de Guarulhos e Campinas, a partir do lançamento do Pacto Nacional de Redução de Acidentes do Trânsito – Um Pacto pela Vida em 2011, que buscou mobilizar os três poderes, nos níveis federal, estadual e municipal, com o objetivo de agregar dados sobre os acidentes de trânsito provenientes de vários órgãos, cujas informações ao ser utilizadas em ações focais poderiam viabilizar a redução da violência no trânsito, especialmente dos acidentes e promover a qualidade de vida.

Na perspectiva da disponibilização de informações multiescalares, que podem servir aos gestores para uma primeira análise da qualidade de vida, além dos dados, informações e estudos disponibilizados pelo IBGE, existem portais interativos e aplicativos, alguns com enfoques específicos para determinado setor, como o saneamento no caso do Sistema Nacional de Informações sobre o Saneamento (SNIS); a saúde e condições sanitárias no caso dos aplicativos do DATASUS (TabNet e TabWin), da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)<sup>125</sup> desenvolvida a partir parcerias do Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Ministério da Previdência Social e outras instituições, a qual permite cruzar diversas variáveis inerentes aos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB). Há também o Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), da SAGE - Sala de Apoio à Gestão

<sup>123</sup> Mais informações em: <http://www.ippuc.org.br/default.php>

<sup>124</sup> Mais informações sobre o programa e suas ações disponíveis em: <http://www.cidadesinovadoras.org.br/as-acoes-1-11173-106794.shtml>

<sup>125</sup> O Conass, e os gestores de saúde de cinco estados – Tocantins, Bahia, Minas Gerais, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul – tomaram a iniciativa de desenvolver projetos-piloto de implantação da Ripsa nestes Estados. Em Minas Gerais, a Ripsa iniciou em 2008 sendo composta pela SES-MG, SMSA - Belo Horizonte, DATASUS-MG, UFMG, IBGE, UFOP, UFSJ, Fundação João Pinheiro, dentre outras instituições que trabalham com dados da saúde.

Estratégica no âmbito do MS/Secretária Executiva/Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, que permite compreender índice de desempenho do SUS na região, estados e união, além de diversos indicadores do SUS nos municípios; entre outros.

Considerando indicadores, merece destaque o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, uma plataforma de consulta ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM) desenvolvido pela Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro; e o sistema de informação denominado “Brasil em cidades: sistema de informações sobre as cidades” criado pelo Ministério das Cidades com o objetivo de apoiar os municípios brasileiros no processo planejamento urbano. No Estado de Minas Gerais, destacam-se as iniciativas da Fundação João Pinheiro (FJP), com destaque para o Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) a ser calculado com o auxílio do aplicativo IMRS 2013 disponibilizado pela Fundação.

Sob a perspectiva da percepção social, as ações do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que desenvolve projeto Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), definido como um “sistema de indicadores sociais que se mostram úteis para verificar como a população avalia os serviços de utilidade pública e o grau de importância deles para a sociedade”, portanto a partir deste diagnóstico são disponibilizadas informações que podem ser apropriados pelos agentes públicos e sociedade civil. As informações da pesquisa foram publicadas em dois relatórios em 2010 e 2012.

Com enfoque na saúde pública, notadamente em uma perspectiva ampla de saúde, destaca-se o aumento das pesquisas tanto na perspectiva da avaliação do estado de saúde, realizada pelo IBGE, quanto da qualidade dos serviços de saúde realizados no âmbito do SUS. Além de resultados de estudos como os do grupo “Região e redes: caminhos da universalização da saúde no Brasil”<sup>126</sup> e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)<sup>127</sup> e de iniciativas como o projeto piloto do Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Nacional de Cardiologia do Rio de Janeiro (INC), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade de Pernambuco (UFP), em Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife e Rio de Janeiro, para avaliar os “estados” de saúde, através da aplicação do questionário denominado EQ-5D, a ser adequado

---

<sup>126</sup> Para mais informações acessar: < <http://www.resbr.net.br/>>.

<sup>127</sup> Uma das unidades técnico-científicas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - órgão vinculado ao Ministério da Saúde do Brasil. A perspectiva adota pela ENSP merece destaque, pois tradicionalmente os estudos e as teorias que abordam a saúde, na perspectiva dos determinantes ambientais, bem como as circunstâncias que são condições e reflexos e daquela, como a qualidade de vida, o bem-estar e sustentabilidade, em sua maioria são originários dos países desenvolvidos.

aos padrões e características dos brasileiros. Além disso, a retomada realização destes estudos ainda é significativamente recente, embora nos últimos anos a temática tenha ganhado espaço entre os pesquisadores de diversas áreas, em função de seu caráter interdisciplinar.

Contudo, estas informações sobre os municípios, são disponibilizadas de maneira agregada, o que permite apenas a visão geral, sendo que detalhes no âmbito interno das cidades seriam possível a partir de informações desagregadas.

No âmbito dos instrumentos de planejamento e gestão urbana, tendo em vista o exemplo das cidades que possuíam a obrigatoriedade de apresentação de um Programa de Metas, como São Paulo<sup>128</sup> onde esta existe desde 2008 em sua lei orgânica, bem como para difundir a prática da análise e monitoramento da realidade das cidades, por meio de indicadores, pelos governos, o que ainda não é muito comum no contexto brasileiro. Foi aprovada em outubro de 2013 a “Lei de Metas”, uma emenda a CF, que obriga os governantes a elaborar e cumprir as metas e prioridades de gestão com base nas propostas da campanha eleitoral. Os governantes devem elencar expressamente, as ações estratégicas, metas quantitativas e qualitativas e os indicadores de desempenho a serem considerados para todos os setores da administração pública direta e indireta. Portanto, a “Lei de Metas” pode ser vista como um instrumento de planejamento e gestão das cidades, que, inclusive tem servido a inspiração de iniciativas fora do país, como nas cidades argentinas de Mendoza, Córdoba e Maipú.

Em Uberlândia, no sentido da disponibilização de informações gerais para a compreensão da realidade intraurbana, existiu no início da década de 2000 o Projeto UDIGIS mantido pela empresa pertencente à prefeitura denominada Processamento de Dados de Uberlândia (PRODAUB). Neste caso, as informações eram em Sistema de Informações Geográficas (SIG), permitindo a localização de equipamentos públicos como: escolas, museus, unidades de atendimento de saúde, unidades de assistência social, parques, etc. Contudo, tal projeto deixou de existir, sendo que já não é mais possível o acesso a tais informações. Hoje a PMU via Secretaria Municipal de Planejamento Urbano mantém apenas o Banco de Dados Integrados (BDI), que possui informações gerais referentes aos aspectos sociais, econômicos, culturais, geográficos e administrativos do Município, sendo possível o acesso mais detalhado apenas das informações, cujas secretárias mantêm banco de dados,

---

<sup>128</sup> Mais informações sobre o Programa de Metas de São Paulo pode ser adquiridas no sítio: <http://planejasampa.prefeitura.sp.gov.br/metals/>



como o caso da Secretária de Trânsito e transportes (SETTRAN), que mantém o “Observatório da Mobilidade”<sup>129</sup>.

Por outro lado, considerando as ações em prol da qualidade de vida destacam-se as do Movimento Cidade Futura, que tem como objetivos principais “promover, estimular ou patrocinar projetos, programas e ações que visem à defesa, conquista, recuperação, conservação ou preservação de bens e direitos sociais, coletivos e difusos, relativos à promoção de cidades sustentáveis, ao meio ambiente urbano e rural, e à defesa da função social do solo em todo Território Nacional”.

E ainda em contexto regional destacam-se as ações da Associação dos Municípios da Microrregião do Vale do Paranaíba (AMVAP)<sup>130</sup>, que além dos consórcios intermunicipais na área da saúde (CIS/AMVAP, CIS-PONTAL, CISTM, CISTRI), foi celebrado recentemente, em outubro de 2013, o Consórcio Público Intermunicipal de Desenvolvimento Sustentável do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba (CIDES), que conforme expresso em seu protocolo de intenções, publicado na Imprensa Oficial de Minas Gerais (IOFMG) em 01 de nov. de 2013, tem como finalidade

[...] o desenvolvimento regional sustentável, nos entes federados consorciados, de ações e serviços na gestão e execução de políticas públicas, observados os princípios constitucionais, inseridos no contexto da regionalização, da programação pactuada e integrada, da otimização dos recursos e da priorização de utilização dos mesmos de acordo com a estratificação de riscos e as necessidades locais, visando suprir as demandas represadas, bem como insuficiência ou ausência de oferta de serviços e/ou ações nas políticas públicas nos entes federados consorciados, caracterizados como vazios deficitários, de acordo com o perfil sócio-demográfico (IOFMG, ANO 121, CAD. II, 1 NOV. 2013).

E relação aos estudos realizados, tal como no contexto global, no Brasil há algumas iniciativas e pesquisas, cujo encaminhamento é a análise e o alcance da qualidade de vida e do bem-estar. Estas partem de distintos segmentos da sociedade, como da academia, das iniciativas de organizações sociais e dos governos. Dentre os periódicos brasileiros voltados, especificamente, para o tema da qualidade de vida destaca-se a Revista Brasileira de Qualidade de vida (RBQV), que aborda a questão a partir da perspectiva das ciências da saúde. Em Minas Gerais dentre os estudos acadêmicos que tiveram aplicação destaca-se o IQVU proposto por Nahas (2002) e o Índice de Promoção da Qualidade de Vida (IPQV) desenvolvido pelos pesquisadores do Grupo APGS da Universidade Federal de Viçosa, com o

<sup>129</sup> [http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/78/2444/observatorio\\_da\\_mobilidade.html](http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/78/2444/observatorio_da_mobilidade.html)

<sup>130</sup> Para saber mais, ver o Estatuto da Associação dos Municípios da Microrregião do Vale do Paranaíba – AMVAP, disponível em: <http://www.amvapmg.org.br/1/pagina-exemplo/estatuto/>.

objetivo de permitir que gestores públicos e a sociedade acompanhe a promoção da qualidade de vida a partir da alocação de recursos, tal como detalhado em Silva (2009).

Já para a realidade de Uberlândia destacam-se: o “Mapeamento da exclusão social em cidades médias: interfaces da Geografia Econômica com a Geografia Política” (VIEIRA, 2009) que identificou quais regiões da cidade tendem a concentrar os territórios da exclusão e/ou os territórios da inclusão social; o trabalho de Damasceno (2012) “Análise da qualidade ambiental urbana da cidade de Uberlândia (MG) que a partir de indicadores socioambientais” construiu o índice de Qualidade Ambiental Urbana, considerando: coleta de lixo, abastecimento de água, esgotamento sanitário e domicílios particulares improvisados, para analisar qualidade ambiental do espaço urbano de Uberlândia<sup>131</sup>; o estudo de Lima e Lima (2014) desenvolvido para a Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho da PMU, que mapeou os territórios de vulnerabilidade social de Uberlândia, a partir do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), construído basicamente considerando os dados do censo IBGE (2010). A tese de Vital (2012) “Projeto Sustentável para a Cidade: o caso de Uberlândia” que, na perspectiva do urbanismo destaca a importância de um projeto sustentável como fio condutor da concepção e organização territorial para a cidade. Nos últimos anos este tema ganhou espaço nas pesquisas acadêmicas, sendo abordado por diferentes enfoques.

Além disso, existem para a cidade de Uberlândia, propostos por professores pesquisadores do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, o “Observatório da Saúde: Promoção da saúde, observatório da saúde, atenção básica, Educação em saúde”, cujo objetivo é “manter uma rede de profissionais, envolvendo a Universidade, centros de pesquisa, instituições dos governos municipal, estadual e federal e instituições não governamentais, com a finalidade de realizar pesquisas solidárias, difusão de metodologias, manutenção de bancos de dados, trocas de experiências, tendo como princípio básico a democratização da informação e sua aplicação na tomada de decisão em relação às políticas públicas sobre a saúde.” E a intensão de criação de um Observatório de Trânsito, tal como recomendado pela UN e implantados nas capitais e em outras cidades brasileiras. Contudo, são inexistentes iniciativas específicas para a análise e acompanhamento das variáveis essenciais à qualidade de vida, especialmente na perspectiva da participação da sociedade.

---

<sup>131</sup> O estudo é uma pedra fulcral para o início das discussões da temática, com foco na cidade de Uberlândia, contudo metodologicamente, por considerar com igual peso as dimensões que contriêm positivamente e as que contribuem negativamente com a qualidade ambiental, o mesmo pode levar a resultados errôneos.

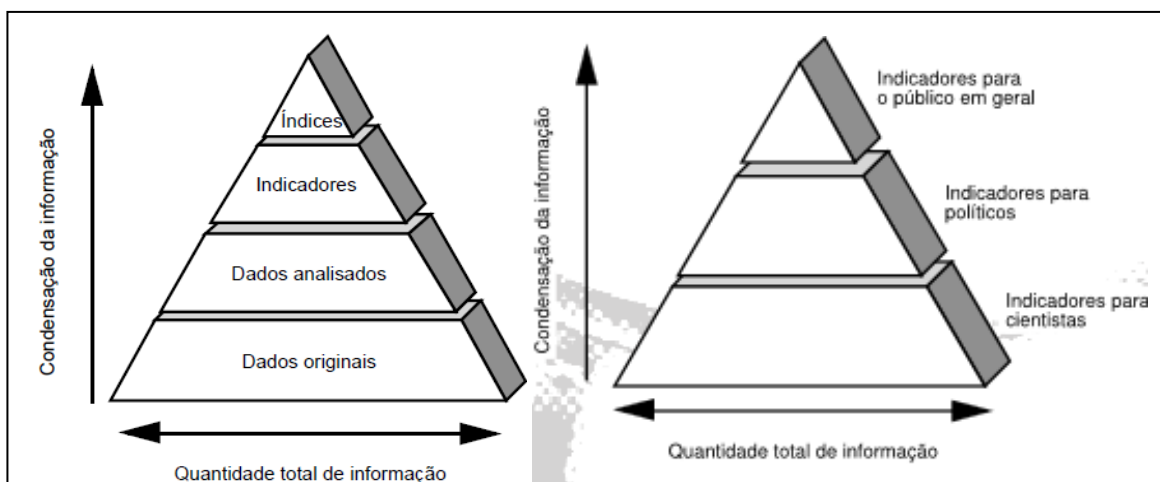
#### 4.6. Indicadores e Índices

Indicador do Latim *indicare* significa descobrir, apontar, anunciar, estimar sobre algum fenômeno a partir de aspectos que lhes são essenciais. Partidário (2000, p.45-46) cita a definição de indicadores de Inhaber (1976) os quais são “formulações matemáticas em uma quantidade medida no espaço real em estudo é comparada com um padrão científico ou arbitrário” e de índices da OTT (1978) os quais são “agregações matemáticas de um conjunto de indicadores, ocorrendo um processo de simplificação onde o resultado essencial das questões é retido, embora com perda de informação”. Portanto, de acordo com a autora a partir de “indicadores simples, não compostos, correspondentes à combinação de variáveis” pode-se criar o indicador composto ou índice.

O processo de agregação de informações a partir de dados até os índices oferece vantagens, como a facilidade de interpretação e desvantagens como a perda de informações. Além disso, a agregação de indicadores em índices “pressupõe a existência de prolongados estudos de base que garantam o estabelecimento das relações entre os indicadores envolvidos na construção do índice, sem que haja significativa perda de informação” (PARTIDÁRIO, 2000, p.30).

Em relação ao público a que se destina, àquelas mais simples são comumente destinadas ao público em geral, enquanto que os estudiosos se interessam pelos dados brutos, conforme ilustrado na figura 32.

**Figura 32** - Estrutura dos indicadores e índices e grau de condensação de informação.



**Fonte:** Gouzee, Mazijn e Billharz (1995).

A utilização de indicadores e índices é tradição no âmbito das análises econômicas, porém com ampla difusão para outras áreas, especialmente onde é comum a existência de incertezas. Estes permitem “monitorização da situação em causa, a construção de uma base de dados que constitui a informação para a tomada de decisão e para a avaliação da eficácia de programas específicos”, sendo que em analogia a medição da febre, a partir do valor detectado pelo termômetro é que se toma as ações adequadas à situação (COUNCIL FOR ENVIRONMENTAL QUALITY, 1985 apud PARTIDÁRIO, 2000). De modo que, o julgamento de valor é inerente ao conceito de indicador.

Para serem relevantes os indicadores devem ser adequados às situações, nesse sentido Hancock (2000) retoma as colocações de Hancock; Labonté e Edwards (1999) no relatório sobre a saúde da população do Canadá, onde tem-se que:

[...] indicadores só são úteis se o processo de desenvolvimento e de uso envolve a comunidade como um todo, examinando ela quer ser, aonde quer ir e quais são seus valores; se o processo fornece informação útil e utilizável para a comunidade; e se o processo aumenta o conhecimento e o poder da comunidade. O desenvolvimento de indicadores deve ser encarado como uma oportunidade para aumentar a educação e conscientização pública e política, à saúde e seus determinantes, e para explorar maneiras de criar comunidades mais saudável, mais sustentável, mais seguras, mais justas habitáveis e prósperas. Embora haja algum mérito ao desenvolvimento de um conjunto de indicadores razoavelmente padrão do núcleo que pode ser utilizado para comparação de efeitos a nível nacional e mesmo internacional, é mais importante que a comunidade escolha medidas que importam se os indicadores estão a contar - para ter um impacto - na vida da comunidade. Também é importante ressaltar mais uma vez que nosso foco é a utilização de indicadores por parte dos cidadãos locais, organizações comunitárias e agências e governos locais, em vez de nacional e/ou decisores políticos provinciais ou pesquisadores, exceto na medida em que o desenvolvimento de políticas e pesquisa facilita o desenvolvimento e utilização de indicadores ao nível da comunidade (HANCOCK, 2000, p.9, tradução nossa).

Além dos indicadores objetivos e os subjetivos, comuns nos estudos da qualidade de vida, há várias outras tipologias, como:

[...] indicadores de longo e curto prazo, consoante a sua capacidade de fornecer indicação sobre alterações ambientais de longo prazo ou incidências esporádicas (Tomlinson, 1984), entre indicadores de estado e indicadores de impacto, consoante representem variáveis de monitorização (ou de diagnóstico) ou situações de risco ambiental (Elliot, 1981; French, 1981; Duinker e Baskerville, 1986; Johnson, 1988); entre indicadores restritivos e objetivos num contexto de previsão, se são anteriores à previsão e se destinam a delimitar o espaço de opções viáveis ou se são posteriores à previsão e representam a eficácia de uma opção face aos objetivos que se pretendem atingir (Duinker, 1985) (PARTIDÁRIO, 2000, p.27).

Dentre os critérios, que afetam a aplicabilidade de um indicador, estão: sua incidência em relação à dimensão da amostra, a viabilidade da sua aplicação, a precisão e robustez em relação a valores extremos pouco frequentes (representatividade – Hardi e Pintér (2006, p. 142); Chambers e Swain (2006, p.294), a sensibilidade às alterações espaciais, temporais (e ao

escopo), a existência de valores limiares conhecidos, a capacidade integrativa, bem como a sua facilidade de utilização (simplicidade- Hardi; Pintér (2006, p. 142), compreensibilidade – Chambers e Swain (2006, p.294) e relevância em relação à caracterização da situação (e política, no sentido da sua importância às decisões de políticas públicas Chambers e Swain (2006, p.294)) (Tomlinson (1984) e Liverman et al. (1998) apud Partidário (2000, p.25-26). Estes dois últimos comuns a vários outros estudos. Há ainda outros critérios que são considerados como: a validade em função do rigor metodológico, ou mesmo dos efeitos de determinada circunstância na qualidade de vida, a disponibilidade e pontualidade de dados, a confiabilidade e a estabilidade em relação ao método de coleta e compilação dos dados, a capacidade de resposta, antecipação, escala, ligações e clareza.

Em relação à variação dos indicadores, segundo Chambers e Swain (2006, p. 294) há casos que se pode inferir que haja um patamar de excelência, sendo que para além deste nível não ocorrem melhorias na qualidade de vida. Os autores utilizam o exemplo da inserção de médicos em determinada comunidade rural, sendo que a partir de determinado ponto, mais médicos deixaria de ter um impacto positivo na qualidade de vida. Esse ponto seria o ótimo a ser atingido.

Além disso, quando se analisa a qualidade de vida, duas questões essenciais devem ser consideradas: i) a existência dos bens e serviços de forma acessível, portanto passíveis de serem utilizados; ii) a satisfação em relação a estes bens e serviços, considerando os valores coletivos e individuais em determinado tempo e espaço. Em relação ao acesso têm-se a Teoria Centralidade Optimal (ARCHIBUGI (2001); CICERCHIA (1999) apud MCCREA, 2007).

É importante ter em conta que, nem sempre, os indicadores utilizados são os que permitem representar, de forma mais categórica, a situação a ser acompanhada. Mas, sua escolha ocorreu em função da disponibilidade ou ausência de dados. Onde, o desafio é conciliar o ideal – em termos de representação mais próxima da realidade – e o possível, com as informações disponíveis (IPEA, 2014).

Em relação aos indicadores de qualidade de vida, Hancock (2000), destaca que eles são tão importantes quanto o que se entende por qualidade de vida, sendo o processo de desenvolvimento, recolha, análise, interpretação e utilização dos indicadores importantes para ganhos em termos de qualidade de vida. Com base em Sawicki e Flynn (1996), o autor destaca dois princípios fundamentais para desenvolvimento e uso dos indicadores de qualidade de vida, a saber: 1) os indicadores devem ser formulados em um processo participativo que inclui moradores e especialistas. 2) os indicadores devem ser suscetíveis de afetar a ação cidadã e formulação de políticas. Destaca também cinco lições aprendidas com o

uso dos indicadores, a saber: 1) os números devem ter uma finalidade política específica 2) a política é "por meio de unidades geográficas", logo os indicadores neste nível são mais importantes do que indicadores em áreas específicas 3) há uma diferença entre medir o bem-estar dos bairros e do bem-estar dos residentes desses bairros - a distinção deve ser clara desde o início 4) um índice geral de bem-estar do bairro não é útil, os indicadores devem ser "separados" 5) indicadores de nível de bairro são "úteis para a tomada de consciência", mas estão apenas começando a ser usados para fazer e avaliar políticas. (HANCOCK, 2000, p.7).

Reitera-se a relevância do desenvolvimento e utilização de indicadores, como norteadores das ações, ainda que estes possam ter suas limitações e, por isso carecerem de complementação para darem conta da complexidade dos fenômenos sociais. Considerando os indicadores de qualidade de vida, concorda-se com Hancock (2000, p.10), no sentido de que eles podem ser usados:

[...] como uma ferramenta para a comunidade, educação e desenvolvimento profissional. Mais profundamente, eles podem ser usados como um meio de estimular o debate sobre o que constitui o "progresso" e "desenvolvimento", que são as contribuições relativas aos cuidados de saúde e de outros setores para melhorar a saúde, bem-estar, o desenvolvimento humano e a qualidade de vida, e o que constitui o objetivo central da governação e da vida da comunidade (tradução nossa).

Em função da inexistência de uma concordância sobre o conceito, sobre as dimensões que os compõem e a forma como estas se relacionam, a construção de índices sintéticos pode não ser tão importante para compreender a complexidade que envolve a qualidade de vida, mas por outro lado “ordenar los distintos significados y dimensiones del concepto de calidad de vida y de las variables que intervienen en ellos” pode ser um bom encaminhamento (LORA, 2008, p.9).

Enfim, é consenso que, apesar de apresentarem desvantagens, como aquelas relacionadas à seleção variáveis e valoração, há várias vantagens na utilização de indicadores. Em contexto de incertezas, “a capacidade de sintetizar e transmitir informação” (PARTIDÁRIO, 2000, p.26) dos indicadores permite a construção de cenários, os quais podem embasar as tomadas de decisão. Não é recente a utilização dos indicadores, conforme ponderado a seguir.

#### **4.7. Dos indicadores sociais aos indicadores de qualidade de vida**

*“As pessoas são a verdadeira riqueza das nações”*

Primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH), equipe de Mahbub ul Haq e Amartya Sen, 1990.

Ações como alcançar a “boa vida” e a “boa sociedade” e acompanhar o andamento da sociedade, que estão relacionadas com a qualidade de vida, não são novidades surgidas recentemente. Conforme afirma Schippers (2010, p.279) “The concept dates back many hundreds of years. The earliest known reference to qol is made by aristotle who used the term ‘eudemonia’ or ‘the good life’”. Com efeito, pensadores como: Platão (428 a 347 a.C) em “A República”, Aristóteles (384 a 322 a.C) em seu conceito de “Eudemonismo”<sup>132</sup>, Kant (1724 a 1804) em seu “Imperialismo categórico” assinalaram, respectivamente: encaminhamentos para se ter uma “boa vida” e uma “boa sociedade”. Segundo Molina (2005, p.77)

A pesar del uso de estas medidas epidemiológicas de morbimortalidad, a partir de los años setenta del siglo pasado surgen los índices de calidad de vida, y su mayor desarrollo fue en los años ochenta, aunque su concepción data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea; y su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques y permiten un abordaje de forma multidimensional [...].

Os Romanos, por exemplo, buscavam por meio de números acompanharem o grau de desenvolvimento dos governos. Em síntese, os indivíduos buscam sempre melhorias das condições do ambiente em que vivem, bem como a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar, o que modifica, dentre outros elementos, são os conceitos utilizados e o modo de como esta busca ocorre, segundo o contexto e os valores em voga. Na perspectiva da busca pelo ambiente saudável, Lawrence e Fudge (2009, p.17) afirmam que “healthy living environments have been a societal objective since the dawn of urban civilizations between 8000 and 9000 years ago”. Sendo que, no contexto atual, transição do século XX para o XXI, a qualidade de vida tem sido o conceito utilizado frequentemente em áreas como: ciências médicas, administrativas como no trabalho, contemplando, portanto diferentes segmentos e faixas da sociedade.

Para Cobb e Rixford, (1998, p.2) ainda que os indicadores sejam utilizados desde os primórdios, o uso destes para aferição das condições sociais é mais recente remonta ao século XIX, mais especificamente ao ano de 1830, quando foram utilizados como ferramentas para analisar e buscar melhorias nas condições sociais e da saúde pública nas cidades industriais (na Bélgica, França, Inglaterra e Estados Unidos). Os autores destacam ainda que neste

<sup>132</sup> O termo vem do grego eudaimonia, que significa "felicidade". Segundo essa doutrina a felicidade é o objetivo da vida humana.

contexto ocorreu também a primeira coleta de dados pelos censos e o estabelecimento de modelos causais que relacionavam as doenças à pobreza e ao ambiente.

O fato é que as estatísticas ou indicadores sociais<sup>133</sup>, além de fornecerem informações empíricas e medições válidas sobre a situação da sociedade considerando dimensões-chave do bem-estar humano, são necessários para analisar, apontar tendências e definir ações a serem implementadas. Estes indicadores são sucessivamente transformados, com vistas a oferecer melhor compreensão da situação, outrossim, o ideal é que sempre ultrapassem a fronteira da descrição e sejam a base para intervenções. Segundo Cobb e Rixford, (1998, p.2)

Considerando que a abordagem descritiva pergunta: "Quais condições sociais existem?" A abordagem analítica levanta a questão subjacente, "Por que essas condições existem?" Analisar as razões para um problema, naturalmente, é mais difícil do que simplesmente apontar que o problema existe. No entanto, sem uma teoria sobre a causa de um problema, raramente uma solução pode ser encontrada. (tradução nossa).

O interesse pela qualidade de vida não é recente e não há um consenso entre os autores sobre a origem do termo. Noll (2002, p. 2) destaca como um dos antecessores importantes das modernas pesquisas de bem-estar e qualidade de vida, as pesquisas desenvolvidas pelo estatístico e criminologista italiano Alfredo Nicéforo, que ao buscar medir e monitorar o progresso social ao longo do tempo, em seu livro "Les indices numérique de la civilisation et du progrès (1921), utilizou uma abordagem abrangente de bem-estar e qualidade de vida. Acrescenta-se, ainda as teorias de filósofos como Émile Durkeim em seu estudo sobre o suicídio na França em 1890, que podem ser transpostas para a realidade atual e considerados em estudos de qualidade de vida.

Há autores que associam a origem do termo qualidade de vida às décadas de 1920-1930, como Wood-Dauphinee e Kuchler (1992) apud Pais-Ribeiro (2009) que relatam a utilização da qualidade de vida no contexto das condições de trabalho e suas consequências no bem-estar dos trabalhadores; e como Tobelem-Zanin (1995) apud Rodrigues (2007), que relatam a utilização do conceito no contexto dos primeiros estudos dos indicadores sociais nos Estados Unidos, quando estudiosos do Comitê de Pesquisa sobre Tendências Sociais, criado por Herbert Hoover estavam empenhados na busca por estratégias e políticas que viabilizassem o alcance do bem-estar social. Neste contexto, Chacón (1998, p. 2) destaca

<sup>133</sup> O Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar dos EUA no relatório Em Direção a um Balanço Social (1969, p.97) os definiu como: "[...] uma estatística de interesse normativo direto que facilitou o julgamento conciso, abrangente e equilibrado sobre a condição dos principais aspectos da sociedade. E em todos os casos uma medida direta do bem-estar e sujeito à interpretações, como, se as mudanças estão na direção "certa" [...]". (STIMSON; MARANS, 2011, p.36)



como referência o sociólogo da Universidade de Chicago William Ogburn, diretor daquele Comitê, e suas publicações na “America Journal of Sociology” entre 1928 e 1942. Land; Michalos e Sirgy (2012, p.2) destacam a influência das ideias de Ogburn no desenvolvimento dos estudos sobre indicadores sociais, mais tarde, de seus alunos como Albert D. Biderman, Otis Dudley Duncan, Albert J. Reiss Jr. Eleanor Bernert Duncan, que foram ativos no movimento dos indicadores sociais da década de 1960.

Os estudos com enfoque social foram postos em segundo plano, por alguns anos em função dos reflexos da Grande Depressão, que desviou a preocupação do governo para realizar pesquisas para avaliar as condições de vida e emprego, além de indicadores do ciclo de negócios com vistas a impedir futuras crises. O contexto da Segunda Guerra Mundial, também demandava que atenção especial fosse dispensada às condições econômicas, e como um meio de analisar e organizar a produção de guerra foi desenvolvido o PIB. Tido como principal instrumento de análise da sociedade, na perspectiva da economia desde primeira metade do século XX<sup>134</sup>.

Contudo, cabe ressaltar que é no contexto da Segunda Guerra Mundial que surge o conceito de qualidade de vida na área das ciências da saúde, nesta ocasião a WHO considera que a doença não é apenas fisiológica, mas ao mesmo tempo relacionada a aspectos psicológicos, sociais e econômicas. De modo que, esta visão mais holística dos problemas médicos invoca a questão da qualidade de vida. Tal como a visão de Talcott Parsons, pai da sociologia moderna, que também associa saúde a efetiva capacidade de realização das tarefas (LAND; MICHALOS E SIRGY, 2012).

O resultado positivo dos indicadores econômicos na esfera da política econômica e o reconhecimento das limitações destes indicadores para além do domínio econômico estimularam que a política social fosse conduzida para o mesmo caminho. Assim em reação aos critérios economicistas e de quantidades surge o “Movimento dos Indicadores Sociais” entre o fim da década de 1960 e início de 1970, com as publicações chamadas “informes sociales” ou “contabilidade social” (RAMÍREZ, 2001).

Ao buscarem por um conceito complexo e multidimensional que abarcasse além da dimensão material do desenvolvimento, a NASA e a *American Academy of Arts and Sciences* para avaliar os impactos sociais do programa espacial Norte Americano contribuíram para a

---

<sup>134</sup> Especialmente, na perspectiva econômica, o PIB consolidou-se como o principal instrumento de análise da produção de bens e serviços. Porém, é cada vez maior o reconhecimento de que este é insuficiente para avaliar a distribuição dos “mecanismos que aumentam ou reduzem a desigualdade” conforme destaca Dowbor (2014). O autor ainda destaca que esta desigualdade, por vezes, é camuflada, mas é cada vez maior. <http://dowbor.org/2014/06/thomas-piketty-pikettismos-junho-2014-2p.html/>.

difusão dos indicadores sociais na década de 1960, a partir da publicação de relatórios, como “*Towards a social report*” e “*Social indicators*” que representou o “Movimento dos Indicadores Sociais”. Noll (2002, p.2) destaca também os estudos de Jan Drenowski e das Nações Unidas, que objetivavam encontrar melhores formas de medir o nível de vida a partir dos fatores do bem-estar como antecessores dos indicadores sociais atuais.

Os primeiros relatórios com indicadores sociais utilizavam uma abordagem descritiva e não foram aplicados como ferramentas para orientar as políticas públicas sociais, ainda que a perspectiva do governo fosse a de utilizar tais indicadores para solucionar os problemas sociais, assim como ocorrido no âmbito econômico. Contudo, cientistas sociais influentes como Wilbert Moore e Eleanor Bernert Sheldon se opuseram tendo como base que: 1) objetivos sociais eram mais ambíguos do que os econômicos, 2) os problemas sociais eram menos claramente entendido do que os econômicos, e 3) os fundamentos teóricos dos problemas econômicos eram muito mais claros do que os subjacentes à análise dos problemas sociais (Sheldon; Freeman, 1970). (COBB; RIXFORD, 1998, p.9-10).

No âmbito da psicologia, como destacado por Land, Michalos e Sirgy (2012, p.4) nesse período surgiram as publicações e o esforço em desenvolver metodologias para a mensuração dos indicadores subjetivos do bem-estar e também da qualidade de vida, por meio da avaliação do próprio bem-estar e das relações inter-pessoal dos indivíduos, analisando a qualidade de vida além das condições de moradia ou níveis de renda. Com efeito, as abordagens conjuntas eram justificadas por Kenneth Land (1992, p.1846) apud (Cobb e Rixford, (1998, p.10) da seguinte forma: “The principle that the link between changes in objective conditions and psychological states is both indeterminate and sometimes paradoxical and therefore that subjective as well as objective states should be monitored is well-established [...]” Nesta perspectiva, foram realizadas várias pesquisas, e criação de indicadores importantes até a atualidade como: *National opinion research center's* (NORC), *General social survey*, *Bureau of justice statistics*, *National Crime Victimization Survey* e *Survey of Income and Program Participation*.

Segundo Chacón (1998, p. 2), logo os estudos sobre indicadores sociais, chegaram a Europa, porém inicialmente com características distintas, especialmente por não estarem ligados aos interesses do governo, mas da academia e de institutos de pesquisas públicos como a *Organizaciòn para la Coordinaciòn del Desarrollo Europeo* (OCSE). Contudo, em ambos os contextos havia um senso de compromisso com o progresso social, com o crescimento para além do econômico, para a qualidade além da quantidade. Segundo Cobb e Rixford, (1998, p.11) na década de 1970 Grã-Bretanha, França, Alemanha e Holanda

institucionalizaram as pesquisas sociais e publicaram, por exemplo, o *Social Trends, Données Sociales, Social and Cultural Report*, o que dentre outras condições possibilitou a articulação entre governo, agências estatísticas e intervenções sociais.

De fato, é após a década de 1960 que o termo qualidade de vida tem ampla utilização de modo relacionado com os debates e com as políticas públicas, a partir de uma visão mais sistemática e científica. Nesta década, 1960-1970, as questões ambientais assumem substancial protagonismo, sendo notável a utilização do conceito de qualidade de vida associado ao movimento ambiental. Santos e Martins (2002, p. 3), Gómez-Vela e Sabeh (2000, p. 6) associam o desenvolvimento de tal conceito à década de 1960, momento em que se têm os estudos científicos sobre o bem-estar do indivíduo e da sociedade a partir dos indicadores sociais. Para Rodrigues (2007, p.31) o estudo de Wilson (1967a) consiste em um marco dos estudos empíricos da qualidade de vida nos EUA, a partir dos critérios estabelecidos pela comissão do presidente Eisenhower sobre os objetivos nacionais em torno da qualidade de vida. Sendo que neste estudo foram combinados os temas: estatuto do indivíduo, igualdade, processo democrático, educação, crescimento econômico, evolução tecnológica, agricultura, condições de vida, saúde e bem-estar.

Segundo Noll (2002, p.2); País Ribeiro (2009, p.31) o discurso de Lyndon Johnson em 1964, sobre a preocupação da sociedade com a qualidade de suas vidas, marca o (re)surgimento do conceito de qualidade de vida<sup>135</sup>, que na perspectiva da opinião individual do que é a “boa vida”, consiste em um aspecto básico da cultura humana. Para o Noll (2002, p.2) “the concept of “quality of life” was born as an alternative to the more and more questionable concept of material prosperity in an affluent society and was considered the new, multidimensional and much more complex goal of societal development”. E, com base em Glatzer (1992) ainda complementa que a qualidade de vida “was considered the developmental goal of affluent, postindustrial societies, concerned about their ecological basis and facing the limits of further growth (Noll, 2002, p.2).

Logo, o entendimento de que o progresso econômico não significava, necessariamente, boas condições sociais e a emergência do “movimento dos indicadores sociais” modificou a perspectiva sobre os indicadores que, por muito tempo tiveram um viés mais econômico do que social. Esta perspectiva tem se fortalecido ao longo, posto as recomendações para que o sucesso das sociedades seja medido “em termos da melhoria da

---

<sup>135</sup> De modo convergente com a proposta de Lyndon Johnson, tem-se o livro “The Quality of Life” de Nussbaum e Sen (1995).

saúde e bem-estar dos cidadãos e da sua qualidade de vida e em termos de uso sustentável dos recursos, particularmente em relação ao ambiente e à economia” (WHO, 2012b, p.1).

A partir da segunda metade do século XX, a questão social tem sido abordada por agências internacionais como as UN que por meio do *World Institute for Development Economics Research* (WIDER), e seus pesquisadores a filósofa Martha Nussbaum e o economista Amartya Sen, em 1988, promoveu uma conferência, que resultou em um livro sobre Qualidade de vida. E como a Organização de Cooperação Econômica e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que publicou o relatório “*Living Conditions in OECD Countries*” em 1986, as Nações Unidas, que adotou o IDH criado em 1990 pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq para tratar da relação entre desenvolvimento econômico e humano<sup>136</sup>, o Banco Mundial, com o relatório “*World Development Report and Social Indicators of Development*”, entre outras. É neste contexto que a WHO cria o movimento de Cidades Saudáveis, para abordar e avaliar a saúde pública<sup>137</sup>, no âmbito da qualidade de vida, definida enquanto a percepção intrínseca ao indivíduo em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Destaca-se que em 1995, o *World Resources Institute*, também propôs uma metodologia nacional de indicadores ambientais, com vistas a tomadas de decisões em escala internacional.

Neste contexto, maior atenção passa a ser dispensada a conceitos como o de qualidade de vida que contempla “[...] outras questões tão decisivas como as da desigualdade na distribuição da riqueza produzida, do grau de satisfação das necessidades básicas da população, do nível de bem-estar global” (SANTOS; MARTINS; 2002, p. 3). Ou como descreve Chacón (1998, p. 2).

El concepto de calidad de vida comienza a difundirse como alternativa a aquello de “*sociedade de abundancia*” y se convierte en objetivo importante de carácter multidimensional en la políticas sociales, haciendo referencia no solamente al bienestar individual material o inmaterial sino además, a aquellos valores colectivos de la libertad, la justicia y la equidad, etc.

No âmbito das cidades, conforme a perspectiva do estudo “Estado das Cidades do Mundo 2012/2013: Prosperidade das Cidades” da UN-Habitat (2013), para além do econômico, ganham destaque, juntamente com a satisfação das necessidades básicas e acesso

<sup>136</sup> O IDH rompeu com o paradigma de que país desenvolvido era país rico, ao propor que o desenvolvimento humano é liberdade de escolha das pessoas. O que requer a possibilidade de viver uma vida longa e saudável, de estudar e de ter uma renda decente combinado com oportunidades e direitos garantidos. Logo, para o desenvolvimento, é preciso não aumentar o PIB como um fim em si mesmo, mas criar um cenário onde as pessoas possam desenvolver seu pleno potencial e viver vidas “[...] produtivas e criativas, de acordo com suas necessidades e interesses” (PNUD BRASIL, 2015).

<sup>137</sup> Neste contexto também surgiram conceitos como o de Qualidade Ambiental, foram criados indicadores e publicados relatórios sobre a questão ambiental.

aos bens públicos essenciais, as ambições, aspirações e outros aspectos materiais e imateriais da vida que proporcionam satisfação e felicidade, essenciais ao aumento do bem-estar individual e coletivo. Logo, nas abordagens da 'prosperidade das cidades' dimensões como qualidade de vida, infraestruturas adequadas, equidade e sustentabilidade ambiental tornam-se relevantes. No referido estudo também é proposto uma nova ferramenta - o Índice de Prosperidade da Cidade, com o intuito de auxiliar os tomadores de decisão, especialmente na melhoria dos bens públicos e consolidação dos direitos sobre os "bens comuns", muitas vezes usados de forma insustentável.

É notável e cada vez maior o reconhecimento da necessidade de conhecer os aspectos qualitativos do crescimento, especialmente na perspectiva da sustentabilidade, Stiglitz, Sen, Fitoussi (2010) abordam esta questão e destacam o quão grande é desafio, posto que ainda não há um consenso na definição deste conceito, bem como muitos dados essenciais podem estar indisponíveis. Destaca-se que no âmbito da Europa, por exemplo, desde 1997 a comissão europeia vem discutindo a criação de indicadores em complemento ao PIB, que não é capaz de ilustrar o quão boa ou ruim está a situação dos indivíduos nem a forma de distribuição da riqueza, ou seja, locais com PIB's relativamente elevados podem igualmente apresentar grandes diferenças entre ricos e pobres. Além disso, até mesmo quando o foco é progresso econômico o PIB apresenta deficiências, sendo que as análises devem ser complementadas com indicadores alternativos, conforme a reafirma o pesquisador do NEF Meadway (2014)

PIB é uma medida cada vez mais inadequada do progresso. Ao longo da última década ou mais a relação presumida entre o aumento do PIB e aumento dos padrões de vida foi quebrada para a maioria das pessoas, com os salários reais não aumentando com o crescimento. Então, para descobrir o que realmente está acontecendo com a nossa economia, precisamos de olhar para além do PIB . [...] cinco indicadores nos permitem compreender melhor a realidade de curto prazo [...]. São eles: 1. empréstimos não garantidos pelas famílias; 2. Os preços das casas vs. ganhos médios; 3. Média dos ganhos reais; 4. A produção por hora trabalhada; 5. Investimento em percentagem do PIB (MEADWAY,s/p, tradução nossa).

Para além do viés econômico, os indicadores contemplariam as dimensões ambientais e sociais e, especialmente a pobreza e exclusão social, riscos e sustentabilidade. Neste contexto, surgiram muitas iniciativas sob diferentes enfoques. Dentre os quais pode-se citar: os indicadores do Banco Mundial publicados no estudo denominado Cidades em um mundo globalizado-2006; os Indicadores Urbanos Globais desenvolvidos pelo Centro para os Assentamentos Humanos das Nações Unidas (UNCHS-HABITAT); os Indicadores da Agenda 21 (UNCED); os indicadores da OPAS do projeto municípios e comunidades

saudáveis. Evidência-se especialmente projeto “FP7 UE e-Frame”, Quadro Europeu para medir o progresso, estabelecido politicamente em 2011 com base nas “orientações políticas da Comissão Europeia, com especial atenção para as prioridades definidas na Estratégia Europa 2020” para debater a medição do progresso das sociedades, para além do PIB, em uma rede que apoie as iniciativas de medição de institutos nacionais de estatística “nesta área”. (EFRAMEPROJECT, 2015).

No âmbito deste quadro para medir o progresso europeu, considerando o bem-estar, destacam: o Relatório da Comissão para a Medição do Desempenho Económico e do Progresso Social, também chamado Relatório Stiglitz, intitulado “Comissão para a Medição do Desempenho Económico e do Progresso Social”; o relatório da Comissão Europeia “Para além do PIB: Medir o progresso, a verdadeira riqueza e do bem-estar das nações”; o relatório da OECD intitulado “Iniciativa Vida Melhor: Medindo Bem-estar e progresso”<sup>138</sup>; os trabalhos desenvolvidos em parceria entre a UNECE / Eurostat/ OECD cujos relatórios são intitulados “Estatísticas sobre Desenvolvimento Sustentável” e “Mensurando Desenvolvimento Sustentável”; bem como as iniciativas da Comissão Europeia e do Eurostat para medir o bem-estar, a saber:

- ✓ Comunicação da Comissão 433/2009 sobre "PIB e mais além. Medir o progresso num mundo em mudança”;
- ✓ Estratégia Europa 2020;
- ✓ Compromisso Eurostat sobre «PIB e mais além»;
- ✓ ESS Patrocínio Grupo on Measuring Progress, Bem-estar e Desenvolvimento Sustentável;
- ✓ Sofia Memorando sobre Medir o progresso, bem-estar e o desenvolvimento sustentável;
- ✓ SIGMA: o Boletim de Estatísticas Europeias: Edição 02/2010: PIB e mais além – Concentre-se em medir o desenvolvimento económico e bem-estar;
- ✓ O desenvolvimento sustentável na União Europeia, o de 2009 - Relatório de acompanhamento da estratégia de desenvolvimento sustentável da UE.<sup>139</sup>

No relatório de comunicação da Comissão Europeia “O PIB e mais além: medir o progresso em um mundo em mudança”<sup>140</sup> publicado em 2009, que contempla a qualidade de

138 Objetiva medir a qualidade de vida a partir do bem-estar e progresso social, com base em 11 tópicos considerados essenciais nas áreas de condições materiais e qualidade de vida.

<sup>139</sup> <http://eframeproject.eu/>.

140 O relatório “O PIB e mais além – Medir progresso num mundo em mudança”, possui cinco linhas de ação a serem traduzidas em estatísticas oficiais pelo Sistema Estatístico Europeu (SEE):

- desenvolvimento de indicadores em matéria de proteção ambiental e de qualidade de vida (Ação 1).
- disponibilização destes indicadores simultaneamente ao PIB (Ação 2)

vida e o bem-estar e outras variáveis sociais, bem como o relatório “Medir o progresso, bem-estar e Desenvolvimento sustentável”, elaborado pelo Eurostat e INSEE (França) aprovado em novembro de 2011 pelo Comité do Sistema Estatístico Europeu (ESSC) fundamentado pilares de prioridades: 1) perspectiva doméstica e aspectos distributivos de renda, consumo e da riqueza; 2) medição multidimensional da qualidade de vida; 3) A sustentabilidade ambiental (EUROSTAT, 2011).

No âmbito da UE as pesquisas voltadas para a medição das condições de vida e da qualidade de vida, como o inquérito europeu sobre qualidade de vida da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Trabalho e Vida (EUROFOUND)<sup>141</sup> e o Inquérito Social Europeu, além de outros Inquéritos como aquele sobre Saúde, Envelhecimento e Aposentadoria, e aquele sobre Rendimento e Condições Vida, igualmente contemplam essa visão. Assim como, em níveis mais amplos, com aspectos em torno desta nova visão em torno da medida do progresso social, pode-se citar ainda: a Estratégia de "crescimento verde", o relatório do Programa das Nações Unidas para o Ambiente (UNEP) "Rumo a uma Economia Verde", a “Agenda Hábitat” e os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas” (ODM) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a "Medição e definição de metas para o bem-estar” (COMISSÃO EUROPEIA, 2013).

Já no contexto brasileiro, destacam-se os indicadores de desenvolvimento sustentável, Livro azul, Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável do Ministério do Meio Ambiente e o Sistema Nacional de Indicadores Urbanos do Ministério das Cidades.

No âmbito da União Europeia, a Comissão destaca a proposta para a construção de um índice ambiental abrangente que tenha em conta as alterações climáticas, a biodiversidade, a poluição atmosférica, o consumo de água e os resíduos, além de determinar os limiares para os principais poluentes e recursos renováveis. Dentre as iniciativas para a elaboração de

---

• disponibilizar informação sobre o compartilhamento dos benefícios econômicos (em particular, entre as regiões e os grupos sociais) para habilitar o debate sobre a equidade e justiça (Ação 3).

• Desenvolver ferramentas para melhor medir e comunicar se o desenvolvimento econômico é sustentável (Ação 4).

• alargar o âmbito da contabilidade de questões ambientais e sociais (Ação 5)

<sup>141</sup> O quadro conceitual adotada pela Fundação deve: focar bastante na qualidade de vida, em vez de por pouco sobre as condições de vida; ver a qualidade de vida, principalmente em termos de escopo indivíduos têm de alcançar seus próprios objetivos; assim procuram abranger recursos, bem como as condições de vida, e sempre que possível características contextuais chave das diversas arenas em que as pessoas operam; medir os recursos e condições de vida através de indicadores objetivos / descritivos; incorporar informações subjetivas, mas concentrar-se na relação entre a satisfação relatado níveis e recursos / condições; incorporar preferências e atitudes em áreas-chave na medida em que são suscetíveis de afetar comportamento e satisfação; e onde há uma base normativa suficiente, também procuram captar aspectos do bem-estar de uma sociedade, indo além da capacidade dos indivíduos para perseguir seus próprios objetivos. (FAHEY et al, 2003, p.4-5.).

índices gerais no contexto europeu destacam-se as seguintes: o “índice de pressões ambientais” e o “índice de impactos ambientais e os indicadores de eco-eficiência” no âmbito ambiental; bem como o “índice de coesão social e desenvolvimento humano” e os “indicadores de qualidade de vida e bem-estar”, “capacitação e condições do Consumidor” no âmbito do social, em uma perspectiva mais geral. Além das propostas de indicadores: como a “satisfação com a vida” formulados a partir do “Inquérito Europeu sobre Qualidade de vida”. Da mesma forma tem sido lançadas propostas nos Estados Unidos.

Na Cúpula do Rio +20 e no 4 ° Fórum Mundial da OECD realizada em 2012, bem como nas estratégias da Europa 2020 e no âmbito da WHO, foi reafirmado que há uma demanda especialmente por indicadores síntese em um nível de agregação semelhante ao do PIB, que possam ser usados juntos. Tais indicadores devem ser conforme reconhece a UN-HABITAT “un conjunto de instrumentos de gestión que permiten identificar la realidad urbana, y servir de base para la formulación de políticas, programas y proyectos que la mejoren en forma continuada y sostenible”. Portanto, devem ser capazes de expressar o progresso da sociedade nas áreas que são importantes para o bem-estar como a sustentabilidade ambiental e a inclusão social.

Estudiosos, como Romina Boarini (OECD)<sup>142</sup>, destacam outra alternativa, que é a construção de painéis, a partir dos quais seriam estabelecidas ponderações de acordo com objetivos e enfoques específicos. Contudo para ambas as alternativas apesar das vantagens há desvantagens. Os indicadores síntese têm como vantagem a facilidade de compreensão pelo público e formuladores de políticas, por outro lado têm como desvantagem a dificuldade para criação, da seleção daquilo que realmente é importante para tratar de fenômenos complexos. Já os painéis, que podem utilizar mais indicadores, tem a facilidade de interpretação dos padrões, o que não garante que a mensagem principal, essencial às ações, seja entendida com facilidade. A utilização de forma complementar de ambos é viável já que, por exemplo, os índices permitiram estabelecer comparações e os painéis, análise de variáveis específicas.

A evolução dos sistemas de indicadores sociais, durante as décadas de 1970 e 1980, possibilitou a diferenciação entre eles e a qualidade de vida, sendo esta tida como um conceito inclusivo que engloba várias áreas da vida, a partir de uma multidimensionalidade. Sendo que, “[...] La inclusión del término en la primera revista monográfica, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979 [além do International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement e da International Society for

<sup>142</sup> <http://www.eframeproject.eu/index.php?id=76>



Quality-of-Life Studies (ISQOLS) nos anos de 1990], contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término”. (GÓMEZ-VELA; SABEH, 2000).

Em relação aos primeiros estudos de qualidade de vida, destacam-se, segundo Lora (2008), o “estudio de bienestar comparativo” realizado na escandinavia sob a coordenação de Erik Allardt (Allardt; Uusitalo, 1972), no qual foram considerados como critérios: ingreso, vivienda, apoyo político, relaciones sociales, ser irremplazable, hacer cosas interesantes, salud, educación y satisfacción con la vida, os quais contemplavam as dimensões “tener”, “amar” y “ser”. Outro estudo pioneiro foi o “Índice ponderado de progreso social” desenvolvido por Richard Estes, da Universidade da Pensilvânia, no qual foram analisados 163 países, por meio de 40 indicadores objetivos que conformam 10 subíndices dos seguintes componentes da qualidade de vida: educación, salud, situación de la mujer en la sociedad, esfuerzos de defensa, economía, demografía, medio ambiente, caos social, diversidad cultural y esfuerzo en programas de bienestar social. (LORA, 2008, p.10).

A partir do final da década de 1980, mas, sobretudo ao longo da década de 1990 e início do século XXI, ocorre a retomada do interesse pelas pesquisas sobre indicadores sociais e de qualidade de vida. Porém, com novos vieses, como observado por Noll (2002, p.11),

Although they have been part of the early notions of the quality of life concept, dimensions of welfare related to *societal* characteristics and qualities such as equality, equity, freedom, or solidarity – which affect the welfare situation of individuals directly or indirectly – have been rather neglected, at least as far as empirical measurement and research are concerned. In contrast to this, some of the more recent welfare concepts put the focus explicitly on aspects concerning the quality of societies, the distribution of welfare and social relations within societies.

Em relação aos estudos sobre a qualidade de vida, dentre outros motivos, eles são importantes porque:

[...] puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality revolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad. En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad. (GÓMEZ-VELA; SABEH, 2000, p. 6).

Neste contexto, surgem novos conceitos que passam a estar mais próximos, tanto conceitualmente quanto na forma de medição, do conceito/objetivo da qualidade de vida.

Dentre os quais, o autor cita a coesão social e a sustentabilidade, a primeira incorpora as dimensões as desigualdades e fragmentações, do fortalecimento das relações sociais, dos conceitos de inclusão social e do capital social, sobre a sustentabilidade ele explica que

[...] can be seen as a new answer to the traditional concern with a balanced and harmonious society and societal development [...] While the view of traditional quality of life research is mainly focused on the well-being of present generations, sustainability considerations put the emphasis on intergenerational equity and thus are being essential for ensuring the quality of life of future generations” (NOLL, 2002, p.12).

Além de outros conceitos como o de saúde da WHO, que igualmente encontra-se relacionada com a qualidade de vida. Além de outros conceitos, que têm como base a avaliação subjetiva, mas relacionando o estado de saúde e a capacidade do indivíduo de viver plenamente, como “estado subjetivo de saúde” e o “qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS)”. Este último contempla, de um lado, as características biológicas individuais, a relação do indivíduo com estas características e com seu estado de saúde; e, por outro lado às dimensões como: a vida social, econômica, cultural, política, enfim com o ambiente, intrínsecas a uma dimensão mais ampla de qualidade de vida, utilizada quando se busca uma abordagem das políticas públicas e das decisões sociais. Portanto, pode-se afirmar que a QVRS, integrada a qualidade de global, sendo seu reflexo e condição, sendo comum em ambas, as abordagens subjetivas. (CAMPOLINA; CICONELLI; FERRAZ, 2006) Sobre a abordagem subjetiva nos estudos de QVRS, os autores afirmam que:

O campo da qualidade de vida tem contribuído enormemente para uma melhor compreensão e abordagem dos agravos à saúde, principalmente em um momento em que as doenças crônicas têm trazido impactos cada vez maiores para a vida dos indivíduos. O gerenciamento dessas enfermidades, com a prevenção e a abordagem das incapacidades, tem sido um desafio crescente para os sistemas de saúde em todo o mundo. As ferramentas de avaliação de qualidade de vida, em especial as baseadas em preferências, podem contribuir tanto como indicadores de resultado quanto como indicadores de processo nos diversos tipos de programas de gerenciamento de doenças crônicas. Dentre as diversas contribuições do campo da qualidade de vida, sem dúvida, a incorporação das opiniões e preferências dos pacientes nas tomadas de decisão em saúde tem sido inquestionável, constituindo a base para a estruturação de modelos de atenção centrados no paciente. (CAMPOLINA; CICONELLI; FERRAZ, 2006, p.116)

Na década de 1980 um grupo estudiosos europeus, que tinha o interesse em medir a QVRS, para complementar outras formas de avaliar a qualidade de vida e estabelecer comparações entre os países a partir de um índice único, formou o grupo chamado EuroQol, que desenvolveu um instrumento de pesquisa baseado em um questionário, que nos anos 2000 sofreu adaptações e passou a ser denominado EQ-5D, o qual é constituído por uma parte voltada para a medição do estado de saúde a partir da: mobilidade, cuidado pessoal, atividades

cotidianas, dor/mal estar e ansiedade/depressão, segundo três níveis de gravidade da escala Likert e outra para a avaliação do estado de saúde do indivíduo, autopercebido, em uma escala de 0 a 100. Este instrumento já foi testado e adaptado para ser utilizado em vários contextos, inclusive, recentemente no Brasil. Com função e abordagem semelhantes há ainda muitos outros instrumentos<sup>143</sup> como o Quality of Well Being Scale, a Matriz de Rosser y Kind, o Health Utility Index, o 15-D, o SF-6D, etc.

Diante da relação das inequidades em saúde com o nível socioeconômico e com a qualidade de vida, Molina (2005, p.80) destaca a importância de se estudar a qualidade de vida relacionada com a perspectiva médica e também aos eventos de carácter social, segundo o autor

[...] la gestión de salud demanda de uso de indicadores más robustos y fehacientes para medir las actividades asistenciales y como valor añadido que detecte aspectos que le atañen al paciente o a la comunidad y de otro lado valorar la calidad de la atención, frente a estas necesidades se requiere análisis críticos repetitivos, con una terminología comprensible para los sujetos y cuestionarios que exigen una validación en cada país; lo que significa que la calidad de vida es un concepto multidimensional, como el bienestar subjetivo, la capacidad funcional y la realización de actividades sociales [...].

Como os indicadores sociais objetivam, essencialmente, a medir e monitorar a realidade social, apropriando de conceitos como bem-estar e qualidade de vida, destaca-se a necessidade de se ter claro a definição destes conceitos, bem como daquilo que é essencial para uma vida e uma sociedade a partir de uma abordagem crítica, que busque compreender para além dos números. Neste contexto, ao longo dos anos têm sido desenvolvidas diferentes concepções e, por conseguinte formas de operacionalização a partir dos componentes e dimensões que são selecionadas de acordo com determinada perspectiva, as pesquisas de bem-estar, por exemplo, que no contexto da décadas de 1960-1970 eram baseadas na descrição – estática e anti-histórica, hoje tomam uma nova direção. Sendo que as pesquisas de indicadores servem à estabelecer comparações entre os locais, padrões de desempenho internacional de melhores práticas e como instrumentos para a formulação de políticas. (COBB; RIXFORD, 1998).

Vista como um processo que compreende além do bem-estar material e imaterial, mas também a presença de bens coletivos como a liberdade, a justiça e a garantia das condições naturais de vida para as presentes e futuras gerações. Torna-se comum a publicação de índice

<sup>143</sup> Segundo estudiosos norte americanos da University of Washington, na década de 1990, já era possível catalogar cerca de 215 instrumentos para medir a QV, sendo essa amplitude de possibilidades, em grande medida, decorrente do desenvolvimento de métodos específicos para cada tipo de doença <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435699001213>

dos melhores lugares para se viver, considerando avaliações objetivas e subjetivas de vários domínios da vida, onde a qualidade de vida [...] has become a concept that bridges the discipline of marketing research and strategic business policy with social indicators; bem como de índices sintéticos da qualidade de vida da população como um todo ou para algum segmento (LAND; MICHALOS E SIRGY, 2012, p.10). Os autores ainda destacam que:

[...] Hoje, no entanto, os pesquisadores tentam responder a uma das perguntas originais que motivaram o Movimento dos Indicadores Sociais: como estamos em termos globais de Qualidade de vida? Com relação ao nosso passado? com respeito a outras unidades comparáveis (por exemplo, cidades, estados, regiões, nações)? As respostas a estas perguntas são encorajadoras e incluem os seguintes exemplos: 1) O nível das mais amplas comparações possíveis entre nações com relação a qualidade de vida total, é o Índice de Desenvolvimento Humano (Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, 2004), Diener (1995), o Índice de Valor - base da qualidade de vida nacional, Estes (1988, 1998), o Índice de Progresso social, 2) ao nível de comparações em nível nacional ao longo do tempo nos EUA, o Índice de Fordham da Saúde social (Miringoff, 1999) e Indicador de Progresso Genuíno (redefinindo progresso 1995) e para uma subpopulação específica, o índice de bem-estar infantil desenvolvido por Land et al. (2001, 2004; Land, 2004, tradução nossa).

Para o momento atual e futuro, em concordância com os objetivos de desenvolvimento e novos valores da sociedade, bem como demanda de informações (NOLL, 2002, p.2), destaca-se o papel da utilização dos indicadores sociais: 1) na avaliação e desenvolvimento de políticas públicas, neste contexto, a partir da identificação de variáveis-chave, com o auxílio de tecnologias, é possível a construção de cenários, que servem à escolha de ações a serem implementadas; 2) no âmbito saúde preventiva, a qual considera a grande influência do contexto social, econômico e ambiental nas condições de saúde e 3) na função gerencial, onde o conceito de qualidade de vida é um importante componente. Assim,

[...] Com um tremendo aumento na riqueza dos dados disponíveis para muitas sociedades de hoje, em comparação duas ou três décadas atrás, surge uma nova geração de indicadores sociais e de qualidade de vida, pesquisadores têm voltado para a tarefa de construir índices de qualidade de vida e outras métricas de desempenho. Assim, o campo das pesquisas de indicadores sociais e qualidade de vida provavelmente verá várias décadas de desenvolvimento e competição entre os vários índices e medidas com uma correspondente necessidade de avaliação minuciosa para determinar quais índices e indicadores têm validade material para as populações na avaliação da qualidade de vida e as suas mudanças ao longo do espaço social. (LAND; MICHALOS E SIRGY, 2012, p.18, tradução nossa).

Em síntese, as pesquisas de indicadores sociais e de qualidade de vida já passaram por diferentes fases: de surgimento, ascensão, declínio e revalorização, conforme descreve Noll (2002, p.5) há 4 estágios para os indicadores sociais: 1) 1960-1970 – fundação do movimento dos indicadores sociais, caracterizado pelo desenvolvimento de programas e estudos piloto. 2) decorrer de 1970 - *boom* da pesquisa de indicadores sociais, publicações no campo das

ciências sociais e relatos em muitos países, além da criação de infraestruturas para geração de dados e monitoramento social a partir de pesquisas de qualidade de vida e de nível de bem-estar etc. 3) final 1970 a 1980 – especialmente no contexto dos EUA, estagnação e redução das pesquisas em indicadores sociais de pesquisa, explicado dentre outros fatores: pela crise econômica que redirecionou o foco da política para os problemas econômicos básicos; transição para governos mais liberais, os problemas teóricos e metodológicos não resolvidos nos indicadores sociais. 4) meados de 1980 até a atualidade – retomada dos indicadores sociais e comunicação social, com esforços em níveis subnacionais, nacionais e supranacionais, e o estabelecimento de novas instituições de controle social. Atualmente, os indicadores têm ganhado um espaço cada vez maior, inclusive no nível local tendo em vista a implantação e acompanhamento das Agendas 21 Locais.

Igualmente, como destaca Ferrão (2004) foram várias as concepções teóricas que sobressaíram ao longo dos anos nos estudos da qualidade de vida, por vezes, parcialmente sobrepostas. Tais concepções foram agrupadas pelo autor numa tripla orientação teórica: 1) Os trabalhos da psicologia americana, de autores como Von Wright (1963), Cantril (1965) e Bradburn (1969), que abordam as dimensões do bem-estar subjetivo, mostrando que “o PIB per capita dificilmente poderia ser utilizado para avaliar a qualidade de vida, na medida em que os indicadores subjectivos de bem-estar índices de felicidade (componente afetiva) e de satisfação (componente cognitiva) se relacionam de forma diferenciada com o grau de riqueza de distintos grupos ou países”. 2) Os trabalhos que buscam indicadores, que integrassem os aspectos não estritamente econômicos (desemprego, pobreza, desigualdades, literacia, liberdade, etc.) e, simultaneamente, contemplem a diversidade de situações culturais e institucionais existentes nos vários países do mundo, ultrapassando, a visão linear do desenvolvimento desenhada a partir dos países mais avançados. Nesta vertente são exemplos as obras de Schultz (1961, 1962, 1971) e de Seers (1969). 3) Os trabalhos que buscam integrar as preocupações da sustentabilidade ambiental, assumindo que a qualidade das condições ambientais e o desenvolvimento socioeconômico se condicionam mutuamente, bem como criticam sobre os modelos futuros de crescimento e suas repercussões para o bem-estar e o futuro da humanidade. Dentre os quais estão o relatório “Os Limites do Crescimento” (Meadows et al.: 1972) e a obra de E. F. Schumacher (1973). (FERRÃO, 2004).

O percurso dos indicadores desde o passado deve ser considerado para evitar que os mesmos erros sejam cometidos. Os indicadores devem ser sempre meios e não fins, os dados devem apontar além da existência do problema, suas relações casuais, de modo a permitir a solução ou mitigação do mesmo. Neste sentido, Cobb e Rixford, (1998, p.14-30) enumeram

uma lista de 12 lições tomadas ao longo da evolução dos indicadores sociais, que podem ajudar àqueles que estão envolvidos nos problemas no âmago da questão de se definir propósitos, coleta de dados e formulação de indicadores apropriados para suas comunidades.

As lições são:

### **1-Ter um número não significa necessariamente que você tem um bom indicador**

É mais fácil desenvolver indicadores que indicam magnitude (o número de habitantes de uma cidade, os quilômetros percorridos pelos veículos) do que indicadores que indicam qualidade, que é sempre ambígua e provisória. Neste caso, é sugerida a criação de medidas numéricas, a partir das quais a qualidade pode ser inferida. Por exemplo, o estado de saúde de uma população não pode ser medido diretamente, mas pode ser inferido a partir de questionamentos às pessoas de como se sentem, usando dados de saúde pública, sobre a incidência de certas doenças ou por meio de hábitos como consumo de gordura e sal, fumo prática de atividades físicas.

### **2- Indicadores eficazes requerem uma base conceitual clara**

Saber exatamente o que se quer medir é fundamental, para que o indicador não meça algo diferente do proposto. A compreensão clara do que precisa ser medido deve preceder a compilação de dados, pois embora uma medida possa ajudar a esclarecer um conceito, o conceito em si não vai emergir a partir dos dados.

### **3- Não há um indicador livre de valores**

Todos os indicadores estão carregados de valores e mensagens implícitas, eles não são neutros. Para tentar amenizar a carga política, os profissionais que trabalham em pesquisas tentam desenvolver métodos complexos para lidar com preconceitos, mas em alguns assuntos mais delicados, não existem meios de correção. Por exemplo, para medir a qualidade de vida ou a sustentabilidade, a escolha dos componentes e sua ponderação são de acordo com os valores das pessoas que estão a desenvolver os indicadores. Assim é preciso que sejam expostos já que os valores podem não serem compartilhados por todos.

### **4- A abrangência pode ser inimiga da eficácia**

O uso de muitos indicadores pode dificultar a realização de perguntas mais densas da situação. Um grande número de indicadores só será interessante, se o foco for uma pequena área, como um ou bairro. Contudo, mesmo assim, buscar considerar poucos indicadores.

### **5- O valor simbólico de um indicador pode superar o seu valor como uma medida literal**

Ainda que os números traduzam situações concretas, estes podem também atuar como metáforas, sobretudo quando ocorre a agregação de grande variedade de fatores. Assim, os

autores alertam que esta função metafórica de um indicador pode ser o que o distingue mais a partir de uma estatística.

#### **6- Não confundir os indicadores com a realidade**

Indicadores são *proxy* para o conceito. Nenhum indicador representa completamente a realidade. Mesmo o melhor indicador representa apenas uma fração da realidade subjacente. Uma das melhores maneiras de se proteger contra esta solidificação das ideias é tentar desenvolver indicadores múltiplos para o mesmo fenômeno.

#### **7- Um programa de indicadores democráticos exige mais do que uma boa participação do público nos processos**

Contar com a participação, não com o único objetivo da democracia, mas para entender os fatos de uma forma mais "equilibrada". Seria útil para projetos de indicadores fazer justiça substantiva uma prioridade.

#### **8 -Medição não necessariamente induz a ação apropriada**

Os indicadores devem ser parte de um plano maior de ação. É possível que uma nova informação contida nos indicadores possa mudar as percepções, mas as conexões com as ações para políticas públicas não são automáticos. Às vezes, os indicadores não levam à ação, outras vezes a ação precede o desenvolvimento de indicadores. Podem também ficar apenas como mais uma informação.

#### **9 - Melhores informações podem levar a melhores decisões e melhores resultados, mas não facilmente como poderia parecer**

Os indicadores são importantes para o entendimento da situação e para a modificá-la, contudo eles são apenas uma peça de um maior quebra-cabeça, que envolve vários personagens.

#### **10- Desafiar a sabedoria predominante sobre o que causa um problema muitas vezes é o primeiro passo para corrigi-lo**

Os indicadores podem chamar a atenção para uma condição que tinha sido previamente ignorada. Podem também mostrar que uma ideia amplamente compartilhada está errada, para que evitar políticas equivocadas. Podem demonstrar uma conexão entre dois fatores, portanto uma nova abordagem para o problema.

#### **11- Para agir, olhar para os indicadores que revelam causas e não os sintomas.**

Os indicadores devem permitir alguns *insights* sobre a situação, a partir de dados deve ser possível discernir como eles podem afetar as tendências. Se começa com uma ideia vaga, é fácil acabar com as conclusões ambíguas. É necessário ter uma teoria sobre o que está causando isso e testar essa teoria repetidamente.

## **12- É mais provável você se deslocar de indicadores de resultados, se você tem o controle sobre recursos**

Sendo meios, a finalidade dos indicadores é alertar a administração pública, os políticos e também a sociedade sobre a existência de causas de problemas, de modo que eles possam ser resolvidos. Isso é possível a partir do envolvimento de todos desde a concepção do que medir, para que medir até as intervenções para as mudanças. Caso contrário, os indicadores, apesar de bem concebidos, podem não influenciar em nada para compreensão, intervenção e acompanhamento das mudanças.

Além disso, segundo Fahey et al. (2003, p.10) as estatísticas de indicadores sociais tem que ser capazes de ser agregados ou desagregados para níveis adequados para que possam ser feitas comparações entre as categorias sociais de interesse (por instância, pela nação ou região global, por sexo, idade, classe social, e assim por diante).

Acrescenta-se ainda a necessidade de cuidado com a adoção de pesos e com a possibilidade de problemas relacionados com a proporcionalidade/relação, ou seja, em se tratando de indicadores sociais, nomeadamente os de qualidade de vida, é preciso considerar além da presença de variáveis, a relação destas com a quantidade de população que atendem, com as características desta população, bem como ter em conta a relação com as condições do entorno. Altos índices de qualidade de vida, podem subestimar problemas socioambientais locais, bem como índices muito baixos podem superestimar tais problemas, de modo que torna-se necessária a ponderação de aspectos complementares, bem como a contextualização da realidade.

### **4.8. Variáveis comumente utilizados nos estudos sobre qualidade de vida**

“outcomes in material wellbeing are the means required to achieve this freedom, as compared to a mere legalistic approach, which instead accentuates procedural freedoms such as the right to property or education” (Seguino, 2008). Seguino, S. (2013). Seguino, S. (2008). “Toward Gender Justice: Confronting Stratification and Unequal Power”, *Gêneros*, 2(1):1-36..

Variáveis consistem em quantidades ou termos que podem tomar diferentes valores (PARTIDÁRIO, 2000, p.45), sendo que a escolha daquelas a serem consideradas nos estudos sobre a qualidade de vida requer esforço. Segundo Rojas (2008, p. 12) a justificativa para as variáveis e indicadores, a clareza do conceito e a importância de sua mediação são o primeiro encaminhamento. Chambers e Swain (2006, p.270), afirmam que em função da qualidade de vida servir ao planejamento é importante medir e avaliar dimensões que podem ser



modificadas para melhorar a vida e promover o progresso, o clima, por exemplo, como não pode ser modificado não seria tão importante na análise da qualidade de vida.

Acrescenta-se ainda a necessidade de se contemplar as necessidades, valores e anseios da população de uma realidade particular que, por vezes, pode modificar-se rapidamente, a partir da inserção de novos elementos pelo processo de reprodução socioeconômica, além disso, há que se considerar o nível de desenvolvimento da realidade em questão, pois enquanto em algumas ainda é necessário operar nos suportes essenciais à vida (alimentação, infraestrutura básica e abrigo), em outras é preciso a melhoria da infraestrutura existente, e em outras, que se encontram um patamar mais avançado é demandado apenas a mudança na forma de abordagem dos diferentes setores, que deve passar a ser holística, considerando, sobretudo os aspectos para suprir as necessidades menos básicas, mais “supérfluas”. Por isso, ainda é comum que nas metodologias utilizadas em países como o Brasil, a preocupação com a desigualdade e pobreza, e temas como abastecimento de água, energia elétrica e coleta de lixo, enquanto países, como a maioria dos europeus, tem destaque temas como cultura, entretenimento, lazer, participação política e satisfação.

Em uma análise da literatura sobre indicadores sociais, Smith (1973) concluiu que em uma boa sociedade as pessoas têm rendimentos adequados às necessidades básicas, a disponibilidade de serviços de educação e de saúde de boa qualidade, o que reflete em um elevado nível de saúde física e mental e uma população informada capaz de desempenhar os seus papéis sociais de forma satisfatória. Devem também existir equipamentos e serviços, voltados para a cultura e as artes, e tempo de lazer adequado para o desfrute destas coisas. O autor destaca que dessa forma a “sociedade vai mostrar um baixo grau de desorganização, com poucas patologias pessoais e sociais, pouco comportamento desviante, baixa criminalidade e alta ordem pública e segurança” sendo que haveria a participação dos indivíduos na vida social, econômica e política, e menos alienação com base em raça, religião, origem étnica, ou qualquer outra causa (MARANS; STIMSON, 2011, p.40).

Nesta perspectiva, Tobelem-Zanin (1995) apud Rodrigues (2007, p.33), enfatiza a importância de que nos estudos sobre a qualidade de vida os critérios considerados sejam de acordo com a realidade a ser analisada. Sendo a escolha das variáveis, bem como os critérios para composição de indicadores e de um índice único - atribuição ou não de pesos, combinação de abordagens objetivas e subjetivas - uma das maiores dificuldades nos estudos da qualidade de vida.

Em relação às variáveis que podem ser utilizadas nas pesquisas que envolvam indicadores sociais, segundo Stimson e Marans (2011, p.39), com base nos dez principais

estudos oficiais publicados nos EUA e no Reino Unido entre 1960 e 1970 Smith (1973, p.66-70) chegou à conclusão de que: (A) As condições de renda e riqueza, emprego, saúde e educação foram inclusas em quase totalidade dos estudos. (B) Em seguida, houve um alto grau de concordância em relação ao status social e mobilidade, à ordem pública e à segurança, o estado da família, e ao ambiente livre. (C) Ciência e tecnologia, participação e alienação, lazer e recreação, desorganização social (ou patologias sociais), o ambiente natural, o acesso aos serviços, e cultura e as artes também estiveram em mais da metade dos estudos. (D) E outros temas incluídos, em não mais do que três dos dez estudos foram: a produção de bens e serviços, características demográficas, o processo político, os meios de comunicação de massa, e da religião. (STIMSON; MARANS, 2011, p.39).

Os indicadores culturais (livrarias, bibliotecas, cinemas, teatros, galeiras de arte, etc), de tecido social (associações culturais, recreativas, políticas, sindicatos, etc), econômicas (agências bancárias, seguros, espaços comerciais), novas tecnologias (número de ligações e acesso a internet públicos e privados), de diversidade (étnica, linguística, migração nacional e internacional) estão entre os indicadores de qualidade de segunda geração (PARTIDÁRIO, 2000).

Para além dos domínios tidos como fundamentais (emprego, renda, vida familiar, vida comunitária, saúde e educação), a Eurofoud (Fahey et al, 2003) também apontam como área chave para a interação e inter-relações entre esses domínios, como uma dimensão transversal, o uso do tempo. Pois,

Garhammer (2000), por exemplo, argumenta que mais e mais, os cidadãos em sociedades industrializadas avançadas veem ter algum tempo "para si", e para atividades de lazer em particular, como muito importante. O excesso de trabalho e a sensação de estresse, devido à pressão constante de tempo, são comumente relatados. (FAHEY et al, 2003, p.56).

Cenário não muito distinto foi encontrado ao considerar os principais estudos de indicadores sociais na perspectiva da qualidade de vida e do bem-estar. Do total de 61 estudos considerados, em sua maioria, realizados por organizações e organismos de pesquisa neste início de século, sendo 9 de abrangência mundial, 6 de abrangência na União Europeia, 7 para o contexto brasileiro e 6 para outros países desenvolvidos do mundo, os temas relacionados as questões ambientais, de renda, trabalho, habitação/saneamento, educação, energia/transportes/mobilidade foram comuns para na maioria dos estudos em quaisquer das áreas de abrangência. Assim como a saúde a segurança, aspectos relacionados com a demografia e com a economia, engajamento civil e comunidade que têm relevância em todas as escalas consideradas.

Tal fato, por ser relacionado à afirmação de Lora et al. (2008, p.83), de que áreas como: a saúde, a educação, o emprego, a habitação e o ambiente urbano – tanto em suas dimensões físicas como da segurança-, nas perspectivas objetiva e subjetiva devem ser centrais nas políticas públicas.

Outros temas como ciências e tecnologia, globalização, engajamento/redes balanço vida/trabalho, nutrição/alimentação, igualdade de gênero, justiça, são abordados em menor frequência, sendo que no caso dos países desenvolvidos estas questões, por vezes, não são consideradas, quiçá porque já se fazem presentes nestas realidades. Em relação ao lazer e atitudes saudáveis, observa-se que no contexto brasileiro e naqueles estudos de abrangência mundial o tema é menos frequente do que no contexto europeu e nos demais países desenvolvidos.

Os temas enfocados no contexto brasileiro são, basicamente, aqueles que Cordeiro (2008, p.140) considera o grande desafio, qual seja o enfrentamento de iniquidades na educação, no acesso à infraestrutura e ao saneamento básico, a saúde e renda. Os dados obtidos a partir das respostas de cerca de 800 brasileiros na plataforma do “Better life index”, entre 2011 e 2014, reforçam esta perspectiva, pois suas maiores preocupações são com educação, satisfação pessoal e saúde.

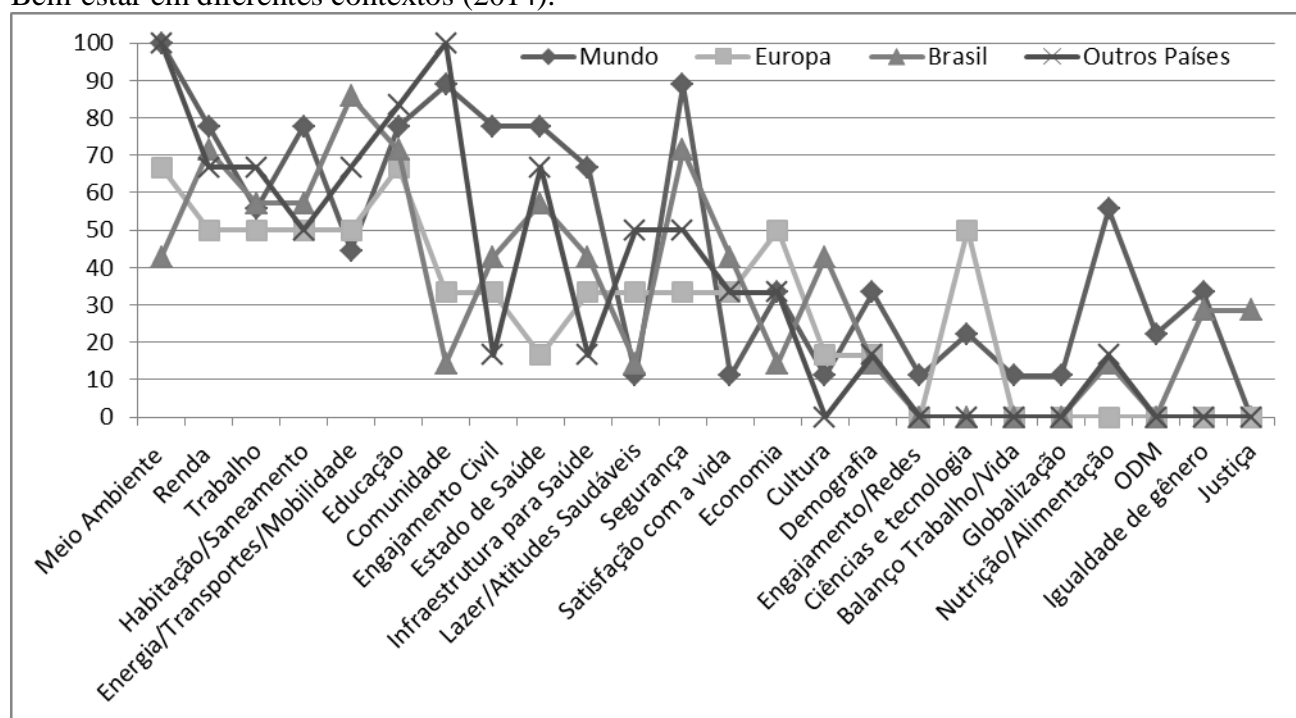
Segundo Nahas (2002), “para dimensionar a qualidade de vida urbana de um lugar, em toda sua extensão conceitual, não basta focar as condições sociais em que se encontra a população: é indispensável mensurar também as condições materiais, físicas, oferecidas nos lugares – as ofertas de serviços – e, além disto, considerar nesta mensuração, as facilidades ou dificuldades de deslocamento da população para acessar, fisicamente, tais ofertas”. Tais temas se inserem dentre os indicadores considerados válidos pelas organizações internacionais, com a atuação em escala global como as UN e WHO, bem como àquelas com atuação em escalas regionais como a Organização Panamericana de Saúde (OPS), para a qualidade de vida objetiva<sup>144</sup>.

Merece destaque a existência de abordagem subjetiva, da satisfação com a vida, que apesar de ainda não ser considerada na maioria dos estudos, se faz presente em todas as dimensões. No gráfico 3, estão representados os temas e a frequência relativa que estes são abordados nos estudos.

---

<sup>144</sup> Os indicadores validados pelas organizações internacionais são: densidade demográfica, educação (analfabetismo, escolaridade) tipo de habitação/qualidade dos materiais de sua construção, saneamento, ocupação, satisfação de necessidades básicas, cobertura de saúde, longevidade e mortalidade.

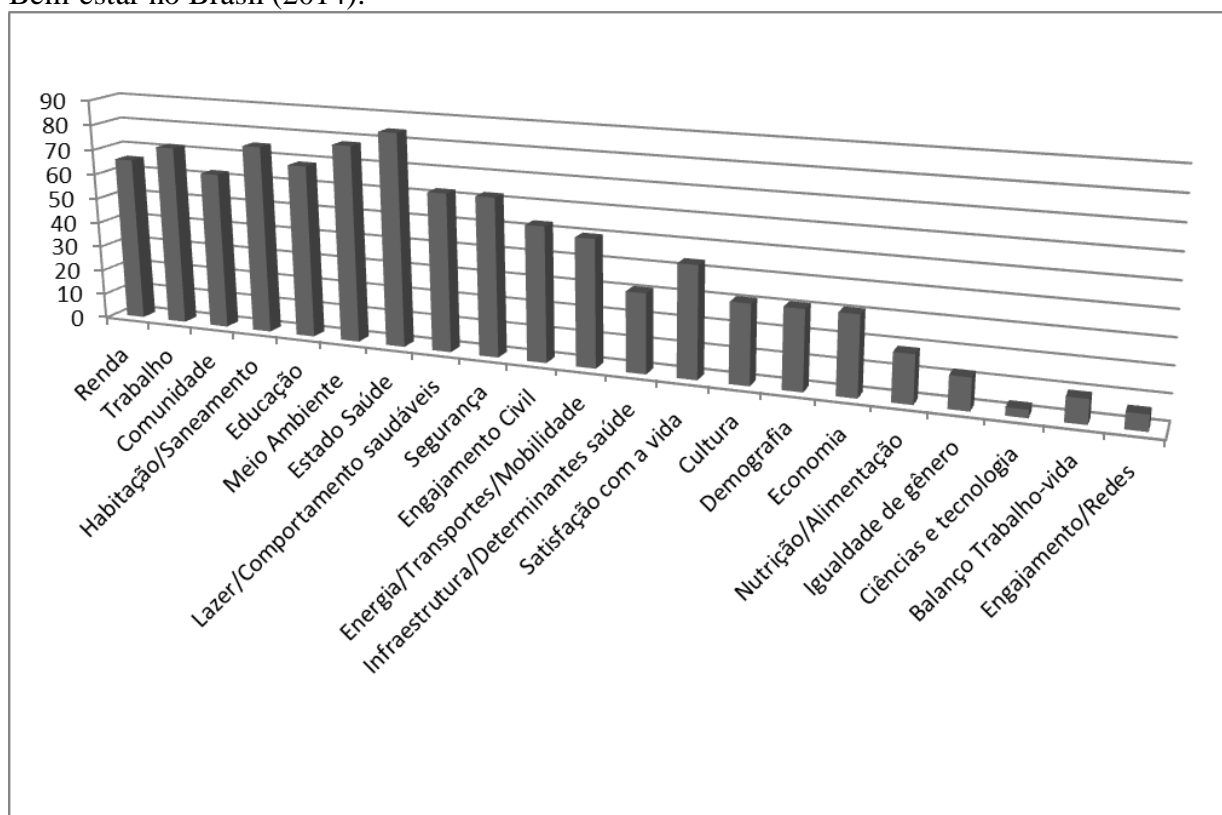
**Gráfico 3** - Percentual de abordagem dos temas inerentes aos estudos de Qualidade Vida e Bem-estar em diferentes contextos (2014).



Org. Alves (2014).

Se observados os trabalhos acadêmicos, muitos desenvolvidos a partir de iniciativas consideradas exemplos de práticas, as áreas de destaque permanecem as mesmas (meio ambiente, energia/transportes/mobilidade, renda, trabalho, habitação/saneamento, educação) sendo que aparecem com destaque semelhante outras questões como: o estado de saúde, o lazer/atitudes saudáveis, a segurança, o engajamento civil. A lógica também é mantida para os temas que aparecem em menor frequência (ciências e tecnologia, globalização, engajamento/redes balanço vida/trabalho, nutrição/alimentação, igualdade de gênero, justiça). A partir dos 31 trabalhos considerados, foram identificadas as seguintes áreas de abordagem, conforme representado no gráfico 4.

**Gráfico 4** - Percentual de abordagem dos temas inerentes aos estudos de Qualidade Vida e Bem-estar no Brasil (2014).



Org. Alves (2014).

No contexto da América Latina, segundo Lora (2008, p. 19) “Los latinoamericanos tampoco difieren del resto del mundo en la forma de calificar las distintas dimensiones de la calidad de vida de sus países”, o autor ainda acrescenta o fato de que em função da diversidade regional, também há diferentes formas de percepção da qualidade de vida, entre os habitantes. O autor acrescenta ainda que, “en toda la región hay una mayor diversidad de opiniones en lo que atañe a los aspectos colectivos que a los aspectos privados de la vida, lo cual es coherente con el hecho de que –como ya se ha visto– las opiniones son bastante benignas cuando se trata de los aspectos privados y más críticas en el caso de los públicos” (LORA, 2008, p. 31). Ao correlacionar os resultados da pesquisa subjetiva da qualidade de vida na AL com os indicadores objetivos baseados em estatísticas oficiais em áreas como: renda, saúde e educação, Scartascini (2008, p.230) destaca que há uma desconexão entre o modo como as pessoas percebem sua qualidade de vida e a forma como vivem objetivamente. Porém, os indicadores objetivos frequentemente são usados como *benchmarks*. Os autores ainda ressaltam que as pessoas raramente são felizes com as políticas públicas que são implementadas.

Logo, para mudança dessa situação, conforme destacam Larios e Robalino (2014) é importante conhecer o território municipal e as necessidades dos residentes para a definição de políticas públicas, em termos investimento e prestação de serviços municipais. Os autores estudaram a qualidade de vida na Guatemala aplicando dois métodos complementares: preços hedônicos (baseado em preços ou as rendas de casas para inferir a contribuição das características dos bairros e qualidade na cidade de vida) e perguntas de satisfação com a vida. E chegaram a conclusões semelhantes de estudos anteriores em que “la satisfacción en la vida aumenta significativamente con los ingresos, pero que el nivel de ingresos no afecta la satisfacción de vida, aun cuando la desigualdad de ingresos en la ciudad es alta”, também concluíram que a prestação de serviços de coleta de lixo aumenta a qualidade de vida. Os danos às casas como resultado de chuvas reduzem significativamente os níveis de satisfação com a vida, habitação, bairro e cidade. Os índices de criminalidade reduzem significativamente os aluguéis de casas, mas não estão associadas a níveis de satisfação.

A pesquisa “Megacidades e Infraestrutura na América Latina: O que opina sua gente” desenvolvida pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)<sup>145</sup>, no final de 2013 nas grandes cidades latino-americanas: Cidade do México, São Paulo, Buenos Aires, Lima e Bogotá, mostra que, independentemente do seu contexto socioeconômico, a segurança tornou-se a prioridade mais importante para os habitantes dessas cidades. E também que para a classe média, maior grupo de usuários do transporte público, esse é considerado um dos principais fatores que afetam a qualidade de vida, enquanto, para as famílias mais pobres, a falta de acesso a serviços básicos de água, saneamento e eletricidade continuam a ser um grande obstáculo para a melhoria das condições de vida nas cidades. Além disso, um em cada seis dos entrevistados acredita que os espaços públicos estão entre as quatro principais prioridades em termos de infraestrutura urbana.

É consenso que a habitação consiste em uma necessidade básica do ser humano, sendo a sua disponibilidade e qualidade de grande importância para o alcance da qualidade de vida e para a sustentabilidade. Haja vista que, a indisponibilidade ou mesmo a inadequação das habitações têm reflexos diretos nas condições ambientais, em um sentido amplo, no estado de saúde, entre outros. Além de estar relacionada também a aspectos subjetivos, como a satisfação com a vida de maneira geral, e com a habitação de modo particular. Pois, como destaca Lora et al. (2010, p.8) a satisfação com a habitação é uma dimensão material da vida

---

<sup>145</sup> <http://www.iadb.org/pt/reuniao-anual/2014/historias,9536.html?amarticleid=10772>

(junto com a satisfação pessoal, no trabalho e situação econômica) como estudado por Ball e Chernova (2008), Lüttmer (2005) e Van Praag e Ferrer-i-Carbonell (2004).

Segundo McCrea et al (2011, p.360) a satisfação com a habitação está relacionada com sua propriedade, idade e temperatura interna. De acordo com os autores, o tamanho da casa não é um indicador importante, apesar do fato de que outros estudos mostrarem que muitas pessoas preferem viver em ambientes de baixa densidade.

Atributos como os preços de venda ou aluguel das habitações podem assinalar a valorização pelo mercado de certas características, não apenas da casa em si – como a posse de títulos de propriedade-, mas também as de seu entorno- como o acesso serviços essenciais de saneamento, água, energia elétrica, áreas verdes, etc. De modo que, os preços da habitação são, portanto, uma boa medida sintética da qualidade de vida que os moradores desfrutam, esses preços refletem as características da cidade e têm um efeito sobre o bem-estar (LORA et al., 2010, p.8). A partir de seu estudo na América Latina, o autor ressalta ainda, que em função da democratização do acesso aos serviços ter alavancado a taxas mais modestas que a democratização da propriedade e dos materiais para construção, a diferença entre o número de famílias e o número de lares, é alguma medida de qualidade da habitação.

Entre os atributos, especialmente importantes para a qualidade de vida também está a educação, em sentido amplo, considerada a base para quaisquer melhorias socioeconômicas, portanto conforme reconhece a OEDC (2014) um componente-chave do bem-estar individual. Este elo essencial perpassa por diferentes dimensões da vida garantindo a melhoria destes, na visão da Eurofoud (Fahey et al, 2003), o nível de escolaridade tem uma influência fundamental sobre as chances de vida, atitudes e valores, em outras palavras para a capacitação. No mesmo sentido Rojas (2008, p. 55) Atkinson, et al. (200?) destacam a importância da educação, tanto no sentido de capital humano que permite a uma pessoa produzir bens e serviços e aumentar a sua renda, quanto no sentido de possibilitar que as pessoas levem uma vida plena, transmitem normas e valores sociais, estabelecendo relações satisfatórias em sociedade.

No caso do estudo desenvolvido em Phoenix pelo Instituto Morrison entre 1997 – 2004, a educação foi classificada como o atributo da qualidade de vida mais ou o segundo mais importante para os residentes, tal como aponta as pesquisas do Gallup e de Lora (2010, p. 25) para a realidade latino-americana. Segundo Lora et al (2008)) o nível de escolaridade tem relação direta com a satisfação com a vida, cuja relação é difícil de ser explicada,

En parte puede ser causalidad inversa: quienes tienen actitudes más positivas y se sienten más seguros consigo mismos logran niveles más altos de educación. Sin

embargo, esta explicación no puede llegar muy lejos en países como los latinoamericanos, donde las oportunidades de educación están tan mal distribuidas. Es posible más bien que los individuos más escolarizados gocen de un estatus social más alto y tengan más probabilidades de escoger empleos y actividades que les ofrezcan mejores posibilidades de enriquecimiento personal. También es probable que los más educados tengan más posibilidades de disfrutar los aspectos no materiales de la vida, incluida la relación con los demás (Diener et al., 1999). En otras palabras, los individuos más educados tienen más opciones no sólo para satisfacer sus necesidades de consumo (aunque quizá sometidos a mayores aspiraciones), sino también para sentirse autónomos, competentes y conectados.. (LORA et al 2008, p. 74).

Além dos aspectos quantitativos (como números de escolas, anos de estudo, etc.), a qualidade também deve ser considerada e pode indicar outras questões, pois, por exemplo, como afirmam Guhathakurta e Cao (2011) a qualidade de escolas é também um importante preditor das características demográficas do bairro e da habitação.

Aspectos relacionados às questões econômicas como renda e trabalho igualmente têm grande relevância para a qualidade de vida, pois são determinantes para comportamento de outras dimensões, como o acesso a serviços essenciais. Ou ainda, segundo Rojas (2008, p.26) a renda é um recurso fundamental, talvez o mais importante, para alcançar o que uma pessoa considera de relevância para o seu bem-estar; é um *proxy* direto para o bem-estar. Sendo que, do ponto de vista econômico uma maior renda acaba por estar associada a uma melhor qualidade de vida.

Contudo, análises sobre esta, especialmente no âmbito do emprego e em uma perspectiva subjetiva é envolta de complexidade, porquanto, ao estudar a situação do emprego na América Latina, Lora (2008, p.5) chegou à conclusão de que a maioria dos assalariados gostaria de ser autônoma, com flexibilidade e maiores possibilidades de desenvolvimento. Com relação ao crescimento econômico e a renda Lora et al (2008, p.41) chamam a atenção para a ocorrência do chamado “paradoxo do crescimento infeliz”, que pode ocorrer tanto quando as taxas de crescimento são baixas ou negativas quanto altas, no primeiro caso não há razões para se sentir bem, e no segundo caso as expectativas em torno do crescimento econômico reduz a satisfação das pessoas em alguns aspectos da vida, especialmente nos países que alcançaram certo grau de consumo, em suas palavras:

La “paradoja del crecimiento infeliz” implica que la relación entre satisfacción e ingreso es más compleja de lo que sugiere la teoría económica básica, pero no se contradice con ella. Una explicación posible es que la satisfacción depende no solamente del ingreso (en la medida en que este determina las posibilidades de consumo), sino también de las expectativas de consumo. El hecho de que el crecimiento esté asociado en forma negativa y más fuerte con las percepciones de calidad de vida personal que con las condiciones de vida del país o de la ciudad sugiere que el crecimiento aumenta las expectativas y los referentes con respecto a los cuales los individuos evalúan su propia situación. Es de esperarse que si las expectativas o las aspiraciones operan en esta dirección, lo hagan con más fuerza en



sociedades donde la mayoría de la población haya superado los niveles de consumo mínimos para cubrir sus necesidades básicas y donde existan mayores opciones de consumo y de emulación a través del gasto (LORA, et al. 2008, p.49).

Com o enfoque nos indivíduos, os autores chegaram à conclusão de que a satisfação com os elementos materiais depende da relação entre o grupo do qual o indivíduo participa com a média do grupo de referência, ou seja, as aspirações individuais dependem do contexto em que a pessoa vive.

Ainda em torno da dimensão econômica, porém em uma perspectiva geral, tema também considerado nos diversos estudos da qualidade de vida, uma possibilidade considerando a realidade das cidades, especialmente no contexto de globalização, pode ser a análise desta na perspectiva da “economia resiliente e inclusiva”, onde as cidades devem “criar laços mais fortes entre a economia local e a economia global”, [...] “entre o desenvolvimento económico e o desenvolvimento social, reduzir a polarização socioeconómica, [...] têm de ser inventivas em termos de políticas e instrumentos políticos e centrar os recursos onde podem ser melhor rentabilizados” (COMISSÃO EUROPEIA, 2011).

Transporte, mobilidade e acessibilidade urbana e o consumo de energia, sobretudo envolvido nestas dimensões, são essenciais aos estudos de qualidade de vida. Afinal, a possibilidade de acesso de modo rápido e eficiente ao local de trabalho, compras e outras atividades cotidianas, é determinante para que haja tempo a ser reservado às atividades de lazer e descanso, bem como para a inserção econômica. Além disso, a existência de condições para os deslocamentos a pé ou com o uso de modos não motorizados, como a bicicleta, influencia no estilo de vida, que pode ser mais ativo, o que tem reflexos na saúde da população, além de contribuir para a redução dos níveis de ruído, para o embelezamento paisagístico das vias intraurbanas. Também é sabido que o transporte está profundamente entrelaçado as atividades e estrutura urbanas. Por outro lado, conforme ressaltam McCrea (2011) uma série de problemas urbanos como: poluição do ar, congestionamento, acidentes e os problemas de estacionamento, decorrentes do tráfego podem ser indicativos de sobrecarga urbana, a qual implica na redução da qualidade ambiental e, por conseguinte da qualidade de vida.

Acrescenta ainda o exemplo do Brasil, que ao longo da segunda metade do século XX a estrutura sociopolítica, seja direta e/ou indiretamente, incentivou o uso do automóvel particular, em detrimento de modais mais eficientes socioeconômica e ambientalmente. Na contramão do que recomenda a Comissão Europeia (2011, p.42-43)

Mais mobilidade não motorizada não só reduziria a poluição atmosférica como também melhoraria a saúde e a aptidão física em geral da população. A redução do congestionamento traria igualmente benefícios econômicos ao permitir uma utilização mais eficaz e produtiva do tempo. A eficiência energética nos edifícios está diretamente relacionada com a inclusão social e a mitigação da pobreza energética.

No referido relatório da Comissão Europeia ainda é salientado que:

A mobilidade sustentável inclui várias componentes e dimensões: sistemas de transportes públicos sustentáveis, eficientes do ponto de vista energético e a preços acessíveis; um ambiente favorável a meios de transporte não motorizados, como a bicicleta e a marcha; fácil acesso a todos os bairros, a pé, de bicicleta, em transporte público; redes de transportes locais que devem ter uma boa ligação às redes regionais; redes periurbanas que devem ser planeadas no contexto global de utilização dos solos e desenvolvimento territorial; e polos de transportes que devem ter uma boa integração com as atividades sociais, culturais e económicas, incluindo as atividades de lazer. (COMISSÃO EUROPEIA, 2011, p.42-43).

Segundo Lora (2010, p. 25) o estado das calçadas ou passeios para pedestres, a disponibilidade de parques, praças e áreas verdes e os transportes públicos, satisfaz apenas metade da população latinoamericana. Portanto, restringindo as oportunidades das pessoas adotarem estilos de vida mais saudáveis, como caminhar e praticar atividades físicas ao ar livre, que são fundamentais para a qualidade de vida.

Na perspectiva da acessibilidade, no sentido de acesso aos bens e serviços urbanos, destaca-se o papel da estrutura urbana, pois a cidade compacta, descentralizada e policêntrica, apregoada pelo novo urbanismo, seria aquela que garantiria melhores possibilidades de acesso às atividades de comércio e serviços. Neste sentido, Segundo a WHO (2012c)

Compact urban neighbourhoods served by transit and dedicated walking/cycling networks are more energy efficient and safer for pedestrians/cyclists and here, more residents will tend to use active travel with attendant health benefits. 22,23 Long-term studies in cities as diverse as Shanghai and Copenhagen found a 30% lower annual mortality risk among cycle commuters,24,25 with similar results in meta-analysis of walking.26 Cities built around transit and active transport offer efficient and equitable access to jobs, health facilities, and other health-promoting urban services, making such transportation infrastructure particularly important to youths, elderly, and disabled, and the poor (WHO, 2012c,p.5).

A segurança também está entre os aspectos que afetam mais significativamente a qualidade de vida. Porém, segundo Powell e Sanguinetti (2010, p.58) são interessantes que as medidas objetivas do crime nem sempre se correlacionam com percepções de segurança, outro atributo também frequentemente considerado nos estudos da qualidade de vida. Tal como constatou a pesquisa do Instituto Morrison, (1999, p.9) em Maricopa, onde mesmo com a redução do índice de criminalidade a segurança continuou a ser preocupação dos moradores. Lora (2010, p. 25) aponta que a segurança, que é aparentemente, o ponto mais fraco da vida urbana latinoamericana, posto a grande sensação de insegurança, sendo que as taxas de

vitimização está entre uma das maiores do mundo, menor apenas que as taxas na África Subsaariana. A colaboração é a solução conforme reconhece a WHO (2013b p.61) com base em Homel (2004) “crime, similar à saúde, é um problema que requer a colaboração entre muitos agentes da sociedade civil”.

Outro aspecto importante da qualidade de vida é a saúde, a qual tem influência direta em qualquer medida de bem-estar tal como já destacamos com base em vários estudos e documentos, por exemplo Lora, et al, (2008, p.72), Michalos et al. (2011, p.4), Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986), onde reconheceu-se que “a saúde é um recurso importante para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, uma dimensão importante da qualidade de vida”. Sendo que para evitar análises simplistas, são importantes perspectivas como da Comissão Social de Determinantes da Saúde (2007) em que a saúde é um meio (para a qualidade de vida, bem-estar e sustentabilidade) e não um fim em si. Igualmente, Savedoff; Alfonso e Duryea (2008, p.88) destacam que a saúde não é uma dimensão isolada da vida, ela depende de vários aspectos do ambiente social e físico de uma pessoa, tais como educação, emprego, status, redes sociais, o acesso à água e saneamento, etc. (MICHALOS et al (2011).

Lora et al (2008, p.72) citam os estudos de Dolan (2006); Graham; Eggers e Sukhtankar (2004); Blanchflower e Oswald (2007); Graham e Felton (2005); Graham (2008) que também destacam que a importância da saúde na satisfação com a vida é bem estabelecida, tanto na perspectiva da relação entre satisfação com a vida e indicadores objetivos de saúde, como da relação entre satisfação com a vida e com a saúde, sendo esta última mais intensa porque ambas são influenciadas pela personalidade do indivíduo. Segundo Lora (2010, p. 25) a saúde é um componente importante na qualidade de vida de mais de 60% da população. Organizações como a OECD, a WHO e a Eurostat em nível do continente europeu, publicam dados relativos a saúde, os quais podem ser utilizados em estatísticas nacionais. Atkinson, et al. (200?, p.157) destaca a importância de analisar o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

Também relacionada com a saúde, inclusive convergente com a definição de saúde adotada pela WHO (enquanto um bem-estar físico, mental e social não é apenas ausência de doença) outra dimensão importante para a qualidade de vida são as atividades de lazer e as atitudes saudáveis, que além de decorrem de hábitos e costumes criados a partir da compreensão de sua importância para a qualidade de vida, por vezes propiciados pela educação. Também têm relação direta com os espaços públicos, os quais devem ser seguros, atrativos, multifuncionais e multigeracionais, no sentido de concentrar atividades diversas que atraiam pessoas de diferentes idades. Além disso, conforme destacado no relatório da

Comissão Europeia (2011, p.48) estes exercem a função de símbolos da cidade e a incutem nas pessoas o sentimento de pertencimento a cidade.

Neste sentido, também diretamente relacionada ao lazer e à educação, destaca-se a importância da cultura, especialmente enquanto o acesso a equipamentos culturais e a existência de atividades culturais para a qualidade de vida, notadamente em relação ao bem-estar. Afinal, tais atividades podem viabilizar a compreensão do significado da vida pessoal e social, de modo que, esta dimensão também contribui para o fortalecimento do capital humano e para a integração social.

Sentimento de pertencimento e relações comunitárias são importantes para o envolvimento da comunidade ou engajamento civil, que por sua vez consiste em uma das dimensões da governança, cada vez mais necessária especialmente a partir do *empowerment* os cidadãos, para a melhoria da qualidade de vida, conforme exposto no relatório da Comissão Europeia (2011, p.65). Além disso, segundo Lora et al. (2008, p.74) las condiciones familiares, las amistades y otras relaciones interpersonales son parte de las bases objetivas de la vida de los individuos, de las cuales dependen también sus posibilidades de desarrollo.

É expresso ainda no referido relatório o valor do “envolvimento dos residentes para o sucesso de sucesso de muitas políticas”, o que propiciaria o desenvolvimento endógeno, o qual é baseado “numa participação, esforço e compromisso mais sólidos da própria comunidade e não estão necessariamente confinadas às fronteiras administrativas” Neste sentido, depende de “uma forte coesão, em especial no nível de bairro, e uma maior apropriação dos residentes das estratégias e visões a curto e longo prazo” (COMISSÃO EUROPEIA, 2011, p.82).

Portanto, estas duas dimensões (comunidade e engajamento civil) podem permitir que questões, cujas escalas são o bairro integrem políticas públicas urbanas, setoriais ou intersetoriais, e os pressupostos das Agendas 21 Locais. Em outras palavras, trata-se de questões políticas, da possibilidade de influenciar nas decisões que têm reflexos na vida comunitária.

Destaca-se ainda, as dimensões demográficas, notadamente as características e a dinâmica populacional, como sendo imprescindíveis para o entendimento de muitos aspectos socioeconômicos e também como fatores diretamente relacionados com a qualidade de vida.

Com efeito, considerando o contexto de transição demográfica (redução da taxa de mortalidade e de fecundidade e o aumento da esperança média de vida) com progressivo envelhecimento populacional em nível mundial, torna-se relevante que as pessoas estejam ativas de modo a prevenir ou mitigar as doenças crônicas, que são evitáveis. Segundo a WHO

(2012a) o alcance da saúde e, conseqüentemente do bem-estar, depende no decorrer da vida de atuação em áreas prioritárias em diferentes setores. Afinal, é sabido que “a saúde resultada da acumulação de benefícios ao longo da vida” sendo que segundo a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde o investimento nos primeiros anos tem grande potencial para a redução das desigualdades de saúde (WHO, 2011). Já considerando os idosos é destacada a importância de mantê-los ativos, pois esta é “uma das abordagens mais eficazes para a manutenção da qualidade de vida e prosperidade num mundo cada vez mais velho e mais urbano” (WHO, 2007 apud WHO, 2013b, p. 29).

A OECD igualmente compartilha da abordagem da saúde ao longo da vida, considerando a prevenção de doenças, a promoção da saúde e estilos de vida em todas as fases da vida para manter as pessoas independentes e fora de cuidados institucionais. Esta organização destaca o impacto das políticas relacionadas ao trabalho flexível, aposentadoria gradual e habitação decente na saúde e bem-estar (WHO, 2013b). Outros fatores como cor e gênero sexual também podem ser importantes à qualidade de vida, sobretudo no contexto das sociedades que sofrem com as discriminações e buscam superar seus efeitos.

No âmbito das pesquisas de abordagem subjetiva, pode-se destacar que:

En los estudios de felicidad por lo regular se observa que, en comparación con los adultos solteros, quienes son casados se sienten mejor y quienes son divorciados o viudos se sienten peor (Argyle, 1999; Oswald, 1997). Sin embargo, no queda claro qué influencia domina: si tener una pareja estable aumenta el bienestar, o si aquellos que se sienten más satisfechos con sus vidas tienen mayores posibilidades de encontrar una pareja y tener una relación estable (Diener et al., 2000). [...]Quizá suene sorprendente, pero diversos estudios (no el presente) han encontrado que hay un efecto negativo, aunque modesto, del número de hijos sobre la satisfacción con la vida (Argyle, 1999; Clark y Oswald, 1994; Frey y Stutzer, 1999; van Praag, Frijters y Ferrer-i- Carbonell, 2003). [...]han llegado a la conclusión de que los hijos pueden ser fuente de insatisfacción debido a que pueden generar mayores niveles de ansiedad, estrés y depresión, sobre todo en el caso de padres no casados. Cuando se manifiestan, estos sentimientos tienen mayor influencia sobre la satisfacción con la vida en los hombres que en las mujeres (Kohler, Behrman y Skyttthe, 2005; Ferrer-i- Carbonell y Frijters, 2004). La influencia de los hijos sobre la satisfacción con la vida parece depender de diversas condiciones. El primer hijo (y, en ciertas culturas, especialmente si se trata de un varón) genera mayor satisfacción cuando la pareja tiene relaciones estables. La maternidad adolescente o los hijos indeseados suelen resultar en menor satisfacción. (LORA et al. 2008, p.74).

A presença indispensável da dimensão “ambiente”, em seu sentido amplo, enquanto conjunto sistêmico das esferas físicas, naturais e sociais que permite a reprodução da vida e o desenvolvimento das diversas atividades humanas, portanto o meio em que vivemos, em quase totalidade dos estudos sobre a qualidade de vida é porque a qualidade ambiental é fundamental, à sustentabilidade, à saúde e a qualidade de vida e ao bem-estar. Em última análise esta abarca todas as demais dimensões que possam ser consideradas. Neste sentido, é

importante se considerar para além da qualidade do ambiente a partir de aspectos quantitativos, algum *proxy* da qualidade ambiental, como a percepção, especialmente no sentido da racionalidade em relação ao ambiente.

As diferentes dimensões da qualidade de vida interagem-se a partir de estrutura sistêmica. A compreensão da interação de tais aspectos nesta estrutura é importante no sentido de facilitar o alcance da eficácia das políticas, gastos e esforço para o alcance da qualidade de vida.

Portanto, realizar essa análise dos principais temas e aspectos considerados nos estudos de qualidade de vida serviu como embasamento para a seleção do que considerar neste estudo sobre a qualidade de vida em Uberlândia. Logo, ficou explícita necessidade de se considerar aspectos que contemplem a multidimensionalidade da qualidade de vida. Sendo que optou-se por valorizar a satisfação com a vida.

## 5. ENQUADRAMENTO DE UBERLÂNDIA: IDH, IMRS E FATORES RELACIONADOS CONVERGENTES COM OS ADJETIVOS DE UMA CIDADE SAUDÁVEL/SUSTENTÁVEL

*Tudo o que é valioso na sociedade humana depende da oportunidade para o desenvolvimento concedida ao indivíduo. Albert Einstein (1879 – 1955)*

Ainda que apresente algumas deficiências como a periodicidade muito longa, somente a cada dez anos, já que utiliza informações do Censo Demográfico do IBGE, enquanto um indicador sintético, centrado em três pilares básicos: nível de renda, educação e longevidade, o IDH e, mais especificamente o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), viabiliza uma aproximação de objetivo daquilo que essencial à qualidade de vida, afinal o desenvolvimento humano agrega recursos para o crescimento qualitativo e quantitativo da sociedade, o qual viabiliza a satisfação das necessidades humanas básicas.

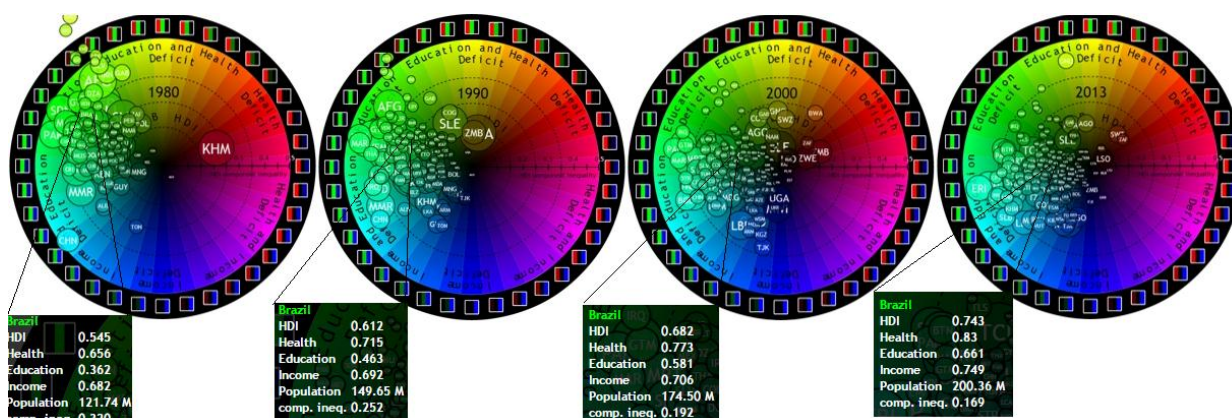
Conforme destaca Herculano (2000, p.15) este índice possui pressupostos óbvios como: “quanto maior a instrução, maior a informação e a predisposição para a ação positiva; quanto mais universalmente distribuída à educação, menos concentrada será a renda; quanto mais assistida uma pessoa - em nutrição, saúde, saúde pública, salubridade no trabalho, segurança contra formas de violência - mais longa sua expectativa de vida”. Desta forma, o IDH pode servir como um ponto de partida, pois segundo as UN (2013, p.4)

Podemos, por uma questão de conveniência, usar muitos indicadores simples de desenvolvimento humano, assim para não desprezar viáveis úteis e atalhos- o IDH pode nos dizer muito mais sobre a qualidade de vida humana do que o PIB, mas não devemos ser inteiramente satisfeitos com o ganho imediato capturado por estes atalhos em um mundo de prática contínua. Avaliar a qualidade de vida é um exercício muito mais complexo do que o que pode ser capturado através de um único número, não importa o quão criterioso é a seleção de variáveis a serem incluídas, bem como a escolha do procedimento de ponderação do IDH, com base em apenas três variáveis com uma regra muito simples para a ponderá-los, mas a busca não pode terminar aí. (tradução nossa).

Tal índice atende aos pré-requisitos necessários aos bons indicadores (abrangência, comparabilidade, confiabilidade, reprodutividade e periodicidade) sendo que a partir dele são ponderadas informações sobre educação, longevidade, renda que servem para compreender a situação do município de Uberlândia no contexto estadual, nacional e mundial.

A conjuntura global do IDH, pode ser visualizada pelo “*Colorful Development: RGB-coded Multidimensional HDI*” criado por Csala Dénes<sup>146</sup>, para representar as mudanças e as desigualdades/ desequilíbrio dos componentes, do desenvolvimento humano nas últimas 3 décadas, a partir modelo de cores RGB, onde é atribuída a cada uma das 3 componentes do IDH, uma cor, a saber: vermelho (a saúde como o índice menor do que a renda ou a Educação) a verde (a Educação como o menor índice e um azul) a renda como o menor. E o diâmetro das bolhas é proporcional ao déficit agregado do IDH, ou seja, quanto maior a bolha de um país, menor o seu IDH (figura 33).

**Figura 33** - Evolução do IDH no sistema RGB (1980-2013).



**Fonte:** [https://csaladenes.wordpress.com/2015/01/09/colorful-development-dynamic-graphs/\(2015\).](https://csaladenes.wordpress.com/2015/01/09/colorful-development-dynamic-graphs/(2015).) Adaptado por: Alves (2015).

Observa-se pela combinação de bolhas grandes e o déficit nos componentes do IDH, pela cor em que se insere no RGB, que a maioria dos países do mundo tem alguma sombra de verde ou azul, o que significa que a educação é, em geral, o menor dos três componentes do IDH. Entre os países que se inserem na cor ciano (azul esverdeada também chamada de verde-água ou azul-piscina) esse déficit na educação é combinado com baixa renda, cujos países, de modo geral, também têm bolhas grandes, ou seja, baixo IDH. Grosso modo, ao longo do período considerado nota-se maior concentração de países na cor ciano, o que mostra um aumento no déficit da renda, em outras palavras, o PIB não está melhorando tão

<sup>146</sup> Mais informações em: <http://blog.csaladen.es/colorful%20development%20combined.html>

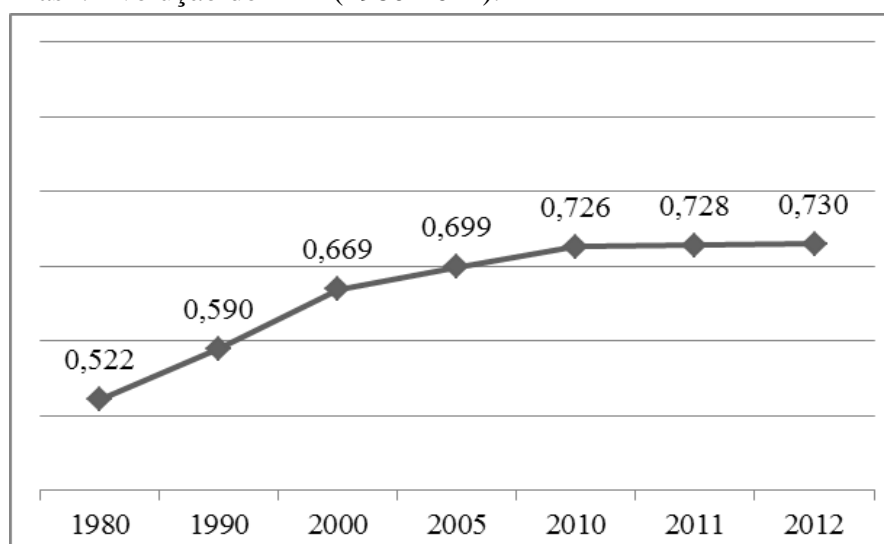


rápido quanto o acesso a cuidados de saúde ou educação. Com foco nos déficits de saúde, esses são menos constantes, sendo mais comuns nos países da região da África Austral, afetados pela AIDS. (DÉNESAS, 2015).

Segundo as Nações Unidas (2013) o ritmo de avanço do IDH tende a desacelerar nos países que já galgaram níveis mais altos e manter-se relativamente mais forte nos países com níveis de IDH mais baixos. Contudo, a manutenção da evolução do IDH, está associada a investimentos públicos em infraestrutura e em setores como saúde e educação, criando ciclos virtuosos, em que o crescimento e as políticas sociais se reforçam mutuamente. Por isso, as Nações Unidas (2013) alertam para o fato de que a alta desigualdade de renda reduz a potencialidade deste ciclo e, por conseguinte deve ser sanada, com investimento em recursos humanos, para permitir a todas as pessoas o acesso aos requisitos básicos de desenvolvimento humano.

No período de 1990 a 2012, considerando 187 países o Brasil subiu 23 posições no *ranking* do IDH passando da 62ª para a 85ª posição. Apesar de se inserir no grupo de alto desempenho o IDH de 0,73 em 2012 indica que o país possui um IDH médio<sup>147</sup>. Destaca-se ainda que o IDH do Brasil insere-se abaixo da média da região da América Latina e Caribe (0,741), a qual é a segunda maior média mundial inferior apenas a da região da Europa e Ásia Central (0,771), gráfico 5.

**Gráfico 5** - Brasil: Evolução do IDH (1980-2012).



**Fonte:** Atlas Brasil/PNUD (2013). **Org.** Alves (2015).

<sup>147</sup> O IDH varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Onde a classificação dos países/estados/municípios ocorre segundo 4 categorias de índices: de até 0,499 indica desenvolvimento humano baixo; entre 0,500 e 0,799 indica desenvolvimento médio; entre 0,800 e 0,899 são considerados de alto desenvolvimento humano; a partir de 0,900 até 1 são considerados de elevado desenvolvimento humano (PNUD, 2011).

O avanço deste índice, após a década de 1990, dentre outros fatores, relaciona-se com a conjuntura econômica do país, especialmente pelo controle da inflação e pelas políticas públicas que viabilizaram investimentos no setor educacional e da saúde, o que implicou na elevação dos padrões de vida e ampliação das relações internacionais do país. Porém, a progressão deste índice tende a ser mais lenta, tal como ocorre nos países desenvolvidos, ainda que no caso brasileiro as desigualdades ainda permaneçam e os índices sejam relativamente bem inferiores aos países que ocupam as primeiras colocações, como a Noruega, que possui expectativa de vida de 81,1 anos, média de 12,6 anos de escolaridade e PIB per capita de US\$ 47.557<sup>148</sup>. O que deixa o país mais longe do alcance do legítimo desenvolvimento, que entre outros valores deve pautar-se na coesão social e na equidade, de modo a permitir a todos a viverem com autonomia. (UN, 2013).

Ao considerar a evolução do IDHm em seus cinco níveis de desenvolvimento em relação à população residente em todos os municípios brasileiros nas últimas décadas, figura 34, observa-se a ocorrência de importantes mudanças positivas na esfera municipal, como as descritas pelo estudo da OPAS/OMS (2014, p. 26), a saber:

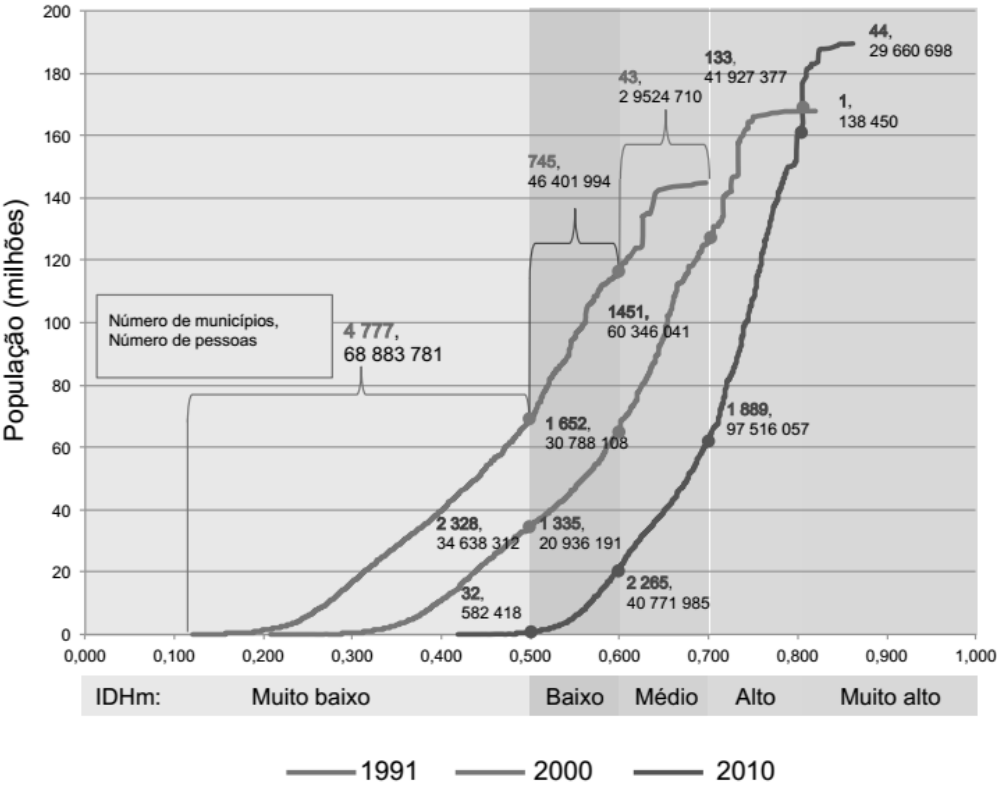
A primeira é a rápida transição de grandes parcelas da população vivendo em municípios com indicadores muito desfavoráveis, para indicadores favoráveis de desenvolvimento. Esta é refletida no deslocamento horizontal das 3 curvas, da esquerda (1991) para a direita (2010). A segunda mudança observada é a verticalização das curvas, o que indica redução das desigualdades. É importante destacar que, em 1991, quase 80% da população do país viviam em municípios onde o IDHm era baixo ou muito baixo. Esse percentual, em 2010, caiu para 11% da população brasileira. Por outro lado, em 1991, nenhum município chegou a ter IDHm alto ou muito alto, mas em 2010 foram 1.933 municípios classificados dessa maneira, incluindo mais de 67% da população do país.

Considerações semelhantes em relação ao crescimento do IDH e seus componentes (renda, educação e longevidade) podem ser ponderadas para os estados e os municípios brasileiros. Para os anos de 1991, 2000 e 2010, o estado de Minas Gerais apresentou índices semelhantes, ligeiramente superiores aos do Brasil, já o município de Uberlândia apresentou índices maiores, sendo que em 2010 o IDH nas três escalas inseria-se na faixa de alto desenvolvimento humano. Em termos absolutos, a educação foi a dimensão que mais cresceu, porém continua com índices inferiores aos índices de longevidade e renda, o que comprova que esta ainda continua como um gargalo ao desenvolvimento, conforme o gráfico 6.

---

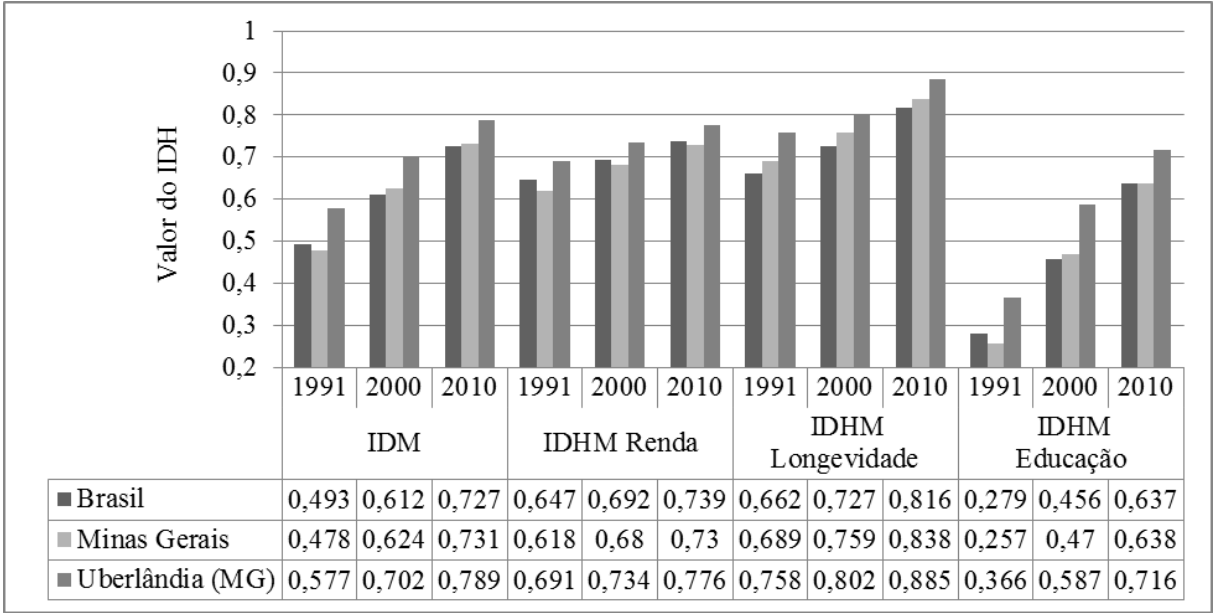
<sup>148</sup> Ao longo do ano de 2013 o valor do dólar oscilou entre R\$ 2,0 e R\$ 2,36.

**Figura 34** - Brasil: Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHm), segundo população acumulada de 5.565 municípios (1991, 2000 e 2010).



Fonte: OPAS/OMS (2014).

**Gráfico 6** - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Evolução do IDH e suas dimensões (1991-2010).

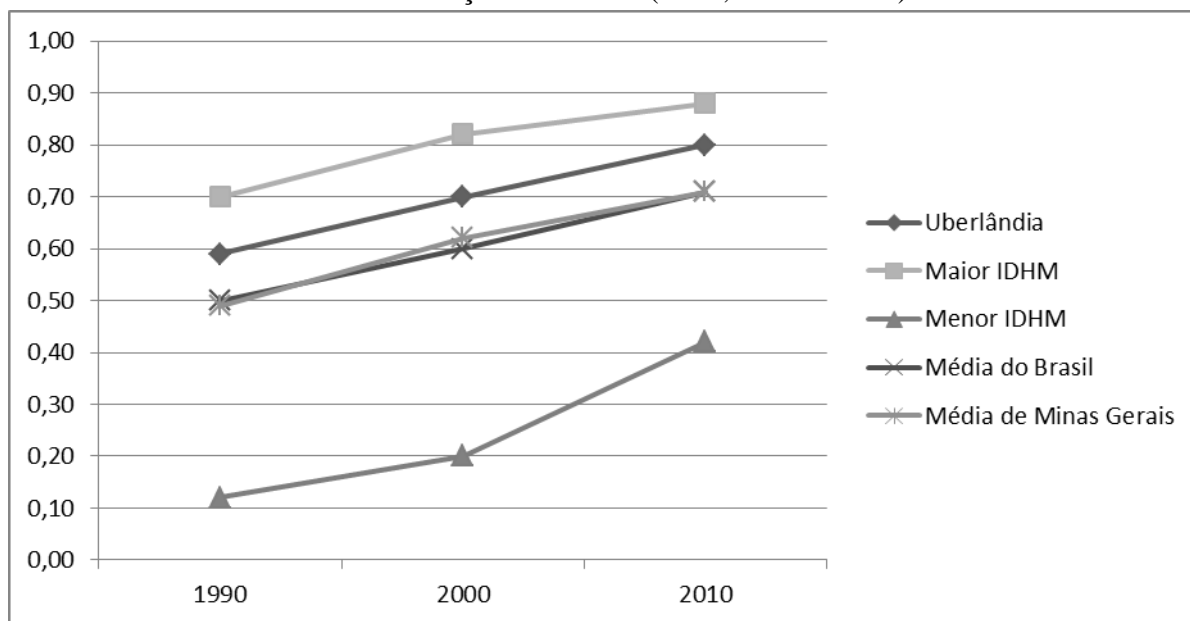


Fonte: Atlas Brasil/PNUD (2013). Org. Alves (2014).

Para o ano de 2010 segundo informações do PNUD (2013) dentre os 26 Estados e o Distrito Federal, Minas Gerais ocupava a 9<sup>o</sup> posição. No âmbito do estado de Minas Gerais, dentre os 853 municípios mineiros, Uberlândia ocupa a 3<sup>a</sup> posição, sendo que 2 (0,23%) municípios (Lavras e Itajubá) estavam em situação melhor ou igual e 851 (99,77%) municípios estavam em situação pior, já entre os 5.565 municípios brasileiros, Uberlândia ocupava a 71<sup>a</sup> posição, com 70 (1,26%) municípios melhor classificados e 5.495 (98,74%) municípios em situação igual ou pior.

Ao considerar, mais pormenorizadamente, o IDHM de Uberlândia em relação aos maiores e menores valores do IDHM e às médias estaduais e nacionais, ainda que não alcance os maiores valores, a tendência é de aproximação destes, conforme o gráfico 7. Segundo o Pnud (2013) “Uberlândia teve um incremento no seu IDHM de 36,74% nas últimas duas décadas, abaixo da média de crescimento nacional (47%) e abaixo da média de crescimento estadual (52%). O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 50,12% entre 1991 e 2010”.

**Gráfico 7** - Uberlândia-MG: Evolução do IDHM (1990, 2000 e 2010).



**Fonte:** Pnud, Ipea e FJP (2014) a partir de Atlas Brasil/PNUD (2013).

Igualmente podemos considerar a conjectura brasileira e uberlandense na perspectiva dos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), conjunto de objetivos e metas comuns, pautados no desenvolvimento humano e nos benefícios das gerações futuras, a serem alcançados até 2015, válidos da escala global a local, considerando as 189 nações que firmaram (2000) e reafirmaram (2010) o compromisso em buscar alcançá-los. Em um

contexto geral, a região latinoamericana apresentou progressos e alcançou as metas estabelecidas para o período na maioria dos objetivos. Já com foco no domínio interno da região da América Latina, especialmente considerando o Brasil, a maioria das metas foi alcançada, sendo que apenas a referente à igualdade de gênero e à escolaridade ficaram distantes de serem alcançadas.

Com foco em Uberlândia, segundo informações do PNUD<sup>149</sup> (portalodm, 2015), o percentual de alcance das metas dos ODM no município foi elevado, algumas ultrapassaram a faixa estipulada. Porém, outras como a meta 7 do ODM 6 apesar de “ter detido e começado a reverter a propagação do HIV/AIDS, até 2015” não foi alcançada, porque seu alcance estava condicionado à “diminuição ou manutenção constante do número de casos de AIDS nos três últimos anos”.

### **5.1.O Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS)**

O Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) desenvolvido pela Fundação João Pinheiro (FJP) e assim como o IDH expressa a realidade social e econômica, de certa forma, o nível de desenvolvimento de determinado local, e pode subsidiar o planejamento das políticas públicas e a alocação de recursos financeiros, materiais e humanos. O IMRS consiste em um índice-síntese composto por um conjunto de subíndices (IMRS- saúde, IMRS- educação, etc.), obtidos a partir de indicadores das áreas de saúde, educação, segurança pública, finanças municipais, meio ambiente e habitação, esporte e turismo, renda e emprego, assistência social e cultura. Os índices podem variar de 0 a 1, valores que representam, respectivamente, a pior e a melhor situação. Abrangendo todos os 853 municípios do estado de Minas Gerais, com periodicidade bianual a partir do ano 2000.

Para a construção do IMRS, conforme destaca a FJP, apesar das dificuldades para a obtenção de dados, com periodicidade curta e em fontes alternativas (como registros administrativos municipais)<sup>150</sup>, que atendessem aos requisitos necessários de uma boa informação: abrangência temporal e geográfica, validade (grau de aproximação entre o indicador e o conceito ou fenômeno a ser medido); confiabilidade; sensibilidade (grau de

<sup>149</sup> O PNUD é uma de desenvolvimento global da ONU, que trabalha para ajudar e coordenar os esforços de nos países para o alcance do desenvolvimento humano, empoderamento de vidas e construção de nações mais fortes e resilientes. Entre as áreas do PNUD Brasil, está a coordenação do Grupo de Trabalho sobre ODM do Sistema ONU, apoiando e participando de diversos projetos sociais do governo ligados diretamente aos esforços para o cumprimento dos ODM.

<sup>150</sup> O IMRS reúne informações dispersas e em diferentes formatos nos diversos órgãos e instituições, facilitando sua utilização pelo setor público e pela sociedade em geral.

variabilidade no curto prazo); factibilidade (em termos dos custos); tempestividade, etc. (FJP, 2013). Juntamente com a elaboração do IMRS foi previsto “um plano de ação para promover a ampliação da abrangência e a melhoria dos registros. Espera-se que, ao longo do tempo, esse processo, além de melhorar as estatísticas e a consequente compreensão da realidade, contribua também para aprimorar o sistema de monitoramento” (FJP, 2000). Em 2013, a FJP destacou que “mesmo com os avanços já ocorridos nos sistemas de geração destas informações, elas ainda apresentam muitas deficiências” e que é mantido o propósito de “explicitar essas deficiências e, ao mesmo tempo, tentar promover a maior confiabilidade e abrangência desses registros”.

Logo, a construção do IMRS,

[...] envolve necessariamente arbitrar sobre indicadores componentes, pesos e padrões de referência para os indicadores. A escolha dos indicadores para compor os índices de cada dimensão tem levado em consideração as prioridades de programas e de políticas públicas das esferas de governo municipal, estadual e federal. Busca-se, ainda, selecionar indicadores que retratem não só a situação existente, mas também os esforços empreendidos para alterá-la. Da forma como foi concebido, o IMRS retrata a responsabilidade social conjunta das três esferas de governo. Só uma análise envolvendo outras informações poderá identificar a responsabilidade de cada ente da federação individualmente. (FJP, 2013).

Além disso,

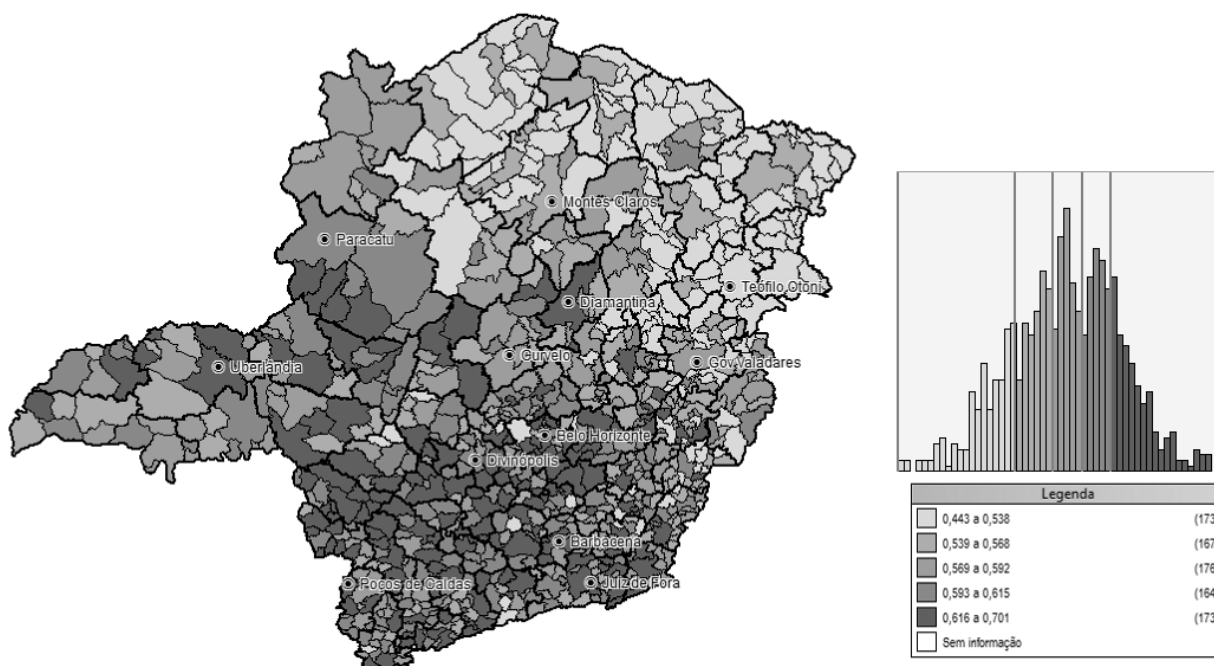
[...] muitas vezes, é necessária a utilização de proxies e procedimentos ad hoc para suprir lacunas nas séries de dados. Nesse sentido é que também foi tomada a decisão de calcular os índices a partir das médias de 3 anos dos indicadores. Por exemplo, no caso do IMRS 2010, seus índices foram calculados tomando-se a média simples dos indicadores referentes aos anos de 2009, 2010 e 2011. (FJP, 2013).

A base de dados IMRS é disponibilizada gratuitamente em forma de aplicativo pela FJP, em seu *site*. Pelo aplicativo pode ser escolhido o ano de referência, o tipo de informação ou o município, sendo que as informações podem ser exportadas para documentos em diferentes formatos como Excel. Além disso, são disponibilizados textos explicativos da construção do IMRS e de seus índices sintéticos e seus respectivos indicadores e pesos.

As mudanças ocorridas na construção do IMRS impedem a comparação do índice de 2010 com os demais. Sendo comparáveis apenas os índices de 2000 a 2006. No entanto, os todos indicadores da base são comparáveis.

Uberlândia está entre os municípios mineiros com maior IMRS, entre os 173 com IMRS igual ou superior a 0,616, figura 35, o município, juntamente com Carmo do Rio Claro, Santa Bárbara e Vazante, ocupa a 41ª posição, com um índice de 0,648.

**Figura 35** - Municípios Mineiros: Índice Mineiro de Responsabilidade Social (2010).



**Fonte:** IMRS/FJP (2013). **Org.:** Alves (2015).

Ao analisar a conjectura municipal ao longo dos anos para os diferentes aspectos, como os índices são comparáveis apenas entre 2000 e 2006. Para esse período verifica-se que de modo geral, ocorreram melhorias em Uberlândia, posto que o índice sintético final, passou de 0,646 em 2000 para 0,690 em 2006, em média 0,664 para o período. Dentre os subíndices, finanças municipais, saneamento habitação e meio ambiente, e saúde apresentaram valores crescentes no período. Já cultura e renda e emprego apresentaram uma queda no índice em 2004, mas com recuperação em 2006, quando o valor foi maior que os anos anteriores para a cultura, mas menor para renda e emprego. Por fim, para educação e segurança pública os índices apresentaram queda. Se considerado uma média dos subíndices para o período, destacam-se entre as maiores as referentes à cultura, emprego e renda e saúde, respectivamente.

Considerando de modo isolado os anos de 2008 e 2010. Para 2008, entre os maiores subíndices destacam-se os de emprego e renda e saúde e cultura, respectivamente; sendo que a segurança pública apresenta-se como o menor subíndice. Para 2010, renda e emprego, esporte turismo e lazer, e cultura, estão entre os maiores subíndices e a segurança pública como o menor (tabela 4).

**Tabela 4** - Uberlândia-MG: Índice Mineiro de Responsabilidade Social (2000-2010).

Índices	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Índice Mineiro de Responsabilidade Social	0,646	0,655	0,666	0,690	0,677	0,648
Assistência Social	sd	sd	sd	sd	0,706	0,552
Cultura	0,877	0,881	0,872	0,893	0,719	0,747
Educação	0,629	0,638	0,632	0,623	0,623	0,564
Esporte Turismo e Lazer	sd	sd	sd	sd	0,578	0,791
Finanças municipais	0,688	0,657	0,696	0,709	0,773	0,638
Saneamento Habitação e Meio Ambiente	0,414	0,526	0,553	0,628	0,662	0,730
Renda e Emprego	0,772	0,752	0,741	0,764	0,826	0,854
Saúde	0,598	0,615	0,674	0,714	0,801	0,695
Segurança pública	0,522	0,523	0,466	0,497	0,286	0,426

**Fonte:** IMRS/FJP (2013). **Org.:** Alves (2015).

## 5.2. A Renda

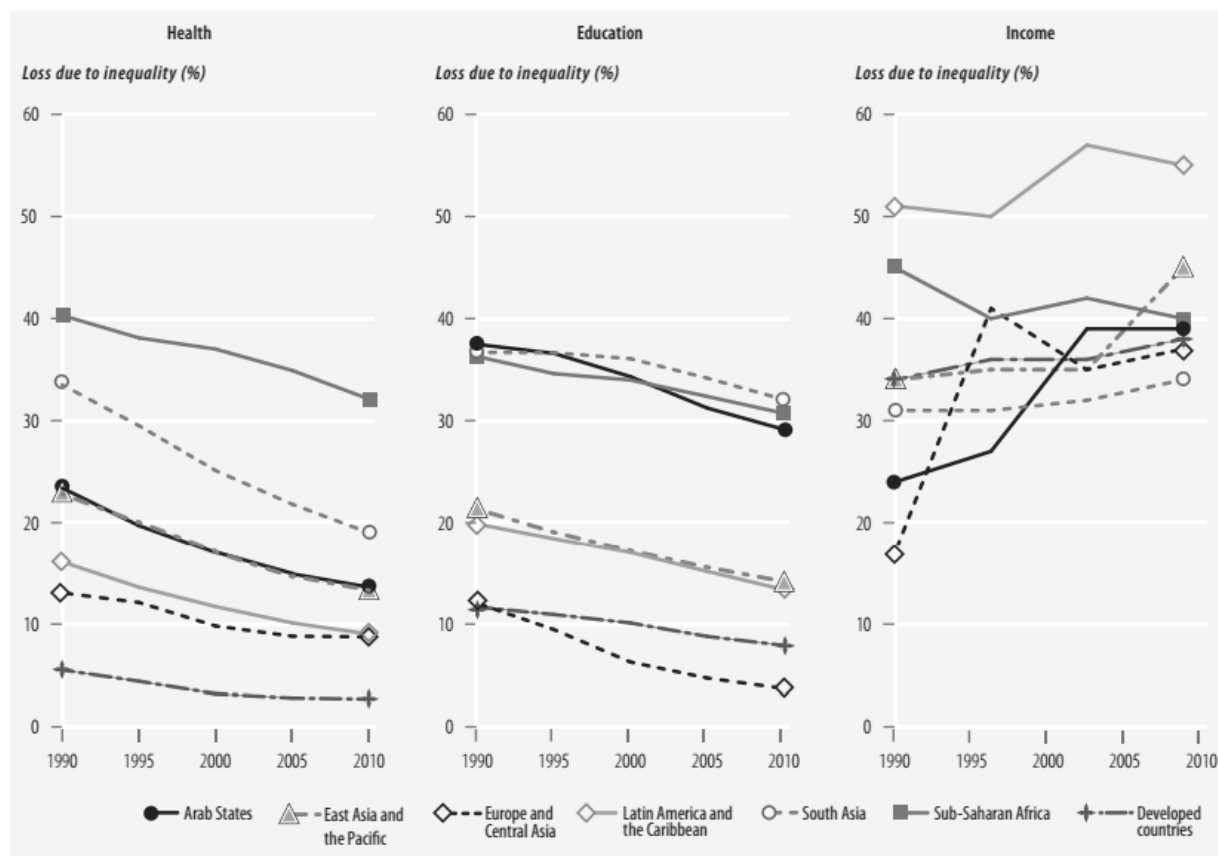
Globalmente, as desigualdades em saúde e educação têm tido maiores reduções do que em renda, figura 36, que, no contexto da América Latina, inclusive do Brasil, ainda mantém-se concentrada<sup>151</sup>, gráfico 8, gerando inequidades e inviabilizando o fortalecimento das pessoas e o investimento em recursos sociais básicos. Conforme, já atestado por autores como Amartya Sen, a desigualdade, e a pobreza intrínseca a ela, levam privação da liberdade de escolher a vida que se quer levar. Paradoxalmente, há que se destacar a chamada “ascensão do Sul”, ou seja, o progresso rápido e preponderância dos países do sul<sup>152</sup>, com destaque para o Brasil, no contexto mundial, cuja manutenção depende segundo as UN (2013), do estímulo à igualdade de voz permitindo a participação, o confronto às pressões ambientais e a gestão da mudança demográfica. Perspectiva também adotada por Dowbor (2014, s/p) que frente ao contexto de desigualdades, enfatiza que o desafio é “reorientar os recursos para financiar as políticas sociais destinadas a gerar uma economia inclusiva e para financiar a reconversão dos processos de produção e de consumo que revertam a destruição do meio ambiente”.

<sup>151</sup> Mais informações sobre a AL podem ser obtidas junto à Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (<http://www.eclac.cl/>), especialmente no documento “La Hora de la Igualdad...”. Segundo a instituição apesar da redução das taxas de pobreza e indigência no contexto da América Latina, estas ainda são inaceitáveis para muitos contextos, sendo necessária a busca por modelos de desenvolvimento mais sustentáveis. Segundo dados para os 18 países, os 10% mais ricos recebem 32% da renda total, enquanto os 40% mais pobres recebem 15%.

<sup>152</sup> Tais economias emergentes geralmente são designadas por siglas, como: BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), IBAS (Índia, Brasil e África do Sul), Civets (Colômbia, Indonésia, Vietnã, Egito, Turquia e Sul África) e Mist (México, Indonésia, Coreia do Sul e Peru).

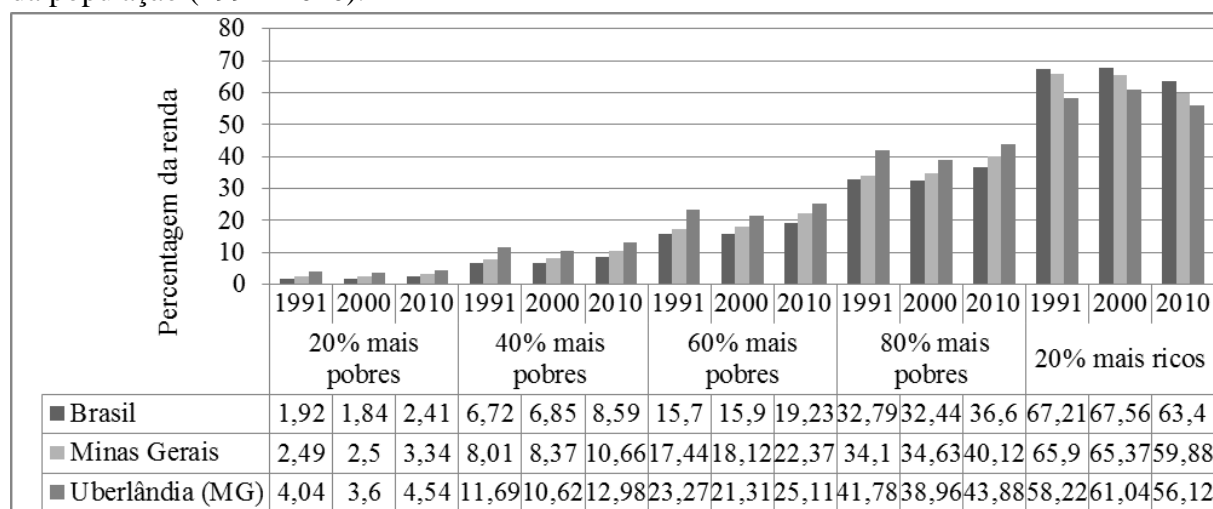


**Figura 36** - Desigualdades em saúde, educação e renda em regiões selecionadas (1990 a 2010).



Fonte: UM (2014).

**Gráfico 8** - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Porcentagem da renda apropriada por estratos da população (1991 -2010).



Fonte: Atlas Brasil/PNUD (2013). Org.: Alves (2015).

Sobre a concentração de renda no Brasil, podem ser feitas considerações a partir da observação porcentagem da renda apropriada por estratos da população, gráfico 8. A maior parte da renda, mais de 50%, fica com a minoria (20%) mais rica. Sendo que, no contexto de Uberlândia é ligeiramente menor a proporção da renda com os mais ricos, se comparado com o estado e com o país, escala em que é relativamente maior concentração de renda, fator que influencia negativamente no acesso as oportunidades materiais (habitação, alimentação, etc.) e imateriais (por exemplo, conhecimento) que capacitam para o desenvolvimento humano. Pois, segundo a WHO (2008) e Banco Mundial (2006) apud UN (2013) as oportunidades e os resultados são interdependentes, oportunidades desiguais leva a resultados desiguais; fato evidenciado pela associação entre desigualdade de renda e as desigualdades em saúde, educação e nutrição “Equal outcomes cannot be achieved without equal opportunities, but equal opportunities cannot be achieved when households have unequal starting points”. (UN, 2013, p.16).

Além disso, é consenso que a capacidade humana, se aproxima de sua liberdade e propriedade para desafiar a conjectura, que por vezes, leva à aniquilação das oportunidades para a vida.

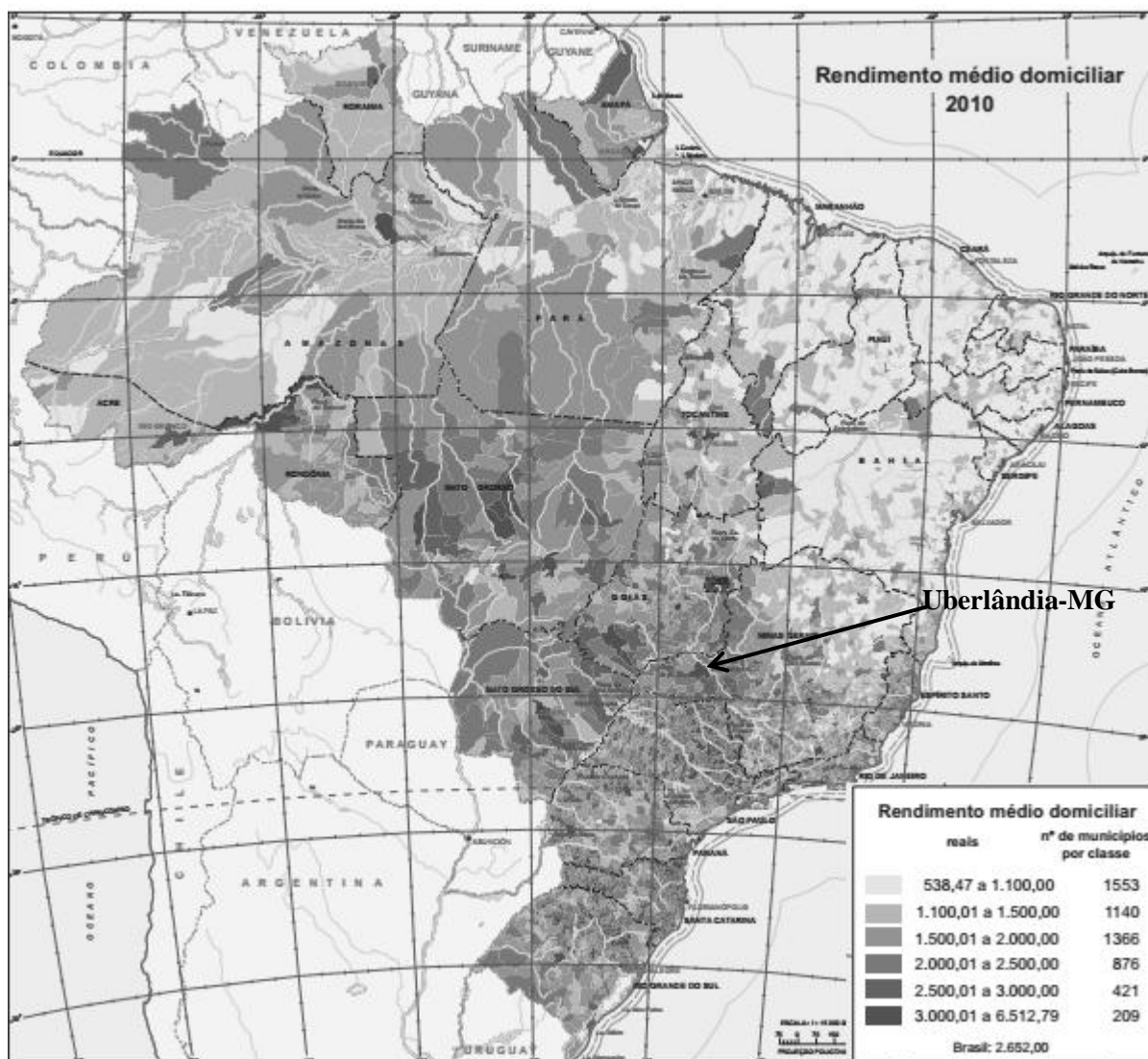
Ainda sobre a renda, nas últimas duas décadas é claro seu aumento no contexto brasileiro. A renda per capita média anual da população brasileira (obtida por meio da soma de todos os rendimentos do domicílio divididos pela quantidade de moradores)<sup>153</sup> passou de R\$447,56 em 1991, para R\$592,46 em 2000, para R\$793,87 em 2010, atingindo, o valor de R\$871,77 em 2012, bem como o PIB nacional per capita a preços correntes, que passou de US\$7175 em 1990 para a casa dos US\$10000 em 2010, e para US\$11279 em 2012<sup>154</sup>. Para o período de 2000 a 2010, os valores da renda e do PIB per capita, no contexto de Minas Gerais passaram de R\$548,87 para R\$749,69 e de R\$ 5580,13 para 17931,89, respectivamente; em Uberlândia a primeira passou de R\$768,83 para R\$1.001,45 e o segundo de R\$10327 para

<sup>153</sup> Conforme alerta o IPEA, o PIB per capita e a renda disponível bruta per capita não são os melhores indicadores para avaliar o padrão de vida dos brasileiros, porque esses indicadores consideram fontes de renda de todos os agentes da economia, como governo, empresas e instituições sem fins lucrativos. Acrescenta-se também o fato de que estes indicadores acabam mascarando as desigualdades.

<sup>154</sup> Destaca-se que no ano de 1990 em substituição ao cruzado novo foi instituída como moeda brasileira o cruzeiro, vigente até 1993, quando foi criado o cruzeiro real, que foi substituído em 1994 pelo real. Para conversão das moedas brasileiras consultar: < <http://www.igf.com.br/calculadoras/conversor/conversor.htm>>. Já para a conversão das moedas brasileiras em dólar consultar: <<http://www.yahii.com.br/dolar.html>>. Destaca-se ainda que a tendência é de crescimento, mais informações podem ser obtidas no sitio [www.bcb.gov.br](http://www.bcb.gov.br). Porém, conforme alertam especialistas este crescimento tende a ser menor do que o da renda per capita, o que pode não ser muito sustentável, posto que enquanto o PIB contabiliza a renda produzida pelas empresas, pelo governo e a diferença entre exportação e importação, a renda per capita, mede exclusivamente a renda as famílias. Fonte: <<http://www.sae.gov.br/site/?p=18503#ixzz31J6VXMd6>> e <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=17424&Itemid=75](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=17424&Itemid=75)>.

R\$18295,7<sup>155</sup>. Tais valores do PIB, asseguraram ao município, colocações entre os 5 maiores do estado e os 20 maiores país. A variação espacial do rendimento médio mensal domiciliar no Brasil pode ser observada na figura 37.

**Figura 37** - Brasil: Rendimento médio mensal – domiciliar nos municípios (2010).



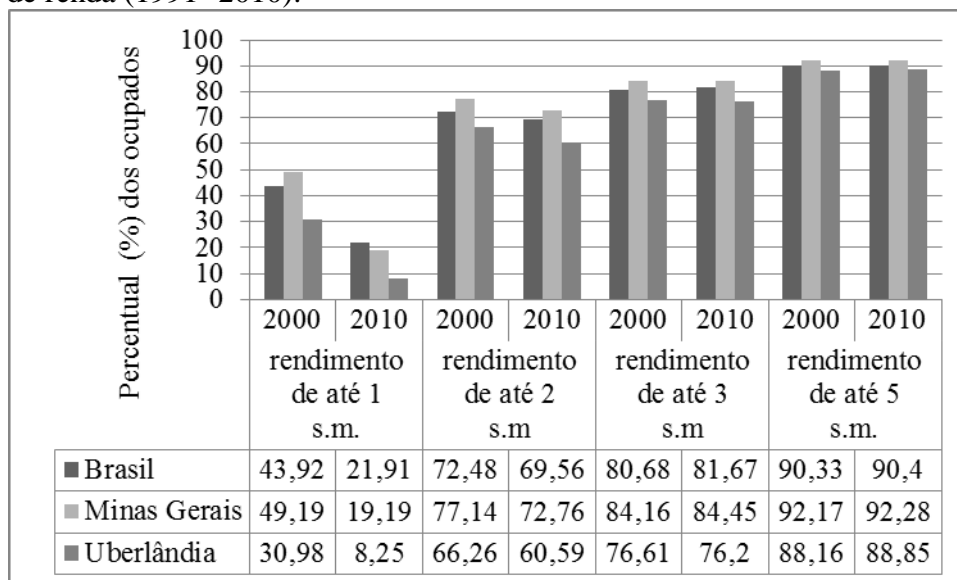
Fonte: IBGE (2010). In: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>.

Verifica-se que os maiores rendimentos médios encontram-se na porção Centro-Sul do Brasil, cujas médias estão acima de R\$ 2.000,00. Uberlândia está entre os municípios com os maiores rendimentos médios, entre 3.001,00 e 6.512,00. O percentual dos ocupados com 18 anos ou mais por faixa de renda, gráfico 9, mostra a evolução do rendimento médio, onde se

155 No ano de 1991 a variação da cotação da moeda brasileira, na época o Cruzeiro, em relação ao dólar americano variou entre janeiro e dezembro de cerca de 200,00 a 1000,00. No ano de 2000 quando a moeda brasileira já era o real a variação foi de 1,76 a 1,95. Em 2010 esta foi de 1,81 a 1,69. E em 2015 foi 2,59 a 3,96. Mais informações podem ser obtidas no site do banco central: <<http://www4.bcb.gov.br/pec/taxas/port/ptaxnpsq.asp?id=txcotacao&id=txcotacao>>.

tem que o percentual das pessoas com renda de até 1 salário mínimo teve redução significativa entre 2000 e 2010.

**Gráfico 9** - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: percentual dos ocupados com 18 anos ou mais por faixa de renda (1991 -2010).



**Fonte:** Atlas Brasil/PNUD (2013). **Org.:** Alves (2015).

Estudo realizado pelo governo brasileiro (BRASIL/SAE, 2012) aponta que a associação entre o crescimento econômico e o aumento da renda tem contribuído para que o país alcance o 1º ODM das UN, bem como para a melhoria da distribuição de renda. Este fator está diretamente associado ao consumo, em um primeiro momento de alimentos, cujos reflexos são sentidos na condição nutricional da população e, por conseguinte na saúde. Para o contexto brasileiro, segundo o Instituto Data Popular,

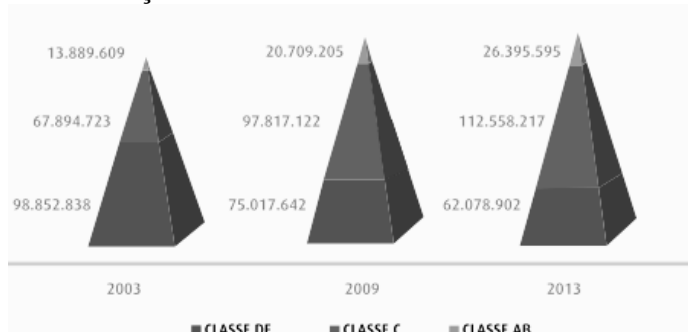
[...] em 2010, as famílias brasileiras gastaram R\$ 2,1 trilhões com consumo. Em oito anos, a participação da classe C subiu de 25,77% para 41,35% do total consumido pelas famílias brasileiras, enquanto a classe AB viu sua fatia recuar de 58,51% para 42,88%. Segundo projeções do governo, até 2014, 56% da população brasileira estará na classe C, o que equivale a um exército de 113 milhões de pessoas. Em 2009, eram 95 milhões de brasileiros nessa classe social. (PORTELLA, 2011, s/p).

Contudo, conforme alerta a UN (2013) a partir da análise entre renda e desempenho em setores como educação e saúde: em maior ou menor grau, a renda e o crescimento econômico, são importantes, mas não os únicos fatores para o desenvolvimento destes setores e para o bem-estar; os quais, por sua vez, podem ter impactos positivos na situação futura. Neste sentido, a UN (2013, p.129) enumera uma vasta literatura (Alesina e Rodrik, 1994; Banerjee e Iyer, 2005; Acemoglu e Robinson, 2012; Pritchett, 2004; Miller, 1997; Easterly,

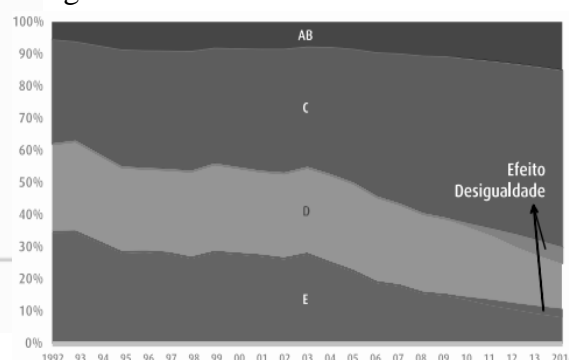
2001; Banco Mundial WDR, 2009), em que é ressaltado o papel das instituições na escolha e fornecimento de bens públicos essenciais, a partir dessas diversas dimensões da governança: (a) a voz e prestação de contas, (b) a estabilidade política e ausência de violência, (c) eficácia do governo, (d) regulamentar qualidade, (e) Estado de direito, e (f) controle da corrupção.

Esta melhoria em relação à distribuição de renda, graças às políticas de inclusão social e transferência de renda, que permitiram uma evolução das classes econômicas conforme as figuras 38 e 39, implica em vários benefícios para além das melhorias nas condições de vida.

**Figura 38** - Aumento de pessoas nas classes C e AB e redução das Classes DE



**Figura 39** - Redução do efeito desigualdade.



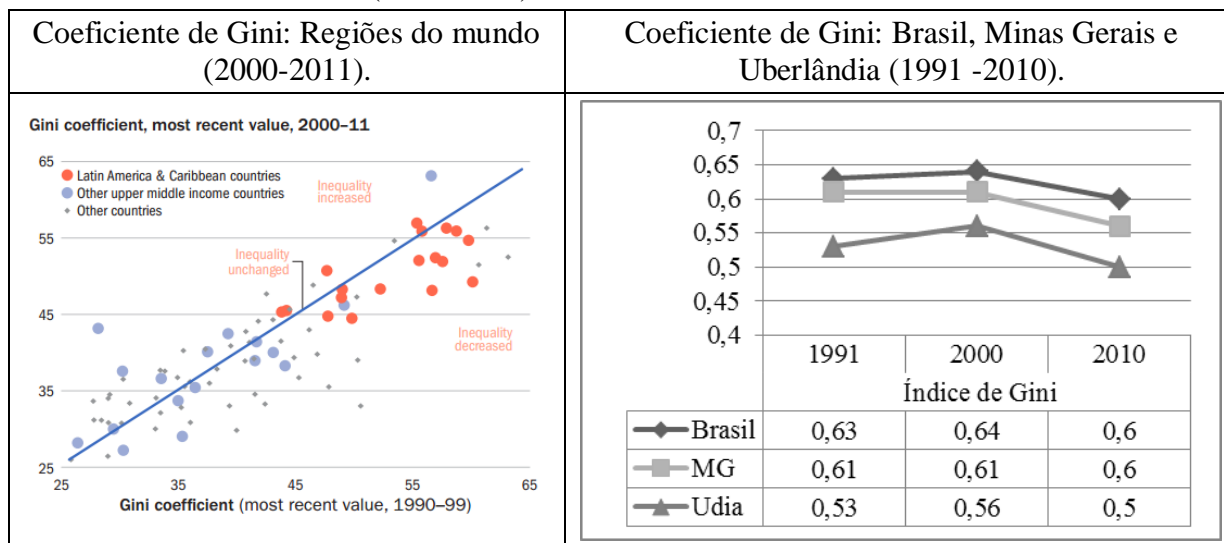
**Fonte:** SAE (2014), a partir dos microdados da PNAD/IBGE.

Contudo, a renda ainda mantém-se concentrada, afinal historicamente o país tem sido marcado por uma grande desigualdade, tal como aponta o Índice de Gini<sup>156</sup>, figura 40.

O índice aponta que no contexto local a concentração de renda é menor do que no contexto estadual e nacional, contudo nas três escalas ainda é considerada alta em relação aos padrões internacionais recomendados. Ao longo dos anos considerados, verifica-se que entre 1991-2000 as desigualdades aumentaram, com crescimento da concentração de renda, a qual teve uma relativa queda entre 2000-2010. Porém, considerado em todos os contextos há reduções nestes índices.

<sup>156</sup> Usado para medir o grau de concentração de renda entre os mais pobres e os mais ricos. Onde o 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e 1 a completa desigualdade, com a renda com 1 ou poucos indivíduos.

**Figura 40** - Coeficiente de Gini segundo regiões do mundo (2000-2011) e segundo Brasil, Minas Gerais e Uberlândia (1991-2010).



**Fonte:** UN(2013); Atlas Brasil/PNUD (2013). **Org.:** Alves (2015).

Apesar da importância da renda para a qualidade de vida, conforme destaca a Sen (1992) apud UN (2013) esta pode não ser suficiente, demandando de outros indicadores, que permitam avaliar as desigualdades “horizontais ou desigualdades entre os grupos”<sup>157</sup> e de bem-estar, posto que estes não dependem apenas da renda, mas também várias circunstâncias físicas e sociais, nas palavras do autor

The problem of concentrating on inequality of incomes as the primary focus of attention is that the extent of real inequality of opportunities that people face cannot be deduced from the magnitude of inequality of incomes, since what we can or cannot do, can or cannot achieve, do not depend just on our incomes but also on a variety of physical and social characteristics that affect our lives and make us what we are” (SEN,1992, p.28 apud UN, 2013, p.26).

Nesta perspectiva, ganha espaço a noção de equidade, no sentido de prover a igualdade de oportunidades e evitar a privação de bens como saúde, educação, de modo a viabilizar que as potencialidades humanas possam ser desenvolvidas, rompendo com o ciclo vicioso da reprodução das desigualdades a partir de fatores não escolhidos, como sexo, cor, classe social e deficiência.

<sup>157</sup> A desigualdade intergrupos foi estudada pelo francês Stewart, mais informações podem ser obtidas em: Stewart, F. and A. Langer (2007). “Horizontal Inequalities: Explaining Persistence and Change”, Centre for Research on Inequality, Human Security and Ethnicity. CRISE Working Paper No. 39. Oxford: University of Oxford.

### 5.3. O Quadro Demográfico

Conforme alerta as UN (2013) o comportamento demográfico, nomeadamente o envelhecimento populacional<sup>158</sup> e a taxa de dependência<sup>159</sup>, consistem em fatores de grande relevância, que devem ser considerados pelos países, posto sua influência para o desenvolvimento. A conjuntura de transição demográfica já é realidade, especialmente nos países desenvolvidos, tem implicações negativas em vários setores e demanda de medidas paliativas, afinal, de um lado, o aumento da expectativa de vida leva ao “envelhecimento na idade ativa” e de outro a redução da taxa de fecundidade<sup>160</sup> leva a redução da PEA, criando assim uma série de dificuldades socioeconômicas, sobretudo nos setores previdenciário e de saúde.

No gráfico 10, verifica-se que apesar da elevação da taxa de envelhecimento nos três níveis geográficos, a razão de dependência especialmente em Uberlândia, mas também no Brasil e em Minas Gerais apresentou diminuição em seus valores entre 2000 e 2010. Em Uberlândia, além de estar a reduzir esta ainda é pequena, o que, dentre outros fatores, pode estar relacionado à dinamicidade da cidade, que atrai população em idade ativa. Esta conjectura, presente nos países menos desenvolvidos, cria o chamado “dividendo demográfico”, que no, entanto demanda de ações como investimentos em educação para que de fato possa trazer benefícios. Sobre essa “janela de oportunidade” para obter benefícios do “dividendo demográfico”, as UN (2013, p.11-12) esclarece que

Girls' education, for instance, is a critical vehicle of a possible demographic dividend. Educated women tend to have fewer, healthier and better educated children; in many countries educated women also enjoy higher salaries than uneducated workers. [...]Addressing these demographic challenges will require raising educational attainment levels while expanding productive employment opportunities—by reducing unemployment, promoting labour productivity and increasing labour force participation, particularly among women and older workers.

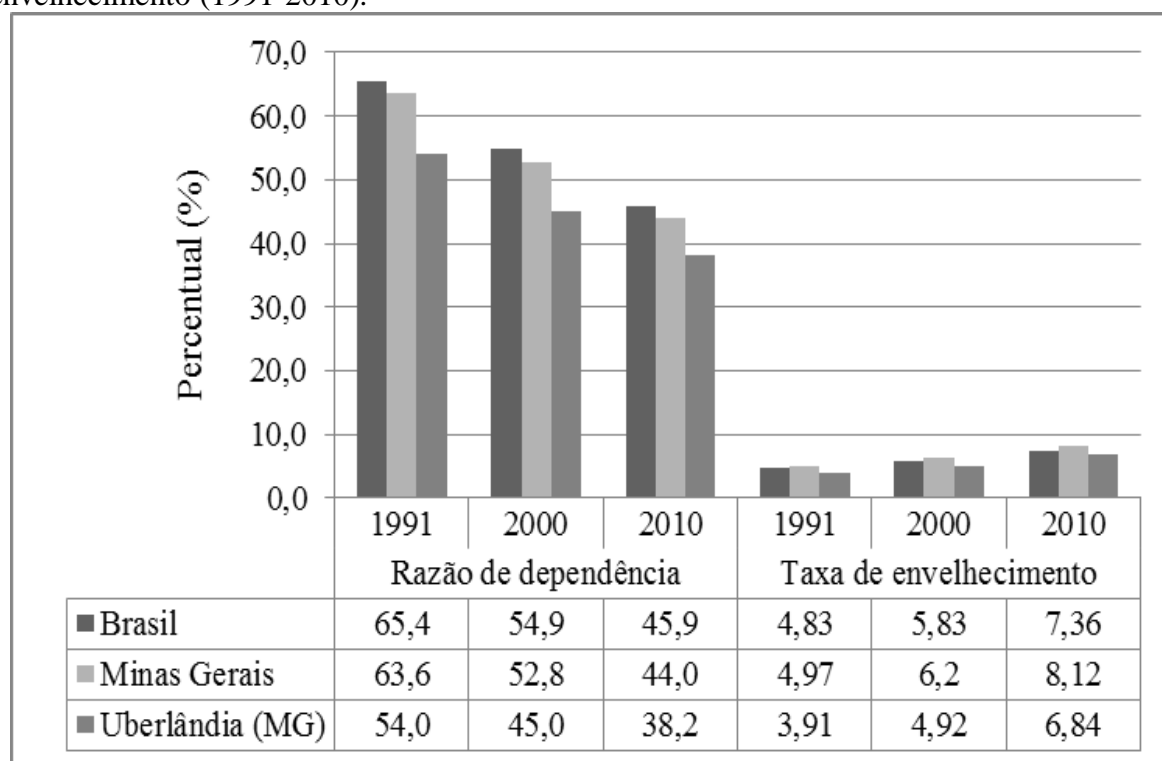
Além disso, destaca-se a importância de que essa população mais jovem exerça pressão para a instalação de equipamentos urbanos sociais.

<sup>158</sup> É considerado a partir da razão entre a população de 65 anos ou mais de idade e a população total multiplicado por 100.

<sup>159</sup> É considerada a partir do percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

<sup>160</sup> A taxa de fecundidade é definida como o número médio de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher durante o período reprodutivo (15 a 49 anos de idade).

**Gráfico 10** - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Razão de dependência e taxa de envelhecimento (1991-2010).



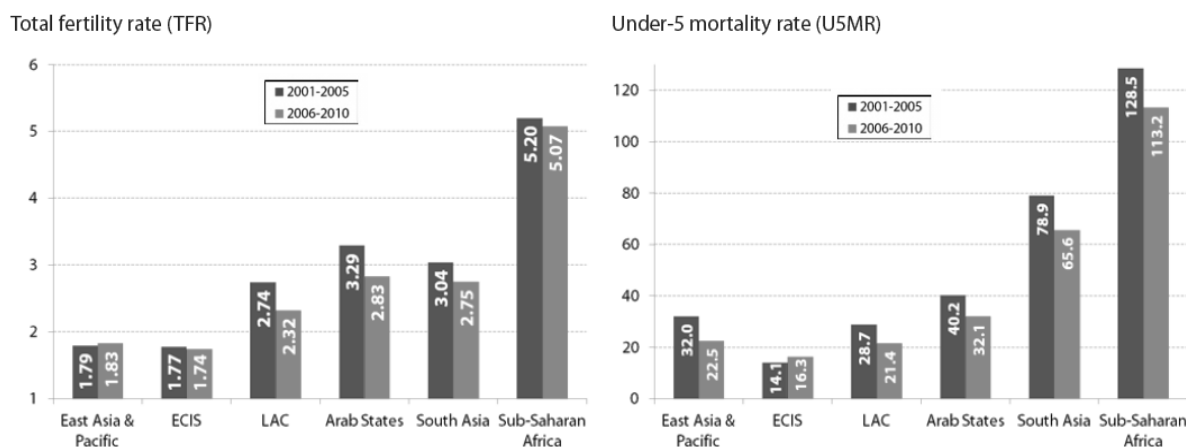
**Fonte:** Atlas Brasil/PNUD (2013). **Org.:** Alves (2015).

Ainda no âmbito da dimensão demográfica, por serem reflexo e condição das circunstâncias socioambientais, merecem destaque a taxa de fecundidade, mortalidade crianças menores de 5 anos e esperança de vida ao nascer. Sobre estas dimensões, o Banco Mundial e as UN, utilizam as duas primeiras para avaliar a saúde, nos países do mundo.

Para a escala global, gráfico 11, de acordo com a UN (2013), essas taxas que já são baixas nos países desenvolvidos, e vem reduzido nos países em desenvolvimento, entre os quais a redução tem sido mais rápida na América Latina e no Oriente Médio, em comparação as demais regiões. Considerando a realidade local, Uberlândia, esta apresenta as menores taxas de fecundidade e de mortalidade dos menores de 5 anos e maiores expectativas de vida, em relação às escalas estadual e nacional. Tais indicadores na escala local possuem a mesma tendência daqueles em locais mais desenvolvidos.



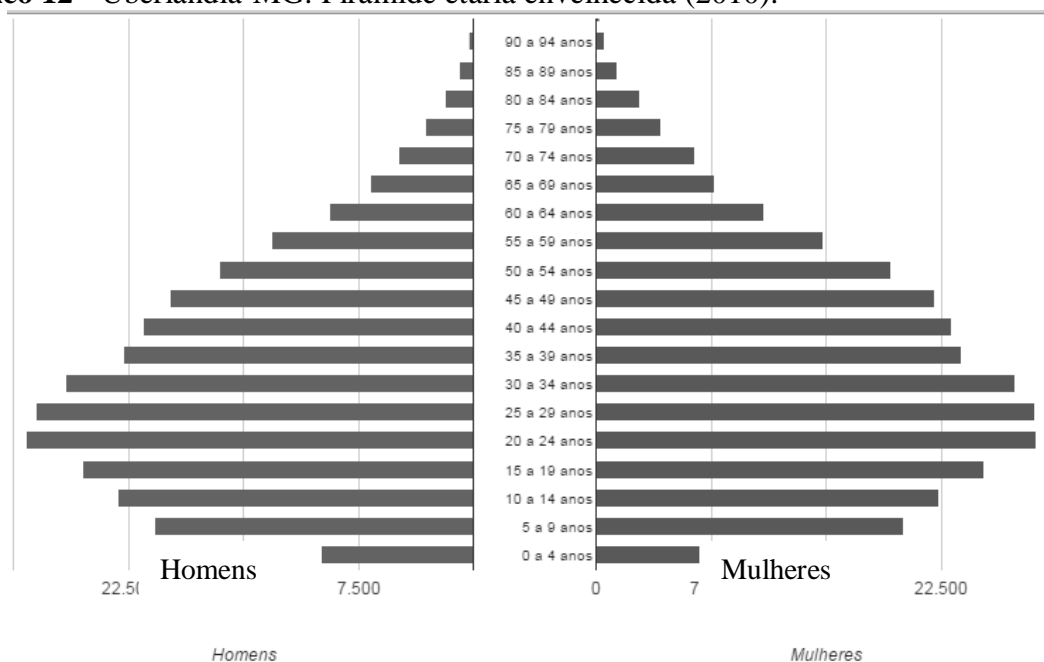
**Gráfico 11** - Regiões selecionadas: Taxa de fertilidade e taxa de mortalidade (2001-2005 e 2006-2010).



Fonte: UN (2013)

Com foco na taxa de fecundidade, a tendência é que a população brasileira, de modo geral, tenha cada vez menos filhos. Em 2000, a taxa de fecundidade total girava em torno de 2 filhos por mulher, tanto no Brasil quanto em Minas Gerais e em Uberlândia. Em 2010, foram registrados valores abaixo do nível de reposição que é de 2,10 filhos, chegando a 1,8, 1,7 e 1,7 filhos, respectivamente. A atual pirâmide etária do município envelhecida, típica dos chamados países desenvolvidos, gráfico 12, cuja base apresenta-se mais estreita que o seu meio retrata tais mudanças no quadro demográfico de Uberlândia.

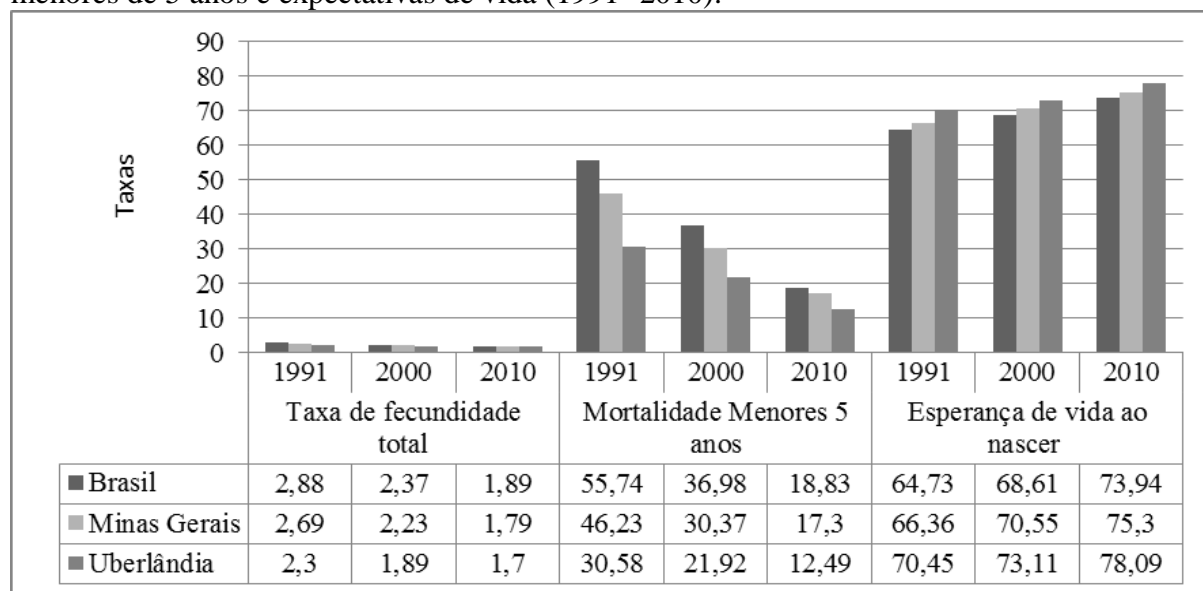
**Gráfico 12** - Uberlândia-MG: Pirâmide etária envelhecida (2010).



Fonte: IBGE (2010). In: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/>>

Para os óbitos de crianças, menores de cinco anos e menores de 1 ano de idade<sup>161</sup>, também o contexto é de decréscimo, especialmente após os anos de 1980, em função de vários fatores como a melhoria das condições de saúde, por exemplo, com a vacinação de rotina, as campanhas de vacinação, a cobertura por consultas de pré-natal, parto, pediatria neonatal etc. fornecidos pelo SUS, atendendo, sobretudo a população de menor renda. Assim como contribuíram para a redução da mortalidade das crianças, as melhorias infraestruturais e técnicas no sistema de saúde também tiveram reflexo no aumento da esperança de vida ao nascer, que está na faixa dos 75 anos de idade para a maioria dos municípios brasileiros e em Minas Gerais, e atingiu os 78,09 anos de idade em 2010 em Uberlândia (gráfico 12).

**Gráfico 13** - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Taxas de fecundidade, de mortalidade dos menores de 5 anos e expectativas de vida (1991 -2010).



**Fonte:** Atlas Brasil/PNUD (2013). **Org.:** Alves (2015).

Segundo a WHO, entre 2000 e 2010 infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, infecções respiratórias inferiores, doença pulmonar obstrutiva crônica, diarreia e HIV/AIDS se mantiveram como as principais causas de morte. Para a mortalidade em todas as faixa etárias, tabela 5, não há novidades em relação as taxa de mortalidade diferentes entre os sexos e ao longo dos anos. Entre os jovens, especialmente entre as idades de 20 a 29 anos, certamente a principal causa de óbitos são as mortes violentas, como assassinatos e os acidentes de trânsito, tal com aponta os estudos do IBGE e outros pesquisadores para o Brasil

<sup>161</sup> Destaca-se que para a mortalidade infantil os três níveis já ultrapassaram a meta mínima (de 17,9 óbitos) estabelecida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas para 2015. No entanto, a taxa ainda é bem maior que do que a de países desenvolvidos como Japão (3,14 óbitos por mil nascidos vivos), Suécia (3,18), França (4,10), Suíça (4,19) e Bélgica (4,44).

e a WHO (2013c) que destaca que os acidentes de trânsito custaram cerca de 3.500 vidas por dia em 2011 - cerca de 700 a mais do que no ano de 2000 - tornando-se uma entre as 10 maiores causas de morte em 2011. A Organização ainda destaca que os meninos são afetados três vezes do que as meninas. E recomenda que para a redução destes acidentes que sejam aumentados o acesso ao transporte público confiável e seguro, o rigor das normas de segurança da estrada (por exemplo, álcool e limites de velocidade), que sejam estabelecidas áreas seguras para pedestres ao redor de escolas e também que os motoristas passem a ser progressivamente graduados ao licenciamento para a condução.

**Tabela 5** - Brasil, Grande Região, Unidade da Federação e Município: Percentual de óbitos de pessoas que haviam residido com moradores dos domicílios particulares, segundo grupos de idade, sexo (2010).

Sexo, Local Idade (anos)	Brasil			Sudeste			Minas Gerais			Uberlândia		
	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total
<b>Menos de 1</b>	1,48	1,19	<b>2,67</b>	1,33	1,08	<b>2,41</b>	1,21	0,94	<b>2,15</b>	1,26	1,29	<b>2,55</b>
<b>1 a 4</b>	0,35	0,28	<b>0,63</b>	0,3	0,25	<b>0,55</b>	0,28	0,21	<b>0,49</b>	0,22	0,22	<b>0,44</b>
<b>5 a 14</b>	0,52	0,36	<b>0,88</b>	0,44	0,32	<b>0,76</b>	0,52	0,32	<b>0,84</b>	0,53	0,41	<b>0,94</b>
<b>15 a 19</b>	1,43	0,39	<b>1,82</b>	1,13	0,34	<b>1,47</b>	1,23	0,33	<b>1,56</b>	1,67	0,25	<b>1,92</b>
<b>20 a 29</b>	4,2	1,08	<b>5,28</b>	3,48	1,00	<b>4,48</b>	3,64	1,03	<b>4,67</b>	3,81	1,08	<b>4,89</b>
<b>30 a 39</b>	3,6	1,48	<b>5,08</b>	3,38	1,53	<b>4,91</b>	3,66	1,57	<b>5,23</b>	3,9	1,39	<b>5,29</b>
<b>40 a 49</b>	4,71	2,64	<b>7,35</b>	5,01	2,88	<b>7,89</b>	5,19	2,78	<b>7,97</b>	5,45	2,74	<b>8,19</b>
<b>50 a 59</b>	6,71	4,26	<b>10,97</b>	7,82	4,82	<b>12,64</b>	7,15	4,43	<b>11,58</b>	7,32	4,57	<b>11,89</b>
<b>60 a 69</b>	8,11	5,94	<b>14,05</b>	9,17	6,64	<b>15,81</b>	8,01	5,7	<b>13,71</b>	7,85	6,08	<b>13,93</b>
<b>70 a 79</b>	9,22	7,75	<b>16,97</b>	10,52	8,88	<b>19,4</b>	9,31	7,81	<b>17,12</b>	10,15	8,73	<b>18,88</b>
<b>80 a 89</b>	6,98	8,14	<b>15,12</b>	7,79	9,47	<b>17,26</b>	7,09	8,16	<b>15,25</b>	7,75	8,66	<b>16,41</b>
<b>90 a 99</b>	1,98	3,48	<b>5,46</b>	2,00	3,92	<b>5,92</b>	2,06	3,66	<b>5,72</b>	2,3	3,53	<b>5,83</b>
<b>100 anos ou mais</b>	0,15	0,37	<b>0,52</b>	0,12	0,33	<b>0,45</b>	0,18	0,39	<b>0,57</b>	0,22	0,25	<b>0,47</b>
<b>Sem declaração</b>	0,01	0,01	<b>0,02</b>	0,01	0,01	<b>0,02</b>	0,01	0,01	<b>0,02</b>	0	0	<b>0</b>

**Nota da tabela:** Considerados os óbitos ocorridos de agosto de 2009 a julho de 2010. **Fonte:** IBGE (2010). **Org.:** Alves (2015).

Além destas causas, a WHO (2014) destaca-se o suicídio, decorrente de depressões que se desenvolvem, principalmente até os 14 anos entre as principais causas da morte dos jovens (a primeira no caso de indivíduos do sexo feminino entre 15 a 19 anos e a terceira entre os do sexo masculino). Ocupando globalmente a terceira posição.

Historicamente, mais comuns entre as faixas etárias mais avançadas e uma causa de morte negligenciada, os suicídios cresceram cerca de 60% entre a década de 1960 e 2000, sendo a causa de morte de cerca de 1 milhão de pessoas por ano no mundo. No Brasil as taxas de mortalidade por suicídio aumentaram 29,5% no coeficiente de mortalidade por suicídio - o

número de suicídios para cada 100.000 habitantes em um ano- entre 1980 e 2006, sendo que segundo estimativas esta é a causa de 24 morte por dia no Brasil. Sendo que as tentativas, podem ser até 20 vezes mais que as mortes. (BOTEGA, 2010).

Até os 70 anos as taxas de mortalidade entre os homens são maiores, por isso, a expectativa de vida destes é menor do que das mulheres. Esta realidade segue a um padrão internacional, que inclusive, acarretou a criação do termo “feminização da velhice”. Não cabe aqui aprofundar, mas os motivos vão desde fatores genéticos, que favorecem as mulheres, até as diferenças entre os cuidados com a saúde, perpassando pelos comportamentos de risco, mais comuns entre os homens. Com isso, após os 80 anos predominam as mortes de mulheres. Sendo que para esta faixa etária as causas de morte mais comuns são: causas externas, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, infecções respiratórias inferiores, doença pulmonar obstrutiva crônica, etc.

Para o contexto global, ao correlacionar renda per capita e expectativa de vida, como um proxy de saúde, para os países membros da UN e outros territórios, com mais de 1 milhão de pessoas, verifica-se que a renda per capita brasileira encontra-se ligeiramente abaixo da média mundial, enquanto que a expectativa de vida é maior que a média global. Sendo que no cluster de países com características semelhantes, inclusive os latino-americanos, em linhas gerais, o país ocupa a posição intermediária.

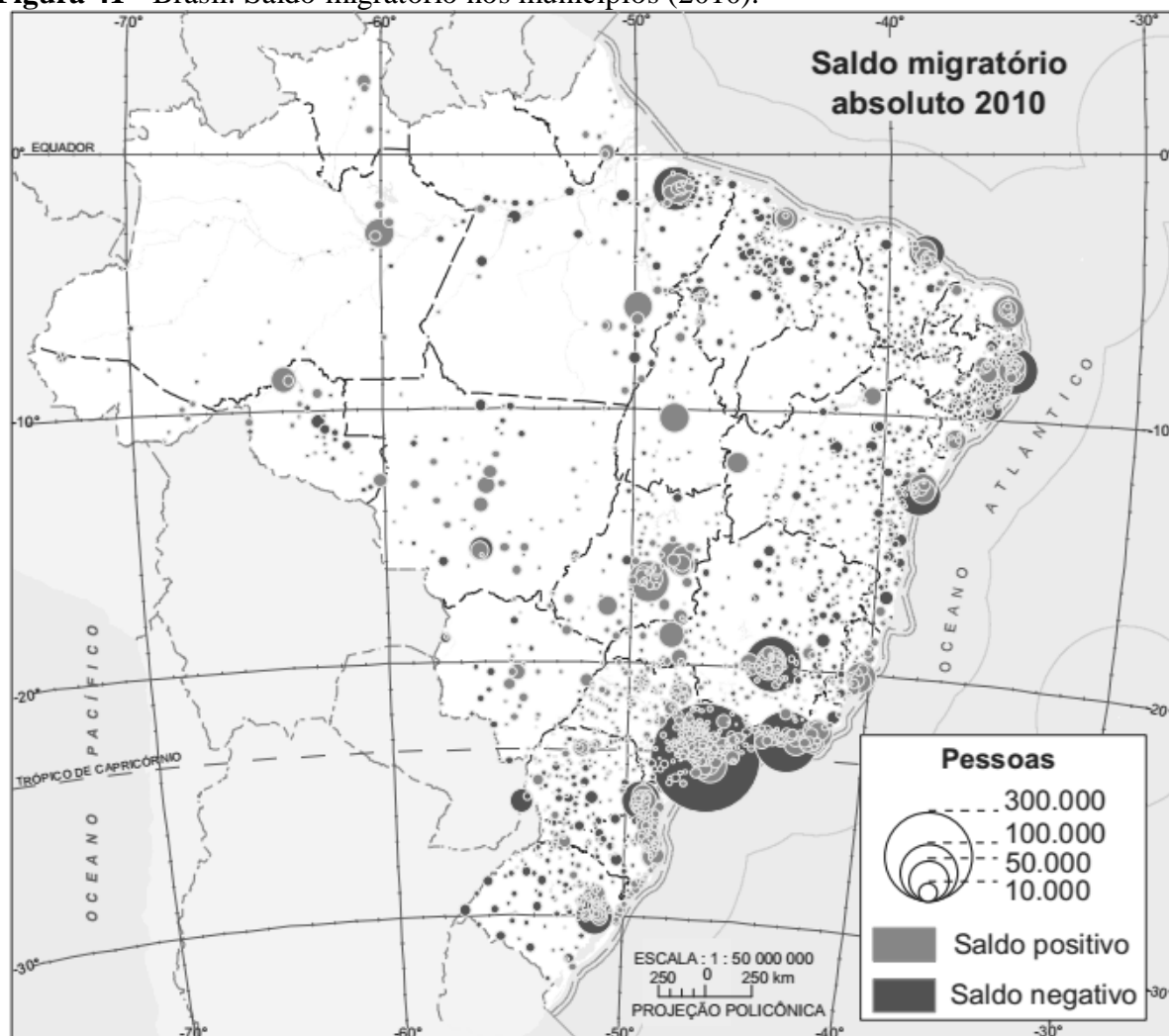
## 5.4. Migração

O crescimento demográfico de determinado local decorre do crescimento vegetativo e, sobretudo da migração, a qual transcorre em virtude dos fatores econômicos e sociais, e o desejo da melhoria das condições de vida, sendo obviamente maior nos locais mais dinâmicos, que, por conseguinte têm sua população composta majoritariamente por pessoas não naturais<sup>162</sup>, além disso, a migração propicia o rejuvenescimento e a diversificação populacional. Há algumas décadas o êxodo rural teve destaque na migração interna brasileira, atualmente destaca-se a migração urbana-urbana. Segundo o IBGE (2010) Uberlândia está entre os municípios brasileiros com saldo migratório positivo, cujo saldo migratório absoluto em 2010 foi entre 50.000 e 100.000 pessoas, figura 41.

---

<sup>162</sup> São consideradas “naturais” aquelas pessoas que nasceram no município aonde residiam na data do censo, e “não naturais” aqueles que não nasceram no município de residência. (NEDRU, 2013, p.88).

**Figura 41** - Brasil: Saldo migratório nos municípios (2010).



**Fonte:** IBGE (2010). In: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>.

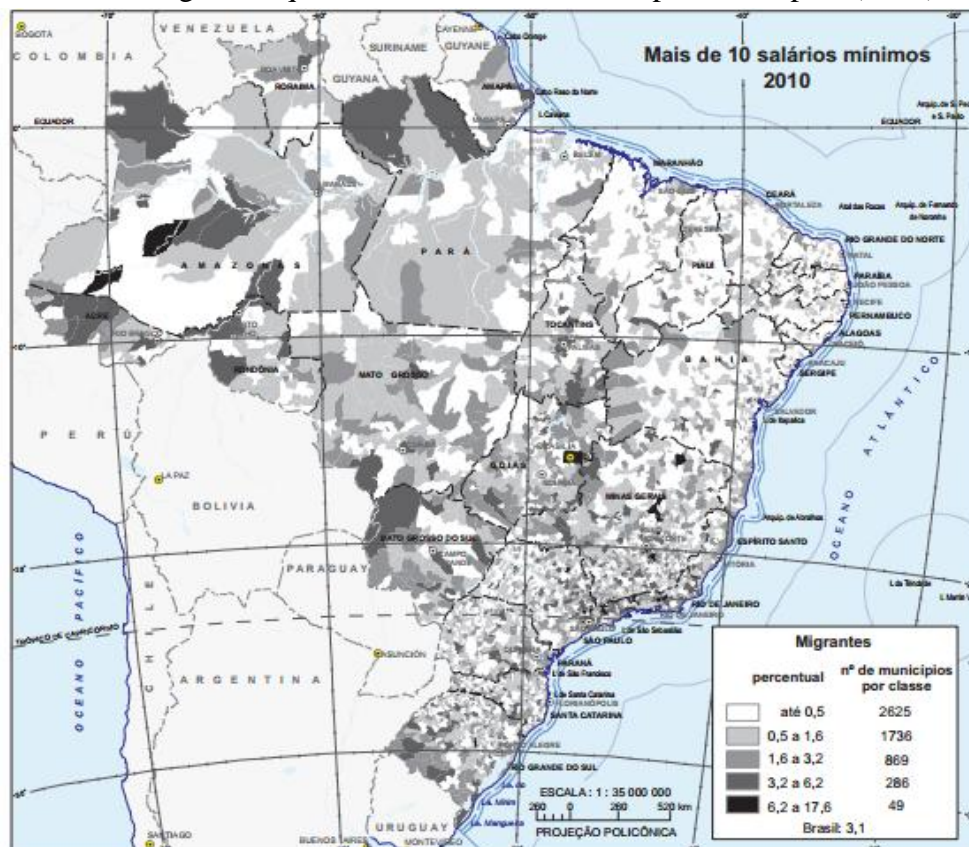
Conforme informações do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Regional e Urbano (NEDRU), considerando os microdados do censo demográfico (IBGE, 2010) o município de Uberlândia possui grande poder atrativo do TMAP, absorvendo durante o período 2000-2010, 36% dos imigrantes oriundos de outras partes de Minas Gerais, que ingressaram na mesorregião, enquanto as demais sedes microrregionais receberam, juntas, 35% desses imigrantes intraestaduais, e os demais municípios, 29%. Considerando os imigrantes (residentes há menos de 10 anos) em Uberlândia, 47% vieram de outros estados, 29% da própria mesorregião e 19% de outras partes de Minas Gerais (NEDRU, 2013).

As características sociais e econômicas do local guardam relações diretas com o grau de qualificação dos migrantes, que por sua vez, pode trazer impactos benéficos ou maléficos para o local que chegam. Com base em Castles (2000, p.272), os grupos sociais com maior propensão a migrar são aqueles com um nível médio de rendimento, que possuem certo

capital econômico para viajar, cultural para conhecer as oportunidades existentes, e social (ou redes) para, com sucesso, encontrar trabalho e lidar com um novo ambiente.

Para a realidade de Uberlândia os dados do censo demográfico (IBGE, 2010) mostram que a cidade está entre aquelas que atraem os migrantes com rendimentos acima de 10 SM, figura 42. Considerando tais grupos as possibilidades de ganhos são maiores.

**Figura 42** - Brasil: migrantes que recebem mais de 10 SM por municípios (2010).



Fonte: IBGE (2010). In: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>.

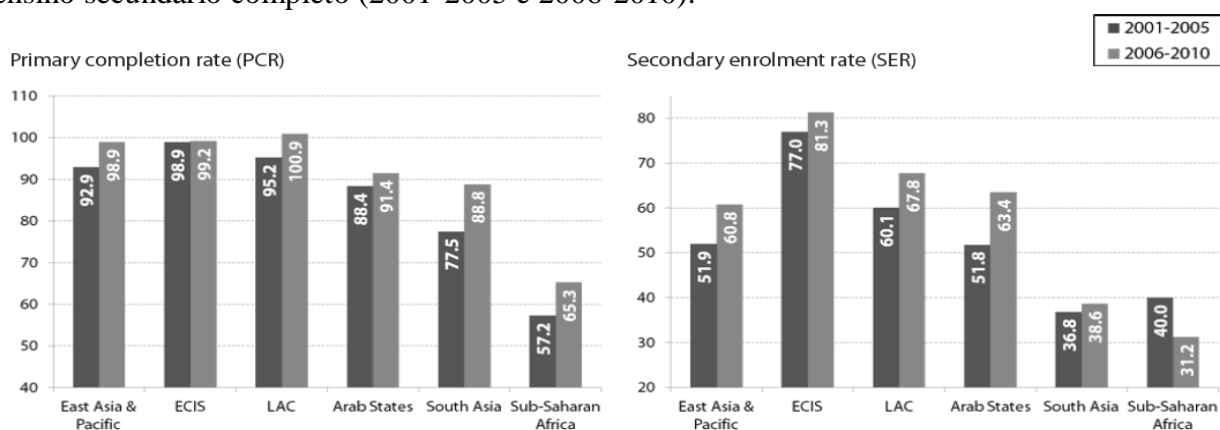
Por outro lado, altos índices migratórios de pessoas com baixo nível de qualificação, podem acabar sendo fator gerador de maiores demandas em diferentes setores ao município, sendo que, por vezes tais demandas, especialmente se não atendidas, podem implicar em problemas sociais. Sendo que em Uberlândia, com base no censo de 2010, apesar da existência de migrantes, cujos rendimentos são nulos ou abaixo de 1 SM, suas taxas não são expressivas e se situam abaixo da média nacional.

## 5.5. A Educação

Certo patamar de igualdade de renda é importante para o desenvolvimento e o bem-estar, contudo este depende também de outros fatores, como a educação, forma de melhorias na renda, especialmente a longo prazo<sup>163</sup>. Conforme reconhece as UN (2013, p.30) “a desigualdade na educação é um dos principais contribuintes para a desigualdade de renda e o mesmo é verdade para a saúde”, sendo que, educação e saúde são condições para a aquisição de “*capacidades*”. Muitos estudiosos reconhecem o acesso das mulheres à educação tem reflexos, entre outros setores, na saúde, por exemplo, na redução da mortalidade infantil, do baixo peso ao nascer e da fecundidade; e na economia, a partir de sua inserção no mercado de trabalho.

A educação é essencial ao desenvolvimento do capital humano, das competências do indivíduo e, conseqüentemente ao crescimento econômico (OECD, 2014), segundo o Banco Mundial ela estabelece bases para o crescimento sustentável. Para avaliá-la este organismo utiliza como indicadores: a taxa de conclusão do ensino primário e a taxa de escolarização secundária. E aponta conquistas importantes em relação à conclusão do ensino primário, cujas falhas já foram superadas em muitas realidades, nomeadamente aquelas como as políticas que valorizam esse setor, enquanto para o secundário ainda há lacunas a superar. Acrescenta que, logo o foco tende a voltar-se para os níveis mais elevados da educação (gráfico 14).

**Gráfico 14** - Regiões selecionadas: taxa de pessoas com ensino primário completo e com ensino secundário completo (2001-2005 e 2006-2010).

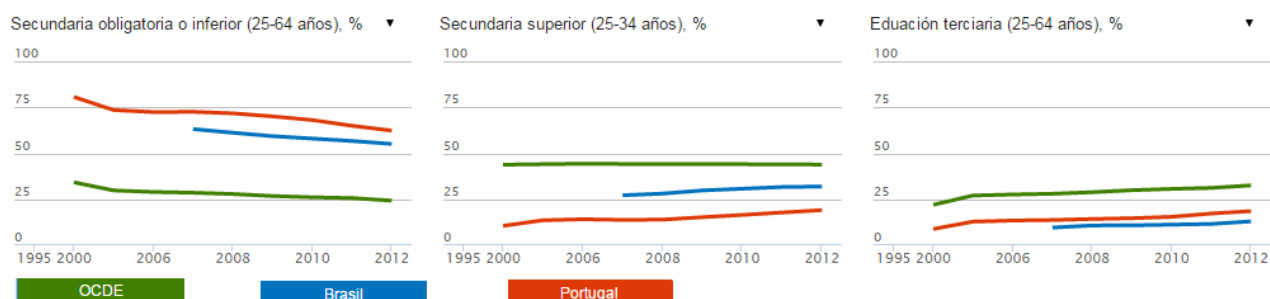


Fonte: UN(2013)

<sup>163</sup> No estudo do OCDE (2009) “Perspectivas Econômicas da América Latina”, é apontado que o aumento da escolaridade impulsiona o crescimento, aumenta a produtividade, o potencial de inovação, o PIB e o grau de democracia do país.

Ao analisar o nível de escolaridade da população adulta (25 a 64 anos) verifica-se que apesar de melhorias ao longo da segunda metade dos anos 2000, especialmente em relação à escolarização básica, cuja proporção é maior que daquela média dos países da OECD e se assemelha a de Portugal, ainda há muito que avançar, posto que a proporção da população com educação terciária ainda é baixa no Brasil, conforme o gráfico 15. O estudo *Education at a Glance* (OECD, 2014) apontou que quase um em cada seis adultos com 25-34 anos de idade nos países da OECD não tem as competências consideradas essenciais para funcionar na sociedade de hoje, e que a situação pouco mudou desde 2003.

**Gráfico 15** - Países da OECD, Brasil e Portugal: Proporção de pessoas adultas, segundo os três níveis de escolaridade (2000-2012).



Fonte: OECD (2014).

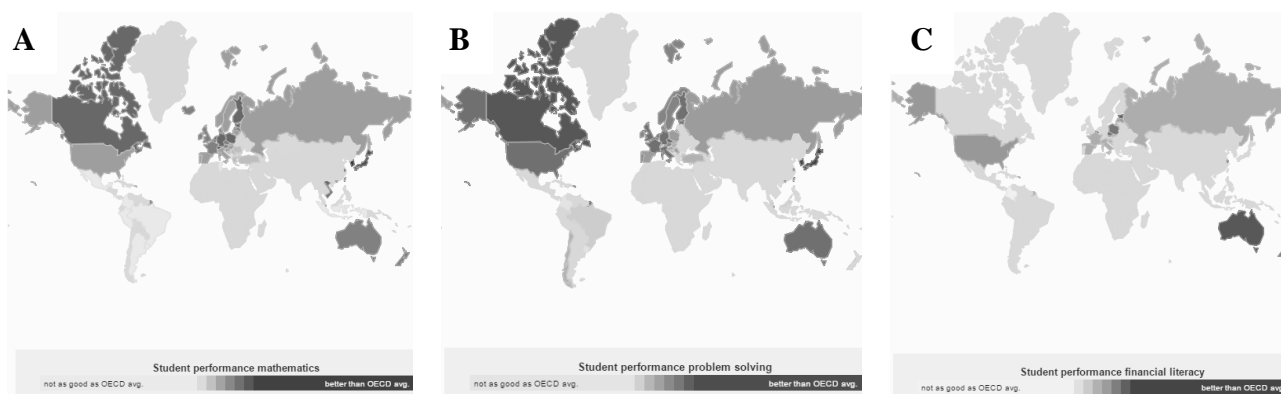
No contexto de um mundo globalizado também é necessário considerar as condições da educação brasileira em relação a outros países, realizar comparações internacionais, neste sentido destacam as Pesquisas conduzidas pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), o *Programme for International Student Assessment* (PISA) em português “Programme for International Student Assessment” e a *Teaching and Learning International Survey* (Talis), em português “Pesquisa Internacional sobre Ensino e Aprendizagem”. O PISA, ocorre a cada três anos, sendo que o Brasil teve participação nos anos de 2000, 2003, 2006, 2009 e 2012, e avalia a partir das áreas: Leitura (capacidade de compreender, usar e refletir sobre textos escritos), Matemática (capacidade de formular, empregar e interpretar a matemática em vários contextos para descrever, prever e explicar fenômenos) e Ciências (capacidade de identificar questões, adquirir novos conhecimentos, explicar fenômenos científicos, e tirar conclusões baseadas em evidências), a capacidade de aplicação dos conhecimentos inerentes a estas áreas em ambientes escolar, mas também em contextos fora da escola; e a Talis tem como base dados sobre o ambiente de aprendizagem e as condições de trabalho dos professores, o Brasil<sup>164</sup> participou em 2007 e em 2013, quando

<sup>164</sup> Além do Brasil mais 33 países foram avaliados.



contou com a participação de 14.291 professores dos anos finais do ensino fundamental (6º ao 9º ano) e respectivos diretores escolares (figura 43).

**Figura 43** - Mundo: Resultados dos estudantes no PISA 2012 em diferentes países do mundo. A) Performance em matemática, B) Performance em leitura, B) Performance em Ciências.



**Fonte:** OECD (2014).

Apesar de ainda continuar entre os países com piores avaliações no PISA, na 53ª posição, em 2009 e 58ª posição em 2012 entre os 65 países avaliados<sup>165</sup>, ao longo da década de 2000 a educação brasileira apresentou evolução de 33 pontos entre 2000 e 2009, e 1 ponto entre 2009 e 2012; a média brasileira passou 368 em 2000 para 401 pontos em 2009 e 402 em 2012. Sendo que, no contexto latinoamericano, a média brasileira é menor do que a de países como Chile, México, Uruguai e Costa Rica, maior apenas do que a da Colômbia e do Peru. O objetivo é que até 2021 o país alcance a pontuação média do PISA (INEP, 2014).

Considerando os resultados da Talis para o Brasil em relação a média global e dos países da OECD, tabela 6, em relação ao desempenho da função, destaca-se que o tempo médio dos professores trabalhando em sala de aula ou planejamento é maior, contudo a valorização destes profissionais bem como a satisfação dos mesmos é baixa, cujas médias são menores no Brasil. Além disso, apesar da elevada média de profissionais que revelaram ter participado de atividades de desenvolvimento profissional no último ano, muitos ainda carecem de habilidade para lidar com as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e com os estudantes deficientes.

<sup>165</sup> As melhores avaliações ocorreram na Austrália, Canadá, Estônia, Finlândia, Hong Kong-China, Japão, Coréia, Liechtenstein e Macau-China, que alcançaram altos níveis de desempenho e equidade. Mais informações em: <http://www.oecd.org/pisa/home/>

**Tabela 6 - Brasil e dos países da OECD: Variáveis avaliadas e a média da Talis (2013).**

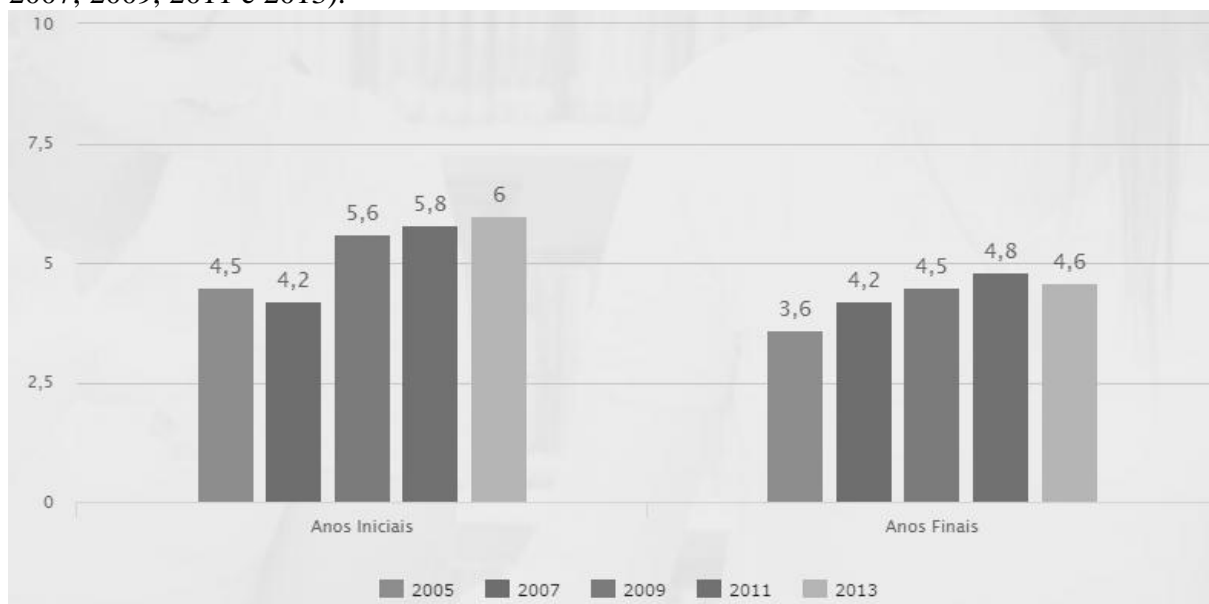
Variáveis	Média TALIS	Média OECD	Brasil
Professoras (%)	68,1	67	71,1
Diretoras (%)	49,4	44,6	74,5
Professores com formação ou programa de treinamento concluído (%)	89,8	89,2	75,8
Diretores que acreditam que a profissão de professor é valorizada pela sociedade (%)	44	37,4	24,8
Diretores que estão satisfeitos com seu trabalho (%)	95,6	95,7	92,2
Professores que participam de programa formal de indução (%)	48,6	41,5	32,4
Professores que tem um mentor designado (%)	12,8	9,5	33,7
Professores que são mentores de outros colegas (%)	14,2	12,3	6,4
Professores que realizaram o desenvolvimento profissional nos últimos 12 meses (%)	88,4	85,9	91,5
Professores que relatam um alto nível de necessidade de desenvolver as suas competências em TIC para o ensino (%)	18,9	19,9	27,5
Professores que relatam um alto nível de necessidade de desenvolver as suas habilidades para lidar com estudantes especiais (%)	22,3	22,5	60,1
Professores que relatam que o feedback tem aumentado com número de horas de desenvolvimento profissional que empreendem (%)	45,8	41,5	70,1
Professores que relatam que o feedback tem melhorado sua prática docente (%)	62	58	79,9
Professores que trabalham em escolas que utilizam algum tipo de avaliação formal (%)	92,6	90,2	86,6
Professores que tem suas salas de aula observadas diretamente nas escolas como práticas formais de avaliação (%)	94,9	92,3	92,9
Tempo em Classe gasto em tarefas administrativas, tais como marcação de presenças (%)	8	7,8	12,2
Tempo em Classe gasto em gestão de sala de aula (%)	12,7	12,8	19,8
Tempo em Classe gasto em tarefas de ensino/aprendizagem reais (%)	78,7	78,7	66,7
Professores que acreditam que podem ajudar seus alunos a valorizar a aprendizagem (%)	80,7	77,7	94,8
Professores que acreditam que podem ajudar seus alunos a pensar criticamente (%)	80,3	76,4	95,1
Professores que acreditam que a profissão docente é valorizado na sociedade (%)	30,9	25,2	12,6
Professores que estão satisfeitos com seu trabalho (%)	91,1	91,4	87
Idade media dos professores (anos)	42,9	44	39,2
Media de anos de experiência no trabalho como professor (anos)	16,2	17	13,6
Idade média dos diretores (anos)	51,5	52,4	45
Experiência dos diretores (anos)	8,9	9,2	7,3
Tempo de aula por semana (horas)	19,3	19,2	25,4
O tempo individual semanal gasto planejando e preparando aulas (horas)	7,1	6,7	7,1
Tempo gasto marcação e correção de trabalho ( horas por semana )	4,9	4,6	5,7

**Fonte:** OECD, 2013. In:< [http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=talis\\_2013%20#](http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=talis_2013%20#)>. **Org.:** Alves (2015)

Em âmbito nacional destacam como principais sistemas de avaliação da educação, considerando seus três níveis, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)<sup>166</sup>, o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e o Exame Nacional da Educação Superior (ENADE), respectivamente.

Considerando os resultados do IDEB 2013, gráfico 16, a nota nacional foi de 4,9 para os anos iniciais e de 4,0 para os anos finais nas escolas públicas, enquanto que nas escolas particulares, as notas médias foram de 6,7 e 5,9, respectivamente. Sendo que, obtiveram nota acima de 6,0 apenas 1.158 municípios para os anos iniciais e 23 para os anos finais. No Estado de Minas Gerais, que entre os Estados brasileiros, ficou na 1ª posição para anos iniciais e finais, somente 419 municípios obtiveram nota igual ou superior a 6,0 nos anos iniciais e 15 nos anos finais, sendo que Uberlândia na 362ª posição nos anos iniciais e na 483ª, nos anos finais, considerando os 853 municípios mineiros e na 965ª posição anos iniciais e na 1.297ª nos anos finais considerando os 5.565 municípios brasileiros.

**Gráfico 16** - Uberlândia-MG: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) (2005, 2007, 2009, 2011 e 2013).



**Fonte:** Ministério da Educação – IDEB (2014), a partir de Portal ODM (2014).

<sup>166</sup> De acordo com o INEP, em nível nacional o IDEB se equipara ao PISA, e tem como meta nacional atingir a nota 6,0 em 2021, o que se equipara ao nível de qualidade educacional, em termos de proficiência e rendimento (taxa de aprovação), da média dos países desenvolvidos (média dos países membros da OCDE) observada atualmente. O IDEB combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado no último ano das séries iniciais e finais do ensino fundamental, e variar de 0 a 10.

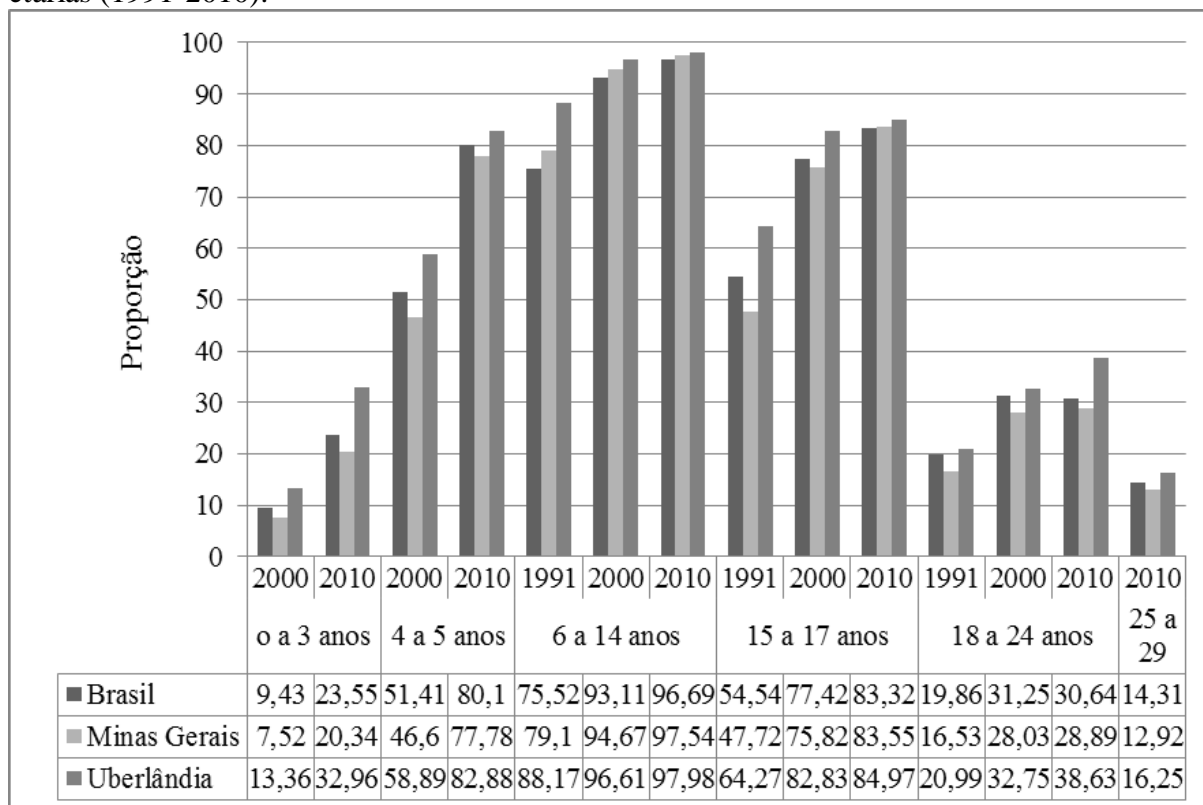
Em função de vários fatores, especialmente aqueles decorrentes das transformações socioeconômicas, tecnológicas e do trabalho, bem como de políticas, como as focadas à inclusão educacional e promoção da escolarização, a tendência em escala global é o aumento dos anos de escolaridade, e por vezes do acesso, no caso das realidades que historicamente apresentaram problemas estruturais como o acesso desigual e a precariedade estrutural do sistema educacional. Neste sentido, ainda que esteja longe do ideal, nos últimos anos ocorreu uma expansão significativa no número de matrículas, e, sobretudo a permanência na educação básica e continuidade no ensino médio, enquanto em 1995, 90% dos alunos com 7 anos de idade estavam matriculados em escolas primárias, sendo que apenas metade deles, 45%, terminavam a oitava série; em 2003, esse percentual reduziu para 35% e em 2012 para 22%, de modo que somente entre 2003 e 2012 houve um aumento de 18% dos alunos de 15 anos matriculados. A taxa de escolarização passou de 65% em 2003 para 78% em 2012. (OECD, 2012).

Considerando a proporção de pessoas que frequenta a escola por diferentes faixas etárias, gráfico 17, observa-se a tendência de aumento do acesso à educação, bem como aumento do nível de escolaridade ao longo do período considerado, para as três escalas. Contudo, para a escala local, a situação, assim como as melhorias são mais evidentes. Neste sentido, destaca-se a importância das iniciativas, como o Programa Municipal de Erradicação do Analfabetismo (PMEA) implantado em 1989. Segundo informações da PMU entre 2001 e 2012 o número de alunos atendidos pelo programa praticamente dobrou passando de cerca de 500 para 1000, com uma média 736 atendidos por ano.

Além disso, ao comparar as proporções relativas às escalas estadual e nacional, para esta, a conjuntura é ligeiramente melhor do que a estadual.

O aumento do acesso à educação reflete diretamente no aumento do nível de escolaridade da população adulta, considerada pela UN, como importante indicador de acesso a conhecimento. Para conhecê-lo, a expectativa dos anos de estudo, ou seja, o número de anos que a criança que inicia a vida escolar no ano de referência tende a completar é considerado, neste sentido, tem-se o gráfico 18, que mostra a tendência de aumento dos anos de estudo, conjuntura que também ocorre em escala global. Observa-se que apesar de Uberlândia se destacar, com cerca de 10 anos de estudo, para o contexto brasileiro isto equivale a apenas o ensino fundamental completo.

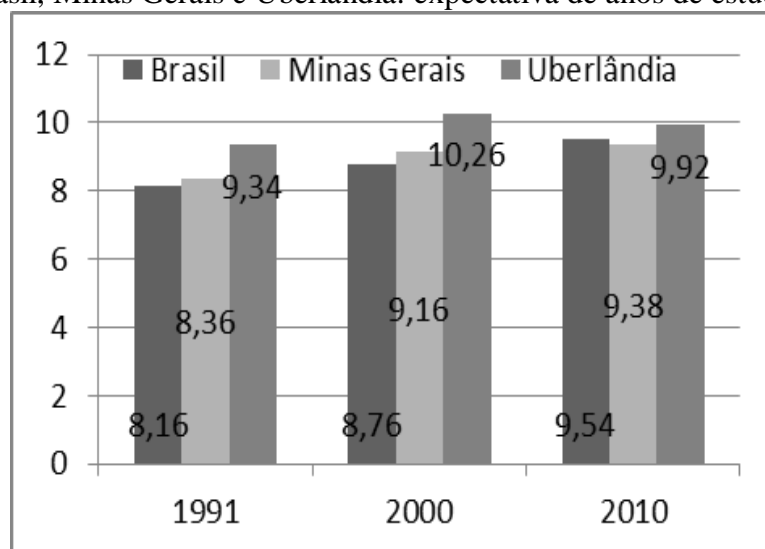
**Gráfico 17** - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Proporção de pessoas na escola, por faixas etárias (1991-2010).



**Notas:** Para as faixas etárias de 0 a 3 anos e 4 a 5 anos, não foi considerado o ano de 1991, em razão dos valores serem zero. Para a faixa etária 25 a 29 anos os dados disponíveis eram referentes apenas ao ano de 2010.

Considerou-se para as faixas etárias as etapas da educação brasileira são: educação infantil (0 a 3 anos – creche e 4 a 5 pré escola); ensino fundamental (6 a 14 anos); ensino médio (15 a 17 anos); ensino superior (18 a 24 anos) e pós graduação (25 a 29 anos) **Fonte:** Atlas Brasil/PNUD (2013). **Org.:** Alves (2015).

**Gráfico 18** - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: expectativa de anos de estudo (1991-2010).



**Fonte:** Atlas Brasil/PNUD (2013). **Org.:** Alves (2015).

Com foco no sistema educacional, embora, não se discorra sobre detalhes de seu estado, cabe destacar que, a amplitude dos fatores que influenciam direta e indiretamente no acesso e na permanência da pessoa na escola e, sobretudo, que os anos de estudo correspondam a uma formação de qualidade<sup>167</sup>, essencial às demandas do mundo do trabalho e à reprodução socioeconômica sustentável. Além da oferta da possibilidade ao acesso à educação, por vezes, os investimentos como na valorização dos professores, por meio da oferta de programas de formação profissional e de incentivos de desempenho tem papel relevante para o desenvolvimento, qualidade de vida e bem-estar. As recomendações feitas pela OECD (2014) em seu relatório “*Avançando Rumo ao Crescimento 2014*” para que o Brasil amplie os investimentos em educação para a redução das desigualdades comprovam tal prerrogativa. Ainda que, o “better life index” desta organização, aponte que os latino-americanos se estão se esforçando para melhorar a educação, no sentido de sua importância para o bem-estar.

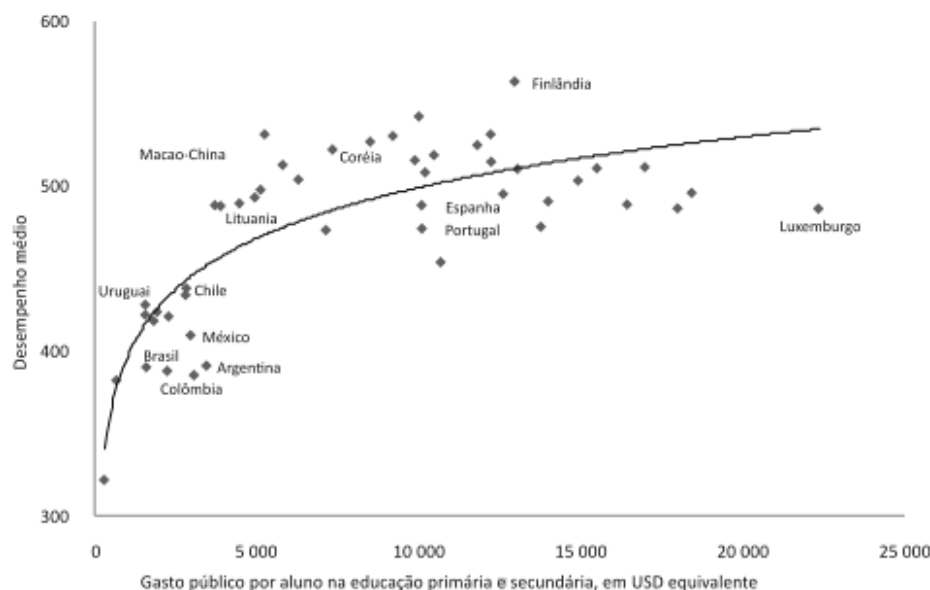
Sobre essa relação investimentos e qualidade da educação, a qual conforme a destaca a OECD, precisa ser tratada com certa cautela posto que gastar mais não, necessariamente, garante melhores resultados, posto que depois de certo patamar mais gastos não teriam incrementos equivalentes na qualidade, bem como poucos gastos têm pouco incremento. Sobre isso, gráfico 19, considerando os investimentos e os resultados do PISA, é destacado que os países latino-americanos têm baixos investimentos e rendimentos comparativamente menores que outras realidades com gastos semelhantes.

Ainda relacionado à educação, sobretudo a partir de sua relação com outras dimensões como emprego e renda, pode-se considerar: as taxas ocupação/desocupação e formalização, bem como a ocupação por nível de escolaridade e por salários, que estão intrinsecamente relacionados, afinal como destaca a OECD (2014, p.31) o nível de escolaridade e a qualidade do ensino que os indivíduos recebem tem um impacto sobre transição dos alunos da educação para o trabalho.

---

<sup>167</sup> Com o foco na avaliação da qualidade da educação o estudo do projeto intitulado “The Learning Curve (Curva do Aprendizado)”, que leva em conta em conta habilidades cognitivas e de desempenho escolar a partir do cruzamento de indicadores da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE): Programa Internacional de Avaliação dos Alunos (Pisa), Tendências Internacionais nos Estudos de Matemática e Ciência (Timms) e avaliações do Progresso no Estudo Internacional de Alfabetização e Leitura (Pirls). Também são usados dados educacionais de alfabetização e taxas de aprovação, realizado pela The Economist Intelligence Unit (EIU) e Pearson Internacional, ranqueou 40 países, a partir de um índice. Nesta classificação o Brasil ocupa a antepenúltima posição, perdendo apenas para o México e Indonésia, respectivamente. Mais informações podem ser obtidas em: <http://thelearningcurve.pearson.com/reports/the-learning-curve-report-2012/preface>

**Gráfico 19** – Países selecionados: gasto público em educação<sup>a</sup> e desempenho no PISA<sup>b</sup>(2009).



Notas:

a) Gasto público é a média dos dados disponíveis desde 2000.

b) Média de desempenho dos países na escala de ciências do PISA.

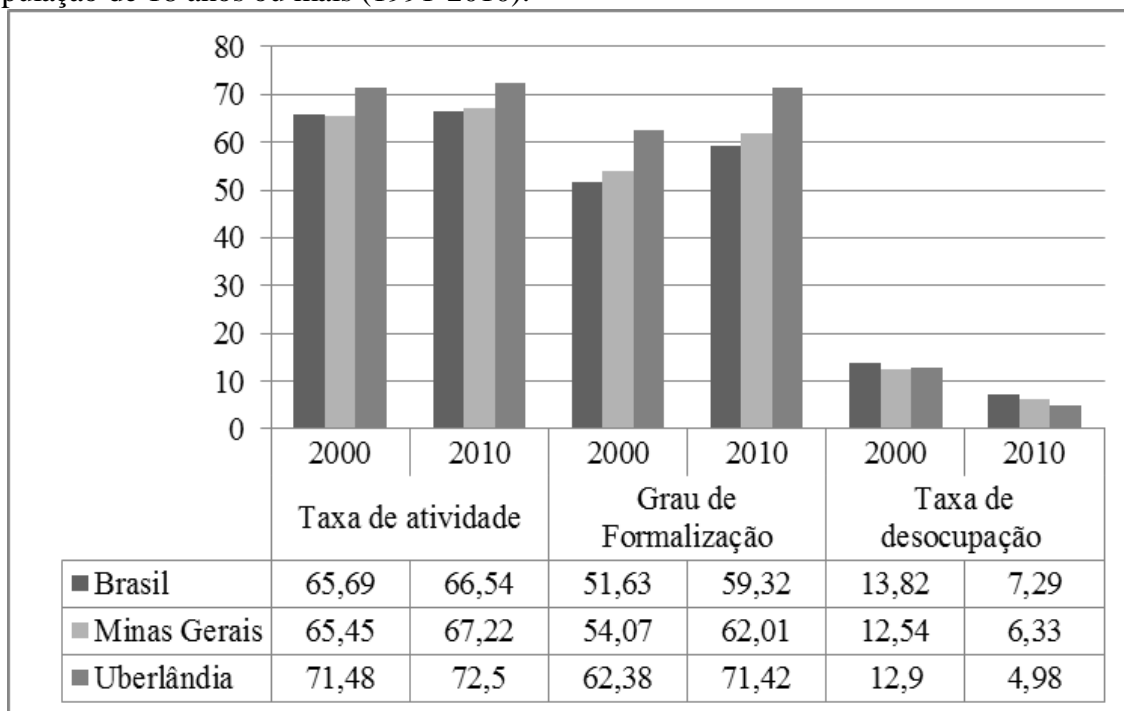
**Fonte:** OECD (2009).

Conforme aponta a OECD (2014), nos países desenvolvidos, como Grécia, Irlanda, Espanha, Portugal e EUA, a crise financeira mundial ocorrida entre 2007 e 2008 foi além de uma crise econômica e orçamental, uma crise social. Haja vista, que os países estão a sofrer profundas repercussões ao nível das perspectivas de emprego, dos rendimentos e das estruturas de vida dos indivíduos, o que pode pesar na saúde mental das pessoas, aumentar os custos sociais e, em longo prazo, agravar os problemas demográficos e de financiamento das aposentadorias, por causa da redução da fecundidade<sup>168</sup> para contenção de gastos, o que leva ao envelhecimento populacional.

Segundo a organização, entre 2007 e 2013, a taxa média de desemprego aumentou três pontos percentuais, totalizando 9,1%. Sendo que, alguns casos, como na Espanha, Grécia e Irlanda o aumento foi maior, 18 pontos percentuais para os primeiros países e 30 para o terceiro país. Contudo, na contramão, para a realidade brasileira entre 2007 e 2013 a taxa de desemprego caiu de 9,3% para 7,4%. (OECD, 2014). A partir do gráfico 20, vê-se que a desocupação tem sido baixa e decrescente nos últimos anos, especialmente em Uberlândia. Conjuntura que também é observada para o grau de formalização.

<sup>168</sup> Segundo as UN, atualmente, a taxa de fecundidade total é abaixo do nível de reposição em praticamente todos os países industrializados. As maiores reduções de fertilidade em menos regiões desenvolvidas ocorreu, em geral, durante o últimas três décadas do século XX. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>

**Gráfico 20** - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: taxa de (des)ocupação e formalização da população de 18 anos ou mais (1991-2010).



**Fonte:** Atlas Brasil/PNUD (2013). **Org.:** Alves (2015).

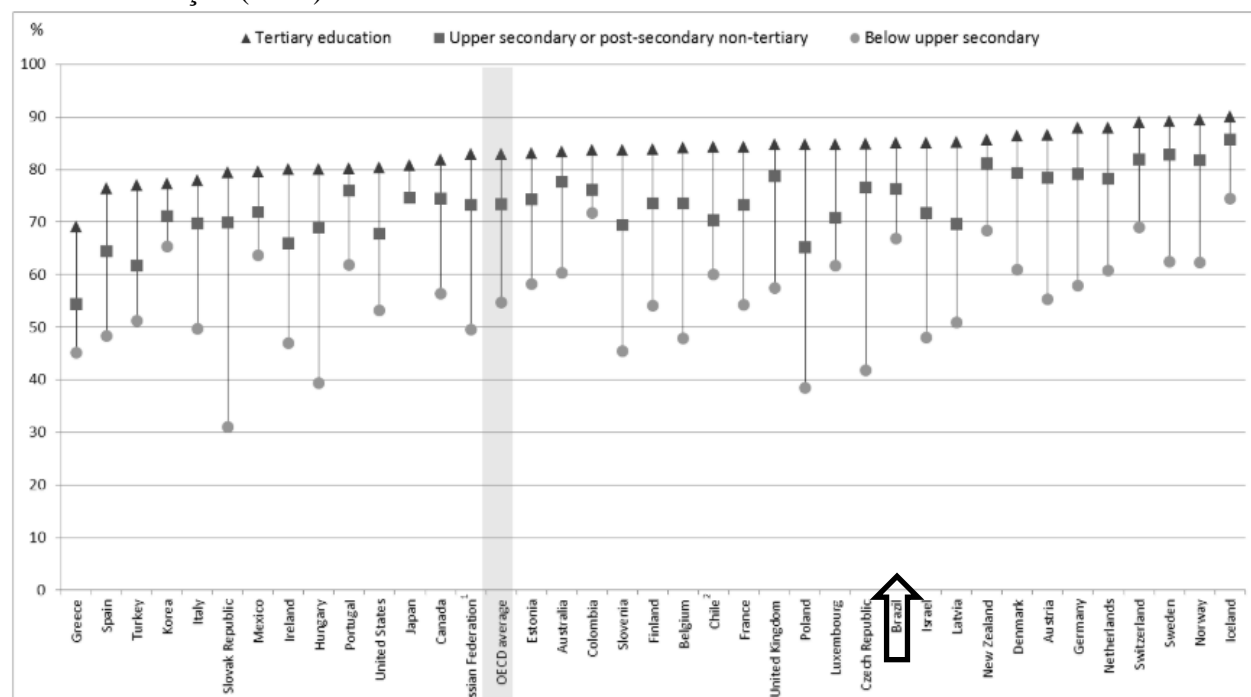
Na conjuntura daqueles países, os jovens e as pessoas com baixo nível de qualificação são os mais afetados pela situação de degradação do mercado de trabalho. Entre os países da OECD, as taxas de emprego<sup>169</sup> são de 83% para aqueles com ensino superior, 73% para os indivíduos com superior secundário ou pós-secundário e 55% entre as pessoas com ensino não superior e qualificações abaixo do ensino secundário. Já as taxas de desemprego são de 5,3% para indivíduos com ensino superior, de 8,0% para aqueles com ensino secundário ou pós-secundário ensino não superior e de 13,7% para aqueles com qualificações abaixo secundário educação, conforme o gráfico 21 (OECD, 2014, p.19).

Contudo, o estudo aponta que em alguns países como Brasil, na Colômbia e México, a taxa de emprego entre aqueles com baixos níveis de educação ainda é alta, especialmente entre os homens, podendo a chegar a 90%. Já entre as mulheres o nível de escolaridade é mais importante, pois a taxa de emprego para as mulheres com baixa escolaridade é cerca de 50% em países como Brasil, Colômbia, Islândia, Luxemburgo, Países Baixos, Noruega, Portugal, Suíça e Áustria (OECD, 2014).

<sup>169</sup> A taxa de emprego refere-se ao número de pessoas no mercado de trabalho em percentagem da população em idade ativa (o número de pessoas empregadas é dividido pelo número de tudo pessoas em idade ativa).



**Gráfico 21** - Países seleccionados: taxas de emprego entre adultos de 25-64 anos de idade, por nível de instrução (2013).

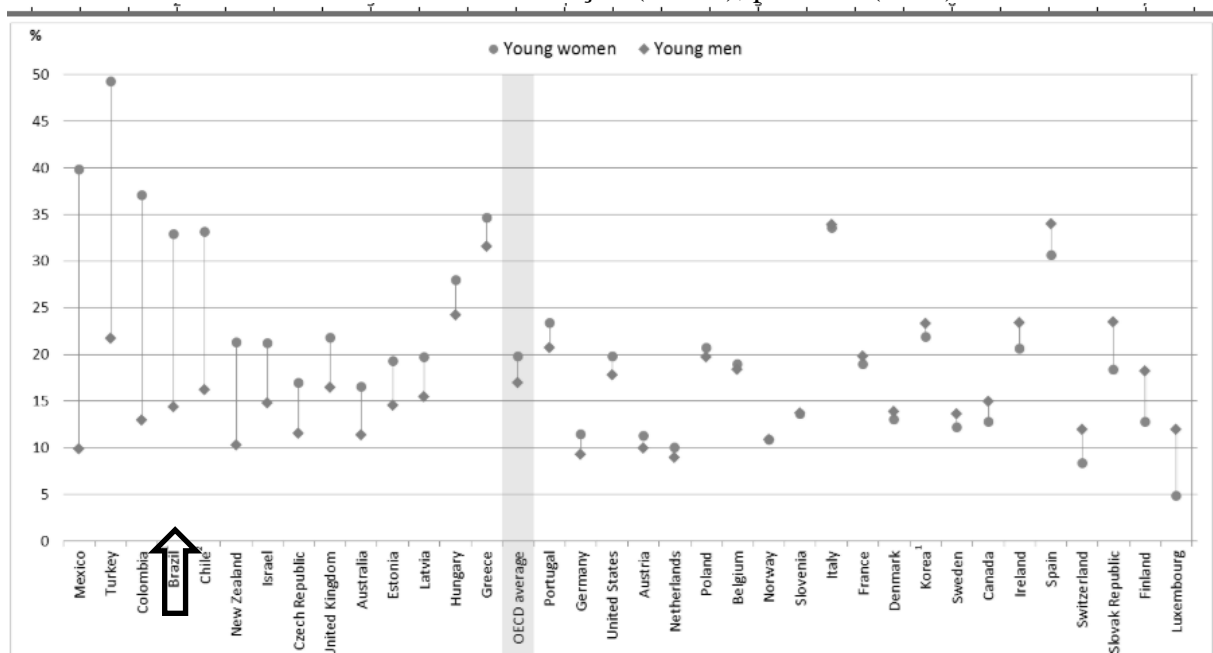


**Nota:** Os dados para seguir o ensino secundário não estão disponíveis para o Japão. 1. Ano de referência de 2012. 2. Ano de referência de 2013. Os países são classificados em ordem crescente das taxas de 25-64 anos de idade, com qualificações de nível superior de emprego. **Fonte:** OECD. Tabela 2.2. Ver anexo para notas ( [www.oecd.org/edu/eag.htm](http://www.oecd.org/edu/eag.htm) ).

Ainda na perspectiva da relação estudo e trabalho, especialmente considerando a população com idade entre 20 a 24 de anos, que compõe o grupo de pessoas jovens que não trabalham nem estudam ou estão em formação (NEET)<sup>170</sup>, o estudo da (OECD, 2014), aponta que alguns países como a Grécia, Itália, Espanha e Turquia tiveram mais de 30% de jovens com 20-24 anos de idade na NEET, em 2013. A Turquia apesar da maior proporção de NEET, mostrou diminuição entre 2005 e 2013, passando de 50% em 2005 para 36% em 2013. Já entre os menores níveis, abaixo da média da OECD, 18%, observados entre os países da OECD, destacam os da Alemanha (10%), Islândia (9%), Luxemburgo (8%), Países Baixos (10%) e Suíça (10%), em 2013 (OECD, 2014), gráfico 22.

<sup>170</sup> Apesar de muitos jovens atrasarem a entrada no mercado de trabalho, conforme destacado por Dundes e Marx, 2006; Murier, 2006; OECD, 2010 apud OCDE, 2015, a combinação de trabalho e estudo pode proporcionar aos alunos a oportunidade de experimentar trabalhos diferentes antes de entrar totalmente no mundo do trabalho, sendo que o emprego pode ajudar os alunos a ganhar independência financeira, desenvolver um senso de responsabilidade, melhorar a auto-realização e integração social, e desenvolver conhecimentos e habilidades que irão ajudá-los a encontrar trabalho depois de seus estudos.

**Gráfico 22** - Países selecionados: percentagem de pessoas com 20-24 anos de idade que não trabalham nem estão estudando ou em formação (NEET), por sexo (2013).



**Nota:** Os dados relativos a anos de idade 20-24 não estão disponíveis para o Japão. 1. Ano de referência de 2012. 2. Ano de referência de 2011. Os países são classificados por ordem decrescente da diferença na proporção de NEET entre mulheres jovens e homens jovens de 20-24 anos de idade. **Fonte:** OECD. ([www.oecd.org/edu/eag.htm](http://www.oecd.org/edu/eag.htm)).

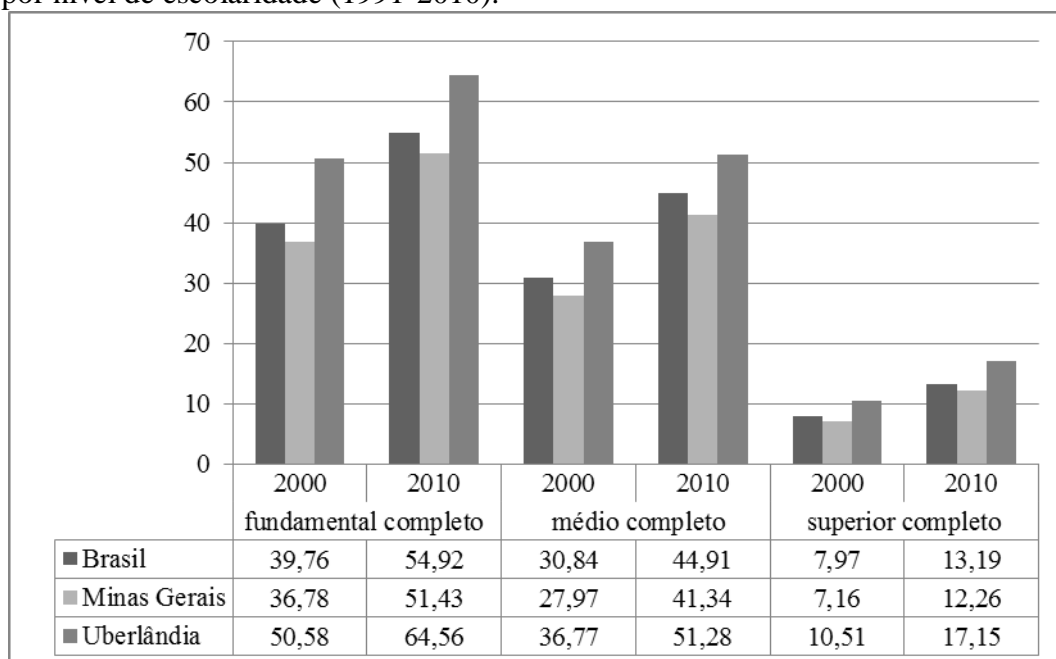
Considerando a diferença entre sexos, destaca que as mulheres geralmente têm percentagens mais elevadas, com diferenças de mais 25 pontos percentuais entre o sexo masculino e do sexo feminino no México e na Turquia, contudo há países como Luxemburgo e Itália o hiato de gênero são de 5% e quase inexistente, respectivamente.

Com o foco no nível de escolaridade dos brasileiros que estão ocupados, gráfico 23, apesar de ainda predominar trabalhadores com apenas a educação básica, especialmente a primária/fundamental, há uma série de fatores, inclusive exigência do mercado, que levam a crer no aumento da escolarização minimamente para o ensino médio, situação já instaurada em muitas realidades. Entre as escalas nacional, estadual e local, esta se destaca pelas melhores taxas.

Esse aumento do nível de escolaridade está diretamente associado ao acesso a empregos de qualidade e com maiores ganhos salariais, fatores que, conforme destacam as UN (2013), são fundamentais para a promoção da equidade de gênero, para o empoderamento, especialmente para a participação cívica, o que podem evitar situação de vulnerabilidade social. A relação entre escolaridade, emprego e a vulnerabilidade pode ser

apreendida a partir de informações do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, (tabela 7), onde é possível verificar a proporção de pessoas que são vulneráveis a pobreza, sem ou com baixa escolaridade, fator que acaba por ser limitador ao acesso ao trabalho formal, o que por vezes, acaba por gerar um ciclo que é passado de geração a geração.

**Gráfico 23 - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Percentual dos ocupados com 18 anos ou mais por nível de escolaridade (1991-2010).**



**Fonte:** Atlas Brasil/PNUD (2013). **Org.:** Alves (2015).

**Tabela 7 - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Vulnerabilidade Social (1991, 2000 e 2010).**

% de pessoas	Ano	Brasil	MG	Uberlândia
De 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	2000	48,71	48,97	35,31
	2010	35,24	36,12	23,27
Vulneráveis à pobreza	1991	58,53	64,54	36,22
	2000	48,39	48,17	27,45
	2010	32,56	28,85	12,41
Pobres		38,16	41,01	12,5
		27,9	24,01	9,01
		15,2	10,97	2,98
Em domicílios vulneráveis à pobreza e em que ninguém tem fundamental completo	1991	20,38	24,98	13,3
	2000	29,75	28,86	13,84
	2010	13,46	12,03	4,53
De 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza	2000	15,4	15,02	8,4
	2010	11,61	9,73	3,77
Em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	1991	3,38	3,3	1,3
	2000	3,41	3,05	1,39
	2010	2,42	2,14	0,81

**Fonte:** Atlas Brasil/PNUD (2013). **Org.:** Alves (2015).

Neste contexto, os recursos econômicos para a sobrevivência acabam por ser provenientes de programas de proteção social, como: aposentadorias, pensões e de benefícios de programas de assistência social. Estes últimos, apesar de importantes e eficientes para o bem-estar dos pobres, segundo as UN (2013) porque: seriam um mecanismo de transferência direta de renda; viabilizariam um seguro/proteção e porque, de certa forma, este investimento retornaria pela participação na vida social, são apenas meios para o acesso de bens e recursos básicos para o alcance daquele objetivo, que, no entanto, depende também de outras variáveis, como a oferta - em quantidade suficiente; física e economicamente acessível e a vontade individual.

Ao considerar tais questões, em Uberlândia a situação é melhor em relação ao Estado de Minas Gerais e ao Brasil, afinal no âmbito destas esferas administrativas as grandes diferenças regionais implicam em percentuais globais mais elevados, portanto demonstrando situações relativamente piores.

## 5.6. A Habitação

No contexto de países, historicamente marcados pela dificuldade das populações de baixa renda ter domicílio próprio com qualidade como no Brasil, onde além da falta de moradias, há más condições – desde moradias precárias até aluguéis altos, a Fundação João Pinheiro (FJP), criou em 1995, uma metodologia clara e mais fiel à realidade habitacional do país. Essa metodologia trabalha com dois segmentos distintos: o déficit habitacional e a inadequação de moradias, na qual:

Como déficit habitacional entende-se a noção mais imediata e intuitiva de necessidade de construção de novas moradias para a solução de problemas sociais e específicos de habitação detectados em certo momento. A **inadequação de moradias**, por outro lado, **reflete problemas na qualidade de vida** dos moradores: **não está relacionada ao dimensionamento do estoque de habitações e sim às suas especificidades internas**. Seu dimensionamento visa ao delineamento de políticas complementares à construção de moradias, voltadas para a melhoria dos domicílios (FJP, 2014, p.7).

Segundo a FJP (2014) constituem componentes do déficit habitacional, os seguintes:

- (1) Habitações precárias; (1.1) Domicílios rústicos; (1.2) Domicílios improvisados<sup>171</sup>; (2)

<sup>171</sup> Os improvisados são aqueles domicílios “localizados em unidade não-residencial (loja, fábrica, etc.) que não tinha dependências destinadas exclusivamente à moradia, mas que, na data de referência, estava ocupado por morador. Os prédios em construção, vagões de trem, carroças, tendas, barracas, grutas, etc. que estavam servindo de moradia na data de referência, também, foram considerados como domicílios particulares improvisados” (IBGE, 2010).

Coabitação familiar; (2.1) Cômodos alugados, cedidos e próprios ; (2.2) Famílias conviventes secundárias com intenção de constituir domicílio exclusivo; (3) Ônus excessivo com aluguel; (4) Adensamento excessivo de moradores em domicílios alugados.

Com base nestes componentes de acordo com a FJP (2014) ao considerar o período de 2007-2012, observa-se uma tendência de queda no déficit habitacional no Brasil, que passou de 6,102 milhões de unidades em 2007 para 5,792 milhões em 2012, ou em termos relativos passou de 10,8% para 9,1% (tabela 8).

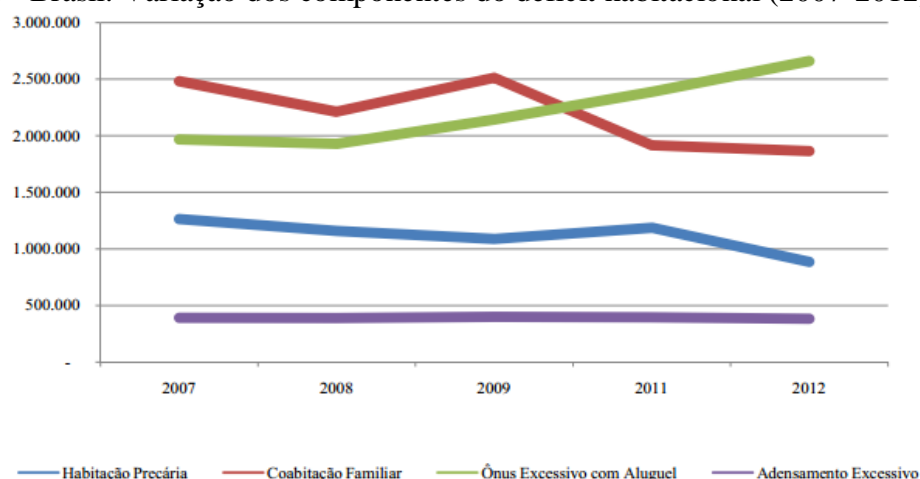
**Tabela 8** - Brasil: Déficit habitacional total relativo por componentes (2011-2012).

Especificação	Ano				
	2007	2008	2009	2011	2012
<b>Déficit Total Absoluto</b>	<b>6.102.414</b>	<b>5.686.703</b>	<b>6.143.226</b>	<b>5.889.357</b>	<b>5.792.508</b>
Déficit Total Relativo	10,8	9,8	10,4	9,5	9,1
Total de Domicílios	56.338.622	58.180.644	59.252.675	62.116.819	63.766.688
<b>COMPONENTES</b>					
<b>Habitação Precária</b>	<b>1.264.414</b>	<b>1.158.801</b>	<b>1.088.634</b>	<b>1.187.903</b>	<b>883.777</b>
<i>Improvisados</i>	<i>109.421</i>	<i>101.100</i>	<i>69.432</i>	<i>130.905</i>	<i>85.550</i>
<i>Rústicos</i>	<i>1.154.993</i>	<i>1.057.701</i>	<i>1.019.202</i>	<i>1.056.998</i>	<i>798.227</i>
<b>Coabitação Familiar</b>	<b>2.481.128</b>	<b>2.211.276</b>	<b>2.511.541</b>	<b>1.916.716</b>	<b>1.865.457</b>
<i>Cômodos</i>	<i>200.094</i>	<i>175.366</i>	<i>216.924</i>	<i>221.546</i>	<i>170.926</i>
<i>Famílias Conviventes</i>	<i>2.281.034</i>	<i>2.035.910</i>	<i>2.294.617</i>	<i>1.695.170</i>	<i>1.694.531</i>
<b>Ônus Excessivo com Aluguel</b>	<b>1.965.981</b>	<b>1.928.236</b>	<b>2.143.415</b>	<b>2.388.316</b>	<b>2.660.348</b>
<b>Adensamento Excessivo</b>	<b>390.891</b>	<b>388.390</b>	<b>399.636</b>	<b>396.422</b>	<b>382.926</b>

**Fonte:** Fonte FJP (2014) a partir de dados básicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2007-2012.

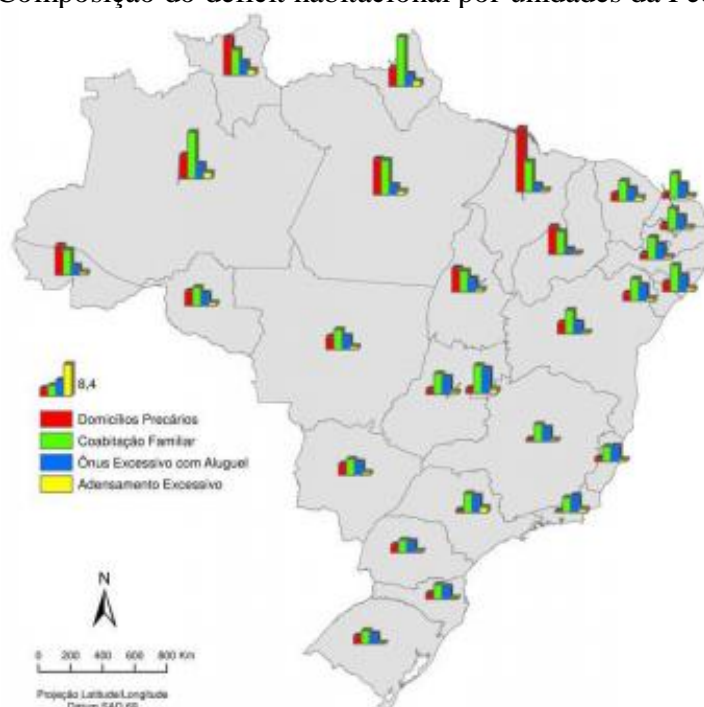
Reduziram a coabitação familiar e as habitações precárias, mas por outro lado ocorreu aumento na participação do ônus excessivo com aluguel e o adensamento excessivo em domicílios alugados permaneceu praticamente constante, em torno de 6%. O que requer políticas públicas variadas, não somente no setor habitacional, mas também econômicas e sociais, posto que a habitação consiste em uma forma de patrimônio.

Conforme o Gráfico 24, o ônus excessivo do aluguel atualmente é a principal componente do déficit habitacional brasileiro, mesmo como a implantação de programas habitacionais, que fornecem subsídios e condições de financiamento subsidiadas para a aquisição de habitações. Tal situação, portanto, nos leva a inferir que os arrendamentos ou alugueis sociais, comuns nos países europeus como em Portugal, porém ainda pouco conhecidos no Brasil, podem ser uma opção para a supressão do déficit habitacional.

**Gráfico 24** - Brasil: Variação dos componentes do déficit habitacional (2007-2012).

**Fonte:** Fonte FJP (2014) a partir de dados básicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2007-2012.

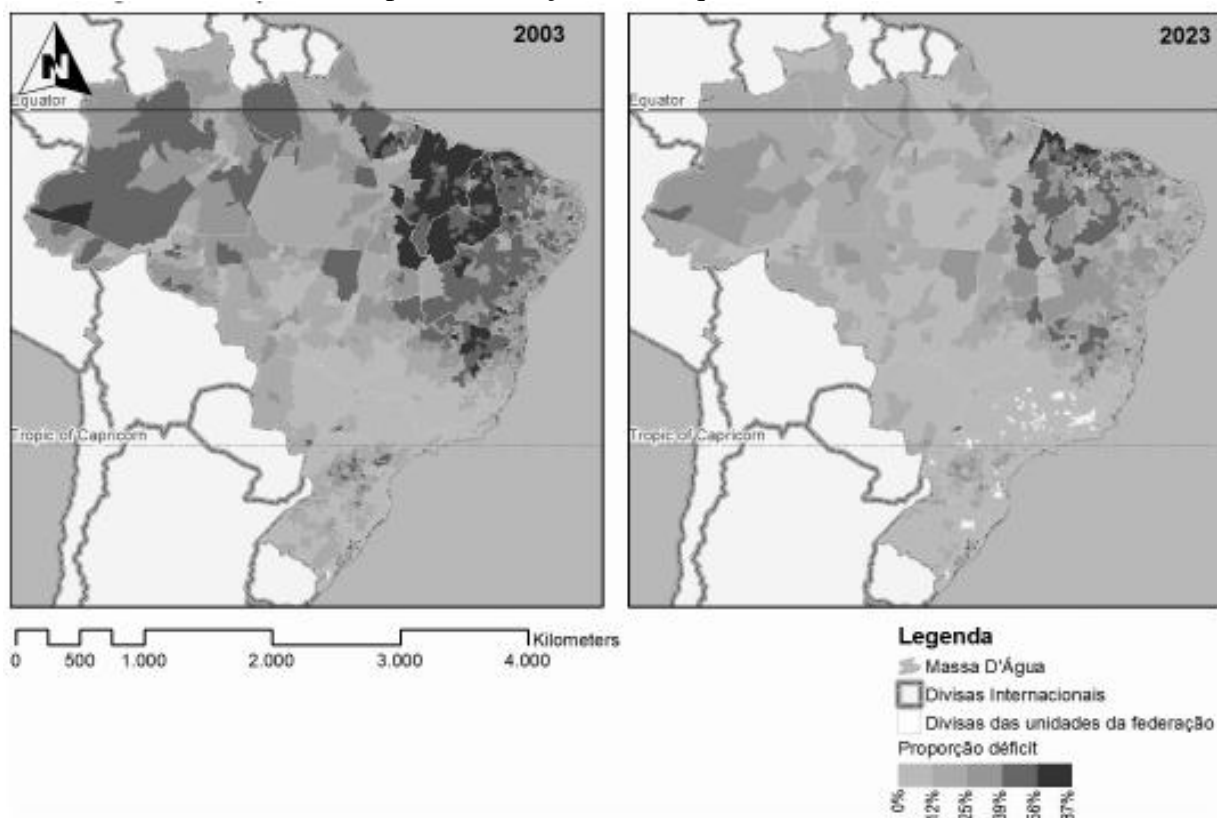
A redução do déficit habitacional não ocorre de forma homogênea, considerando os componentes, de acordo com estudo da FJP (2013) referente ao déficit habitacional em 2010, figura 44, observa-se a variação no predomínio de diferentes componentes nas diferentes unidades da federação, sendo que enquanto no norte predomina a precariedade nas demais regiões, especialmente nordeste e sudeste predominam a coabitação e o ônus excessivo do aluguel.

**Figura 44-** Brasil: Composição do déficit habitacional por unidades da Federação (2010).

**Fonte:** Fundação João Pinheiro (FJP, 2013)

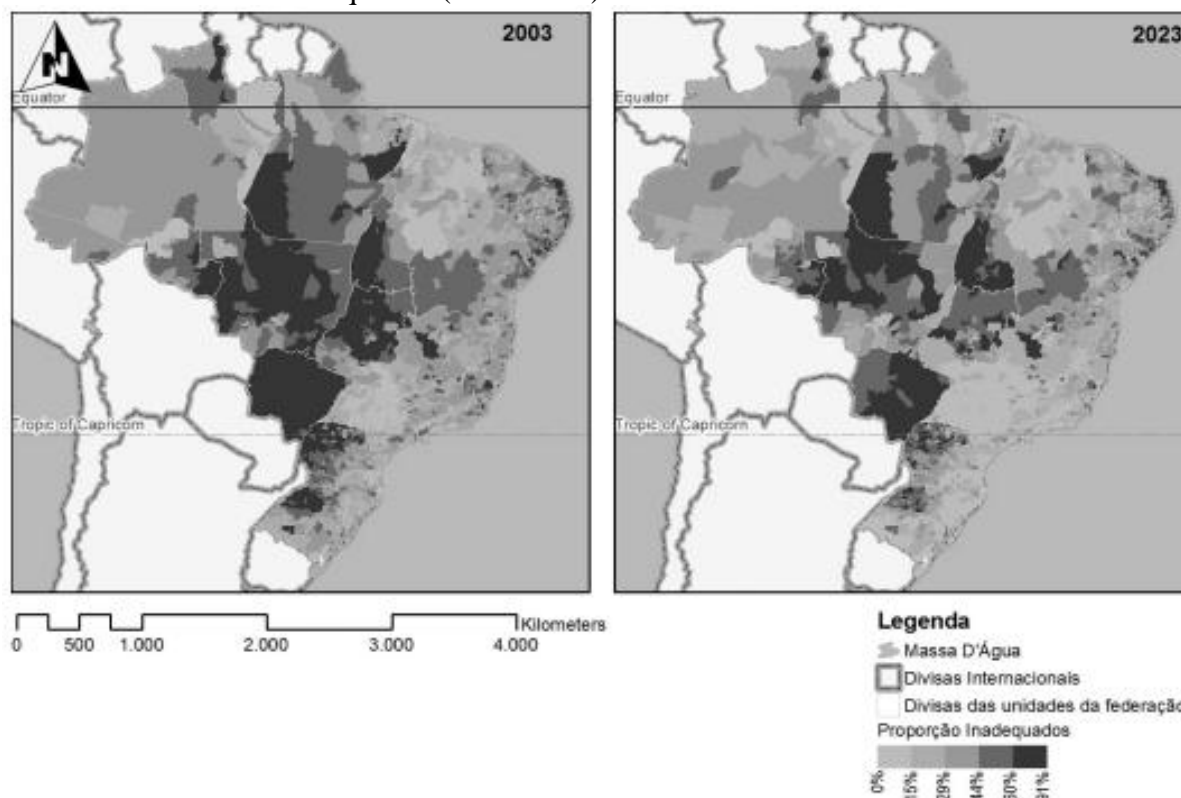
Ainda em relação ao padrão geográfico do percentual dos municípios brasileiros com déficits habitacionais em 2003 e a projeção para 2023, caracterizados como carentes por substituição do estoque, figura 45, e por inadequação, figura 46, não se verifica reversão no padrão, pois, nos dois pontos do tempo as situações de carência predominam no Norte e Nordeste, enquanto que as situações de inadequação são predominantes no litoral do Nordeste, na Região Centro-oeste e em parte da Região Sul, em função do uso de madeira para a construção das moradias (OLIVEIRA, et al.. 2009, p.90-91).

**Figura 45** - Brasil: Distribuição dos municípios segundo o percentual de domicílios caracterizados como carentes por substituição do estoque (2003-2023).



**Fonte:** Oliveira et al. (2009) com base nas PNADs e Censo Demográfico (IBGE).

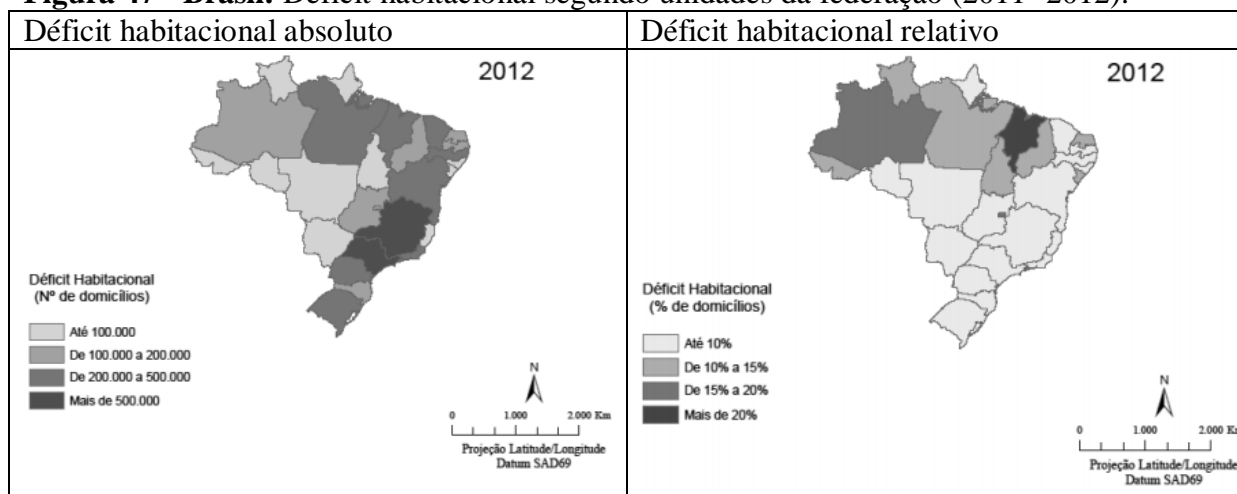
**Figura 46** - Brasil: Distribuição dos municípios segundo o percentual de domicílios caracterizados como inadequados (2003-2023).



**Fonte:** Oliveira et al. (2009) com base nas PNADs e Censo Demográfico (IBGE).

No estudo do déficit habitacional brasileiro da FJP para o ano de 2012, igualmente são observáveis comportamentos variados entre os estados da federação (figura 47), a maior concentração absoluta do déficit se localiza nas regiões Sudeste e Nordeste, enquanto que os maiores percentuais do déficit relativo concentram-se na região Norte. Já entre as unidades da federação com maior déficit absoluto em 2012 destacam-se: São Paulo (1,320 milhões), Minas Gerais (510 mil), Rio de Janeiro (444 mil) e Maranhão (404 mil), este ultimo (21,9%), juntamente com Amazonas (16,9%), Acre (14,1%) e Distrito Federal (16,2%) apresentam maiores déficits relativos (FJP, 2014).



**Figura 47 - Brasil:** Déficit habitacional segundo unidades da federação (2011- 2012).

**Fonte:** Fonte FJP (2014) a partir de dados básicos: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - 2011- 2012.

Em Uberlândia segundo dados do estudo publicado pelo Ministério das Cidades, Oliveira et al. (2009), tabela 9, verifica-se que entre 2003 e 2023 é crescente a demanda por moradia, sendo que, apesar de redução, ao longo dos anos verifica-se a permanência de déficit habitacional, o qual é menor no âmbito das inadequações. Com base em estimativa da Comissão Pastoral da Terra publicada no Jornal Correio, as famílias em busca de moradia na área urbana do município, portanto expressão do déficit habitacional, somavam em outubro de 2015 cerca de 20 mil, sendo 10 mil aguardando regularização (bairros São Francisco, Zaire Resende, Dom Almir) e outras 10 mil ocupam áreas públicas, privadas e de preservação ambiental no perímetro urbano (MACHADO, 2015).

**Tabela 9** - Uberlândia – MG: projeção da demanda e do déficit habitacional (2003-2023).

(continua)

Ano	Demanda	Déficit		Ano	Demanda	Déficit	
2003	155242,4	<b>Deficit</b>	6017,521	2014	257326,6	<b>Déficit</b>	5217,471
		<b>Inadeq</b>	19336,05			<b>Inadeq</b>	20119,95
		<b>Adeq</b>	129888,8			<b>Adeq</b>	231989,2
2004	163100,4	<b>Déficit</b>	5970,473	2015	267230,8	<b>Deficit</b>	5099,442
		<b>Inadeq</b>	19505,65			<b>Inadeq</b>	19993,6
		<b>Adeq</b>	137624,3			<b>Adeq</b>	242137,8
2005	171889,2	<b>Deficit</b>	5939,976	2016	277177,3	<b>Deficit</b>	4976,809
		<b>Inadeq</b>	19730,49			<b>Inadeq</b>	19839,05
		<b>Adeq</b>	146218,8			<b>Adeq</b>	252361,4
2006	181227,7	<b>Deficit</b>	5909,965	2017	287258,2	<b>Deficit</b>	4852,034
		<b>Inadeq</b>	19959,04			<b>Inadeq</b>	19665,06
		<b>Adeq</b>	155358,7			<b>Adeq</b>	262741,1
2007	190815,7	<b>Deficit</b>	5870,122	2018	297603	<b>Deficit</b>	4727,724
		<b>Inadeq</b>	20155,95			<b>Inadeq</b>	19481,62
		<b>Adeq</b>	164789,6			<b>Adeq</b>	273393,6

**Tabela 9** - Uberlândia – MG: projeção da demanda e do déficit habitacional (2003-2023).

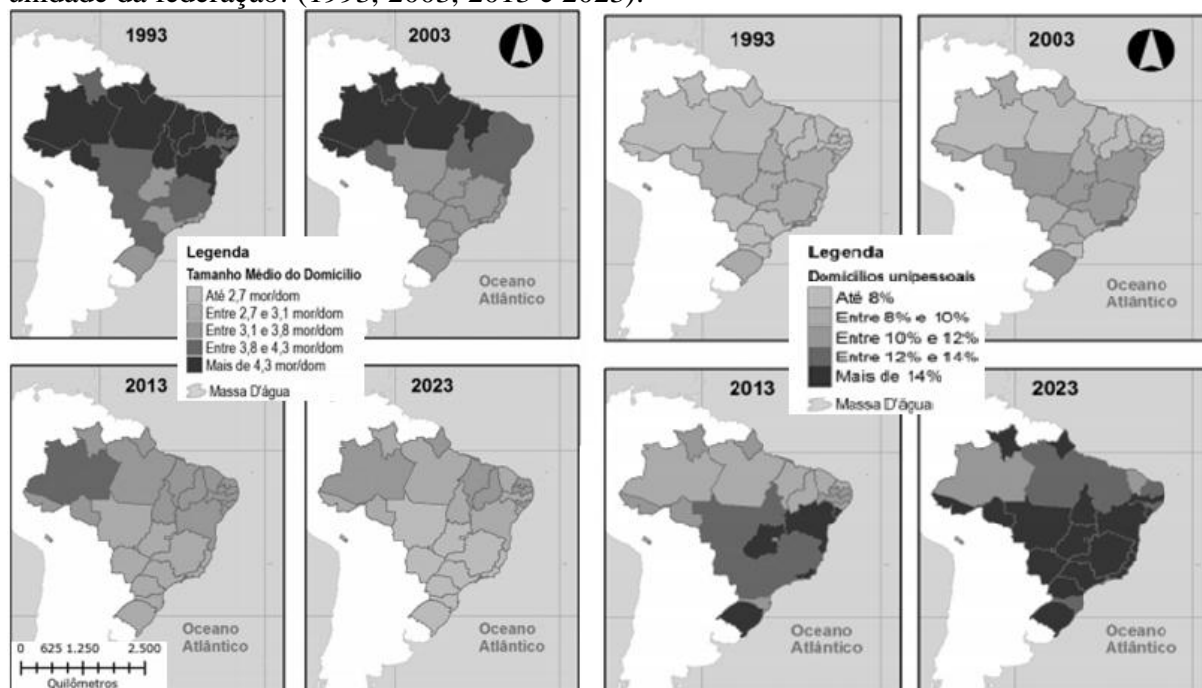
(conclusão)							
Ano	Demanda	Déficit		Ano	Demanda	Déficit	
2008	200368,3	Deficit	5812,847	2019	308318,5	Deficit	4605,612
		Inadeq	20293,02			Inadeq	19295,75
		Adeq	174262,4			Adeq	284417,1
2009	209681,4	Deficit	5734,647	2020	319400,8	Deficit	4485,494
		Inadeq	20354,76			Inadeq	19106,72
		Adeq	183592			Adeq	295808,6
2010	218913,6	Deficit	5642,509	2021	330805,1	Deficit	4366,669
		Inadeq	20362,59			Inadeq	18911,58
		Adeq	192908,5			Adeq	307526,9
2011	228279,2	Deficit	5543,574	2022	342439,8	Deficit	4248,029
		Inadeq	20340,05			Inadeq	18705,38
		Adeq	202395,6			Adeq	319486,4
2012	237812,3	Deficit	5439,491	2023	354197,6	Deficit	4128,562
		Inadeq	20291,87			Inadeq	18483,29
		Adeq	212081			Adeq	331585,7
2013	247501,2	Deficit	5330,69				
		Inadeq	20218,49				
		Adeq	221952				

Fonte: Anexos Oliveira et al. (2009). Org. Alves (2015)

No Brasil não é comum a ocorrência de domicílios estendidos, exceto nos casos de convivência, comum nas situações de renda mais baixa. Logo, no país, a queda de fecundidade, que tem como consequência direta a diminuição do tamanho das famílias e dos domicílios, assim como a queda dos níveis da mortalidade e o aumento da esperança de vida sugerem, em médio prazo, a ocorrência de domicílios unipessoais ou com dois moradores. A tendência para todas as regiões brasileiras, figura 48, é diminuição do tamanho médio dos domicílios, mantendo o padrão da atual configuração em que no Sul, Sudeste e Centro-Oeste, concentram as menores médias de moradores e o Norte e Nordeste, as maiores (OLIVEIRA et al., 2009).

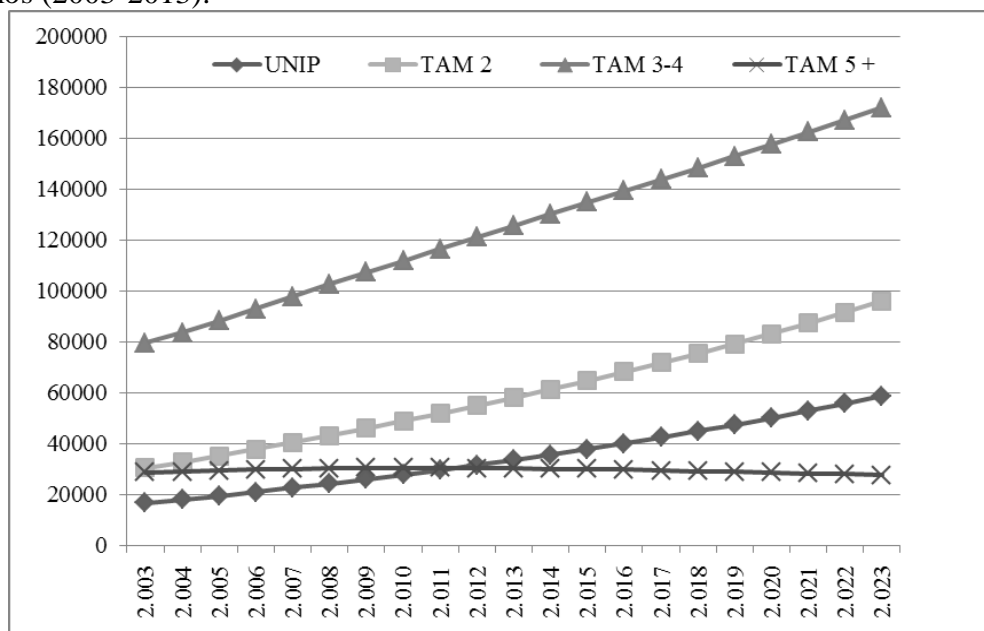
Conjectura semelhante também é observável em Uberlândia, onde a tendência é o aumento dos domicílios unipessoais e com o casal mais um ou dois filhos, e, em contrapartida a redução dos domicílios com mais de 5 habitantes (gráfico 25).

**Figura 48** - Brasil: Tamanho médio dos domicílios e domicílios unipessoais, por período e unidade da federação: (1993, 2003, 2013 e 2023).



**Fonte:** Anexos Oliveira et al. (2009) com base nos PNADs (IBGE) e projeção populacional (CEDEPLAR).

**Gráfico 25** - Uberlândia- MG: Projeção de domicílios, segundo categorias de tamanho dos domicílios (2003-2013).



**Fonte:** Anexos Oliveira et al. (2009). **Org.** Alves (2015)

Acrescenta-se ainda que em função do Brasil ser um país com intensa urbanização e também de população majoritariamente jovem, ainda que a fecundidade esteja a reduzir, é crescente a demanda por domicílios.

## 5.7. A saúde

Em conformidade com os pressupostos da Declaração Ata-Alma e da Carta de Ottawa a saúde tanto na perspectiva do “nível de saúde pública e cuidados adequados aos doentes e serviços acessíveis a todos”, quanto do “estado de saúde”, que consiste em um elemento essencial à qualidade de vida. A longevidade do IDH, bem como outras componentes demográficas como a mortalidade e, indiretamente as características ambientais e sociais do território já ponderados, permitem aproximações em relação ao estado de saúde, o qual segundo tais dimensões apresenta-se bom em Uberlândia.

Para ponderações quanto à saúde, destacam-se ainda dados, informações e, sobretudo os índices como os fornecidos pelo SUS e pelo IMRS. Além de estudos como o “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”<sup>172</sup> e o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)<sup>173</sup>, utiliza um painel de controle com variáveis (avaliadas por notas de 0 a 10) e subíndices (que variam de 0 a 1), dentre eles o índice de condições de saúde da população. Em Uberlândia, o índice de condições de saúde é de 0,64, portanto bom (tabela 10). Na tabela 10 são apresentadas também outras avaliações e índice de estrutura do sistema de saúde, os quais são de intermediários a bons, sem nenhum valor muito ruim ou ruim.

Se considerado o subsíndice saúde<sup>174</sup> que compõem o IMRS, seu valor para o ano de 2010 é de 0,695, semelhante, portanto ao indicado pelo IDSUS (figura 49).

---

<sup>172</sup> Um dos resultados do estudo é a construção de uma tipologia nacional das regiões de saúde com base nas Comissões Intergestores Regionais – CIR, considerando o grau de desenvolvimento econômico, social e características da rede de saúde dos municípios. Segundo esse estudo, considerando a dimensão “oferta e complexidade dos serviços de saúde”, a Região de Saúde Uberlândia/Araguari classifica-se em situação intermediária com as seguintes condições: beneficiários de plano de saúde na população (42,4%), médicos SUS no total de médicos (72,9%), leitos SUS no total de leitos (68,5%), médicos por mil habitantes (2,28) e leitos por mil habitantes (2,2). Mais informações em: <<http://www.resbr.net.br/a-pesquisa/resumo-executivo/>>.

<sup>173</sup> O IDSUS se compõe de 24 indicadores associados aos temas de cobertura (acesso potencial ou obtido) com 14 indicadores, e efetividade (resultados esperados) do SUS, com 10 indicadores. Os indicadores de cobertura foram definidos em três áreas assistenciais (atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade e atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade) enquanto que os indicadores de efetividade tomaram em consideração a atenção básica e a atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade em conjunto. Para saber mais: <<http://idsus.saude.gov.br/index.html>>.

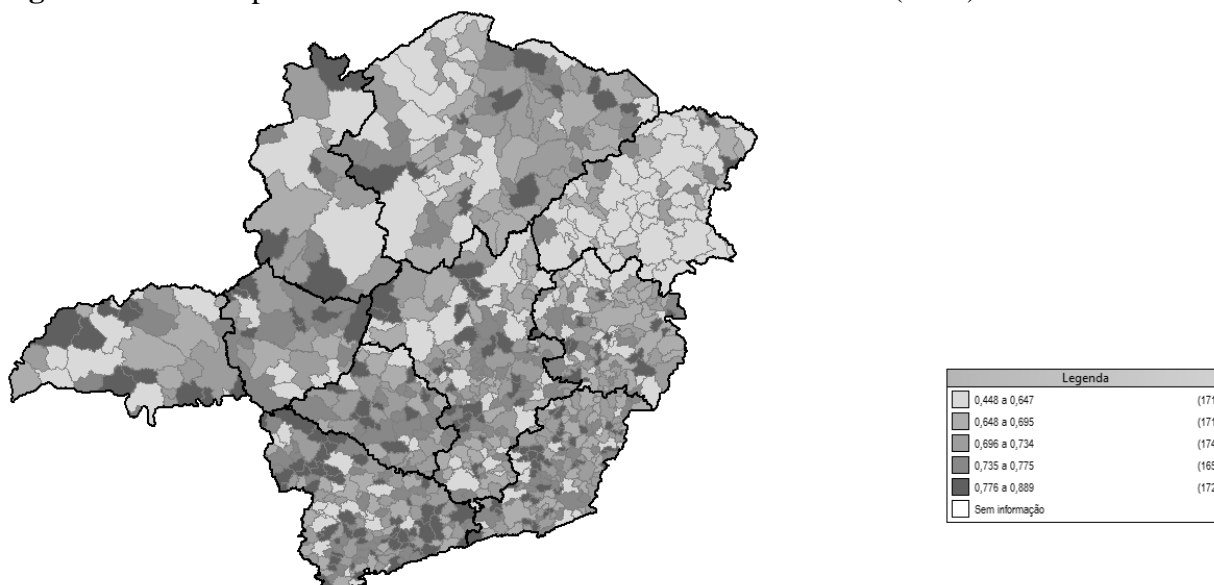
<sup>174</sup> Esse índice é uma média aritmética dos índices referentes aos indicadores: Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares da população de 45 a 59 anos; Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero na população feminina; Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária; Proporção da população atendida pelo Programa de Saúde da Família (PSF); Proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal; Cobertura vacinal de tetravalente em menores de 1 ano, Proporção de óbitos por causas mal definidas e Taxa de mortalidade perinatal. (FJP, 2015).

**Tabela 10** - Uberlândia-MG: Avaliação da saúde pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde IDSUS (2008-2012).

Variável		Valor
Avaliação	acesso a atenção básica	4 a 4,9
	efetividade da atenção básica	8 ou mais
	da atenção básica	4 a 4,9
	acesso ambulatorial de hospitalar média complexidade	6 a 6,9
	acesso ambulatorial e hospitalar de alta complexidade	5 a 5,9
	efetividade ambulatorial e hospitalar média e alta complexidade	4 a 4,9
	da média e alta complexidade	4 a 4,9
Índice	da condição de saúde da população	0,64
	de estrutura	0,63

Fonte: IDSUS (2014). Org.: Alves (2015).

**Figura 49** - Municípios de Minas Gerais: IMRS- Subíndice da saúde (2010).



Fonte: IMRS/FJP (2013). Org.: Alves (2015).

Os índices para a saúde em Uberlândia apontam para uma realidade relativamente adequada. No entanto, ainda há vários problemas especialmente relacionados à demanda e à gestão, que podem estar relacionados dentre outros fatores pelo papel que o município desempenha dentro do quadro organizacional do sistema de saúde brasileiro, descentralizado e regionalizado para a gestão compartilhada, pelas redes de atenção à saúde<sup>175</sup>. Estas redes são

<sup>175</sup> Conforme expresso na Constituição Federal de 1988, e aprimorado pelo Pacto pela Saúde de 2006, regulamentação da Lei nº 8.080/1990 por meio do decreto Presidencial nº 7.508/2011, bem como pela Lei

definidas pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

No Estado de Minas Gerais são 13 Regiões Ampliadas de Saúde e 77 Regiões de Saúde. O município de Uberlândia se insere na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, que abrange 27 municípios, de 3 Regiões de Saúde: a Região de Saúde Uberlândia/Araguari, com 09 municípios<sup>176</sup>, e um total de 820.693 habitantes; a Região de Ituiutaba, com 09 municípios<sup>177</sup> e cerca de 185.166 habitantes; e a Região de Saúde Patrocínio/Monte Carmelo, com 09 municípios<sup>178</sup> e cerca de 184.184 habitantes. Portanto, de acordo com dados do censo de 2010, a população da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, é de 1.190.043 habitantes, dos quais, 6,43% (76.537) são crianças menores de 5 anos e 11,52% (137.068) são idosos.

O município de Uberlândia é polo da Região de Saúde Uberlândia/Araguari e também da Macrorregião de Saúde do Triângulo Norte e do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro (CISTM) composto pela união dos municípios da Amvap, cujo consórcio tem como objetivo “garantir a agilidade na execução de ações em saúde, redução de custos, ganhos de escala, melhoria da qualidade técnica, ações comuns em espaços intermunicipais e captação concentrada de recursos”. É em Uberlândia que se localiza o Hospital das Clínicas de Uberlândia (HC/UFU) que realiza atendimento de atenção secundária e terciária à saúde, sendo a maior infraestrutura e complexidade em comparação aos hospitais das demais das regiões da saúde, portanto referência macrorregional.

De acordo com PDR, Malachias et al (2014 [2012]) considerando resolubilidade, ou seja, “o percentual da demanda atendida nos serviços hospitalares de uma população, pelo SUS, em sua região de residência, em relação aos elencos de procedimentos definidos na Carteira de Serviços/PDR/SUS-MG para o nível de densidade tecnológica assistencial de cada região”, a região de saúde Uberlândia/Araguari apresenta taxas acima de 90% para as atenções terciárias e secundárias, portanto enquadrando-se em um parâmetro ótimo. Contudo, considerando os leitos do SUS, o município apresenta mais de 850 leitos, distribuídos em 13 unidades hospitalares, tabela 11. Esta quantidade de leitos é insuficiente para atender a

---

Federal nº 12.466/2011 e Lei Complementar nº 141/2012, a gestão da saúde no Brasil é descentralizada e regionalizada, por meio das “regiões de saúde”.

<sup>176</sup> Araguari, Araporã, Cascalho Rico, Indianópolis, Monte Alegre de Minas, Nova Ponte, Prata, Tupaciguara e Uberlândia.

<sup>177</sup> Cachoeira Dourada, Campina Verde, Canápolis, Capinópolis, Centralina, Gurinhatã, Ipiacu, Ituiutaba e Santa Vitória.

<sup>178</sup> Abadia dos Dourados, Coromandel, Estrela do Sul, Grupiara, Iraí de Minas, Monte Carmelo, Patrocínio e Romaria.

demanda, sendo que seriam necessário um total de mais 164, dos quais 46 seriam para atender a Alta Complexidade e Média Complexidade Especial 1 e 2, outros 57 para atender a Média Complexidade Hospitalar 1 e 2 e, por fim 62 para atender Média Complexidade Hospitalar Básica.

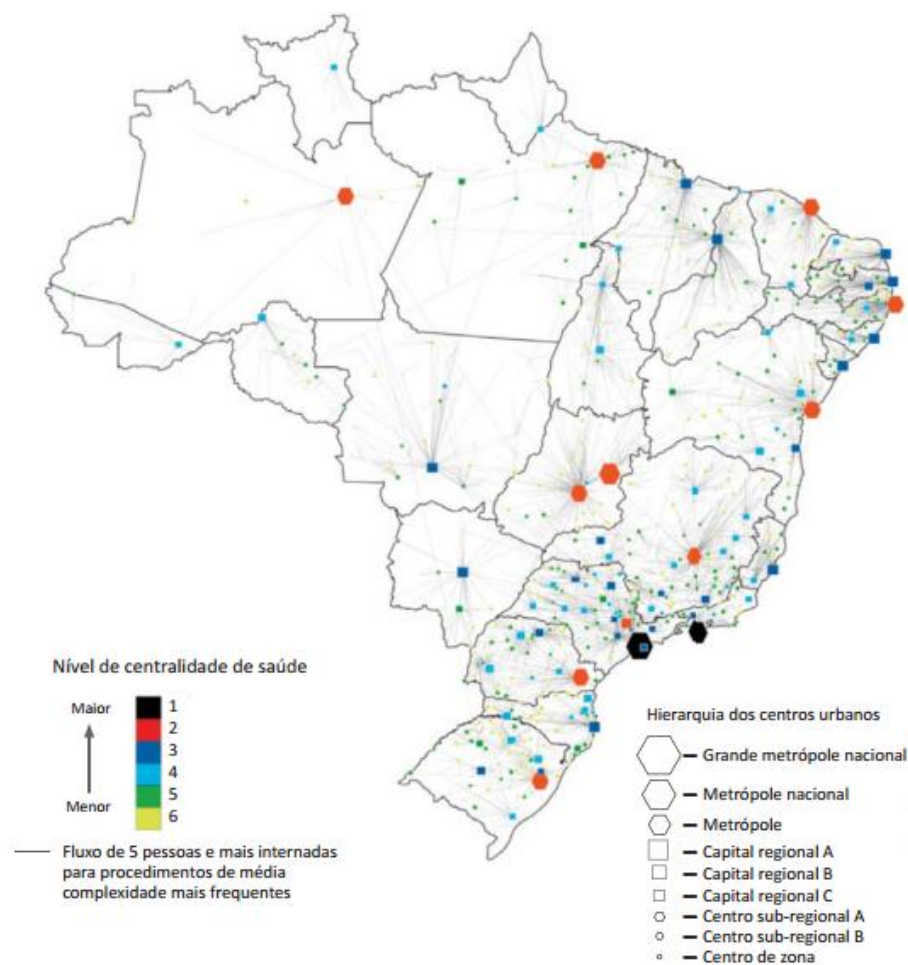
**Tabela 11** - Uberlândia (MG): Hospitais e leitos SUS (2012).

Hospitais	Nº Leitos
Hospital de Clinicas de Uberlândia	472
Hospital Santa Marta Uberlândia	35
Hospital Santa Catarina Uberlândia	20
Clinica Dom Bosco Uberlândia	33
Hospital e Maternidade Mun Dr Odelmo Leao Carneiro Uberlândia	169
Uai Martins Dr Joao Fernandes de Oliveira Uberlândia	16
Uai Sao Jorge Uberlândia	12
Uai Pampulha Unid de Atend. Integrado Irma Dulce Uberlândia	16
Uai Roosevelt Dr Josias de Freitas Uberlândia	15
Uai Tibery Anice Dib Jatene Uberlândia	23
Uai Planalto Dr Tubal Vilela da Silva Uberlândia	20
Uai Luizote Dr Domingos Pimentel de Ulhoa Uberlândia	15
Uai Morumbi Uberlândia	12
<b>Total</b>	<b>858</b>

**Fonte:** PDR, Malachias et al. (2014 [2012]). **Org.** Alves (2016).

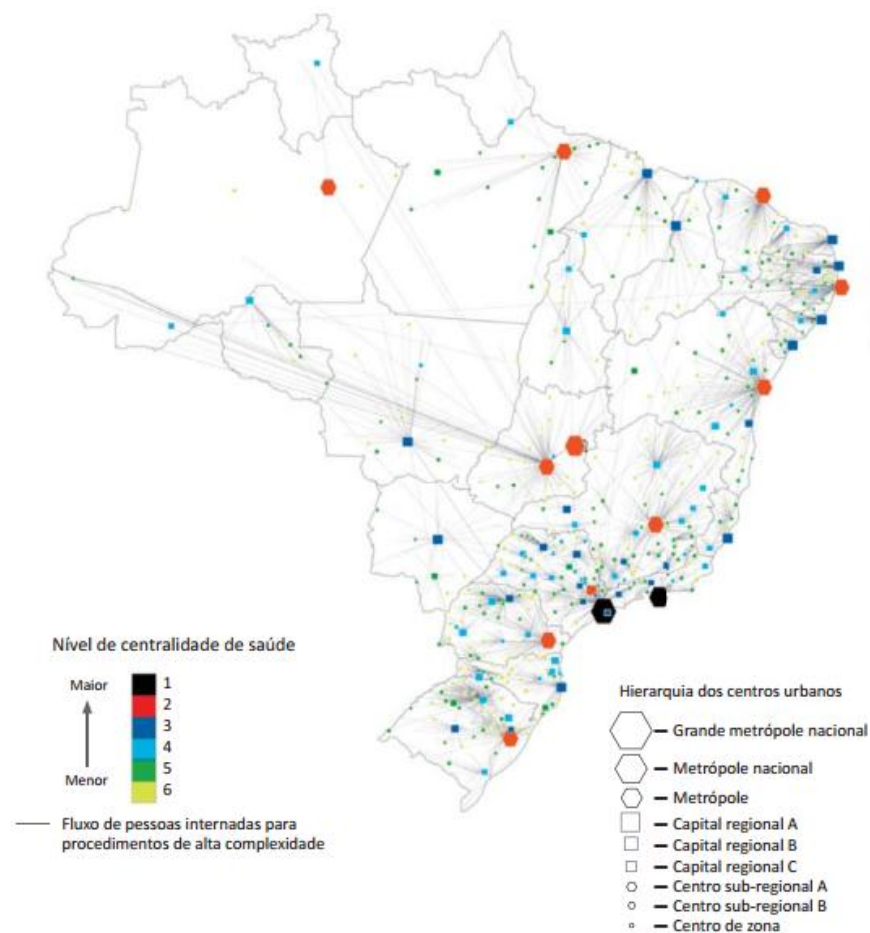
A influência de Uberlândia é demonstrada na análise da distribuição dos deslocamentos para atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o volume de internação e a classe de complexidade dos procedimentos (frequência dos tipos de equipamentos e as especialidades informadas pelos estabelecimentos de saúde) com base na hierarquia das aglomerações urbanas metropolitanas e não metropolitanas (as cidades médias e as cidades pequenas) da Região de Influência das Cidades (Regic, 2008). Onde, em uma hierarquia em seis níveis para o índice de centralidade da saúde para as cidades brasileiras, considerando a média e alta complexidade, Uberlândia, enquanto capital regional B, possui um nível de centralidade de classe 3, como demonstram os mapas 3 e 4 (OLIVEIRA; ONEILL, 2013, p.84).

**Mapa 3** – Brasil: Internações hospitalares para procedimentos de média complexidade (2009).



Fonte: IBGE, Regiões de Influência das Cidades 2008 e MS - Sistema Único de Saúde DATASUS 2009

**Mapa 4** – Brasil: Internações hospitalares para procedimentos de alta complexidade (2009).



Fonte: IBGE, Regiões de Influência das Cidades 2008 MS — Sistema Único de Saúde DATASUS 2009



No contexto em que Uberlândia se insere segundo Oliveira e O'Neill (2013, p.84) há mais centros urbanos com condições de atendimento de média e alta complexidade, o que, eventualmente, reduz a relação hierárquica entre os municípios, bem como as distâncias a serem percorridas pelas pessoas para alcançar esse tipo de atendimento. No entanto, observa-se que especialmente em relação à alta complexidade a demanda externa a ser atendida por Uberlândia é elevada, por vezes sobrecarregando o sistema de saúde.

Para o planejamento regional integrado é necessário, que a cada um dos entes que compõem a região de saúde:

[...] realize o seu planejamento, por meio da participação do Conselho Municipal de Saúde, considerando as especificidades do seu território para além dos limites territoriais das cidades; as necessidades de saúde da população, que sempre serão expressas nos municípios, nunca no Estado ou na União; a definição de prioridades, diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programadas e definidas pelos conselhos municipais de saúde, a conformação, modelagem e organização das redes de atenção à saúde, contribuindo para melhoria da qualidade da resposta do SUS impactando na condição de saúde da população. (UBERLÂNDIA/PMS, 2014-2017).

Tais ações são essenciais para o bom funcionamento do sistema de saúde, organizado em níveis de complexidade crescentes, com foco, sobretudo as ações de atenção primária, que deve ser a prioridade de todos os municípios, posto sua capacidade resolutiva para pelo menos 85% das necessidades de saúde das pessoas de determinado território, bem com a necessidade de mudar a lógica dominante do modelo de saúde centrado no médico e no hospital, em eventos agudos (urgência e emergência) no sanitarismo-campanhista, para um modelo que considere a individualidade das pessoas e do território onde vivem.

Nesta perspectiva, no modelo de atenção à saúde em Uberlândia é prevista no Plano Municipal de Saúde (PMS, 2014-2017), a Rede de Produção de Saúde, que “constitui em um conjunto de ações e serviços de saúde, organizada em pontos de atenção, linhas de cuidado, fluxos e protocolos assistenciais, com diversos mecanismos e instrumentos de gestão, como a regulação, a auditoria, a avaliação e o controle assistencial”, cuja rede “amplia a Rede de Atenção, incorporando a Vigilância e a Promoção em Saúde, e principalmente, as políticas e estratégias intersetoriais, articulando a Política Pública de Saúde com as demais políticas públicas, seja sociais (educação, cultura, desenvolvimento social, habitação), seja econômicas (trabalho, emprego, renda, desenvolvimento industrial e comercial) e ambientais (meio ambiente, saneamento, planejamento urbano)” no PMS (2014-2017, p.51).

No âmbito da Atenção Primária, os agentes comunitários de saúde, as equipes da saúde da família e os núcleos de atenção a saúde da família<sup>179</sup> têm grande importância. Neste nível da saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que objetiva incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde, possui para estratificação dos municípios para o processo de certificação das equipes de Atenção Básica um índice que varia de zero a dez, composto por cinco indicadores: produto interno bruto (PIB) per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza, densidade demográfica—apenas o PIB com peso 2. Por esse índice Uberlândia em 2010 é classificada no extrato 6 - municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85. Em fase posterior, o PMAQ prevê elevação no repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento, para tal as equipes da Atenção básica se autoavaliam - 10% da nota; são monitoradas por 24 indicadores de saúde contratualizados no momento de adesão do PMAQ - 20% da nota; e são avaliadas por avaliadores externos in loco - 70% da nota, para certificação e recebimento dos recursos, em Uberlândia em 2013 foram equipes 16 certificadas e os valores dos repasses em torno de R\$120.800,00 entre 2012 e 2014. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Tal conjuntura no entanto pode ser considerada razoável, pois conforme a tabela 12, proporcionalmente Uberlândia apresenta menor quantidade do que as demais escalas, o que pode ser explicado pela existência de uma cultura institucional e hospitalocêntrica, especialmente pelo pronto-atendimento, e pela ausência de investimento nestas estratégias, que conforme destaca Rodrigues (2013) a implantação destas estratégias iniciou-se tardiamente, em 2003, se comparado com outros municípios mineiros de porte populacional semelhante, como Contagem, Betim, Juiz de Fora, Montes Claros, Ribeirão das Neves, Uberaba e Governador Valadares, onde tais ações iniciaram ainda na década de 1990.

---

<sup>179</sup> São equipes multiprofissionais de especialistas que articulam ações e serviços da atenção especializada com a AB, seja com apoio matricial, educação permanente, consultas individualizadas e conjuntas, grupos e teleconsultoria.

**Tabela 12** - Brasil, Região Sudeste, Minas Gerais e Uberlândia: Implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Equipes da Saúde da Família e NASF's (dez.2013).

		Uberlândia	Região Sudeste	Minas Gerais	Brasil
<b>População</b>		619536	81565983	19855332	193976530
<b>Agentes Comunitários de Saúde</b>	Implantados	293	75706	28900	257936
	Estimativa da População coberta	168475	40251080	14566890	125584425
	Proporção de cobertura populacional estimada	27,19	49,35	73,37	64,74
<b>Equipe de Saúde da Família</b>	Implantados	49	11077	4564	34715
	Estimativa da População coberta	169050	36169212	14332272	109341094
	Proporção de cobertura populacional estimada	27,29	44,34	72,18	56,37
<b>Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)</b>	Implantados	0	685	372	2767

**Fonte:** MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. **Org.** Alves (2014).

Destaca-se, que para a implantação destas estratégias o Ministério da Saúde, recomenda que a condição socioeconômica seja um dos critérios considerados. Afinal, a Atenção Primária prevê entre os municípios a garantia de proporcionalmente mais recursos para os que mais precisam fato que deve ser transposto para a escala local. Sendo que, em Uberlândia, segundo Rodrigues (2013, p.179).

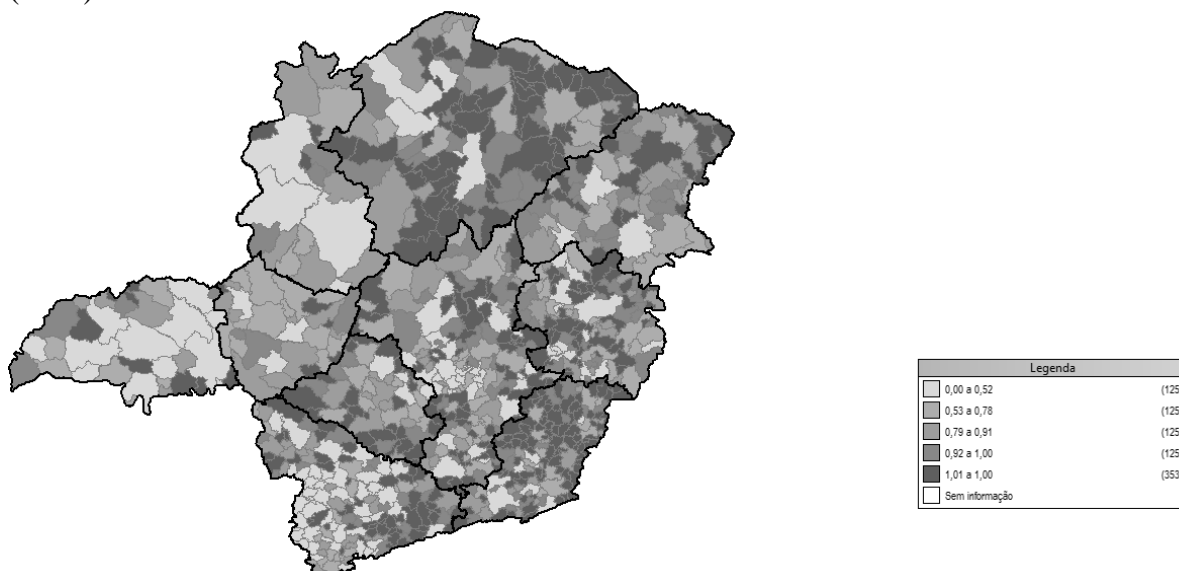
Levou-se em consideração os bairros e a população existentes em 2001, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE); critérios sócio-econômicos, a acessibilidade à unidade e indicadores de atenção básica como óbito infantil, óbito total, peso ao nascer, gravidez na adolescência e doenças cardiovasculares. Além disso, foi realizado o levantamento da necessidade de recursos humanos, equipamentos e infraestrutura para o funcionamento das unidades de saúde.

Conforme o índice de cobertura do PSF do IMRS<sup>180</sup>, em 2010 em Uberlândia ocupava a 836ª posição entre os 845 municípios mineiros, figura 50. Nesse ano, no município as equipes de Saúde da Família, são responsáveis por apenas cerca de 23% da população

<sup>180</sup> Obtido a partir do indicador Proporção da população atendida pelo PSF, através da fórmula:  $I = \frac{\ln(\text{valor observado do indicador}) - \ln(\text{pior valor})}{\ln(\text{melhor valor}) - \ln(\text{pior})}$ , onde: valor observado do indicador = média simples dos valores observados do indicador nos anos de 2009, 2010 e 2011.

uberlandense, e estão com população cadastrada acima do preconizado pelo Ministério da Saúde e não consolidou como porta de entrada para os serviços municipais de saúde.

**Figura 50** - Municípios de Minas Gerais: IMRS- Subíndice cobertura de saúde da família (2010).



Fonte: IMRS/FJP (2013). Org.: Alves (2015).

Contudo, no PMS (2014-2017) tal problema, assim como as mudanças necessárias para superá-lo são reconhecidos. Entre eles, o papel da prevenção e controle das doenças e agravos mais frequentes no município pela atenção básica e à saúde das famílias, que deverão ser um dos eixos estruturantes no modelo de atenção. Neste sentido, fica explícito que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), devem assumir maior grau de importância, de modo a “reestruturar” o modelo de atenção básica do município<sup>181</sup>, até então fundamentalmente pautado em um modelo de

Atenção Básica tradicional, representado pelas 9 Unidades Básicas de Saúde, responsáveis por ¼ do município, que se organizam mesclando elementos da Saúde da Família com uma prática clínica tipicamente ambulatorial. A outra metade do território de Uberlândia é coberta pelas UAI, que constituem uma Atenção Básica precarizada, desconsiderando a territorialização, o vínculo, o trabalho em equipe multiprofissional, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, fragmentando o cuidado médico (Clínica, GO e Pediatria), mesclando a atenção ambulatorial especializada com o modelo do Pronto Atendimento. (UBERLÂNDIA/PMS, 2014-2017, p.52).

Ao considerar as ações estratégicas para a promoção, proteção e prevenção na saúde, especialmente no contexto dos grupos conviventes com situações de maior vulnerabilidade, a

<sup>181</sup> Em 2014 as equipes de saúde da família já eram 54, sendo a cobertura do programa de 30,8% (FJP, 2015)

Rede de Produção de Saúde de Uberlândia contempla: a Vigilância e Proteção à Saúde (Vigilância Epidemiológica<sup>182</sup>, Vigilância Sanitária<sup>183</sup>, Vigilância Ambiental<sup>184</sup> e de Saúde do Trabalhador<sup>185</sup> e Promoção da Saúde); e a Promoção da Saúde (Vigilância Nutricional; Academia da Saúde; Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis, incluindo aí os Acidentes e as Violências; e Estímulo a Cultura da Paz e Combate à Violência).

Entre as atividades de promoção da saúde estão: o Programa Pratique Saúde, que oferece atividades físicas supervisionadas e orientadas por profissionais da Educação Física para a prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis tais como Diabetes Mellitos, Hipertensão arterial, dislipidemias, obesidade etc, estimulando a pratica de atividades físicas; o atendimento às pessoas interessadas na prevenção ou abandono do fumo entre os já dependentes, do consumo do tabaco; o Programa de Vigilância Nutricional, desenvolvido de acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição; o Programa de Educação em Saúde, desenvolvido na rede pública de ensino infantil, fundamental e seus familiares, por meio de 4 ações: TAV (Teste de Acuidade Visual); Educação Sexual e Reprodutiva - implantação da caderneta de saúde do (a) adolescente; Avaliação do Perfil Nutricional (pesar e medir) e Atualização e Controle do Calendário Vacinal.

## 5.8. Defesa Social e Segurança

Viver em segurança e com a sensação de segurança é fundamental à qualidade de vida. Neste sentido, sobretudo a especialização da criminalidade violenta consiste em *proxy* para análise. A WHO define a violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (WHO, 2002). Batella e Diniz (2010, p.152) destacam que a

<sup>182</sup> Tuberculose, Hanseníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais, Centro de Controle de Zoonoses, Dengue, Laboratório de Animais Peçonhentos e Quirópteros, Laboratório de Entomologia, Laboratório de Sorologia, Imunização, Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) e Vigilância Epidemiológica.

<sup>183</sup> Vigilância Sanitária de Alimentos, Vigilância de Estabelecimentos de Saúde e de Interesse à Saúde, Vigilância Sanitária de produtos químicos de interesse á saúde, Laboratório de Controle de Qualidade em Saúde, Setor de Análise de Projetos.

<sup>184</sup> Vigilância do Ar, da Água para consumo humano, do Solo e do Som, bem como políticas de Saneamento, de Abastecimento de Água, de Esgotamento Sanitário, de Gestão de Resíduos Sólidos, a Drenagem de águas pluviais, a Gestão Ambiental e a Educação Ambiental.

<sup>185</sup> Pelo Centro Regional de Saúde do Trabalhador de Uberlândia (CEREST), que assessora a realização de convênios de cooperação técnica, subsidia a formulação de políticas públicas, apoiar a estruturação da assistência de média e alta complexidade para atender aos acidentes de trabalho e agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e aos agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória citados na Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011. (UBERLÂNDIA/PMS, 2014-2017).

violência possui condicionantes clássicos, sobretudo aqueles ligados aos aspectos socioeconômicos, demográficos e ambientais, os quais adquirem relevância diferenciada de acordo com o local onde são analisados. Assim, como apontam as teorias recentes, os crimes são causados em função de quatro causas: a lei, o criminoso, o alvo e o lugar. Com foco nos elementos do lugar, na análise espacial dos condicionantes dos crimes violentos contra o patrimônio e contra a pessoa, a saber: desenvolvimento humano, riqueza, desigualdade de renda, infraestrutura, educação, estrutura populacional, imigração, no Estado de Minas Gerais<sup>186</sup>, os autores destacam a existência de correlação entre tais condicionantes, sobretudo nos crimes contra o patrimônio, que tendem a ocorrer em áreas mais ricas, enquanto os crimes contra a pessoa que tendem a concentrar em áreas economicamente mais deprimidas.

Pode-se inferir que a ocorrência de crimes, especialmente contra a pessoa, como os homicídios, tendem a ocorrerem em áreas em que as carências se sobrepõem, onde a qualidade de vida é baixa, já que muitos dos condicionantes estruturais da violência coincidem com os da qualidade de vida. Em Uberlândia segundo Santos (2012) com base em dados do período de 1999 a 2010, apesar de uma relativa redução da criminalidade violenta desde 2005, os homicídios têm se mantido em ascensão, normalmente ocorrendo de modo associado com o tráfico e uso, nos espaços conhecidos como “territórios do tráfico”.

A conjuntura apontada por indicadores da criminalidade, para o contexto do Brasil, e mesmo para Minas Gerais e Uberlândia, não são animadores, especialmente em relação à conjectura internacional. Por exemplo, ao considerar as informações de homicídios no período entre 2008 e 2012 dos países-membros da WHO, disponíveis em sua base de dados<sup>187</sup>, os índices do Brasil se destacam, já que o país ocupa a 7ª posição, conforme o quadro 19. A posição do país é pior do que de países localizados em áreas com conflitos como o Iraque (na 23ª posição com um taxa de 9,4 em 2008). Historicamente o país já esteve em pior situação, chegando, inclusive, entre as três primeiras posições. Estar em 7ª posição, não deve-se, especificamente à melhorias, mas “a uma forte eclosão de violência em alguns países, especialmente da América Central”. (WAISELFISZ, 2014, p. 72).

**Quadro 19** - Países com maiores taxa de homicídios (por 100 mil) na população total (2007-2012).

País	Ano	Taxa	Pos.	País	Ano	Taxa	Pos.
El Salvador	2009	62,4	1º	Panamá	2009	27,3	11º

<sup>186</sup> Ver mais em :

<http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/7071/S198245132010000100011.pdf?sequence=1>.

<sup>187</sup> <http://www.who.int/gho/en/>

Guatemala	2008	46,4	2°	México	2010	22,1	12°
Trinidad e Tobago	2008	46,1	3°	Dominica	2010	22,0	13°
Colômbia	2009	45,0	4°	Barbados	2008	17,3	14°
Venezuela	2007	36,9	5°	Ilhas Cayman	2009	16,3	15°
Guadalupe	2009	29,3	6°	Equador	2010	15,7	16°
Brasil	2010	27,4	7°	Rússia	2010	13,3	17°
Belize	2009	27,3	8°	Filipinas	2008	13,0	18°
Puerto Rico	2007	25,7	9°	São Vicente e Granadinas	2010	12,5	19°
Bahamas	2008	24,9	10°	África do Sul	2009	10,4	20°

**Nota:** Último ano disponível entre 2007 e 2012. **Fonte:** adaptado de Waiselfisz (2014).

Nas primeiras 10 posições, estão países América Latina, incluindo o Caribe, onde historicamente, a violência esteve ligada ao narcotráfico e/ou à guerrilha, sendo que, muitas vezes “o termo violência virou sinônimo de tráfico, com seu aparelho criminal infiltrado nas diversas instâncias da sociedade civil e política e seus assentamentos territoriais nas zonas mais pobres das cidades” (WASELFISZ, 2014, p. 75). Além disso,

[...] inclusive os países que apresentam as menores taxas de homicídio na América Latina, quando confrontadas no contexto internacional, assumem uma posição intermediária, ou até mesmo encontram-se entre os países de violência elevada. Assim, as menores taxas regionais (no Uruguai, Argentina, Nicarágua e Cuba) com índices entre quatro e seis homicídios em 100 mil habitantes, encontram-se em situação de intermediária para cima no ordenamento internacional, isto é, no grupo das taxas moderadas para acima e bem longe da maior parte dos países da Europa ou da Ásia, cujos índices nem chegam a dois homicídios em 100 mil habitantes. (WASELFISZ, 2014, P.75).

Para a escala nacional, as informações do estudo “Mapa da Violência 2014” de Waiselfisz (2014), que traça um panorama da evolução da violência no país, mostram uma evolução impressionante no número das mortes violentas, quadro 20. Segundo o estudo enquanto a mortalidade para o conjunto da população caiu 3,7%, a por causas externas aumentou 32,8%, para o período de 1980 a 2012. Aumento que está relacionado com o crescimento das mortes violentas, em razão dos homicídios (148,5%), dos suicídios (62,5%) e dos acidentes de transporte (38,7%).

No período considerado, as taxas de mortes violentas oscilaram, com fase de crescimento e intercalada com fase de relativo decréscimo, conforme o gráfico 26. Para os homicídios, entre 1980 e 2003, a tendência foi de crescimento, passando de 11,7 homicídios por 100 mil habitantes para 28,9, portanto, com crescimento anual em torno de 4%. Entre 2003 e 2007, graças às campanhas de desarmamento e de políticas pontuais em algumas

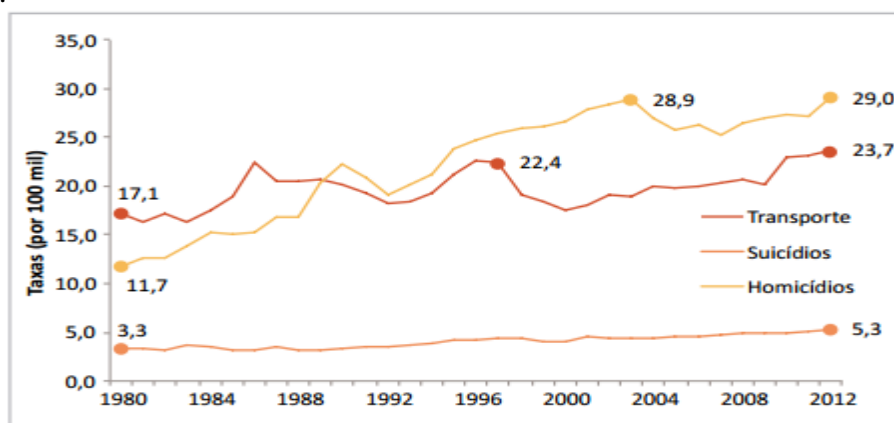
Unidades da Federação, a tendência foi de queda em alguns locais<sup>188</sup>, que não entanto, deixou de existir após 2007, quando tem início nova fase de crescimento da violência, cujos números, de 2012, por exemplo, são de “154 vítimas diárias, número que equivale 1,4 massacres do Carandiru a cada dia do ano de 2012”<sup>189</sup>.

**Quadro 20** - Brasil: Estrutura e evolução da mortalidade: número e taxas de óbito (por 100mil/hab) segundo causas. População Total. (anos selecionados entre 1980/2012).

Ano	Número					Taxas (por 100 mil)				
	Causas Externas	Trans porte <sup>1</sup>	Suici dio <sup>2</sup>	Homi cidio <sup>3</sup>	Viol enta <sup>(1+2+3)</sup>	Exte rnas	Trans porte	Suici dio	Homi cidios	Viol entas
1980	70.212	20.365	3.896	13.910	38.171	59,0	17,1	3,3	11,7	32,1
1990	100.656	29.089	4.845	31.989	65.923	69,9	20,2	3,4	22,2	45,8
2000	118.397	29.645	6.780	45.360	81.785	69,7	17,5	4,0	26,7	48,2
2010	143.256	43.908	9.448	52.260	105.616	75,1	23,0	5,0	27,4	55,4
2012	152.013	46.051	10.321	56.337	112.709	78,4	23,7	5,3	29,0	58,1
Crescimento										
1980/90	43,4	42,8	24,4	130,0	72,7	18,4	18,0	2,7	89,9	42,6
1990/00	17,6	1,9	39,9	41,8	24,1	-0,2	-13,5	18,8	20,3	5,3
2000/12	28,4	55,3	52,2	24,2	37,8	12,4	36,0	33,3	8,7	20,6
1980/12	116,5	126,1	164,9	305,0	195,3	32,8	38,7	62,5	148,5	81,2

**Fonte:** adaptado de Waiselfisz (2014) a partir de dados do SIM/SVS/MS. **Org.** Alves (2015).

**Gráfico 26** - Brasil: Taxas de mortalidade violenta (por 100 mil/hab). População Total. 1980/2012.



**Fonte:** Waiselfisz (2014) a partir de dados do SIM/SVS/MS.

<sup>188</sup> Destaca-se que neste período, na região sudeste, onde estão os Estados mais populosos, a tendência foi de queda, com exceção de MG, que apresentou crescimento de 52,3% na década.

<sup>189</sup> Uma rebelião na Casa de Detenção do Complexo do Carandiru, na zona norte de São Paulo, originou a intervenção das forças policiais, que deixou um saldo de 111 mortes, segundo os dados oficiais. Esse fato ficou conhecido internacionalmente como “Massacre de Carandiru”



Ao analisar a década 2002/2012, no “Mapa da Violência” é destacado que “morreram no Brasil 556 mil cidadãos vítimas de homicídio, quantitativo que excede, largamente, o número de mortes da maioria dos conflitos armados registrados no mundo”. Sendo que, em Minas Gerais, o crescimento dos homicídios nesta década de 52,3%. Conforme evidenciado no Plano Estadual de defesa social (MG, 2014-2015, p.14), ao analisar a evolução histórica dos crimes violentos no Estado, nos últimos 30 anos ocorreram 4 padrões de comportamento, a saber:

- 1) No final da década de 80, os padrões estáveis de criminalidade violenta, permaneceram estáveis no patamar médio de 106,3 ocorrências para cada grupo de 100 mil habitantes.*
- 2) Em meados da década de 90, esses padrões iniciam uma trajetória ascendente atingindo-se o patamar de 541,6 crimes por 100 mil habitantes, em 2003. Nesse contexto, entre 1995 e 2003, ou seja, num período de 9 anos, a taxa em questão aumentou 307,5% no Estado.*
- 3) Essa trajetória ascendente nas taxas de crimes violentos foi interrompido em 2004, iniciando em 2005 uma trajetória descendente até o ano de 2010. Assim, na comparação entre os patamares de 2003 e 2010, foi observado que os crimes violentos tiveram uma redução de 53,7% nas taxas anuais, passando de 541,6 para 250,5 ocorrências por 100 mil habitantes.*
- 4) Por fim, a partir do ano de 2011, nota-se o retorno do comportamento ascendente na taxa de crimes violentos, que atingiu, em 2013, o patamar de 425,5 ocorrências por 100 mil habitantes, representando aumento de 69,9% entre 2010 e 2013.*

Ao considerar a quantidade de crimes violentos nos municípios mineiros, entre aqueles com taxas críticas, por vezes, superiores àquelas do Estado, a REDS (2013) destaca quatorze municípios entre os quais, Uberlândia possui o terceiro maior percentual dos crimes (5,7%), em posição pior apenas que a capital (35%) e Contagem (10,6%).

Esses municípios, que em conjunto, contribuíram para 72% dos crimes violentos de Minas Gerais, possuem alta densidade populacional, comportando 35% da população estadual, em um pouco mais de 3% do território mineiro. O estudo “Mapa da Violência” destaca que a distribuição espacial dos municípios com elevados gradientes dos crimes violentos, permite analisar os fatores condicionantes e as políticas específicas para o enfrentamento, bem como

Conforma situações bem diferenciadas quando se trata de polos de desenvolvimento do interior, atrativas de população e investimentos, perante a limitada presença do poder público, atrativas também para a criminalidade e a violência; ou dos municípios de zona de fronteira, dominados por megaestruturas dedicadas ao contrabando de armas, de produtos, de pirataria e/ou rotas de tráfico; ou municípios

do arco do desmatamento amazônico, incentivados por interesses políticos e econômicos em torno de gigantescos empreendimentos agrícolas que se apoiam em madeiras ilegais, grilagem de terras, extermínio de populações indígenas e trabalho escravo; também municípios amazônicos, boca de absorção de biopirataria; ou municípios com domínio territorial, de quadrilhas, milícias, tráfico, produção ilegal de entorpecentes; ou, tanto ou mais importante que as anteriores, municípios e áreas onde impera uma sólida cultura da violência, crimes por motivos fúteis e banais (WAISELFISZ, 2014, p.59).

Também é destacada a ocorrência de mudanças na geografia da violência homicida no país, em função da interiorização e da disseminação da violência, que estariam “originando um deslocamento dos polos dinâmicos da violência: de municípios de grande porte – acima de 100 mil habitantes – para municípios de pequeno e médio porte”, (WAISELFISZ, 2014, p.65), cujas mudanças seriam explicadas por fatores como:

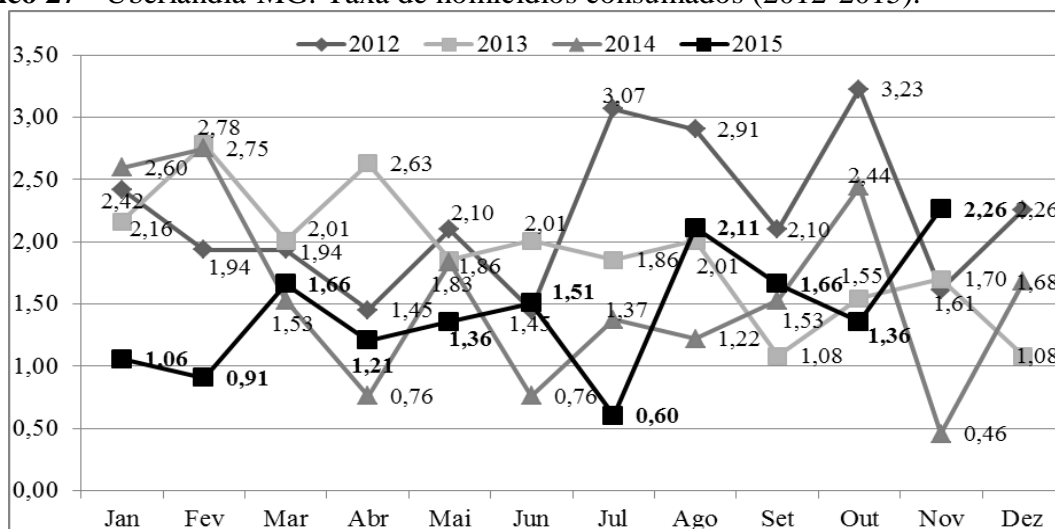
Em primeiro lugar, a emergência de polos de crescimento em municípios do interior de diversos estados do país torna-se atrativa para investimentos e migrações pela expansão do emprego e da renda. Mas convertem-se, também, em polos atrativos, pelos mesmos motivos, para a criminalidade, em ausência de esquemas de proteção dos aparelhos do Estado.

Em segundo lugar, investimentos nas capitais e nas grandes regiões metropolitanas declaradas prioritárias a partir do novo Plano Nacional de Segurança Pública de 1999, e do Fundo Nacional de Segurança, instituído em janeiro de 2001, fizeram com que fossem canalizados recursos federais e estaduais, principalmente para aparelhamento dos sistemas de segurança pública. Isso dificultou a ação da criminalidade organizada, que migra para áreas de menor risco e menor capacidade das estruturas de segurança.

E em terceiro lugar, melhor cobertura dos sistemas de coleta dos dados de mortalidade no interior do país diminuiu a subnotificação nas áreas do interior. (WAISELFISZ, 2014, p. 68).

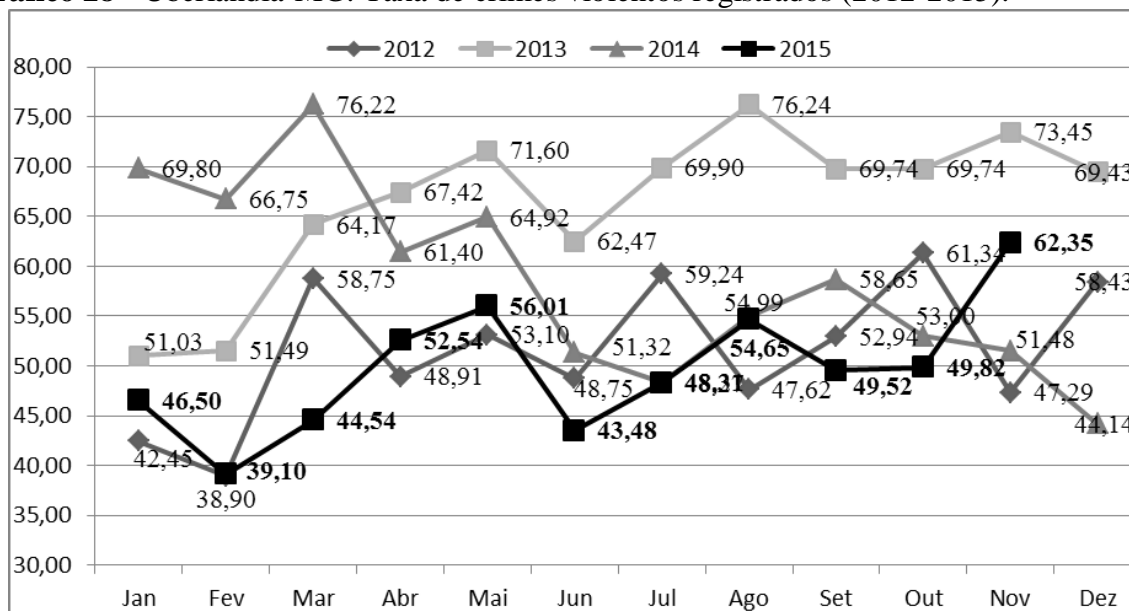
Pode-se inferir que tal conjuntura se materializa em Uberlândia, onde em 2010, segundo Santos (2012) a taxa de homicídios consumados envolvendo residentes, apresentou-se mais elevada do que aquela verificada para algumas capitais, como São Paulo, Rio de Janeiro, Florianópolis Campo Grande e Palmas, ocupando a 23ª posição no ranking nacional. A autora destaca ainda o aumento dos valores deste crime, que passou de uma taxa de 10,26 para 17,99, taxas semelhantes às que compõem o IMRS, que também praticamente dobraram em uma década, passando de 10,09 para 18,87 por 100 mil hab, entre 2000 e 2010.

Por outro lado, a REDS/SEDS (2015) fornece uma taxa de homicídios consumados para o período de 2012 a 2015, que apresenta-se bem abaixo da relatada por Santos (2012) e pelo IMRS, gráfico 27. Para o período considerado, observa-se a ocorrência de relativa redução na taxa de homicídios por 100 mil habitantes.

**Gráfico 27** - Uberlândia-MG: Taxa de homicídios consumados (2012-2015).

**Fonte:** Registro de Eventos de Defesa Social (REDS) / SEDS (2015). **Org.** Alves (2015).

Essa tendência de redução também é observada se considerada a totalidade dos crimes violentos (homicídio consumado e tentado; roubo consumado; extorsão mediante sequestro e cárcere privado; estupro consumado e tentado) conforme os dados da REDS/SEDS (2015), gráfico 28.

**Gráfico 28** - Uberlândia-MG: Taxa de crimes violentos registrados (2012-2015).

**Fonte:** Registro de Eventos de Defesa Social (REDS) / SEDS (2015). **Org.** Alves (2015).

Uberlândia insere na 9ª Região da Polícia Militar (RPM),<sup>190</sup> que dentre outros equipamentos abriga o 32º Batalhão da Polícia Militar (BPM) – nos setores Leste e Norte – e o 17º BPM abrangendo os setores Sul e Oeste. Cada um destes BPM's possui cinco Companhias da Polícia Militar, o primeiro com as 91ª, 148ª, 158ª, 170ª e a 199ª e o segundo com as 92ª, 109ª, 169ª, 171ª e 200ª. Por sua vez, cada CPM possui Postos de Policiamento Comunitário (PPC) e Postos Integrados de Segurança Pública (PISC), que se diferenciam quanto a estratégia de segurança (SANTOS, 2012).

A filosofia dos PPC, de aproximar a Polícia Militar (PM) da população com ações preventivas, existe em Minas Gerais desde a década de 1980/1990, tendo sido adotada em Uberlândia neste período. Em 2012 com vistas à melhorias foi adotada a vigilância compartilhada – Koban, programa existente em Minas Gerais desde 2008. Por meio de um termo de convênio de cooperação mútua entre a Polícia Militar de Minas Gerais e a Prefeitura Municipal os postos foram reformados e passaram a chamar Base Comunitária.

A Base Comunitária consiste em um serviço policial preventivo, prestado por uma equipe de policiais militares para aplicação do policiamento orientado para o problema, com apoio da comunidade. Utiliza como referência uma edificação policial militar e os processos de policiamento preexistentes, tais como o policiamento a pé, a utilização de ciclopatrulha, de motocicleta e também o motorizado. O objetivo é de reduzir o crime de menor potencial ofensivo, acabar com a insegurança e a desordem pública em áreas com alta densidade populacional. (PMU, 2015, s/p).

Os PISCs, assim como os Centros Integrados de Atendimento ao Cidadão (CIACs) foram criados em 2003 a partir do Plano Municipal de Segurança Pública, Justiça e Cidadania. A atribuição dos PISCs conforme consta no referido plano é

nos PISCs, os(as) cidadãos(ãs), em especial, os(as) mais carentes, vítimas de quaisquer tipos de violência ou envolvidos em situações de litígio ou atrito, serão recebidos(as) por um(a) profissional da área do Serviço Social e encaminhados(as), conforme o caso exija, a um(a) assistente jurídico(a) ou a um(a) psicólogo(a) e, em determinadas situações, ao atendimento especializado de um policial militar, de um agente da Guarda Municipal de Uberlândia, ou de órgão municipal ou ONG responsável pelo problema; (UBERLÂNDIA, 2003, p.3).

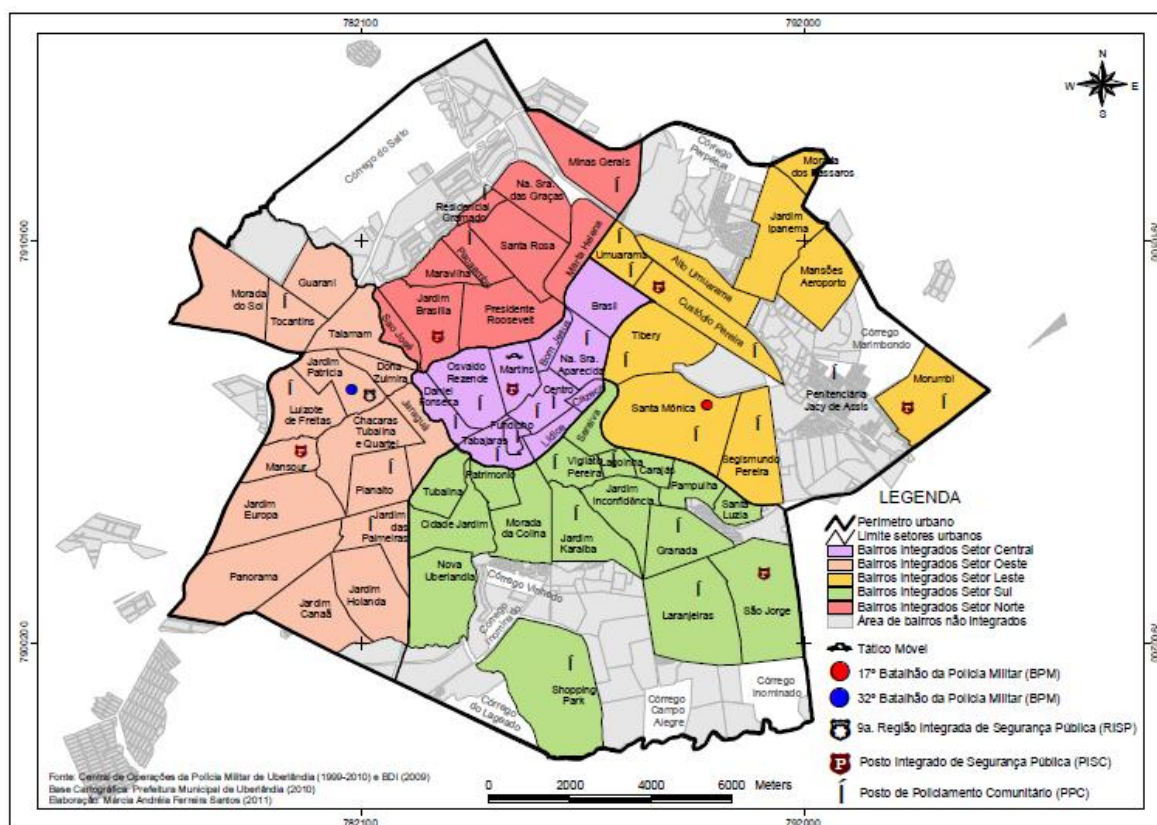
Na administração municipal a dimensão segurança, fica sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Prevenção às Drogas e Segurança Cidadã, a qual atua sob duas vertentes: a da “consolidação das Políticas Públicas sobre Drogas, relativas a Prevenção e Reinserção Social, ao lado Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – SISNAD” e a “da implementação das políticas públicas transversais voltadas à proteção, prevenção e

<sup>190</sup> Desde o ano de 2008 Uberlândia integra a 9ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) – unidade estratégica de trabalho conjunto das Polícias Civil, Militar e Corpo de Bombeiros. A atuação da 9 RISP abarca 18 que compõem a Região Triângulo Norte. (SANTOS, 2012).

participação cidadã na gestão da segurança e da defesa civil municipal, consubstanciando-as por meio de projetos e programas de defesa civil e segurança comunitária” (PMU, 2015).

A ocorrência de criminalidade no espaço intraurbano serve de base para a instalação de equipamentos urbanos de segurança pública. Assim, os Setores Central e Leste que apresentam ocorrência significativa de crimes violentos, possuem a maioria dos Postos da Polícia Militar (mapa 5).

**Mapa 5** - Uberlândia-MG: Localização dos Postos de Segurança Pública (2009).



Fonte: Santos (2012).

Ao considerar os índices da dimensão segurança que compõe o IMRS, no que se refere aos recursos humanos (índice policiais civis e militares por habitante<sup>191</sup>) e à gestão, especificamente aos investimentos (índices de gasto per capita e esforço orçamentário<sup>192</sup>)

<sup>191</sup> Obtido a partir do indicador Habitantes por policiais civis e militares, através da fórmula:  $I = \frac{\ln(\text{valor observado do indicador}) - \ln(\text{pior valor})}{\ln(\text{melhor valor}) - \ln(\text{pior valor})}$ , onde: valor observado do indicador = média simples dos valores observados do indicador nos anos de 2009, 2010 e 2011; melhor valor = 220; e pior valor = 2502. Nos casos em que o valor observado superou o melhor valor estipulado para efeito da construção do índice, o primeiro foi igualado ao segundo. Com isso, o índice foi restringido a 1, valor que representa a melhor situação; na pior situação, ou seja, quando o valor do indicador for igual ao pior valor da fórmula, o índice será igual a 0. Este índice entra na composição do Índice de Segurança Pública com o peso de 15% e, no IMRS, com o peso de 1,8%.

<sup>192</sup> Obtido a partir do indicador Esforço orçamentário em segurança pública, através da fórmula:  $I = \frac{\ln(\text{valor observado do indicador}) - \ln(\text{pior valor})}{\ln(\text{melhor valor}) - \ln(\text{pior valor})}$ , onde: valor observado do

verifica-se que, sobretudo os investimentos ainda são baixos, bem como os aumentos ao longo dos anos tem sido baixos e de forma irregular (quadro 21). Além disso, em relação aos recursos institucionais, conforme dados da FJP, o município não conta com guarda municipal.

**Quadro 21** - Uberlândia-MG: Índice de recursos humanos e gestão da segurança pública (2000-2010).

Anos	Índice per capita com segurança pública (R\$ correntes) (0-1)	Índice de esforço orçamentário (0-1)	Habitantes por policial civil (habitantes)	Habitantes por policial militar (habitantes)	Índice Habitante por policiais civis e militares (0-1)
2000	0,07	0,17	3.433	307	0,84
2002	0,20	0,47	3.233	319	0,87
2004	0,02	0,04	3.580	331	0,89
2006	0,07	0,15	2.907	344	0,91
2008	0,14	0,06	2.721	364	0,98
2010	*	0,09	*	367	0,95

**Nota:** \*Sem informações. **Fonte:** IMRS/FJP (2013).

Para reduzir os casos de violência conforme destaca Santos (2012) é importante o estabelecimento de parcerias - PM, Prefeitura e população<sup>193</sup>-, de políticas sociais e de segurança pública, considerando a migração dos crimes para áreas pouco assistidas pelas instituições de segurança, bem como o reconhecimento do caráter dinâmico e reticulado da violência, que requer ações coordenadas em suas diferentes nuances – homicídios, roubos, tráfico etc.

## 5.9. Infraestrutura urbana.

Tão antigos quanto a cidade, elementares à condição urbana (Resolução CONAMA 302/2002) portanto, indissociáveis da cidade, os sistemas de infraestrutura são meios essenciais ao atendimento dos serviços de utilidade pública urbanos. Zmitrowicz; de Angelis Neto (1997, p.5) definem infraestrutura urbana como:

um sistema técnico de equipamentos e serviços necessários ao desenvolvimento das funções urbanas, podendo estas funções ser vistas sob os aspectos social, econômico

---

indicador = média simples dos valores observados do indicador nos anos de 2009, 2010 e 2011 ; melhor valor = 1 ; e pior valor = 0. Nos casos em que o valor observado superou o melhor valor estipulado, para efeito da construção do índice, o primeiro foi igualado ao segundo. Com isso, o índice foi restringido a 1, valor que representa a melhor situação; na pior situação, ou seja, quando o valor do indicador for igual ao pior valor da fórmula, o índice será igual a 0. Este índice entra na composição do Índice de Segurança Pública com o peso de 10% e, no IMRS, com o peso de 1,2%.

<sup>193</sup> Dentre os projetos desenvolvidos em parceria que tem apresentado resultados positivos têm-se os: Fica Vivo, Sistema Olho Vivo, Anjos da Escola, Programa de Educação e Resistências às Drogas e a Violência (PROERD), Jovens Construindo Cidadania (JCC) , SOS Mulheres Família e os Núcleos de Apoio Integral à Criança e ao Adolescente (NAICA). Mais informações consultar Santos (2012).

e institucional. Sob o aspecto social a infra-estrutura urbana visa promover adequadas condições de moradia, trabalho, saúde, educação, lazer e segurança. No que se refere ao aspecto econômico a infra-estrutura urbana deve propiciar o desenvolvimento das atividades produtivas, isto é, a produção e comercialização de bens e serviços. E sob o aspecto institucional entende-se que a infra-estrutura urbana deva propiciar os meios necessários ao desenvolvimento das atividades político-administrativas, entre os quais se inclui a gerência da própria cidade.

Tal infraestrutura é composta por subsistemas técnicos setoriais, como os: a) Subsistema Viário: consiste nas vias urbanas, b) Subsistema de Drenagem Pluvial, c) Subsistema de Abastecimento de Água, d) Subsistema de Esgotos Sanitários, e) Subsistema Energético; Subsistema de Comunicações.

Portanto, embora comumente vistos na forma física – uma ponte, uma estação de tratamento de esgotos, um metro – a efetiva função da infraestrutura é a prestação de serviços: a circulação de pessoas e materiais, a provisão adequada de água limpa, etc.<sup>194</sup>, que propiciam condições para o desenvolvimento das atividades urbanas.

Com foco na infraestrutura alguns aspectos são essenciais e mínimos, dentre os quais destaca-se a coleta de lixo, de esgoto, a existência de banheiro, de água encanada e, especialmente com foco na habitação, a densidade habitacional. Considerando tais quesitos, tabela 13, verifica-se que os percentuais do município de Uberlândia são melhores do que os de Minas Gerais e do Brasil. Além disso, no período considerado ocorreram melhorias nas três escalas consideradas.

**Tabela 13** - Brasil, Minas Gerais e Uberlândia: Indicadores de Habitação (1991 -2010).

% da população em	Ano	Brasil	Minas Gerais	Uberlândia
Domicílios com água encanada	1991	71,31	77,57	96,24
	2000	81,79	89,36	98,40
	2010	92,72	94,44	99,52
Domicílios com banheiro e água encanada	1991	66,97	73,87	94,05
	2000	76,72	87,21	97,87
	2010	87,16	94,91	98,97
Domicílios com coleta de lixo	1991	77,93	71,34	93,48
	2000	91,12	92,01	99,47
	2010	97,02	97,85	99,85
Domicílios com energia elétrica	1991	84,84	85,35	98,53
	2000	93,46	95,66	99,61
	2010	98,58	99,35	99,92
Domicílios com densidade > 2	1991	50,08	44,98	35,11
	2000	39,13	31,42	22,16
	2010	27,83	18,91	14,5

**Fonte:** Atlas Brasil/PNUD (2013). **Org.:** Alves (2015).

<sup>194</sup> MCGEARY, Michael G.H.; LYNN, Laurence E. Urban Change and Poverty, National Academy Press, Washington D.C., 1988, p. 311.

Com base em informações da FJP, quadro 22 e figura 51 (A, B, C, D), Uberlândia se destaca entre os municípios mineiros em relação aos índices relacionados à infraestrutura, fundamentalmente próximos de 1,00 (em uma escala que varia de 0 a 1), portanto excelentes.

**Quadro 22** - Uberlândia-MG: Índices de relacionados às infraestruturas de meio ambiente e habitação (2000-2010).

Anos	Índice população atendida com esgoto tratado	Índice população atendida com lixo coletado	Índice população com acesso ao abastecimento de água e banheiro	Índice de internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado	Índice Gasto per capita do município com saneamento habitação e meio ambiente
2000	0,00	0,00	0,98	0,97	0,973
2002	0,63	0,33	0,98	0,96	1,000
2004	0,95	0,33	0,98	0,94	0,962
2006	0,98	1,00	0,98	0,97	0,986
2008	0,97	1,00	0,98	0,96	0,942
2010	*	1,00	0,97	0,94	0,973

**Fonte:** IMRS/FJP (2013). **Org.:** Alves (2015). \*Sem informações.

Em 2010 com uma proporção de 1,42, Uberlândia ficou na 512ª posição entre os 853 municípios de Minas Gerais melhores colocados. Considerando o índice o município ficou na 293ª posição, quadro 23.

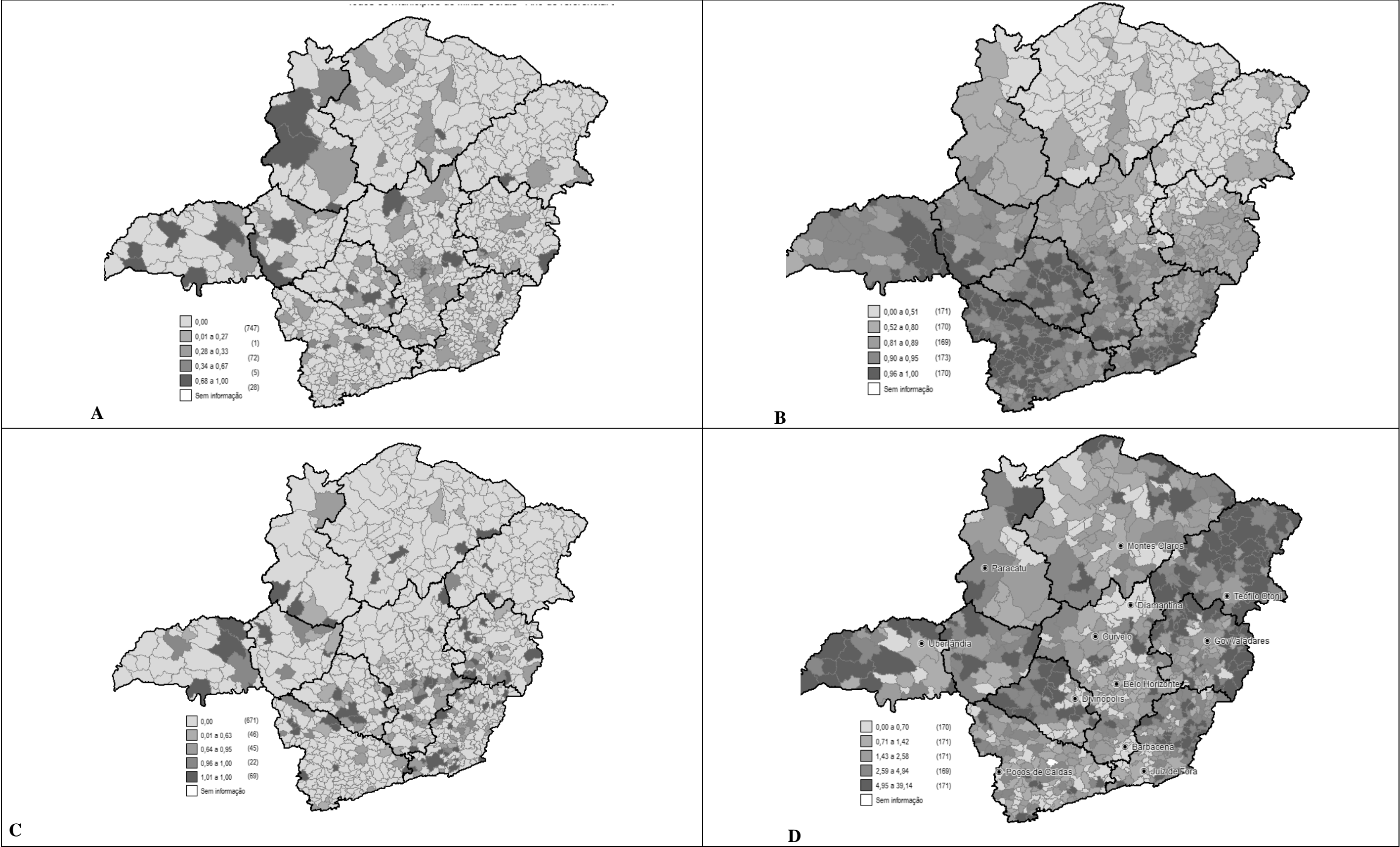
**Quadro 23**- Uberlândia-MG: Proporção e Índice Sintéticos relacionados às infraestruturas de meio ambiente e habitação (2000-2010).

Anos	2000	2002	2004	2006	2008	2010
<b>Proporção</b>	1,06	1,27	1,84	0,97	1,49	1,42
<b>Índice</b>	0,97	0,96	0,94	0,97	0,96	0,94

**Fonte:** IMRS/FJP (2013). **Org.:** Alves (2015).



**Figura 51** - Municípios Mineiros: IMRS: A) acesso à esgoto tratado; B) acesso à água e banheiro, C) lixo tratado; D) proporção de internação doenças relacionadas com saneamento ambiental inadequado (2010).



Fonte: IMRS/FJP (2013).. Org.: Alves (2015).

## 5.10. Trânsito e Transportes

As características do sistemas viário, de trânsito e de transportes têm relações com a estrutura urbana (forma, densidade e usos dos solos). O desenvolvimento das infraestruturas rodoviárias e o aumento do uso do automóvel, permitiu a maior dispersão, bem como o redimensionamento e realocação de diversas atividades na cidade. Com isso tem-se uma maior procura de transporte, especialmente o individual, tanto pela ausência de alternativa de utilização do transporte público, como pela dificuldade de integrar a utilização do transporte público e do transporte individual. Nesta conjuntura, uma das consequências é o aumento de congestionamentos e dos custos ambientais e socioeconômicos (MARQUES DA COSTA, 2007).

Dentre os impactos negativos que altos índices de circulação de automóveis implicam pode-se citar a má qualidade do ar, altos níveis de ruído, acidentes, além do enfraquecimento as relações vizinhança e de comunidade. Assim, na perspectiva dos deslocamentos o ideal à qualidade de vida seria o desenvolvimento de sistemas viários seguros e viáveis para os deslocamentos a pé, com modos não motorizados ou mesmo com alta a acessibilidade ao transporte público combinado com públicas de desincentivo para uso do automóvel nas áreas urbanas mais centrais. Contudo, esta ainda não é uma realidade comum nas cidades brasileiras, onde o uso do automóvel particular é massivo.

O município tem apresentado um crescimento contínuo e significativo de sua frota veicular, especialmente das motocicletas, que teve um crescimento constante, com a quantidade triplicada entre 2001 e 2014. Tal conjectura, assim como em outras cidades brasileiras, está associada de um lado aos incentivos fiscais na produção e aquisição de veículos e, de outro lado, pelas poucas ações para valorização e incentivo do uso do transporte público e não motorizado, quadro 24.

Conforme comprovam as taxas de motorização e ocupação, quadro 25, no município há um elevado número de veículos, a taxa de ocupação, considerando todos os tipos de veículos, após 2010 tem sido de menos de 2 habitantes por veículo. No ano de 2013, por exemplo, esta taxa em Uberlândia foi superior, apenas às de Ribeirão Preto (1,38), Campinas (1,39) e Belo Horizonte (1,55), enquanto em capitais como Porto Alegre (1,83), Rio de Janeiro (2,62), Recife (2,62), Fortaleza (2,81), Maceió (3,73) o índice de ocupação veicular é maior.

**Quadro 24 – Uberlândia-MG: Crescimento das frotas de veículo por tipo (2001-2014).**

Frota veicular/ano	Frota total de Veículos	Crescimento %	Acumulado %	Frota total de Automó vel	Crescimento %	Acumulado %	Frota total de Motocic leta	Crescimento %	Acumulado %	Frota total de Caminhão	Crescimento %	Acumulado %	Frota total de Ônibu s	Crescimento %	Acumulado %	Frota total de Outro s	Crescimento %	Acumulado %
2001	161.842	0	0	108.141	0	0	35.630	0	0	16.297	0	0	1.652	0	0	122	0	0
2002	170.500	5,35	5,35	113.480	3,51	4,94	38.513	8,09	8,09	16.703	2,49	2,49	1.680	1,69	1,69	124	1,64	1,64
2003	178.626	4,77	10,37	118.668	3,58	9,73	41.446	7,62	16,32	16.771	0,41	2,91	1.609	-4,23	-4,23	132	6,45	8,2
2004	187.911	5,2	16,11	123.549	3,54	14,25	45.431	9,61	27,51	17.106	2	4,96	1.697	5,47	2,72	128	-3,03	4,92
2005	199.780	6,32	6,32	129.554	3,47	4,86	50.284	10,68	10,68	18.026	5,38	5,38	1.787	5,3	5,3	129	0,78	0,78
2006	211.671	5,95	12,64	134.539	2,81	8,9	56.529	12,42	24,43	18.694	3,71	9,28	1.764	-1,29	3,95	145	12,4	13,28
2007	227.876	7,66	21,27	140.837	3,37	13,99	65.167	15,28	43,44	19.911	6,51	16,4	1.820	3,17	7,25	141	-2,76	10,16
2008	253.704	11,33	35,01	153.933	7,21	24,59	75.971	16,588	67,22	21.622	8,59	26,4	2.032	11,65	19,74	146	3,55	14,06
2009	279.948	10,34	10,34	171.243	11,02	11,25	83.002	9,25	9,25	23.224	7,41	7,41	2.313	13,83	13,83	166	13,7	13,7
2010	311.127	11,14	22,63	190.670	10,93	23,87	91.234	9,92	20,09	26.675	14,86	23,37	2.301	-0,52	13,24	247	48,8	69,18
2011	341.364	9,72	34,55	210.778	10,18	36,93	98.911	8,41	30,2	28.936	8,48	33,83	2.384	3,61	17,32	355	43,72	143,15
2012	368.028	7,81	45,06	229.947	9,09	49,38	103.830	4,97	36,67	31.294	8,15	44,73	2.513	5,41	23,67	444	25,07	204,11
2013	390.979	6,24	6,24	247.941	7,83	7,83	106.742	2,8	2,8	33.240	6,22	6,22	2.609	3,82	3,82	447	0,68	0,68
2014	412.912	5,61	12,2	265.454	7,06	15,44	109.211	2,31	5,18	35.062	5,48	12,04	2.747	5,29	9,31	438	-2,01	-1,37

**Fonte:** IBGE – DENATRAN apud SETTRAN, 2015. [http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/12472.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/12472.pdf)

**Quadro 25 - Uberlândia-MG: Variação das Taxas de Motorização e Ocupação veicular, motocicletas, automóveis e ônibus (2001-2014).**

Ano	População	Frota veicular	Variação da taxa de		Frota motoci cleta	Variação da taxa de		Frota automóvel	Variação da taxa de		Frota ônibus	Variação da taxa de ocupação <sup>2</sup>
			motorização <sup>1</sup>	ocupação <sup>2</sup>		motorização <sup>1</sup>	ocupação <sup>2</sup>		motorização <sup>1</sup>	ocupação <sup>2</sup>		
2001	510.331	161.842	0,32	3,15	35630	0,07	14,32	108.141	0,21	4,72	1652	308,95
2002	519.611	170.500	0,33	3,05	38513	0,07	13,49	113.480	0,22	4,58	1680	309,29
2003	529.061	178.626	0,34	2,96	41446	0,08	12,77	118.668	0,22	4,46	1609	328,81
2004	538.690	187.911	0,35	2,87	45431	0,08	11,86	123.549	0,23	4,36	1697	317,44
2005	548.496	199.780	0,36	2,75	50284	0,09	10,91	129.554	0,24	4,23	1787	306,94
2006	558.478	211.671	0,38	2,64	56529	0,1	9,88	134.539	0,24	4,15	1764	316,6
2007	568.648	227.876	0,40	2,50	65167	0,11	8,73	140.837	0,25	4,04	1820	312,44
2008	579000	253704	0,44	2,28	75971	0,13	7,62	153933	0,27	3,76	2032	284,94
2009	589548	279948	0,47	2,11	83002	0,14	7,10	171243	0,29	3,44	2313	254,88
2010	604013	311127	0,52	1,94	91234	0,15	6,62	190670	0,32	3,17	2301	262,5
2011	611904	341364	0,56	1,79	98911	0,16	6,19	210778	0,34	2,9	2384	256,67
2012	619536	368028	0,59	1,68	103830	0,17	5,97	229947	0,37	2,69	2513	246,53
2013	646673	390979	0,6	1,65	106742	0,17	6,06	247941	0,38	2,61	2609	247,86
2014	654681	412912	0,63	1,59	109211	0,17	5,99	265454	0,41	2,47	2747	238,33

**Nota:** 1: frota/ habitante. 2: habitante/ frota. **Fonte:** IBGE – DENATRAN apud SETTRAN, 2015. [http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/12472.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/12472.pdf)

A arrecadação do IPVA<sup>195</sup>, que está relacionado com ao local onde o veículo foi licenciado, também demonstra a grande quantidade de veículos em Uberlândia. Ao considerar os 10 maiores municípios mineiros em arrecadação de IPVA – 2015, tabela 14, o município aparece em segunda posição, com valores inferiores apenas aos da capital estadual.

**Tabela 14** - Município Mineiros: maiores municípios em arrecadação de IPVA (2015).

<b>Descrição do Município</b>	<b>IPVA</b>	<b>Multa</b>	<b>Juros</b>	<b>Valor Total</b>
Belo Horizonte	467.022.779,26	1.289.273,03	742.606,27	469.054.658,56
Uberlândia	81.625.193,79	289.477,67	173.890,57	82.088.562,03
Contagem	58.768.393,75	222.059,24	128.469,95	59.118.922,94
Juiz de Fora	57.039.410,22	187.215,41	112.987,08	57.339.612,71
Uberaba	36.702.159,28	115.213,58	65.509,51	36.882.882,37
Betim	31.528.024,79	119.624,29	68.721,42	31.716.370,50
Montes Claros	24.927.755,37	135.691,71	80.546,64	25.143.993,72
Ipatinga	24.009.574,39	60.232,52	30.023,47	24.099.830,38
Divinópolis	23.805.653,36	67.832,72	36.092,31	23.909.578,39
Poços de Caldas	21.966.501,07	59.787,40	34.694,60	22.060.983,07

**Fonte:** [http://www.fazenda.mg.gov.br/governo/receita\\_estado/evolucao\\_anual/](http://www.fazenda.mg.gov.br/governo/receita_estado/evolucao_anual/). **Org.** Alves(2015)

A utilização massiva dos veículos particulares em detrimento aos transportes públicos tem várias consequências à salubridade do ambiente e dos indivíduos, em função dos congestionamentos que implicam em stress, do aumento da poluição e acidentes.

Com foco na poluição o estudo de Pereira et al. (2014) que objetivou o biomonitoramento da genotoxicidade do ar durante e depois de uma greve de transportes públicos no centro de Uberlândia, no ano de 2010, mostrou que a “frequência de micronúcleos foi significativamente mais elevada no centro da cidade em comparação com o local de referência (teste de Mann-Whitney,  $p < 0,05$ )”, portanto, comprovando que o centro, onde tem grande circulação de veículos a poluição é maior. Além disso, os resultados mostraram que “durante os dias de paralisação do transporte público os níveis de manganês foram mais altos (teste de Kruskal-Wallis, Dunn  $p < 0,01$ )”, que está relacionado ao fato de que nesses dias o fluxo de veículos particulares foi maior. Sendo que, como soluções para o problema os autores destacam alterações nas tecnologias automotivas, o uso de carros híbridos ou elétricos, o investimento em políticas públicas que priorizem a utilização dos transportes públicos e a adoção de programas de vigilância da qualidade do ar.

<sup>195</sup> Desde 1986, 50% do produto da arrecadação do IPVA pertencem ao Município onde o veículo foi licenciado.

Essa intensa utilização dos veículos particulares também reflete na quantidade de acidentes de trânsito. Ao considerar o local das ocorrências, tabela 15, tem-se que a maior parte dos registros (499.438) ocorreu nas principais áreas urbanas. Sendo o volume de acidentes cujas vítimas tiveram grau de lesão fatal cerca de 9 vezes maior em rodovias do que em centros urbanos, onde o grau de lesão identificável predominante foi o “leve”, portanto, acidentes sem vítimas, sendo típicos destes acidentes os “Abalroamentos”, os “Choques”, as “Colisão de veículo na traseira” e os “Atropelamentos de Pessoas”. (PLANO ESTADUAL DE DEFESA SOCIAL/MG, 2014-2015).

**Tabela 15** - Minas Gerais: Quantitativo de registros de acidentes de trânsito urbano e rodoviário, por grau de lesão da vítima (2012 e 2013).

Município	URBANOS				RODOVIÁRIOS			
	LEVE	GRAVE	FATAL	OUTRAS	LEVE	GRAVE	FATAL	OUTRAS
BELO HORIZONTE	19.930	2.458	277	121.694	83	272	2.079	6.963
CONTAGEM	3.619	563	68	27.317	4	25	127	326
MONTES CLAROS	4.589	4.678	57	9.317	30	242	108	194
UBERLÂNDIA	7.031	1.141	64	9.092	21	75	183	416
JUIZ DE FORA	3.027	810	56	12.527	4	12	44	94
BETIM	1.770	332	40	11.552	5	19	72	279
UBERABA	2.776	413	45	8.171	13	39	115	212
IPATINGA	2.565	327	24	5.210	15	62	404	1.026
GOVERNADOR VALADARES	2.081	461	43	5.171	15	81	163	310
DIVINÓPOLIS	1.551	268	34	4.559	27	91	332	548
SETE LAGOAS	1.775	164	17	4.384	12	29	60	176
PATOS DE MINAS	2.115	367	21	3.313	7	16	42	111
POÇOS DE CALDAS	876	94	18	3.737	4	14	69	109
RIBEIRÃO DAS NEVES	856	124	10	3.317	11	24	99	146
VARGINHA	859	169	26	3.169	10	45	215	376
<b>Outros Municípios</b>	<b>49.959</b>	<b>9.508</b>	<b>1.342</b>	<b>137.510</b>	<b>2.161</b>	<b>5.707</b>	<b>15.803</b>	<b>25.583</b>
<b>Minas Gerais</b>	<b>105.379</b>	<b>21.877</b>	<b>2.142</b>	<b>370.040</b>	<b>2.422</b>	<b>6.753</b>	<b>19.915</b>	<b>36.869</b>

Fonte: REDS

Estatísticas mostram que pedestres e ciclistas têm, respectivamente, 23 e 12 vezes mais chances de morrer por acidente de trânsito do que ocupantes de veículos. Além disso, o número de vítimas que são pedestres e ciclistas é maior nos países menos desenvolvidos, enquanto os ocupantes de veículos é a maioria das vítimas nos países desenvolvidos (FREITAS, 2013). Ao considerar a série histórica dos acidentes de trânsito em Uberlândia, tabela 16, verifica-se que os atropelamentos são frequentes na cidade, ainda que a taxa de atropelamentos por mil veículos tenha apresentado declínio após o ano de 2009. Em relação os acidentes com vítimas fatais, observa-se que apesar de reduções em 2006, 2008 e 2010, nos últimos anos, especialmente entre 2010 e 2011, o aumento tem sido significativo.

**Tabela 16** - Uberlândia- MG: Série histórica dos acidentes de trânsito (2001-2014).

ANO	Total de Vítimas de Acidentes	Vítimas			Total de Acidentes	** Total de Atropel. de Pedestres	Taxa Severidade MORTOS por 1.000 Acidentes	Taxa MORTALIDADE por 10.000 Veículos	Taxa MORTALIDADE por 100.000 Habitantes	Taxa ATROPELAMENTOS por 10.000 Veículos
		* Fatais	Feridos Graves	Feridos Leves						
2001	1.856	24	185	1.647	6.879	220	3,49	1,48	4,70	13,59
2002	1.950	29	199	1.722	7.499	248	3,87	1,70	5,58	14,55
2003	2.117	33	207	1.877	7.972	261	4,14	1,85	6,24	14,61
2004	2.201	38	219	1.944	7.741	275	4,91	2,02	7,05	14,63
2005	2.629	36	259	2.334	9.080	349	3,96	1,80	6,56	17,47
2006	3.708	29	318	3.361	9.267	350	3,13	1,37	5,19	16,54
2007	4.346	33	373	3.940	10.133	359	3,26	1,45	5,80	15,75
2008	4.825	25	566	4.234	10.923	407	2,29	0,99	4,32	16,04
2009	3.597	36	410	3.151	11.591	337	3,11	1,29	6,11	12,04
2010	3.857	32	288	3.537	12.878	391	2,48	1,03	5,30	12,57
2011	5.942	40	646	5.256	14.009	398	2,86	1,17	6,54	11,66
2012	5.338	38	499	4.801	13.895	342	2,73	1,03	6,13	9,29

Fonte: SETTRAN- CTA, Estatísticas, [http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/12474.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/12474.pdf)

\* Vítimas fatais que morreram no local do acidente

\*\* Total de atropelamento de pedestres, estão inclusos em feridos graves e feridos leves

A vulnerabilidade de pedestres, ciclistas e motociclistas pela falta de proteção é aumentada pela velocidade do veículo no momento da colisão. Com base em informação da WHO (2012) segundo Freitas (2013) para os pedestres, no caso de colisão com veículos a velocidades abaixo de 30Km/h as chances de sobrevivência chegam a 90%, mas passam a menos de 50% se a velocidade for superior a 45Km/h.

Em síntese, o trânsito é a questão de segurança e saúde pública, fundamental à qualidade de vida, cuja solução é multisetorial. Dentre os encaminhamentos para solução estão a utilização racional do automóvel combinada com uma mobilidade urbana sustentável, a partir da priorização dos transportes públicos coletivos e dos não motorizados.

### 5.10.1. Transportes Públicos

Os transportes permitem movimentos de pessoas e circulação de bens entre pontos espaciais de origem e destino por diferentes motivos, bem como com magnitude, frequência e regularidade, no tempo e no espaço diferenciado. Os transportes asseguram a acessibilidade - facilidade de se alcançar determinados pontos num território- e a mobilidade - capacidade que cada um possui de se deslocar entre dois pontos recorrendo aos diferentes modos de transporte disponíveis. Um transporte ideal se define por características como ambientalmente neutro, ou seja, limpo, instantâneo, gratuito, sem limite de capacidade e sempre disponível (MARQUES DA COSTA, 2007).

Considerando os deslocamentos das pessoas, Marques da Costa (2007) destaca a importância do tempo, uma variável central para se entender a procura de transporte, a modificação das condições de mobilidade e de acessibilidade, já que, ao manter-se relativamente constante temporal e espacialmente, pode condicionar a substituição da utilização de modos de transporte mais lentos pelos modos mais rápidos, bem como o aumento do número de deslocamentos ou das distâncias percorridas. Assim, no caso dos transportes públicos é fundamental o desenvolvimento de sistemas e redes que assegurem o aumento da velocidade e a consequente diminuição do tempo para realização dos deslocamentos.

No sentido de rapidez nos deslocamentos por transporte público, no caso de Uberlândia, desde o ano de 1997 o sistema de transporte público do município é organizado a partir do Sistema de Transporte Integrado (SIT)<sup>196</sup>, em que o usuário paga uma tarifa única para acessar qualquer ponto da área urbana da sede e dos distritos do município. O SIT é gerenciado pela Secretaria Municipal de Trânsito e Transporte (SETTRAN), podendo ser operado pela PMU ou empresas concessionárias. Atualmente, são concessionárias: a Companhia de Administração de Terminais e Centros Comerciais (COMTEC), e as empresas São Miguel, Sorriso e Turilessa, que têm participação na operação do sistema, descrito na tabela 17.

**Tabela 17 - Uberlândia-MG: participação das concessionárias no transporte público (2014).**

Empresas concessionárias	Linhas		Veículos		Viagens realizadas		Passageiros transportados		Quilômetros percorridos	
	Unidade	%	Unidade	%	Unidade	%	Unidade	%	Unidade	%
São Miguel	46	36,51	118	32,6	547901	33,89	17912973	27,61	9617787	31,81
Sorriso	38	30,16	120	33,15	493301	30,52	19094417	29,43	10539794	34,86
Turilessa	42	33,33	124	34,25	575301	35,59	20590947	31,75	10075870	33,33
Total - 03	126	100	362	100	1616503	100	64871660	100	30233451	100

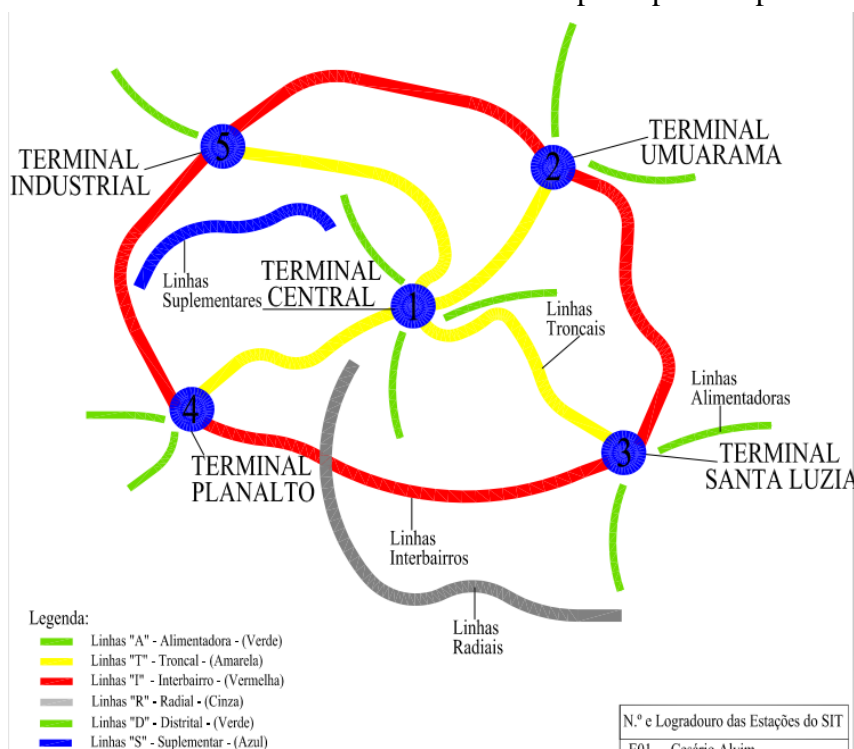
**Fonte:** Settran (2015).

O SIT encontra-se organizado a partir de cinco terminais de integração fechados, a saber: 1) Terminal Central – Terminal Paulo Ferolla da Silva; 2) Terminal Umuarama – Terminal José Rodrigues da Cunha ; 3) Terminal Santa Luzia – Terminal Genésio de Mello Pereira; 4) Terminal Planalto – Terminal Bráz Cardoso de Oliveira Filho ; 5) Terminal Industrial - Terminal Fábio Pereira.

<sup>196</sup> O sistema tem como modelo Curitiba e foi elaborado pela Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) com assessoria do Escritório de Planejamento Urbano Jaime Lerner, em consonância com o PDM de 1991-2006.

Tais terminais, implantados na porção final dos Eixos Estruturais, considerando os estudos de demanda, crescimento das regiões a serem atendidas e a viabilidade do projeto (SETTRAN, 2015), são interligados por um esquema tronco alimentador, estruturado por 6 tipos de linhas: 1) as linhas troncais, que podem ser “paradoras”, “semi expressas” ou “expressas”, ao longo dos eixos estruturais, ligando os terminais de ponta ao Terminal Central, oferecendo suporte à demanda, captada nos terminais de bairro, originária das linhas alimentadoras e interbairros, além de passageiros ao longo dos corredores. 2) as linhas alimentadoras, que atendem à demanda de passageiros de bairros próximos aos terminais de bairro, alimentando o sistema, trazendo os passageiros que residem nos bairros próximos para os terminais de ponta, onde mediante transbordo, poderão se transferir para as linhas troncais ou de interbairros. 3) as linhas interbairros, que ligam um terminal de ponta a outro terminal de ponta, proporcionando o movimento dos passageiros de um terminal de bairro para outro sem a necessidade de passar pelos corredores estruturais e pelo centro. 4) as linhas distritais, que ligam, principalmente os Distritos e a zona urbana, integrando se nos terminais de ponta, com a tarifa cobrada igual à da zona urbana. 5) as linhas radiais, que ligam os bairros periféricos ao centro da cidade (figura 52).

**Figura 52 - Uberlândia-MG: Estrutura do sistema de transporte público por ônibus da cidade.**



Fonte: Settran, 2015.



O SIT conta com corredores de prioridade ao transporte coletivo nas Avenidas: João Pinheiro, Monsenhor Eduardo e João Naves de Ávila, os quais viabiliza, melhor cumprimento dos preceitos de acessibilidade. Segundo dados da Settran (2015), a frota que opera no sistema é 100% acessível desde 2009, obedecendo aos preceitos de acessibilidade para pessoas com deficiência físicas, especialmente “cadeirantes”. Na tabela 18 está representado o aumento das linhas total e adaptadas do SIT entre os anos de 2001 e 2014.

**Tabela 18** - Uberlândia-MG: Total de linhas e linhas adaptadas para pessoas com deficiências físicas, especialmente “cadeirantes” (2015).

Ano	Total de Linhas	Linhas Adaptadas	% de Linhas Adaptadas
2001	91	13	14,3
2002	85	10	11,8
2003	87	19	21,8
2004	88	25	28,4
2005	94	31	33,0
2006	96	32	33,3
2007	101	45	44,5
2008	101	71	70,3
2009	105	105	100,0
2010	110	110	100,0
2011	116	116	100,0
2012	113	113	100,0
2013	119	119	100,0
2014	126	126	100,0

**Fonte:** Settran (2015). **Org.** Alves (2015).

No estudo diagnóstico para a implantação do VLT em Uberlândia, os autores destacam que

Embora tenha resultado em um aumento inicial da mobilidade, o SIT trouxe também uma agravante potencialização do hiato entre a tarifa e poder de compra dos usuários, uma vez que, com a redução do número de pagantes, o custo operacional passou a ser dividido por menos pessoas e, conseqüentemente, gerou uma tarifa mais alta. Sabe-se que as melhorias operacionais não conseguem absorver os custos da integração. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, 2014, p.39).

Nesta conjuntura, os mais afetados pelos preços das tarifas são as pessoas de renda mais baixa, geralmente residentes na periferia do tecido urbano, que acabam sendo privadas de usufruir do serviço seja para trabalhar como para chegar aos serviços básicos oferecidos pelo Estado. Deste modo, conforme consta em Universidade Federal de Uberlândia (2014, p.49) “a baixa mobilidade não somente constitui um agente da exclusão, mas também contribui para reforçá-la e sedimentá-la”. Sendo que dentre “os fatores que envolvem os

baixos índices de mobilidade dos bairros mais distantes do centro, a tarifa seja talvez o mais importante”.

Ao tratar da mobilidade, com foco na qualidade de vida aspectos como o tempo de viagem e a qualidade do ar também são relevantes. Neste sentido, segundo a SETTRAN os ônibus que operam no sistema, desde 2001 são monitorados via satélite por GPS, o que permite à Secretaria conhecer, em tempo real, a posição tridimensional, a velocidade e o horário dos veículos, viabilizando a eficiência do sistema. Para reduzir as emissões de poluentes, durante o processo de licitação das empresas de ônibus, a idade e a tecnologia dos motores dos veículos são pré-determinadas atendendo aos requisitos do Programa de Controle de Veículos Automotores do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis - IBAMA, PROCONVE, 2011).

De modo geral, tal como aponta o estudo de Assunção (2012) com a operacionalização do Índice de Mobilidade Urbana Sustentável (IMUS)<sup>197</sup>, concebido por Costa (2008), em Uberlândia, “embora a cidade não se apresente como um modelo de mobilidade sustentável, o valor encontrado, de 0,717, numa escala de 0,00 a 1,00, pode indicar que as ações presentes nas políticas públicas da cidade têm sido acertadas”, com destaque para os aspectos relacionados: ao apoio ao cidadão, inclusão social, educação e cidadania, no âmbito da dimensão social; à preocupação em procurar alternativas menos poluentes quanto ao consumo de combustíveis e a construção de vias para o transporte coletivo.

Por outro lado, no diagnóstico para a implantação do Veículo leve sobre Trilhos (VLT) em Uberlândia, considerando os índices de mobilidade (passageiros embarcados) de Mesquita (2008) é destacado, que mesmo com a implantação do SIT, ocorreu uma queda no número de passageiros do transporte público integrado. Considerando os dados da Settran (2015) entre 2003 e 2005 a taxa de demanda foi negativa e entre 2012 e 2014 ficou abaixo de 0,5%, sendo neste período o número de passageiros transportados ficou na casa dos 64 milhões.

Ainda de acordo com dados da Settran (2015), anexo 2, considerando as diferentes categorias de passageiros - os que pagam a tarifa integral, os estudantes, os que usam vale transporte e as gratuidades -, para os pagam integralmente a tarifa após 2012, especialmente nos últimos 2 anos, observa-se uma relativa redução na demanda. Em contrapartida, para os

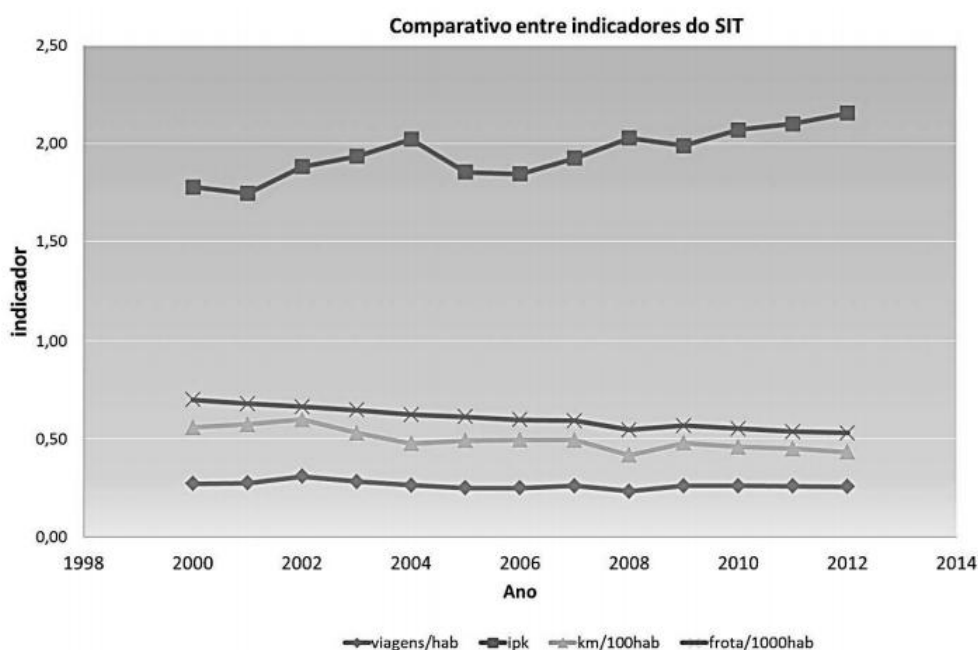
---

<sup>197</sup> No índice são considerados 80 indicadores que perpassam pelos seguintes aspectos: acessibilidade, ambientais, sociais, políticos, infraestruturais, planejamento e sistemas de trânsito e transportes.

passageiros que utilizam os vales transporte tem sido mantida a demanda positiva. Dentre outros fatores, este comportamento pode estar associado a aumento da tarifa do transporte e, por outro, lado o aumento das vantagens para a aquisição de veículos particulares. Neste caso, considerando o gasto com combustíveis e o tempo de deslocamento, especialmente das motos torna seu uso mais atrativo do que do transporte público.

No diagnóstico para a implantação do VLT essa redução da demanda é atribuída também a fatores como pouca atração de passageiros por esta modalidade devido à baixa qualidade dos serviços, o impacto do comprometimento da renda com transporte. Ainda de acordo com o estudo, o embora o IPK (índice passageiro por quilômetro) tenha subido, os indicadores de oferta declinaram, ou seja, para adequar os preços, diminui-se a oferta do sistema, gráfico 29 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, 2014).

**Gráfico 29** - Uberlândia-MG: Indicadores do transporte coletivo (2000 – 2012).



**Fonte:** Mesquita (2013) apud UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, 2014.

Em termos de expansão do SIT, gráfico 29 e anexos 1 e 2, observa-se variações anuais da frota, viagens e quilometragem realizadas, linhas e pontos de paragem. Em relação à frota destaca-se que o maior crescimento do número de veículos ocorreu em 2009, e o maior número de veículos no sistema foi em 2011. Quanto às viagens e quilometragem realizadas, em 2002, estas teve o maior crescimento e o maior número. Para as linhas do SIT, em 2002 e 2012, ocorreu redução na quantidade de linhas, sendo que o aumento foi retomado nos anos

seguintes, sendo 2014 o ano com maior número de linhas. Considerando os pontos de paragem, destaca-se que em 2013 realizou um levantamento e contagem ponto-a-ponto, para a atualização do total destes, o que, portanto refletiu na variação percentual, negativa em 2013, ainda que possa ter tido aumento na quantidade de pontos neste ano.

Considerando o tipo dos pontos, tabela 19, predominam os pontos sob o ar livre, seguido dos abrigos de concreto armado. Sendo que, grande parte dos pontos conta com bancos.

**Tabela 19 - Uberlândia-MG: tipos de pontos de parada de ônibus (2001-2014).**

Ano	Abrigos de concreto armado	Abrigos de fibra de vidro	Ar livre	Estações	Sob marquise	Bancos	Total de pontos	Variação da taxa
2001	540	30	1.035	-	212	547	1.817	-
2002	580	30	1.085	-	222	847	1.917	5,50
2003	678	14	952	-	222	1.288	1.866	2,66
2004	678	14	952	-	222	1.288	1.866	0,00
2005	721	04	907	-	165	1.288	1.797	3,7
2006	821	04	958	13	195	1.488	1.978	10,07
2007	921	04	958	13	195	1.688	2.078	5,06
2008	1.021	04	1.041	13	195	2.042	2.274	8,75
2009	1.083	04	1.336	13	195	2.166	2.631	15,70
2010	1.297	03	1.365	13	195	2.594	2.873	9,20
2011	1.631	03	1.445	13	204	2.848	3.296	14,72
2012	1.721	02	1.411	13	204	3.019	3.351	1,67
2013	1.056	02	1.305	13	205	2.110	2.581	22,98
2014	1.043	05	1.320	13	205	2.104	2.586	0,19

**Fonte:** [http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/12418.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/12418.pdf)

Em termos da expansão urbana e dos planos desenvolvidos em Uberlândia, pelo SIT manteve-se, ainda mais explícito, que a forma de organização espacial da cidade é orientada pelo sistema viário.

Há elementos positivos no âmbito do sistema de transporte público em Uberlândia, contudo, especialmente considerando cenários futuros de médio e longo prazos, ainda é preciso avanços significativos, entre os quais pode-se citar a necessidade de sistemas integrados e maior valorização dos meios de transporte viáveis econômica, ambiental e socialmente, com vistas, sobretudo a reduzir os custos operacionais, repassados aos passageiros pela tarifa.

### 5.11. Estrutura urbana

Dentre as condições que interferem na qualidade de vida e na sustentabilidade das cidades estão a forma, estrutura e funções urbana, sendo cada vez maior o reconhecimento e os esforços no sentido de buscar melhoria nas/das cidades a partir da compreensão da correlação da dimensão, densidade e a concentração. Para a dimensão urbana, ainda que sejam realidades transitórias, cuja noção varia de uma realidade para outra, há certo consenso entre os estudiosos que as cidades médias representam uma dimensão ótima, ou seja, suas condições físicas, econômicas e sociais permitem, de certa forma, sua autossustentação.

Contudo, mais importante que apenas a dimensão física é o equilíbrio entre esta e a forma de organização do espaço urbanizado, que deve ser sustentável. Forma urbana sustentável é definida por Marques da Costa (2007, p.91) como “aquela que permita, simultaneamente, a concretização dos objectivos de redução dos consumos energéticos, promover a equidade social e a qualidade de vida e contribuir para o crescimento económico e do emprego”. Com base em Newman e Kenworthy (2000, p.115), o autor destaca que a configuração desta forma urbana deve ser “a partir da promoção e revitalização dos centros das cidades, [...], pelo desencorajamento activo da dispersão urbana e pela extensão do serviço de transporte público [...]. Portanto, segundo Marques da Costa (2007, p.105) “a forma da cidade será desenvolvida segundo núcleos urbanos de elevada densidade ligadas entre si por um sistema de transporte público de grande capacidade e rodeados por áreas de menor densidade, garantindo-se de igual forma o serviço de transporte público nessas áreas”.

Considerando as densidades, segundo Zmitrowicz; de Angelis Neto (1997) densidades baixas e altas não são boas nem más por si sós, já que sua relação com a qualidade de vida é complexa e depende de outros fatores, como a adequação (ou não) da tipologia de edificação e urbanização à cultura local, ao meio, ambiente interno e externo, apoiados em equipamentos sociais e urbanos próximos, e nas redes de infraestrutura e serviços correspondentes. E deve estar dentro das possibilidades de desempenho da população, nas suas condições econômicas, e culturais específicas. No entanto, considerando o custo do espaço urbano em função das densidades, os autores deixam claro que menores densidades implicam em maiores custos,

o custo de urbanização de um hectare para uma ocupação de 75 pessoas/ha é de aproximadamente 37.000 dólares e, -para uma ocupação de 600 pessoas/ha, de 48.000 dólares. Assim, quando a ocupação aumenta em 800%, o custo de urbanização cresce só 30%. Como consequência disto, a incidência de custo de urbanização por cada família servida diminui drasticamente, [...] na medida em que a densidade de ocupação aumenta. Nela vê-se que o custo das redes de infraestrutura é de 2.500 dólares/família quando a densidade é da ordem de 75

habitantes/ha (densidade global da maioria das cidades médias brasileiras); no outro extremo, quando a densidade atinge valores de 600 habitantes/ha, o custo de urbanização desce para apenas 400 dólares/família (ou seja, a sexta parte do anterior) (ZMITROWICZ; DE ANGELIS NETO, 1997, p. 25).

Logo, apesar das polêmicas, os tecidos urbanos simultaneamente denso<sup>198</sup> e policêntrico podem convergir para a qualidade de vida. Tanto para a escala da rede urbana como para o espaço intraurbano, tem se questionado a viabilidade dos modelos monocêntricos em detrimento do policentrismo, que permitiria uma melhor distribuição das atividades.

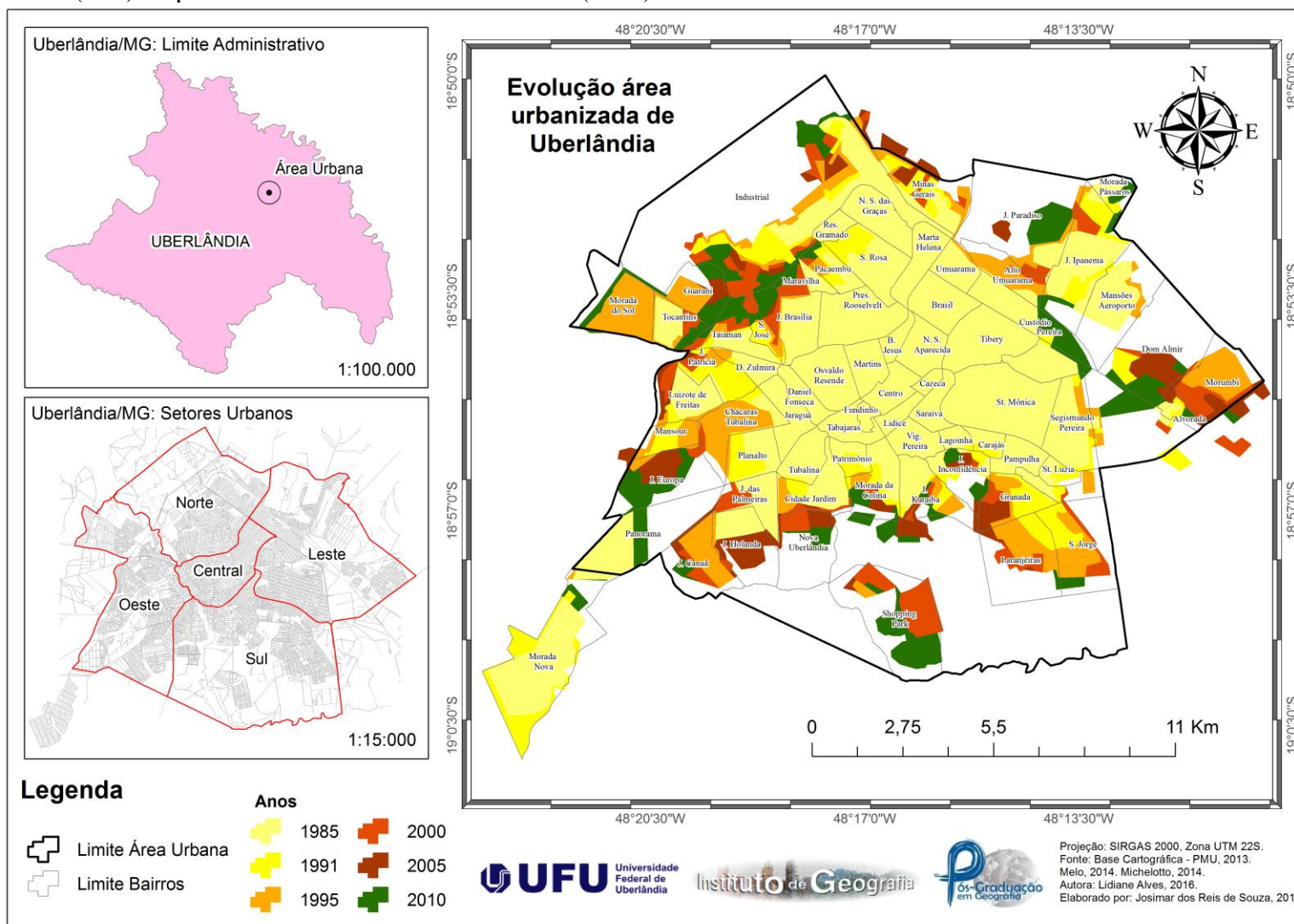
[...] A discussão, não raras vezes, centra-se no equacionamento das vantagens e inconvenientes que se proporcionam em assentamentos compactos (polarizados por um centro e com grande densidade), difusos (com baixa densidade e fragmentação funcional) e em formas mistas, ou policêntricas (conjugando várias áreas de maior densidade com outras. [...]). Em torno do modelo policêntrico, gerou-se uma noção de compromisso entre o povoamento de menor densidade e a concentração própria das formas mais compactas. Argumenta-se que, ultrapassados certos patamares de dimensão e de concentração, produzem-se deseconomias de escala que se materializam, por exemplo, em fenômenos (e respectivas consequências) tais como a suburbanização (Botequilha-Leitão, 2012). Estas deseconomias serão mais facilmente mitigadas em modelos policêntricos (GONÇALVES, 2014, p. 166- 167).

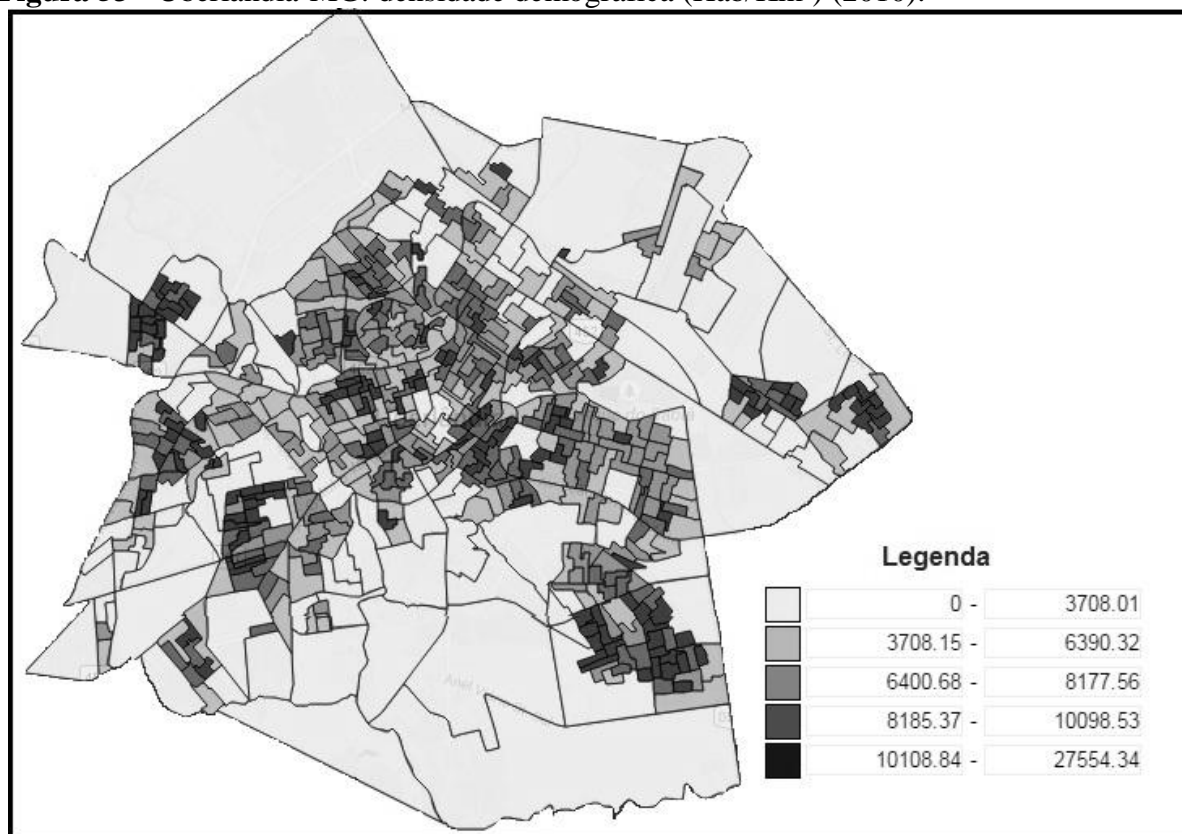
As cidades compactas e simultaneamente policêntricas, ou seja, com adensamento de funções diversas, *mix* de usos, permitindo maior aproveitamento do espaço e reduções das distâncias dos deslocamentos cotidianos ganham destaque pela potencialidade que apresentam. Por outro lado, tornam-se mais evidentes os conflitos, desvantagens e custos associados às estruturas dispersas e monocêntricas.

Na cidade de Uberlândia conforme já destacado em vários estudos Soares (1988; 1995) Bessa; Silva e Soares (1996), Moura (2003; 2008) entre outros, há um espaço espraiado, heterogêneo, fragmentado e segregado, em função de uma histórica e ampla expansão horizontal periférica, tanto via loteamentos populares/conjuntos habitacionais, especialmente nas décadas de 1970 e 1980, como de condomínios horizontais/loteamentos fechados, após a década de 1990 nas áreas periurbanas, constituindo um espaço com ocupação dispersa e com a presença de espaços “vazios” visíveis em todo o tecido urbano, entremeando as áreas já povoadas e nutrindo a especulação imobiliária, ao longo de toda a história da cidade, conforme atestam o mapa 6 e a figura 53.

<sup>198</sup> Com base em Farr (2008, p.44) Fumega (2011, p.62) destaca que para atingir a sustentabilidade urbana, a densidade não deve ser inferior a 8 habitações por 4Km².

**Mapa 6-** Uberlândia (MG): expansão da área urbanizada da cidade (2015).



**Figura 53** - Uberlândia-MG: densidade demográfica (Hab/Km<sup>2</sup>) (2010).

**Fonte:** IBGE (2010). Sinopse do censo demográfico.

<<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/?nivel=st>>.

Desde os primeiros conjuntos habitacionais implantados em Uberlândia, a lógica de construção segundo Soares (1988, p.57) “[...] foi bem apropriada à lógica do sistema capitalista, no qual o processo de ocupação do espaço se faz pela expansão do tecido urbano, reservando-se áreas de pousio, que objetivam primordialmente a especulação imobiliária”. Ainda de acordo com Soares (1995, p.235) “O espaço urbano fragmentou-se em áreas apropriadas ao trabalho e ao capital; à moradia, ao consumo, ao lazer, [...]”.

Com a manutenção desta lógica de produção do espaço, Soares (1995, p.239) destaca que facilitadas pela legislação urbanística, no final dos anos de 1980 no espaço urbano de Uberlândia existiam questões de difícil solução como:

- área urbana central congestionada, tanto demograficamente, quanto em termos de concentração de atividades econômicas, com problemas de trânsito e transportes, poluição sonora, expansão de um comércio ambulante pelas calçadas de suas principais avenidas;
- existência de grandes conjuntos habitacionais nas periferias topográficas da cidade, construídos fora da malha urbana edificada;
- inúmeros vazios urbanos, circundados por bairros de baixa densidade habitacional/populacional;
- uma expansão horizontal muito acelerada e induzida pela especulação imobiliária, em que os incorporadores atuando sem o controle do Poder Público, impõem a



incorporação de novas áreas à cidade, em detrimento da ocupação dos vazios já existentes.

De modo que imagem da cidade difundida pelo discurso político ufanista, o crescimento descontrolado e as condições econômico-sociais sempre foram contraditórias. Tais questões permanecem, apesar da existência de instrumentos como a lei complementar nº 521, de 16 de fev. de 2011, em regulamentação ao art. 47 do plano diretor municipal, a qual objetiva [...] promover a função social do solo urbano não edificado, subutilizado ou não utilizado caracterizado pelos vazios urbanos, lotes vagos e imóveis abandonados [...] sujeito à política especial de urbanização e a aplicação das penalidades previstas [...]. Ao que parece tão logo, será rompida a lógica segregacionista de produção do espaço que as nutre. Conforme dados do censo demográfico 2010, figura 53, a densidade demográfica (Habitantes/Km<sup>2</sup>) no tecido urbano é bastante variável, relativamente baixa, entremeada por espaços vazios.

Verifica-se que com exceção do setor central, em todos os demais setores urbanos há grandes espaços vazios urbanos a espera de valorização. Tais espaços situados entre os bairros periféricos de alta densidade residencial de população de baixa renda como é o caso do bairro Shopping Park no setor Sul, ou dos bairros Dom Almir e Morumbi situados no setor Leste, gera vários ônus, geralmente arcados por essa população em piores condições econômicas.

Esta lógica de produção do espaço urbano com vistas ao atendimento da reprodução do capital em detrimento do atendimento da função social da propriedade e da cidade, não é exclusiva de Uberlândia, mas uma característica típica das cidades brasileiras, que são marcadas pelas desigualdades, reproduções de exclusões que forçam o caráter dual e da urbanização dispersa destas cidades. Os instrumentos para reverter tal lógica são apresentados pela Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001, denominada Estatuto das Cidades, a qual regulamenta os artigos 182 e 183 da Constituição Federal e estabelece diretrizes gerais da política urbana. Contudo, para além dos termos legais os avanços ainda são incipientes, dentre outros fatores por falta de “vontade política” e, por vezes entraves burocráticos, dentre os quais pode-se citar a atribuição que a referida lei coloca aos municípios no sentido de elaborar legislações, como os planos diretores e leis complementares, para fazer cumprir os instrumentos por ela propostos.

## 5.12. Os espaços e os equipamentos públicos

Os espaços públicos de uma cidade são de várias as tipologias, como os espaços de circulação: largos, ruas, calçadas, etc., os espaços de lazer e recreação: os parques, praças, etc., os espaços de contemplação: jardins públicos, mirantes, orla, etc.; compras: feiras e mercados públicos. Segundo Hernandez (2011) geralmente os espaços públicos são criados no momento do parcelamento urbano via loteamentos, a saber:

Na fase de registro do loteamento, far-se-á a averbação das ruas e praças e das áreas destinadas a espaços livres ou equipamentos urbanos, conforme prevê a Lei Federal n.º 6.766/79: “Art. 22 - Desde a data de registro do loteamento, passam a integrar o domínio do Município as vias e praças, os espaços, livres e as áreas destinadas a edifícios públicos e outros equipamentos urbanos, constantes do projeto e do memorial descritivo” (BRASIL, 1979). (HERNANDEZ, 2011, p.30).

Desde a origem das cidades os espaços públicos têm grande importância para a vida urbana, assim como se tornam referência das cidades com alcances atemporais e para além da escala local, a Ágora em Atenas e a Avenida Champs-Élysées em Paris, exemplificam tal afirmação. Nos espaços públicos todos podem gozar da mesma liberdade em igualdade independente de raça, classe social, gênero, etc. sendo, portanto, por excelência segundo Leite (2007) espaços simbólicos, da democracia e construção da cidadania. Como a própria noção de público já diz: são os espaços de/para todos.

Os espaços públicos são essenciais para a qualidade de vida e sustentabilidade, sendo que os valores sociais, os desejos, modo de vida e as concepções de planejamento urbano adotadas, são percebidos na forma de como são concebidos e nas características (quantidade, a qualidade, a localização, a conservação e a manutenção) dos espaços públicos. Tais espaços, em termos quantitativo e qualitativo, são reflexos da conjectura da cidade e da relação das pessoas com estes. Ao analisar e vivências os espaços públicos de uma cidade podemos conhecer seus cidadãos e perceber como a cidade se relaciona com seus habitantes, seus turistas, enfim, todos que usufruem da cidade, de seus bens e de seus serviços. (HERNANDEZ, 2011).

Los espacios públicos son, en realidad, un interesante espejo que nos muestra las prácticas, los movimientos y las relaciones de los habitantes de la ciudad. En ellos podemos rastrear cómo se afronta la convivencia y cómo se producen los procesos de apropiación por parte de nuevos grupos o individuos. (GALERO MARTÍN, 2015 s/p).

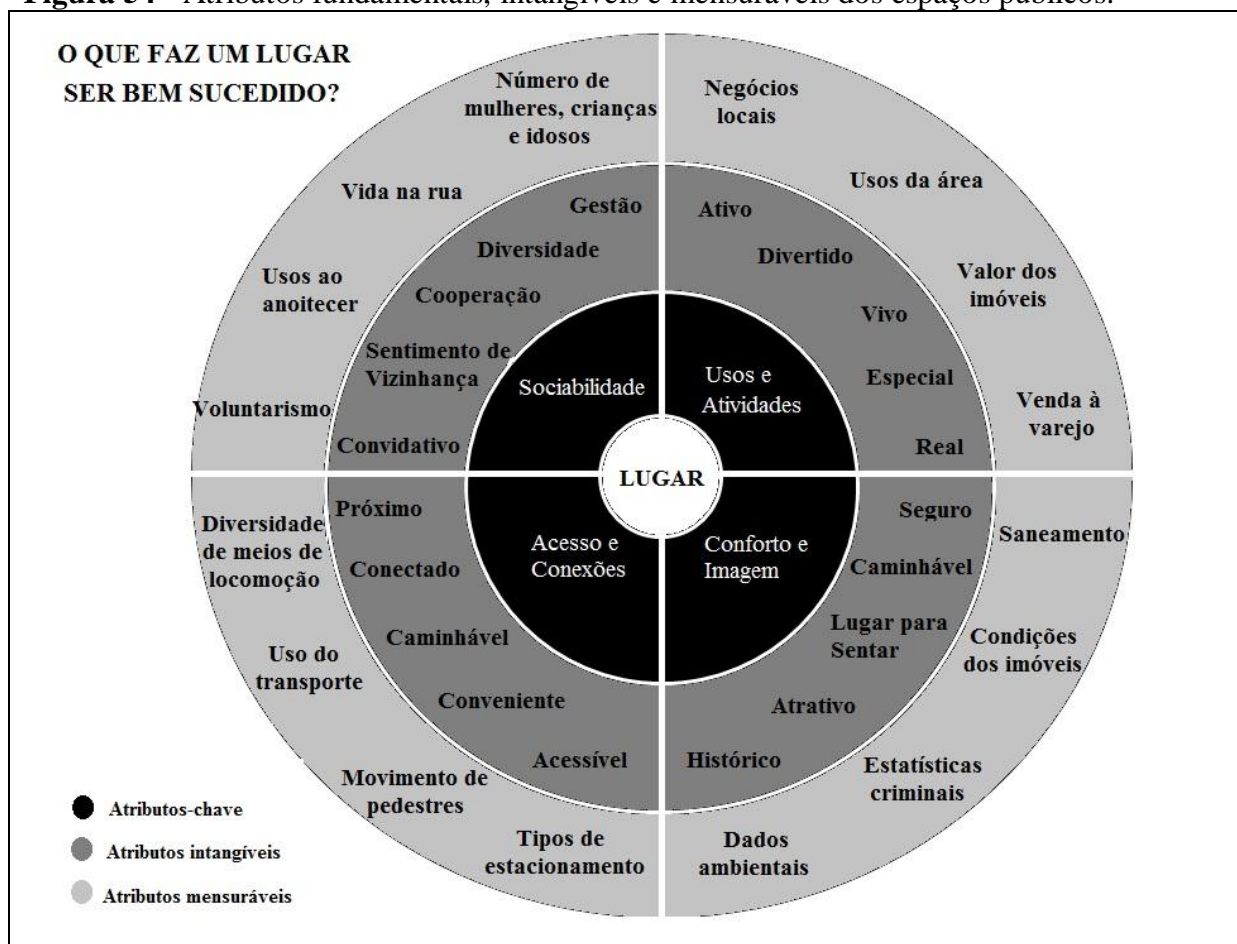
No livro “New City Life” (2006) publicado por Jan Gehl e outros planejadores dinamarqueses, Lars Gemzøe e Sia Karnaes, são enumerados 12 pontos para avaliar a

qualidade dos espaços públicos, a saber: 1. Proteção Contra o Tráfego, cidades que garantam a segurança para pedestres mover com segurança pelas ruas, 2. Segurança em Espaços Públicos, a possibilidade de existência de atividades durante o dia e noite nos espaços públicos, sendo indispensável uma boa iluminação a noite; 3. Proteção contra experiências sensoriais desagradáveis, a partir da proteção contra o calor, chuva e vento. Sendo destacada a relevância das áreas verdes, que devem ser abundantes, para a amenização da sensação térmica, da poluição e do ruído. 4. Espaços para caminhar, que possuam superfícies regulares para assegurar o acesso de todos e aspectos visuais adequados. 5. Espaços de permanência, que existam locais para a contemplação da paisagem; 6. Um lugar para sentar, mobiliário urbano em locais públicos, como grandes avenidas, parques e praças para descansar; 7. Capacidade de observar, para garantir aos cidadãos a oportunidade de observar a paisagem; 8. Oportunidade de conversar, espaços públicos, além das condições infraestruturais devem haver níveis baixos de ruído; 9. Lugares para exercitar; disponibilidade de aparelhos para exercício físico para promover um estilo de vida mais saudável, passíveis de utilização em qualquer período do dia; 10. Escala Humana, considerar parâmetros universais que atendam a todos; 11. Capacidade aproveitar o clima, quando possível aproveitar ao máximo das condições naturais, 12. Boa experiência sensorial, os espaços públicos devem ter bons acessos e pontos de encontro com a natureza, pelo contato com animais, árvores, rios e plantas. E garantir que os visitantes fiquem mais tempo no local, pelo provimento de um mobiliário confortável. (GAETE, 2013).

Já o Project for Public Spaces (PPS)<sup>199</sup> destaca quatro qualidades fundamentais que determinam a prosperidade dos espaços públicos: a acessibilidade; as atividades e usos nestes espaços; o conforto e boa imagem, especialmente que sejam seguros e limpos; e a sociabilidade no/do lugar. Sendo que a avaliação a partir desses critérios pode ser de modo intuitivo ou qualitativo pela observação ou por aspectos quantitativos obtidos por meio de estatísticas e pesquisas. No diagrama do lugar, figura 54, estão representados os atributos essenciais para que os espaços públicos sejam bem sucedidos (PROJECT FOR PUBLIC SPACES, 2015).

---

<sup>199</sup> <http://www.pps.org/>

**Figura 54** - Atributos fundamentais, intangíveis e mensuráveis dos espaços públicos.

Fonte: PPS (2015) <<http://www.pps.org/reference/grplacefeat/>> . Traduzido e adaptado por Alves(2015).

Portanto, a fim de que atendam às demandas funcionais e, sobretudo, que possibilitem a ampliação da vida coletiva e a humanização das cidades (GATTI, 2013) é importante, que quem “projeta” esses espaços, essencialmente planejadores, urbanistas e a elite intelectual, política e econômica, pensar para além da existência dos mesmos, projetá-los para as pessoas e

[...] entender a dinâmica de uma cidade e a vida das pessoas no seu cotidiano, a fim de que os espaços públicos a serem projetados **reflitam as necessidades e os anseios dos seus usuários**, para só assim serem realmente utilizados. Um bom projeto de espaço público não depende apenas de uma boa execução técnica; também deve ser o espaço certo, no lugar certo e para as pessoas certas. A cidade precisa ser vista sob seus múltiplos aspectos, sejam eles físicos, sociais, econômicos ou culturais. E é este olhar múltiplo que deve ser absorvido pelas políticas públicas, que também precisam ser acompanhadas por políticas sociais que exerçam o controle do processo especulativo que envolve as melhorias urbanas, para que a população local, sobretudo a de baixa renda, possa usufruir das transformações e não seja expulsa de seu local de origem (GATTI, 2013, p.6).

Afinal, como destaca Calero Martín (2015, s/p)

[...] lo que hace público a un espacio no es su planificado destino público, sino que los ciudadanos se apropien de él y desarrollen sus prácticas libremente . En este

sentido, los paseos, las plazas y los parques son lugares de emancipación ciudadana donde colectivos diversos encuentran un sitio en el que afirmar y recrear su identidad.

A experiência concreta tem mostrado e foi alertado por estudiosos como Jane Jacobs, Clare Cooper Marcus, William H. Whyte, Jan Gehl, entre outros, que é fundamental uma abordagem *bottom-up*, a participação dos cidadãos, na concepção e funcionamento dos espaços públicos, sendo que na atualidade tem sido valorizados e difundidos, entre outros, conceitos como o de *Placemaking*<sup>200</sup>, em referência a participação dos cidadãos na criação, manutenção e uso dos espaços públicos, segundo suas necessidades, de Urbanismo Tático (Mike Lydon e Anthony Garcia) entendido como os projetos de base comunitária, rápidos, em geral de baixo custo e criativos, que objetivam transformar os espaços públicos das cidades, o Acupuntura Urbana (Jaime Lerner) na perspectiva de pequenas "alfinetadas" pontuais em uma quadra, parque, avenida, mercado como, La Boqueria, em Barcelona, um rio Cheonggyecheon, em Seul, Coréia do Sul, etc. que se propagam pela comunidade, transformando e melhorando a vida na/da cidade e as interações entre as pessoas e destas com o lugar ou mesmo *walkability* (Jeff Speck Farrar), da qual depende a riqueza, saúde, habitabilidade e a vitalidade das cidades.

Apesar de tal conceito ser recente, criado fora da realidade brasileira e para as cidades como um todo, seus pressupostos não são novidades, afinal nas áreas periféricas, onde as ações do governo sempre foram incipientes são comuns atitudes proativas e coletivas, no intuito de se ter as condições para a vida. Assim, de certa forma, houve uma (re)concepção conceitual para aplicação de tais pressupostos nas "áreas centrais" da cidade. Exemplos de ações para a retomada da vida nos espaços públicos, tendo como inspiração, inclusive outras cidades do mundo, como as europeias, e movimentos como o *placemaking*<sup>201</sup> já podem se encontrados no contexto brasileiro como em São Paulo (A Batata Precisa de Você, Hortas Comunitárias Urbanas, Green SP que revitaliza canteiros, Movimento Boa Praça, Ocupe e Abraça Praça da Nascente Iquiririm, Rios e Ruas entre outros), em Belo Horizonte (Grupo Poro), no Rio de Janeiro (OPAVIVARÁ!, Planta na Rua<sup>202</sup>), em Porto Alegre (Cidade Baixa

<sup>200</sup> O ponto central do movimento placemaking global, é o projeto para espaços públicos (PPS). <http://www.pps.org/>.

<sup>201</sup> O Placemaking é um processo de planejamento, criação e gestão de espaços públicos, que estimula uma maior interação entre as pessoas e propõe a transformação dos pontos de encontro de uma comunidade (parques, praças, ruas e calçadas) em lugares mais agradáveis e atrativos. Mais informações em: <http://www.placemaking.org.br/>

<sup>202</sup> Iniciado no Rio de Janeiro e difundido para várias cidades, o princípio fundamental do Planta na Rua é revitalizar o uso de áreas abandonadas (terrenos, lotes,) ou de uso pouco frequente e público, tais como praças, canteiros, calçadas, etc, através da restauração ambiental do lugar, como o plantio de plantas, sendo as alimentícias as mais preferidas. Com isso, alguns aspectos sociais são atingidos, pois proporciona uma maior

Em Alta), em Salvador (Salvador Meu Amor), em Recife, (Praias do Capibaribe). Segundo Margareth Uemura, coordenadora de urbanismo do Instituto Pólis,

Trata-se de um amadurecimento histórico. Desde a nova Constituição, foram sendo criados instrumentos democráticos de maior participação popular. Assim, o cidadão começa a entender que tem voz, e o poder público - que ainda tem o dever de zelar pela cidade - entende que pode compartilhar esta gestão. (BBC Brasil, 2015, s/p).

Neste sentido, destaca-se como exemplo a aprovação em 10 de junho de 2015, da Lei nº 16.212 derivada do Projeto de Lei 289/2013, que trata da gestão participativa das praças em São Paulo. Ter legalmente assegurada essa possibilidade de participação dos cidadãos na gestão de espaços públicos, para “implantação, revitalização, requalificação, fiscalização, uso, conservação das praças públicas, visando garantir a qualidade desses espaços públicos e fortalecer o necessário diálogo entre o poder público e a sociedade civil” (SÃO PAULO, 2015) pode contribuir para a otimização do cumprimento das funções sociais e ambientais desses espaços. Além disso, em São Paulo destacam-se outras ações que levam a revalorização do espaço público, como: a abertura de alguns parques à noite, a internet gratuita nas praças, os parklets, a reconfiguração dos conselhos gestores dos parques, o apoio aos artistas de rua, o recente edital Redes e Ruas.

Esta conjectura, de certa forma, aponta que as atuais e futuras gerações, retomarão os espaços públicos, ao reconhecer que, em grande medida, também são responsáveis pelas características que tais espaços assumem, como espaços do medo e da violência, em razão de seu abandono, ou espaço para o convívio e, como instrumentos para a qualidade de vida e para uma cidade mais saudável e sustentável, a partir de sua apropriação.

A interligação entre os diversos espaços públicos no âmbito da cidade, especialmente por calçadas, ciclovias e vias com boa acessibilidade, também é importante para o desempenho da funcionalidade desses espaços, que igualmente está relacionada com a densidade demográfica; ou seja, em áreas mais densas é maior a demanda relativa por espaços públicos, que conseqüentemente serão mais próximos às residências e poderão ter mais frequentadores e serem mais vibrantes.

No contexto de Uberlândia, historicamente os espaços públicos tem assumido diferentes significados, para os diferentes contextos sociais; passando por um período de valorização, depois por certa perda desta valorização. Conforme destaca Soares (1995, p.137) as ações da elite local para criar uma cidade moderna, limpa e ordenada resultaram em uma

---

interação de pessoas, o plantio do próprio alimento (pode ser um aprendizado a alguns), e até uma terapia urbana (Participante do movimento, 2015).

“organização espacial da cidade, principalmente de sua área central e seu estilo arquitetônico, refletiam apenas as necessidades e interesses dos incorporadores e de sua clientela, não sendo jamais levados em conta os interesses e benefícios da população em geral”. Além disso, no limiar dos anos 90, a autora (1995, p.36) destaca que em nome da “segurança, da propriedade, da livre expressão e da vida privada”, “o privado impõe-se ao público”, sendo que, “o condomínio, a casa, o clube, o shopping-center substituem a praça, as manifestações públicas”.

No entanto, atualmente a tendência parece ser de tomada de consciência da importância de tais espaços, com a adaptação (ou não) dos mesmos, para prática de atividades físicas, graças a movimentos globais como o “Desenhado para o Movimento”<sup>203</sup> e iniciativas como “Cidades Ativas”. No Brasil destaca-se a implantação das academias públicas ao ar livre como das estratégias para tirar as pessoas do sedentarismo e levar aos espaços públicos. Além disso, uma parte da elite, preocupada com a saúde, também têm adotado hábitos das práticas esportivas, a exemplo das chamadas “corridas de rua”.

Para além da infraestrutura básica, incluindo os espaços públicos, os equipamentos urbanos são essenciais para o equilíbrio social, político, cultural e psicológico de uma população. Dentre tais equipamentos estão os de educação, saúde, serviços assistenciais, culturais etc., instituídos pela Constituição Federal do Brasil de 1988, como política pública, de direito do cidadão e dever do Estado. A descentralização político-administrativa prevista pela CF assegura a autonomia aos locais, especialmente o município, para a tomada de decisão com relação à administração e gestão das ações de acordo com as particularidades locais. Conforme regulamentam as leis específicas como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (Lei 9394/96) e as Leis Orgânicas da Saúde e da Assistência Social (Lei nº 8.080, de 19/09/1990 e Lei nº 8.742, de 07/12/1993, respectivamente).

Como já evidenciado para alguns equipamentos urbanos como saúde e educação a situação de Uberlândia-MG é satisfatória, inclusive se destacando em relação aos demais municípios mineiros e brasileiros. Tal conjuntura é similar ao considerar outros equipamentos públicos. Assim, com foco nos equipamentos culturais, mapa 7, o estudo Perfil Municípios Brasileiros (IBGE, 2012) considerou 19 equipamentos culturais<sup>204</sup> para a construção de um índice de equipamentos culturais, em que o município que não possui nenhum equipamento tem o valor 0, ao passo que um município que tenha todos os equipamentos culturais tem o

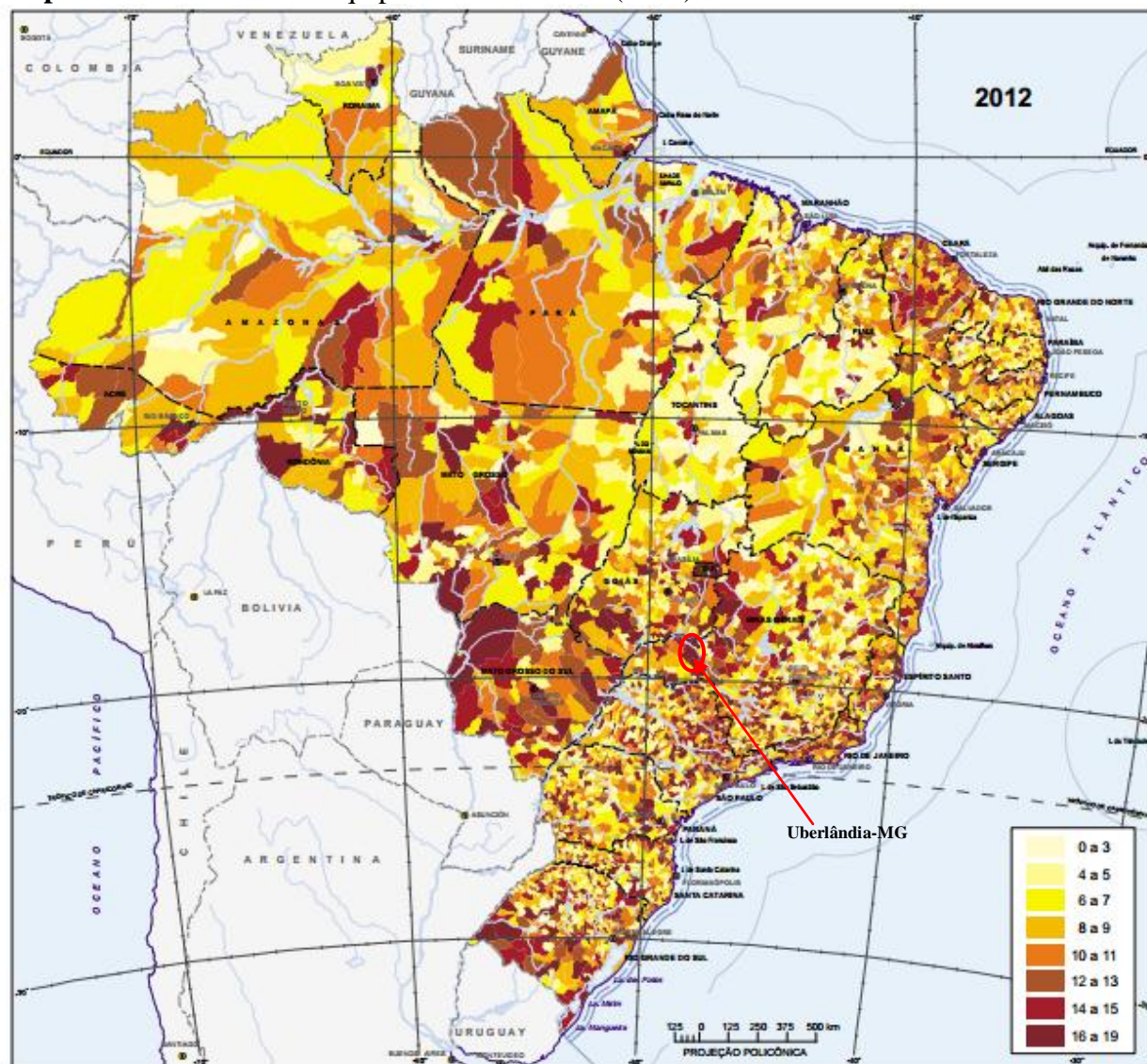
<sup>203</sup> <http://www.designedtomove.org/>

<sup>204</sup> Dentre tais equipamentos estão: bibliotecas, ginásios esportivos públicos, lan houses, Clube ou associação recreativa, Rádios, TVs, Museus, Arquivo público ou centro de documentação, Centro Cultural, Cinema, Shopping center, teatro, etc.



valor 19. Por esse indicador Uberlândia está entre os municípios que possuem o valor entre 16 e 19.

**Mapa 7** - Brasil: índice de equipamentos culturais (2010).



**Fonte:** IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2012 e Diretoria de Geociências, Coordenação de Geografia.

Contudo, é preciso ponderar que a distribuição espacial e a qualidade dos espaços e equipamentos públicos mostra-se heterogênea. Enquanto, que para as classes mais baixas apesar, da maior importância de tais espaços, os loteamentos populares, historicamente apresentam-se “falhos” em relação ao provimento dos mesmos. Como atesta Soares (1988), no momento da criação dos bairros mais distantes, ainda conhecidos como subúrbios ou vilas, não foram instalados os equipamentos coletivos. Além disso, a estrutura espacial da cidade, dispersa também contribui negativamente para o acesso aos espaços e equipamentos públicos.



### 5.13. A participação social

Para o contexto do século XXI a participação social e a “responsabilidade pública com a introdução de responsabilidade conjunta ou compartilhada” (WHO 2013b) e outros princípios a elas vinculados, como: descentralização, intersetorialidade, transversalidade, políticas públicas saudáveis, *empowerment*, *accountability* etc. adquirem cada vez mais relevância, especialmente porque sustentam a construção de cidades em que a qualidade de vida seja assegurada e são parâmetros que permeiam os conceitos de cidades saudáveis e sustentáveis.

As mudanças iniciaram entre as décadas de 1970/1980 com as provas de insucesso de Estado de Bem-estar Social e a emergência de crises, manifestas, sobretudo nas cidades. A conjuntura apontou para mudança do modelo de administração centralizado para uma administração mais descentralizada, assim como tal como alertado na Declaração de Vancouver sobre os Assentamentos Humanos, resultante da primeira Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos, Habitat I (1976), para a necessidade de maior participação das populações na definição das medidas que deveriam ser tomadas.

Especificamente, no Brasil a descentralização ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, que assegura a autonomia político-administrativa de todos os entes federados, segundo suas competências e responsabilidades e também vários mecanismos de participação popular.

Especialmente, na escala do município a participação pode ser mais eficiente, pois “é na municipalidade que a relação mais direta entre o governante e o governado, e só podemos falar de participação onde se tem poder de decisão ocorre”. Contudo para que tal participação ocorra são necessários mecanismos que viabilizem o envolvimento da comunidade, ferramentas e recursos, dentre os quais estão: a acessibilidade; a transparência; o *empowerment* ou empoderamento da comunidade; construção de formas de engajamento e de soluções locais de maneira criativa e respeitável (MATHIAS. 2004).

Para a implementação dos direitos mínimos assegurados constitucionalmente, cabe aos entes federados à elaboração e execução das políticas públicas necessárias, as quais atualmente sob o prisma da saúde apreendida como qualidade de vida, têm sido adjetivadas de saudáveis. Mendes (2000, p.37) com base em Goumans (1997), caracteriza uma “política pública saudável por uma preocupação explícita com saúde e equidade promovidas por várias áreas e com uma responsabilidade conjunta pelo impacto em saúde”. Segundo Mathias (2004,

p.81) consiste em um modelo para questões urbanas complexas, multifacetadas e interligadas, que tem implicações na saúde e qualidade de vida da comunidade, nas palavras do autor:

Uma Política Pública Saudável consiste em uma estrutura para se desenvolver uma política de qualidade e governança, uma maneira com a qual o governo local possa trabalhar voltado para os determinantes básicos da Saúde (condições sociais, econômicas e ambientais). [...] É um processo e não um resultado. É um processo que leva aos resultados de uma cidade saudável. O desenvolvimento de uma política pública saudável requer: participação da comunidade desde o início, integração entre equidade social, meio-ambiente e economia, propriedade através de parcerias. É por tempo limitado, usa recursos e apoio adequados e apropriados, promove e inclui a inovação, incubação e identificação multisetorial de questões (MATHIAS, 2004, p.81).

Portanto, ao abordar a complexidade das questões urbanas, torna-se imprescindível que as políticas públicas saudáveis possuam ações intersetoriais/integradas e transversais (figura 55), segundo Bronzo (2013) “entendidas como meios de gestão, que podem se constituir a partir de critérios territoriais, de eixos temáticos (exclusão, imigração), de faixas de idade ou de determinados coletivos (famílias monoparentais, pessoas com deficiência, grupos étnicos etc.), sinalizando uma visão mais global ou integral sobre a realidade”. Portanto, intersectorialidade pressupõe uma integração das políticas públicas, não apenas as sociais, mas também sua interface com outras dimensões da cidade, como infraestrutura e ambiente e também sua articulação entre os diversos atores (JUNQUEIRA, 1998). O que demanda da transversalidade na perspectiva de uma atuação interdepartamental, ou seja, uma abordagem interdisciplinar.

**Figura 55 - Mudança na Governança**



**Fonte:** Mathias (2004)

**Figura 56 - Características da boa governança**



**Fonte:** WHO (2012b).

Conforme escritos no documento “Governance for health in the 21st century” (WHO 2012b) considerando a governança enquanto a forma com que os governos e outras organizações sociais interagem, relacionam com os cidadãos e como as decisões são tomadas em um mundo complexo (GRAHAM et al., 2003) ou como um amálgama de princípios orientadores que transcendem políticas específicas, setores e atores, figura 56, (OECD, 2012) na atual conjuntura torna-se indispensável formas de governança que envolvem ativamente muitos indivíduos e um grau crescente sobre o envolvimento dos governados, de modo a enfraquecer estruturas centralizadas top-down de tomada de decisão (OECD, 2001).

Portanto, nesse contexto é importante a postura dos governos locais, na criação de espaços de convívio e interação para conectar os poderes público, privado e a sociedade, de modo que possa agir segundo as demandas sociais, bem como possibilitando que os atores sociais possam ser agentes de mudanças tendo em vista à qualidade de vida. No sentido da inclusão dos agentes locais no processo decisório destaca-se a importância do sentimento de pertencimento dos mesmos e das TIC’s que permitem maior conectividade, possibilidade de observação e participação nas ações do governo em temas que os afetam e/ou interessam.

## 5.14. Comunicação

A comunicação é essencial para a troca de informações e criação e difusão de conhecimento entre pessoas, tendo papel fundamental para melhoria da qualidade de vida. Atualmente, esta relaciona-se diretamente com possibilidade de acesso às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC’s). Como destaca o Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas (2012) na sociedade da informação, a inclusão digital via TIC’s propicia o acesso a serviços públicos, educação, trabalho e a própria busca de trabalho, têm impactos no desempenho escolar, efeitos diretos da inclusão digital, na cidadania através de acesso a serviços públicos (i.e. governança eletrônica), aproximando da noção de capacidade (*capabilities* de Sen) no sentido de potencializar a liberdade das escolhas.

Um estudo da Unesco (2014)<sup>205</sup> mostra que onde os livros são escassos, a tecnologia móvel é cada vez mais comum, mesmo em áreas de extrema pobreza, podendo ser útil para melhorar a alfabetização nos países em desenvolvimento. Tal que, os indicadores de

<sup>205</sup> [http://www.wider.unu.edu/home/news/news-archive/2014/en\\_GB/23-04-2014-Reading\\_in\\_the\\_Mobile\\_era/](http://www.wider.unu.edu/home/news/news-archive/2014/en_GB/23-04-2014-Reading_in_the_Mobile_era/)

conectividade estão tanto nas Metas do Milênio da ONU (número de usuários de internet por 100 habitantes), como entre os objetivos para a agenda Post-2015 MDGs.

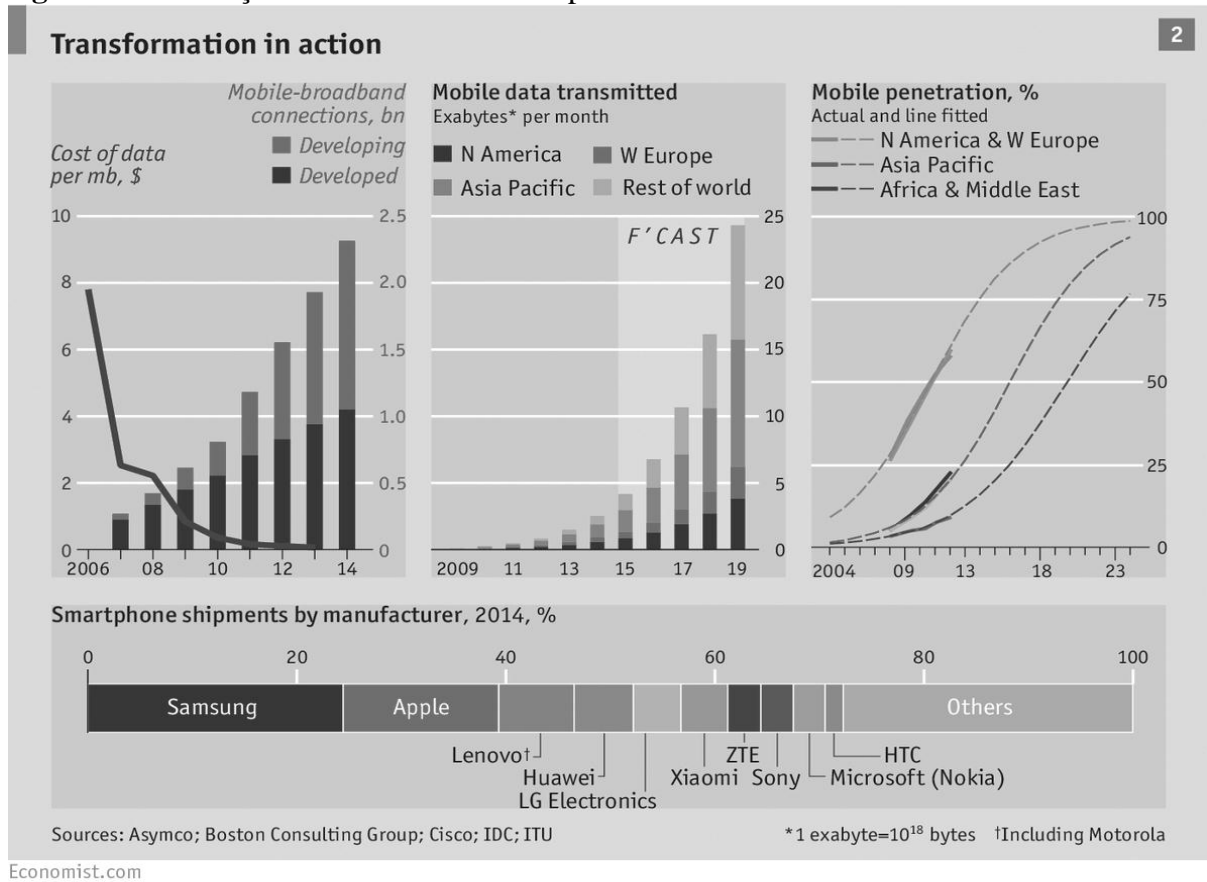
Dentre as TIC's que definem o início do século XXI, estão os *smartphones* lançados em 2007 por Steve Jobs, os quais por seu tamanho e conectividade (mobilidade espacial em função tecnologias 3G, 4G wifi) e convergência (vários serviços agregados) associado ao poder de processamento similar a supercomputadores, garantiu que sua difusão e crescimento de uso fosse mais rápida do que dos telefones celulares e computadores pessoais, que os precederam. Afinal, reduzem custos e ampliam as possibilidades de uso para diversas atividades cotidianas.

As TIC's podem também ser vistas como itens de consumo e lazer. A difusão de tal tecnologia pode ser um negócio milionário para as empresas (SASSEN, 2013) mas, por outro lado, conforme destaca Philipsen (2015) com base em Anthony Townsend que escreveu o livro "Smart Cities", Big Data, Civic Hackers, and the Quest for a new Utopia" pode ser um meio para empoderamento, reforçando comunicação, coordenação e os efeitos do que é conhecido como "*crowd sourcing*",

O impacto econômico dos telefones celulares tem sido transformador para os pobres urbanos do mundo. A economista-chefe do Banco Mundial, Christine Zhen-Wei Qiang, argumenta que "Os telefones móveis têm feito uma grande diferença para as vidas de mais pessoas, mais rapidamente, do que qualquer tecnologia anterior. Eles se espalharam mais rápido e tornaram-se a ferramenta mais transformadora para o desenvolvimento". Com a infraestrutura básica de *smartphones* e de banda larga móvel no lugar, tem ocorrido uma explosão em serviços voltados para os pobres. Vários pontos de inovação têm surgido onde *start-ups* estão traduzindo ideias de negócios nascidas na área de trabalho da *Web* do mundo rico em serviços baseados em SMS para megacidades "pobres" (TOWNSEND apud PHILIPSEN, 2015 s/p).

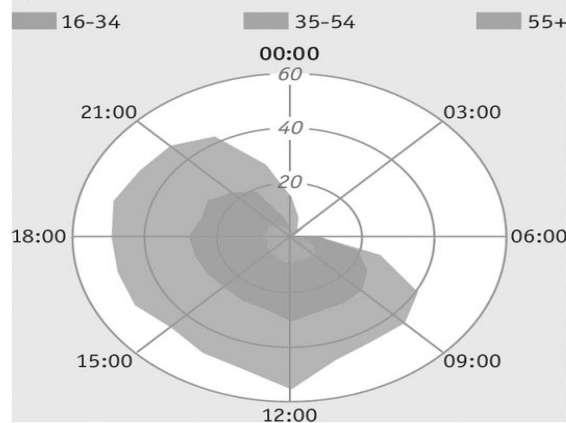
Segundo informações da economist (2015) hoje 2 bilhões de pessoas em todo o mundo usam *smartphones* número que pode dobrar até o fim da década, sendo que em 2020, cerca 80% da população possuirá um smartphone, figura 57.

Além disso, por sua onipresença junto ao usuário, sabendo onde o usuário está, que sites visita, com quem fala, até mesmo o quanto saudável é, os smartphones são utilizados, em média, por mais de duas horas todos os dias para verificar mensagens, notícias ou outros serviços, até mesmo antes de se levantar. A quantidade de horas de uso é maior entre os usuários com idade entre 16 a 24 anos (cerca de quatro horas por dia), decaindo conforme a idade aumenta, figura 58.

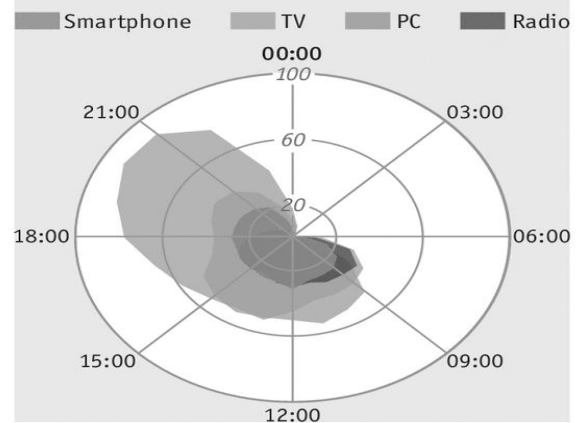
**Figura 57 - Evolução dos usuários de smartphones.****Figura 58 - Uso de smartphones, por grupos de idade e em relação a outras TIC's.**

% reporting use by hour of the day, over a week\*

By age group



By device



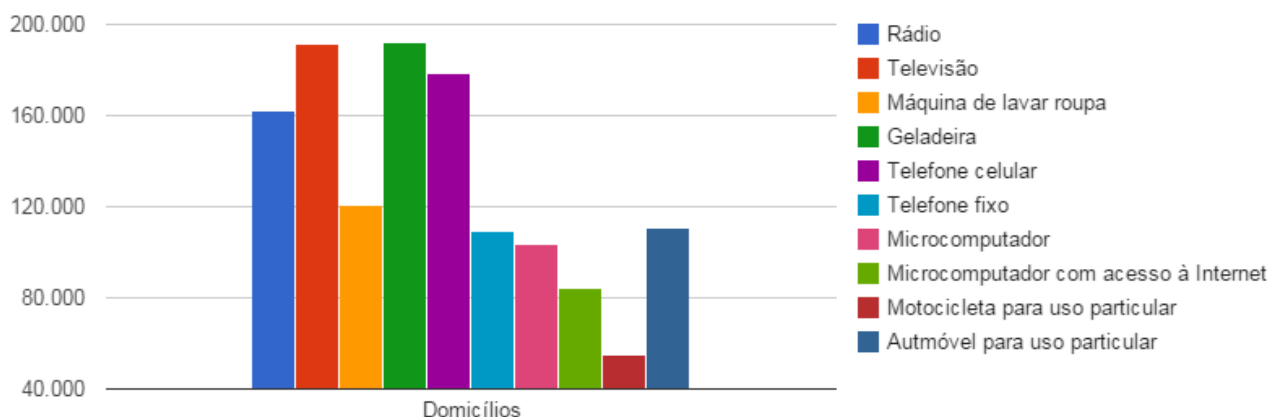
Source: Ofcom

\*1,644 British adults surveyed between February and April 2014

Economist.com

Contudo, apesar dessa difusão dos *smartphone* e dos benefícios e prejuízos<sup>206</sup> a ela inerente, outras tecnologias como o velho PC, a televisão e o rádio, ainda têm grande importância. A figura 58, mostra que o tempo de uso destes ainda é bem superior ao uso dos *smartphones*. Especificamente em Uberlândia eles estão entre os bens duráveis presentes na maioria dos domicílios, gráfico 30.

**Gráfico 30** - Uberlândia-MG: domicílios com existência de alguns bens duráveis (2010).



**Fonte:** IBGE (2010). **Org.:** Alves (2015).

Considerando os meios de comunicação “tradicionais” em Uberlândia, de acordo com dados da PMU (2009) esses perfazem um total de 25, sendo 6 retransmissoras de TV, 3 geradoras de TV, 6 radiodifusão sonora FM, 6 radiodifusão sonora AM, 4 radiodifusão comunitária.

As TVs, que assumiram uma inegável posição de produto indispensável ao cotidiano, urbano e rural, divulgando a cultura, mas também ideias e produtos por meio dos programas e anúncios, destaca-se que no Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, a cidade de Uberlândia concentra as sedes administrativas e de produção das retransmissoras de TV do país, que comandam a divulgação de notícias, cultura e de produtos e marcas, além de ser destino da verba publicitária, que se reverte em empregos e faturamento para as empresas de comunicação regionais. As retransmissoras com sede em Uberlândia possuem uma área de

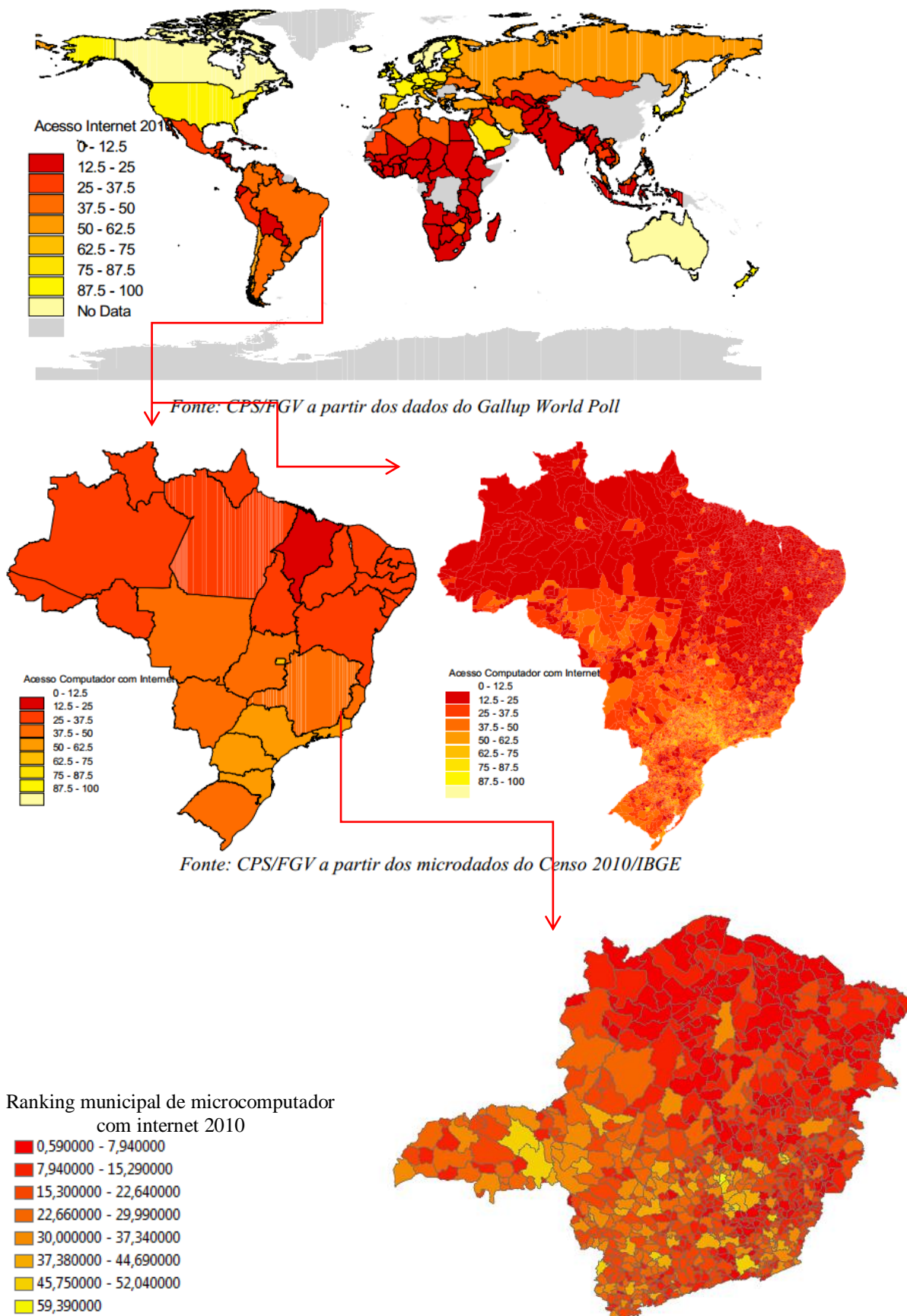
<sup>206</sup> Podem ter benefícios como influenciar na produtividade de indivíduos, facilitar os deslocamentos indicando como de ir de A para B, mudanças nos relacionamentos via Facebook, Twitter e, cada vez mais, serviços de mensagens como WhatsApp e Snapchat usados para coordenar as atividades como protestos, portanto poderiam ajudar a aliviar, muitos dos problemas do mundo, como epidemias de violência. Mas também preocupações como: text neck (o uso do smartphone curva a coluna vertebral); nomophobia (dependência excessiva), perda de privacidade em função do uso indevido de aplicativos e monitoramento por estado, empresas encarregadas de seus dados, por hackers que roubam suas informações, etc. <http://www.economist.com/news/leaders/21645180-smartphone-ubiquitous-addictive-and-transformative-planet-phones>

cobertura sobre todos os municípios da região, sobretudo ao norte e entorno de Uberlândia (NEDRU, 2013).

O uso da internet no Brasil foi difundido recentemente, após o ano de 1995. Sendo que em escala global ocupa a 63ª posição entre os 154 países mapeados, com em média 33%, de acesso à internet, similar a maioria dos países situados na América do Sul. Contudo, internamente há grande variação entre os Estados da Federação com níveis similares aos observados em países Europeus, e, sobretudo municípios onde há níveis, na casa de 90%, como no Canadá, Austrália e países nórdicos. No Estado de Minas Gerais, Uberlândia está entre os municípios com mais microcomputador com internet, figura 59.

Especialmente nos últimos anos o crescimento no uso de internet tem sido significativo, segundo a CPS/FGV (2012) as chances de uma pessoa em iguais condições de acessar a rede de computadores é 152,4% superior àquela observada três anos antes. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2011) entre 2005 e 2011, enquanto a população em idade ativa cresceu 9,7%, o contingente de pessoas que utilizaram a Internet aumentou 143,8%, ou seja, em seis anos o número de internautas no País cresceu 45,8 milhões. Em 2014 segundo dados do Nielsen Ibope (2014) ainda era restrito a cerca de 120 milhões de brasileiros, 60% da população brasileira. O maior grupo de usuário insere-se na faixa etária de 25 a 34 anos de idade, 22% do total. A pesquisa mostrou também que, 87,9 milhões de pessoas moravam em domicílios com acesso à internet, com um crescimento anual de 19%.

**Figura 59** - Mundo, Brasil e municípios de Minas Gerais: Acesso domiciliar a internet por indivíduos com 15 ou mais anos de idade (2010).



**Fonte:** CPS/FGV a partir dos microdados do Censo/IBGE. **Org.** Alves (2015).



Dentre as principais razões de as pessoas não acessarem a Internet no Brasil, de acordo com informações do CPS/FGV (2012) em seu dispositivo para consulta aos dados utilizando como centro de análise aqueles que não utilizaram a internet nos últimos 3 meses (as entrevistas da PNAD são realizadas sempre no último trimestre de cada ano) tabela 20, são a falta de interesse, de acesso a equipamento e conhecimento, sendo que o custo não apresenta como um dos principais empecilhos, demonstrando, portanto que a incapacidade e, por conseguinte a falta de interesse são os principais problemas, os quais segundo o CPS/FGV (2012) têm relação com os problemas educacionais, de modo que “não basta que computadores caiam de paraquedas na vida das pessoas. Se navegar na rede é preciso, educar também é preciso!” Espacialmente, o não uso por opção é frequente nas regiões sul e sudeste, enquanto que no nordeste o principal motivo é falta de conhecimento.

**Tabela 20-** Brasil: Principal motivo pelo qual não utilizou a Internet nos últimos 3 meses

Não achava necessário ou não quis	18,17%
Não sabia utilizar a Internet	17,24%
Não tinha acesso a microcomputador	16,33%
O custo de um microcomputador ou da Internet era alto	1,19%
Outro motivo	0,83%
O microcomputador que usa em local não estava conectado à Internet	1,06%
Não se aplica	45,17 %
<b>Total</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** CPS/FGV a partir dos microdados do suplemento PNAD/IBGE.

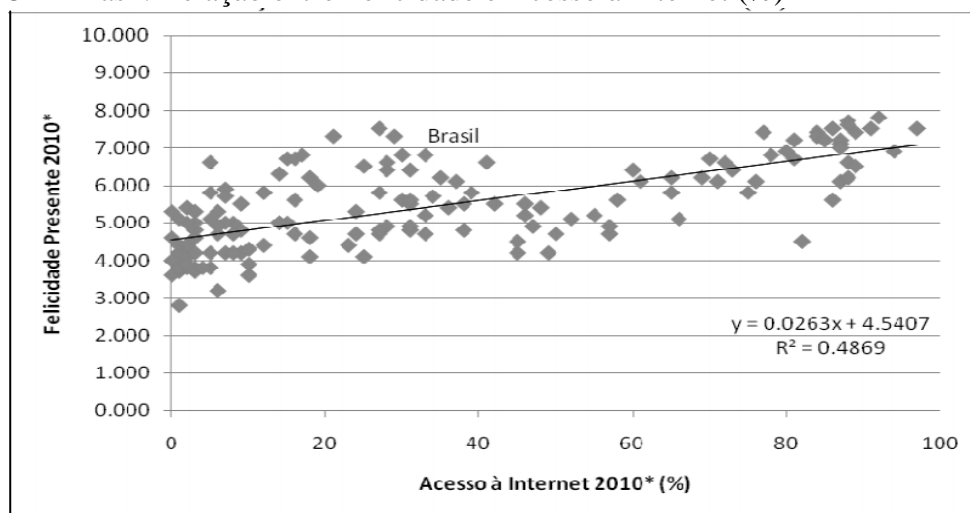
<[http://www.fgv.br/cps/bd/mid2012/MID2\\_ID/MID/index\\_empilhado.htm](http://www.fgv.br/cps/bd/mid2012/MID2_ID/MID/index_empilhado.htm)> **Org.:** Alves (2015).

Em função das redes sociais e dos smartphones, são 47,7 milhões de utilizadores de redes sociais e 51 milhões de smartphones conectados, os internautas já não se restringem mais as classes mais ricas. Contudo, o estudo do CPS/FGV (2012) mostra que as diferenças permanecem, especialmente entre os extremos, a classe AB tem 11,8 vezes a mais de chances de uso de internet em relação à alguém da classe E e 4,5 vezes aquelas de alguém da classe C. Conforme a pesquisa encomendada pelo Google ao Instituto Data Popular, considerando 1500 usuários, 54 % dos internautas são de classe C, e 36% de classes A e B. (folha.uol, 2015). Concordamos com o CPS/FGV (2012) no sentido de que isto representa uma potencialidade e maior capacidade de transformar suas vidas (ex: geração de renda), pois “a ação de inclusão digital terá maior retorno social e privado centrando nos pobres que dispõe de oportunidades ainda não aproveitadas por falta de acesso a tecnologia digital”.

Contudo, o “*apartheid digital*” tem correlação com outras variáveis, que impedem a superação, dentre as quais a educação tem o maior peso, afinal uma pessoa com pelo menos superior incompleto tem 100,8 vezes a mais de chances de acessar a rede do que um analfabeto e 6 vezes a mais do que aqueles com pelo menos ensino médio incompleto. O gênero também tem correlação com a inclusão digital, as mulheres acessam menos computadores, mas proporcionalmente ainda menos a internet, com as mesmas características observáveis homens têm 18% a mais de chances de acessar a internet do que mulheres CPS/FGV (2012).

O estudo do CPS/FGV (2012) aponta que há uma correlação forte entre felicidade e uso da internet, sendo que a felicidade do brasileiro para o seu nível de inclusão digital está acima da média global, ainda que o fato de ambas estarem relacionadas com a renda, inviabilizar afirmar que internet traz a percepção de felicidade, ou vice-versa (gráfico 31).

**Gráfico 31 - Brasil: Relação entre Felicidade e Acesso à Internet (%)**



Na administração pública municipal, o uso das tecnologias na coleta de dados, processamento das informações, visualização, simulação de cenários é fundamental ao planejamento urbano, ajudando a compreender como as cidades funcionam e implementar ações, por exemplo na otimização dos sistemas de trânsito e na ocorrência de crimes.

Essa otimização dos sistemas de trânsito que já operam pode facilmente superar os investimentos em linhas adicionais, trens e ônibus. Isso deve tornar os dados da cidade inteligente e em tempo real interessante para os investimentos e crenças em austeridade, desde então ferramentas digitais podem ajudar projetar o novo, bem como alcançar a eficiência e economizar dinheiro com o que já está no terreno. Criminologistas estão tentando por meio de análise de dados saber onde o crime vai ocorrer. Olhando para a cidade como um sistema trouxe a percepção de que alguns crimes se espalham muito parecidos com um vírus e que a contenção do crime pode ter paralelos com campanhas de imunização. (PHILIPSEN, 2015, s/p. Tradução nossa).

Igualmente importante para compreender a cidade, as tecnologias representam uma importante ferramenta para divulgação de informações de interesse público e para a transparência das ações públicas. Sendo basilar a existência dos “sites” dos governos, especialmente aqueles com maior grau de desenvolvimento que permitam além da troca de informações e dados, troca de valores e serviços<sup>207</sup>. Contudo, os sites desta tipologia ainda são uma minoria no contexto brasileiro, segundo o IBGE (2012) apenas 6,8% (281) dos municípios classificaram sua página como transacional. Além disso, destaca-se a importância da acessibilidade de tais “sites” a todos os usuários, deficientes auditivos, visuais ou ambos, quesito contemplado por apenas 11,2% dos municípios brasileiros, dentre os quais está Uberlândia que possui site transacional e acessível aos deficientes visuais, o município também está entre aqueles que a prefeitura garante o acesso Wi-fi.

Portanto, considerando as informações, indicadores e índices inerentes à questões que perpassam pela qualidade de vida, pode-se considerar que a realidade da cidade de Uberlândia, especialmente na perspectiva dos elementos objetivos básicos, apresenta várias potencialidades para que a cidade seja construída segundo os preceitos de promoção da saúde e da sustentabilidade. Contudo, o destaque da cidade em relação a contextos mais amplos (estado e país), bem como em relação a outras cidades, nomeadamente as mineiras, por si só, não é suficiente para afirmar que sua população esteja satisfeita com os diferentes domínios da vida, bem como se os costumes, hábitos e estados cognitivos apontam para a qualidade de vida, e, por conseguinte para a existência de uma cidade saudável/sustentável. Para tal, que se desenvolveu este estudo da qualidade de vida em Uberlândia.

---

<sup>207</sup> Com base no estágio de desenvolvimento dos sites das prefeituras municipais, o IBGE, os classifica em tipos: informativo (funciona unicamente como fonte de informação aos cidadãos), interativo (permite troca de informações e dados por parte dos cidadãos, empresas ou outros órgãos, os usuários podem fazer reclamações e sugestões, informar mudança de endereço ou efetuar cadastro on-line de sua empresa) e o transacional (permite também troca de valores que podem ser quantificáveis, como pagamento de impostos e contas, educação a distância, matrículas na rede pública de ensino, marcação de consultas, compras de materiais, etc).

## 6. AMPLIANDO A COMPREENSÃO ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA EM UBERLÂNDIA

*Para todo problema complexo existe uma solução simples, fácil – e errada.  
H.L. Menckel (1880-1956)*

### 6.1 A perspectiva objetiva

A provisão pública (oferta) e a oportunidade de acesso a elementos (in)materiais para satisfazer necessidades básicas na educação, saúde, habitação e serviços sociais são fundamentais para a qualidade de vida. Conhecer a oferta de tais elementos permite uma primeira aproximação da qualidade de vida. Contudo eles são insuficientes para compreender a qualidade de vida, dentre outros aspectos porque:

[...] a qualidade de vida é medida não só em função da existência desses recursos, mas também, da sua acessibilidade e facilidade de utilização. Directamente relacionado com este último aspecto, coloca-se também a questão do nível de satisfação da população utilizadora desses mesmos bens e serviços, o que será central na análise mais subjectiva da percepção da qualidade de vida (SANTOS; MARTINS, 2002, p. 6).

Além disso, se inicialmente o principal objetivo era a obtenção de bens como a habitação, hoje face ao desenvolvimento da sociedade, conforme esclarece Rodrigues (2007, p.19) “a natureza das aspirações das pessoas se deslocou: de apenas satisfazer as funções básicas, para cada vez melhor querer satisfazer as condições de qualidade na sua vivência do dia a dia”.

Destaca-se que, para o contexto de Uberlândia, essa abordagem que considera de modo objetivo tanto a oferta como o atendimento das necessidades básicas, tendo como base, especialmente os microdados dos censos demográficos do IBGE (2000, 2010), mais comum nos estudos de qualidade de vida e sustentabilidade, etc. no país, é pouco viável. Esta abordagem possui fragilidades por uma série de fatores, dentre eles, porque além destes dados, em certa medida serem defasados, os censos ocorrem a cada 10 anos, eles mascararam

a realidade. Por exemplo, apesar da existência de várias ocupações na cidade que poderiam ser classificadas como aglomerados subnormais o censo não mostra isso. Considerando a unidade de análise, o setor censitário, também há problemas, pois os limites geográficos dos mesmos não coincidem totalmente com os limites dos bairros.

Além disso, talvez o aspecto que, de certo modo mais inviabiliza tal abordagem, está relacionado ao fato de que com exceção das áreas “não oficiais”, na “cidade legal”, o atendimento das necessidades mínimas do indivíduo (abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo, saúde, educação, alimentação, transporte etc.) é próxima a 100%, conforme já previamente analisado por índices e indicadores de validade nacional, estadual e local, como o IDHM do PNUD e IMRS da FJP, respectivamente. Neste caso, os locais onde, as condições de vida e, conseqüentemente o bem-estar das populações são realmente baixos, não são considerados, superestimando a qualidade de vida na/cidade, de modo que essa abordagem pautada nos indicadores e índices serve apenas a uma primeira aproximação acerca da qualidade de vida, cujo entendimento demanda compreender a realidade das condições de vida a partir de diagnósticos do contexto.

Assim, considerando o contexto de Uberlândia a realização de estudos para abordar de forma objetiva o atendimento das necessidades básicas dos cidadãos, considerando os dados do censo demográfico, contribui de forma limitada para o entendimento, intervenção e mudança da realidade, com vistas ao alcance da qualidade de vida. Afinal, as áreas mais críticas, por vezes não são consideradas.

Portanto, neste caso considera-se mais viável que os estudos realizem diagnósticos considerando a totalidade urbana, isto é as áreas “legais” e “ilegais” da cidade. Além disso, devem ir além do minimalismo e considerar a relação oferta/acesso/satisfação. Onde, a qualidade de vida seja expressa pelo grau de satisfação em relação à oferta e ao acesso a esses recursos básicos, bem como às demais necessidades humanas (os estados emocionais e espirituais, as redes de relações sociais, a consciência sobre os comportamentos e os estilos de vida) tal como referido por Maslow (1975). Logo, buscou-se conhecer a qualidade de vida em Uberlândia pelo viés da avaliação pela população dos elementos (in)materiais tidos como essenciais.

## **6.2. A perspectiva a partir do *survey* à população**

A análise da qualidade de vida pelo grau de (in)satisfação em relação aos patamares desejados, como explica Herculano (2000, p.4 ) com base em Scanlon, in Nusbaum e Sen (1995) considera a distância entre o que se deseja e o que se alcança. Essa avaliação da qualidade de vida é realizada a partir de *surveys* a população, por isso também chamada de avaliação subjetiva. Apesar das dificuldades de sua realização é amplamente recomendada pela literatura que trata do tema (MARANS; STIMSON, 2011).

Portanto, diante da relevância dos estudos da qualidade de vida nesta perspectiva, a presente tese a considerou, tendo com exemplo a realidade de Uberlândia. Para tal aplicou-se um questionário, adaptado à realidade local, com questões que abarcassem os aspectos ajuizados como importantes à compreensão da qualidade de vida. Conforme detalhado na metodologia, 202 pessoas em 202 residências responderam ao questionário, sendo que para algumas questões mais gerais, considerou-se não apenas o inquerido, mas também os familiares, abrangendo um total de 634 pessoas.

### **6.2.1. Descrição dos entrevistados**

Na tabela 21, pode-se observar a distribuição de todos os entrevistados nos 17 bairros de Uberlândia, segundo sexo e também a dimensão média dos domicílios em cada bairro. Na medida do possível, buscou-se certo equilíbrio entre os sexos dos entrevistados.

Responderam ao questionário, prioritariamente o responsável pelo domicílio, sendo que na ausência deste, outro membro da família de preferência o cônjuge, ou outro agregado desde que com mais de 18 anos. Assim, considerando as faixas etárias, todos estratos etários com idades superiores 18 anos foram contemplados, ainda que grande parte dos entrevistados se insiram nas idades de 20 a 69 anos, o que pode ser considerado benéfico, no sentido de que tais pessoas se inserem na PEA e têm importante papel no processo de reprodução socioeconômica e, por isso pressupõe-se que tenham maior conhecimento acerca das questões sociais, especialmente as econômicas e políticas.

Os bairros Cidade Jardim, Jardim Karaíba, Luizote de Freitas, Santa Mônica, Umuarama estão entre aqueles com maior quantidade de entrevistados que se inserem nas faixas etárias mais jovens. Enquanto que os mais idosos estão nos bairros Centro, Brasil e Martins (tabela 22).

**Tabela 21** - Uberlândia (MG): Estrutura da amostra segundo sexo e local de residência.

(continua)

Local	Sexo	Entre vistado	Ind.2	Ind.3	Ind.4	Ind.5	Ind.6	Ind.7	Total ind.	Dimensão média dos agregados <sup>1</sup>
Uberlândia	Masc.	81	89	61	42	13	3	2	291	3,1
	Fem.	121	91	72	36	11	9	3	343	
	Total	202	180	133	78	24	12	5	634	
Alto Umuarama	Masc.	1	1	1	0	0	0	0	3	2,5
	Fem.	3	3	1	0	0	0	0	7	
	Total	4	4	2	0	0	0	0	10	
Brasil	Masc.	5	6	5	2	1	0	0	19	2,8
	Fem.	10	6	4	1	0	1	1	23	
	Total	15	12	9	3	1	1	1	42	
Canaã	Masc.	6	2	3	3	1	0	0	15	2,9
	Fem.	4	6	3	1	0	0	0	14	
	Total	10	8	6	4	1	0	0	29	
Centro	Masc.	3	5	3	1	0	0	0	12	3,1
	Fem.	7	4	4	3	1	0	0	19	
	Total	10	9	7	4	1	0	0	31	
Cidade Jardim	Masc.	5	7	3	2	1	0	1	19	3,4
	Fem.	7	4	6	4	0	1	0	22	
	Total	12	11	9	6	1	1	1	41	
Dom Almir	Masc.	2	4	2	2	0	0	0	10	2,9
	Fem.	5	3	1	1	0	0	0	10	
	Total	7	7	3	3	0	0	0	20	
Fundinho	Masc.	0	2	0	0	0	0	0	2	3,0
	Fem.	3	1	3	0	0	0	0	7	
	Total	3	3	3	0	0	0	0	9	
Glória	Masc.	6	1	1	3	1	1	1	14	3,4
	Fem.	2	5	4	1	1	0	0	13	
	Total	8	6	5	4	2	1	1	27	
Jardim Karaíba	Masc.	7	3	3	3	1	0	0	17	3,6
	Fem.	3	7	5	3	0	1	0	19	
	Total	10	10	8	6	1	1	0	36	
Lagoinha	Masc.	2	4	1	1	0	0	0	8	2,7
	Fem.	4	2	2	0	0	0	0	8	
	Total	6	6	3	1	0	0	0	16	
Luizote de Freitas	Masc.	9	10	7	6	3	0	0	35	3,2
	Fem.	14	10	7	4	1	1	1	38	
	Total	23	20	14	10	4	1	1	73	
Martins	Masc.	3	3	2	0	0	0	0	8	2,2
	Fem.	7	5	1	1	0	0	0	14	
	Total	10	8	3	1	0	0	0	22	
Planalto	Masc.	8	6	4	2	0	0	0	20	3,2
	Fem.	6	5	7	2	2	2	1	25	
	Total	14	11	11	4	2	2	1	45	
Roosevelt	Masc.	9	8	10	8	2	1	0	38	3,3
	Fem.	15	14	8	1	2	0	0	40	
	Total	24	22	18	9	4	1	0	78	

**Tabela 21** - Uberlândia (MG): Estrutura da amostra segundo sexo e local de residência.

(conclusão)

Local	Sexo	Entrevistado	Ind.2	Ind.3	Ind.4	Ind.5	Ind.6	Ind.7	Total ind.	Dimensão média dos agregados <sup>1</sup>
Santa Mônica	Masc.	12	17	12	6	2	1	0	50	3,2
	Fem.	18	11	8	8	1	1	0	47	
	Total	30	28	20	14	3	2	0	97	
Shopping Park	Masc.	1	8	3	1	1	1	0	15	3,5
	Fem.	9	2	5	4	0	0	0	20	
	Total	10	10	8	5	1	1	0	35	
Umuarama	Masc.	2	2	1	2	1	1	0	9	3,8
	Fem.	4	3	3	2	2	0	0	14	
	Total	6	5	4	4	3	1	0	23	

<sup>1</sup> Nota: Quociente entre o número de pessoas residentes em famílias/agregados e o total de famílias/entrevistados.

Fonte: Inquérito, 2015. Org. Alves (2015).

**Tabela 22** - Uberlândia (MG): Entrevistados segundo grupos de idade.

Local	18 a 19	20 a 29	30 a 49	50 a 69	70 a 79	80 ou mais	Total
Alto Umuarama	0	1	2	2	0	0	5
Brasil	0	2	1	7	3	2	15
Canaã	0	1	5	4	0	0	10
Centro	0	2	4	2	1	1	10
Cidade Jardim	1	1	4	4	1	1	12
Dom Almir	1	2	3	1	0	0	7
Fundinho	1	0	1	0	1	0	3
Glória	0	1	2	5	0	0	8
Jardim Karaíba	0	1	4	5	0	0	10
Lagoinha	0	1	3	2	0	0	6
Luizote de Freitas	1	3	8	6	5	0	23
Martins	0	0	0	5	1	4	10
Planalto	2	1	3	6	2	0	14
Roosevelt	0	5	6	11	2	0	24
Santa Mônica	0	10	7	11	1	1	30
Shopping Park	0	0	6	3	1	0	10
Umuarama	0	3	0	2	0	0	5
Uberlândia	6	34	59	76	18	9	202

Fonte: Inquérito, 2015. Org. Alves(2015).

Por outro lado, ao considerar todos os indivíduos do agregado familiar, tabela 23, verifica-se uma heterogeneidade de grupos etários com predomínio daqueles com indivíduos com idades inferiores a 69 anos, especialmente na faixa etária de 50 a 69 anos. Destaca-se que os idosos, especialmente os com 80 anos ou mais, aparecem em menor quantidade. Considerando a distribuição dos agregados familiares por grupo de idade nos diferentes bairros, tal como a lógica para os entrevistados, verifica-se que a maior quantidade de idosos



está nos bairros Martins, Brasil e Centro, enquanto que os mais jovens estão, majoritariamente encontrados nos bairros de expansão mais recente e/ou periféricos como o Canaã, Dom Almir, Glória, Jardim Karaíba, Santa Mônica, Shopping Park e Umuarama.

**Tabela 23** - Uberlândia (MG): Indivíduos dos agregados familiares segundo grupos de idade

Local	0 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 49	50 a 69	70 a 79	80 ou mais	Total
Alto Umuarama	1	1	2	2	4	0	0	6
Brasil	7	0	6	6	13	7	3	42
Canaã	5	2	6	9	6	1	0	29
Centro	6	0	5	8	8	3	1	31
Cidade Jardim	6	3	5	13	11	1	2	41
Dom Almir	5	2	4	5	4	0	0	20
Fundinho	0		3	2	2	2	1	9
Glória	4	3	6	7	7	0	0	27
Jardim Karaíba	8	6	3	8	8	2	1	36
Lagoinha	3	0	1	7	5	0	0	16
Luizote de Freitas	9	10	7	17	19	8	3	73
Martins	0	0	5	1	9	3	4	22
Planalto	4	3	9	12	13	4	0	45
Roosevelt	10	4	12	19	28	4	0	78
Santa Mônica	9	6	26	20	31	2	3	97
Shopping Park	6	6	4	8	10	1	0	35
Umuarama	5	1	7	5	5	0	0	23
Uberlândia	88	47	111	149	183	38	18	634

**Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

Considerando o grau de instrução dos entrevistados, verifica-se que a maioria possui educação básica (72% do total) especialmente o ensino médio (32% do total), também é considerável o número de entrevistados com ensino superior (26% do total), especialmente com graduação (16% do total). Em contrapartida, a quantidade de pessoas sem escolaridade, analfabetas ou que lê e escreve alguma coisa, é pouco significativa são respectivamente 2 e 3 indivíduos nestas condições (tabela 24).

Se ampliada a amostra desta análise para os indivíduos dos agregados familiares, verifica-se situação semelhante, tabela 25. A maioria das pessoas possui a educação básica, especialmente ensino médio, sendo também significativo o número de pessoas com ensino superior, nomeadamente curso de graduação. E em menor proporção as pessoas sem escolaridade. Destaca-se que, considerando os diferentes tamanhos de amostra, tal situação é representativa da realidade de Uberlândia, cuja população possui predominantemente níveis de escolaridade de ensino médio e superior, sendo os níveis de escolaridade mais baixos mais expressivos entre os idosos.

**Tabela 24** - Uberlândia (MG): Características educacionais dos entrevistados.

Local	Sem escolaridade		Educação básica			Educação superior				Total
	Analf. <sup>1</sup>	Lê/escreve <sup>2</sup>	EF. 1 <sup>3</sup>	EF. 2 <sup>4</sup>	EM <sup>5</sup>	Grad. <sup>6</sup>	Esp. <sup>7</sup>	Ms <sup>8</sup>	Dr <sup>9</sup>	
Alto Umuarama	0	0	0	2	2	1	0	0	0	5
Brasil	0	0	6	4	3	1	1	0	0	15
Canaã	0	0	2	2	6	0	0	0	0	10
Centro	0	0	1	0	5	2	1	0	1	10
Cidade Jardim	0	0	1	2	2	5	2	0	0	12
Dom Almir	1	0	3	1	2	0	0	0	0	7
Fundinho	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3
Glória	0	0	4	2	2	0	0	0	0	8
Jardim Karaíba	0	0	0	0	1	3	5	0	1	10
Lagoinha	0	0	1	0	3	1	1	0	0	6
Luizote de Freitas	0	3	4	6	8	2	0	0	0	23
Martins	0	0	3	2	2	2	1	0	0	10
Planalto	0	0	6	2	5	1	0	0	0	14
Roosevelt	0	0	7	4	10	3	0	0	0	24
Santa Mônica	0	0	3	5	10	10	2	0	0	30
Shopping Park	1	0	4	2	2	0	1	0	0	10
Umuarama	0	0	0	0	3	1	1	1	0	6
Uberlândia	2	3	45	34	65	34	16	1	2	202

<sup>1</sup>-Não sabe ler nem escrever; <sup>2</sup>-sabe ler e escrever; <sup>3</sup>-Ens. Fund. 1º Ciclo (até 4 série); <sup>4</sup>-Ens. Fund. 2º Ciclo (até 8 série); <sup>5</sup>-Ens. Médio; <sup>6</sup>-Graduação; <sup>7</sup>-Pós Graduação/Especialização; <sup>8</sup>-Mestrado e <sup>9</sup>-Doutorado.

**Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

**Tabela 25** - Uberlândia (MG): Características educacionais dos agregados.

Local	Sem escolaridade		Educação básica			Educação superior			
	Analf. <sup>1</sup>	Lê/escreve <sup>2</sup>	EF. 1 <sup>3</sup>	EF. 2 <sup>4</sup>	EM <sup>5</sup>	Grad. <sup>6</sup>	Esp. <sup>7</sup>	Ms <sup>8</sup>	Dr <sup>9</sup>
Alto Umuarama	0	0	1	3	2	4	0	0	0
Brasil	3	2	11	10	9	4	2	1	0
Canaã	0	1	4	12	12	0	0	0	
Centro	0	1	4	5	10	9	1	0	1
Cidade Jardim	1	0	5	5	12	10	5	2	1
Dom Almir	0	1	9	4	6	0	0	0	0
Fundinho	0	1	1	0	2	4	2	0	0
Glória	2	0	13	5	4	3	0	0	0
Jardim Karaíba	0	0	4	3	12	6	8	1	2
Lagoinha	0	0	3	6	4	2	1	0	0
Luizote de Freitas	2	7	16	14	29	4	1	0	0
Martins	0	1	3	2	6	5	3	1	1
Planalto	0	3	14	9	12	4	3	0	0
Roosevelt	4	2	21	11	29	9	0	1	0
Santa Mônica	3	1	8	10	29	40	4	2	0
Shopping Park	3	2	11	10	8	0	1	0	0
Umuarama	1	0	2	1	6	8	3	1	1
Uberlândia	19	22	130	110	192	112	34	9	6

<sup>1</sup>-Não sabe ler nem escrever; <sup>2</sup>-sabe ler e escrever; <sup>3</sup>-Ens. Fund. 1º Ciclo (até 4 série); <sup>4</sup>-Ens. Fund. 2º Ciclo (até 8 série); <sup>5</sup>-Ens. Médio; <sup>6</sup>-Graduação; <sup>7</sup>-Pós Graduação/Especialização; <sup>8</sup>-Mestrado e <sup>9</sup>-Doutorado.

**Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

Com relação a atividade profissional dos entrevistados predominam os ativos com profissão (47% dos entrevistados), tabela 26. Contudo, destaca-se a representatividade dos não ativos nomeadamente dos aposentados e pensionistas (22% do total). Geograficamente, os não ativos/aposentados e pensionistas, predominam nos bairros mais antigos e centrais, que, por conseguinte possui maior proporção de moradores mais idosos como o Martins e o Brasil. Os estudantes universitários tendem a concentrar nos bairros conhecidos “universitários” (Santa Mônica, Umuarama), contudo em função de muitos destes residirem na cidade apenas por um período, geralmente a duração do curso, evitou-se entrevistá-los.

**Tabela 26** - Uberlândia (MG): Situação socioprofissional dos entrevistados.

Local	Ativos			Não ativos				Total
	Com profissão	Desemp. <1 ano	Desemp. >1 ano	Aposentado /pensionista	Doméstica	Outra*	Estudante	
Alto Umuarama	5	0	0	0	0	0	0	5
Brasil	5	0	1	6	2	1	0	15
Canaã	7	0	0	1	1	1	0	10
Centro	4	2	0	2	1	0	1	10
Cidade Jardim	6	0	0	3	1	0	2	12
Dom Almir	2	1	1	0	2	1	0	7
Fundinho	1	1	0	1	0	0	0	3
Glória	4	2	0	1	1	0	0	8
Jardim Karaíba	8	0	0	0	1	1	0	10
Lagoinha	5	0	0	0	1	0	0	6
Luizote de Freitas	13	0	0	8	1	0	1	23
Martins	2	0	0	7	1	0	0	10
Planalto	5	1	0	2	3	1	2	14
Roosevelt	10	4	0	8	2	0	0	24
Santa Mônica	12	4	1	6	5	0	2	30
Shopping Park	5	0	0	1	4	0	0	10
Umuarama	1	0	0	2	0	0	2	5
Uberlândia	95	15	3	48	26	5	10	202

\*Outra: Inclui os aposentados com atividade. **Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

Dentre os entrevistados ativos, ao considerar a situação na profissão, tabela 27, verifica-se que predomina os autônomos/trabalhadores por conta própria e os assalariados/trabalhadores por conta de outrem segundo o regime de contratação Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou seja, com carteira de trabalho assinada. Além disso, os funcionários públicos (municipais e federais) são em quantidade considerável.

**Tabela 27** - Uberlândia (MG): Situação na profissão dos ativos considerando os entrevistados<sup>1</sup>.

Local	Patrão	Autônomo	TPCO <sup>2</sup> - CLT <sup>3</sup>	TPCO sem CLT	Func. Público	TFNR <sup>4</sup>
Alto Umuarama	0	0	3	0	1	0
Brasil	0	2	2	0	2	1
Canaã	1	3	1	0	1	0
Centro	1	2	1	0	0	0
Cidade Jardim	1	4	1	0	0	0
Dom Almir	0	1	1	0	0	1
Fundinho	0	0	0	0	1	0
Glória	0	3	1	0	0	0
Jardim Karaíba	1	2	1	0	4	0
Lagoinha	0	2	1	1	1	1
Luizote de Freitas	0	8	4	0	1	0
Martins	0	1	1	0	0	1
Planalto	0	4	4	0	0	0
Roosevelt	1	6	5	0	1	0
Santa Mônica	0	7	4	0	2	0
Shopping Park	1	2	4	0	1	0
Umuarama	0	1	1	0	1	0
Uberlândia	7	48	37	1	14	4

<sup>1</sup>Exceto aposentados que eventualmente trabalham. <sup>2</sup>Trabalho por conta de outrem <sup>3</sup>Carteira de trabalho assinada <sup>4</sup>Trabalho familiar não remunerado. **Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

Ao ampliar o universo de análise da situação socioprofissional para agregados familiares, tabela 28, observa-se que predomina os ativos com profissão e entre os não ativos os estudantes, seguido dos aposentados. Para os desempregados, de curto e longo prazo, verifica-se que a quantidade não difere muito.

Considerando os ativos no universo de todos agregados, há o predomínio dos assalariados/trabalhadores por conta de outrem segundo o regime de contratação Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), seguido dos trabalhadores por conta própria (tabela 29). Acrescenta-se ainda que os assalariados residem, sobretudo nos bairros originários de loteamentos populares como o Luizote de Freitas e autoconstrução como o Canaã. Enquanto os autônomos residem em bairros mais elitizados como o Cidade Jardim e Jardim Karaíba.

**Tabela 28 - Uberlândia (MG): Situação socioprofissional dos agregados.**

Local	Ativos			Não ativos				Total
	Com profissão	Desemp. <1 ano	Desemp. >1 ano	Aposentado/pensionista	Doméstica	Outra*	Estudante	
Alto Umuarama	6	1	0	1	2	0	0	10
Brasil	20	0	1	10	3	1	3	38
Canaã	12	1	0	2	4	1	2	22
Centro	9	3	0	10	3	0	6	31
Cidade Jardim	22	0	0	5	2	0	9	38
Dom Almir	7	1	2	3	1	0	2	16
Fundinho	5	1	0	3	0	0	0	9
Glória	11	2	0	3	4	0	6	26
Jardim Karaíba	14	0	0	2	4	2	14	36
Lagoinha	9	0	0	1	3	0	0	13
Luizote de Freitas	32	0	1	18	4	3	14	72
Martins	9	0	0	9	2	0	2	22
Planalto	24	2	2	7	1	3	7	46
Roosevelt	34	6	13	7	1	3	12	76
Santa Mônica	44	5	1	14	8	4	20	96
Shopping Park	17	0	0	1	5	0	12	35
Umuarama	10	0	0	3	0	0	8	21
Uberlândia	285	22	20	99	47	17	117	607

\*Outra: Inclui os aposentados com atividade. Não considerou àqueles que não responderam.

Fonte: Inquérito, 2015. Org. Alves (2015).

**Tabela 29 - Uberlândia (MG): Situação na profissão dos ativos considerando os agregados.**

Local	Patrão	Autônomo	TPCO <sup>1</sup> -CLT <sup>2</sup>	TPCO sem CLT	Func. Público	TFNR <sup>3</sup>
Alto Umuarama	3	1	1	0	0	1
Brasil	1	6	8	2	3	1
Canaã	2	3	11	1	0	0
Centro	0	4	5	0	3	0
Cidade Jardim	3	10	6	1	1	0
Dom Almir	0	3	4	0	0	1
Fundinho	0	1	3	0	1	0
Glória	0	6	5	0	0	0
Jardim Karaíba	3	3	2	0	6	0
Lagoinha	0	3	3	2	1	1
Luizote de Freitas	4	11	16	0	2	1
Martins	0	3	4	1	1	1
Planalto	1	12	11	0	3	0
Roosevelt	2	10	21	1	2	1
Santa Mônica	1	14	18	0	11	0
Shopping Park	1	5	12	0	1	0
Umuarama	1	3	6	0	1	0
Uberlândia	22	98	136	8	36	7

Nota: <sup>1</sup>Trabalho por conta de outrem. <sup>2</sup>Carteira de trabalho assinada <sup>3</sup>Trabalho familiar não remunerado.

Fonte: Inquérito, 2015. Org. Alves (2015).

### 6.3. Migração e Mobilidade residencial das famílias

As mudanças das pessoas (individualmente ou da família) podem ocorrer em diferentes escalas geográficas (bairros, distritos, estados, regiões, países, etc.), bem como por diferentes motivos: forçada, porque deixa de conseguir se manter no local de residência, em razão de aumento de custos de moradia; por escolhas pessoais devido a diversos fatores (familiares, profissionais, etc.), em função das amenidades do ambiente (aquisição de casa própria, facilitar as mobilidades quotidianas, etc.). Enfim, independente da escala e de modo direto ou indireto, geralmente as mudanças estão relacionadas com a qualidade de vida, como escreveram Marans e Stimson (2011)

Na verdade, está bem estabelecido que, pelo menos em parte, os padrões de migração e crescimento urbanos surgem em resposta a diferenças na qualidade de vida entre lugares (Keeble 1990; Ley 1996; Glaeser et al 2000; Liaw et al 2002), o que pode refletir a natureza de oportunidades emprego (Brotchie et al, 1985; Grayson and Young 1994; Rogerson, 1999), e para a competitividade de uma cidade ou área metropolitana (Sirgy et al., 2000). Padrões de mobilidade intra-urbanas também estão relacionados a ambas diferenças de características de bairros, objetivas e avaliações subjetivas que as pessoas fazem sobre aspectos da qualidade de vida, e como isso pode variar ao longo do espaço urbano (Keeble 1990; Ley, 1996) (MARANS; STIMSON, p.2, 2011).

Para a migração dentre as pessoas que responderam ao questionário (geralmente os responsáveis pelos domicílio, em regra o entrevistado com seu cônjuge) verifica-se que a maioria (65,4%) não é natural de Uberlândia. Geograficamente, os bairros Centro e Lagoinha possuem mais famílias naturais de Uberlândia, enquanto que os bairros Canaã e Cidade Jardim é maior a proporção de famílias que migraram para Uberlândia (tabela 30).

Considerando o motivo da mudança para Uberlândia, tabela 31, observa-se que sobressaem os motivos familiares, nomeadamente acompanhar o cônjuge, filhos e pais ou por causa de mudança de estado civil. A busca pela qualidade de vida e os motivos profissionais apresentam proporções semelhantes, respectivamente consistiram no motivo de mudança para Uberlândia para 27,4% e 21,8% das famílias. Considerando os bairros Canaã e Cidade Jardim, que apresentaram maior percentual de famílias que não nasceram em Uberlândia, para o primeiro predominam os motivos profissionais e a qualidade de vida, e para o segundo predominam os motivos familiares e profissionais. Destaca-se ainda que outros bairros, que em certa medida, apresentam conteúdos socioeconômicos semelhantes ao Cidade Jardim, estratos de renda mais altos, por exemplo, Alto Umuarama e Jardim Karafba os motivos de mudança predominantes também são familiares.

**Tabela 30 - Uberlândia (MG): Pessoas (esposa e/ou marido) que mudaram para Uberlândia<sup>1</sup>**

Local	Mudaram		Não Mudaram		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Alto Umuarama	4	57,1	3	42,9	7	100,0
Brasil	18	66,7	9	33,3	27	100,0
Canaã	13	86,7	2	13,3	15	100,0
Centro	5	31,3	11	68,8	16	100,0
Cidade Jardim	17	81,0	4	19,0	21	100,0
Dom Almir	10	76,9	3	23,1	13	100,0
Fundinho	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Glória	11	78,6	3	21,4	14	100,0
Jardim Karaíba	14	70,0	6	30,0	20	100,0
Lagoinha	4	33,3	8	66,7	12	100,0
Luizote de Freitas	22	59,5	15	40,5	37	100,0
Martins	10	55,6	8	44,4	18	100,0
Planalto	18	78,3	5	21,7	23	100,0
Roosevelt	26	63,4	15	36,6	41	100,0
Santa Mônica	38	67,9	18	32,1	56	100,0
Shopping Park	13	65,0	7	35,0	20	100,0
Umuarama	7	63,6	4	36,4	11	100,0
Uberlândia	233	65,4	123	34,6	356	100,0

<sup>1</sup>**Nota:** Considerou todas as pessoas que não nasceram em Uberlândia. **Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

**Tabela 31 - Uberlândia (MG): Motivo da mudança das famílias dos entrevistados (marido e/ou esposa) que mudaram para Uberlândia.**

Local	Famíliares		Profissionais		Qual. Vida		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Alto Umuarama	3	75,0	0	0,0	1	25,0	4	100,0
Brasil	13	72,2	1	5,6	4	22,2	18	100,0
Canaã	3	23,1	6	46,2	4	30,8	13	100,0
Centro	1	20,0	2	40,0	2	40,0	5	100,0
Cidade Jardim	9	52,9	6	35,3	2	11,8	17	100,0
Dom Almir	6	60,0	0	0,0	4	40,0	10	100,0
Fundinho	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100,0
Glória	4	36,4	3	27,3	4	36,4	11	100,0
Jardim Karaíba	6	42,9	4	28,6	4	28,6	14	100,0
Lagoinha	2	50,0	2	50,0	0	0,0	4	100,0
Luizote de Freitas	16	72,7	2	9,1	4	18,2	22	100,0
Martins	3	30,0	3	30,0	4	40,0	10	100,0
Planalto	4	22,2	6	33,3	8	44,4	18	100,0
Roosevelt	13	50,0	1	3,8	12	46,2	26	100,0
Santa Mônica	20	52,6	10	26,3	8	21,1	38	100,0
Shopping Park	6	46,2	0	0,0	7	53,8	13	100,0
Umuarama	3	42,9	4	57,1	0	0,0	7	100,0
Uberlândia	113	48,4	51	21,8	64	27,4	233	100,0

**Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

Para a mobilidade residencial, considerando tanto os naturais como os não naturais, verifica-se que a maioria das famílias (77,7%) mudou de residência, cuja proporção é maior nos bairros mais recentes, afinal mudança de habitação está diretamente vinculada com a oferta de novas habitações e expansão urbana, planejada ou não (tabela 32).

**Tabela 32** - Uberlândia (MG): Pessoas (marido e/ou esposa) que mudaram em Uberlândia<sup>1</sup>.

Local	Mudaram		Não Mudaram		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Alto Umarama	5	71,4	2	28,6	7	100,0
Brasil	20	74,1	7	25,9	27	100,0
Canaã	8	53,3	7	46,7	15	100,0
Centro	11	68,8	5	31,3	16	100,0
Cidade Jardim	15	71,4	6	28,6	21	100,0
Dom Almir	8	61,5	5	38,5	13	100,0
Fundinho	5	83,3	1	16,7	6	100,0
Glória	14	100,0	0	0,0	14	100,0
Jardim Karafba	20	100,0	0	0,0	20	100,0
Lagoinha	5	41,7	7	58,3	12	100,0
Luizote de Freitas	32	88,9	4	11,1	36	100,0
Martins	15	83,3	3	16,7	18	100,0
Planalto	20	87,0	3	13,0	23	100,0
Roosevelt	35	85,4	6	14,6	41	100,0
Santa Mônica	38	69,1	17	30,9	55	100,0
Shopping Park	19	95,0	1	5,0	20	100,0
Umarama	5	50,0	5	50,0	10	100,0
Uberlândia	275	77,7	79	22,3	354	100,0

<sup>1</sup>**Nota:** Considerou a última mudança realizada independente de há quantos anos que tal mudança ocorreu.

**Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

De modo geral, os principais motivos para a mudança de residência são os que denominou-se habitacionais, aquisição de casa própria ou de uma casa melhor, (52,0%), para as motivações familiares, geralmente morar próximo à família; forçada, majoritariamente por causa de altos valores de aluguel, e qualidade de vida há certa proporcionalidade, estas representam respectivamente o motivo de mudança de residência de 17,0%, 16,3% e 12,0% das famílias. Os motivos profissionais, neste caso, são praticamente insignificantes, justificam a mudança de apenas 2,5% das famílias, o que pode estar relacionado a dimensão demográfica da cidade que assegura a praticabilidade de deslocamentos entre quaisquer pontos, inclusive em extremidades do tecido urbano. Ao considerar a escala dos bairros, destaca-se o caso do assentamento da área do Glória, em que o motivo de mudança da maioria das famílias (85,7%) foi forçada, porque não conseguiam pagar os alugueis e habitacionais



(14,3%) pelo desejo de ter uma casa melhor e própria, cuja motivação indiretamente também é habitacional, tabela 33.

**Tabela 33** - Uberlândia (MG): Motivo da mudança das famílias dos entrevistados (marido e/ou esposa) que mudaram em Uberlândia.

Local	Famíliares		Profissionais		Habitacionais		qualidade de vida		Forçada		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Alto Umuarama	1	20,0	1	20,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	5	100
Brasil	3	15,0	0	0,0	15	75,0	1	5,0	1	5,0	20	100
Canaã	1	12,5	0	0,0	3	37,5	2	25,0	2	25,0	8	100
Centro	1	9,1	3	27,3	3	27,3	3	27,3	1	9,1	11	100
Cidade Jardim	3	20,0	0	0,0	7	46,7	5	33,3	0	0,0	15	100
Dom Almir	4	50,0	0	0,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	8	100
Fundinho	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	3	60,0	5	100
Glória	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0,0	12	85,7	14	100
Jardim Karaíba	2	10,0	0	0,0	8	40,0	4	20,0	6	30,0	20	100
Lagoinha	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100
Luizote de Freitas	5	15,6	0	0,0	18	56,3	8	25,0	1	3,1	32	100
Martins	5	33,3	0	0,0	10	66,7	0	0,0	0	0,0	15	100
Planalto	1	5,0	0	0,0	18	90,0	0	0,0	1	5,0	20	100
Roosevelt	9	25,7	0	0,0	16	45,7	4	11,4	6	17,1	35	100
Santa Mônica	4	10,5	0	0,0	22	57,9	5	13,2	7	18,4	38	100
Shopping Park	3	15,8	1	5,3	10	52,6	0	0,0	5	26,3	19	100
Umuarama	2	40,0	0	0,0	2	40,0	1	20,0	0	0,0	5	100
Uberlândia	47	17,0	7	2,5	143	52,0	33	12,0	45	16,3	275	100

**Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

O regime da propriedade da residência dos domicílios pesquisados, tabela 34, ratifica a afirmação de que as mudanças intraurbanas decorrem especialmente de motivos habitacionais, nomeadamente pela aquisição de residência. A maioria das residências pesquisadas são próprias, sendo que no caso dos bairros mais recentes, independente do conteúdo socioeconômico, como o Jardim Karaíba -alta renda- e o Shopping Park -rendas mais baixas- ainda é significativa a quantidade de pessoas que está pagando-as. Destaca-se o caso do Dom Almir e do Glória, o primeiro uma ocupação regularizada que propiciou a posse da casa própria e o segundo uma ocupação recente, ainda irregular, em que os ocupantes almejam a posse legal da casa própria. Portanto, igualmente nestes bairros em que a maioria das residências são próprias com os motivos de mudança relatados também se inserem nos habitacionais.

**Tabela 34** - Uberlândia (MG): Regime de Propriedade da residência atual.

Local	Própria paga		Própria pagando		Alugada		Cedida		Ocupada		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Alto Umuarama	3	75,0			1	25,0					4	100
Brasil	10	66,7	1	6,7	4	26,7					15	100
Canaã	6	60,0	1	10,0	3	30,0					10	100
Centro	5	50,0			4	40,0	1	10,0			10	100
Cidade Jardim	10	83,3	1	8,3	1	8,3					12	100
Dom Almir	7	100,0									7	100
Fundinho	2	66,7			1	33,3					3	100
Glória									8	100	8	100
Jardim Karaíba	6	60,0	3	30,0	1	10,0					10	100
Lagoinha	6	100,0									6	100
Luizote de Freitas	19	82,6			3	13,0	1	4,3			23	100
Martins	8	80,0	1	10,0	1	10,0					10	100
Planalto	10	71,4			4	28,6					14	100
Roosevelt	13	54,2			10	41,7	1	4,2			24	100
Santa Mônica	14	46,7	4	13,3	10	33,3	2	6,7			30	100
Shopping Park	5	50,0	5	50,0							10	100
Umuarama	6	100,0									6	100
Uberlândia	130	64,3	16	7,9	43	21,2	5	2,5	8	3,9	202	100

**Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

Além disso, ponderando a idade dos entrevistados verifica-se que em linhas gerais os bairros em que as residências são próprias pagando, possuem número relativamente maior de pessoas mais jovens, especialmente em idade ativa.

#### 6.4. Características socioeconômicas dos inquiridos

Para estabelecer as classes de rendas considerou-se a metodologia de desenvolvimento do Critério Brasil em vigor em 2015, que tem como base a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE, para determinar os estratos socioeconômicos e a renda média domiciliar. Conforme o quadro 26.

**Quadro 26** - Estrato socioeconômico por classes de rendas.

Estrato Sócio Econômico	D-E	C2	C1	B2	B1	A
Classe de renda (R\$)	0 a 640,00	641,00 a 1447,00	1448,00 a 2409,00	2410,00 a 4428,00	4429,00 a 8696,00	8697,00 a 20273,00

**Fonte:** Adaptado a partir da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (Abep) divulgado por SAE (2015).

Na tabela 35 é descrita a distribuição dos entrevistados segundo as classes de renda nos bairros pesquisados. Verifica-se que na maioria dos bairros os entrevistados são pertencentes aos estratos sociais B2 e C, tal como a maioria da população uberlandense e brasileira.

**Tabela 35** - Uberlândia (MG): Percentual de entrevistados segundo classes de renda (2015).

Local	NR NS	0 a 640,0	641,0 a 1447,0	1448,0 a 2409,0	2410,0 a 4428,0	4429,0 a 8696,0	8696,0 a 20273,0	Total %
Alto Umuarama				50,0	25,0	25,0		100
Brasil	20,0		20,0	20,0	20,0	20,0		100
Canaã	10,0		40,0	10,0	30,0	10,0		100
Centro	10,0		10,0	30,0	10,0	20,0	20,0	100
Cidade Jardim	8,3			8,3	25,0	33,3	25,0	100
Dom Almir		14,3	28,6	57,1				100
Fundinho					33,3	66,7		100
Glória			37,5	37,5	12,5	12,5		100
Jardim Karafba	20,0				10,0	10,0	60,0	100
Lagoinha		16,7		16,7	50,0	16,7		100
Luizote de Freitas	4,3		21,7	26,1	34,8	8,7	4,3	100
Martins	20,0		30,0		20,0	10,0	20,0	100
Planalto	7,1		21,4	28,6	21,4	14,3	7,2	100
Roosevelt			12,5	29,2	33,3	16,7	8,3	100
Santa Mônica	16,7		6,7	16,7	16,7	26,7	16,7	100
Shopping Park	20,0		10,0	40,0	30,0			100
Umuarama				33,3	50	16,7		100
Uberlândia	9,4	1,0	15,8	21,8	24,3	16,8	10,9	100

Fonte: Inquérito, 2015. Org. Alves (2015).

Ao avaliar se ocorreu melhoria na situação financeira familiar de 2009 até o primeiro trimestre de 2015, em uma escala de 1 a 5, onde 1 significa nenhuma e 5 muita melhoria, mais da metade dos entrevistados (56,9%) relataram melhoria. Destes, 14,9% ponderaram que houve muita melhoria, 23,3% que a melhoria foi significativa e 18,8% que teve alguma melhoria, apesar de não ser significativa. Por outro lado, 37,1% dos entrevistados avaliou que não teve nenhuma melhoria na situação financeira familiar (tabela 36).

Vale destacar que o questionário foi aplicado durante os meses de abril e maio, momento em que, tanto como em decorrência da conjuntura global (por exemplo, a China um dos países importadores dos produtos do Brasil deixou de ter altos índices de crescimento reduzindo suas importações) como da situação política interna numa conjuntura desfavorável para a economia brasileira, que vem passando por baixo crescimento, ajustes fiscais, inflação alta, etc. o país vive um momento de crise econômica. Os impactos desta crise econômica se deflagram em 2014 e se intensificaram em 2015 e parecem perdurar ao longo de 2016, tendo

como consequência apertos no orçamento, sobretudo das classes médias, que são obrigadas a reduzir o padrão de consumo. Portanto, pondera-se que tal situação possa ter tido feitos na avaliação haja vista a tendência de se considerar mormente os períodos mais recentes.

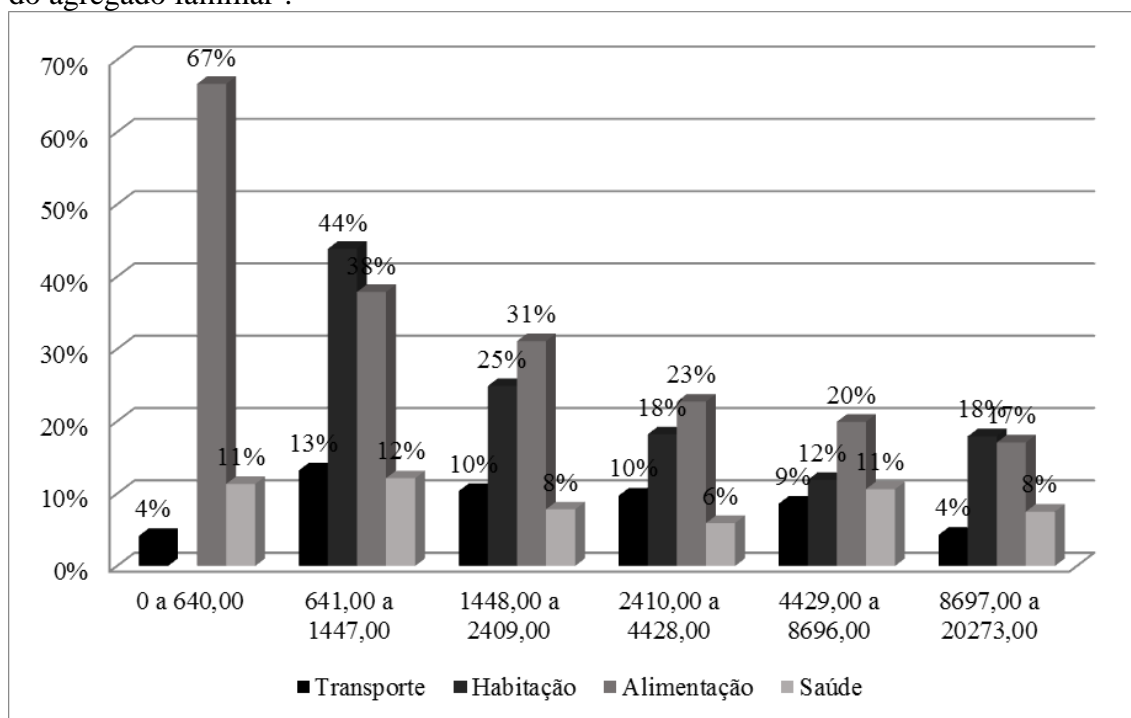
**Tabela 36** - Uberlândia (MG): Avaliação da mudança da situação financeira familiar de 2009 e até o primeiro trimestre de 2015 pelo total dos entrevistados.

Avaliação	Frequência absoluta	Porcentagem
Nenhuma	75	37,1
Quase nenhuma	11	5,4
Alguma	38	18,8
Alguma significativa	47	23,3
Muita	30	14,9
Não Sabe	1	0,5
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito, 2015. Org. Alves (2015).

No gráfico 32 está representada a proporção média dos gastos mensais essenciais - que não podem ser eliminados do orçamento, pois são fundamentais à sobrevivência e à qualidade de vida- em relação ao rendimento dos agregados familiares, em que se aplicou o questionário.

**Gráfico 32** – Uberlândia (MG): proporção média de gastos mensais em relação ao rendimento do agregado familiar<sup>1</sup>.



**Nota:** Considerou-se apenas as respostas com valores de renda e de gastos.

Fonte: Inquérito, 2015. Org. Alves (2015).

Entre os gastos mensais essenciais dos agregados familiares, as maiores proporções médias de gastos são com alimentação e habitação. Enquanto a primeira representa os maiores gastos nos estratos D-E, C1, B2 e B1, a segunda se destaca nos estratos –C2 e A.

O aumento do valor gasto com alimentação é diretamente proporcional ao aumento da renda familiar, afinal apesar das necessidades alimentares humanas serem as mesmas o consumo de artigos supérfluos, que não integram a cesta básica ou mesmo de marcas mais caras, além de alimentar-se em restaurantes com maior frequência, são hábitos que estão diretamente vinculados com o poder de compra. Contudo, a proporção da renda destinada à alimentação, é inversamente proporcional à classe de renda, ou seja, nos estratos socioeconômicos mais baixos, o percentual da renda comprometida com alimentação é maior, cujo percentual decresce à medida que a renda aumenta.

Observa-se que, para os que têm renda de R\$ 0 a 640, 00, a proporção média gasta com alimentação é de 67%. Já para a classe de renda de R\$641,00 a 1447,00 a proporção média gasta com alimentação é 33%, cujo percentual médio de renda destinada à alimentação é semelhante para os que ganham de R\$1448,00 a 2040,00, estes gastam 31% da renda para alimentação. Para as rendas de R\$2410,00 a 4428,00, em média 23% da renda é destinada à alimentação. Para a faixa de renda de R\$4429, 00 a 8696,00 a proporção média é de 20% da renda. E por fim, os ganham de 8697,00 a 20273,00, a proporção média da renda gasta com alimentação é de 17%.

Para a habitação, no caso daqueles que têm renda de R\$641,00 a 1447,00 (renda média de R\$1.044,00) os gastos predominantes possuem valor médio de R\$ 599,5, de modo que tais gastos consomem em média 44% da renda. Os que se inserem nas classes de rendas R\$1448,00 a 2409,00 (renda média de R\$ 1928,5) têm classes de gastos predominantes similares aos da classe de renda anterior, de modo que a proporção da renda gasta com habitação para esses é em média de 31%. Para a classes de renda de 2410,00 a 4428,00 (renda média de R\$3419,00) proporção da renda gasta com habitação é em média 25%. Já para os que inserem na classe de renda de 4429,00 a 8696,00 (renda média de R\$6562,5) a proporção de gastos com habitação é em média 12%. Por fim, para a classe de renda 8697,00 a 20273,00, os gastos com habitação representam em média 18% da renda.

Em síntese, quanto menor a renda sua maior proporção comprometida com gastos com habitação. Contudo aqueles sem renda ou renda muito baixa, que inserem-se na classe D-E, geralmente não têm condições de pagarem aluguel e recorrem a meios como as ocupações para garantir uma moradia. Já os que se inserem na classe C2, têm maior proporção da renda comprometida com gastos com habitação. Nas classes C1, B2 e B1 a proporção média dos

gastos com habitação são menores apenas do que os gastos com alimentação, sendo a proporção média destes maiores nas classes C1 e B2. Por fim, na classe A, a proporção média dos gastos com habitação volta a ser ligeiramente maior entre os gastos.

Os gastos com saúde e transportes apresentam proporções médias menores e razoavelmente semelhante para todos os estratos socioeconômicos.

Nas classes de renda R\$641,00 a 1447,00, R\$1448,00 a 2409,00 e R\$2410,00 a 4828,00 – estratos C2, C1 e B2, os gastos com saúde representam a mais baixa proporção média dos gastos mensais dos agregados familiares. Além disso, ela é inversamente proporcional ao aumento da renda. Já nas classes de renda mais altas acima de R\$4429,00 a proporção média de gastos aumenta, especialmente no estrato B1 onde a proporção média de gastos com saúde e habitação são semelhantes.

A variação dos gastos com saúde pode estar relacionada ao fato de que o SUS assegura a gratuidade para uma gama de serviços de saúde, fornecendo inclusive alguns medicamentos, de modo que os gastos com saúde podem ser mais baixos, especialmente para quem opta por utilizar exclusivamente o sistema, mais comum nos estratos de que rendas médias. Já nos casos dos extremos rendas muito baixas ou mesmo altas, as proporções médias dos gastos com saúde relativamente maiores, no primeiro caso podem decorrer da necessidade de aquisição de medicamentos não fornecidos pelo SUS e no segundo pela contratação de planos de saúde.

Considerando a proporção média da renda gasta com transportes, para os que se inserem nas classes de renda de R\$641,00 a 1447,00, R\$1448,00 a 2409,00 e R\$2410,00 a 4828,00, os gastos com transporte são em média R\$ 174,5, o que representa para as respectivas classes de renda, gastos de 13% e 10% da renda familiar. Para as classes de rendas mais altas R\$4429,00 a 8696,00 (renda média de R\$ 6562,5) e R\$ 8696,00 a 20273,00 (renda média de R\$ 14484,5), a proporção média da renda gasta com alimentação é de 9% e 4%, respectivamente. Em síntese, no caso dos transportes o percentual médio da renda gasto não apresenta oscilação tão significativa entre os diferentes estratos sociais. Sendo que, as menores proporções médias de gastos ocorrem nos extremos dos estratos de renda – classes D-E e A.

Para as classes de rendas mais baixas a maior proporção dos gastos é maior com a habitação, que pode comprometer até mais da metade da renda familiar, seguido da alimentação e dos transportes e por fim da saúde, com gastos em torno de 2% da renda familiar. Em contrapartida para as classes de rendas mais altas, as maiores despesas são com

alimentação, habitação, transporte e saúde, respectivamente. Contudo, neste caso há maior equilíbrio entre a proporção da renda destinada a cada uma das despesas principais.

Considerando os entrevistados que informaram o valor de seus gastos segundo classes de gastos, as despesas com a alimentação predominam entre as classes de gastos de R\$250,00 a 749,00. Da totalidade dos entrevistados 44,5% informaram gastos com alimentação entre tais classes, outros 22,3% disseram que suas despesas com alimentação giram entre 1000,000 a 1999,00. Os gastos com habitação, apesar de apresentarem maior variação, também tem certa predominância entre as classes de gastos de 250,00 a 749,00 44 reais, conforme informado por 16% entrevistados. Já com os transportes as classes de gastos predominantes são 100,00 a 449,00 reais, conforme informaram 46,1% dos entrevistados. Por fim, os dispêndios com a saúde predominantes são os menores, a maioria dos entrevistados, 55,9%, informaram gastos mensais abaixo de 449,00 reais, sendo que para 22,3% dos agregados tais gastos são menores que 100,00 reais.

## **6.5. Avaliação estatística da qualidade de vida a partir dos resultados do *survey* a população**

Tal como em estudos realizados em várias cidades de diferentes parte do mundo, a avaliação da qualidade de vida em Uberlândia na perspectiva subjetiva, baseada medição da (in)satisfação, acolhe os conceitos de Marans e Rodgers (1975); Marans (2003); McCrea et al. (2007) de multicamadas, no sentido de sua representação em vários níveis: indivíduo, família, lugares em que as pessoas vivem, trabalham e se recriam, e multidimensões, enquanto os vários aspectos da vida urbana considerados (MARANS; STIMSON, 2011).

Assim, considerando as avaliações do grau de satisfação dos vários domínios da vida em diferentes níveis, cujas respostas são com base na escala de Likert, que produz uma classificação numérica, portanto gerando dados do tipo qualitativos ordinais, buscou-se a compressão da correlação e dos efeitos entre os fatores presumidos *a priori* como componentes da qualidade de vida. Com base na revisão de literatura, bem como nas principais definições de qualidade de vida dos entrevistados<sup>208</sup>, figura 60, partiu-se do pressuposto que a qualidade de vida é decorrente de variáveis como: saúde, renda, condições de trabalho, segurança no bairro, condições da habitação e do bairro e os sentimentos em relação à vida (felicidade, bem-estar, fé, etc.).

---

<sup>208</sup> Considerou-se as 20 palavras mais frequentemente com resposta à pergunta: Para descrever o que é qualidade de vida em três palavras, quais usaria?

**Figura 60** - Vinte palavras mais frequentes para descrever a qualidade de vida na visão dos entrevistados.



Fonte: Inquérito, 2015. Org. Alves (2015).

Observa-se que saúde é frequentemente associada à qualidade de vida, sendo que essa relação pode ser considerada bidirecional, no sentido de que a saúde pode ser tanto causa quanto consequência da qualidade de vida, de modo que por vezes, esses conceitos são tidos como sinônimos. Tal relação está presente não somente no senso comum, mas também em estudos científicos e políticos, como na Política Nacional de Promoção da Saúde, que propõe o estímulo à criação de experiências locais de promoção da saúde como estratégia para promover a qualidade de vida.

Tais variáveis apresentadas como importantes à composição da qualidade de vida foram para analisadas para conhecer a existência e a intensidade da relação entre elas.

A seguir reconheceu-se quais são os fatores mais relevantes de modo restringi-los como os constituintes principais da qualidade de vida, ou seja, estabelecer um número menor de fatores que permita melhor compreensão estatística do conjunto de dados e mensurar a qualidade de vida, uma questão subjetiva que não pode ser observada diretamente, mas que é externada pelo julgamento de aspectos objetivos –acesso/oferta, observados diretamente.

O passo seguinte foi a compreensão da relação da qualidade de vida com diferentes fatores, individuais como: hábitos/estilos de vida e do meio considerando as condições do ambiente em que se vive. E também com variáveis qualitativas como: sexo, idade, escolaridade, etc. Para tal utilizou-se de procedimentos estatísticos<sup>209</sup> operados no software SPSS, conforme explicitado detalhadamente no capítulo 1.

<sup>209</sup> Nesta parte, verificado que as variáveis cumprem com os pressupostos (variáveis contínuas e intervalares, no caso a Escalas de Likert; distribuição normal; homogeneidade de variância e interdependia das observações)



### 6.5.1. Definindo a composição da qualidade de vida: as correlações entre as variáveis considerando o grau de (in)satisfação

Primeiramente cabe esclarecer o conceito de correlação, o qual consiste

no grau em que duas variáveis estão relacionadas linearmente, seja por meio de causalidade direta, indireta ou por probabilidade estatística. A correlação é medida

geralmente pelo coeficiente:  $r = \frac{\sum x \cdot y}{\sqrt{\sum x^2} \sqrt{\sum y^2}}$ , onde x e y são os desvios das médias das duas variáveis respectivamente. Este coeficiente pode assumir valores entre -1 e 1. [...]. (SANDRONI, 1999, p.136).

Neste caso, para conhecer a força de relacionamento as variáveis considerou-se o teste de correlação paramétrico de  $\rho$  de Pearson, cujos valores de  $\rho$ , que indicam a proporção de variância<sup>210</sup> de uma variável "explicada" pela variância de outra, variam entre -1 e 1. Onde  $\rho = 1$  significa uma correlação perfeita positiva entre as duas variáveis, ou seja se uma aumenta, a outra aumenta;  $\rho = -1$  significa uma correlação negativa perfeita entre as duas variáveis, ou seja, se uma aumenta a outra diminui;  $\rho = 0$  significa que as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra, nesse caso pode existir uma dependência não linear, sendo que o resultado  $\rho = 0$  deve ser investigado por outros meios. Os valores absolutos positivos ou negativos de  $\rho$  permitem classificar as correlações em fraca (entre  $\pm 0,10$  e  $\pm 0,29$ ), moderada (entre  $\pm 0,30$  e  $\pm 0,49$ ) e forte (entre  $\pm 0,50$  e  $\pm 1,0$ ) (COHEN, 1988); DANCEY; REIDY, 2006).

O nível de significância estatística de um resultado é também chamado de alfa ( $\alpha$ ). Para as pesquisas sociais geralmente considera um nível de significância menor que 0,05 (menos que 5%), ou seja, admite-se que a probabilidade das diferenças encontradas serem fruto do acaso é inferior a 5 vezes em 100 (margem de erro). Neste caso, rejeita-se a hipótese nula  $H_0$  e aceita a hipótese alternativa  $H_A$  (de relação das variáveis).

Conforme os valores de  $\rho$  utilizando a correlação de Pearson, do quadro 27, foi verificado que existe correlação significativa positiva, ou seja, há aumentos diretamente proporcionais, entre a saúde e os sentimentos de otimismo, felicidade e bem-estar, renda, condições de trabalho, horas trabalhadas e condições da moradia, cuja correlação é média considerando o bem-estar e fraca considerando as demais variáveis

---

para uso dos testes paramétricos, que mostram mais facilmente diferenças estatisticamente significativas, foram aplicados a correlação de Pearson para analisar a associação entre as variáveis, a regressão linear para se prever a intensidade dessa associação, e a análise fatorial exploratória para se chegar aos fatores principais que compõem a qualidade de vida.

<sup>210</sup> Também chamada de dispersão indica "o quão longe" em geral os valores de uma variável se encontram do valor esperado.

**Quadro 27** - Correlações entre as variáveis que compõem a qualidade de vida, considerando o grau de (in)satisfação expresso pelos entrevistados na escala de Likert.

		SAÚ.	REN.	Hrs.Tr	Cond.Tr.	Seg.	OT.	FEL.	BE	FÉ	Sent. Neg.	Rel.Viz.	Cond.Mor.	Cond.Bair.
Saúde (SAÚ.)	Pearson Correlation	1,000	,214	,151	,165	,015	,226	,229	,283	-,123	-,216	-,056	,150	,076
	Sig. (1-tailed)		,005	,037	,025	,429	,003	,003	,000	,072	,005	,253	,038	,184
Renda do agregado familiar (REN.)	Pearson Correlation	,214	1,000	,398	,574	,130	-,074	,291	,390	-,009	-,217	-,012	,569	,389
	Sig. (1-tailed)	,005		,000	,000	,061	,191	,000	,000	,459	,005	,441	,000	,000
Quantidade de horas trabalhadas (Hrs.Tr)	Pearson Correlation	,151	,398	1,000	,612	,088	-,018	,117	,235	,045	-,161	,016	,183	,178
	Sig. (1-tailed)	,037	,000		,000	,150	,417	,083	,002	,296	,028	,426	,015	,017
Condições gerais do trabalho (Cond.Tr)	Pearson Correlation	,165	,574	,612	1,000	,187	-,064	,184	,313	,037	-,201	-,103	,400	,281
	Sig. (1-tailed)	,025	,000	,000		,013	,224	,014	,000	,329	,008	,111	,000	,000
Sensação de segurança (Seg.)	Pearson Correlation	,015	,130	,088	,187	1,000	-,060	-,023	,181	-,028	-,080	-,026	,103	,384
	Sig. (1-tailed)	,429	,061	,150	,013		,239	,392	,016	,370	,171	,378	,110	,000
Otimismo (OT)	Pearson Correlation	,226	-,074	-,018	-,064	-,060	1,000	,469	,331	,200	-,127	,183	,029	-,020
	Sig. (1-tailed)	,003	,191	,417	,224	,239		,000	,000	,008	,066	,015	,367	,408
Felicidade (FEL.)	Pearson Correlation	,229	,291	,117	,184	-,023	,469	1,000	,535	,192	-,297	,259	,223	,222
	Sig. (1-tailed)	,003	,000	,083	,014	,392	,000		,000	,011	,000	,001	,004	,004
Bem-estar (BE)	Pearson Correlation	,283	,390	,235	,313	,181	,331	,535	1,000	,204	-,312	,171	,350	,294
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,002	,000	,016	,000	,000		,007	,000	,021	,000	,000
Fé (FÉ)	Pearson Correlation	-,123	-,009	,045	,037	-,028	,200	,192	,204	1,000	-,014	,140	,173	-,003
	Sig. (1-tailed)	,072	,459	,296	,329	,370	,008	,011	,007		,433	,048	,020	,487
Sentimentos Negativos (Sent. Neg)	Pearson Correlation	-,216	-,217	-,161	-,201	-,080	-,127	-,297	-,312	-,014	1,000	-,201	-,028	-,123
	Sig. (1-tailed)	,005	,005	,028	,008	,171	,066	,000	,000	,433		,008	,372	,072
Relação com vizinhos (Rel.Viz)	Pearson Correlation	-,056	-,012	,016	-,103	-,026	,183	,259	,171	,140	-,201	1,000	,022	,053
	Sig. (1-tailed)	,253	,441	,426	,111	,378	,015	,001	,021	,048	,008		,396	,264
Condições gerais da moradia (Cond. Mor)	Pearson Correlation	,150	,569	,183	,400	,103	,029	,223	,350	,173	-,028	,022	1,000	,276
	Sig. (1-tailed)	,038	,000	,015	,000	,110	,367	,004	,000	,020	,372	,396		,000
Condições Gerais do bairro (Cond. Bair.)	Pearson Correlation	,076	,389	,178	,281	,384	-,020	,222	,294	-,003	-,123	,053	,276	1,000
	Sig. (1-tailed)	,184	,000	,017	,000	,000	,408	,004	,000	,487	,072	,264	,000	

Fonte: Inquérito, 2015. Org. Alves(2015).

Em relação aos sentimentos negativos a correlação é negativa e fraca, ou seja, menores valores de tais sentimentos representa maiores valores para a saúde, ou mais sentimentos negativos implicam em redução na saúde. Em relação à sensação de segurança no bairro e relação com vizinhos as correlações significativas com a saúde são inexistentes. Contudo, destaca-se que a renda possui relação diretamente proporcional com a saúde, enquanto a relação com os vizinhos e segurança no bairro são inversamente proporcionais.

A sensação de segurança no bairro apresenta correlação positiva fraca e pouco significativa com as condições gerais do trabalho e com o bem-estar. Com as demais variáveis a significância superior a 0,05 não permite afirmar que haja correlação.

A variável relação com vizinhos possui correlação com intensidade fraca, porém significativa com as variáveis que compõem os sentimentos/estado emocional (otimismo, felicidade, bem-estar, fé e sentimentos negativos), sendo tal correlação positiva, com exceção aos sentimentos negativos, cuja correlação com a relação com vizinhos é negativa.

Ao considerar os sentimentos relatados ou estado emocional, para o otimismo há correlações positivas significativas com a saúde, felicidade, bem-estar, fé e relação com os vizinhos. A intensidade das correlações é fraca, com exceção da felicidade, cuja correlação com o otimismo é moderada. A felicidade têm correlações significativas com quase todas as variáveis com exceção apenas da quantidade de horas trabalhadas e segurança percebida no bairro. Tais correlações são positivas para a saúde, renda, condições gerais do trabalho, fé, otimismo, bem-estar, sendo a intensidade moderada para as duas últimas variáveis e fraca para as demais. Em relação aos sentimentos negativos a correlação é negativa. As correlações da fé com as demais variáveis são positivas, mas pouco significativas, sendo que esta variável têm correlações apenas com as demais variáveis que compõem o que chamamos de estado emocional. Destaca-se que enquanto, de um lado o bem-estar apresenta correlações positivas significativas com todas as demais variáveis, exceção dos sentimentos negativos, cuja intensidade se destaca em relação a felicidade, renda e condições gerais da habitação. Em outra via, os sentimentos negativos apresentam correlações negativas significativas com todas as demais variáveis, exceção da fé, condições da habitação e do bairro, onde a correlação não é significativa.

Considerando as variáveis: renda, condições de trabalho e horas trabalhadas observa-se que há correlações significativas destas variáveis com felicidade, bem-estar, sentimentos negativos e condições gerais da habitação e do bairro. As correlações são negativas fracas, inversamente proporcionais, em relação aos sentimentos negativos e positivas para as demais variáveis. A renda possui correlações com condições de trabalho (intensidade média), horas

trabalhadas (intensidade média), felicidade (fraca), bem-estar (média), sentimentos negativos (fraca), condições da habitação (forte) e condições do entorno (média). A quantidade de horas trabalhadas tem correlações com condições de trabalho (intensidade média), bem-estar (fraca), sentimentos negativos (fraca), condições da habitação (fraca) e condições do entorno (fraca). As condições do trabalho têm correlações com sensação de segurança no bairro (intensidade fraca), felicidade (fraca), bem-estar (fraca), sentimentos negativos (fraca), condições da habitação (fraca) e condições do entorno (fraca).

Para correlação das variáveis condições da habitação e condições do entorno com as demais variáveis. Observa-se que existe correlação positiva significativa, que varia entre fraca e média, destas variáveis com a saúde, felicidade, bem-estar, segurança no bairro e renda/trabalho (renda, condições de trabalho e horas trabalhadas).

A existência de correlação, contudo não permitir inferir que exista uma relação de causa e efeito entre as variáveis.

### 6.5.2. Definindo a composição da qualidade de vida: o grau de dependência entre as variáveis considerando o grau de (in)satisfação

Já que as variáveis possuem correlação (rejeitando a hipótese nula) buscou-se a partir da regressão multivariada verificar o efeito em termos matemáticos de uma variável preditora/dependente  $y$ , a outras variáveis  $x$ . Conforme Sandroni (1999), a análise de regressão consiste na verificação de dados amostrais para saber se e de que forma duas ou mais variáveis estão relacionadas numa população determinada.

As análises da regressão são válidas já que os valores da tolerância e do VIF, estão respectivamente acima de 0,1 e abaixo de 10,0, não há efeito de multicolinearidade (um grau de correlação muito elevado, com mais de duas variáveis). Outra pressuposição da regressão é que os resíduos/erros<sup>211</sup> devem ter distribuição normal, os dados estão praticamente em cima da linha, mostram que não há desvio de normalidade.

Considerou-se como variáveis dependentes: a) saúde; b) sensação de segurança; c) estados emocionais (score das variáveis: otimismo, felicidade, bem-estar, fé e sentimentos negativos); d) renda e trabalho (score das variáveis renda, condições de trabalho e horas trabalhadas); e) relação com vizinhos e f) condições de moradia (score condições de habitação e condições do bairro). Tais variáveis foram analisadas em relação as demais, para assim se chegar a quais fatores nelas interferem.

#### 6.5.2.1. Saúde X sentimento em relação à vida

Considerando a influência na saúde dos sentimentos relatados pelos entrevistados em relação à vida, observa-se que o bem-estar possui influência significativa (0,001) e alta conforme mostram os valores de Beta e de  $t$ <sup>212</sup> (possui maior Beta e  $t$ ). Destaca-se que em função da ausência de correlações significativas entre saúde e segurança no bairro, renda e condições de trabalho a análise da regressão da saúde *versus* segurança no bairro, renda e condições de trabalho não faz sentido (quadro 28).

<sup>211</sup> Diferença entre o valor predito pela equação e o observado.

<sup>212</sup> variáveis independentes (explicativas) que são significativas para o modelo.

**Quadro 28** - Coeficientes dos fatores que interferem na saúde<sup>1</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Const)	2,602	,482		5,404	,000	1,653	3,552					
OT	,107	,066	,124	1,622	,106	-,023	,237	,264	,115	,106	,729	1,371
FEL	,076	,099	,067	,767	,444	-,120	,272	,289	,055	,050	,565	1,770
BEM	,296	,087	,287	3,404	,001	,125	,468	,362	,237	,223	,601	1,664
FÉ	-,120	,072	-,113	-1,654	,100	-,263	,023	,004	-,118	-,108	,921	1,085
Sent.Neg	-,036	,048	-,051	-,743	,458	-,131	,059	-,163	-,053	-,049	,902	1,109

**Nota:** <sup>1</sup> Variável Dependente. OT=otimismo. FEL=felicidade. BE=bem estar. Sent.Neg. Sentimento Negativo. **Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves(2015).

#### 6.4.2.2. Segurança no bairro X condições de trabalho e estados emocionais

Dentre as variáveis que explicam a segurança no bairro, destaca-se o bem-estar, que possui valor de significância de 0,026 (portanto  $< 0,05$ ), bem como possui maiores os valores de Beta e de t. Além disso, sua relação com a segurança no bairro é diretamente proporcional (valor de beta e b são positivos), quadro 29.

**Quadro 29** - Coeficientes dos fatores que interferem na sensação de segurança no local onde vive<sup>1</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Const.)	2,783	1,141		2,440	,016	,526	5,040					
Renda	-,001	,123	-,001	-,009	,993	-,244	,241	,130	,000	,000	,571	1,752
Hrs.Trab.	-,058	,115	-,054	-,500	,618	-,285	,170	,088	-,044	-,042	,611	1,637
Cond.Trab.	,182	,132	,168	1,378	,171	-,079	,443	,187	,120	,115	,472	2,117
Saúde	-,069	,142	-,045	-,485	,628	-,351	,213	,015	-,042	-,041	,810	1,235
Rel.Viz.	-,009	,113	-,007	-,080	,936	-,233	,215	-,026	-,007	-,007	,849	1,178
Otimismo	-,056	,125	-,046	-,453	,651	-,303	,190	-,060	-,040	-,038	,670	1,492
Felicidade.	-,241	,182	-,149	-1,326	,187	-,600	,118	-,023	-,115	-,111	,558	1,792
Bem-estar	,363	,161	,248	2,256	,026	,045	,681	,181	,193	,189	,581	1,720
Fé	-,079	,142	-,050	-,559	,577	-,361	,202	-,028	-,049	-,047	,880	1,136
Sent.Neg.	-,041	,093	-,040	-,438	,662	-,225	,144	-,080	-,038	-,037	,827	1,209

**Nota:** <sup>1</sup> Variável Dependente. **Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves(2015).

#### 6.4.2.3. Estados emocionais X saúde, renda e segurança no bairro

Para o *score* médio entre otimismo, felicidade, bem-estar, fé e sentimentos negativos, designado de sentimentos relatados, capital mental ou simplesmente estado emocional, observa-se pela regressão que há significância da influência do estado emocional sobre a saúde, pois seu valor é de 0,002 (portanto  $< 0,05$ ), os valores de Beta e de t (mais altos) igualmente assinalam essa influência. Essa relação é diretamente proporcional conforme mostra os valores de beta e b positivos. Influência, nomeadamente do bem estar, já havia sido constatada quando da saúde considerada como variável dependente.

**Quadro 30** - Coeficientes dos fatores que interferem nos estados emocionais<sup>1</sup>.

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Constant)	3,351	,204		16,412	,000	2,948	3,753					
Renda	,036	,036	,081	,997	,320	-,035	,107	,127	,071	,069	,721	1,388
Hrs.Trab.	-,015	,041	-,030	-,354	,724	-,096	,066	,016	-,025	-,024	,645	1,550
Cond.Trab.	-,004	,046	-,007	-,078	,938	-,095	,088	,045	-,006	-,005	,550	1,818
Saúde	,127	,040	,225	3,136	,002	,047	,206	,242	,219	,217	,931	1,074
Segurança	,005	,028	,012	,165	,869	-,050	,059	,015	,012	,011	,972	1,028

**Nota:** <sup>1</sup> Variável Dependente. **Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves(2015).

#### 6.4.2.4. Renda, condições de trabalho e horas trabalhadas X saúde, estados emocionais, segurança no bairro e relação com vizinhos

A análise de regressão aponta que é especialmente significativa a influência do otimismo e do bem-estar no *score* médio das variáveis: renda, condições de trabalho e horas trabalhadas (aqui designado de renda/trabalho). Contudo, como apontam os valores de (Beta e b) considerando o bem-estar tal influência é diretamente proporcional, ou seja, mais satisfação com as condições trabalho e com a renda sugere maior bem-estar. Enquanto que para o otimismo a relação é inversamente proporcional, ou seja, são mais otimistas as pessoas menos satisfeitas com o trabalho e renda. Isto pode ser explicado pelo fato de as pessoas menos satisfeitas terem mais esperança em melhorar as condições de trabalho e renda.

**Quadro 31 - Coeficientes dos fatores que interferem na renda/trabalho<sup>1</sup>**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Constant)	1,911	,783		2,441	,016	,362	3,460					
Saúde	,139	,097	,120	1,434	,154	-,053	,331	,213	,123	,109	,823	1,215
Rel. Viz.	-,097	,076	-,102	-1,270	,206	-,248	,054	-,040	-,109	-,096	,882	1,133
Otimismo	-,241	,082	-,260	-2,945	,004	-,403	-,079	-,062	-,247	-,223	,734	1,362
Felicidade	,196	,123	,159	1,597	,113	-,047	,438	,237	,137	,121	,580	1,725
Bem-estar	,343	,108	,308	3,185	,002	,130	,557	,376	,266	,241	,612	1,634
Fé	,023	,098	,019	,231	,818	-,170	,216	,030	,020	,017	,884	1,132
Sent. Neg	-,085	,064	-,111	-1,339	,183	-,211	,041	-,233	-,115	-,101	,838	1,193
Segurança	,063	,060	,083	1,055	,293	-,055	,181	,163	,091	,080	,935	1,070

Nota: <sup>1</sup> Variável Dependente. Fonte: Inquérito, 2015. Org. Alves (2015).

#### 6.4.2.5. Relação com vizinhos X saúde, sentimentos, renda e trabalho e segurança no bairro

Os sentimentos negativos e condições gerais do trabalho são as variáveis que têm influência significativa (menor que 0,05), na relação com os vizinhos, sendo o sentido desta relação inversamente proporcional, ou seja, mais sentimentos negativos e grande número de horas trabalhadas sugerem menos relação com vizinhos.

**Quadro 32 - Coeficientes dos fatores que interferem na relação com vizinhos<sup>1</sup>**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Constant)	3,399	,849		4,004	,000	1,719	5,078					
Saúde	-,171	,109	-,139	-1,569	,119	-,386	,044	-,056	-,136	-,126	,823	1,215
Otimismo	,047	,096	,048	,489	,626	-,143	,237	,183	,043	,039	,670	1,492
Felicidade	,258	,139	,198	1,853	,066	-,017	,533	,259	,160	,149	,565	1,769
Bem-estar	,087	,126	,074	,692	,490	-,162	,337	,171	,060	,056	,562	1,780
Fé	,078	,110	,061	,708	,480	-,139	,294	,140	,062	,057	,881	1,135
Sent.Neg	-,142	,071	-,174	-1,996	,048	-,282	-,001	-,201	-,172	-,161	,851	1,175
Segurança	-,005	,067	-,007	-,080	,936	-,139	,128	-,026	-,007	-,006	,918	1,089
Renda	-,011	,094	-,013	-,120	,904	-,198	,176	-,012	-,011	-,010	,571	1,752
Hrs. Trab.	,101	,088	,117	1,138	,257	-,074	,275	,016	,099	,092	,616	1,624
Cond.Trab	-,206	,101	-,237	-2,037	,044	-,406	-,006	-,103	-,175	-,164	,480	2,082

Nota: <sup>1</sup> Variável Dependente. Fonte: Inquérito, 2015. Org. Alves(2015).



#### 6.4.2.6. Condições gerais da habitação e bairro X saúde, segurança no bairro, renda/trabalho, relação com vizinhos e estado emocional.

As variáveis com influência mais significativa nas condições da habitação e bairro são: a segurança no bairro e a renda, cuja influência é diretamente proporcional, conforme mostram os valores de Beta e b. Em outras palavras boas condições da gerais da habitação e do bairro decorrem de avaliações positivas em relação à renda e segurança.

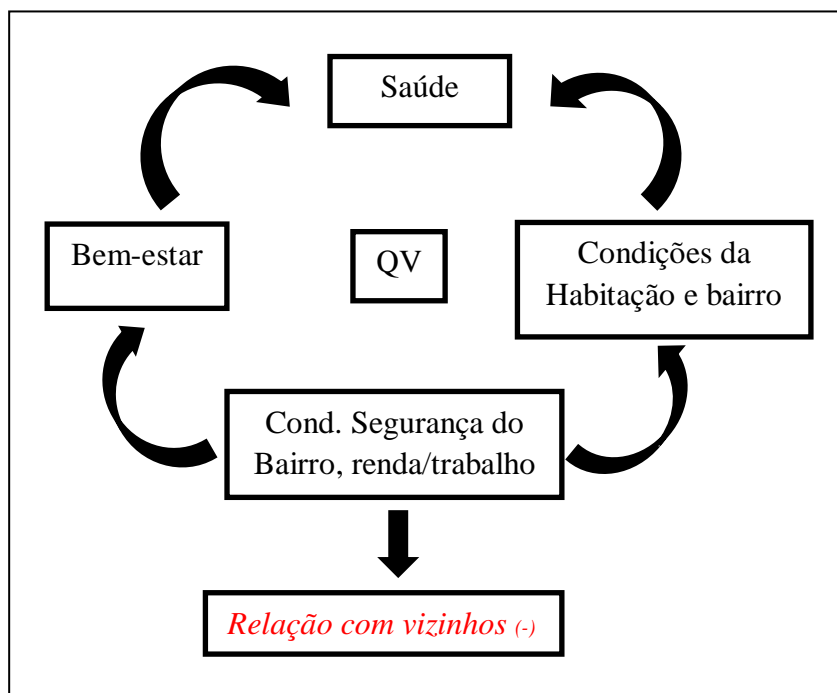
**Quadro 33** - Coeficientes dos fatores que interferem nas condições de residência<sup>1</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Constant)	1,234	,523		2,360	,020	,200	2,269					
Saúde	,009	,064	,010	,141	,888	-,117	,135	,135	,012	,009	,808	1,238
Otimismo	-,029	,056	-,041	-,513	,609	-,139	,082	,001	-,045	-,033	,669	1,495
Felicidade	,084	,082	,090	1,029	,306	-,078	,247	,277	,090	,067	,551	1,816
Bem-estar	,111	,074	,131	1,510	,133	-,034	,257	,397	,131	,098	,560	1,787
Fé	,056	,064	,061	,877	,382	-,070	,182	,091	,077	,057	,878	1,139
Sent.Neg	,060	,042	,102	1,430	,155	-,023	,143	-,102	,124	,093	,826	1,211
Seg.	,138	,039	,240	3,531	,001	,061	,216	,327	,296	,230	,918	1,089
Renda	,290	,055	,454	5,274	,000	,181	,398	,581	,420	,343	,571	1,752
Hrs.Trab	-,050	,052	-,081	-,974	,332	-,153	,052	,225	-,085	-,063	,610	1,640
Cond.Trab	,075	,060	,120	1,257	,211	-,043	,193	,414	,110	,082	,466	2,148
Rel.Viz.	,036	,051	,050	,704	,483	-,065	,136	,050	,062	,046	,849	1,178

Nota: <sup>1</sup> Variável Dependente. Fonte: Inquérito, 2015. Org. Alves(2015).

Em resumo, considerando como dependentes as diferentes variáveis, que *a priori*, foram designadas como componentes da qualidade de vida, reconheceu-se que as variáveis relacionadas ao que se designou estado emocional, especialmente o bem-estar apresenta interferência na maioria das demais variáveis, com exceção da denominada relação com os vizinhos e condições da habitação e do bairro. Neste caso, interfere na relação com os vizinhos, de modo inversamente proporcional, as condições de trabalho e sentimentos negativos e nas condições da habitação e do bairro, de maneira diretamente proporcional, a segurança percebida e a renda. Na figura 61 estão representados os sentidos das influências entre as variáveis, de acordo com a avaliação dos entrevistados.

**Figura 61** - Uberlândia (MG): relação entre as variáveis fundamentais à qualidade de vida (2015).



Org. Alves (2015)

### 6.5.3. O construto da qualidade de vida

Conforme apontam as análises de correlação e regressão, as variáveis consideradas *a priori* como fundamentais à composição da qualidade de vida apresentam-se relacionadas, sendo que especialmente o bem-estar interfere em uma quantidade considerável de outras variáveis. Mas, como entender o relacionamento entre as diferentes variáveis e agrupá-las com fidedignidade em novos fatores/ componentes da qualidade de vida? Para isso utilizou-se procedimentos de análise estatística multivariada, nomeadamente a análise fatorial exploratória (AFE), também chamada de análise fatorial comum (AFC). Destaca-se que as análises fatoriais são comumente utilizadas nos estudos da qualidade de vida, segundo a abordagem da avaliação da satisfação com diferentes elementos, por exemplo ver: Türkoğlu et al., 2011; Mridha; Moore, 2011; Marans; Kweon, 2011, entre outros. (MARANS; STIMSON, 2011).

Destaca-se que a matriz de dados pode ser tratada por tal método, conforme indicam os testes KMO<sup>213</sup> (0,732) e esfericidade de Bartlett<sup>214</sup> (0,000), quadro 34, que no caso do

<sup>213</sup> O teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) apresenta valores entre 0 e 1,0, sendo grau de ajuste à análise fatorial é: muito boa para valores de 1-0,9; bom para valores de 0,8-0,9; médio para valores de 0,7-0,8, razoável para valores de 0,6-0,7, má, mas aceitável para valores de 0,5-0,6 e inaceitável para valores <0,5. Ele mostra a

primeiro teste deve estar próximos de 1,0 e no caso do segundo teste devem ser menores que 0,1. As comunalidades<sup>215</sup>, neste caso são boas, pois todas estão acima de 0,6, ou seja, um fator extraído explica 70,8% da variância da V1 (Saúde).

**Quadro 34 - Conformidade da matriz de dados para tratamento pela análise fatorial.**

KMO and Bartlett's Test			Communalities		
				Initial	Extraction
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,732	SAÚ.	1,000	,708
			REN	1,000	,694
			Hrs.Tr	1,000	,675
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	447,651	Cond.Tr.	1,000	,754
	df	78	Seg.	1,000	,698
	Sig.	,000	OT	1,000	,649
			FEL	1,000	,668
			BE	1,000	,647
			FÉ	1,000	,655
			Sent. Neg.	1,000	,641
			Rel.Viz	1,000	,628
			Cond.Mor	1,000	,660
			Cond.Bair.	1,000	,662

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Pela análise inicial verifica-se que cinco fatores obedeceram ao critério de Kaiser do autovalor (“*eigenvalue*”)<sup>216</sup> maior que 1 e explicaram 67,225% da variância total, ou seja, explicaram 67,225% dos dados (quadro 35). O *scree plot* também mostrou que tais fatores estão posicionados antes da inflexão. Logo, ponderando o tamanho da amostra e a convergência entre o *scree plot* e o critério de Kaiser, considerou-se inicialmente cinco fatores.

---

proporção da variância que as variáveis apresentam em comum ou que são devidas aos fatores comuns. (HAIR et al, 1998).

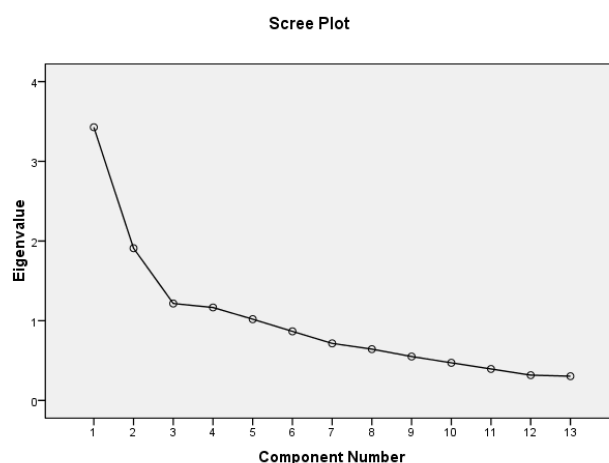
<sup>214</sup> O teste de Bartlett baseia na distribuição estatística de “chi quadrado” e testa a hipótese (nula  $H_0$ ) de que a matriz de correlação é uma matriz identidade (cuja diagonal é 1,0 e todas as outras são iguais a zero), isto é, que não há correlação entre as variáveis (PEREIRA, 2001). Valores de significância maiores que 0,100, indicam que os dados não são adequados para o tratamento com o método em questão; que a hipótese nula não pode ser rejeitada. Já valores menores que o indicado permitem rejeitar a hipótese nula.

<sup>215</sup> Representam a proporção da variância de cada variável incluída na análise que é explicada pelos fatores principais (FIGUEIREDO FILHO, SILVA JUNIOR, 2010), cujos valores após a extração variam de 0 a 1, onde 0 não explicam nenhuma variância da variável e 1 a explicam totalmente, o mínimo aceitável é de 0,50.

<sup>216</sup> O eigenvalue (autovalor) é uma medida do “poder explicativo” do fator em comparação com o “poder explicativo” de uma variável. <http://carloscolares.blogspot.com.br/>

**Quadro 35** - Fatores obedeceram ao critério de Kaiser do autovalor.

Component	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,428	26,368	26,368	2,552	19,631	19,631
2	1,910	14,692	41,060	2,218	17,060	36,691
3	1,216	9,353	50,414	1,527	11,746	48,438
4	1,166	8,972	59,386	1,240	9,539	57,977
5	1,019	7,839	67,225	1,202	9,249	67,225
6	,866	6,664	73,889			
7	,715	5,503	79,393			
8	,643	4,946	84,339			
9	,550	4,231	88,570			
10	,472	3,627	92,198			
11	,395	3,035	95,233			
12	,316	2,434	97,667			
13	,303	2,333	100,000			



Considerando as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax<sup>217</sup> (rotação ortogonal), a fim de ajustar os dados. Foi possível conhecer os componentes (fatores), cujas cargas fatoriais <sup>218</sup> possuem significância e as variáveis que a eles estavam ligados, podendo assim renomeá-los<sup>219</sup>, “criando” um número menor de “novas variáveis”, derivadas das variáveis originais, representadas no quadro 36.

<sup>217</sup> Permite conhecer as associações das variáveis originais a poucos fatores.

<sup>218</sup> A significância das cargas fatoriais varia de acordo com o tamanho da amostra, sendo que quanto maior a amostra menor pode ser a carga para ser considerada significativa. Por exemplo, para amostras superiores a 350 a carga fatorial pode ser de 0,30. Geralmente considera significativas as cargas fatoriais que sejam superiores às 0,5. <https://www.youtube.com/watch?v=Q-xZrb4dFAw>

<sup>219</sup> Para conferir se os itens estão medindo a mesma coisa, antes da renomeação, foi feita a análise da confiabilidade pelo método da consistência interna, utilizando-se o coeficiente de Cronbach's Alpha<sup>a</sup>, a qual apresentou valores de 0,769 para a Renda/trab; 0,720 para Saúde e estado emocionais; 0,493 para condições e

**Quadro 36** - Interações dos componente com os variáveis, segundo as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax<sup>1</sup>

Variáveis	Componentes				
	Renda/trabalho	Estados emocionais	segurança e condições do bairro	Fé e saúde	Relação com vizinhos
Saúde	,191	,532	-,051	-,615	-,085
Renda	,759	,199	,263	-,026	-,093
Hrs.Trab.	,778	-,061	-,070	-,039	,243
Cond.Trab.	,858	,022	,125	-,045	,025
Segurança	,016	-,070	,828	-,070	,051
Otimismo	-,192	,765	-,124	,055	,090
Felicidade	,165	,757	,071	,112	,224
Bem-estar	,329	,663	,274	,074	,137
Fé	,072	,269	-,090	,755	-,022
Sent.Neg	-,232	-,253	-,080	,239	-,678
Rel.Viz.	-,093	,190	,049	,371	,666
Cond.Mor.	,546	,314	,232	,258	-,378
Cond.Bair	,245	,131	,764	,019	,019

**Nota:** <sup>1</sup>Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Considerando que a fé e a relação com os vizinhos apresentam *score* de cargas fatoriais abaixo de 0,40, limite aceitável para a contribuição da variável na criação do fator com o objetivo de evitar o problema da indeterminação da relação entre variáveis e fatores, violando o pressuposto de Hair et al (2006); Schawb (2007) da estrutura simples de seus componentes na análise fatorial (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010). Assim como as análises de regressão apontaram que estas apresentam pouca influência nas demais variáveis, optou-se por não considerar tais fatores, reduzindo a três os fatores considerados na composição da qualidade de vida.

Logo, a qualidade de vida seria a expressa pelos aspectos socioeconômicos (renda/trabalho com as variáveis: renda, quantidade de horas trabalhadas, condições do trabalho e condições gerais da moradia); saúde e estado emocional (saúde, otimismo, felicidade e bem-estar) e segurança e condições do bairro. Portanto composta, sobretudo por domínios internos ao indivíduo (exceto condições do trabalho e condições gerais da moradia que são domínios externos ao indivíduo).

---

segurança no bairro; 0,008 para fé e -0,290 para relação com vizinhos. Sendo que os dois primeiros formam escalas precisas e os dois últimos violam suposições do modelo confiabilidade.

Pela análise das correlações entre a qualidade de vida e seus constituintes, considerando seus *escores* médios<sup>220</sup>, verifica-se que estas são altamente significativas com alfa igual a zero (ou seja, a probabilidade de se rejeitar a hipótese nula, considerar diferentes dois grupos que não são, quando ela for verdadeira, não existe) e positivas, sendo fortes para os fatores socioeconômicos, moderadas fortes para o estado emocional e fortes para as condições e segurança do bairro (quadro 36). Em outras palavras, a qualidade de vida, em grande medida, depende das condições socioeconômicas, conforme ratifica a análise de regressão no quadro 37.

**Quadro 37** - Correlações entre os componentes/constituintes da qualidade de vida.

		QV****	SE*	EES**	CS***
QV****	Pearson Correlation	1,000	,830	,661	,585
	Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
SE*	Pearson Correlation	,830	1,000	,275	,304
	Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
EES**	Pearson Correlation	,661	,275	1,000	,124
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,070
CS***	Pearson Correlation	,585	,304	,124	1,000
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,070	.

\* Aspectos socioeconômicos; \*\* Estado emocional e Saúde; \*\*\* Condições e Segurança do bairro; \*\*\*\* Qualidade de vida.

A intensidade da dependência da qualidade de vida em relação às condições socioeconômicas pode ser observada a partir dos valores de Beta e de t, que são os mais altos entre os constituintes da qualidade de vida.

**Quadro 38**- Coeficientes dos fatores que interferem na qualidade de vida<sup>1</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Stand. Coeff	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
(Constant)	8,757	,000		,000	1,00	,000	,000		
SE*	,400	,000	,601	2,173	,000	,400	,400	,850	1,176
EES**	,400	,000	,453	1,705	,000	,400	,400	,923	1,084
CS***	,200	,000	,346	1,292	,000	,200	,200	,906	1,104

Nota: <sup>1</sup>Dependent Variable: qualidade de vida . \* Aspectos socioeconômicos; \*\* Estado emocional e Saúde; \*\*\* Condições e segurança do bairro.

<sup>220</sup> Aspectos socioeconômicos = somatório das variáveis: renda, quantidade de horas trabalhadas, condições do trabalho e condições gerais da moradia dividido pela quantidade de variáveis (4). Estado emocional e saúde= somatório das variáveis saúde, otimismo, felicidade e bem-estar dividido pela quantidade de variáveis (4). Segurança e condições do bairro= soma destas variáveis dividido por 2. qualidade de vida= somatório das variáveis renda, quantidade de horas trabalhadas, condições do trabalho, condições gerais da moradia, saúde, otimismo, felicidade, bem-estar, segurança e condições do bairro dividido pelo número de variáveis (10).

Conhecidos os constituintes principais, analisou-se cada um deles bem como a qualidade de vida, a partir da normatização<sup>221</sup> de seus scores médios, para cada um dos bairros considerados e, por conseguinte, para os setores urbanos e para a cidade. Para construção dos índices dos bairros, considerando cada constituinte e a QV como todo, utilizou-se a média aritmética dos *scores* normatizados<sup>222</sup>. A partir de média aritmética simples dos índices dos bairros obteve-se índices para os setores<sup>223</sup>, a partir dos quais, também pela média simples dos índices setoriais<sup>224</sup>, chegou-se a um índice sintético para a cidade de Uberlândia-MG.

Os índices, que variam de 0 a 1, foram organizados em cinco classes, onde o 0 (zero) significa a totalidade de condições negativas/insatisfação e o 1(um) a totalidade das condições positivas/satisfação. Já os valores de 0,01 a 0,33 significam piores condições, de 0,34 a 0,67 condições intermediárias e 0,68 a 0,99 boas condições, atribuiu-se cores a cada uma destas classes, conforme o quadro 39.

**Quadro 39** - Classes de valores, adjetivos e cores do índices da qualidade de vida.

Classes de valores	Adjetivos	Cores
0	Péssima	
0,01-0,33	Ruim	
0,34-0,67	Regular	
0,68 – 0,99	Boa	
1	Excelente	

Org. Alves (2015).

Assim, conforme representado no quadro 40, observa-se que o índice de qualidade de vida de Uberlândia se enquadra em uma situação intermediária (0,56). Sendo que, dentre os seus componentes, em melhor condição aparece a denominada estado emocional e saúde (saúde, otimismo, felicidade e bem-estar), que com um índice de 0,72 se insere na classe classificada como boa. Para a maioria dos bairros pesquisados o índice para este aspecto se enquadra na classe 0,68 – 0,99, portanto em condição classificada como boa.

<sup>221</sup> Os scores foram convertidos em índices, em escala que varia de 0 a 1, a partir de critério similar ao adotado pelo programa das Nações Unidas para o cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, conforme a fórmula  $\text{Índice}_{ij} = (v_{ij} - v_{i.\min}) / (v_{i.\max} - v_{i.\min})$ . Onde:  $V_{ij}$  = valor do indicador  $i$  no bairro  $j$ ;  $v_{i.\min}$  = valor mínimo do indicador  $i$  entre todos os bairros e  $v_{i.\max}$  = valor máximo do indicador  $i$  entre todos os bairros.

<sup>222</sup>  $\text{Índice}_{ij} = \text{Iie1} + \text{Iie2} + \dots + \text{Iien} / \text{n entrevistados/número entrevistados}$ . Onde: Índice  $i$  no bairro  $j$  é igual ao soma dos Índices dos entrevistados dividido pelo número de entrevistados no bairro.

<sup>223</sup>  $\text{Índice}_{ik} = \text{Iib1} + \text{Iib2} + \dots + \text{Iibn} / \text{n bairros/número bairros}$ . Onde Índice  $i$  no setor  $k$  é igual ao soma dos Índices dos bairros dividido pelo número de bairros pesquisados no setor.

<sup>224</sup>  $\text{Índice}_{iu} = \text{Iis1} + \text{Iis2} + \dots + \text{Iisn} / \text{n setores/ número setores urbanos}$ . Onde o Índice  $i$  em Uberlândia é igual a soma dos Índices dos setores dividido pelo número de setores.

**Quadro 40** - Uberlândia (MG): Índice de qualidade de vida de acordo com o *survey* à população (2015).

Local		Socio-econômico	Estado emocional e saúde	Segurança	QV
Central	Brasil	0,67	0,61	0,53	0,48
	Martins	0,68	0,72	0,51	0,57
	Centro	0,70	0,81	0,39	0,58
	Fundinho	0,56	0,79	0,50	0,48
	<b>Total</b>	<b>0,65</b>	<b>0,73</b>	<b>0,48</b>	<b>0,53</b>
Norte	Roosevelt	0,58	0,64	0,51	0,46
	<b>Total</b>	<b>0,58</b>	<b>0,64</b>	<b>0,51</b>	<b>0,46</b>
Sul	Cidade Jardim	0,76	0,89	0,51	0,73
	Jardim Karaíba	0,67	0,78	0,59	0,58
	Lagoinha	0,51	0,76	0,25	0,42
	Shopping Park	0,58	0,84	0,49	0,57
	<b>Total</b>	<b>0,62</b>	<b>0,82</b>	<b>0,46</b>	<b>0,58</b>
Leste	Alto Umuarama	0,58	0,59	0,66	0,91
	Umuarama	0,75	0,79	0,48	0,64
	Santa Mônica	0,67	0,72	0,53	0,57
	Dom Almir	0,67	0,70	0,75	0,64
	Glória	0,65	0,72	0,66	0,52
	<b>Total</b>	<b>0,67</b>	<b>0,7</b>	<b>0,62</b>	<b>0,66</b>
Oeste	Jardim Canaã	0,64	0,73	0,59	0,58
	Luizote de Freitas	0,68	0,68	0,54	0,56
	Planalto	0,70	0,64	0,66	0,58
	<b>Total</b>	<b>0,67</b>	<b>0,68</b>	<b>0,60</b>	<b>0,57</b>
<b>Uberlândia-MG</b>		<b>0,64</b>	<b>0,72</b>	<b>0,53</b>	<b>0,56</b>

Fonte: Inquérito, 2015. Org. Alves (2015).

Em contrapartida, a segurança e condições do bairro, com um índice de 0,53, apesar de se inserir na classe regular, possui o menor índice. Entre os bairros pesquisados observa-se que apenas em um, o índice para este componente pode ser classificado como bom. Neste caso, ainda é preciso uma análise mais atenta, afinal o referido bairro é o Dom Almir, conforme já destacado no capítulo 1, trata-se de uma ocupação irregular, cuja legalização é relativamente recente. Neste contexto, ainda que seja aparente falta de segurança e a precariedade para quem não reside no bairro, a sua recente regularização e, por conseguinte as melhorias estruturais, podem estar a contribuir para esta boa avaliação. Além disso, acrescentam-se os laços de solidariedade entre os moradores, constituídos pelo movimento em luta da terra, e o fato deste ser um bairro de pequena dimensão territorial, o que aumenta a possibilidade de que mesmo os recém chegados tornem-se conhecidos.



Entre os menores valores, ou seja, os bairros onde as condições de segurança e do bairro são piores avaliadas, merece destacar o caso dos bairros Lagoinha, Centro, Shopping Park e Umuarama, sendo que a explicação para tal pode, em parte ser buscada nas características dos bairros, conforme descrito no capítulo 1. O bairro Lagoinha apresenta precárias condições de vida e altas taxas de criminalidade, muitas vezes associadas com o tráfico e uso de drogas, nos espaços conhecidos como “territórios do tráfico”, conforme evidenciado no estudo de Santos (2012) este bairro aparece em primeiro lugar para os casos de tráfico em Uberlândia. No caso do Centro, tais avaliações podem estar relacionadas com suas características funcionais, no sentido do grande fluxo de pessoas durante o dia devido à concentração das atividades de comércio e serviços, cujo fluxo reduz durante a noite, neste caso ficando restrito ao movimento decorrente das atividades de lazer noturno, por vezes, de prostituição. No caso do bairro Shopping Park pode-se relacionar o baixo índice da avaliação das condições de segurança e do bairro à sua localização geográfica e baixa densidade demográfica. Já no caso do bairro Umuarama, apesar de ser tão explícito o fator que pode explicar o baixo índice, pode-se considerar a localização geográfica e as características urbanísticas do bairro, localizado próximo à rodovia, a presença de equipamentos como o Hospital de Clínicas e a Delegacia de Polícia Civil, etc., que podem atrair pessoas de índole questionável.

Considerando a cidade de Uberlândia a componente “aspectos socioeconômicos” (renda, quantidade de horas trabalhadas, condições do trabalho e condições gerais da moradia) possui índice de 0,64, portanto insere-se em classe intermediária, ou seja, possui índices que variam de 0,34 a 0,67. Logo, isto decorre do fato de que é nesta classificação que se insere a maioria dos bairros e todos os setores urbanos.

A seguir, buscou-se analisar a correlação dos componentes da qualidade de vida e também destes com outras variáveis inerentes às diferentes dimensões sociais (individuais/coletivas) e do ambiente para chegar a novos fatores, não-observadas, derivados das variáveis originais que interferem na qualidade de vida. Para tal utilizou-se a análise fatorial exploratória.

## **6.6. Fatores que influenciam na qualidade de vida: os fatores dos indivíduos**

É amplo conhecimento de que as (des)amenidades naturais e humanas influenciam na qualidade, dinamicidade, valorização dos lugares e indivíduos e, por conseguinte na qualidade de vida. A partir das avaliações subjetivas, considerando o grau de satisfação com diferentes

elementos e de padrões de comportamentos/estilos de vida, são analisadas estas influências para o contexto da cidade de Uberlândia.

### 6.6.1. Estilo de vida

É consenso que o estilo de vida exerce influência na qualidade de vida, mas quais os fatores do estilo de vida têm maior correlação com os componentes principais da qualidade de vida? Para conhecê-los utilizou-se da análise fatorial exploratória, haja vista a adequação da matriz de dados para o emprego deste método, conforme os testes KMO (0,661), qui-quadrado de Bartlett (0,000) e comunalidades acima de 0,5, quadro 41.

**Quadro 41** - Conformidade da matriz de dados para tratamento pela análise fatorial.

KMO and Bartlett's Test			Communalities		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,661		Initial	Extraction
Bartlett's Test of Sphericity	Approx.	876,970	OT	1,000	,646
	Chi-Square		FEL	1,000	,677
	df	253	BE	1,000	,691
	Sig.	,000	C.4.a	1,000	,750
			C.4.b	1,000	,659
			C.4.c	1,000	,738
			F.1	1,000	,647
			G.2	1,000	,735
			D.10.x	1,000	,570
			D.10.z	1,000	,631
			I.1a	1,000	,677
			I.1b	1,000	,501
			I.1c	1,000	,636
			I.1d	1,000	,609
			I.1e	1,000	,542
			I.1f	1,000	,671
			I.1g	1,000	,641
			I.1h	1,000	,600
			I.1i	1,000	,683
			I.1j	1,000	,751
			I.1k	1,000	,590
			I.1l	1,000	,730
			I.1m	1,000	,682

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Destaca-se que as variáveis a partir das quais “criou-se” os fatores que compõem a qualidade de vida, em sua maioria, possuem correlações, conforme analisado previamente, por exemplo, a saúde tem correlação significativa com estados emocionais, renda, condições

de trabalho, horas trabalhadas e condições gerais da moradia, da mesma forma que os aspectos do estilo de vida podem apresentar correlações, que não foram aqui analisadas, por não interessar diretamente ao estudo. Considerando a correlação dos fatores que compõem a qualidade de vida com as variáveis inerentes ao estilo de vida, a partir dos valores de  $\rho$  da correlação de Pearson, do quadro 42, verifica-se que:

1. A saúde tem correlação significativa negativa com o fumo, e significativa positiva com: o acesso às atividades culturais e à informação por meio de programas informativos de rádio e tv, assim como o acesso à internet (que também consiste em um importante meio de acesso à informação); com as atividades físicas e frequência à espaços verdes;
2. O otimismo tem correlações significativas positivas com: a alimentação saudável (consumo regular de frutas e verduras nas refeições principais), o acesso as atividades culturais, a prática regular diária de pelo menos 30 minutos de atividades físicas, a participação em ações/iniciativas para a promoção de saúde, qualidade de vida e bem-estar e, por fim com o acesso à espaços verdes;
3. A felicidade tem correlações significativas positivas com alimentação saudável e com os encontros sociais com amigos e familiares;
4. O bem-estar tem correlações significativas positivas com: alimentação saudável, acesso à informação por programas de rádio e tv informativos sobre saúde, bem-estar e qualidade de vida, e pelo uso de internet sem ser para trabalhar;
5. A renda familiar tem correlação significativa negativa com o acesso aos espaços verdes;
6. A quantidade de horas trabalhadas tem correlações significativas negativas com: consumo de álcool e *fast foods*, acesso a internet sem ser para trabalhar e prática regular diária de pelo menos 30 minutos de atividades físicas;
7. As condições gerais do trabalho têm correlações significativas negativas com: acesso a internet sem ser para trabalhar e prática regular diária de pelo menos 30 minutos de atividades físicas;
8. A sensação de segurança no bairro tem correlação significativa positiva com o fumo, o que pode ser explicado pelo fato que homens, geralmente fumam mais que mulheres e igualmente sentem se mais seguros;
9. As condições gerais da moradia tem correlação significativa positiva com o acesso à programas de rádio/tv informativos sobre saúde, bem-estar e qualidade de vida;
10. As condições gerais do bairro têm correlações significativas com o acesso às atividades culturais.

**Quadro 42** - Correlações entre as variáveis que compõem a qualidade de vida com as variáveis inerentes ao estilo de vida, considerando o grau de (in)satisfação e hábitos expresso pelos entrevistados segundo a escala de Likert.

Varáveis 1 e 2 <sup>1</sup>		I.a	I.b	I.c	I.d	I.e	I.f	I.g	I.h	I.i	I.j	I.k	I.l	I.m
$\rho$ ( $\alpha$ )	OT	-,115 ,089	,054 ,266	,022 ,399	,173 ,021	,115 ,089	,165 ,026	,129 ,065	,007 ,466	,104 ,111	,094 ,136	,188 ,013	,134 ,058	,161 ,029
$\rho$ ( $\alpha$ )	FE L	-,042 ,314	-,001 ,496	-,009 ,457	,135 ,056	,163 ,027	,114 ,090	,062 ,236	,071 ,204	,046 ,297	,046 ,294	,070 ,205	,057 ,253	,055 ,261
$\rho$ ( $\alpha$ )	BE	-,077 ,184	,009 ,458	-,058 ,250	,204 ,008	,000 ,500	-,008 ,462	-,008 ,461	,173 ,021	-,192 ,012	-,034 ,344	,040 ,318	-,033 ,351	-,029 ,366
$\rho$ ( $\alpha$ )	RE	-,011 ,450	,063 ,232	-,089 ,149	-,009 ,459	,037 ,334	-,080 ,175	-,006 ,470	,060 ,240	-,057 ,252	,063 ,229	-,105 ,110	,023 ,394	-,195 ,011
$\rho$ ( $\alpha$ )	HT	-,055 ,259	-,194 ,011	-,181 ,017	,091 ,142	-,009 ,457	-,127 ,068	,054 ,265	,132 ,060	-,225 ,004	-,101 ,118	-,221 ,004	-,097 ,127	-,060 ,243
$\rho$ ( $\alpha$ )	CT	,020 ,407	-,015 ,429	-,125 ,072	,054 ,266	,067 ,215	-,101 ,118	,030 ,361	,093 ,139	-,183 ,015	-,045 ,299	-,264 ,001	-,083 ,167	-,131 ,062
$\rho$ ( $\alpha$ )	SA	-,262 ,001	,045 ,298	,098 ,126	-,035 ,342	,060 ,242	,213 ,006	,081 ,172	,158 ,031	,195 ,011	,268 ,001	,250 ,001	,118 ,083	,202 ,009
$\rho$ ( $\alpha$ )	SE	,183 ,015	,117 ,086	-,110 ,099	-,105 ,110	,057 ,253	,026 ,380	-,134 ,057	,000 ,499	-,144 ,045	-,105 ,109	-,046 ,295	,071 ,203	-,017 ,419
$\rho$ ( $\alpha$ )	CM	-,010 ,453	-,081 ,172	,000 ,498	-,021 ,403	,066 ,220	-,002 ,490	-,027 ,377	,156 ,033	-,079 ,178	-,042 ,314	-,039 ,326	,074 ,194	-,129 ,065
$\rho$ ( $\alpha$ )	CB	,062 ,235	,026 ,383	-,054 ,262	-,015 ,431	,079 ,177	-,145 ,044	-,088 ,152	,126 ,070	-,096 ,131	-,007 ,466	-,029 ,366	-,103 ,115	-,044 ,303
$\rho$ ( $\alpha$ )	QV	-,037 ,332	,006 ,472	-,109 ,100	,078 ,181	,110 ,098	-,008 ,462	,010 ,453	,167 ,024	-,134 ,058	,010 ,453	-,056 ,255	,020 ,408	-,047 ,290

<sup>1</sup>Notas: 1-Variáveis da qualidade de vida: OT= Otimismo; FEL= Felicidade; BE= Bem-estar; RE=Renda; HT=Quantidade de Horas Trabalhadas; CT=Condições do Trabalho; SA= Saúde; SE=Sensação de segurança; CM =Condições da moradia; CB=Condições do bairro. qualidade de vida= *score* de seus componentes.

2-Variáveis do estilo de vida: I.a =Fuma (uma vez ou mais por semana); I.b=Consume bebidas alcoólicas (uma vez ou mais por semana); I.c=Consume fast food (lanches, enlatados, embutidos); I.d= Consume frutas e verduras e legumes regularmente; I.e= Encontra socialmente com amigos, parentes ou colegas de trabalho; I.f= Vai à atividades culturais (cinema, teatros); I.g= Vai á Shoppings; I.h=Têm contato com programas de rádio / tv informativos sobre saúde, meio ambiente, cidadania e educativos; I.i=Acessa a internet sem ser para trabalhar; I.j=Acessa internet pelo celular; I.k=Está fisicamente ativo por 30 minutos ou mais por dia; I.l= Participa de alguma ação para promoção da qualidade de vida, saúde, bem-estar; I.m=Freqüenta algum espaço verde.

Considerando a correlação da qualidade de vida, *score* dos componentes condição socioeconômica, estado emocional e saúde, segurança e condições do bairro, com as variáveis do estilo de vida, foi constatado a partir dos valores de  $\rho$  da correlação de Pearson, do quadro 42, que apenas as variáveis relacionadas ao acesso à informação apresentaram correlação com a qualidade de vida, sendo que acessar a internet sem ser para trabalho, a significância é baixa e a correlação muito fraca e inversamente proporcional. Isso reforça que o conhecimento (representado pelo acesso à informação) pode ser de grande importância para a qualidade de vida.

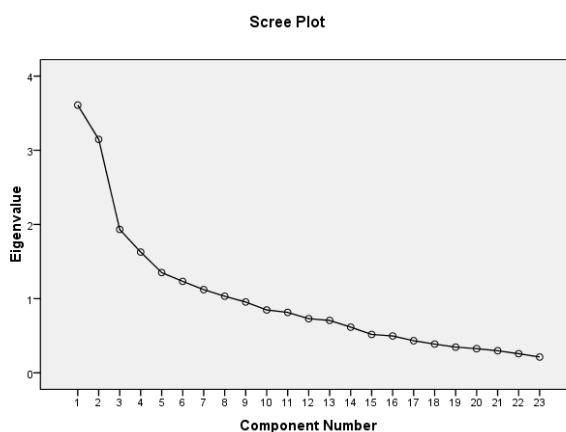
Para saber o grau da importância dos elementos do estilo de vida e quais as principais variáveis da qualidade de vida que eles interferem recorreu-se a análise de regressão. A partir

da qual, considerando os componentes principais, pelo critério de Kaiser do autovalor (“*eigenvalue*”) maior que 1 e pelo critério de Cattell do *scree plot* com fatores posicionados antes da inflexão, verifica-se que 8 componentes obedecem a tais critérios explicando 65,467% da variância/dispersão total (quadro 43) .

**Quadro 43** - Fatores obedeceram ao critério de Kaiser do autovalor e as respectivas variâncias que explicam.

Component	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,610	15,694	15,694	2,791	12,137	12,137
2	3,148	13,686	29,380	2,198	9,556	21,693
3	1,934	8,408	37,788	2,112	9,185	30,878
4	1,627	7,076	44,864	1,917	8,336	39,214
5	1,351	5,876	50,740	1,576	6,852	46,066
6	1,233	5,361	56,101	1,561	6,785	52,851
7	1,122	4,876	60,977	1,541	6,702	59,553
8	1,033	4,490	65,467	1,360	5,914	65,467
9	,955	4,152	69,619			
10	,848	3,685	73,304			
11	,814	3,540	76,844			
12	,730	3,174	80,018			
13	,706	3,070	83,088			
14	,616	2,677	85,765			
15	,517	2,247	88,012			
16	,497	2,159	90,172			
17	,432	1,880	92,051			
18	,388	1,685	93,736			
19	,347	1,507	95,243			
20	,326	1,415	96,658			
21	,298	1,294	97,952			
22	,258	1,122	99,074			
23	,213	,926	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.



Conforme as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax (rotação ortogonal), quadro 44, esses fatores principais são aqueles que compõem a qualidade de vida (condições socioeconômicas, estado emocional e segurança e condições do bairro) e os fatores ligados ao estilo de vida que são mais importantes para a qualidade de vida, que foram agrupados em: informação (contato com programas radio/tv informativos e educativos sobre saúde, bem-estar e qualidade de vida, acesso à internet para e sem ser para trabalhar), lazer (acesso à shoppings, atividades culturais e espaços verdes), a atividades físicas (e prática regular diária de pelo menos 30 minutos de atividades físicas, participação em ação para promoção de qualidade de vida, saúde e bem-estar), a vida social (consumo de fumo álcool e encontros sociais com amigos e familiares) e a alimentação (consumo de fast foods e frutas/verduras regularmente).

**Quadro 44** - Interações dos componente com as variáveis, segundo as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax.

Variáveis <sup>1</sup>	Componentes							
	1- SE*	2- EE**	3- Informação	4- Lazer	5-Ativ. física	6- CS***	7-Vida Social	8- Alimentação
OT	-,162	,737	,034	,176	,092	-,089	,057	-,156
FEL	,186	,788	-,012	,045	,000	,025	,125	-,061
BE	,340	,721	-,098	-,063	-,016	,197	-,056	-,025
RE	,800	,152	,096	-,196	,066	,159	,036	,088
HT	,681	-,008	-,146	,167	-,217	,045	-,158	-,267
CT	,816	,024	-,048	,022	-,152	,164	,029	-,132
SA	,273	,377	,189	,268	,305	,025	-,367	,307
SE	,115	-,066	-,081	,054	,065	,829	,120	-,050
CM	,643	,200	-,090	-,156	,176	,014	,034	,226
CB	,301	,224	,014	-,109	-,127	,666	-,011	,140
I.a	-,087	-,173	-,502	,026	,066	,257	,542	,152
I.b	-,119	,094	,335	-,157	,200	,196	,497	,125
I.c	-,084	,039	,237	,281	-,067	-,162	,344	,585
I.d	,018	,285	,052	-,004	,076	-,133	-,009	-,708
I.e	,102	,146	,174	,185	-,076	-,018	,662	,038
I.f	-,035	,071	,183	,683	,291	-,046	,269	,080
I.g	,116	,075	,190	,619	-,268	-,280	,189	,128
I.h	,185	,170	-,651	,030	,182	-,145	-,061	,231
I.i	-,094	-,002	,683	,352	,146	-,138	,103	,184
I.j	,074	,037	,771	,199	,209	-,093	,159	,178
I.k	-,294	,239	,078	-,008	,622	,096	-,188	,099
I.l	,090	-,081	,044	,133	,799	-,083	,139	-,178
I.m	-,234	,083	,045	,729	,096	,183	-,208	-,018

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

<sup>1</sup> -**Notas: Variáveis da qualidade de vida:** OT= Otimismo; FEL= Felicidade; BE= Bem-estar; RE=Renda; HT=Quantidade de Horas Trabalhadas; CT=Condições do Trabalho; SA= Saúde; SE=Sensação de segurança; CM = Condições da moradia; CB=Condições do bairro. qualidade de vida= score de seus componentes. **Variáveis do estilo de vida:** I.a =Fuma (uma vez ou mais por semana);I.b=Consume bebidas alcoólicas (uma vez ou mais por semana);I.c=Consume fast food (lanches, enlatados, embutidos); I.d= Consume frutas e verduras e legumes regularmente; I.e= Encontra socialmente com amigos, parentes ou colegas de trabalho;I.f= Vai à atividades culturais (cinema, teatros); I.g= Vai á Shoppings;I.h=Têm contato com programas de rádio / tv

informativos sobre saúde, meio ambiente, cidadania e educativos; I.i=Acessa a internet sem ser para trabalhar; I.j=Acessa internet pelo celular I.k=Está fisicamente ativo por 30 minutos ou mais por dia; I.l= Participa de alguma ação para promoção da qualidade de vida, saúde, bem-estar; I.m=Freqüenta algum espaço verde. Foram gerados 8 novos componentes, destes 3 são da qualidade de vida, a saber\* Aspectos socioeconômicos; \*\* Estado emocional e Saúde; \*\*\* Condições e segurança do bairro.

Portanto, dentre os fatores individuais, mais especificamente o estilo de vida, o acesso à informação, lazer e atividades físicas explicam, respectivamente 9,185%, 8,336%, 6,852 % da variância total da qualidade de vida em Uberlândia.

### 6.6.2. Capital Social

Na perspectiva sociológica dentre suas várias definições, em síntese, o capital social pressupõe estruturas sociais e ações dos atores, que se materializam por meio do conjunto das redes de relações, solidariedade, confiança, normas de compromissos e obrigações, sanções, etc. tendo intrínsecas as noções de comunidade cívica e democrática (TOCQUEVILLE, 1835/1998; JACOBS, 1961; BOURDIEU, 1986; COLEMAN, 1988; PUTNAM, 1996; ABUEL HAJ, 1999 *apud* SANTOS, 2003). Nesta perspectiva, segundo McCrea (2011) a partir de Cummins (1996) o capital social tem grande relevância para a qualidade de vida, especialmente pelos laços sociais e pelo senso de comunidade nos bairros. O autor destaca ainda com base em (Shaw e McKay 1942; Sampson e Groves 1989; Lowenkamp et al. 2003) que a teoria da desorganização social prevê que laços sociais seriam mais fortes em bairros: mais ricos (por exemplo, mais facilidades e recursos da Comunidade); menos desfavorecidas (por exemplo, menos problemas sociais); mais etnicamente homogêneas (por exemplo, menos minorias étnicas) (MCCREA, 2011).

David Putnam em seu livro, "Bowling Alone: o colapso e o renascimento da comunidade americana" (2000) mostra que apesar dos americanos terem bons empregos, bons rendimentos, expectativa de vida longa, altos níveis de autonomia pessoal etc., em outras palavras, altos níveis de capital financeiro e material, o "social capital", que está estritamente relacionado com a qualidade de vida está em declínio, haja vista a perda constante de conexão social e participação na comunidade. Esse engajamento social que tem efeitos em áreas como a educação, o bem-estar das crianças, a prosperidade econômica, a democracia e a felicidade. Já que não encontram com membros da família, amigos ou vizinhos; eles já não vão em piqueniques em conjunto; eles não participam de associações, sindicatos voluntárias ou profissionais associações; eles tomam uma parte menos ativo na atividade cívica local ou

política; vão à igreja menos frequentemente; se veem televisão eles são mais propensos a fazê-lo sozinho do que na companhia de outros membros da família. (FAHEY et al, 2003.)

A partir desta relevância do capital social as relações de algumas de suas dimensões, como os componentes da qualidade de vida foram analisadas pela fatorial exploratória. Destaca-se a adequação da matriz de dados para o emprego deste método, conforme os testes KMO (0,733), Bartlett's (0,000) e comunalidades acima de 0,5, quadro 45.

**Quadro 45 - Conformidade da matriz de dados para tratamento pela análise fatorial.**

KMO and Bartlett's Test		Communalities		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			Initial	Extraction
Bartlett's Test of Sphericity				
Approx.				
Chi-Square	984,278			
df	171			
Sig.	,000			
		F.1	1,000	,564
		OT	1,000	,742
		FEL	1,000	,702
		BE	1,000	,611
		C.4.a	1,000	,712
		C.4.b	1,000	,763
		C.4.c	1,000	,750
		G.2	1,000	,577
		D.10.x	1,000	,579
		D.10.z	1,000	,643
		G.7.a	1,000	,665
		G.7.b	1,000	,735
		G.7.c	1,000	,640
		G.7.d	1,000	,568
		H.4.a	1,000	,535
		H.4.b	1,000	,676
		H.4.c	1,000	,836
		H.4.d	1,000	,888
		H.4.e	1,000	,785

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Os valores de  $\rho$  da correlação de Pearson, quadro 46, mostram a correlação de cada fator que compõe o que se designou-se capital social (confiança entre pessoas e nos sistemas políticos, jurídico e na polícia, redes de solidariedade e social) com os fatores que compõem a qualidade de vida, a partir dos quais destaca-se que:

1. A Saúde possui correlação significativa positiva com confiança na polícia;
2. O otimismo apresenta correlação significativa positiva com relação com vizinhos;
3. A felicidade tem correlação significativa positiva com confiança nas pessoas, cuidado em lidar com pessoas, relações de solidariedade e sociais e confiança no sistema jurídico e na polícia;



4. O bem-estar tem correlação significativa positiva com confiança nas pessoas, cuidado em lidar com pessoas, relações de solidariedade, confiança no sistema jurídico, na polícia, no governo federal e municipal;
5. A renda familiar tem correlação significativa negativa cuida em lidar com pessoas, e correlações significativas positivas com confiança nas pessoas e no sistema jurídico e na polícia;
6. A quantidade de horas trabalhadas tem correlações significativas positivas confiança nas pessoas, confiança no sistema jurídico, na polícia, no governo federal e estadual; já considerando o cuidado em lidar com pessoas a correlação significativa negativa;
7. As condições gerais de trabalho têm correlações significativas positivas confiança nas pessoas, confiança no sistema jurídico, na polícia, no governo federal, e correlação significativa negativa com cuidado em lidar com pessoas;
8. A sensação de segurança no bairro tem correlação significativa positiva com confiança nas pessoas, no sistema jurídico, na polícia e nas três esferas de governo e correlação significativa negativa com cuidado em lidar com pessoas;
9. As condições gerais de moradia têm correlação significativa negativa com cuidado em lidar com pessoas e correlações significativas positivas com confiança nos sistema jurídico e na polícia;
10. As condições gerais do bairro possui correlações significativas com todas os fatores com exceção de confiança no governo estadual, além disso a correlação com cuidado em lidar com as pessoas é negativa, enquanto as demais são positivas;
11. Verifica-se que as correlações da qualidade de vida são significativas com quase todas as variáveis do capital social, exceção da relação com vizinhos e confiança no governo estadual.

**Quadro 46** - Correlações entre as variáveis que compõem a qualidade de vida com as variáveis inerentes ao capital social, considerando o grau de (in)satisfação e confiança expresso pelos entrevistados segundo a escala de Likert.

(continua)

Varáveis 1 e 2 <sup>1</sup>		G.a	G.b	G.c	G.d	H.a	H.b	H.c	H.d	H.e
$\rho$ $\alpha$	SA	-0,051 0,281	0,077 0,19	-0,121 0,084	-0,02 0,41	0,13 0,069	0,221 0,006	-0,06 0,249	-0,096 0,139	-0,012 0,445
$\rho$ $\alpha$	OT	0,036 0,342	-0,014 0,438	0,067 0,224	0,166 0,029	0,043 0,312	0,105 0,117	0,094 0,143	0,065 0,229	0,101 0,125
$\rho$ $\alpha$	FEL	0,264 0,001	-0,228 0,004	0,245 0,002	0,237 0,003	0,158 0,036	0,217 0,006	0,078 0,188	0,004 0,48	0,067 0,225
$\rho$ $\alpha$	BE	0,154 0,039	-0,292 0	0,205 0,009	0,125 0,077	0,214 0,007	0,282 0,001	0,142 0,053	0,126 0,076	0,167 0,028
$\rho$ $\alpha$	REN	0,147 0,046	-0,307 0	0,129 0,072	-0,042 0,316	0,256 0,002	0,291 0	0,058 0,255	-0,028 0,376	0,076 0,193
$\rho$ $\alpha$	HT	0,174 0,023	-0,35 0	0,129 0,071	-0,007 0,471	0,214 0,007	0,171 0,025	0,261 0,001	0,209 0,008	0,116 0,094

**Quadro 46** - Correlações entre as variáveis que compõem a qualidade de vida com as variáveis inerentes ao capital social, considerando o grau de (in)satisfação e confiança expresso pelos entrevistados segundo a escala de Likert.

(conclusão)

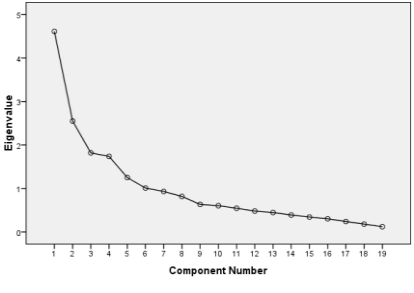
Varáveis 1 e 2 <sup>1</sup>		G.a	G.b	G.c	G.d	H.a	H.b	H.c	H.d	H.e
$\rho$ $\alpha$	CT	0,21 0,008	-0,314 0	0,067 0,224	-0,09 0,153	0,245 0,002	0,294 0	0,196 0,012	0,114 0,097	0,067 0,222
$\rho$ $\alpha$	SE	0,157 0,037	-0,209 0,008	0,034 0,352	-0,047 0,297	0,155 0,039	0,166 0,029	0,181 0,019	0,16 0,034	0,181 0,019
$\rho$ $\alpha$	CM	0,053 0,275	-0,265 0,001	0,093 0,144	-0,002 0,489	0,185 0,017	0,284 0,001	0,093 0,144	-0,024 0,392	-0,034 0,348
$\rho$ $\alpha$	CB	0,352 0	-0,417 0	0,169 0,027	0,054 0,27	0,274 0,001	0,413 0	0,141 0,055	0,094 0,143	0,26 0,001
$\rho$ $\alpha$	QV	,284 ,001	-,439 ,000	,183 ,018	,052 ,278	,348 ,000	,444 ,000	,233 ,004	,133 ,065	,194 ,013

<sup>1</sup>Notas: 1-Variáveis da qualidade de vida: OT= Otimismo; FEL= Felicidade; BE= Bem-estar; RE=Renda; HT=Quantidade de Horas Trabalhadas; CT=Condições do Trabalho; SA= Saúde; SE=Sensação de segurança; CM = Condições da moradia; CB=Condições do bairro. qualidade de vida= score de seus componentes. 2-Variáveis do capital social: G.a=maioria das pessoas pode ser confiável.G.b=ser cuidadoso em lidar com as pessoas G.c=pessoas se dispõem a ajudar umas às outras.G.d= relaciona com os vizinhos. H.a, H.b, H.c, H.d, H.e são respectivamente: confiança em: sistema jurídico, polícia, governo federal, governo estadual e municipal.

Para saber o grau da importância dos elementos do capital social, que variáveis da qualidade de vida eles explicam, de modo a reunir tais elementos em menos fatores recorreu-se a análise de regressão. A análise mostra que existem 6 fatores que satisfazem o critério de Kaiser do autovalor (“*eigenvalue*”) maior que 1 e do *scree plot*, fatores posicionados antes da inflexão, os quais explicam 68,274% da variância/dispersão total (quadro 47).

Conforme mostram as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax (rotação ortogonal), quadro 48, dois destes fatores compõem a qualidade de vida, a saber: estados emocionais e saúde, condições e segurança do bairro, e os outros 4 são fatores inerentes ao capital social que têm maior influência na qualidade de vida. Estes fatores foram agrupados em: administração pública (governos federal, estadual e municipal), segurança pública (confiança no sistema jurídico e na polícia), confiança nas pessoas (sensação de segurança no bairro, condições do bairro, confiança nas pessoas) e redes sociais e de solidariedade (as pessoas se ajudam e relacionam com vizinhos).

**Quadro 47** - Fatores obedeceram ao critério de Kaiser do autovalor e as respectivas variâncias que explicam.

Component	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,610	24,261	24,261	2,998	15,777	15,777
2	2,550	13,419	37,680	2,208	11,620	27,398
3	1,817	9,565	47,244	2,072	10,904	38,302
4	1,737	9,142	56,386	2,029	10,678	48,979
5	1,250	6,580	62,966	1,997	10,511	59,490
6	1,009	5,308	68,274	1,669	8,784	68,274
7	,930	4,897	73,171			
8	,816	4,294	77,465			
9	,633	3,330	80,795			
10	,604	3,179	83,974			
11	,545	2,866	86,841			
12	,480	2,527	89,368			
13	,446	2,348	91,716			
14	,389	2,048	93,763			
15	,343	1,807	95,571			
16	,302	1,588	97,158			
17	,239	1,260	98,419			
18	,180	,948	99,367			
19	,120	,633	100,000			

**Quadro 48** - Interações dos componente com as variáveis, segundo as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax.

	Component					
	1- ADM Pública	2- Seg. púb.	3- EE**	4- Confiança	5- CS**	6- Redes sociais
SA	-,078	,317	,587	-,081	,032	-,324
OT	,107	-,164	,831	-,029	-,067	,089
FEL	-,014	,184	,729	,110	,118	,332
BE	,086	,319	,631	,195	,236	,103
REN	-,074	,667	,111	,085	,492	,019
HT	,186	,048	,063	,050	,848	,004
CT	,076	,347	,079	,146	,766	-,099
SE	,184	,033	,019	,663	-,072	-,310
CM	-,094	,694	,128	-,006	,262	,061
CB	,111	,439	,082	,655	-,025	,040
G.a	,002	-,003	,039	,704	,193	,361
G.b	,026	-,053	-,031	-,674	-,442	-,285
G.c	,103	,128	,007	,150	,063	,766
G.d	,008	-,032	,187	-,024	-,115	,720
H.a	,485	,503	,027	,213	,024	,020
H.b	,435	,648	,133	,205	-,069	,041
H.c	,895	,041	,028	,026	,174	,028
H.d	,933	-,050	-,010	,008	,113	,042
H.e	,873	,068	,062	,103	-,034	,040

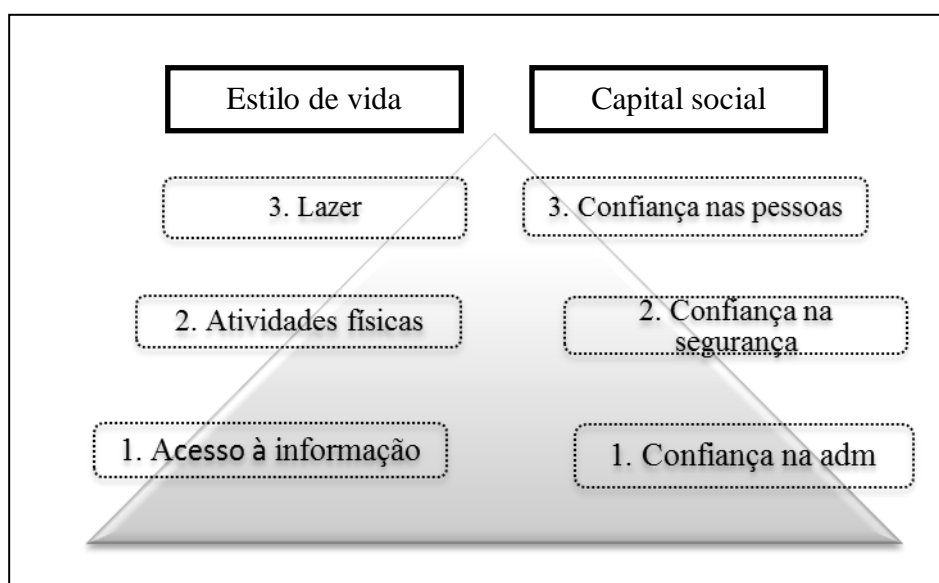
Extraction Method: Principal Component Analysis Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 11 iterations. \*\* Estado emocional e Saúde; \*\*\* Condições e segurança do bairro.

<sup>1</sup> -**Notas: Variáveis da qualidade de vida:** OT= Otimismo; FEL= Felicidade; BE= Bem-estar; RE=Renda; HT=Quantidade de Horas Trabalhadas; CT=Condições do Trabalho; SA= Saúde; SE=Sensação de segurança; CM = Condições da moradia; CB=Condições do bairro. **Variáveis do capital social:** G.a=maioria das pessoas pode ser confiável.G.b=ser cuidadoso em lidar com as pessoas G.c= pessoas se dispõem a ajudar umas às outras.G..d= relaciona com os vizinhos. H.a= confiança no sistema jurídico; H.b= confiança na polícia; H.c= confiança no governo federal; H.d= confiança no governo estadual; H.e = confiança governo municipal. Foram gerados 6 novos componentes, destes 2 são da qualidade de vida, a saber\* Aspectos socioeconômicos; \*\*Condições e segurança do bairro.

Considerando tais fatores relacionados ao capital social destaca-se que, sobretudo a confiança na administração e na segurança pública têm alta importância para a qualidade de vida, tais fatores contribuem, respectivamente com 15,777% e 11,620% da variância total. Já a confiança nas pessoas e as redes sociais e de solidariedade contribuem com 10,678% e 8,784%, respectivamente.

Em síntese, considerando os fatores dos indivíduos, na perspectivas do estilo de vida e do capital social, conforme representado na figura 62, tem maior importância para a qualidade de vida, no âmbito do primeiro o acesso à informação, as atividades físicas e de lazer, enquanto no âmbito do segundo destacam-se a confiança na administração pública, na segurança pública e nas pessoas, respectivamente.

**Figura 62** - Uberlândia (MG): Fatores que influenciam na qualidade de vida (2015).



Org. Alves (2015).

## 6.7. Fatores influenciam na qualidade de vida: os fatores locais

### 6.7.1. Condições ambientais

Como destacaram Campbell et al (1976) as condições do ambiente, desde a moradia à escalas mais amplas como a cidade, o Estado, o país, exercem influencia sobre a qualidade de vida. Sendo que a satisfação expressa pelas pessoas, em grande medida – desconsiderando as possíveis adaptações de natureza psicológica (MCCREA, 2007), decorre das condições objetivas do ambiente. A partir desta perspectiva buscou-se compreender a correlação da avaliação de algumas condições oferecidas pelos lugares com a qualidade de vida, utilizando a análise fatorial exploratória. Segundo a classificação de Veenhoven (2000) essas variáveis, decorrentes da avaliações do grau de satisfação das condições objetivas são consideradas externas ao indivíduo.

Destaca-se que conforme os testes KMO (0,761), Bartlett (0,000) e comunalidades acima de 0,5, quadro 49, a matriz de dados pode ser analisada por tal método.

**Quadro 49 - Conformidade da matriz de dados para tratamento pela análise fatorial.**

KMO and Bartlett's Test		Communalities					
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,761	Variáveis	Initial	Extraction	Variáveis	Initial	Extraction
Bartlett's Test of Approx. Chi-Sphericity	1353,449	F.1	1,000	,696	D.10.f	1,000	,722
df	435	OT	1,000	,779	D.10.g	1,000	,515
Sig.	,000	FEL	1,000	,764	D.10.h	1,000	,649
		BE	1,000	,732	D.10.i	1,000	,603
		C.4.a	1,000	,673	D.10.j	1,000	,708
		C.4.b	1,000	,778	D.10.k	1,000	,740
		C.4.c	1,000	,735	D.10.l	1,000	,629
		G.2	1,000	,497	D.10.m	1,000	,727
		D.10.x	1,000	,778	D.10.n	1,000	,676
		D.10.z	1,000	,683	D.10.o	1,000	,785
		D.10.a	1,000	,757	D.10.p	1,000	,712
		D.10.b	1,000	,696	D.10.q	1,000	,733
		D.10.c	1,000	,658	D.10.r	1,000	,591
		D.10.d	1,000	,687	D.10.s	1,000	,623
		D.10.e	1,000	,561	D.10.t	1,000	,622

A partir dos valores de  $P$  da correlação de Pearson, quadro 50, é possível analisar a correlação de cada fator relacionado com as condições do lugar com os fatores que compõem a qualidade de vida.

**Quadro 50 -** Correlações entre as variáveis que compõem a qualidade de vida com as variáveis inerentes às condições ambientais, considerando o grau de (in)satisfação expresso pelos entrevistados segundo a escala de Likert.

Varáveis 1 e 2 <sup>1</sup>		D. a	D. b	D. c	D. d	D. e	D..f	D. g	D..h	D..i	D. j	D..k	D. l	D..m	D. n	D. o	D..p	D. q	D.r	D. s	D..t
$\rho$ $\alpha$	SA	,134 ,086	,176 ,035	,000 ,500	,009 ,464	,065 ,253	-,032 ,374	-,028 ,387	-,007 ,472	,009 ,464	,013 ,449	,046 ,319	,107 ,138	,024 ,404	-,148 ,065	,129 ,094	-,040 ,341	-,156 ,056	,041 ,339	,187 ,028	,139 ,078
$\rho$ $\alpha$	OT	,047 ,318	,113 ,124	-,017 ,432	,123 ,105	,032 ,374	,132 ,089	-,008 ,467	,121 ,109	-,023 ,407	,000 ,500	,017 ,431	,000 ,500	,104 ,145	,055 ,289	-,082 ,200	-,018 ,429	-,039 ,347	-,028 ,387	,006 ,476	-,011 ,455
$\rho$ $\alpha$	FEL	,194 ,023	,279 ,002	,136 ,083	,264 ,003	,077 ,215	-,035 ,363	,104 ,143	,168 ,043	,084 ,197	,207 ,017	,102 ,149	,039 ,345	,220 ,012	,209 ,016	,130 ,092	,059 ,274	,040 ,343	,138 ,079	,075 ,222	,162 ,048
$\rho$ $\alpha$	BE	,319 ,000	,374 ,000	,276 ,002	,315 ,001	,169 ,041	,189 ,026	,084 ,196	,303 ,001	,154 ,057	,262 ,003	,068 ,243	,210 ,015	,329 ,000	,297 ,001	,185 ,029	,011 ,454	,180 ,032	,105 ,142	,253 ,004	,292 ,001
$\rho$ $\alpha$	RE N	,416 ,000	,490 ,000	,331 ,000	,253 ,004	,291 ,001	,132 ,088	,172 ,039	,491 ,000	,210 ,015	,333 ,000	,193 ,024	,202 ,019	,294 ,001	,417 ,000	,125 ,101	-,037 ,353	,143 ,072	,111 ,129	,163 ,047	,297 ,001
$\rho$ $\alpha$	HT	,157 ,054	,204 ,018	,192 ,024	,218 ,012	,229 ,009	-,038 ,349	,159 ,051	,303 ,001	,077 ,216	,071 ,235	,060 ,271	,147 ,066	,175 ,036	,297 ,001	,079 ,211	-,036 ,358	,009 ,464	,047 ,315	-,046 ,321	,118 ,114
$\rho$ $\alpha$	CT	,218 ,013	,345 ,000	,312 ,001	,200 ,020	,449 ,000	,204 ,018	,235 ,008	,419 ,000	,215 ,013	,161 ,050	,058 ,278	,160 ,051	,293 ,001	,387 ,000	,080 ,208	,003 ,489	,110 ,132	,072 ,232	,141 ,074	,155 ,056
$\rho$ $\alpha$	SE	,026 ,398	,116 ,119	,167 ,043	,134 ,086	,249 ,005	,197 ,022	,067 ,247	,357 ,000	-,014 ,445	,012 ,450	-,030 ,380	,010 ,459	,226 ,010	,084 ,195	,322 ,000	,137 ,081	,187 ,028	-,014 ,444	,220 ,012	,217 ,013
$\rho$ $\alpha$	CM	,624 ,000	,626 ,000	,441 ,000	,137 ,080	,271 ,002	,127 ,097	,073 ,230	,412 ,000	,246 ,006	,173 ,038	,192 ,025	,211 ,015	,211 ,015	,412 ,000	,144 ,071	-,006 ,478	,124 ,103	,100 ,154	,112 ,127	,175 ,036
$\rho$ $\alpha$	CB	,326 ,000	,280 ,002	,231 ,009	,312 ,001	,421 ,000	,266 ,003	,229 ,009	,591 ,000	,161 ,049	,369 ,000	,118 ,115	,124 ,102	,354 ,000	,193 ,024	,433 ,000	,309 ,001	,344 ,000	,187 ,027	,453 ,000	,313 ,001
$\rho$ $\alpha$	QV	,452 ,000	,510 ,000	,409 ,000	,341 ,000	,413 ,000	,280 ,001	,258 ,002	,560 ,000	,252 ,003	,346 ,000	,260 ,002	,229 ,006	,309 ,000	,431 ,000	,272 ,002	,047 ,594	,149 ,077	,142 ,105	,253 ,003	,347 ,000

<sup>1</sup>**Notas: 1-Variáveis da qualidade de vida:** SA= Saúde; OT= Otimismo; FEL= Felicidade; BE= Bem-estar; RE=Renda; HT=Quantidade de Horas Trabalhadas; CT=Condições do Trabalho; SE=Sensação de segurança; CM = Condições da moradia; CB=Condições do bairro. **2-Variáveis condições do meio:** D a= Espaço interno da residência; D. b= Fundação, paredes, chão e telhado; D. c=Ventilação; D. d=Vizinhos; D. e =Poluição do ar (fuligem trânsito, indústria); D.f= Poluição sonora (Barulho);D. g= Inundação;D.h =Violência ou vandalismo;D.i= Fornecimento de Água; D. j =Coleta de lixo; D.k =Limpeza urbana D.l=Esgotamento sanitário; D.m= Iluminação Pública;D. n =Fornecimento de energia; D. o =Espaços verdes;D.p=Espaços para lazer/esportes; D. q=Comércio e serviços; D.r= Transportes; D.s = Trânsito; D.t =Calçadas.

Logo, destaca-se que:

1. A saúde apresenta correlações significativas positivas com a satisfação com as condições da fundação, paredes, chão e telhado da residência (condições da fundação da residência) e com a satisfação com o trânsito, já em relação à satisfação com a presença de comércio e serviços possui correlação significativa negativa;
2. O otimismo não apresenta nenhuma correlação significativa com a satisfação com os aspectos do ambiente;
3. A felicidade tem correlações significativas positivas com a satisfação com: espaço interno e condições da fundação residência, os vizinhos, violência ou vandalismo, aspectos da infraestrutura básica (coleta de lixo, iluminação pública, fornecimento de energia, calçadas).
4. O bem-estar possui correlações significativas positivas com a satisfação com: espaço interno, condições da fundação residência, ventilação, vizinhos, poluição do ar (fuligem trânsito, indústria) e sonora (Barulho), violência ou vandalismo, aspectos da infraestrutura básica (fornecimento de água, coleta de lixo, esgotamento sanitário, iluminação pública, fornecimento de energia, espaços verdes, comércio e serviços, trânsito, calçadas);
5. A renda familiar tem correlações significativas positivas com a satisfação com: espaço interno, condições da fundação residência, ventilação, vizinhos, poluição do ar (fuligem trânsito, indústria), inundação, violência e vandalismo, aspectos da infraestrutura básica (fornecimento de água, coleta de lixo, limpeza urbana, esgotamento sanitário, iluminação pública, fornecimento de energia, trânsito, calçadas);
6. A quantidade de horas trabalhadas tem correlações significativas positivas com a satisfação com: espaço interno, condições da fundação residência, ventilação, vizinhos, poluição do ar (fuligem trânsito, indústria), inundação, violência e vandalismo, iluminação pública, fornecimento de energia;
7. As condições gerais do trabalho apresentam correlações significativas positivas com a satisfação com: espaço interno, condições da fundação residência, ventilação, vizinhos, poluição do ar (fuligem trânsito, indústria) e sonora (barulho), inundação, violência ou vandalismo, aspectos da infraestrutura básica (fornecimento de água, coleta de lixo, esgotamento sanitário, iluminação pública, fornecimento de energia e calçadas);
8. A sensação de segurança tem correlações significativas positivas com a satisfação com: ventilação, poluição do ar, iluminação pública, fornecimento de energia, espaços verdes, trânsito, calçadas;
9. As condições gerais da moradia apresentam correlações com significativas positivas com a satisfação com: espaço interno, condições da fundação residência, ventilação, vizinhos,

poluição do ar, violência ou vandalismo, aspectos da infraestrutura básica (fornecimento de água, coleta de lixo, esgotamento sanitário, iluminação pública, fornecimento de energia, calçadas);

10. As condições gerais do bairro tem correlações significativas positivas com praticamente todos os aspectos do lugar, as correlações não significativas apenas com limpeza urbana e esgotamento sanitário;

11. A qualidade de vida (score de seus componentes principais) apresenta correlações significativas com quase todos aspectos do lugar, com exceção da espaços verdes, comércio e serviços e transportes, cujas correlações não são significativas. Dentre as correlações significativas são mais intensas as correlações da qualidade de vida com as variáveis: espaço interno e fundação da residência e violência e vandalismo.

Com base nos critérios de Kaiser do autovalor (“*eigenvalue*”) maior que 1 e de Cattell posição antes da inflexão, verifica-se que 9 fatores os contemplam, cujos fatores explicam 68,376% da variância total (quadro 51). Logo, tais fatores foram inicialmente considerados. Contudo, ao considerar as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax (rotação ortogonal), determinou-se e renomeou-se tais fatores, derivados das variáveis originais, reduzindo os fatores relacionados às condições do meio mais relevantes para a qualidade de vida.

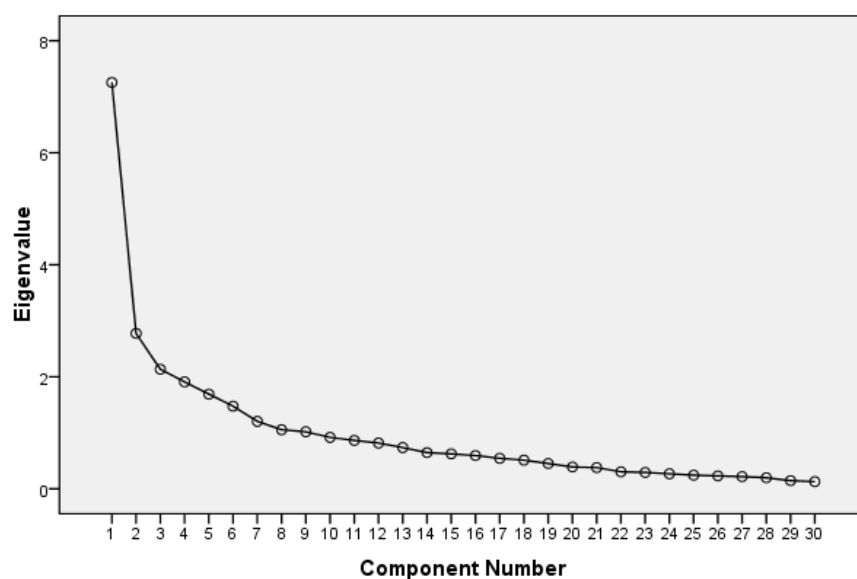
Conforme o quadro 52, entre os 9 fatores principais, 3 referem-se aos inerentes a qualidade de vida (condições socioeconômicas, estado emocional e saúde e segurança e condições do bairro) e 5 as condições do lugar que são mais importante para a qualidade de vida. Estes últimos foram agrupados em: infraestrutura urbana básica (fornecimento de água, coleta de lixo, esgotamento sanitário, iluminação pública, fornecimento de energia, transportes), condições da habitação (espaço interno, condições da fundação residência, ventilação), poluição (do ar e sonora, violência e vandalismo ), espaços públicos (espaços verde e de lazer) e limpeza e vizinhos.

Destaca-se a relevância para a qualidade de vida, da infraestrutura urbana básica, condições da habitação e da poluição, que contribuem, respectivamente com 12,033%, 11,179% e 7,718% da variância total.



**Quadro 51** - Fatores obedeceram ao critério de Kaiser e as respectivas variâncias

Component	Initial Eigenvalues			Component	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %		Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,256	24,187	24,187	16	,593	1,976	85,693	3,610	12,033	12,033
2	2,775	9,249	33,436	17	,544	1,813	87,505	3,354	11,179	23,212
3	2,134	7,112	40,548	18	,511	1,703	89,208	2,315	7,718	30,930
4	1,909	6,362	46,910	19	,451	1,502	90,710	2,215	7,383	38,313
5	1,690	5,634	52,543	20	,389	1,298	92,008	2,159	7,197	45,510
6	1,475	4,915	57,458	21	,378	1,259	93,266	2,100	7,001	52,511
7	1,203	4,011	61,470	22	,303	1,009	94,275	1,890	6,300	58,811
8	1,054	3,512	64,982	23	,291	,971	95,246	1,521	5,071	63,882
9	1,018	3,394	68,376	24	,268	,892	96,139	1,348	4,494	68,376
10	,917	3,056	71,432	25	,242	,807	96,945			
11	,864	2,881	74,313	26	,230	,767	97,712			
12	,817	2,723	77,036	27	,216	,721	98,433			
13	,735	2,449	79,486	28	,197	,657	99,090			
14	,646	2,154	81,639	29	,145	,485	99,575			
15	,623	2,077	83,717	30	,128	,425	100,000			

**Scree Plot**

**Quadro 52** - Interações dos componente com as variáveis, segundo as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax

Variáveis	Componentes								
	1- Infraestrutura urbana básica	2-Condições da habitação	3- Poluição	4- SE*	5- Espaços públicos	6- EE**	7- SC***	8- Saúde	9- Limpeza e vizinhos
SA	-,075	,156	-,104	,074	,058	,202	-,043	,777	,003
OT	-,043	-,026	,127	-,054	,009	,855	-,141	-,082	-,005
FEL	,105	,168	-,096	,084	,024	,803	,108	,191	,125
BE	,182	,283	,098	,114	-,011	,701	,245	,204	,053
REN	,211	,508	,079	,473	-,078	,039	,208	,279	,107
HT	,023	,077	-,045	,866	,014	,037	,069	-,030	,115
CT	,139	,287	,219	,755	-,007	,046	,061	,081	-,050
SE	-,079	-,032	,288	,162	,160	,076	,588	,055	,032
CM	,125	,792	,101	,232	,026	,150	-,053	,197	-,083
CB	,168	,213	,355	,116	,275	,038	,593	,126	,157
D.a	,033	,859	,025	,002	,055	,074	,065	-,023	,067
D.b	,224	,723	,157	,128	,137	,131	-,021	,178	,119
D.c	,068	,670	,102	,123	-,197	,017	,205	-,231	,212
D.d	,146	,070	,275	,137	-,069	,237	,169	-,061	,688
D.e	,099	,162	,618	,298	,070	-,021	,212	,071	,010
D.f	,043	,075	,824	-,085	,026	,079	,028	-,086	,114
D.g	,449	-,034	,216	,297	,313	-,012	-,240	-,011	,145
D.h	,170	,339	,546	,312	,053	,098	,309	,029	-,041
D.i	,681	,207	,217	-,024	,086	-,042	-,179	,024	,087
D.j	,754	,156	-,011	-,024	-,042	,071	,203	-,066	,250
D.k	,216	,269	-,204	,003	,335	-,044	-,150	,023	,665
D.l	,629	,115	-,011	,167	,398	,050	-,175	,002	,015
D.m	,721	,000	,202	,187	,082	,198	,283	-,007	-,071
D.n	,567	,306	,196	,348	-,262	,107	-,040	-,121	,068
D.o	,082	,074	,087	,070	,816	-,001	,228	,204	,025
D.p	,169	-,073	,082	-,094	,792	,023	,153	-,096	,046
D.q	,261	,279	-,133	-,084	,317	,011	,564	-,379	-,026
D.r	,624	,046	-,253	-,043	,293	-,001	,176	,119	,053
D.s	,315	-,018	,423	-,092	,184	-,003	,243	,481	-,109
D.t	,465	,034	,187	,034	-,078	,002	,281	,356	,396

<sup>1</sup>Notas: **Variáveis da qualidade de vida:** OT= Otimismo; FEL= Felicidade; BE= Bem-estar; RE=Renda; HT=Quantidade de Horas Trabalhadas; CT=Condições do Trabalho; SA= Saúde; SE=Sensação de segurança; CM = Condições da moradia; CB=Condições do bairro. **Variáveis condições do meio:** D.a= Espaço interno da residência; D. b= Fundação, paredes, chão e telhado; D. = Ventilação; D. d=Vizinhos; D. e =Poluição do ar (fuligem trânsito, indústria); D.f = Poluição sonora (Barulho); D. g= Inundação; D.h =Violência ou vandalismo; D.i= Fornecimento de Água; D. j = Coleta de lixo; D.k =Limpeza urbana; D.l=Esgotamento sanitário; D.m= Iluminação Pública; D.n = Fornecimento de energia; D. o =Espaços verdes; D.p=Espaços para lazer/esportes; D. q = Comércio e serviços; D.r = Transportes; D.s = Trânsito; D.t = Calçadas. Foram gerados 9 novos componentes, destes 3 são da qualidade de vida, a saber: \* Aspectos socioeconômicos; \*\* Estado emocional e Saúde; \*\*\* Condições e segurança do bairro.

## 6.8. Fatores inerentes ao indivíduo e ao local: quais têm maior relevância à qualidade de vida?

Conhecidos os componentes relacionados às dimensões do indivíduo e do meio e suas correlações com a qualidade de vida, buscou-se responder ao questionamento: qual(is) destes componentes (relacionados ao ambiente ou ao indivíduo) têm maior influência na qualidade de vida? Para tal, tendo em vista adequação do dados para a análise fatorial, testes KMO (0,675), esfericidade de Bartlett (0,000) e comunalidades (em sua maioria acima de 0,6), quadro 53, e também para a análise regressão, já que os resíduos/erros apresentam distribuição normal e os valores da tolerância e do VIF, estão respectivamente acima de 0,1 e abaixo de 10,0, utilizou-se de tais métodos.

**Quadro 53 - Conformidade da matriz de dados para tratamento pela análise fatorial**

KMO and Bartlett's Test			Communalities		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,675		Initial	Extraction
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	293,269	QV	1,000	,729
	df	105	Inf <sup>1</sup>	1,000	,621
	Sig.	,000	laz <sup>2</sup>	1,000	,669
			AF <sup>3</sup>	1,000	,745
			VS <sup>4</sup>	1,000	,796
			Ali. <sup>5</sup>	1,000	,698
			Ad.P <sup>6</sup>	1,000	,702
			RS <sup>7</sup>	1,000	,455
			CH <sup>8</sup>	1,000	,669
			Conf. <sup>9</sup>	1,000	,480
			Seg. <sup>10</sup>	1,000	,694
			IF <sup>11</sup>	1,000	,588
			Pol <sup>12</sup>	1,000	,610
			EP <sup>13</sup>	1,000	,727
			Li. <sup>14</sup>	1,000	,691

<sup>1</sup>-Informação; <sup>2</sup>-lazer; <sup>3</sup>-Atividade física; <sup>4</sup>-vida social; <sup>5</sup>-Alimentação; <sup>6</sup>- Administração pública; <sup>7</sup>-Redes sociais; <sup>8</sup>-Condições da habitação ; <sup>9</sup> Confiança; <sup>10</sup>-Segurança; <sup>11</sup>-Infraestrutura; <sup>12</sup>-Poluição; <sup>13</sup>-Espaços públicos; <sup>14</sup> Limpeza.

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Para análise fatorial considerou-se a qualidade de vida (score de seus componentes) em relação aos componentes (score das variáveis que compõem cada componente previamente conhecidas) inerentes as dimensões do indivíduo tanto relacionadas ao estilo de vida (frequência em que tem acesso à: informação, lazer, atividade física, vida social, alimentação saudável ou não) como ao capital social (confiança na administração pública,

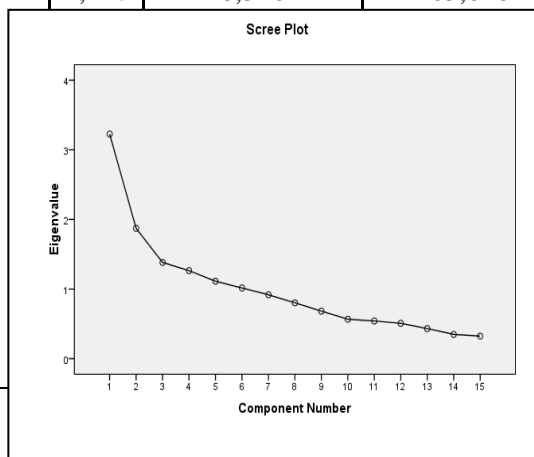
segurança pública, nas pessoas, redes sociais) e inerentes às condições do ambiente (infraestrutura, condições da habitação, poluições, espaços públicos e limpeza).

Pela análise inicial verifica-se que seis fatores obedeceram ao critério de Kaiser do autovalor (“*eigenvalue*”) maior que 1 e explicaram 65,828% da variância total (quadro 54). O *scree plot* também mostrou que tais fatores estão posicionados antes da inflexão. Acrescenta-se ainda que o componente um possui autovalor de 3,227 e explica 17,168% da variância total.

**Quadro 54** - Fatores obedeceram ao critério de Kaiser do autovalor e as respectivas variâncias que explicam.

Component	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
CA <sup>a</sup>	3,227	21,510	21,510	2,575	17,168	17,168
EV <sup>b</sup>	1,872	12,482	33,992	1,785	11,897	29,065
ASP <sup>c</sup>	1,382	9,215	43,207	1,687	11,249	40,314
AF <sup>d</sup>	1,265	8,430	51,637	1,334	8,891	49,205
EP <sup>e</sup>	1,113	7,419	59,056	1,247	8,313	57,518
Socf <sup>f</sup>	1,016	6,772	65,828	1,247	8,310	65,828
7	,918	6,119	71,946			
8	,803	5,352	77,298			
9	,683	4,554	81,852			
10	,566	3,775	85,627			
11	,542	3,612	89,239			
12	,508	3,384	92,623			
13	,433	2,885	95,508			
14	,349	2,327	97,835			
15	,325	2,165	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.



<sup>a</sup>-Condições ambientais do local; <sup>b</sup> Estilo de vida; <sup>c</sup>-Administração e segurança pública; <sup>d</sup>-Atividade física; <sup>e</sup>-Espaços públicos; <sup>f</sup>-Sociabilidade.

Tais componentes foram renomeados como: condições ambientais do local; estilo de vida; administração e segurança pública; atividade física; espaços públicos e sociabilidade, com base nas cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax, que mostra os componentes que possuem significância e as variáveis a eles ligadas, quadro 55. Logo, a componente que possui maior o autovalor refere-se às condições ambientais do meio, a segunda com maior autovalor refere-se ao estilo de vida e a terceira à administração e segurança pública.

**Quadro 55** - Interações dos componente com as variáveis, segundo as cargas fatoriais rotacionadas pelo método varimax.

	Component					
	CA <sup>a</sup>	EV <sup>b</sup>	ASP <sup>c</sup>	AF <sup>d</sup>	EP <sup>e</sup>	Soc <sup>f</sup>
QV	,726	,016	,433	-,011	-,112	,043
Inf <sup>1</sup>	-,038	,719	-,146	,277	-,062	,000
laz <sup>2</sup>	,033	,720	-,147	,167	,269	-,168
AF <sup>3</sup>	,071	,118	,062	,845	-,091	-,015
VS <sup>4</sup>	-,071	,103	-,010	,183	-,084	,860
Ali. <sup>5</sup>	-,099	,780	,061	-,152	-,160	,164
Ad.P <sup>6</sup>	-,045	-,160	,766	-,165	,239	-,061
RS <sup>7</sup>	,292	-,106	-,106	-,207	,272	,480
CH <sup>8</sup>	,795	-,032	,142	,022	-,101	,068
Conf. <sup>9</sup>	-,382	,131	-,093	,479	,207	,190
Seg. <sup>10</sup>	,251	-,034	,765	,208	,052	,000
IF <sup>11</sup>	,598	,073	-,005	-,226	,407	,091
Pol <sup>12</sup>	,476	-,209	,354	-,221	-,084	,398
EP <sup>13</sup>	,014	-,013	,260	,012	,812	-,005
Li. <sup>14</sup>	,717	-,103	-,212	,125	,314	-,087

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 15 iterations.

<sup>1</sup>-Informação; <sup>2</sup>-lazer; <sup>3</sup>-Atividade física; <sup>4</sup>-vida social; <sup>5</sup>-Alimentação; <sup>6</sup>- Administração publica; <sup>7</sup>- Redes sociais; <sup>8</sup>-Condições da habitação ; <sup>9</sup> Confiança; <sup>10</sup>-Segurança; <sup>11</sup>-Infraestrutura; <sup>12</sup>-Poluição; <sup>13</sup>-Espaços públicos; <sup>14</sup> Limpeza.

<sup>a</sup>-Condições ambientais do local; <sup>b</sup> Estilo de vida; <sup>c</sup>-Administração e segurança pública; <sup>d</sup>-Atividade física; <sup>e</sup>-Espaços públicos; <sup>f</sup>-Sociabilidade.

As análises de correlação e de regressão confirmam que são os componentes inerentes às condições do meio exercem maior influência na qualidade de vida, mais especificamente as poluições (*score* da satisfação com poluição sonora, do ar, e violência e vandalismo) e as condições da habitação (*score* da satisfação com espaço interno; fundação, paredes, chão, telhado; ventilação). Com significância de 0,000, as poluições têm correlação de Pearson  $\rho = 0,512$  com a qualidade de vida, já considerando o teste t de Student, tem-se  $t = 3,645$ . As condições da habitação com significância de 0,000 tem correlação de Pearson  $\rho = 0,546$  com a qualidade de vida, e com significância de 0,004 apresenta  $t = 2,929$  (quadro 56).

**Quadro 56** - Correlações da qualidade de vida com os componentes relacionados ao indivíduo e componentes relacionados com o meio e entre estes.

		Inf <sup>1</sup>	Laz <sup>2</sup>	AF <sup>3</sup>	VS <sup>4</sup>	Ali. <sup>5</sup>	Ad.P <sup>6</sup>	RS <sup>7</sup>	CH <sup>8</sup>	Conf. <sup>9</sup>	Seg. <sup>10</sup>	IF <sup>11</sup>	Pol <sup>12</sup>	EP <sup>13</sup>	Li. <sup>14</sup>
$\rho$	QV	-,073	-,065	,055	-,021	-,050	,213	,154	,546	-,273	,408	,365	,512	,088	,321
$\alpha$		,234	,258	,291	,418	,309	,016	,061	,000	,003	,000	,000	,000	,189	,001
$\rho$	Inf <sup>1</sup>	1,000	,433	,249	,117	,339	-,233	-,140	-,167	,213	-,090	-,007	-,197	-,111	-,044
$\alpha$		.	,000	,006	,121	,000	,009	,081	,047	,016	,184	,472	,023	,133	,329
$\rho$	Laz <sup>2</sup>	,433	1,000	,177	-,025	,309	-,181	-,041	-,059	,157	-,058	,026	-,226	,100	,048
$\alpha$		,000	.	,037	,401	,001	,034	,341	,277	,058	,282	,396	,011	,159	,315
$\rho$	AF <sup>3</sup>	,249	,177	1,000	,122	,066	-,073	-,090	,047	,152	,097	-,172	-,151	,017	,039
$\alpha$		,006	,037	.	,110	,257	,233	,185	,319	,063	,166	,042	,065	,432	,347
$\rho$	VS <sup>4</sup>	,117	-,025	,122	1,000	,148	-,136	,117	,016	,114	,011	,015	,170	-,013	-,114
$\alpha$		,121	,401	,110	.	,068	,087	,121	,435	,127	,455	,441	,044	,448	,127
$\rho$	Ali. <sup>5</sup>	,339	,309	,066	,148	1,000	-,087	-,005	-,001	,104	-,076	-,089	-,157	-,074	-,131
$\alpha$		,000	,001	,257	,068	.	,193	,480	,497	,149	,225	,186	,057	,229	,095
$\rho$	Ad.P <sup>6</sup>	-,233	-,181	-,073	-,136	-,087	1,000	,122	,081	-,099	,421	,062	,208	,239	-,013
$\alpha$		,009	,034	,233	,087	,193	.	,112	,208	,160	,000	,269	,018	,008	,449
$\rho$	RS <sup>7</sup>	-,140	-,041	-,090	,117	-,005	,122	1,000	,196	-,092	,022	,169	,211	,040	,269
$\alpha$		,081	,341	,185	,121	,480	,112	.	,024	,179	,412	,045	,017	,346	,003
$\rho$	CH <sup>8</sup>	-,167	-,059	,047	,016	-,001	,081	,196	1,000	-,213	,280	,409	,348	-,001	,433
$\alpha$		,047	,277	,319	,435	,497	,208	,024	.	,016	,002	,000	,000	,495	,000
$\rho$	Conf. <sup>9</sup>	,213	,157	,152	,114	,104	-,099	-,092	-,213	1,000	-,036	-,154	-,239	-,026	-,138
$\alpha$		,016	,058	,063	,127	,149	,160	,179	,016	.	,361	,061	,008	,399	,083
$\rho$	Seg. <sup>10</sup>	-,090	-,058	,097	,011	-,076	,421	,022	,280	-,036	1,000	,140	,268	,160	,112
$\alpha$		,184	,282	,166	,455	,225	,000	,412	,002	,361	.	,080	,003	,054	,131
$\rho$	IF <sup>11</sup>	-,007	,026	-,172	,015	-,089	,062	,169	,409	-,154	,140	1,000	,285	,260	,360
$\alpha$		,472	,396	,042	,441	,186	,269	,045	,000	,061	,080	.	,002	,004	,000
$\rho$	Pol <sup>12</sup>	-,197	-,226	-,151	,170	-,157	,208	,211	,348	-,239	,268	,285	1,000	,079	,193
$\alpha$		,023	,011	,065	,044	,057	,018	,017	,000	,008	,003	,002	.	,215	,026
$\rho$	EP <sup>13</sup>	-,111	,100	,017	-,013	-,074	,239	,040	-,001	-,026	,160	,260	,079	1,000	,146
$\alpha$		,133	,159	,432	,448	,229	,008	,346	,495	,399	,054	,004	,215	.	,071
$\rho$	Li. <sup>14</sup>	-,044	,048	,039	-,114	-,131	-,013	,269	,433	-,138	,112	,360	,193	,146	1,000
$\alpha$		,329	,315	,347	,127	,095	,449	,003	,000	,083	,131	,000	,026	,071	.

<sup>1</sup>-Informação; <sup>2</sup>-lazer; <sup>3</sup>-Atividade física; <sup>4</sup>-vida social; <sup>5</sup>-Alimentação; <sup>6</sup>- Administração pública; <sup>7</sup>-Redes sociais; <sup>8</sup>-Condições da habitação ; <sup>9</sup> Confiança nas pessoas; <sup>10</sup>-Segurança; <sup>11</sup>-Infraestrutura; <sup>12</sup>-Poluição; <sup>13</sup>-Espaços públicos; <sup>14</sup> Limpeza.

Cabe destacar que além das correlações entre a qualidade de vida e os diferentes componentes inerentes aos fatores individuais e locacionais, entre estes componentes também há importantes correlações, por exemplo: o acesso à informação tem correlações significativas positivas com lazer, atividades físicas, alimentação e confiança nas pessoas, enquanto que considerando a confiança na administração pública e poluição as correlações são negativas; o lazer tem correlações significativas negativas com poluições e positivas com alimentação; as atividades físicas têm correlações significativas negativas com infraestrutura, etc, conforme o quadro 57.

**Quadro 57** - Coeficientes dos componentes que interferem na qualidade de vida<sup>1</sup>.

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
QV (Constant)	1,515	,548		2,763	,007	,425	2,605		
Inf <sup>1</sup>	,041	,055	,070	,742	,460	-,069	,151	,643	1,554
laz <sup>2</sup>	,000	,058	,000	-,004	,997	-,116	,115	,709	1,410
AF <sup>3</sup>	,058	,047	,102	1,217	,227	-,037	,152	,806	1,241
VS <sup>4</sup>	-,066	,063	-,088	-1,058	,293	-,191	,058	,822	1,216
Ali. <sup>5</sup>	,027	,074	,031	,363	,717	-,120	,174	,781	1,281
Ad.P <sup>6</sup>	,020	,052	,034	,379	,706	-,083	,122	,694	1,440
RS <sup>7</sup>	,004	,052	,006	,079	,937	-,100	,108	,841	1,190
CH <sup>8</sup>	,213	,073	,289	2,929	,004	,069	,358	,586	1,707
Conf. <sup>9</sup>	-,122	,081	-,122	-1,505	,136	-,284	,039	,867	1,153
Seg. <sup>10</sup>	,115	,051	,201	2,249	,027	,013	,217	,715	1,398
IF <sup>11</sup>	,087	,073	,111	1,190	,237	-,058	,232	,658	1,519
Pol <sup>12</sup>	,201	,055	,330	3,645	,000	,092	,311	,694	1,441
EP <sup>13</sup>	-,005	,043	-,010	-,113	,911	-,090	,080	,799	1,252
Li. <sup>14</sup>	,030	,060	,046	,500	,619	-,090	,150	,677	1,477

Nota: <sup>1</sup> Variável Dependente: qualidade de vida

Portanto, *a priori*, a qualidade de vida depende das condições do ambiente, nomeadamente da ausência de poluições (sonora, do ar, violência e vandalismo), e de adequadas condições habitacionais (espaço interno da residência, fundação paredes, chão, telhado e ventilação). Destaca-se que, já era possível prever tal observação, afinal a casa é um dos locais mais importantes em nossa vida, “depois da pele e da roupa que vestimos, a casa é uma terceira camada da nossa vida” (habitatsaudavel.com, 2015)<sup>225</sup> sendo que a (in)adequação dessa camada, tanto em termos de estrutura física como de sua localização (vizinhança e qualidade ambiental) tem efeitos na saúde, “sendo de acordo com *Global Burden of Disease da WHO* “o quarto fator de risco previsível, atrás da hipertensão arterial, do tabaco e do álcool, enquanto que a contaminação particulada das cidades é o nono, à frente da falta de exercício e do colesterol”. conforme reconhecido por organizações com a WHO<sup>226</sup> e Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Housing and Urban Development<sup>227</sup>.

<sup>225</sup> <http://www.habitatsaudavel.com/>

<sup>226</sup> <http://habitatsaudavelblog.com/2015/05/27/o-ar-das-cidades-habitacoes-e-toxico/>

<sup>227</sup> Centers for Disease Control and Prevention and U.S. Department of Housing and Urban Development. Healthy housing reference manual. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2006. <<http://www.cdc.gov/nceh/publications/books/housing/cha05.htm>>

## 6.9. Satisfação com o lugar (habitação e bairro) e possibilidade de mudanças

Considerando como satisfação com as condições da residência o *score* das variáveis satisfação com: espaço interno da residência, fundação, paredes, chão e telhado, ventilação e como satisfação com as condições do entorno/bairro o *score* das variáveis satisfação com: vizinhos, poluição do ar e sonora, inundação, violência ou vandalismo, fornecimento de água, coleta de lixo, limpeza urbana, esgotamento sanitário, iluminação pública, fornecimento de energia, espaços verdes, espaços para lazer/esportes, comércio e serviços, transportes, trânsito, calçadas, conforto térmico, redes de internet disponíveis. Ponderou-se sobre as correlações entre tais aspectos, ou seja, se há correlação da satisfação das condições habitacionais com a satisfação com as condições do bairro e vice-versa. E também sobre as correlações destas avaliações com as possibilidades de mudanças, tanto do local de residência como de estilo de vida, e entre estes dois últimos aspectos.

Nesse sentido, verificou-se há correlações significativas positivas média entre a satisfação com a residência e a satisfação com a residência, mas não com as possibilidades de mudança. Contudo, destaca-se que caso esta correlação fosse significativa ela seria negativa, ou seja, maior satisfação implica em menor possibilidade de mudança. Para as variáveis possibilidade de mudança as correlações também são significativas positivas, mas com baixa intensidade (quadro 58).

**Quadro 58** - Correlações entre a satisfação com a residência e satisfação com o bairro e as possibilidades de mudança de estilo de vida e do local onde vive expresso pelos entrevistados segundo a escala de Likert.

		RES <sup>r</sup>	BAIR <sup>b</sup>	J.a <sup>c</sup>	J.b <sup>d</sup>
$\rho$ $\alpha$ )	RES <sup>r</sup>	1,000	,570	-,070	-,118
		.	,000	,215	,092
$\rho$ $\alpha$ )	J.2.a	-,070	,050	1,000	,224
		,215	,286	.	,005

**Notas**<sup>r</sup> Satisfação com condições da residência. <sup>b</sup> Satisfação com condições do entorno/bairro. <sup>c</sup> possibilidade de mudança do local onde vive; <sup>d</sup> possibilidade de mudança de estilo de vida.

Buscou-se também melhor compreensão das influências entres tais fatores. Os valores de Beta e t (quadro 59) mostra os fatores com influências significativas considerando, as outras variáveis como dependentes, assim tem-se que: a variável depende satisfação com aspectos da residência é influenciada pela satisfação com aspectos do bairro, do mesmo modo, que quando está é tida como variável dependente a satisfação com aspectos da residência a influencia. Tal constatação não é novidade, afinal os modelos de Campbell et al. (1976); Marans Rodgers (1975) já consideravam essa interligação da satisfação nestas escalas



(MARANS; STIMSON, 2011) ou seja, que as pessoas que sentem-se satisfeitas com a residência são mais propensas de sentirem satisfeitas com o bairro, os satisfeitos com o bairro se sentirem mais satisfeitos com a cidade e assim consecutivamente.

**Quadro 59** - Coeficientes da interferência das variáveis dependentes<sup>a</sup>.

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
RES <sup>1</sup>	1,328	,405		3,276	,001	,526	2,130		
BAIR	,806	,103	,570	7,797	,000	,602	1,011	,992	1,009
J.a	-,045	,039	-,085	-1,130	,260	-,123	,033	,946	1,058
J.b	-,037	,045	-,063	-,835	,406	-,126	,051	,944	1,059
BAI <sup>2</sup>	1,836	,251		7,328	,000	1,340	2,332		
RES	,406	,052	,574	7,797	,000	,303	,509	,984	1,016
J.a	,035	,028	,094	1,258	,211	-,020	,090	,948	1,055
J.b	-,007	,032	-,017	-,229	,819	-,070	,056	,939	1,065
J.2.a <sup>3</sup>	1,521	,943		1,613	,109	-,346	3,388		
RES	-,227	,201	-,120	-1,130	,260	-,625	,170	,669	1,495
BAIR	,356	,283	,132	1,258	,211	-,204	,915	,676	1,480
J.b	,248	,099	,219	2,508	,013	,052	,444	,986	1,014
J.b <sup>4</sup>	3,588	,776		4,624	,000	2,052	5,124		
RES	-,148	,177	-,089	-,835	,406	-,499	,203	,666	1,502
BAIR	-,057	,251	-,024	-,229	,819	-,554	,439	,667	1,498
J.a	,193	,077	,219	2,508	,013	,041	,345	,983	1,017

Notas: <sup>a</sup> As variáveis dependentes são as seguintes: <sup>1</sup>Variável dependente: satisfação com aspectos da residência; <sup>2</sup>Variável dependente: satisfação com aspectos do bairro; <sup>3</sup>Variável dependente: possibilidade de mudança do local de residência; <sup>4</sup>Variável dependente: possibilidade de mudança de estilo de vida.

A mesma situação ocorre considerando como variável dependente: as possibilidades de mudança, do local de residência e de estilo de vida. Se uma destas variáveis é dependente ela é explicada pela outra. Deste modo pode-se inferir se existe a possibilidade de mudança em um aspecto é provável que esta possa existir para outras questões.

Com relação aos componentes da qualidade de vida, quadro 60, destaca-se que a variável possibilidade de mudança do local onde vive apresenta correlação significativa, inversamente proporcional e com intensidade fraca com a satisfação com as condições gerais da moradia. Já a variável possibilidade de mudança de estilo de vida têm correlações significativas negativas com intensidade fraca com as seguintes variáveis: felicidade, bem-estar, renda, quantidade de horas trabalhadas, condições gerais da residência e do bairro e com a qualidade de vida, como o score de seus componentes.

**Quadro 60** - Correlações entre as variáveis que compõem a qualidade de vida com as possibilidades de mudança do local onde vive (J.a) e do estilo de vida (J.b) expressa pelos entrevistados segundo a escala de Likert.

	F.1		OT		FEL		BE		REN		HT		CT		SE		CM		CB		QV	
	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$		
J · a	,002	,977	,037	,597	-,077	,279	-,011	,873	-,014	,846	,043	,599	-,055	,507	,011	,881	-,171	,015	-,121	,088	-,064	,446
J · b	-,088	,215	-,030	,677	-,187	,008	-,153	,031	-,240	,001	-,206	,012	-,145	,080	-,013	,854	-,252,	000	-,156	,027	-,267	,001

**Variáveis da qualidade de vida:** OT= Otimismo; FEL= Felicidade; BE= Bem-estar; RE=Renda; HT=Quantidade de Horas Trabalhadas; CT=Condições do Trabalho; SA= Saúde; SE=Sensação de segurança; CM = Condições da moradia; CB=Condições do bairro. **Possibilidade de mudança:** J.a = do local onde vive; J.b = do estilo de vida.

Portanto, a existência de satisfação com os componentes da qualidade de vida, ou seja, se tem qualidade de vida, não pressupõe a mudança do local onde vive. O contrário, ocorre com relação a possibilidade de mudança de estilo de vida, em outras palavras, as pessoas menos satisfeitas com os diferentes aspectos que compõem a qualidade de vida (com menos qualidade de vida) têm mais possibilidades de mudança de estilo de vida.

## 6.10. As características qualitativas dos indivíduos interferem na qualidade de vida?

Para a compressão da interferência das variáveis qualitativas como sexo, cor, idade, religião, nível socioeconômico, situação socioprofissional escolaridade na qualidade de vida e em seus componentes, utilizou-se teste de correlação paramétrico de  $\rho$  de Pearson.

### 6.10.1. Sexo

Entre os sexos masculino e feminino há pouca diferença com relação a variação da correlação da qualidade de vida com seus componentes, ou seja, para ambos os sexo a qualidade de vida possui correlações significativas positivas com intensidades semelhantes, sendo essa forte para a situação socioeconômica (quadro 61). Destaca-se que, em relação ao estado emocional e condições e segurança no bairro essa correlação é mais forte para o sexo

masculino. Portanto, a variável sexo não exerce influência na variação da correlação da qualidade de vida com seus componentes.

**Quadro 61** - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com o sexo dos entrevistados.

Correlação		Masculino				Feminino			
		QV	SE	EE	CS	QV	SE	EE	CS
Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	QV	1	,836** ,000	,686** ,000	,597** ,000	1	,836** ,000	,644** ,000	,561** ,000
Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	SE	,836** ,000	1	,329** ,008	,242 ,054	,836** ,000	1	,248* ,027	,363** ,001
Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	EE	,686** ,000	,329** ,008	1	,136 ,225	,644** ,000	,248* ,027	1	,001 ,992
Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	CS	,597** ,000	,242 ,054	,136 ,225	1	,561** ,000	,363** ,001	,001 ,992	1

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### 6.10.2. Idade

Considerando as classes de idade, quadro 62, observa-se que existem algumas diferenças em relação à correlação da qualidade de vida com seus componentes, a saber:

1. para as idades entre 20 a 29 anos a qualidade de vida tem correlação significativa positiva com intensidade forte com a situação socioeconômica e com o estado emocional e saúde, com destaque para esta última componente;
2. Para as idades entre 30 a 49 e 50 a 69 a qualidade de vida tem correlações significativas positivas com os três fatores que compõem a qualidade de vida, sendo que a intensidade é mais forte com a situação socioeconômica e estado emocional;
3. Nas idades entre 70 a 79 anos a qualidade de vida tem correlações significativas positivas com os componentes estado emocional e saúde e com segurança e condições do bairro, sendo forte nesta última;
4. Por fim, para as idades 80 anos ou mais, a qualidade de vida tem correlação significativa positiva forte apenas com segurança e condições do bairro.

Em síntese, a partir dos 20 a 29, mas, sobretudo para as classes de idade de 30 a 49 e 50 a 60 anos, que abrange o período em que o indivíduo encontra-se economicamente ativo, a qualidade de vida tem correlação com os aspectos socioeconômicos, sendo que entre os 30 a 60 essa correlação torna-se mais intensa, se comparada as correlações com os demais aspectos da qualidade de vida. Após os 70 anos a correlação significativa da qualidade de vida com os aspectos socioeconômicos deixa de existir, mas em contrapartida, tornam-se significativas as correlações da qualidade de vida com a segurança e condições do bairro, qual era inexistente na faixa etária dos 20 a 29 anos. Logo, poderia afirmar que a variável idade tem influências a serem consideradas na correlação da qualidade de vida com seus componentes.

**Quadro 62** - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a idade dos entrevistados.

		$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$
		QV		SE		EE		CS	
20 A 29	QV	1		,000	,836**	,000	,858**	,309	,254
	SE	,000	,836**	1		,009	,596**	,630	-,122
	EE	,000	,858**	,009	,596**	1		,960	,010
	CS	,309	,254	,630	-,122	,960	,010	1	
30 A 49	QV	1		,000	,874**	,000	,705**	,000	,591**
	SE	,000	,874**	1		,002	,420**	,023	,325*
	EE	,000	,705**	,002	,420**	1		,303	,141
	CS	,000	,591**	,023	,325*	,303	,141	1	
50 A 69	QV	1		,000	,801**	,000	,606**	,000	,658**
	SE	,000	,801**	1		,298	,143	,001	,431**
	EE	,000	,606**	,298	,143	1		,647	,054
	CS	,000	,658**	,001	,431**	,647	,054	1	
70 A 79	QV	1		,337	,278	,002	,754**	,000	,894**
	SE	,337	,278	1		,253	-,315	,513	,191
	EE	,002	,754**	,253	-,315	1		,431	,168
	CS	,000	,894**	,513	,191	,431	,168	1	
80 OU MAIS	QV	1		,951	-,033	,990	-,007	,054	,803
	SE	,951	-,033	1		,290	-,520	,729	,183
	EE	,990	-,007	,290	-,520	1		,837	,080
	CS	,054	,803	,729	,183	,837	,080	1	

A classe de idades entre 15 a 19 anos não foi considerada, haja vista que responderam ao questionário apenas maiores de 18 anos, ou seja 5 indivíduos que não foram computados nesta análise. \*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### 6.10.3. Religião

Considerando a religião, para católicos, espíritas e evangélicos a qualidade de vida apresenta correlações significativas positivas com seus três componentes. Contudo, destaca-se que para os católicos a intensidade desta correlação é mais forte considerando a situação socioeconômica, para os espíritas é mais forte para o estados emocionais e saúde e para os evangélicos é mais fraca para a segurança e condições do bairro.

Para aqueles sem religião, mas que acreditam em Deus a qualidade de vida apresenta correlações significativas positivas com estados emocionais e saúde e com a situação socioeconômica, sendo mais forte para esta última. Já para os ateus a qualidade de vida tem correlação significativas positivas com segurança e condições do bairro e situação socioeconômica, ambas com intensidades fortes.

Entre todas as religiões verifica-se que a qualidade de vida tem correlação significativa com situação socioeconômica, cuja intensidade é maior no caso dos ateus e dos agnósticos, com  $\rho$  de 0,974 e 0,920, respectivamente. Considerando a componente estado emocional destaca-se que sua correlação com a qualidade de vida é mais intensa para os seguidores do

espiritismo. Acrescenta-se ainda que entre os espíritas as correlações da qualidade de vida com todos seus componentes (situação socioeconômica, segurança e condições do bairro) são todas altamente significativas ( $\alpha$  igual a 0,00) , assim como apresentam altas intensidades ( $\rho$  acima de 0,8) e são mais equilibradas (variam entre 0,83 – 0,9), ou seja, todas as correlações são altamente confiáveis e quase perfeitas. Já para a segurança e condições do bairro as correlações apresentam grande variação entre as religiões enquanto para os ateus são mais intensas ( $\rho$  acima de 0,9) para os evangélicos a intensidade é fraca ( $\rho$  de 0,417) quadro 63 .

Tais observações permitem que se afirme que a variável religião, apesar de relativamente pouca, exerce influencia na variação da correlação da qualidade de vida com seus componentes.

**Quadro 63** - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a religião dos entrevistados.

		$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$
		QV		SE		EE		CS	
Católico	QV		1	,000	,868**	,000	,548**	,000	,640**
	SE	,000	,868**		1	,123	,182	,000	,468**
	EE	,000	,548**	,123	,182		1	,923	,010
	CS	,000	,640**	,000	,468**	,923	,010		1
Espírita	QV		1	,000	,882**	,000	,907**	,001	,823**
	SE	,000	,882**		1	,018	,641*	,025	,616*
	EE	,000	,907**	,018	,641*		1	,062	,425
	CS	,001	,823**	,025	,616*	,062	,425		1
Evangélico	QV		1	,000	,743**	,000	,704**	,007	,417**
	SE	,000	,743**		1	,118	,248	,695	-,063
	EE	,000	,704**	,118	,248		1	,737	,048
	CS	,007	,417**	,695	-,063	,737	,048		1
Crê em Deus, mas sem religião	QV		1	,009	,920**	,036	,840*	,178	,632
	SE	,009	,920**		1	,095	,737	,380	,442
	EE	,036	,840*	,095	,737		1	,780	,109
	CS	,178	,632	,380	,442	,780	,109		1
Ateu	QV		1	,005	,974**	,072	,845	,014	,949*
	SE	,005	,974**		1	,184	,704	,002	,986**
	EE	,072	,845	,184	,704		1	,166	,646
	CS	,014	,949*	,002	,986**	,166	,646		1

As religiões afro-brasileiro, testemunha de Jeová, presbiteriano e outras, não foram consideradas, haja vista a baixa quantidade de entrevistados que declaram seguir estas religiões, o que inviabilizou computá-los nesta análise. \*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).  $\alpha$ = Sig. (2-tailed);  $\rho$ = Pearson Correlation.

#### 6.10.4. Cor/etnia

Com base na variável qualitativa “cor/etnia” verifica-se que para os autodeclarados brancos e pardos a qualidade de vida apresenta correlações significativas positivas com todas suas componentes, cuja amplitude de intensidade não apresenta grande entre tais componentes. Já para os autodeclarados negros há correlações significativas positivas da qualidade de vida com segurança e condições no bairro e condição socioeconômica, sendo a intensidade desta última bastante forte.

Sumariamente, em razão da pouca diferença de comportamento da correlação da qualidade de vida com seus componentes, poderia afirmar que a variável cor/etnia não tem influência a ser considerada, como pode ser visto no quadro 64.

**Quadro 64** - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a cor/etnia dos entrevistados.

		$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$
		QV		SE		EE		CS	
Branco	QV		1	,000	,795**	,000	,636**	,000	,541**
	SE	,000	,795**		1	,113	,182	,043	,231*
	EE	,000	,636**	,113	,182		1	,594	,052
	CS	,000	,541**	,043	,231*	,594	,052		1
Negro	QV		1	,000	,921**	,017	,606*	,005	,685**
	SE	,000	,921**		1	,166	,377	,043	,527*
	EE	,017	,606*	,166	,377		1	,262	-,263
	CS	,005	,685**	,043	,527*	,262	-,263		1
Pardo	QV		1	,000	,837**	,000	,744**	,000	,576**
	SE	,000	,837**		1	,003	,413**	,062	,269
	EE	,000	,744**	,003	,413**		1	,136	,181
	CS	,000	,576**	,062	,269	,136	,181		1

Apenas um entrevistado se autodeclarou ser de cor amarela e nenhum se autodeclarou indígena, por isso estas não foram computadas nesta análise. \*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).  $\alpha$  = Sig. (2-tailed);  $\rho$  = Pearson Correlation.

#### 6.10.5. Escolaridade

Entre os diferentes níveis de escolaridade existem algumas diferenças da correlação da qualidade de vida com seus componentes. Verifica-se que para aqueles com baixa escolaridade, que apenas sabem ler e escrever, a qualidade de vida em sua totalidade não possui correlações significativas com nenhuma componente de suas componentes, enquanto para os níveis de instrução ensino fundamental (1 e 2) e ensino médio, a qualidade de vida tem correlações significativas positivas, com intensidade de média a forte, com todos os seus componentes, com destaque para a situação socioeconômica que, nesses três níveis de ensino, apresenta correlações com intensidade forte (quadro 65).

**Quadro 65** - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a escolaridade dos entrevistados.

		$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$
		QV		SE		EE		CS	
Saber ler e escrever	QV		1	,879	-,189	,121	,982	,212	,945
	SE	,879	-,189		1	1,000	,000	,667	-,500
	EE	,121	,982	1,000	,000		1	,333	,866
	CS	,212	,945	,667	-,500	,333	,866		1
Ens. Fund.1	QV		1	,000	,829**	,005	,494**	,008	,469**
	SE	,000	,829**		1	,584	,102	,307	,190
	EE	,005	,494**	,584	,102		1	,829	-,033
	CS	,008	,469**	,307	,190	,829	-,033		1
Ens. Fund.2	QV		1	,000	,804**	,002	,618**	,000	,685**
	SE	,000	,804**		1	,484	,150	,057	,394
	EE	,002	,618**	,484	,150		1	,303	,188
	CS	,000	,685**	,057	,394	,303	,188		1
Ens. Médio	QV		1	,000	,909**	,000	,717**	,000	,669**
	SE	,000	,909**		1	,001	,466**	,000	,571**
	EE	,000	,717**	,001	,466**		1	,488	,088
	CS	,000	,669**	,000	,571**	,488	,088		1
Ens. Superior	QV		1	,000	,802**	,000	,829**	,063	,386
	SE	,000	,802**		1	,015	,481*	,913	-,024
	EE	,000	,829**	,015	,481*		1	,996	,001
	CS	,063	,386	,913	-,024	,996	,001		1
Especialização	QV		1	,000	,862**	,002	,788**	,182	,413
	SE	,000	,862**		1	,094	,505	,843	,064
	EE	,002	,788**	,094	,505		1	,374	,238
	CS	,182	,413	,843	,064	,374	,238		1

Os níveis de escolaridade mestrado e doutorado, assim com as pessoas que declararam não saber ler nem escrever não foram consideradas, haja vista a baixa quantidade de entrevistados que declaram possuir tais níveis de escolaridade, o que inviabilizou computá-los nesta análise. \*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).  $\alpha$  = Sig. (2-tailed);  $\rho$  = Pearson Correlation.

Considerando aqueles que têm ensino superior e especialização a qualidade de vida tem correlações significativas positivas fortes com condições socioeconômicas e estado emocional, sendo que para os com apenas ensino superior, a intensidade é maior para estado emocional e saúde ( $\rho$  acima de 0,802) enquanto que para os que têm especialização a intensidade da correlação da qualidade de vida é maior para a situação socioeconômica ( $\rho$  acima de 0,862).

Entre os níveis de escolaridade no ensino médio a intensidade das correlações da qualidade de vida com seus componentes são bastante significativas ( $\alpha$  igual a 0,00) bem como apresentam-se mais constantes, ou seja, o  $\rho$  da correlação de Pearson varia de 0,909 e 0,669. Portanto, constata-se que a variável escolaridade tem importante influência na variação da correlação da qualidade de vida com seus componentes.

Guardadas a devidas particularidades, considerando a escolaridade destaca-se que a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 64 mil domicílios, em 1.600 municípios de todo o país, entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014, aponta que pessoas com maior grau de escolaridade avaliaram melhor suas condições de saúde. De acordo com dados do referido estudo, entre os entrevistados sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, 49,2% avaliaram a própria saúde como boa ou muito boa, já no grupo com ensino superior completo, esta avaliação alcançou 84,1% de pessoas.

#### 6.10.6. Situação socioprofissional e na profissão principal

Considerando a situação socioprofissional verifica-se que existem diferenças de correlação da qualidade de vida com seus componentes. Entre os ativos, que estão ativos na profissão a qualidade de vida possui correlações significativas positivas fortes com todos seus componentes, sendo está mais intensas com a situação socioeconômica e estado emocional e saúde, com  $\rho$  da correlação de Pearson de 0,824 e 0,707, respectivamente. Já entre os que estão desempregados, verifica-se que a qualidade de vida não apresenta correlações com nenhum de seus componentes para desempregados a menos de um ano, enquanto para os que estão desempregados a mais de um ano, desemprego de longa duração, a quantidade de dados foi insuficiente para esta análise (quadro 66).

Já entre os inativos para os aposentados e pensionistas a qualidade de vida tem correlações significativas positivas com intensidade moderada/forte e forte com suas três componentes, sendo que para situação socioeconômica e segurança e condições do bairro, as intensidades são fortes com  $\rho$  da correlação de Pearson de 0,777 e 0,711, respectivamente. Esse padrão de correlação é similar para o caso das pessoas encarregadas das atividades domésticas, popularmente conhecidas como donas de casa, em que a qualidade de vida também tem correlações significativas positivas com seus três componentes, sendo a intensidade forte, com  $\rho$  da correlação de Pearson de 0,877 e 0,786, para as condições socioeconômicas e segurança e condições do bairro, respectivamente. Já para os estudantes a correlação é significativa positiva forte ( $\rho=0,965$ ) apenas para o estado emocional e saúde.

Tais constatações permitem inferir que a situação socioprofissional tem influência na variação da correlação da qualidade de vida com seus componentes.

**Quadro 66** - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a situação socioprofissional dos entrevistados.

	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$
--	----------	--------	----------	--------	----------	--------	----------	--------



			QV		SE		EE		CS	
Ativos	Ativo na prof.	QV	1		,000	,824**	,000	,707**	,000	,557**
		SE	,000	,824**		1	,001	,328**	,008	,271**
		EE	,000	,707**	,001	,328**		1	,228	,125
		CS	,000	,557**	,008	,271**	,228	,125		1
	desempregado < 1 ano	QV	1		,091	,990	,333	-,866	,333	,866
		SE	,091	,990		1	,425	-,786	,425	,786
		EE	,333	-,866	,425	-,786		1	,212	,356
		CS	,333	,866	,425	,786	,212	,356		1
	desempregado > 1 ano	QV	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>
		SE	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>
		EE	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>		1	,391	-,817
		CS	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>	,391	-,817		1
Inativos	Aposent./pensionista	QV	1		,000	,777**	,005	,530**	,000	,711**
		SE	,000	,777**		1	,925	,019	,129	,305
		EE	,005	,530**	,925	,019		1	,341	,142
		CS	,000	,711**	,129	,305	,341	,142		1
	Doméstica	QV	1		,000	,877**	,018	,642*	,001	,786**
		SE	,000	,877**		1	,364	,274	,005	,709**
		EE	,018	,642*	,364	,274		1	,766	,063
		CS	,001	,786**	,005	,709**	,766	,063		1
	Outra	QV	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>
		SE	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>
		EE	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>		1	,789	-,211
		CS	.	<sup>a</sup>	.	<sup>a</sup>	,789	-,211		1
	Estudante	QV	1		,126	,874	,035	,965*	,771	,229
		SE	,126	,874		1	,282	,718	,729	-,271
		EE	,035	,965*	,282	,718		1	,062	-,608
		CS	,771	,229	,729	-,271	,062	-,608		1

.<sup>a</sup> Valores não computados pela baixa quantidade de dados. #Outra: Inclui os aposentados com atividade. \*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).  $\alpha$  = Sig. (2-tailed);  $\rho$  = Pearson Correlation.

### 6.10.7. Situação na profissão dos ativos

Entre os ativos a situação na profissão foi outra variável considerada. Verifica-se que para quem é patrão não existem correlações significativas da qualidade de vida com seus componentes. Em contrapartida, para quem se insere nas categorias de autônomo, trabalhadores com CLT e outras (que considera os aposentados/pensionistas que continuam a trabalhar), há correlações significativas positivas da qualidade de vida com todos seus componentes, sendo que: para as condições socioeconômicas a intensidade da correlação é forte para todas essas categorias de profissionais, porém no caso dos trabalhadores com CLT o estado emocional é forte ( $\rho=0,842$ ) e a segurança e condições do bairro a correlação é fraca ( $\rho=0,347$ ); para os autônomos o  $\rho$  da correlação de Pearson de tais componentes apresentam

pouca diferença (estado emocional com  $\rho=0,649$ , e a segurança e condições do bairro com  $\rho=0,682$ ) e, por fim para a categoria outros as correlações da qualidade de vida são menos intensas com estado emocional e saúde ( $\rho=0,598$ ); e segurança e condições do bairro ( $\rho=0,680$ ), quadro 67.

**Quadro 67** - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a situação na profissão dos entrevistados ativos.

		$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$
		QV		SE		EE		CS	
Patrão	QV		1	,072	,712	,328	,436	,722	,166
	SE	,072	,712		1	,622	-,228	,623	,228
	EE	,328	,436	,622	-,228		1	,249	-,504
	CS	,722	,166	,623	,228	,249	-,504		1
Autônom.	QV		1	,000	,827**	,000	,649**	,000	,682**
	SE	,000	,827**		1	,112	,240	,003	,434**
	EE	,000	,649**	,112	,240		1	,227	,180
	CS	,000	,682**	,003	,434**	,227	,180		1
TPCO-CLT	QV		1	,000	,816**	,000	,842**	,038	,347*
	SE	,000	,816**		1	,001	,529**	,594	-,092
	EE	,000	,842**	,001	,529**		1	,269	,187
	CS	,038	,347*	,594	-,092	,269	,187		1
Func. público	QV		1	,001	,831**	,004	,758**	,097	,501
	SE	,001	,831**		1	,068	,543	,705	,122
	EE	,004	,758**	,068	,543		1	,774	-,085
	CS	,097	,501	,705	,122	,774	-,085		1
TFNR	QV		1	,425	,786	,696	,459	,030	,999*
	SE	,425	,786		1	,879	-,189	,454	,756
	EE	,696	,459	,879	-,189		1	,559	,441
	CS	,030	,999*	,454	,756	,559	,441		1
Outra	QV		1	,000	,813**	,002	,598**	,000	,680**
	SE	,000	,813**		1	,511	,135	,024	,442*
	EE	,002	,598**	,511	,135		1	,780	-,034
	CS	,000	,680**	,024	,442*	,780	-,034		1

\*Outra: Inclui os aposentados com atividade. \*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).  $\alpha$ = Sig. (2-tailed);  $\rho$ = Pearson Correlation.

Ponderando o caso de quem é funcionário público, as correlações são significativas positivas fortes para condição socioeconômica e estado emocional e saúde, com  $\rho$  de 0,831 e 0,758, respectivamente. Já para quem se insere na categoria de trabalho familiar não remunerado a qualidade de vida tem correlação significativa forte apenas com segurança e condições do bairro ( $\rho=0,999$ ).

Enfim, tal como a situação socioprofissional implica em diferenças nas correlações da qualidade de vida e suas componentes, a situação na profissão também é uma variável qualitativa que possui poder de interferência em tais correlações.

#### **6.10.8. Renda**

Ao considerar as classes de renda e, por conseguinte os estratos sociais, verifica-se que existem diferenças na correlação da qualidade de vida e seus componentes, ou seja, dependendo do estrato social um componente da qualidade de vida tem maior relevância. Contudo, obviamente neste caso, a correlação com a componente situação socioeconômica é altamente significativa e de intensidade forte para todos níveis de renda. Para demais componentes, apesar da qualidade de vida ter correlação significativa com quase todos, exceção da segurança e condições do bairro, que possui  $\alpha > 0,05$ , portanto pouca significância de correlação com a qualidade de vida nos estratos de renda de 641,00 A 1447,00 e 8697,00 A 20273,00 (quadro 68).

Destaca-se ainda que a mutualidade da intensidade das correlações entre os diferentes níveis de renda, permitem afirmar que essa variável interfere bastante na qualidade de vida.

Em síntese, dentre as variáveis qualitativas consideradas destaca-se que gênero e cor/etnia não exercem influência na correlação da qualidade de vida com seus componentes, já a religião tem influência que pode ser considerada moderada, enquanto que variáveis como idade, escolaridade, situação socioprofissional, situação na profissão principal e renda têm importante influência, que pode ser considerada forte, na correlação da qualidade de vida com seu componentes. Em seus estudos em Bogotá e Medellín, Medina; Morales e Núñez (2010) também destacam que variáveis como idade e renda são determinantes muito importantes do bem-estar subjetivo.

Além disso, se considerados aos fatores que determinam a saúde no nível do indivíduo, como idade, gênero, características genéticas, crenças de saúde e atitudes culturais, destaca-se que enquanto que para a qualidade de vida o gênero não é determinante a idade o é, sobretudo onde há envelhecimento populacional e o isolamento social, estes tornam-se segundo vários autores um dos principais problemas a serem enfrentados pelo mundo desenvolvido.

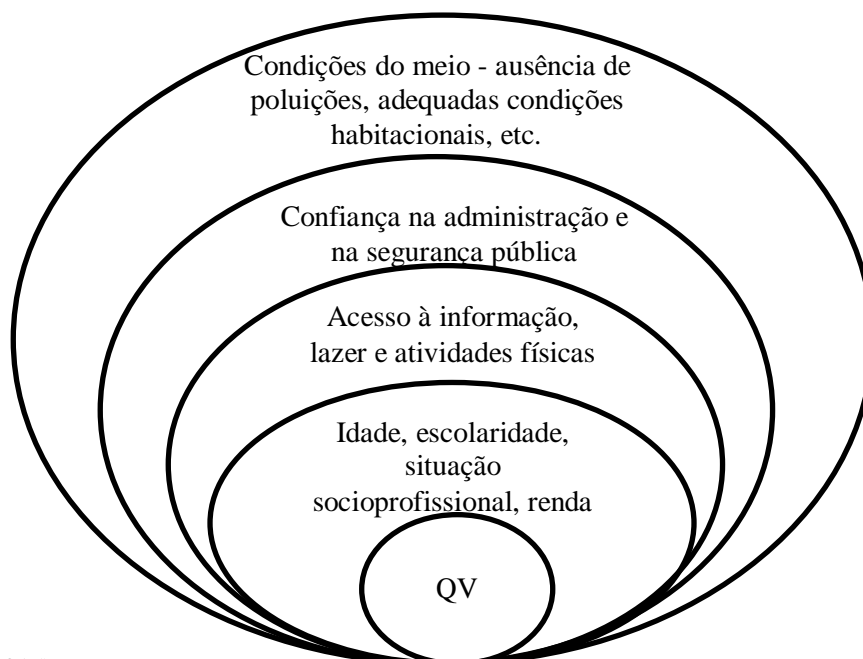
**Quadro 68** - Correlações da qualidade de vida e de seus componentes com a renda dos entrevistados.

		$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$	$\alpha$	$\rho$
		QV		SE		EE		CS	
NR/Sem renda	QV	1		,002	,869**	,010	,797*	,046	,675*
	SE	,002	,869**	1		,112	,533	,356	,350
	EE	,010	,797*	,112	,533	1		,892	,035
	CS	,046	,675*	,356	,350	,892	,035	1	
0 A 640,00	QV	1		.	1,000**	.	1,000**	.	1,000**
	SE	.	1,000**	1		.	1,000**	.	1,000**
	EE	.	1,000**	.	1,000**	1		.	1,000**
	CS	.	1,000**	.	1,000**	.	1,000**	1	
641,00 A 1447,00	QV	1		,000	,885**	,021	,488*	,552	,134
	SE	,000	,885**	1		,414	,184	,676	-,094
	EE	,021	,488*	,414	,184	1		,899	-,023
	CS	,552	,134	,676	-,094	,899	-,023	1	
1448,00 A 2409,00	QV	1		,000	,845**	,000	,603**	,000	,788**
	SE	,000	,845**	1		,288	,188	,001	,559**
	EE	,000	,603**	,288	,188	1		,044	,309*
	CS	,000	,788**	,001	,559**	,044	,309*	1	
2410,00 A 4428,00	QV	1		,000	,831**	,000	,757**	,000	,579**
	SE	,000	,831**	1		,015	,388*	,024	,357*
	EE	,000	,757**	,015	,388*	1		,365	,134
	CS	,000	,579**	,024	,357*	,365	,134	1	
4429,00 A 8696,00	QV	1		,001	,656**	,008	,564**	,008	,559**
	SE	,001	,656**	1		,780	-,063	,342	,218
	EE	,008	,564**	,780	-,063	1		,443	-,138
	CS	,008	,559**	,342	,218	,443	-,138	1	
8697,00 A 20273,0	QV	1		,000	,802**	,000	,869**	,073	,477
	SE	,000	,802**	1		,036	,543*	,906	,033
	EE	,000	,869**	,036	,543*	1		,830	,049
	CS	,073	,477	,906	,033	,830	,049	1	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).  $\alpha$  = Sig. (2-tailed);  $\rho$  = Pearson Correlation.

Enfim, considerando os fatores que influenciam na qualidade de vida, o modelo de Whitehead e Dahlgren (1991) para a determinação social da saúde pode ser adaptado para qualidade de vida, que igualmente decorre de fatores micro até os macro determinantes, conforme representado na figura 63. Neste caso, como fatores inerentes ao indivíduo destacam-se: idade, escolaridade, situação socioprofissional e renda; ao estilo de vida, o acesso à informação, lazer e atividades físicas; ao capital social, a confiança na administração e na segurança pública; e às condições do meio especialmente a ausência de poluições (sonora, do ar, violência e vandalismo), e de adequadas condições habitacionais (espaço interno da residência, fundação paredes, chão, telhado e ventilação).

**Figura 63** - Fatores que interferem na qualidade de vida.



Org. Alves (2015).

### 6.11. A distância ‘centralidade’ aos equipamentos urbanos e a qualidade de vida

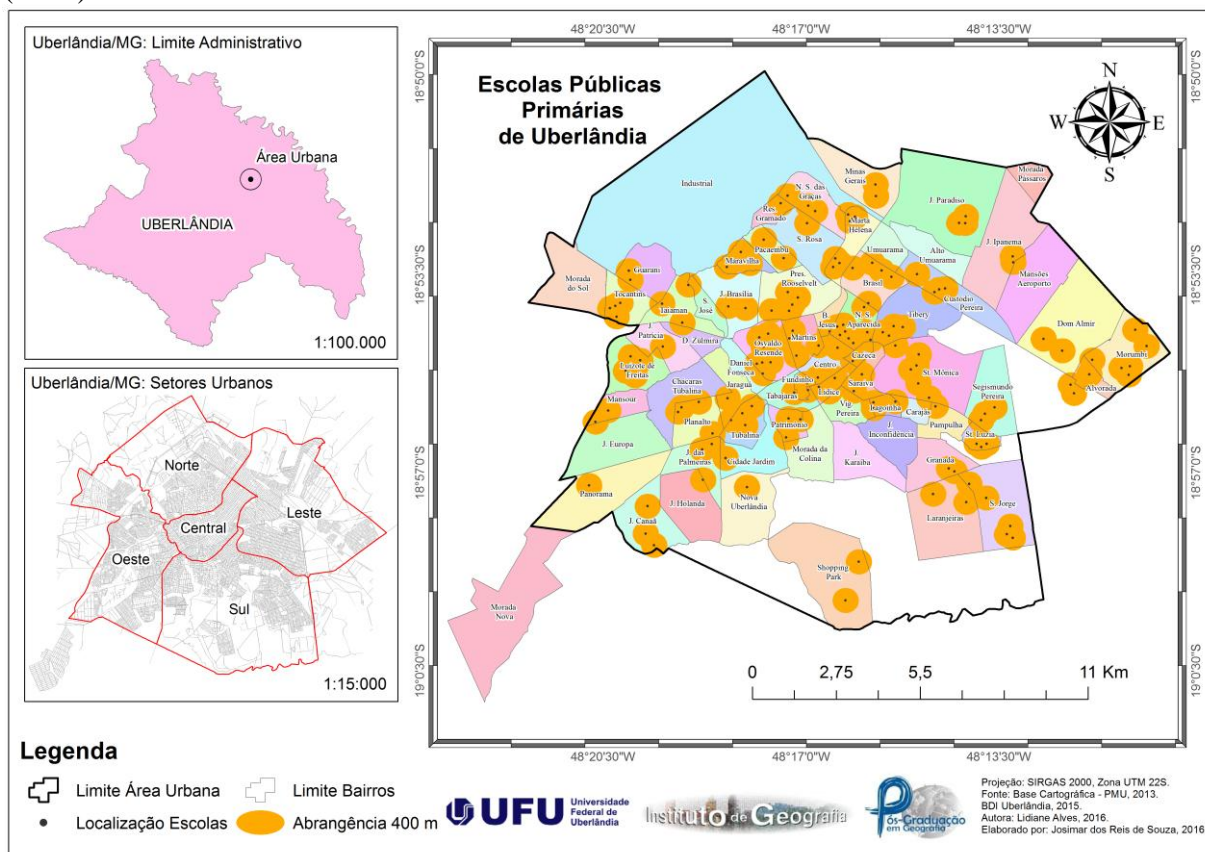
A acessibilidade possui grande importância para a qualidade de vida, sendo que como destaca Atkinson et al. (2002, p.169) os indicadores de acesso podem ser objetivo ou subjetivo, ou seja, considerar a distância ou o tempo de deslocamento. Porém, segundo o autor o indicador objetivo, a distância é uma questão muito relativa, difícil de especificar, porque não captura toda a variedade das circunstâncias locais, sendo mais apropriado considerar o tempo necessário para acessar um determinado serviço, o que por sua vez, depende dos modos de transporte disponíveis. No caso dos transportes públicos também é preciso considerar aqueles indicadores de acessibilidade, neste sentido a França inclui como um indicador uma distância de dez minutos a pé até os transportes públicos.

O guia Assentamentos Sustentáveis sugere as seguintes distâncias ideais para os serviços urbanos: para escolas primárias 400-600m; para lojas locais 400-800m; para área de recreação e lazer 800-1000m; 1500-2000m para o ensino secundário; e para o centro de distrito e centros de lazer 1500-2000m. (BARTON, 2000). Considerando a combinação distância e tempo de deslocamento até os serviços segundo Carstens (1993); Tolley (2003) apud Santinha e Marques (2013) o ideal seria uma distância de 400m para os serviços de

necessidades básicas, distância que seria percorrida em cerca de cinco minutos e de 800m, percorriéis em dez minutos para outros serviços.

A espacialização dos estabelecimentos públicos de educação primária em Uberlândia, e seu raio de influência, considerando uma distância de 400m, encontra-se representada no mapa 8. Observa-se pelo mapa e pelos apêndices 2 e 3, que o setor Central é aquele com maior concentração de escolas, que também apresentam as melhores avaliações do IDEB. Entre os bairros pesquisados observa-se que em meio aos de maiores renda como o Alto Umuarama, Cidade Jardim e Jardim Karaíba, não há escolas primárias públicas, o que neste caso não tem grande interferência negativa para a qualidade de vida. No entanto, no caso dos bairros de menor renda e periféricos como o Shopping Park a baixa quantidade de escolas deve ser motivo de preocupação.

**Mapa 8 - Uberlândia (MG): Localização e área de abrangência das escolas públicas primárias (2015).**

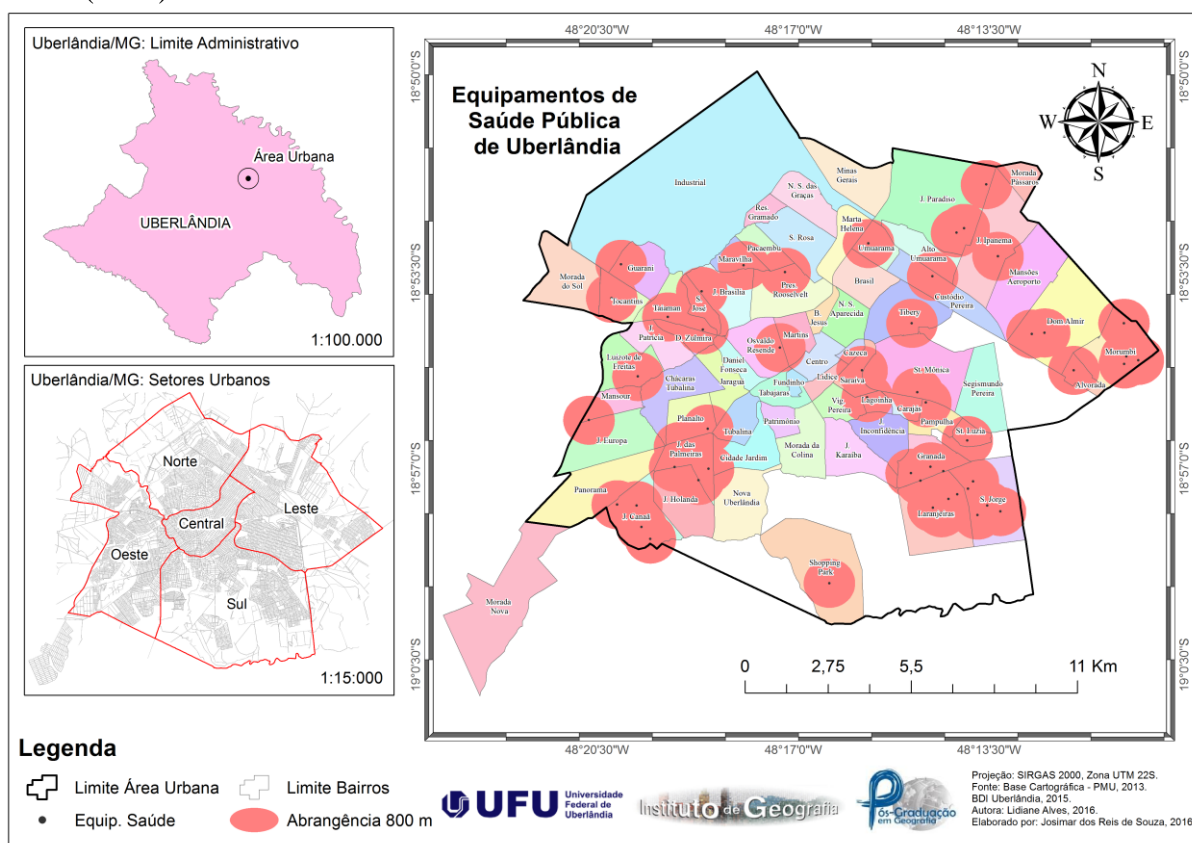


Para os estabelecimentos de saúde, equipamentos de lazer e segurança, considerou para a análise no contexto de Uberlândia-MG um raio de influência de 800m, haja vista que o uso destes é menos frequente. Além disso, considera-se que em grande parte das situações o

deslocamento até tais estabelecimentos, especialmente os de saúde e lazer, podem ser feitos a pé ou bicicleta, portanto beneficiando a saúde.

No caso do estabelecimentos públicos de saúde, mapa 9, observa-se que encontram-se distribuídos por todo o tecido urbano de modo relativamente homogêneo, ou seja, todos os bairros e setores da cidade possuem estabelecimentos públicos de saúde, em sua maioria a uma distância percorrida a pé. Destaca-se que com exceção dos doentes crônicos (diabéticos, hipertensos, etc) que necessitam de acompanhamento mais frequente, o uso destes estabelecimentos é pouco frequente.

**Mapa 9 - Uberlândia (MG): Localização e área de abrangência dos equipamentos públicos de saúde (2015).**



Conforme explica Rodrigues (2013, p.165) o acesso à atenção primária à saúde, ocorre a partir de “três modalidades de serviços de saúde, a saber: Unidade de Atendimento Integrado (UAI)s<sup>228</sup>; Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS) e Unidades de Atenção

<sup>228</sup>As Uai's são unidades mistas, com Atendimento Ambulatorial na Atenção Básica e Pronto Atendimento funcionando 24 horas por dia todos os dias da semana. Elas oferece elas oferecem consultas especializadas, como: Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Infantil, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Urologia. (PMU, 2015).

Primária de Saúde da Família (UAPSF)”. As 9 UAPS estão localizadas nos bairros: Brasil, Custódio Pereira, Dona Zulmira, Guarani, Nossa Senhora das Graças, Patrimônio, Santa Rosa e Tocantins; as 36 UAPSF estão localizadas em diferentes bairros da cidade, cuja área de atuação é definida pela homogeneidade socioeconômico-sanitária, e as 8 UAI’s, Pampulha, Tibery, Planalto, Luizote, Roosevelt, Martins, Morumbi (pronto atendimento) e São Jorge, localizadas no bairro de mesmo nome.

Com relação a área de abrangência das unidades de saúde, Rodrigues (2013) esclarece que “cada unidade de saúde é responsável pela saúde de todos os habitantes de uma determinada região da cidade, chamada de área de abrangência. Todo planejamento das ações de saúde da unidade deve ser direcionado para esta comunidade, obedecendo as situações socioeconômicas e priorizando grupos de risco”. Sendo que, o atendimento deve iniciar nas UAPS, que são as unidades básicas de atendimento aos usuários do SUS em Uberlândia, nas quais a comunidade deverá conseguir resolver a maioria dos problemas. Na ausência destas unidades, encaminhado por estas em função do grau de complexidade o cidadão passa a ser atendido nas UAI’s, que consideram o endereço do cidadão como referência para o seu atendimento sendo que, na falta da especialidade requerida o paciente, no caso da UAI ter sido a “porta de entrada”, este é encaminhado para outra UAI que possui atendimento de tal especialidade.

Enfim, na perspectiva da saúde, conforme já apontado no capítulo 5, bem como ao observar a espacialização dos estabelecimentos no tecido urbano, as condições são razoáveis, mas um olhar mais acurado, considerando a opinião da população pode revelar problemas e mostrar que ainda é preciso muito investimento, especialmente na APS.

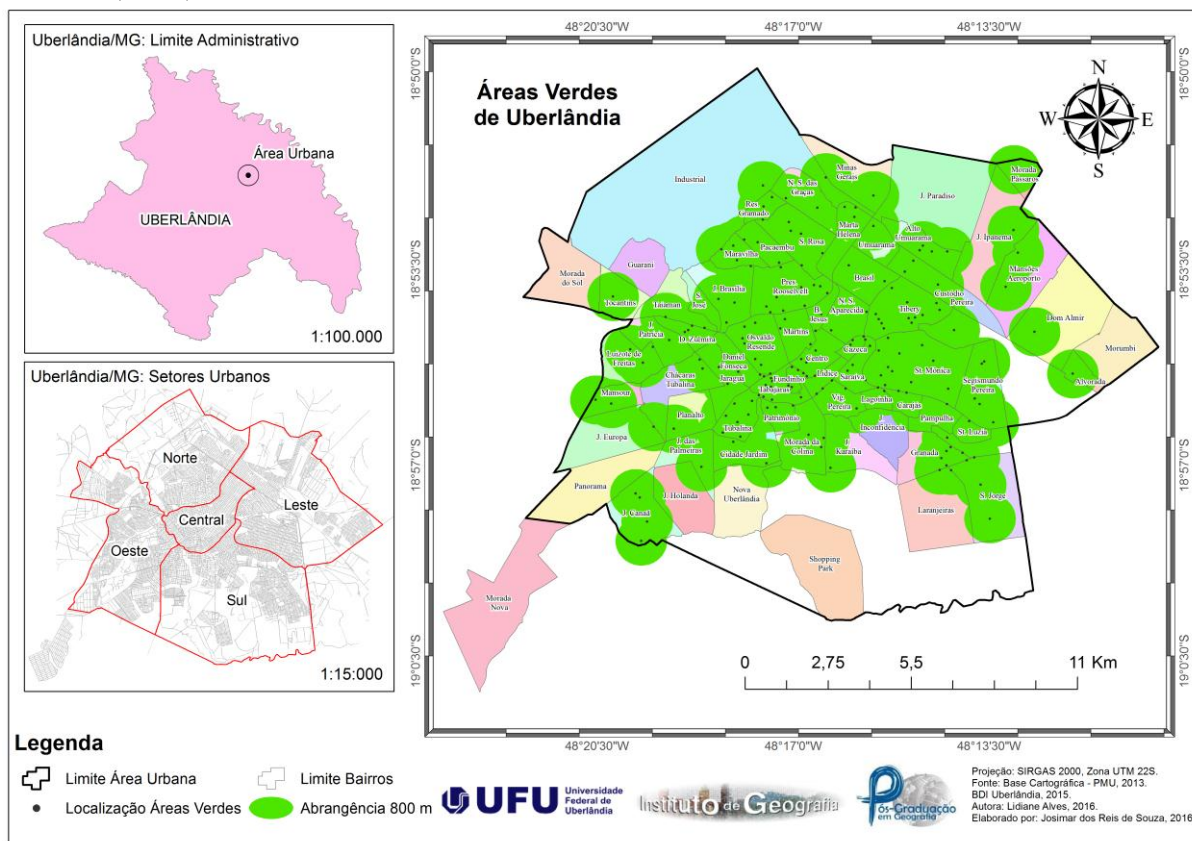
A espacialização e área de influência dos equipamentos de lazer, nomeadamente as praças e parques, encontra-se representada no mapa 10. Ao observar o este mapa verifica-se que a concentração de tais equipamentos é maior nos bairros mais centrais. Além de ser quantitativamente superior, a qualidade destes equipamentos também é maior nestes bairros. Geralmente são utilizados para a realização de eventos culturais como feiras com barraquinhas de artesanato e apresentações, nos finais de semana, enquanto que nos demais dias, sobretudo no início da manhã e final da tarde, são usadas para a prática de atividades físicas.

Por outro lado, geralmente nos bairros periféricos além de serem em menor quantidade, a qualidade de tais equipamentos também é precária. Se considerados os bairros mais periféricos onde foram aplicados os questionários tem-se que em muitos deles não existem equipamentos de lazer próximos, como exemplo, pode-se citar o bairro Dom Almir



que possui apenas uma praça, que, no entanto, fica longe para muitos moradores. Neste caso observa-se a adaptação de terrenos vagos para a prática de esportes.

**Mapa 10 - Uberlândia (MG): Localização e área de abrangência dos equipamentos públicos de lazer (2015).**

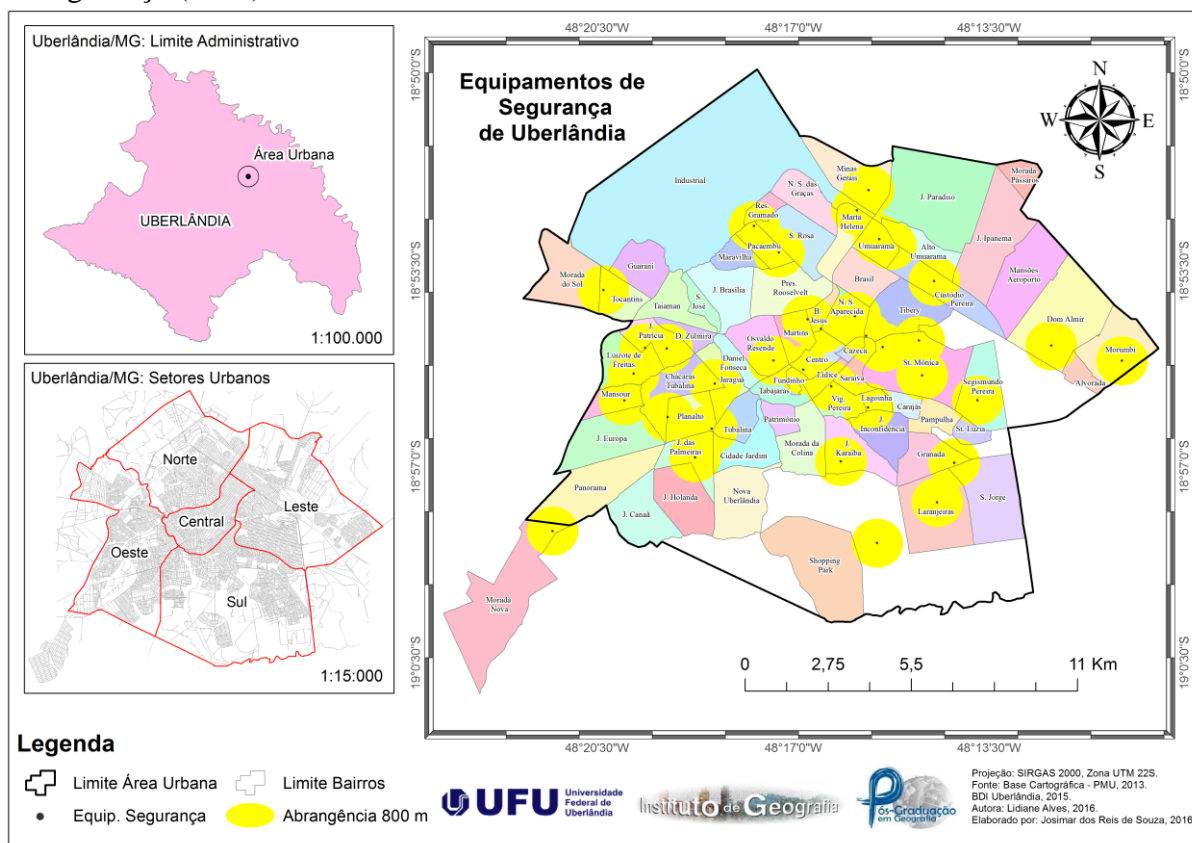


Com foco nos equipamentos de segurança cuja espacialização tem como base a criminalidade conforme abordado no capítulo 5, observa-se no mapa 11, referente à espacialização e área de influência dos mesmos, que são em quantidade relativamente baixa, de modo que grande parte do território da cidade, inclusive a área total de alguns bairros distam mais de 800m de tais equipamentos. Neste sentido, destacam-se as contribuições do estudo de Santos (2012) sobre a criminalidade violenta em Uberlândia. A autora verificou a partir da aplicação de questionários que a população sente-se insegura, dentre outros fatores pela percepção da ausência, ineficiência ou insuficiência dos elementos que configuram a segurança, como o policiamento e a presença de equipamentos de segurança pública.

Contudo, destaca-se que para além da presença dos equipamentos, que ainda carecem de melhorias em termos quantitativos, concorda-se com Santos (2012) sobre a importância das ações com a participação social, tanto para a aproximação da polícia à comunidade como

para o estabelecimento de elos de cooperação e solidariedade entre os moradores, no sentido de buscar pela minimização das situações que favorecem a ocorrência da criminalidade. No contexto de Uberlândia são importantes neste sentido, além da filosofia dos Postos de Policiamento Comunitário, os programas Fica Vivo (comportamento social) e o Sistema Olho Vivo (videomonitoramento).

**Mapa 11** - Uberlândia (MG): Localização e área de abrangência dos equipamentos públicos de segurança (2015).



Como alertou Atkinson et al. (2002, p.169) é preciso ter em mente que distância e tempo de deslocamento podem não ser as únicas barreiras ao acesso. Tais barreiras podem ser a qualidade do serviço, seu horário de funcionamento, sua capacidade para a realização determinadas atividades, por exemplo, um hospital que não realiza serviços de médias e altas complexidades, e a escolha (voluntária ou não) do indivíduo para a sua localização geográfica. A partir destas ponderações o autor propõe que parte destas questões seriam evitadas se considerada a (in)satisfação dos indivíduos com o acesso aos serviços.

Ao considerar o tempo de deslocamento em relação ao meio de transporte utilizado, quadro 69, verifica-se que a maior parte dos entrevistados gasta nos deslocamentos entre 0 a

15 minutos (31,7%) e 31 a 60 minutos (27,7%), sendo a proporção dos que disseram gastar entre 61 e 90 minutos em seus deslocamento a menor (4,5%).

**Quadro 69 - Uberlândia (MG): Tempo gasto nos deslocamentos rotineiros.**

	NS/NR <sup>a</sup>	Nenhum <sup>b</sup>	Menos de 15 minutos	de 16-30 minutos	de 31-60 minutos	61-90 minutos	Total
<b>Abs.</b>	26	11	64	56	36	9	202
<b>%</b>	12,9	5,4	31,7	27,7	17,8	4,5	100,0

<sup>a</sup> Não sabem ou não responderam o tempo gasto nos deslocamentos rotineiros. <sup>b</sup> Porque não tem uma rotina de deslocamento ou porque realiza vários deslocamentos e por isso não consegue definir o tempo médio destes.

**Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

Os meios de transporte mais utilizados pelos entrevistados, quadro 70, são o automóvel particular, transporte público e a pé, cuja proporção de usuários é respectivamente de 43,1%, 25,7% e 19,8%.

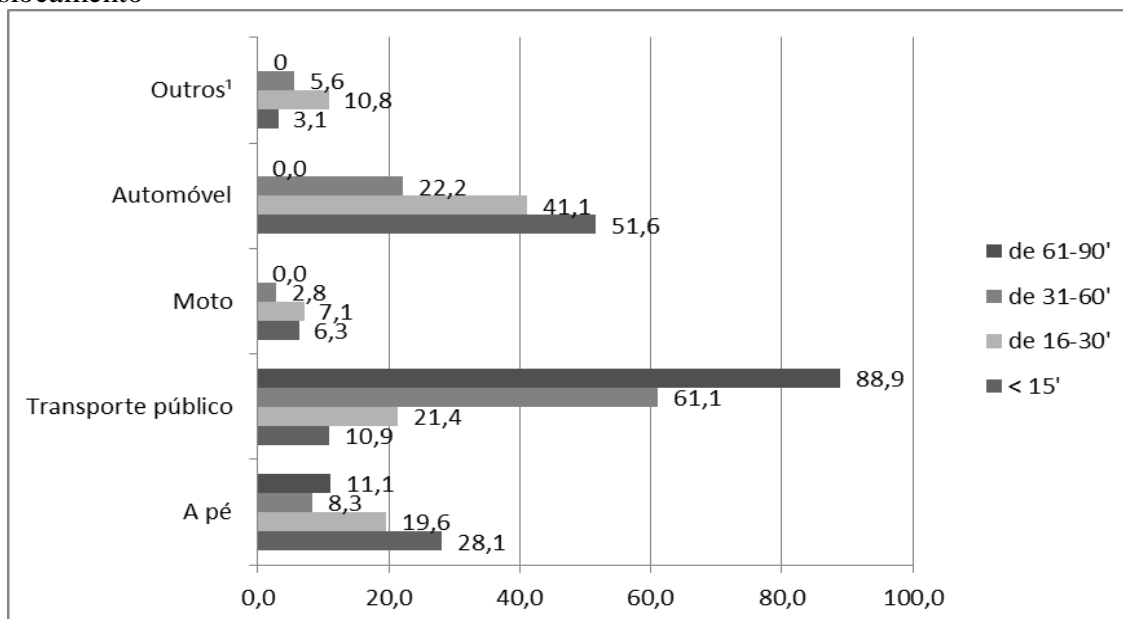
**Quadro 70 - Uberlândia (MG): Meio de transporte utilizado nos deslocamento rotineiros.**

	A pé	TP	Moto	Automóvel	Transporte empresa/escola	Bicicleta	Outros <sup>1</sup>	Total
<b>Abs</b>	40	52	12	87	3	7	1	202
<b>%</b>	19,8	25,7	5,9	43,1	1,5	3,5	0,5	100,0

<sup>1</sup>Inclui carroça e táxi. **Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

Ao considerar tempo de deslocamento em relação ao modo de transporte, gráfico 33, verifica-se que os deslocamentos com tempos mais curtos (menos de 15 e entre 16-30 minutos) são realizados, sobretudo por automóvel particular e a pé. Enquanto que os deslocamentos com tempos mais longos, acima de 30 minutos, especialmente os acima de 1 hora, são realizados principalmente por transporte público. Acrescenta-se que os deslocamentos à pé e por transporte público incluem todas as escalas de tempo consideradas, o que sugere que sejam utilizados tanto para o acesso aos serviços de necessidades básicas, que devem estar próximos à residência, neste caso acessados sobretudo a pé conforme referido por Santinha; Marques (2013), como para o acesso a serviços menos elementares.

**Gráfico 33** – Uberlândia (MG): Modo de transporte utilizado em relação ao tempo de deslocamento<sup>a-b</sup>

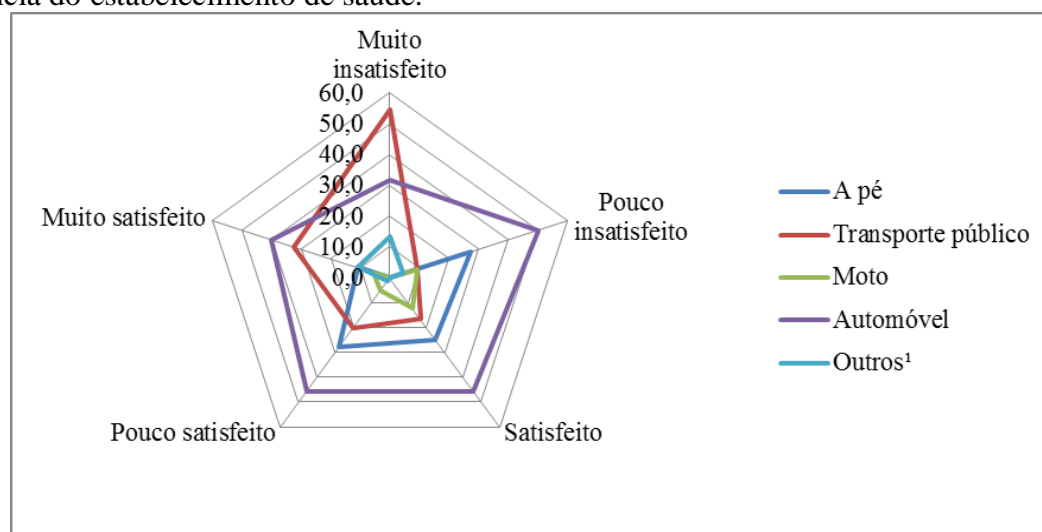


<sup>1</sup>Inclui o transporte por bicicleta, da empresa/escola e outros (táxi, carroça).<sup>a</sup> Foram considerados os entrevistados, cujo tempo de deslocamento insere em uma das categorias criadas (menos de 15 minutos, de 16 a 30, de 31 a 60 e de 61 a 90 minutos). <sup>b</sup> Não foram considerados os entrevistados que sabem ou não responderam o tempo gasto nos deslocamentos rotineiros, nem os que não têm uma rotina de deslocamento porque realiza vários deslocamentos e por isso não consegue definir o tempo médio destes. **Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

Na perspectiva da (in)satisfação dos indivíduos com o acesso aos serviços básicos foram analisados o caso da saúde e da educação, em relação ao meio de transporte utilizado e ao tempo de deslocamento. Considerando a saúde, que como recomenda a WHO deve ser reorientada para o auto-cuidado e co-produção e também que o cuidado seja relocado para “tão perto de casa quanto seja possível e para fazê-lo rentável” (WHO, 2012a apud WHO, 2013, p.39).

No gráfico 34 verifica-se que no caso do acesso aos serviços de saúde com relação ao meio de transporte utilizados, os usuários do transporte público são mais insatisfeitos, enquanto que são mais satisfeitos aqueles que acessam os estabelecimentos de saúde a pé. Para os usuários de automóvel particular não há predomínio da satisfação ou insatisfação.

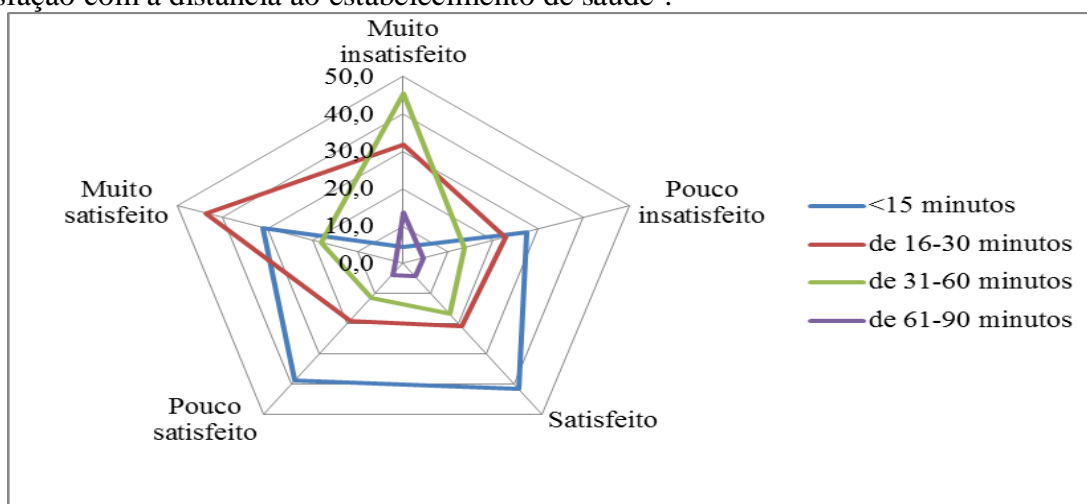
**Gráfico 34** – Uberlândia (MG): Meio de transporte utilizado em relação à satisfação com a distância do estabelecimento de saúde.



¹Inclui o transporte por bicicleta, da empresa/escola e outros (táxi, carroça). **Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

Considerando o tempo de deslocamento, gráfico 35, verifica-se que são mais satisfeitos aqueles que gastam menos tempo no deslocamento, enquanto maior tempo de deslocamento está associado à maior insatisfação. Nos extremos, os muitos satisfeitos com a distância da residência com o estabelecimento de saúde gastam entre 16 e 30 para acessar tal serviço, e os muito insatisfeitos gastam entre 31 e 60 minutos no deslocamento.

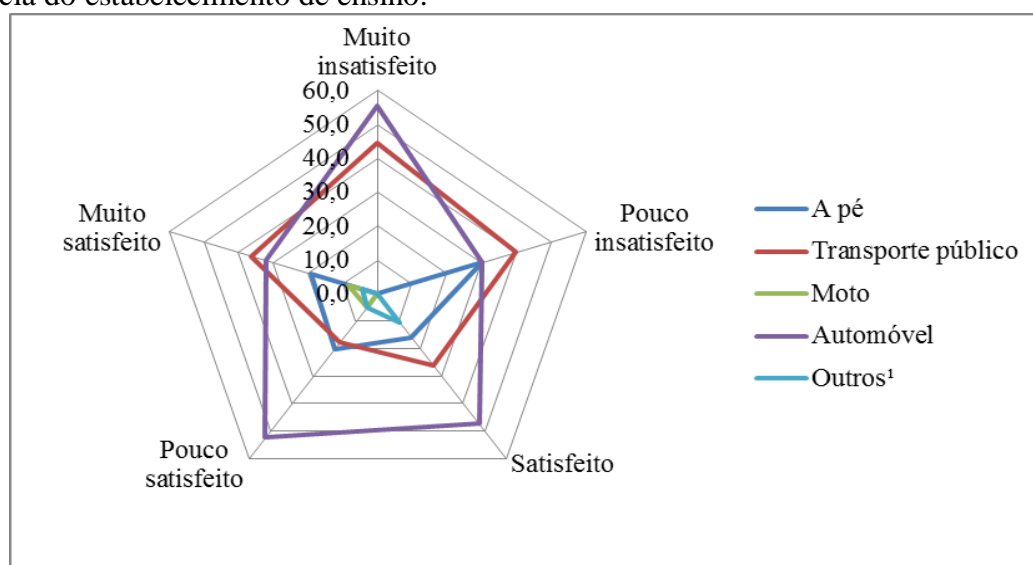
**Gráfico 35** – Uberlândia (MG): Tempo de deslocamento por satisfação em relação a satisfação com a distância ao estabelecimento de saúde<sup>b</sup>.



<sup>b</sup> Não foram considerados os entrevistados que sabem ou não responderam o tempo gasto nos deslocamentos rotineiros, nem os que não têm uma rotina de deslocamento porque realiza vários deslocamentos e por isso não consegue definir o tempo médio destes. **Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

Para a satisfação em relação ao acesso aos estabelecimentos de ensino foram considerados apenas os entrevistados que são estudantes ou que tem no agregado familiar estudantes sob sua responsabilidade, assim, do total de 202 entrevistados, 125 (62%) expressaram a satisfação para a distância ao estabelecimento de ensino. Com base no meio de transporte utilizado, conforme o gráfico 36, entre os usuários de automóvel particular não há grandes diferença em relação à satisfação com a distância da residência ao estabelecimento de ensino. Considerando aqueles que acessam o estabelecimento de ensino a pé, o grau de satisfação é maior, enquanto que para os usuários de transportes públicos é maior o grau de insatisfação.

**Gráfico 36** – Uberlândia (MG): Meio de transporte utilizado em relação à satisfação com a distância do estabelecimento de ensino.



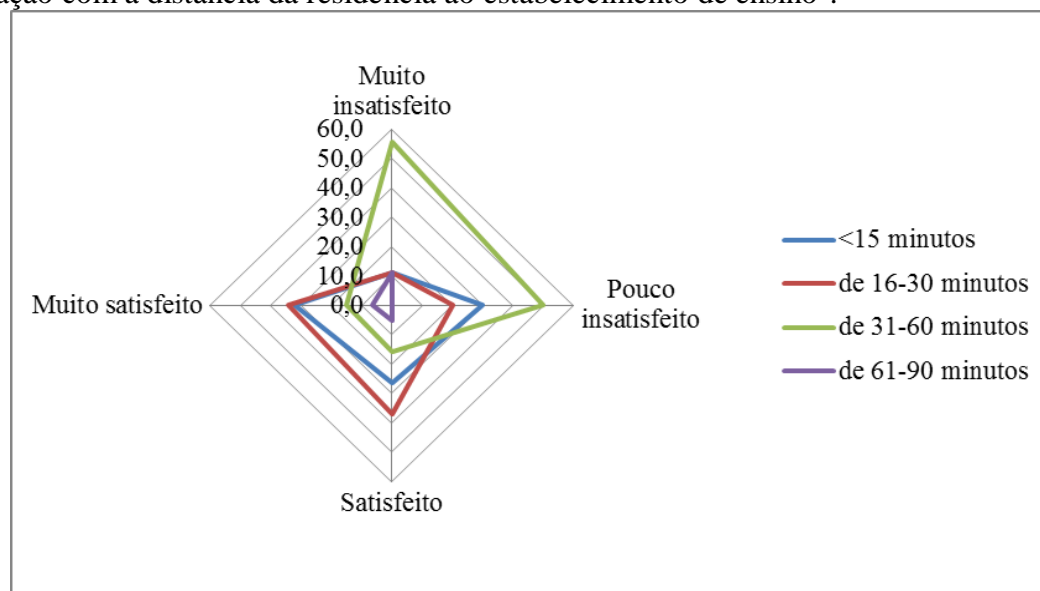
<sup>1</sup>Inclui o transporte por bicicleta, da empresa/escola e outros (táxi, carroça). **Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

Tendo em conta o tempo de deslocamento em relação à satisfação com a distância da residência ao estabelecimento de ensino, gráfico 37, verifica-se que os menores tempos de deslocamento implicam em maior grau de satisfação. Sendo que os deslocamentos acima de 30 minutos relacionados com a insatisfação, especialmente em alta intensidade.

Tais evidências servem para reforçar que os estabelecimentos de educação, de saúde, nomeadamente os de atenção básica, de lazer bem como de segurança devem estar razoavelmente próximos aos usuários, passíveis de serem acessados preferencialmente a pé ou pelo transporte público com tempo de deslocamento inferior a 15 minutos. Sobre tudo considerando os estabelecimentos de educação, com destaque para a educação básica, a oferta em pequena distância da residência tem grande importância para a qualidade de vida e, por conseguinte para a construção de cidades saudáveis. Afinal, conforme destacam Mulligan e

Carruthers (2011) com base em Glaeser; Kohlhase (2004); Rosiers et al. (2005); Partridge et al. (2008) é reconhecido por cientistas sociais que a acessibilidade, por si só afeta uma ampla gama de questões sociais e econômicas em diferentes escalas espaciais.

**Gráfico 37** – Uberlândia (MG): Tempo de deslocamento por satisfação em relação a satisfação com a distância da residência ao estabelecimento de ensino<sup>b</sup>.



<sup>b</sup>Não foram considerados os entrevistados que sabem ou não responderam o tempo gasto nos deslocamentos rotineiros, nem os que não têm uma rotina de deslocamento porque realiza vários deslocamentos e por isso não consegue definir o tempo médio destes. **Fonte:** Inquérito, 2015. **Org.** Alves (2015).

Portanto, ao considerar a qualidade de vida, em sua complexidade, tem-se que esta é condicionada por uma série de elementos, sendo que, de maneira geral não há a possibilidade de determinar a preponderância da dimensão objetiva sobre a subjetiva. Contudo, as condições básicas à vida, parâmetros materiais e universais, que devem ser ofertados, e consequentemente acessados pela população, podem ser a primeira aproximação do que é a qualidade de vida, especialmente na perspectiva de que esta relaciona-se com a saúde que, em grande medida é consonante com as condições do ambiente em que se vive.

Entretanto, as características pessoais implicam em variações dos "gradientes de qualidade" da vida de forma complexa, o que não permite afirmar como regra, que em áreas mais verdes, com mais infraestruturas, etc. a qualidade de vida percebida é mais alta e do que em ambientes com menos verdes e condições infraestruturais piores. Porquanto, o gozo da qualidade de vida depende, em grande medida, dos indivíduos, nomeadamente do grau de autonomia individual e coletiva que possuem. Os sentidos de conhecimento e pertencimento ao lugar onde vivem, o qual pode ser continuamente transformado a partir de relações sociais

fortalecidas, que são igualmente relevantes à qualidade de vida.

Com foco nas relações sociais, especialmente considerando a tendência de envelhecimento populacional, a que se considerar os idosos enquanto grupo prioritário para o desenvolvimento de ações com vistas a criação de laços de amizade, reforçar da convivência, proporcionar a socialização, lazer e entretenimento. Neste sentido, no caso de Uberlândia destaca-se a Rede Crescer Conviver da Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho (Sedest) e seus programas, como os de incentivo às atividades físicas e o “Trilhas da Longevidade”, que por meio de viagens visa à melhoria da qualidade de vida dos idosos com renda inferior a dois salários mínimos e assíduos na Rede Crescer Conviver.

Na tentativa de explicar essa complexidade da qualidade de vida, ao recorrer aos conceitos de ato e potência da metafísica de Aristóteles, sendo aquele o princípio ativo determinante e esta a capacidade de realização. Em um primeiro momento a qualidade de vida decorre do equilíbrio sistêmico das condições do ambiente, sendo ato, mas também potência posto que a sociedade (constituída por homens que são animais políticos)<sup>229</sup> podem transformá-la. Perspectiva semelhante à de Barcellos et al. (2002) ao considerar o espaço como produtor e produto de diferenciações. Em um segundo momento há um conjunto de possibilidades do que a qualidade de vida pode vir a ser, podendo inclusive passar, maiormente à perspectiva dos aspectos subjetivos a partir do momento em que são atendidos os anseios materiais fundamentais.

Enfim, a qualidade de vida depende do equilíbrio sistêmico das condições do ambiente, que antecede as ações individuais e coletivas, que o transforma segundo valores, habilidades, recursos e perspectivas para o futuro. Sendo a forma e grau desta transformação relacionada com autonomia individual e coletiva, sentidos de conhecimento e pertencimento ao lugar onde vivem, relações sociais etc. Tal processo é intrínseco à construção de cidades, posto que cidades são simultaneamente ato e potência, reflexos e refletidas de/em modos de vida no sentido lato, que variam de pessoa para pessoa e de lugar para lugar, bem como são percebidas de modo particular por cada indivíduo.

---

<sup>229</sup> Enquanto animal político, o homem é o único animal que possui o dom da palavra; a voz pode exprimir dor ou prazer, e os outros animais também a possuem; mas a palavra serve para exprimir o que é útil e prejudicial, justo ou injusto. Para saber mais ver: BENEVOLO, L. A Cidade na História da Europa, Ed. Presença, Lisboa 1995.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

*A qualidade não reside nas coisas nem nas pessoas, mas na relação entre elas. (RACHEL REGIS)*

Apesar da dificuldade de se chegar a uma definição exata de qualidade de vida, que é subjetiva e multidimensional, segundo Herculano (2000) parodiando a referência da poeta Cecília Meirelles à liberdade, por sua obviedade todos entendem o que é, mas ninguém sabe defini-la. A partir do entendimento do que é fundamental à qualidade de vida foi possível chegar a uma proposta de sua composição.

Em certa medida o constructo da qualidade de vida, converge com o tripé fundamental da sustentabilidade, ou seja, o econômico, o social e o ambiental. E também com a saúde, em sua perspectiva positiva, sistêmica e com múltiplos determinantes. Porquanto, estas três condições são indissociáveis, cujo entendimento depende de uma abordagem interdisciplinar.

No âmbito da saúde, por sua notabilidade, destaca-se o clássico e utópico conceito de saúde, como completo bem-estar físico e mental e não apenas ausência de doenças, continuamente reforçado e melhor compreendido, especialmente a partir do relatório Lalonde (1974) (saúde determinada por biologia humana, ambiente, hábitos/estilos de vida e organização dos serviços de saúde, sendo a prevenção e a promoção de grande importância) e das Conferências da Organização Mundial da Saúde, como a Declaração de Alma-Ata (saúde alcançada a partir da existência de boas condições sociais, ambientais e econômicas), como a Carta de Ottawa (capacidade das pessoas promoverem a saúde no cotidiano, a partir do acesso à informação, da participação pública e da adoção de estilos de vida saudáveis) ou como a Declaração de Sundsvall (interdependência e inseparabilidade da saúde e ambiente, em suas dimensões físicas e sociais). Estes referenciais internacionais servem às diversas partes do mundo, sendo que no Brasil o documento resultante da VIII Conferência Nacional de Saúde Pública e da criação do SUS, está embasado nos referidos pressupostos de saúde.

Desta forma, considerando as similaridades entre a qualidade de vida e saúde, inclusive na perspectiva de que ambas são determinadas pelas circunstâncias do ambiente, tendo até mesmo muitos de seus determinantes comuns, como as condições socioeconômicas dos indivíduos e as condições ambientais do lugar em que vivem. Para o alcance de ambas pode-se partir de uma analogia à acupuntura, em que a partir da intervenção em pontos específicos de uma determinada área se obtêm reflexos para a totalidade e também das recomendações de Buss e Pellegrini Filho (2007); Meireles, (2008) na perspectiva da saúde, mas que pode ser ampliada para a qualidade de vida. Segundo essa visão a fim de solucionar

os problemas de iniquidades em saúde/qualidade de vida é preciso intervir em pontos específicos nas diferentes áreas que determinam a saúde – ambiente, transporte, educação, assistência social, etc., combinadas com mudanças na esfera dos comportamentos individuais –alimentação, exercícios físicos, etc. Contudo, é preciso ter claro que responsabilidade pelas ações que levem a ambas as condições deve ser compartilhada pela sociedade e governo, considerando não somente a escala local, mas também as escalas sub-regional, regional, nacional, ou seja, deve existir uma integração vertical ou multinível a partir de redes e territórios. Concorde-se com Souza (2008) no sentido de que para um federalismo complexo é contraditório eleger determinada escala de ação ou mesmo reduzir-se a um culto ao localismo romântico.

No âmbito do governo urge a adoção de projeto de governança em que a intersectorialidade e a interesclaridade se façam presentes na gestão, porquanto é sabido a relevância de que a saúde seja considerada em todas as políticas públicas, considerando uma hierarquia de prioridades com base nas necessidades dos territórios.

Como destacaram Buss e Pellegrini Filho (2007) o capital social, enquanto relações de solidariedade e confiança são importante à saúde, tal como para a qualidade de vida, pois a equidade na distribuição de renda assim como as redes de coesão social possibilitam mais investimentos em capital humano e apoio social, o que impacta na saúde e, conseqüentemente na qualidade de vida. É preciso pessoas cientes de seu papel para mudanças individuais e da/na comunidade, engajadas em processos que objetivam por melhorias.

As comunalidades no embasamento da sustentabilidade, qualidade de vida, saúde, bem-estar, etc. independente do tipo de interação (modelo de atuação, componente, determinante, condição prévia) possibilitam que a atuação nos elementos basais de tais conceitos, seja com o objetivo de construção de ambientes sustentáveis, saudáveis ou com qualidade de vida, gere múltiplas interações, de modo que a partir das reciprocidades entre todos os conceitos sejam contemplados, não somente estes, mas também outros. Em outras palavras, assegurar a qualidade de vida depende de boa saúde, na perspectiva de sua construção social, o que, portanto implica em probabilidade de vida longa e sem a ocorrência de doenças evitáveis, gerando impactos no desenvolvimento socioeconômico o qual, reciprocamente, tem impactos na qualidade de vida, na saúde e na sustentabilidade. Enfim, as intervenções assim como os benefícios com vistas à saúde ou a qualidade de vida podem ser compreendidos sob o prisma da sustentabilidade e do desenvolvimento humano. Além disso, independente do objetivo pretendido (qualidade de vida, sustentabilidade, saúde, desenvolvimento humano) as ações a serem adotadas são praticamente as mesmas, assim

como pressupõe compromisso, visão de processo, abordagens integradoras, multidisciplinares e multisetoriais. Neste sentido, também tornam-se caras às soluções, noções como a de governança ou governabilidade. Afinal, como já alertado por Vlahov e Galea (2002) para a saúde urbana, apesar da ausência de uma linguagem comum e diferenças na metodologia e nos parâmetros, disciplinas complementares são necessárias para descrever quantitativa ou qualitativamente as mudanças e os processos inter-relacionados. Também é destacada a importância de parcerias academia-comunidade-governos para a compreensão do contexto local e de seus reflexos na saúde.

Igualmente fortalece tal perspectiva considerar as cidades como sistemas, onde os problemas surgem e as soluções podem ser encontradas a partir da capacidade de transformação e inovação permanentes das cidades. Além disso, um problema pode dar origem a desafios e um desafio pode igualmente envolver vários problemas; por exemplo, se o desafio consistir em assegurar a mobilidade urbana sustentável, os problemas envolvidos podem incluir a obesidade e os problemas de saúde, a segregação e a exclusão, o congestionamento de tráfego, etc. (COMISSÃO EUROPEIA, 2011).

Na atual conjuntura em que é expressivo o aumento da população urbana e da complexidade das cidades, tem se avançado na difusão do ponto de vista de cidade, como um *habitat* humano, cujos componentes possuem múltiplas interações, bem como as condições do ambiente urbano afetam em grande proporção a sustentabilidade, a saúde e a qualidade de vida. Contudo, para promover efeitos positivos as cidades precisam aproveitar a energia humana e habilidades disponíveis, reconhecendo as contribuições de todos os residentes (WHO, 1997). Tornam-se cada vez mais importantes ações de planejamento para intervenções e orientações para um modelo de cidade que considere as pessoas, ou mesmo segundo uma visão holística, integrando as dimensões sociais, econômicas, ambientais e territoriais do desenvolvimento urbano (COMISSÃO EUROPEIA, 2011).

Tais orientações não são nenhuma novidade, ao contrário trata-se da retomada de valores e modelos de planejamento do século XIX (como a concepção de rua e quarteirão do urbanismo formal) para a construção cidades que promovam a saúde, que foram esquecidos ao longo dos anos, devido à consagração das Cidades-Jardim e dos modelos de cidade funcional ou racionalista típicos do urbanismo racionalista. São retomados antigos e incorporados novos elementos como os princípios de sustentabilidade e a valorização das “dimensões dos movimentos e das necessidades do corpo humano”. Esta é uma pedra fulcral para a mudança da forma que vivemos nas cidades, que na atualidade implica em muitos dos problemas de saúde como obesidade, risco de diabetes e doenças cardiovasculares, uma

redução nas oportunidades para os contatos sociais, que interferem no bem-estar mental, entre outros problemas de saúde, cujos problemas são acumulados e interferem em outras questões da vida.

O momento é de difusão e fortalecimento da necessidade da reintegração da saúde com o planejamento urbano e de aumento de investimentos na promoção da saúde, a qual é considerada um tipo de capital humano que, como outro capital, deprecia ao longo do tempo e requer investimentos (WHO, 2012b, p.6). Exemplificam este contexto de mudanças com vistas a melhorar a qualidade dos ambientes urbanos e, conseqüentemente a qualidade de vida, o movimento da WHO da Rede Europeia Cidades Saudáveis, bem como vários outros sob diferentes denominações, como o Cidades Sustentáveis, Cidades para Pessoas, Cidades Inteligentes, etc.

Neste contexto, *Mutatis mutandis* o que disse Georges Clemenceau “a guerra é assunto muito sério para ser deixado aos militares”, repensar os modelos de cidade e reconstruí-la de modo a garantir ambientes favoráveis à saúde, à qualidade de vida, é assunto muito sério para ser deixado aos apenas aos especialistas de setores específicos, torna-se caros conceitos como “participação comunitária” e “*empowerment*”.

Conforme o relatório da Comissão Europeia (2011, p.76) as relações sociais e os padrões de mobilidade, bem como a sua utilização ou mesmo o consumo de serviços públicos, são tão importantes como os dados mais concretos relativos aos rendimentos, ao emprego e à educação. Sendo que as cidades devem desenvolver novos instrumentos que possam lidar com essas questões mais qualitativas. Logo, tornam-se cada vez mais importantes para o planejamento e gestão das cidades ferramentas como os estudos sobre a qualidade de vida urbana. Afinal, a abrangência em relação às dimensões, as formas e níveis de análise destes estudos permitem que os seus resultados sejam utilizados para fins diversos, desde os diagnósticos até os prognósticos perpassando pelo monitoramento das intervenções. Além disso, os recursos das TIC's podem potencializar ainda mais os resultados dos usos de tais estudos, tanto no sentido de facilitar a realização dos estudos, por exemplo, por meio de plataformas, como da espacialização das questões problemáticas, possibilitando analisá-las considerando as características do local e dos indivíduos, suas as prioridades e grau de satisfação. Neste sentido, destaca-se a contribuição da Geografia nos estudos sobre a qualidade de vida.

Para compreender a qualidade de vida é preciso considerar uma gama de aspectos, partindo do contexto social, político e cultural de determinada sociedade, considerando também a escala temporal, afinal a importância/valores atribuídos às coisas mudam (cada vez

mais rapidamente) ao longo dos anos. Sendo importante também que se considere os aspectos objetivos (oferta) e subjetivos (acesso), os quais podem ser aprendidos no sentido próximo ao das capacidades e funcionalidades de Sen.

Neste contexto, além de *capabilities*, que são valores intrínsecos geradores de condições para o bem-estar como o envolvimento; os meios de subsistência são formas para acesso ao emprego, a um salário, a bem materiais como moradia; também ganham destaque noções como *livelihoods*, *agency* (ou *empowerment*)/governança/território, no sentido da capacidade dos indivíduos em moldar o seu ambiente, a partir da tomada de voz para as decisões nos principais locais de alocação de recursos na sociedade: da casa, local de trabalho e em órgãos sociais UN (2013, p.162). As pessoas devem ser consideradas como o principal ativo de uma cidade. Assim, destaca-se a abordagem subjetiva da qualidade de vida, a partir da expressão das pessoas em relação à (in)satisfação com os domínios da vida. Afinal, se dentre seus componentes, a qualidade de vida possui, bem como relaciona com outras variáveis intrínsecas ao indivíduo, conhecer a avaliação e/os aspectos mais importantes para as pessoas é mais relevante e eficaz do que classificar os lugares a partir de ranqueamentos, por exemplo, a partir de dados secundários, que podem levar a interpretações falhas.

Neste estudo buscou-se compreender os aspectos subjetivos da qualidade de vida para a realidade de Uberlândia. Considerou-se apenas a realidade particular de Uberlândia, por este consistir em um primeiro estudo desta natureza, tendo como base, principalmente referências internacionais, haja vista que estudos desta natureza já são realizados há algum tempo e são recorrentes, sobretudo nos países europeus e norte-americanos. Destaca-se que os resultados foram satisfatórios e reconhecendo a potencialidade de tais estudos como instrumento para a compreensão e intervenção na realidade, especialmente considerando suas convergências com as novas perspectivas de planejamento, afinal utilizando as palavras de Pellegrini Filho (2011) “a utilização de evidências científicas é fundamental para assegurar que a alocação de recursos públicos seja feita de maneira a garantir a efetividade de políticas e programas”.

Estudos semelhantes a estes podem ser realizados em outros contextos, em um primeiro momento, sobretudo considerando a escala regional, de modo a servir tanto para a difusão desta abordagem enquanto ferramenta para o planejamento e gestão urbana, como para estabelecimento de cooperações e análises comparativas entre as cidades de determinada rede urbana. Afinal, os resultados podem ser distintos de acordo com a realidade considerada. Além disso, recomenda-se que tais estudos sejam realizados com certa periodicidade, de modo a averiguar as mudanças temporais.

O presente estudo apresenta uma articulação teórico-metodológica para a compreensão de alguns dos elementos fundamentais ao estudo da qualidade de vida nas cidades brasileiras. Nele, buscou-se, de certa maneira, introduzir temáticas e adaptar metodologias que podem ser consideradas como clássicas, mas por vezes pouco conhecidas, especialmente pelos Geógrafos brasileiros. Com efeito, as questões aqui tratadas ainda demandam de aprofundamento, bem como de novas abordagens. Assim, longe de encerrar o debate, ao contrário ele abre espaço para pesquisas futuras.

Dentre as questões, que não foram aqui respondidas e, portanto podem servir de ponto de partida e embasar estudos posteriores tem-se as seguintes: Ao considerar os aspectos que influenciam a qualidade de vida, entre os aspectos objetivos e subjetivos, bem como no âmbito de cada um destes, qual é o grau de associação, força de ligação, dos mesmos em determinada realidade? (MCREA; MARANS; STIMSON; WESTERN, 2011, p.89). Até que ponto os processos psicológicos podem influenciar na apreciação das condições objetivas? Considerando realidades com indicadores objetivos praticamente iguais, haveria avaliações subjetivas diferentes? Se sim, quais e por que? Qual o papel das políticas públicas no desenvolvimento da qualidade de vida? Como as transformações dos ambientes podem incutir a adoção e manutenção de escolhas saudáveis, como a prática de atividade física? Ao longo do tempo como e quais foram as mudanças mais significativas, nos aspectos objetivos e nas avaliações das pessoas, considerando uma realidade particular e/ou diferentes contextos? Considerando a subjetividade da qualidade de vida, qual a viabilidade de utilização de um índice sintético de qualidade de vida, tal como o PIB ou mesmo IDH para multiescalas? Quais as possibilidades e vantagens para a criação de uma plataforma interativa que permita monitorar a qualidade de vida, a partir da participação/avaliação pelas pessoas das condições dos equipamentos urbanos, expressando o grau de satisfação bem como sugerindo intervenções?

Dentre os resultados obtidos neste estudo merece destacar a comprovação por meio de análises estatísticas dos dados (decorrentes da avaliação da (in)satisfação obtidos pela aplicação do questionário) da existência de correlação significativa entre as variáveis que compõem a qualidade de vida. Dentre as quais enfatiza-se a relevância da saúde para a qualidade vida, comprovado tanto por meio da definição de qualidade de vida pelos entrevistados, como pelas análises estatísticas, que mostraram a correlação entre a avaliação das condições de saúde com as condições emocionais, de trabalho e da moradia etc.

Ainda em relação à saúde, verificou-se que esta tem grande influência do estado emocional com destaque para o bem-estar, o qual decorre das condições de segurança no

bairro, da renda e das condições de trabalho (adequação das condições/local e quantidade de horas trabalhadas). Estas por sua vez, interferem de modo inversamente proporcional nas relações com os vizinhos. Já as condições de segurança no bairro e renda influenciam nas condições da habitação.

Considerando estas variáveis também foi possível chegar à conclusão de que a qualidade de vida depende, sobretudo das condições socioeconômicas (renda, quantidade de horas trabalhadas, condições do trabalho e da moradia). A seguir, a qualidade de vida depende dos estados emocionais e, por fim das condições do bairro.

Além disso, constatou também a correlação das variáveis que compõem a qualidade de vida com o estilo de vida e com o capital social. Cabendo destacar a correlação diretamente proporcional da saúde com atividades físicas, acesso a informações, prática de atividades físicas e de lazer e frequência a espaços verdes, enquanto que para hábitos como o fumo esta correlação é inversamente proporcional. Além disso, os referidos hábitos inerentes a um estilo de vida saudável apresentaram correlações significativas diretamente proporcionais com outras características como o otimismo, bem-estar e felicidade.

Neste sentido, no que concerne aos fatores dos indivíduos, considerando o estilo de vida e o capital social, chegou-se a conclusão de que no âmbito do primeiro o acesso à informação e no âmbito do segundo a confiança na administração pública são relevantes à qualidade de vida.

Em relação aos fatores do local, constatou-se que a infraestrutura urbana básica, ou seja, considerando o conjunto dos elementos: fornecimento de água, coleta de lixo, esgotamento sanitário, iluminação pública, fornecimento de energia e transportes tem grande importância para a qualidade de vida. Em segundo plano a condições da habitação: espaço interno, condições da fundação residência e ventilação, exercem influência.

Ao ponderar entre os fatores dos indivíduos e do local, averiguou-se que os fatores relacionados às condições do meio, mais especificamente as poluições (score da satisfação com poluição sonora, do ar, e violência e vandalismo) e as condições da habitação (score da satisfação com espaço interno; fundação, paredes, chão, telhado; ventilação) exercem influência maior na qualidade de vida, do que os fatores do indivíduo como o estilo de vida.

Por outro lado, considerando as variáveis qualitativas concluiu-se que gênero e cor/etnia não exercem influência na correlação da qualidade de vida com seus componentes, já a religião tem influência que pode ser considerada moderada, enquanto que variáveis como idade, escolaridade, situação socioprofissional, situação na profissão principal e renda têm importante influência.

Na perspectiva espacial, ao elaborar um índice de qualidade de vida (considerando as dimensões socioeconômica, estado emocional e de saúde e condições de segurança e do bairro) conforme a avaliação do grau de (in)satisfação dos entrevistados, observa-se que em Uberlândia a qualidade de vida se enquadra em uma situação intermediária, sendo melhores os índices referentes a sua componente estados emocionais e saúde e piores os índices de sua componente nomeada condições de segurança e do bairro.

A partir deste estudo propõe-se a criação de uma espécie de “observatório da qualidade de vida”<sup>230</sup>. Utilizando as TIC’s este poderia ser abrigado em uma plataforma interativa, passível de ser acessada via internet (PC e/ou *smartphone*). Na plataforma seria abrigado o questionário utilizado neste estudo (com as devidas adaptações) de modo que as pessoas possam acessá-lo para expressar o nível de satisfação em relação aos aspectos objetivos, especialmente os equipamentos e serviços urbanos, bem como sugerir intervenções.

As respostas, que contariam com a localização geográfica do respondente, formariam um banco de dados sobre a qualidade de vida. Sugere-se ainda o acréscimo de informações objetivas (oferta/existência de forma acessível de equipamentos urbanos de saúde, educação, segurança, lazer etc.) e também de informações selecionadas do censo demográfico, de modo que, a partir de tratamento estatístico poderia se ter tanto indicadores como um índice de qualidade de vida para unidades espaciais previamente definidas (bairros, bairros integrados etc.), considerando as diferentes facetas da qualidade de vida, o que permitiria análises sob diferentes perspectivas.

Ressalta-se a importância do conhecimento da totalidade das condições dos lugares, ou seja, de se considerar todas as condições (de saúde, ambientais, lazer, segurança etc.) do lugar em conjunto. Contudo, não se pode desconsiderar a importância do conhecimento aprofundado de cada setor. Como esclarecem Diener e Suh (1997) os indicadores permitissem observar a partir de diversos ângulos o objeto de interesse, mas não com uma compreensão simplificada dos dados, a qual seria possível pela combinação de indicadores, que resulta num índice geral com maior simplicidade e amplitude em detrimento de uma informação mais detalhada.

Acrescenta-se ainda que, especialmente no sentido de relatar problemas da vizinhança e sugerir soluções, fotos do problema poderiam ser compartilhadas.

---

<sup>230</sup> Reforça-se que a existência de observatórios da QV, não é nenhuma novidade. Existem há algum tempo, especialmente nos países europeus e na América do Norte, mas não somente, pode-se citar outros exemplos o Bogotá como vamos? e até iniciativas no contexto brasileiro, conforme abordado ao longo do estudo. A novidade, no entanto estaria na forma da criação e manutenção do observatório, qual seja, a partir de uma plataforma interativa.



Tais informações poderiam ser utilizados por todos: atores envolvidos no processo de tomada de decisões em relação às políticas públicas, empresários interessados em conhecer o melhor local para a instalação de empresas, enfim pelos cidadãos de modo geral. Logo, tais informações poderiam servir ao conhecimento *per se* ou servir para outros estudos, inclusive para avaliar os impactos do acesso destas informações para intervenções e, por conseguinte na qualidade de vida.

Iniciativas para governança utilizando as TIC's já existem há algum tempo e têm tido bons resultados em locais como o Reino Unido, onde existem, por exemplo, o [www.police.uk](http://www.police.uk) usado para informar os cidadãos sobre criminoso em atividade sua área e solicitar informações sobre crimes e o [www.lovecleanstreets.org](http://www.lovecleanstreets.org) utilizado para os cidadãos relatarem problemas e avaliarem o progresso de seus relatórios. Enfim, em meio a tantos recursos decorrentes dos avanços tecnológicos, esses deveriam(em) ser mais exploradas para a melhoria da qualidade de vida. Conforme ressalta a WHO (2012b, p.63) “empowering citizens by helping create an informed citizenry, increasing public trust, and encouraging citizens’ participation in shaping their own services by seeking feedback and generating new ideas from the public (wisdom of the crowds and demands of the public)”.

Em analogia à afirmação de que “sem dados adequados e métodos de medição adequados, os compromissos pós-2015 será pouco mais do que boas intenções, desvalorizando a moeda de promessas globais” da Alta Comissária da ONU para os Direitos Humanos, Navi Pillay, na ocasião do lançamento do relatório “Estatísticas e indicadores para a agenda de desenvolvimento pós-2015”<sup>231</sup>, para o caso das cidades que desejam ser saudáveis a mesma premissa é válida, ou seja, para a concretização dos objetivos os dados e, por conseguinte o conhecimento do território são fundamentais.

Enfim, ao encerrar esta tese tenho como “*Certezas*” tal como escrito por Fernando Sabino em 1956, que:

De tudo ficaram três coisas:  
a certeza de que estamos sempre começando...  
a certeza de que é preciso continuar...  
a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

Portanto devemos...  
fazer da interrupção um caminho novo...  
da queda um passo de dança...  
do medo, uma escada...  
do sonho, uma ponte...  
da procura.... um encontro”.

SABINO, F. In: **O Encontro Marcado**?. Editora Record, 79ª edição, 2005, SP/RJ.

<sup>231</sup> <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/TrackingProgress.aspx/http://www.who.int/heli/tools/en/>

- ACSELRAD, H. Discursos da Sustentabilidade Urbana. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, nº 1, p. 79 - 90. 1999. Disponível em: <<http://unuhospedagem.com.br/revista/rbeur/index.php/rbeur/article/viewFile/27/15>>. Acesso em: 28 nov. 2014
- ALMEIDA, M. A. B.de; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. – São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.142p. Disponível em: < [http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf)>. Acesso em: 28 jan. 2015.
- ALMEIDA FILHO N. de. Integração Metodológica na Pesquisa em Saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. **O Clássico e o Novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. GOLDENBERG, P. et al. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- ALVES, L. A. **Os processos socioespaciais da zona periférica do centro**: um estudo da área central de Uberlândia (MG). 2011. 309 f. Dissertação (Mestrado em Geografia)-Programa de Pós- Graduação em Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2011.
- ANDREWS, F.; WITHEY, S. B. **Social indicators of well-being**: Americans perceptions of quality of life. New York: Plenum Press. 1976.
- ARANTES, J. Vila Martins. In:\_\_\_\_\_. **Memória histórica de Uberlândia**. Uberlândia: [s.n], 1967. p. 9-13.
- ATTUX, D. E. **Revitalização urbana em centros históricos**: estudo de caso do bairro Fundinho. 2001. 280 f. Dissertação. (Mestrado em Geografia)-Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2001.
- ATTUX, D. E. et al. Fundinho: um bairro histórico para Uberlândia. Inventário e diretrizes especiais de uso e ocupação do solo. **FORUM PATRIMÔNIO: amb. constr. e patr. sust.**, Belo Horizonte ,v.2, n .1, p.101-113, jan. /abr. 2008 . Disponível em:<<http://www.forumpatrimonio.com.br/material/pdfs/537fe66beabc7ddb89.pdf>> Acesso em: 29 jan. 2015.
- ATKINSON, T. et al. **Social Indicators**: The EU and Social Inclusion. Oxford Scholarship 2002. Disponível em:<[http://sdcc3.ucsd.edu/~amarcell/index.php\\_files/atkinson.pdf](http://sdcc3.ucsd.edu/~amarcell/index.php_files/atkinson.pdf)>. Acesso em: 29 jan. 2014.
- ATLAS BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. In: PNUD Brasil. **Base de dados**. 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 05 jan. 2015.
- AUDIT COMMISSION. **Quality of life**: using quality of life indicators. Audit Commission for Local Authorities and the National Health Service in England and Wales (Author): London: 2002a.
- \_\_\_\_\_. **Aberdeen Master Planning Framework**. 2002b. Disponível em: <[www.aberdeencity.gov.uk/.../saveasdialog.asp?IID....](http://www.aberdeencity.gov.uk/.../saveasdialog.asp?IID....)> Acesso em: 05 out. 2014.
- BID-Banco Interamericano de Desenvolvimento. **Megacidades e Infraestrutura na América Latina**: O que opina sua gente. 2014. Disponível em:< <http://www.iadb.org/pt/noticias/comunicados-de-imprensa/2014-03-28/megacidades-e-infraestrutura-urbana-na-america-latina,10772.html>>. 2014>. Acesso em: 05 mai. 2015.
- BARCELLOS, C.; et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.11, n.3, p. 129-138. set. 2002. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732002000300003>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. 2011.

BARIFOUSE, R. A cidade vai para a rua: os movimentos que querem transformar os espaços públicos. **BBC Brasil**. Brasil, mar. 2015. Disponível em: <[http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2015/05/150514\\_ocupacao\\_espaco\\_publico\\_rb?ocid=socialflow\\_facebook](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2015/05/150514_ocupacao_espaco_publico_rb?ocid=socialflow_facebook)>. Acesso em: 05 jul. 2015.

BARTON, H. **Sustainable Communities**: the potential for eco-neighbourhoods. London, Earthscan Publ., 2000.

BARTON, H.; GRANT, M. A health map for the local human habitat. **The Journal for the Royal Society for the Promotion of Health**, v.126, n. 6. p. 252-253. 2006.

BARTON, H., et al Healthy urban planning in European cities. **Health Promotion International**, v. 24, n.1, p.91-99, 2009. Disponível em:<[http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/suppl\\_1/i91.full](http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/suppl_1/i91.full)>Acesso em: 05 jul. 2014.

BATELLA, W. B.; DINIZ, A. M. A. Análise Espacial dos Condicionantes da Criminalidade Violenta no Estado de Minas Gerais. **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, v.22, n.1, p.151-163, abr. 2010.

BERGER-SCHMITT, R.; NOLL, H.-H.. Conceptual Framework and Structure of a European System of Social Indicators. **UE Reporting Working Paper**, n. 9, Mannheim: Centre for Survey Research and Methodology (ZUMA). 2000.

BERRY, B. J. L.; BAKER A. M. Amostragem Geográfica (Geographic Sampling in Spatial Analysis, In: **Statistical Geography**, Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1968. p. 91-100.

BERRY; J. L. B. Abordagens à Análise Regional. Uma síntese. (Spatial Analysis: a synthesis in **Spatial Analysis**, a Reader in Statistical Geography, Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1968, p. 24-34, reproduzido de *Annals of the Association of American Geographers*, v.54, p. 2-1.1964.

BESSA, K. C. F. de O. **Convergências e divergências da urbanização em áreas de cerrado**: a dinâmica urbano-regional de Uberaba e Uberlândia(MG). 2007, 376f.Tese (Doutorado em Geografia)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós Graduação em Geografia, Rio de Janeiro, 2007.

BESSA, K. C. F. O; SILVA, E. A. M; SOARES, B. R. Vazios urbanos e especulação imobiliária em Uberlândia. **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, v. 3, n.16, p. 163-168, 1996.

BOOZ-ALLEN PUBLIC ADMINISTRATION SERVICES. The Quality of Life Concept: A Potential New Tool for Decision-Makers. Environmental Protection Agency, Washington, 1973. In: *Social Indicators Research*, JOHNSON D. L. (Review). v.1, n.3, p. 383-385, dec,1974. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/i27521713>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

BOTEGA N.; et al. Prevenção do suicídio. **Debates Psiquiatria Hoje**, Ano 2. n.1. p.10-20, Jan/Fev de 2010. Disponível em: <[http://www.abp.org.br/download/PSQDebates\\_7\\_Janeiro\\_Fevereiro\\_light.pdf](http://www.abp.org.br/download/PSQDebates_7_Janeiro_Fevereiro_light.pdf)>. Acesso em: 05 jul. 2015.

BRANDMÜLLER, T.; FELDMANN, B. Measuring Well-Being in Regions and Cities. In: 26th **Conference of the SCORUS** “The Subjective Well-being of Citizens and the Application of Urban and Regional Statistics in Asian Cities”, 2008. Disponível em: <<http://scorus.org/conferences/year-2008/iaos-conference/>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública**: a visão da Funasa / Fundação Nacional de Saúde. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 2004, 232 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.60 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos – SPI. **Estudo da Dimensão Territorial para o Planejamento**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: MP, 2008. Disponível em: <[http://www.cgee.org.br/publicacoes/dim\\_territorial.php](http://www.cgee.org.br/publicacoes/dim_territorial.php)> . Acesso em: 15 jan 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.134 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

BROWNE, J. P.; et al. Individual quality of life in the healthy elderly. **Quality of Life Research**. v.3, n.4, p. 235–244. 1994. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7812276>> Acesso em: 05 jul. 2014.

BRONZO, C. A. Importância da Intersetorialidade das Políticas Públicas para a promoção da Inclusão Social. In: II Fórum Mineiro de Autogestão, Autodefesa e Família e do XII Congresso da Rede Mineira das APAES. 2013. Belo Horizonte. **Apresentação....** Disponível em:<<http://docslide.com.br/documents/a-importancia...>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

BUARQUE, S. C. **Construindo o Desenvolvimento Local Sustentável**. Metodologia de Planejamento. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2002.

BUENO, E. de P. **Dinâmica demográfica e a conformação sócio-espacial de Catalão (GO):** uma análise do níveis de desenvolvimento entre 1970 a 2000. 2006, 391f. Tese (Doutorado em Geografia). Instituto de Geociências e Ciências exatas. Curso de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Presidente Prudente, 2006.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v.17, n.1, p.77-93. Abr. 2007.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BUSS, P. M. Só há desenvolvimento sustentável com uma população saudável. **Centro de Relações Internacionais em Saúde**. Entrevistadora: Marina Lemle, Rio de Janeiro. 25 de Jun. 2012. Disponível em:< [http://ecos-crisfiocruz.bvs.br/tiki-read\\_article.php?articleId=24](http://ecos-crisfiocruz.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=24)>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.6, p.2305-2316, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/39.pdf> >. Acesso em: 20 jun. 2014.

CAMPBELL, et al. **The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions**. New York: Russell Sage Foundation, 1976.

CAMPOLINA, A.; CICONELLI, R.; FERRAZ, M. Qualidade de vida e medidas de preferência: contribuições para a avaliação e o gerenciamento de programas em saúde. **Sinopse de Reumatologia**. p.111-16, 2006 . Disponível em: < [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=3124](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3124)>. Acesso em: 22 jun. 2014.

CAIAFFA, W.T. et al. Saúde urbana: a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13 n.6, p. 1.785-1.796, 2008.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. Cultrix, São Paulo-SP, 1997, 447 p.

CASTLES, S. International Migration at the Beginning of the Twenty- First Century: Global Trends and Issues, **International Social Sciences Journal**, UNESCO, n. 165, pp. 269-28, 2000.

CARTA de Leipzig. Disponível em:

<[http://www.sostenibilidades.org/sites/default/files/\\_Recursos/Publicaciones/plat\\_urbana/carta\\_leipzig\\_sobre\\_ciudades\\_europeas\\_sostenibles.pdf](http://www.sostenibilidades.org/sites/default/files/_Recursos/Publicaciones/plat_urbana/carta_leipzig_sobre_ciudades_europeas_sostenibles.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2014.

CHACÓN, R. M. La dimensión cualitativa em la definición de indicadores de calidad de vida urbana. In: SEMINÁRIO LATINOAMERICANO DE CALIDAD DE VIDA URBANA, 4., 1998, Tandil. *Anais...* Tandil (Argentina), 8-11 Set. 1998.

CHAMBERS, M.; SWAIN, D. Quality Indicators for Progress: A Guide to Community Quality-of-Life Assessments. In: Social Indicators Research Series Volume 28. **Community Quality-Of-Life Indicators Best Cases II**. SIRGY, M. J. RAHTZ, D.; SWAIN, D. (Ed). University of Northern British Columbia, Prince George, Canada. Published by Springer, 2006. p.267-323.

CITYLAB.COM. **What Makes An Attractive City?** Try These 6 Points. 15 Mar 2015. ArchDaily Brasil. Disponível em:< <http://www.citylab.com/cityfixer/2015/02/what-makes-a-city-beautiful/386291/>> Acesso em: 22 jun. 2015.

COBB, C. W.; RIXFORD, C. **Lessons learned from the history of social indicators**. 1998.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. Hillsdale: Erlbaum, 1988.

COMISSÃO EUROPEIA. **Relatório cidades europeias sustentáveis**. Grupo de Peritos sobre o Ambiente Urbano. Ambiente, Segurança Nuclear e Protecção Civil. Bruxelas, Mar. 1996. Disponível em:< <http://ec.europa.eu/environment/urban/pdf/rport-pt.pdf>> Acesso em: 22 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Europa 2020: Estratégia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo**. Bruxelas, 2010.

\_\_\_\_\_. Direção Geral da Política Regional. **Cidades de Amanhã: Desafios, visões e perspectivas**. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2011. Disponível em:<[http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/studies/pdf/citiesoftomorrow/citiesoftomorrow\\_final\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/studies/pdf/citiesoftomorrow/citiesoftomorrow_final_pt.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Commission Staff Working Document . **Progress on 'GDP and beyond' actions**. Brussels, 2013, 36 p. Disponível em:< [http://ec.europa.eu/environment/enveco/pdf/SWD\\_2013\\_303.pdf](http://ec.europa.eu/environment/enveco/pdf/SWD_2013_303.pdf)>. Acesso em: 22 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Programa de ação plurianual no domínio da saúde (2014–2020)**. 2014. Disponível em:<[http://europa.eu/legislation\\_summaries/public\\_health/european\\_health\\_strategy/sp0017\\_pt.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/sp0017_pt.htm)>. Acesso em: 22 dez. 2014.

CNDSS- Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil - Relatório Final** da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2008. 216p. Disponível em:<<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>> . Acesso em: 22 abr. 2014.

CORDEIRO, J. C. **Promoção da saúde e a estratégia de cidades saudáveis**: um estudo de caso no Recife, Pernambuco. 2008, 261f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – CPqAM/FIOCRUZ/MS. Recife, 2008.

COSTANZA, R. et al. An Integrative Approach to Quality of Life Measurement, Research, and Policy, **S.A.P.I.EN.S**, v.1, n.1, s/p. 2008. Disponível em: < <http://sapiens.revues.org/169>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

CPS/ FGV - Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas. **Mapa da Inclusão Digital**. NERI, M. (Coord.). Rio de Janeiro: FGV, CPS, 2012. Disponível em:< <http://www.cps.fgv.br/cps/telefonica/>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

CSDH/WHO- Comissão on Social Determinants of Health (CSDH). **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. 2008.

CUNHA M. I. da. A qualidade e ensino de graduação e o complexo exercício de propor indicadores: é possível obter avanços? **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 19, n. 2, p. 453-462, jul. 2014.

DAMASCENO, L. L. B. **Análise da qualidade ambiental urbana da cidade de Uberlândia (MG) a partir de indicadores socioambientais**. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado em Geografia)- Programa de pós-graduação em Geografia, Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.

DANCEY, C.; REIDY, J. **Estatística sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DASGUPTA, P.; WEALE, M. On measuring quality of life. **World Development** v. 20, n.1, p. 119-131, 1992.

DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm: Institute for Futures Studies. 1991.

DECLARAÇÃO DE TOLEDO: **Toledo Informal Ministerial Meeting on Urban Development Declaration**. Toledo: Spanish Presidency, 2010.

DÉNESAS, C. **Colorful Development: Dynamic Graphs**. 2015. Disponível em: <<https://csaladenes.wordpress.com/2015/01/09/colorful-development-dynamic-graphs/>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

DIDERICHSEN, F.; EVANS, T.; WHITEHEAD, M. **The social basis of Disparities in Health in Challenging inequities in health: from ethics to action**. Oxford: Oxford University Press; 2001.

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

DODGE, R. et al. The challenge of defining wellbeing. **International Journal of Wellbeing**, v.2, n.3, p. 222-235, 2012. Disponível em: <[http://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/viewFile/89/238?origin=publication\\_detail](http://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/viewFile/89/238?origin=publication_detail)>. Acesso em: 22 jun. 2015.

DUHL, L. J. The healthy city: its function and its future. **Health Promotion**, v.1, p.55-60, 1986.

DUHL, L. J.; SANCHEZ, A. K. **Healthy cities and the city planning process a background document on links between health and urban planning**. Scherfigsvej. Dk-2100 Copenhagen, Denmark, 1999. 39p. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/101610/E67843.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/101610/E67843.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2015.

EGAN, J. **The Egan Review: Skills for Sustainable Communities**, 2004. Disponível em:<<http://resources.cohesioninstitute.org.uk/Publications/Documents/Document/DownloadDocument.sFile.aspx?recordId=157&file=PDFversion.>>. Acesso em: 22 out. 2014.

EPLEY, D. R.; MENON, M. A method of assembling cross-sectional indicators into a community quality of life. **Social Indicators Research**, v.88, p. 281-296, 2008.

EUROFOUND. **Quality of life in Europe**. 2004. Disponível em:<<http://www.eurofound.europa.eu/>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. **European Quality of Life Survey Questionnaire**. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007.

\_\_\_\_\_. **European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions**. 2014. Disponível em:< <http://www.eurofound.europa.eu/>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

EUROSTAT. **Guidelines on harmonised European time use surveys**. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2004.

\_\_\_\_\_. **Measuring Progress, Well-being and Sustainable Development**, 2011. Disponível em:<<http://ec.europa.eu/eurostat/web/ess/about-us/measuring-progress>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. **Is our society progressing towards more well-being**, prosperity and sustainability? The response of the European Statistical System. 2014. Disponível em: <<http://ec.europa.eu/eurostat/help/new-eurostat-website>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

FAHEY, T., et al. **Monitoring quality of life in Europe**. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003.

FELCE, D.; PERRY, J. Quality of Life: Its Definition and Measurement. **Research in Developmental Disabilities**, v. 16, n.1, p. 51-74, 1995.

FENERI, A. M.; VAGONA, D.; KARANIKOLAS, N. **Measuring Quality of Life (QOL) in Urban Environment: An Integrated Approach**. In: 13th International Conference on Environmental Science and Technology, CEST 2013, Athens, 5-7 September 2013. Disponível em: <<http://karanik.webpages.auth.gr/main/index.php/en/scientific-papers-2/conferences>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. In: **Brasil. Ministério da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FERRÃO, J. et al. **Municípios, Sustentabilidade e Qualidade de vida**: Contributos para a construção de um sistema de indicadores da qualidade de vida nos municípios portugueses (Continente). 2004. Disponível em: <[http://observa.iscte.pt/docs/prot\\_Munic%EDpios%20e%20Qualidade%20de%20Vida%20%20\\_ISCTE\\_.pdf](http://observa.iscte.pt/docs/prot_Munic%EDpios%20e%20Qualidade%20de%20Vida%20%20_ISCTE_.pdf)>. Acesso em: 15 set 2014.

FNB- Felicidade Nacional Bruta. Disponível em: <<http://www.grossnationalhappiness.com/articles/>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

FIB – Felicidade interna Bruta – Brasil. Disponível em: <<http://www.felicidadeinternabruta.org.br>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. da. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opin. Publica**. v.16, n.1 Campinas, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762010000100007>. Acesso em: 15 jul. 2015.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. FINKELMAN, J. (Org.) Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**. v.5, n.1 Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n.1, p.19-28, jan./mar. 1999.

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde soc**. São Paulo, v.23, n.2, Apr./June 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200002>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

FROST & SULLIVAN'S. **Strategic Opportunity Analysis of the Global Smart City Market**. 2013. Disponível em: <<http://www.frost.com/sublib/display-report.do?id=M920-01-00-00-00>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

FUMEGA, J. **Comunidades Sustentáveis como a Expressão Social da Sustentabilidade Urbana**, 2011. p.261. Disponível em: <<http://www.mopt.org.pt/livros.html>>. Acesso em: 15 mai. 2014.

FJP- Fundação João Pinheiro. **Software do Índice Mineiro de Responsabilidade Social- 2010**. Versão 2013. Belo Horizonte: FJP, Disponível em: <<http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/produtos-e-servicos/2741-indice-mineiro-de-responsabilidade-social-imrs-2>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Índice Mineiro de Responsabilidade Social**. Proposta, 2010. Disponível em: <<http://www.conei.sp.gov.br/ind/imrs-proposta.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Déficit habitacional municipal no Brasil**. Centro de Estatística e Informações. Belo Horizonte, 2013. 78p. Disponível em: <<http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/deficit-habitacional/216-deficit-habitacional-municipal-no-brasil-2010/file>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Nota Técnica Déficit Habitacional no Brasil Anos 2011 e 2012**. Centro de Estatística e Informações. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <<http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/deficit-habitacional/360-nota-tecnica-deficit-habitacional-no-brasil-anos-2011-e-2012/file>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

GADELHA, P. A saúde indica se estamos caminhando ou não para o desenvolvimento sustentável. **Agência Fiocruz de notícias**. Entrevistadora: Marina Lemle. Rio de Janeiro, 29 mar.2012. Disponível em: <<http://www.agencia.fiocruz.br/a-sa%C3%BAd-e-indica-se-estamos-caminhando-ou-n%C3%A3o-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>>. Acesso em: 15 set. 2014.

GAETE, C. M. **12 critérios para determinar um bom espaço público**. Plataforma urbana, 12 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.plataformaurbana.cl/archive/2013/04/22/12-criterios-para-determinar-un-buen-espacio-publico/>>. Acesso em: 24 jan. 2014.

GATTI, S. **Espaços Públicos**. Diagnóstico e metodologia de projeto. Coordenação do Programa Soluções para Cidades, São Paulo, ABCP, 2013. 91p.

GALERO MARTÍN, C. G. El espacio público como espejo de la sociedade. **GeocritiQ**, n.132. 15 abr. 2015. Disponível em:<<http://www.geocritiq.com/2015/04/el-espacio-publico-como-espejo-de-la-sociedad/>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

GALLI, D. Autopercepcion de calidad de vida: um estúdio comparativo. **Psico debate, psicologia, cultura y sociedade**. v.6, p.85- 106, 2007.

GALLO, E.et al. Saúde e economia verde: desafios para o desenvolvimento sustentável e erradicação da pobreza. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.6, 2012. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000600010>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. São Paulo: 1989.

GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora de cuidados?** . In: Projeto de Formação em Cidadania para a Saúde: Temas Fundamentais da Reforma Sanitária. Escola de Saúde Pública do Ceará. 2011.

GÓMEZ-VELA, M.; SABEH, E. N. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. **Integra**. v. 9, n. 3, p. 5–13, 2000.

GONÇALVES, C. J. de A. **Resiliência, sustentabilidade e qualidade de vida em sistemas urbanos efeitos da crise (pós-2008) em Portugal e no sistema urbano do oeste**. 2014, 600f. Tese (Doutorado em Geografia)- Instituto de Geografia e Ordenamento do Território. Universidade de Lisboa, Lisboa, 2014.

GOUZEE, N., MAZIIN, B. & BILLHARZ, S. **Indicators of Sustainable Development for Decision-Making**. Report of the Workshop of Ghent, Belgium, 9-11 January 1995, Submitted to UN Comission on Sustainable Development. Federal Planning Office of Belgium, Brussels. 1995.

GOUGH, J. Human Needs and Social Welfare. **The Quality of Life and Communication in Metropolitan Services**, International Meeting, Veneza, 1982.

GUIMARÃES, R.P. Ecopolítica em áreas urbanas: a dimensão dos Indicadores de Qualidade Ambiental. In: SOUZA (Org.). **Qualidade de vida urbana**. Série Debates Urbanos. Rio de Janeiro: Zahar Edit.1984, p.21-51.



GUIMARÃES, R. B. Saúde urbana: velho tema, novas questões. **Terra Livre**. São Paulo, n. 17, p. 155-170, 2001.

GUIMARÃES, R. B. Geografia e saúde: integração de conhecimentos e práticas. In: JUÁREZ, M.; V, S; LIMA, S. do C.; PICKENHAY, J. A. (Coords). **Geografía de la salud sin fronteras, desde iberoamérica**. Universidad Autónoma del Estado de MéxicoFacultad de Geografía. 2014. p.22-26. Disponível em: <[http://www.academia.edu/10584990/Libro\\_Geograf%C3%ADa\\_de\\_la\\_Salud\\_...](http://www.academia.edu/10584990/Libro_Geograf%C3%ADa_de_la_Salud_...)>. Acesso em: 24 fev. 2015.

GUHATHAKURTA, S.; CAO, Y. Variations in Objective Quality of Urban Life Across a City Region: The Case of Phoenix, . In: MARANS, R. W.; STIMSON, R J. (Org.) **Investigating Quality of Urban Life: Theory, Methods, and Empirical Research**. Social Indicators Research Series Volume 45. Springer Dordrecht Heidelberg London New York, 2011. p.135-162.

HAIR, J. F. et al. **Multivariate data analysis**. Fifth Edition. New jersey: Prentice Hall, 1998.

Hall, P., Pfeiffer, U. **Urban Future 21: A Global Agenda for Twenty-First Century Cities**. London: Spon. 2000.

HANCOCK, T. The Evolution, Impact and Significant of the Healthy Cities/Healthy, Communities Movement', **Journal of Public Health Policy**, v.14, n.1, p.5-18, 1993.

HANCOCK, T. **Quality of Life Indicators and the DHC**. 2000. Disponível em: < [www.seo-dhc.org/reports/29 QOLIndicators.pdf](http://www.seo-dhc.org/reports/29%20QOLIndicators.pdf)>. Acesso em: 24 fev. 2014.

HARDI, P.; PINTÉR L. **Models and Methods of Measuring Sustainable Development Performance**. Revised draft discussion paper prepared for the sustainable development coordination unit, executive council, government of Manitoba. International Institute for Sustainable Development Winnipeg, Manitoba Canada. 1995. Disponível em: <[https://www.iisd.org/sites/default/files/pdf/measure\\_models\\_methods\\_sd.pdf](https://www.iisd.org/sites/default/files/pdf/measure_models_methods_sd.pdf)>. Acesso em: 24 mai. 2014.

HARDI, P.; PINTÉR L. City of Winnipeg Quality of life indicators. In: **Social Indicators Research Series**, Volume 28. Community quality-of-life indicators best cases II. SIRGY, M. J. RAHTZ, D.; SWAIN, D. (Ed). University of Northern British Columbia, Prince George, Canada. Published by Springer, 2006, p.127-153.

HERCULANO, S. C. A qualidade de vida e seus indicadores. In: HERCULANO, S. et al. (org.) **Qualidade de vida e Riscos Ambientais**. Niterói: Eduff. 2000.

HERNANDEZ, I. R. S. O. **A privatização dos espaços públicos nos loteamentos fechados em Uberlândia/MG**. 2011, 188 f.: il. Tese (Doutorado em Geografia)-Programa de Pós- Graduação em Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2011.

HERITAGE, Z.; GREEN, G. European National Healthy City Networks: the Impact of an Elite Epistemic Community. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 90, Suppl. 1. p.154-166, 2013.

IBM- International Business Machines. **SPSS**. Disponível em: <<https://www.ibm.com/developerworks/community/groups/service/html/communityview?communityUuiid=1d9bfc5f-e173-4598-aabc-e62b832282fa>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Cidades inteligentes e seus impactos econômicos**, 2011. Disponível em: <[https://www.ibm.com/developerworks/community/blogs/ctaurion/entry/cidades\\_inteligentes\\_e\\_seus\\_impactos\\_economicos?lang=en](https://www.ibm.com/developerworks/community/blogs/ctaurion/entry/cidades_inteligentes_e_seus_impactos_economicos?lang=en)>. Acesso em: 24 nov. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos demográficos**, Brasil. IBGE – Diretoria de Geociências. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

\_\_\_\_\_. **Atlas do censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, **Pesquisa de Informações Básicas Municipais**: Perfil dos Municípios Brasileiros 2009/2011/2012. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil\\_Municipios/2011/munic2011.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil_Municipios/2011/munic2011.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Aglomerados Subnormais** – Informações Territoriais, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015164811202013480105748802.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

IBAMA - Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. **Programa de Controle de Poluição do Ar por Veículos Automotores (PROCONVE)**. 2011. Disponível em: <<Http://www.ibama.gov.br/areas-tematicas-qa/programa-proconve>>. Acesso em: 20 ago. 2014

IDSUS - ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS. SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Base de dados**. 2014. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

IPEA. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Relatório Nacional de acompanhamento. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretária de Planejamento e Investimentos Estratégicos: Supervisão Grupo técnico para acompanhamento dos ODM – Brasília: IPEA: MP, SPI, 2014, 208p.

Internet faz 20 anos no Brasil e vê perfil de usuário mudar. **folha.uol**, São Paulo, 02, mai, 2015, s/p. online. <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2015/05/1623764-internet-faz-20-anos-no-brasil-e-ve-perfil-de-usuario-mudar.shtml>

JACKSON, R., KOCHTITZKY, C. **Creating a Healthy Environment**: The Impact of the Environment on Public Health. USA: Centre for Disease Control and Prevention, National Centre for Environmental Health; 2001.

JANNUZZI, P. de M. **Indicadores sociais no Brasil**. Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 2001, 141p.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas - FGV, v. 32, n. 2, p. 11-22, mar./abr. 1998. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewArticle/7696>>. Acesso em: abr. 2014.

KAHNEMAN, D. et al. A survey method for characterizing daily life experience: The day reconstruction method. **Science**, v.306, p.1776–1780, 2004. Disponível em: <<http://www.sciencemag.org/content/306/5702/1776.full>>. Acesso em: abr. 2014.

KAMP, I. V; LEIDELMEIJER, G. M.; HOLLANDER, A. Urban environmental quality and human well-being: towards a conceptual framework and demarcation of concepts; a literature study. **Landscape and Urban Planning**, v.65, n.1, p. 5-18, 2003

KENZER, M. Healthy Cities: A guide to the literature. **Public Health Reports**. v.115, p.279–289, 2000.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians, 1974, pp. 3-5. In: OPAS 1996. Promoción de la Salud: Una Antología. **Publ. Cient.** 557, OPAS, Washington.

LAMBIRI, D., et al. Quality of life in the economic and urban economic literature. **Social Indicators Research**, v.84, n.1, p. 1-25, 2006.

LAND, C. K; MICHALOS, A.C; SIRGY, M. J. **Handbook of social indicators and Quality of life research**, 2012.

LARIOS, J. I.; ROBALINO, J. **Medición de la calidad de vida en la ciudad de Guatemala y su importancia en el diseño de una política pública municipal**. 2014. Disponível em:

<[http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6693/FMM\\_DP\\_Medici%C3%B3n\\_de\\_la\\_calidad\\_de\\_vida\\_en\\_la\\_ciudad\\_de\\_Guatemala.pdf?sequence=1](http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6693/FMM_DP_Medici%C3%B3n_de_la_calidad_de_vida_en_la_ciudad_de_Guatemala.pdf?sequence=1)>. Acesso em: abr. 2015.

LAWRENCE, R. J.; FUDGE C. Healthy Cities in a global and regional context. **Health Promot. Int.** v.24, p. 111-118, 2009. Disponível em: <[http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/suppl\\_1/i11.full](http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/suppl_1/i11.full)>. Acesso em: abr. 2015.

LEITE, R. P. **Contra-usos da cidade**: Lugares e espaço público na experiência urbana contemporânea. Campinas/São Cristóvão: Editora Unicamp/Ed.UFS. 2007.

LEVINE, D. M.; BERENSON, M. L.; STEPHAN, D. **Estatística**: Teoria e Aplicações usando Microsoft Excel em Português. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

LIMA, S. do C. A construção de cidades saudáveis a partir de estratégias de promoção da saúde. In: LIMA, S. do C.; COSTA, E. M. da. (orgs). **Construindo Cidades Saudáveis**. Uberlândia (MG). Assis Editora, 2013. p.13-44.

LIMA, S. do C. Dimensão local do cotidiano da saúde no território. In: JUÁREZ, M. V. S.; LIMA, S. do C.; PICKENHAY, J. A. (Coords). **Geografía De La Salud Sin Fronteras, Desde Iberoamérica**. Universidad Autónoma del Estado de MéxicoFacultad de Geografía. 2014, p.27-35.

LIMA, S. do C.; LIMA, F. A. **Territórios de Vulnerabilidade Social em Uberlândia**. Estudo realizado para a Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho da Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2014.

LIU, B. C. **Quality of life indicators in U.S. metropolitan areas**. New York: Prager Publishers. 1976.

LIU, B. C. Variations in social quality of life indicators in medium metropolitan areas. **American Journal of Economics and Sociology** v.37, n.3, p. 241-260, 1978.

LOPES, V. M. Q. C. **Uberlândia. Histórias por entre trilhas, trilhos e outros caminhos**: memórias, construção e apropriação dos espaços. Uberlândia: EDUFU, 2010.

LSDC - **Comissão de Desenvolvimento Sustentável de Londres**. Disponível em: <<http://www.londonsdc.org/>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

LORA, E. **Calidad de vida más allá de los hechos.**, LORA, E. (org.). Banco Interamericano de Desarrollo: Fondo de Cultura Económica, 2008.

LORA, E. et al. **The quality of life in Latin American cities**: markets and perception. LORA, E. et al (Ed.). Latin American development forum series. A Copublication of the Inter-American Development Bank and the World Bank.2010. 264p.

LOURO, A. **O uso do tempo associado à mobilidade das famílias como elemento diferenciador na configuração de uma comunidade sustentável**. 2011, 287p. Disponível em: <<http://www.mopt.org.pt/livros.html>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

MACHADO, P. H. B. Curitiba, a qualidade e a vida. **Revista Internacional Interdisciplinar Thesis**, ppgich ufsc 2004. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/viewFile/608/10754>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

MACHADO, D. Invasões na área urbana de Uberlândia passam de 16 para 25. **Jornal Correio de Uberlândia**. Uberlândia, s/p. 25 de out. 2015. Disponível em: <<http://www.correiodeuberlandia.com.br/cidade-e-regiao/invasoes-na-area-urbana-de-uberlandia-passam-de-16-para-25/>>. Acesso em: 30 out. 2015.

MALACHIAS, I. et al. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. 2014[2012]. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

MANSO, J. R. P.; SIMÕES, N.M. **Os Municípios e a Qualidade de vida em Portugal**: Proposta Metodológica com Vista à sua Mensuração e Ordenação. Relatório sobre Qualidade de vida nos Municípios Portugueses. Observatório para o Desenvolvimento Económico e Social da Universidade

da Beira Interior. 2007. Disponível

em:<[http://www.dge.ubi.pt/pmanso/qualid\\_vida\\_pmanso\\_nuno.pdf](http://www.dge.ubi.pt/pmanso/qualid_vida_pmanso_nuno.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2014.

MARQUES DA COSTA, N. M. S. **Mobilidade e Transporte em Áreas Urbanas: O caso da Área Metropolitana de Lisboa**, 2007, 586f. Tese (Doutoramento em Geografia)- Departamento de Geografia; Faculdade de Letras de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2007.

MARMOT, M.G.; WILKINSON, R.G. **Social Determinants Of Health**. Oxford University Press: Oxford, 1999. Disponível em:<

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2014.

MARANS, R. W.; STIMSON, R. J. MARANS, R. W.; STIMSON, R. J. (Ed). **Investigating Quality of Urban Life: Theory, Methods, and Empirical Research**. Social Indicators Research Series, v. 45. Springer Dordrecht, Heidelberg, London, New York, 2011.

MARANS, R. W.; KWEON B.-S. The Quality of Life in Metro Detroit at the Beginning of the Millennium. In: **Investigating Quality of Urban Life: Theory, Methods, and Empirical Research**. MARANS, R. W.; STIMSON, R. J. (Ed). Social Indicators Research Series, v.45. Springer Dordrecht, Heidelberg, London, New York, 2011, p.163-184.

MARQUES DA COSTA, E. **Cidades Médias e Ordenamento do Território: o caso do Beira Interior**, Dissertação de doutoramento, Universidade de Lisboa, Lisboa. 2000.

MASLOW, A. H. **Motivation and personality**. New York, Harper & Row, 1975.

MATHIAS, A. Cidades e Comunidades Saudáveis: Participação Social através do desenvolvimento de Políticas Públicas Saudáveis. In: SPERANDIO, A. M. G.; et al. (Org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis** - Repensando a mobilização e a participação social, v.3. Campinas, SP: Unicamp: Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade - IPES, 2004. p.75-93.

MEADWAY, J. **Economic healthcheck**. New Economics Foundation (NEF). 19 Mar., 2014. Disponível em:<<http://www.neweconomics.org/publications/entry/economic-healthcheck-a-re>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

MEIRELES, A. C. **Alma-Ata e Ottawa: As Conferências de Entre as Conferências**. 2008. Disponível em:<[http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa\\_CMeireles.htm#1](http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm#1)>. Acesso em: 10 mai. 2014.

MIRANDA, A. C.; et al. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 274 p.

MCCREA, R. **Urban quality of life: Linking objective dimensions and subjective evaluations of the urban environment**. Unpublished PhD thesis, The University of Queensland, Brisbane. 2007.

MCCREA, R. et al. Subjective Measurement of Quality of Life Using Primary Data Collection and the Analysis of Survey Data. In: MARANS, R. W.; STIMSON, R. J. (Ed). **Investigating Quality of Urban Life: Theory, Methods, and Empirical Research**. Social Indicators Research Series, v.45. Springer Dordrecht, Heidelberg, London, New York, 2011, p. 55-76.

MCGILLIVRAY, M.; CLARKE, M. **Understanding Human Well-being**. United Nations University Press. 2006. Disponível em <<http://www.unu.edu/unupress/sample-chapters/1130>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

MEA. Millennium Ecosystem Assessment. **Ecosystems and Human Well-being: Biodiversity Synthesis**. World Resources Institute. Washington: DC; 2005. Disponível em < <http://www.millenniumassessment.org/en/index.html>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

MENDES, J. F. G. **Avaliação da Qualidade de vida em Cidades: Fundamentos e Aplicações**. Planeamento Integrado: em busca de desenvolvimento sustentável para cidades de pequeno e médio portes, Universidade do Minho, Braga, 2004.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, R. **Cidades Saudáveis no Brasil e os Processos Participativos**: Os Casos de Jundiá e Maceió, 2000. 239f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, USP. São Paulo, 2000.

MICHALOS, A.C., et al. **The Canadian Index of Wellbeing**. Technical Report 1.0. Waterloo, ON: Canadian Index of Wellbeing and University of Waterloo. 2011.

MICHELOTO, del G.L. **Expansão urbana e sustentabilidade**: análise do Setor Leste de Uberlândia, MG, 2014, 164f. Dissertação (Mestrado em Geografia)-Programa de Pós- Graduação em Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014.

MINAS GERAIS. (Estado). **Imprensa Oficial de Minas Gerais** (IOFMG) ANO 121, CAD. II, 1 NOV. 2013. [www.amvapmg.org.br/1/cons-saude/cides/](http://www.amvapmg.org.br/1/cons-saude/cides/)

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A. & BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)>. Acesso em: 30 set. 2015.

MOLINA, R. T. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. **Salud Uninorte**. Barranquilla, v. 21, p.76-86. 2005.

MONKEN, M.; et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: CARVALHO, A.; et al. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.898-906, 2005.

MORATO, R. G. **Análise da qualidade de vida urbana no município de Embu/SP**, 2004. (Mestrado em Geografia) Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira, 2002.

MOREIRA, G. L. (produção). **Ocupação Prof. Edson Prieto, do MSTB**. Vídeo. 2012. Disponível em:< [https://www.youtube.com/watch?v=\\_q2kfhsJR8E](https://www.youtube.com/watch?v=_q2kfhsJR8E)>. Acesso 15 mar. 2015.

MOURA, G.G. **Imagens e representações da periferia de Uberlândia (MG)**: um estudo de caso do setor oeste. 2003, 282f. Dissertação (Mestrado em Geografia)-Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. 2003.

\_\_\_\_\_. **Condomínios horizontais/loteamentos fechados e a vizinhança (in)desejada**: um estudo de caso Uberlândia (MG). 2008, 290 f. Tese. (Doutorado em Geografia)-Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. 2008.

MRIDHA, A. M. M. H.; MOORE, G. T. The Quality of Life in Dhaka, Bangladesh: Neighborhood Quality as a Major Component of Residential Satisfaction. In: MARANS, R. W.; STIMSON, R. J. (Ed). **Investigating Quality of Urban Life**: Theory, Methods, and Empirical Research. Social Indicators Research Series, v.45. Springer Dordrecht, Heidelberg, London, New York, 2011. p. 251-272.

MUNASINGHE, M.; MCNEELY, J. Key Concepts and Terminology of Sustainable Development. In: MUNASINGHE, M.; SHEARER, W. (Ed.) **Limits to Sustainable Use o Resources**: From Local Effects to Global Change. Washington, The World Bank: 1995, p. 19- 56.

MULLIGAN, G. F.; CARRUTHER, J. I. Amenities, Quality of Life, and Regional Development . In: In: MARANS, R. W.; STIMSON, R. J. (Ed). **Investigating Quality of Urban Life**: Theory, Methods, and Empirical Research. Social Indicators Research Series, v.45. Springer Dordrecht, Heidelberg, London, New York, 2011. p. 107-134.

MYFANWY; T. **Working paper for the lancet**. Commission on healthy cities. Department of Geography, University College London, 2010.

NAHAS, M. I. P. **Bases teóricas, metodologia de elaboração e aplicabilidade de indicadores intraurbanos na gestão municipal da qualidade de vida urbana em grandes cidades: o caso de Belo Horizonte**. 373f. Tese (Doutorado em Ecologia). UFScar, São Carlos, 2002.

NEDRU - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Regional e Urbano. **Estudo de Viabilidade Técnica Econômica, Financeira e Social da Aglomeração Urbana do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e seu colar de influência regional com vistas à implantação da região metropolitana**. GUIMARÃES, E. N.(Coord.) Universidade Federal de Uberlândia/Instituto de Economia. Uberlândia, 2013.

NOLL, H.-H. **Social Indicators and Quality of Life Research: Background, Achievements and Current Trends**. Wiesbaden: V S Verlag fur Sozialwissenschaften 2002.

NUSSBAUM, M. C.; SEN, A. K. **The Quality of Life**. Oxford: Clarendon Press. 1995.

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. **Perspectivas Econômicas de América Latina 2009**. Disponível em: <[http://www.oecd-ilibrary.org/development/perspectivas-economicas-de-america-latina-2009\\_leo-2009-es;jsessionid=21x39pqs1x9us.x-oecd-live-01](http://www.oecd-ilibrary.org/development/perspectivas-economicas-de-america-latina-2009_leo-2009-es;jsessionid=21x39pqs1x9us.x-oecd-live-01)>. Acesso em: 14 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **BRAZIL – Country Note –Results from PISA 2012**. Disponível em: <[www.oecd.org/.../PISA-2012-results-brazil.pdf](http://www.oecd.org/.../PISA-2012-results-brazil.pdf)>. 2012>. Acesso em: 20 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Framework for statistics on the distribution of household income, consumption and wealth**. 2013. Disponível em: <<http://www.oecd.org/statistics/OECD-ICW-Framework-Chapter2.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Guidelines on Measuring Subjective Well-being**. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>> Acesso em: 20 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **StatExtracts. TALIS 2013**. Disponível em: <[http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=talis\\_2013%20#](http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=talis_2013%20#)>. Acesso em: 20 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Education at a Glance 2014: OECD Indicators**, OECD Publishing. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/eag-2014-en>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

OFFICE OF THE DEPUTY PRIME MINISTER. **Skills for sustainable communities: The Egan Review**. Eland House Bressenden Place. London SW1E 5DU. 2004.

OLIVEIRA, L. A. **Percepção da qualidade ambiental**. Ação do homem e a qualidade ambiental. AGEO e Câmara Municipal. Rio Claro (SP)- Brasil. 8 p. (Mímio), 1983.

OLIVEIRA, E. L.de. et al. **Demanda futura por moradias no Brasil 2003-2023: uma abordagem demográfica**. Brasília: Ministério das Cidades, 2009, 144 p. Disponível em: <[http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSNH/ArquivosPDF/Demanda\\_Futura\\_por\\_Moradias\\_Uma\\_visao\\_Demografica\\_rev\\_%2026-03-2010.pdf](http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSNH/ArquivosPDF/Demanda_Futura_por_Moradias_Uma_visao_Demografica_rev_%2026-03-2010.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

OLIVEIRA, A. T. R. de; ONEILL, M. M. V.C.. **Cenário Sociodemográfico em 2022/2030 e Distribuição Territorial da População. Uso e Ocupação do Solo In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. v. 2, Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.176 p.

OPAS - Organización Panamericana De La Salud. **Desarrollo de los sistemas locales de la salud**. Washington, D.C., 1996

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Desenvolvimento Sustentável e Saúde: tendências dos indicadores e desigualdades no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2014. 30 p. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4752:serie-desenvolvimento-sustentavel-e-saude&Itemid=517](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4752:serie-desenvolvimento-sustentavel-e-saude&Itemid=517)>. Acesso em: 20 fev. 2015.

- OTTAWA, Carta de. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde**. nov.1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2013.
- OTTERSEN, O. P; DASGUPTA, J, BLOUIN, C. et al. As origens políticas da desigualdade na saúde: perspectivas de mudança. **Lancet**. 2014. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62407-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62407-1)>. Acesso em: 15 fev. 2015.
- PACIONE, M. Urban livability: A review. **Urban Geography**, v.11, n.1, p.1–30, 1990.
- PACIONE, M. Quality-of-life research in urban geography. **Urban Geography**. v.24, n.4, p.314–339, 2003.
- PARTIDÁRIO, M. do R. **Indicadores de Qualidade de Ambiente Urbano**. Lisboa, Direcção Geral de Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano, Colecção Estudos 4, 2000, 155 p.
- PAIS-RIBEIRO, J. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: CRUZ, J.P., et al. (Coords.). **Bem-Estar e Qualidade de vida**. Alcochete: Textiverso, 2009, p.31-49.
- PELLEGRINI FILHO, A. O uso das evidências científicas aumenta a efetividade das políticas públicas mas requer reorientação nas agendas de pesquisa. [entrevista na internet]. Rio de Janeiro: DSS Brasil; 2011 Ago 22. Entrevista concedida a Equipe do Portal CMDSS. Disponível em: <[http://cmdss2011.org/site/?post\\_type=entrevistas&p=2735&preview=true](http://cmdss2011.org/site/?post_type=entrevistas&p=2735&preview=true)>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- PELLETIER, J.; DELFANTE, C. **Cidades e Urbanismo no Mundo**. Instituto Piaget, Lisboa. 2000.
- PEREIRA, J. C. R. **Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. São Paulo: EDUSP, 2001.
- PEREIRA, B.B, et al. Biomonitoring air quality during and after a public transportation strike in the center of Uberlândia, Minas Gerais, Brazil by Tradescantia micronucleus bioassay. **Environ Sci Pollut Environ Sci Pollut Res**. v.21, n.5, p.3680-5, 2014. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24277431>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- PESSOA, S. B. **Ensaios médico-sociais**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 1978.
- PHILIPSEN, K. C. **Big Data Deliver Evidence Based Urban Design?** 2015. Disponível em:<[http://sustainablecitiescollective.com/klaus-philipsen/1074326/digital-city-dream-or-nightmare?utm\\_source=hootsuite&utm\\_medium=twitter&utm\\_campaign=hootsuite\\_tweets.](http://sustainablecitiescollective.com/klaus-philipsen/1074326/digital-city-dream-or-nightmare?utm_source=hootsuite&utm_medium=twitter&utm_campaign=hootsuite_tweets.)>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- PUND. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **PNUD analisa o impacto do IDHM na gestão pública brasileira**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3844>>. Acesso em: 05 jan. 2015.
- PORTELLA, K. O PIB per capita dobrou e minha renda cresceu 10 vezes. **Portal iG Economia São Paulo**, São Paulo, 03 mar. 2011. Economia. Disponível em: <http://economia.ig.com.br/o-pib-per-capita-dobrou-e-minha-renda-cresceu-10-vezes/n1238132708404.html>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- POWELL, A.; SANGUINETTI, P. Measuring Quality of Life in Latin America's Urban Neighborhoods: A Summary of Results from the City Case Studies. In: LORA, E. et al (Ed.). **The quality of life in Latin American cities: markets and perception**. (Latin American development forum series. A Copublication of the Inter-American Development Bank and the World Bank. 2010. p. 31-64. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2452/544310PUB0EPI01OX0349415B01Public10.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- PMU/IPAC Nº 1/ 2013. Bens Imóveis. Disponível em:<[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/5624.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/5624.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2014.
- PNUMA- Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente. **Rumo a uma economia verde: caminhos para o desenvolvimento sustentável e a erradicação da pobreza**. 2011

RAMOS, T. B. Development of regional sustainability indicators and the role of academia in this process: the Portuguese practice. **Journal of Cleaner Production**, v.17, p.1101–1115, 2009.

RAMIRES, J. C. L.; SANTOS, M. A. F. Exclusão social em Uberlândia: algumas reflexões sobre o bairro Dom Almir e seu entorno. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v.2, n.4, p.73-87, jun. 2001.

RAMÍREZ, M. L. C. Calidad de Vida y Promoción de la Salud. In: RESTREPO, H. E. et al. (Org.) **Promoción de la salud**: cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2001, p. 56-64.

REDS- Rede Estadual de Defesa Social. **Plano estadual de defesa social 2014 – 2015**. Governo de Minas Gerais. 2013. Disponível em: <<http://www.agenciaminas.mg.gov.br/media/uploads/2014/06/25/plano-estadual-defesa-social-2014-2015.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

RELATÓRIOS DINÂMICOS. Acompanhamento Brasileiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. In: Portal ODM. **Base de dados**. 2013. Disponível em: <<http://www.relatoriosdynamics.com.br/portalodm>>. Acesso em: 05 jan. 2015

REZVANI, M. R., MANSOURIAN, H., SATTARI, M. H. Evaluating quality of life in urban area. Case study: Noorabad City, Iran. **Social Indicators Research**, p.1-18. 2012.

RIGHETTI, S. Condições ambientais e bem estar social são fatores que influenciam saúde da população. **Cienc. Cult.** v.56, n.2, p. 06-07, 2004.

ROCHON, J. **Revista do conselho nacional de secretários de saúde**. Ano III, n. 8. p.6-11, 2013. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/biblioteca/pdfs/consensus\\_8.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/pdfs/consensus_8.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2015.

RODRIGUES, D. S. **Sistema de Informação para avaliação e monitorização da qualidade de vida em campi universitários**. Tese (Doutoramento em Engenharia Civil), Universidade do Minho Escola de Engenharia, 2007.

RODRIGUES, M. J. **Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia**: avaliação segundo a visão de diferentes atores / Maria José Rodrigues. 2013. 346 f. Tese (Doutorado em Geografia)-Programa de Pós- Graduação em Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

ROJAS, M. **The Measurement of Quality of Life**: Conceptualization Comes First. A Four-Qualities-of-Life Conceptual Framework and an Illustration to Latin America. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México & Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Mexico, 2008. Disponível em: <<http://www.iadb.org/res/laresnetwork/files/pr308finaldraft.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

ROSA, R.; BRITO, J. L. da S. **Introdução ao Geoprocessamento**: Sistema de Informação Geográfica. Uberlândia: UFU, 1996. 104p.

RUTLEDGE, R. B.; et al. **A computational and neural model of momentary subjective well-being**. University of Cambridge, Cambridge, United Kingdom, Proceedings of the National Academy of Sciences-PNAS, v. 111, n. 33, p.12252–12257, August 19, 2014. Disponível em: <<http://www.pnas.org/content/111/33/12252.full>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

SAE - Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. – nº 1, nov. 2014. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2014. Disponível em: <[http://www.sae.gov.br/wp-content/uploads/ebook\\_ClasseMedia1.pdf](http://www.sae.gov.br/wp-content/uploads/ebook_ClasseMedia1.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2015.

SANDRONI, P. **Novíssimo dicionário de economia**. Editora Best Seller. São Paulo, SP. 1999.

SANTINHA, G.; MARQUES, S. Repensando o fenômeno do envelhecimento na agenda política das cidades: a importância da promoção da mobilidade de pedestres. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.393-400, 2013.

SANTOS, F. F. S. dos. **Capital Social**: Vários conceitos, um só problema. 2003. 84p.



- SANTOS, M. A.F. **Criminalidade violenta e contradições socioespaciais na cidade de Uberlândia**. 2012. 421f. Tese (Doutorado em Geografia)-Programa de Pós- Graduação em Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.
- SANTOS, M. **O Espaço do Cidadão**. HUCITEC, São Paulo, 1987.
- \_\_\_\_\_. **Manual de geografia urbana**. HUCITEC, São Paulo, 2008.
- \_\_\_\_\_. **A Urbanização brasileira**. Editora da Universidade de São Paulo, 2009.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**. Território e Sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro, Record, 2001.
- SANTOS, L. D.; MARTINS, I. **A Qualidade de vida Urbana**: o caso da cidade do Porto, Working Papers da FEP, Porto, 2002. Disponível em: <investigacao/workingpapers/wp116.pdf http://www.fep.up.pt/ >. Acesso em: 14 jan. 2014.
- SANTOS, S. R. D. dos. **A Qualidade de vida Urbana**: aplicação de um inquérito para avaliação da percepção online individual. Dissertação (Mestrado em Engenharia Urbana). Área de Especialização em Cidades Sustentáveis Universidade do Minho, 2011.
- SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estud. Av**, São Paulo, v.13 n.35, 1999.
- SASSEN, S. **Las ciudades van a ser más importantes que los estados**. Entrevista a ABC. 15 mai. 2013. Disponível em: <http://www.abc.es/20120612/sociedad/abci-ciudades-importantes-estados-201206112005.html#.VX9ZQaOPCy5.facebook.>. Acesso em: 14 jun. 201.
- SÃO PAULO (Município). Lei n 16.212, de 10 de junho de 2015. Dispõe sobre a gestão participativa das praças do município de São Paulo, e dá outras providências. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, 6 jun. 2015. Disponível em: < http://www.radarmunicipal.com.br/legislacao/lei-16212>. Acesso em: 29 out. 2015.
- SAVEDOFF, W. et al. Tomando el pulso de la calidad de la salud. In: Lora E. (Coord.) **Calidad de vida más allá de los hechos**. Banco Interamericano de Desarrollo, 2008. p.87-120.
- SAWATZKY, R. **The measurement of quality of life and its relationship with perceived health status in adolescents**. Doctor of philosophy . The Faculty of Graduate Studies, Nursing, 2007.
- SCARTASCIN, C. FONARO, R. ¿Es la gente la que elige? La importancia de las opiniones en el proceso de formulación de políticas. In: Lora E. (Coord.) **Calidad de vida más allá de los hechos**. Banco Interamericano de Desarrollo, 2008. p.229-248.
- SCARTASCINI, C. **Beyond Facts. Understanding Quality of Life**. Development in the Americas, 2008. 272p.
- SCHIPPERS, A. Quality of life in Disability. **Studies MediScheaNTroPologie**, v.22, n.2, p.277-288, 2010
- SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. **Cienc. enferm**. v.9 n.2, 2003.
- SEIXAS, S. R. da C.; CINTRA, S; B. **O percurso da temática qualidade de vida e risco na teoria social latino-americana**: uma abordagem preliminar. NUPEAT–IESA–UFG, v.2, n.1, p.1–24, jan./jun., 2012. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/teri/article/view/19953/11532>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- SETTRAN, Secretaria de Trânsito e Transportes, 2015. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria/78/transito\_e\_transportes.html> Acesso em: 15 mar. 2015.
- SILVA, A. A. P. **Eficiência na Alocação de Recursos Públicos e Qualidade de vida nos Municípios de Minas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Administração) Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2009.

- SIRGY, M. J. The psychology of quality of life: Hedonic Well-Being, Life Satisfaction, and Eudaimonia, **Social Indicators Research Series**. Dordrecht: Kluwer Academic Press. Springer, 2002.
- SMART CITIES. **Cidades Sustentáveis**. 2015. Disponível em: <<http://smart-cities.pt/pt/a-revista/>>. Acesso em: 15 mar. 2014.
- SMITH, D. M. **Human Geography**: a welfare approach, London: Edward Arnold, 1980.
- SOARES, B. R. **Habitação e produção do espaço em Uberlândia**. 1988. 237f. Dissertação (mestrado em Geografia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Uberlândia: da cidade jardim ao portal do cerrado – imagens e representações no Triângulo Mineiro**. 1995. 366f. Tese (Doutorado em Geografia)–Departamento de Geografia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- SOUZA, M. V. M. **Cidades médias e novas centralidades: análise dos subcentros e eixos comerciais em Uberlândia (MG)**. 236 f. Dissertação (Mestrado em Geografia)–Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.
- STIGLITZ, J. E.; SEN, A; FITOUSSI, J-P. **Mis-measuring our lives: why GDP doesn't add up**. New York: The New Press, 2010.
- STIMSON, R., et al. The Brisbane-South East Queensland Region, Australia: Subjective Assessment of Quality of Urban Life and Changes over Time. In: MARANS, R. W.; STIMSON, R. J. (Ed). **Investigating Quality of Urban Life: Theory, Methods, and Empirical Research**. Social Indicators Research Series, v.45. Springer Dordrecht, Heidelberg, London, New York, 2011, p.185-208.
- TAKANO, T.; NAKAMURA, K. An analysis of health levels and various indicators of urban environments for Healthy Cities projects. **J Epidemiol Community Health**, v.55, p.263-270, 2001. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/55/4/263.full>>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- THE GALLUP poll cumulative index: **public opinion, 1998-2007**. GALLUP Alec M; NEWPORT. (Ed) Rowman & Littlefield, 2008.
- The 8<sup>th</sup> global Conference on Health Promotion. The Helsinki statement on health The 8<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, in all policies. 10-14 june. 2013a.
- The 8<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion. Helsinki Declaration. The 8<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013b. Disponível em: <[http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP\\_Helsinki\\_Statement.pdf](http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2013.
- TOBELEM-ZANIN, C. **La Qualité de la vie dans les villes Françaises**. Publications de l'université de Rouen. 288 p., 1995.
- TUESCA-MOLINA, R. de J.; AMED-SALAZAR, E. J. Capital social y su relación con la percepción de salud. Encuesta nacional de salud, Colombia 2007. **Colombia Médica**.v. 45, n.1, 2014. Disponível em: <<http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/viewFile/1316/2228>>. Acesso em: 14 fev. 2015.
- UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de saúde da cidade de Uberlândia (2014-2017)**. Uberlândia, 2014. Disponível em: <[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/11394.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/11394.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2015.
- \_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. **Plano municipal de segurança pública, justiça e cidadania e dá outras providências**. Uberlândia, 2003. Disponível em: <<http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=leisMunicipais>>. Acesso em: 14 fev. 2015.
- \_\_\_\_\_. **Prefeitura entrega Base Comunitária no bairro Planalto**. Publicado em: 02/09/2013. Disponível em: <[http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/noticia/5251/prefeitura\\_entrega\\_base\\_comunitaria\\_no\\_bairro\\_planalto.html](http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/noticia/5251/prefeitura_entrega_base_comunitaria_no_bairro_planalto.html)>. Acesso em: 14 fev. 2015.

UE. **European External Action Service (EEAS)**. 2014. Disponível em:

<[http://eeas.europa.eu/la/summits/2013/index\\_en.htm](http://eeas.europa.eu/la/summits/2013/index_en.htm)>, Acesso em: 14 fev. 2014.

TÜRKÖĞLU, H.; et al. Measuring Quality of Urban Life in Istanbul. In: MARANS, R. W.; STIMSON, R. J. (Ed). **Investigating Quality of Urban Life: Theory, Methods, and Empirical Research**. Social Indicators Research Series, v.45. Springer Dordrecht, Heidelberg, London, New York, 2011, p. 209-232.

UN/WCED. Brundtland, G. **Our Common Future: From One Earth to One World**. Nova York: Oxford University Press, 1987. Disponível em: <<http://www.un-documents.net/ocf-02.htm>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

UN- United Nations. **Declaração do Milênio**. Cimeira do Milênio. Nova Iorque, 6-8 de Setembro de 2000. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao\\_do\\_milenio.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf)> Acesso em: 14 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **Inequality of what?** Inequality between whom? Humanity Divided: Confronting Inequality in Developing Countries, 2013, 40p. Disponível em:

<[http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/Inclusive%20development/Humanity%20Divided/HumanityDivided\\_Ch1\\_low.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/Inclusive%20development/Humanity%20Divided/HumanityDivided_Ch1_low.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **Climate Summit**, 2014 Disponível em: <<http://www.un.org/climatechange/summit/>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **The Future We Want**. 2012. Disponível em:

<http://www.uncsd2012.org/thefuturewewant.html>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Human Development Programme. **Human Development Report**. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World. 2013. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/2013-report>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

UN HABITAT. **State of the World's Cities 2012/2013**, Prosperity of Cities, 2012 . 152p. Disponível em: <<http://mirror.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=3387>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

VALENTE, M. M. P. **Qualidade de vida na cidade da Guarda**. 2006. 319f. Dissertação (Mestrado em Educação Ambiental). Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2006.

VAN BELLEN, H. M. **Indicadores de sustentabilidade: uma análise comparativa**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. 253 p.

VAN PRAAG, B. M.S.; FERRER-I-CARBONELL, A. Toward an Urban Quality of Life Index: Basic Theory and Econometric Methods In: Eduardo Lora et al (Ed.). **The quality of life in Latin American cities: markets and perception**. Latin American development forum series. A Copublication of the Inter-American Development Bank and the World Bank. 2010. p. 65-90. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2452/544310PUB0EPI01OX0349415B01Public10.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

VEENHOVEN, R. The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good quality. **Journal of Happiness Studies**, p.11–39, 2000.

VIEIRA, A. B. **Mapeamento da exclusão social em cidades médias: interfaces da geografia econômica com a geografia política**. 2009. 206 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente, 2009.

VITAL, G. T. D. **Projeto sustentável para a cidade: o caso de Uberlândia**. 2013. 538f . Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade de São Paulo- USP, São Paulo, 2013.

VLAHOV, D.; GÁLEA, S. Urbanization, Urbanicity, and Health. **Journal of Urban Health**, Cary, v.79, n.4, Suppl.1, p.S1-S2, Dec. 2002.

VLAHOV, D. et al. Urban as a Determinant of Health. **Journal of Urban Health**: Bulletin of the New York Academy of Medicine, v.8, n.1, p.16-26, May. 2007.

WASELISZ, J. J. **Mapa da Violência 2014** – os jovens do Brasil. 2014 Disponível em: <[http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014\\_JovensBrasil\\_Preliminar.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2015.

WESTPHAL, M. F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.39-51, 2000.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e a qualidade de vida. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. (Orgs.) **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 13-40.

WEBSTER, P.; SANDERSON, D. Healthy Cities Indicators. A Suitable Instrument to Measure Health? **J Urban Health**. v. 90, p. 52–61, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3764266/>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

WORLD HAPPINESS REPORT. **Sustainable Development Solutions Network (SDSN)**. HELLIWELL, J. F. et al. (Ed). 2015. Disponível em: <<http://worldhappiness.report/>>. Acesso em: 14 mai. 2015.

WORLD VALUES SURVEY. **King's College Old Aberdeen** - United Kingdom. 2015. Disponível em: <<http://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

WHO -World Health Organization. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current Status. In Int. **J. Ment. Health**. v. 23, n.3, p.24-56, 1994.

\_\_\_\_\_. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**. v.41, n.10, p.1403-9, 1995.

\_\_\_\_\_. **City planning for health and sustainable development**. European Sustainable Development and Health Series, 2. 1997. 111p. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/101060/wa38097ci.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/101060/wa38097ci.pdf) >. Acesso em: 02 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Informe mundial sobre a violência e a saúde**, Washington, DC: OMS, 2002

\_\_\_\_\_. City leadership for health Summary evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network, 2008.

\_\_\_\_\_. Regional Office for Europe. **Measurement of and target- setting for well-being**: an initiative by the WHO Regional Office for Europe, 2012a.

\_\_\_\_\_. Regional Office for Europe. **Governance for health in the 21st century**, 2012b. Disponível em: < [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf)>. Acesso em: 10 ago 2014.

\_\_\_\_\_. **Health Indicators of sustainable cities in the Context of the Rio+20 UN Conference on Sustainable Development Initial findings from a WHO Expert Consultation**: 17-18 May 2012c. Disponível em: <[http://www.who.int/hia/green\\_economy/indicators\\_cities.pdf](http://www.who.int/hia/green_economy/indicators_cities.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. General Assembly **Resolution on UHC (A/67/81)**. Foreign Policy and Global Health Initiative, 2013a.

\_\_\_\_\_. Regional Office for Europe. **Implementing a Health 2020 vision**: governance for health in the 21st century. Making it happen, 2013b. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/215820/Implementing-a-Health-2020-Vision-Governance-for-Health-in-the-21st-Century-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215820/Implementing-a-Health-2020-Vision-Governance-for-Health-in-the-21st-Century-Eng.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **The top 10 causes of death**, Ficha N ° 310. 2013c Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. **European Healthy Cities Network**. 2014. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network>>. Acesso em: 14 mai. 2014.



\_\_\_\_\_. **The European health report 2015: Targets and beyond – reaching new frontiers in evidence**. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

WISH, N. D. Are we really measuring the quality of life? Well-being has subjective dimensions, as well as objective ones, **American Journal of Economics and Sociology**. v.45, n.1, p. 93-99, 1986.

ZMITROWICZ, W.; ANGELIS NETO, G. **Infra-estrutura urbana**. Escola Politécnica da USP. São Paulo. 1997. Disponível em: <[http://www.pcc.usp.br/files/text/publications/TT\\_00017.pdf](http://www.pcc.usp.br/files/text/publications/TT_00017.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2015>

## APÊNDICE 1

## 1.Questionário Aplicado

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA</b> INSTITUTO DE GEOGRAFIA Programa de Pós-Graduação em Geografia <i>Área de Concentração Geografia e Gestão do Território</i>	
Data: ____/____/____      Horário: ____:____ Endereço: Bairro: _____ CEP: _____ Rua/nº: _____		
		ID QUESTIONÁRIO: _____

## A - IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

QUESTÕES	IND. 1	IND. 2	IND. 3	IND. 4	IND. 5	IND. 6
<b>A.1 – Sexo</b> 1-M      2-F						
<b>A.2 - Idade</b> ( <i>indique o valor</i> )						
<b>A.3 – Cor</b> 1-Branca   2-Preta   3-Amarela   4-Parda						
<b>A.4 - Grau de Parentesco</b> 1-Cônjuges   4-Pais 2-Filho   5-Outro família (especificar) 3-Avós   6-Outro sem ser família (especificar)	Próprio					
<b>A.5 - Grau de Instrução</b> 1-Não sabe ler nem escrever      5-Ens. Médio 2-Sabe ler e escrever      6-Ens.Superior 3-Ens. Fund. 1º Ciclo (até 4 série)   8-Mestrado 4-Ens. Fund. 2º Ciclo (até 8 série)   9-Doutorado 7-Pós Graduação/Especialização						
<b>A.6 - Aprendizagem Contínua</b> 1-É estudante ( <b>vá para A.9</b> ) 2-Não é estudante						
<b>A.7 - Há quanto tempo parou de estudar?</b>						
<b>A.8 - Voltaria a estudar?</b> 1-Sim      2-Não						
<b>A. 9 - <u>Menos de 6 anos</u></b> 1.1-Escola Pública      1.3-Babá (creche, EMEI...)      1.4-Avós 1.2- Escola Privada      1.5-Outros						
<b><u>Mais de 6 anos</u></b> 2.1-Ensino Público      2.2-Ensino Privado						
<b>A.10 - Recebe bolsa de estudo?</b> 1-Sim      2-Não ( <b>vá para A12</b> )						
<b>A.11 - Especificar quem oferece a bolsa</b>						

QUESTÕES	IND. 1	IND. 2	IND. 3	IND. 4	IND. 5	IND. 6
<b>A.12 - Situação Sócio Profissional Principal</b> 1-Ativo na profissão 4-Aposentado/pensionista 2-Desempregado <1 ano 5-Doméstica 3-Desempregado >1 ano 6-Outra (especificar) 7-Estudante (vá para A15)						
<b>A.13 - Situação na Profissão Principal</b> 1-Patrão 4-TPCO-sem CLT 2-Autônomo 5-Funcionário Público 3-TPCO-CLT 6-TFNR 7-Outra (especifique)						
<b>A.14 - Profissão Principal</b> Indique qual (se aposentado ou desempregado, indicar a última profissão)						
<b>A.15 - Religiosidade</b> 1-Católico 4-Evangélico 2-Afro-brasileiro 7- Test. Jeová 3-Espírita 8- Presbiteriano 5-Acredita em Deus, mas não tem religião 6-Ateu e/ou Agnóstico (não acredita em Deus ou em sua existência) 9- Outra						
<b>A.16 - Plano de Saúde</b> 1-Sim 2-Não						
<b>A.17 - Entre que idade teve filhos?</b> 1-10 a 14 anos 4-30 a 39 anos 2-15 a 19 anos 5-acima de 40 anos 3-20 a 29 anos						
<b>A.18 - Local de trabalho ou estudo</b> Nome e Endereço						
<b>A.19 - Principal modo de deslocamento</b> 1-A pé 2-Transporte Público 3-Moto 4-Automóvel 5-Transporte Empresa/Escola 6-Bicicleta 7 - Outro (Indique qual)						
<b>A.20 - Tempo de Deslocamento (trabalho/escola...)</b> 1-Nenhum 4-De 31-60 minutos 2- Menos de 15 min. 5-De 61-90 minutos 3-De 16-30 minutos 6-Mais de 90 minutos						
<b>A.21 - Com que frequência utiliza os TP?</b> 1-Diariamente 4-1x semana 2-3x semana 5-Esporadicamente 3-2x semana 6-Nunca						
<b>A.22 - Forma de pagamento quando utiliza o TP</b> 1-Passe integral/Cartão Vale Transporte pré pago 2-Compra de bilhete a bordo 3-Passe escolar 4-Gratuito 5-Outro (especifique)						
<b>A.23 - Qual o principal critério para escolha do meio de transporte que mais usa?</b> 1-Mais econômico 4-Falta de opção 2-Mais rápido 5-Mais Seguro 3-Mais flexível 6- (in)eficiência 7- Outros motivos (especifique)						

	IND. 1	IND. 2	IND. 3	IND. 4	IND. 5	IND. 6
<b>A.24 - Qual o valor mensal de gastos com transportes do agregado familiar?</b>						

## B - MIGRAÇÃO E MOBILIDADE GEOGRÁFICA

QUESTÕES	MARIDO	ESPOSA
<b>B.1 - Nasceu em Uberlândia?</b> 1-Não                      2-Sim (Vá para B.4)		
<b>B.2 - Onde Nasceu?</b> Cidade e Estado		
<b>B.3 - Motivo de mudança para Uberlândia</b> (Escolha o motivo em B.6)		
<b>B.4 - Mudou de residência na cidade de Uberlândia?</b> 1-Sim                      2-Não (Vá para C)		
<b>B.5 - Onde localizava a residência anterior?</b> Bairro e Rua		
<b>B.6 - Motivos da mudança de residência</b> (para e em Uberlândia) <i>Familiares:</i> <b>1.1-</b> Mudança estado civil <b>1.2-</b> Mudança residência dos pais <b>1.3-</b> Outras (especifique) <i>Profissionais:</i> <b>2.1-</b> Mudança de emprego/local trabalho <b>2.2-</b> Alteração situação profissional <b>2.3-</b> Outras (especifique) <i>Habitacionais</i> <b>3.1-</b> Aquisição casa própria <b>3.2-</b> Casa Melhor <b>4-Qualidade de vida</b> <b>5-Mudança forçada</b> (expropriação, obras, saúde...)		

## C-EMPREGO E RENDA

**C.1 - Número de horas trabalhadas habitualmente por semana:**

- 1 ( ) 20 horas semanais  
 2 ( ) 40 horas semanais, com dedicação exclusiva  
 3 ( ) 40 horas semanais, com flexibilidade para outra atividade  
 4 ( ) menos de 20 horas, com flexibilidade para outra atividade  
 5 ( ) entre 20 e 40 horas, com flexibilidade para outra atividade  
 6 ( ) entre 40 e 50 horas, com dedicação exclusiva  
 7 ( ) Doméstica, aposentados e estudantes  
 8 ( ) Outra \_\_\_\_\_

**C.2 - Qual valor do rendimento total familiar?** \_\_\_\_\_

**C.3 - A maior parte do rendimento mensal habitual da residência é oriunda de:**

- 1 ( ) Aposentadoria ou pensão (de previdência federal, estadual ou municipal)  
 2 ( ) Programas sociais (como bolsa-família ou programa de erradicação do trabalho infantil – PETI)  
 3 ( ) Rendimentos de outros programas sociais ou de transferências  
 4 ( ) Outras fontes (juros de poupança, aplicações financeiras, aluguel, pensão ou aposentadoria de previdência privada, etc.)  
 5 ( ) Emprego/salário (setor público ou privado)



**C.4** - De 1 a 5, em que 1 significa insatisfeito e 5 totalmente satisfeito, como você avalia:

Questões	1	2	3	4	5
a) A renda do agregado familiar					
b) A quantidade de horas trabalhadas					
c) As condições gerais do trabalho					

**C.5** - Ao comparar a situação financeira familiar, em 2009 e atualmente, em uma escala de 1 a 5, onde 1 significa nenhuma melhoria e 5 significa muita melhoria. Qual sua avaliação:

Questão	1	2	3	4	5
Situação financeira familiar					

## D- HABITAÇÃO

**D.1** - Tipo da residência

1 ( ) Casa      2 ( ) Apartamento      3 ( ) Quarto/cômodo      4 ( ) Outros

**D.2** - Quantos cômodos tem esta residência?

1 ( ) Um      4 ( ) Quatro      7 ( ) Sete      10 ( ) Dez  
 2 ( ) Dois      5 ( ) Cinco      8 ( ) Oito      11 Mais (especificar) \_\_\_\_\_  
 3 ( ) Três      6 ( ) Seis      9 ( ) Nove

**D.3** - Quantos cômodos servem, permanentemente, de dormitório para os moradores desta casa?

1 ( ) Um      2 ( ) Dois      3 ( ) Três      4 ( ) Quatro      5 ( ) Mais (especificar) \_\_\_\_

**D.4** - Quantos banheiros têm esta residência?

1 ( ) Um      2 ( ) Dois      3 ( ) Três      4 ( ) Quatro      5 ( ) Mais (especificar) \_\_\_\_

**D.5** - Esta residência é:

1 ( ) Própria paga (responder **D.8**)      4 ( ) Cedida (responder **D.8**)  
 2 ( ) Própria pagando (responder **D.6**)      5 ( ) Ocupada (responder **D.8**)  
 3 ( ) Alugada (responder **D.7**)      6 ( ) Outra (responder **D.8**)

**D.6** - As prestações pagas são referentes à aquisição:

1 ( ) da residência pelo PMCMV via prefeitura  
 2 ( ) da residência pelo PMCMV via cooperativa habitacional, associação ou entidade privada sem fins

lucrativos/ construtora (por exemplo MRV)

3 ( ) da residência pelo PMCMV via Caixa Econômica Federal pronta  
 4 ( ) da residência pelo PMCMV via Caixa Econômica na planta ou em construção  
 5 ( ) da residência pelo PMMV via Caixa Econômica pelo financiamento da Construção  
 6 ( ) de materiais de construção pelo PMMV para reforma  
 7 ( ) Financiamento do BB ou da Caixa anterior ao MCMV/Financiamento da construtora  
 8 ( ) Outros \_\_\_\_\_

**D.7** - Qual o valor do aluguel ou da prestação pago nos últimos 30 dias? \_\_\_\_\_

**D.8** - O lixo desta residência é separado para reciclagem, reciclável (plásticos, papéis, vidros e metais) e não reciclável (alimentos e outros materiais orgânicos)?

1 ( ) Sim      2 ( ) Não (**Vá para D10**)

**D.9** - A separação do lixo tem como finalidade:

1 ( ) Atender a coleta seletiva realizada por empresa especializada (coloca o lixo reciclável no dia que o caminhão da coleta seletiva passa)  
 2 ( ) Atender aos catadores (separa para alguém que recolhe os recicláveis)  
 3 ( ) Não interessa quem recolhe o lixo que separa

**D.10** - De 1 a 5, em que 1 significa que está muito insatisfeito e 5 muito satisfeito, qual seu grau de contentamento com as condições de sua habitação e do entorno:

ASPECTOS	1	2	3	4	5
a) Espaço interno da residência					
b) Fundação, paredes, chão e telhado					
c) Ventilação					
d) Vizinhos					
e) Poluição do ar (fuligem trânsito, indústria)					
f) Poluição sonora (Barulho)					
g) Inundação					
h) Violência ou vandalismo					
i) Fornecimento de Água					
j) Coleta de lixo					
k) Limpeza urbana					
l) Esgotamento sanitário					
m) Iluminação Pública					
n) Fornecimento de energia					
o) Espaços verdes					
p) Espaços para lazer/esportes					
q) Comércio e serviços					
r) Transportes					
s) Trânsito					
t) Calçadas					
u) Conforto térmico					
v) Redes de Internet disponíveis no bairro					
x) Condições gerais da moradia					
z) Condições gerais do entorno (bairro)					

**D.11** - Onde as pessoas que moram nesta residência realizam compras e pagamentos:

ITENS	1 - Próximo residência	2 - Próximo ao trabalho	3 - Endereço (Bairro/Rua)	4 - Modo de transporte usado
a) Artigos de consumo frequente (frutas/ verduras)				
b) Artigos de consumo frequente (artigos da cesta básica)				
c) Artigos de consumo pouco frequente (Roupas, calçados, remédios)				
d) Pagamento de boletos (água, energia, etc.)				
e) Serviços administrativos bancários (por exemplo bancários)				

## E – EDUCAÇÃO

(Responder este item apenas se houver estudantes na residência)

QUESTÕES	IND. 1	IND. 2	IND. 3	IND. 4	IND. 5	IND. 6
E.1 - Qual o tempo de permanência diária no estabelecimento de ensino?						
E.2 - O que faz quando não está no estabelecimento de ensino? ( <i>Admite-se mais de uma resposta</i> )						

1-Trabalha 2-Faz curso 3-Estuda 4-Brinca 5-Prática esporte 6-Fica na internet 7-Assiste TV 8-Outros( <i>especifique</i> )					
E.3 - Qual a frequência que executa as tarefas escolares em casa?					
E.4 - Teve alguma reprovação? 1-Sim 2-Não ( <b>Vá para E.6</b> )					
E.5 - Quantas? ( <i>Especifique</i> )					
E.6 - Quanto tempo gasta para ir até o estabelecimento de ensino?					
E.7 - Distância da residência até o estabelecimento de ensino.					

**E.8** - Em uma escala de 1 a 5, em que 1 significa muito insatisfeito e 5 muito satisfeito, avalie os aspectos em relação aos serviços de educação:

ASPECTOS	1	2	3	4	5
a) Distância de sua residência aos estabelecimentos de ensino					
b) Relação demanda/oferta					
c) Qualidade da Infraestrutura física					
d) Qualidade do ensino em relação ao conteúdo curricular (português, matemática, etc.)					
e) Qualidade do ensino em relação aos conteúdos extracurriculares (respeito, cidadania, etc)					
f) Participação da comunidade nas ações educativas					
g) Participação dos pais na educação dos filhos					
h) Educação como um todo					
i) Gastos com educação					

## F. SAÚDE

**F1.** Em uma escala de 1 a 5, onde 1 é muito ruim e 5 muito boa, como você avalia sua saúde?

1	2	3	4	5

**F.2** - Sofre de algum problema de saúde, doença ou deficiência crônica?

1 ( ) Sim Qual \_\_\_\_\_ 2 ( ) Não (**Vá para F4**)

**F.3** - Em uma escala de 1 a 5, onde 1 é nunca e 5 é sempre, como este problema de saúde ou deficiência limita suas atividades diárias?

1	2	3	4	5

**F.4** - Qual o valor mensal de gastos com saúde de toda a família? \_\_\_\_\_

**F.5** - Utiliza medicamentos fornecidos pela rede pública.

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**F.6** - Participa de alguma rede de sociabilidade (APAE, diabéticos, autistas, etc.) \_\_\_\_\_

**F.7** - Em uma escala de 1 a 5, onde 1 é nunca e 5 sempre, com que frequência você:

	1	2	3	4	5

Realiza exames de saúde preventivos					
Imunização					

**F.8** - Quando precisa de algum serviço de saúde de baixa complexidade ou rotineiro, você:

- 1 ( ) Contata o agente de saúde da família
- 2 ( ) Vai a UBS
- 3 ( ) Vai a UAI
- 4 ( ) Vai ao hospital público (Medicina da UFU, Hospital Municipal)
- 5 ( ) Paga para ir a um hospital/clinica particular
- 6 ( ) Vai a um hospital que atende por convênio do seu plano de saúde

**F.9** - Se precisar realizar algum serviço de saúde de média e alta complexidade, você utilizaria:

- 1 ( ) Os serviços oferecidos pelo SUS
- 2 ( ) Os serviços oferecidos por hospitais e clínicas particular
- 3 ( ) Ambos

**F.10** - Em uma escala de 1 a 5, em que 1 significa muito insatisfeito e 5 muito satisfeito, avalie os seguintes aspectos em relação aos serviços de saúde:

ASPECTOS	1	2	3	4	5
a) Distância de sua residência ao local de atendimento					
b) Processo para marcação de consulta (demora entre o dia que solicitou e o dia que a consulta foi marcada)					
c) Tempo de espera para ser atendido no dia marcado					
d) Custo (consulta, exames e medicamentos)					
e) Atendimento dos médicos					
f) Atendimento dos enfermeiros					
g) Atendimento demais dos profissionais					
h) Eficiência (resolução do problema)					
i) Infraestrutura física					

## G. SEGURANÇA

**G.1** - Já foi vítima de algum tipo de violência? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

**G.2** - Em uma escala de 1 a 5, onde 1 significa totalmente inseguro e 5 totalmente seguro, o quanto seguro você se sente andando sozinho no bairro após escurecer?

1	2	3	4	5

**G.3** - Você ou algum membro de sua família residente em Uberlândia sofreu acidente ou algum tipo de violência entre 2010 e hoje?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não (vá para G4)

**G.4** - Qual foi a causa do acidente ou da violência? (*admita-se mais de uma resposta*)

- 1 ( ) tentativa de homicídio
- 2 ( ) violência doméstica
- 3 ( ) acidente de trabalho
- 4 ( ) acidente de trânsito (motorista)
- 5 ( ) acidente de trânsito (pedestre)
- 6 ( ) acidente de trânsito (ciclista)
- 7 ( ) acidente de trânsito (motociclista)
- 8 ( ) acidente de trânsito (passageiro automóvel particular)
- 9 ( ) acidente de trânsito (passageiro transporte coletivo)
- 10 ( ) assalto
- 11 ( ) roubo
- 12 ( ) Outro \_\_\_\_\_

**G.5** - Algum membro de sua família (país, filhos, sobrinho, irmão) residente em Uberlândia faleceu entre 2010 e hoje?

1 ( ) Sim                      2 ( ) Não (vá para G 7)

**G.6 - Qual foi a causa da morte: (admita-se mais de uma resposta)**

- |   |   |
|---|---|
| 1 ( ) homicídio   | 8 ( ) acidente de trabalho                                    |
| 2 ( ) suicídio  | 9 ( ) acidente de trânsito (motorista)                        |
| 3 ( ) câncer  | 10 ( ) acidente de trânsito (pedestre)                        |
| 4 ( ) decorrência de parto  | 11 ( ) acidente de trânsito (ciclista)                        |
| 5 ( ) doenças do aparelho circulatório<br>(AVC, doenças do coração) | 12 ( ) acidente de trânsito (motociclista)                    |
| 6 ( ) doenças do aparelho respiratório                              | 13 ( ) acidente de trânsito (passageiro automóvel particular) |
| 7 ( ) doenças infecto contagiosas                                   | 14 ( ) acidente de trânsito (passageiro transporte coletivo)  |
|   | 15 ( ) outro  |

**G.7 - Com relação às pessoas do bairro, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é nunca, 2 quase nunca, 3 as vezes, 4 quase sempre e 5 é sempre, avalie se:**

ASPECTOS	1	2	3	4	5
a) A maioria das pessoas pode ser confiável					
b) Tem de ser cuidadoso em lidar com as pessoas					
c) As pessoas se dispõem a ajudar umas às outras					
d) Se relaciona com os vizinhos					

## H. PARTICIPAÇÃO CIVIL

**H.1 - Participa de alguma associação, das decisões políticas, de alguma atividade voltada para soluções de problemas de sua comunidade junto com outros órgãos públicos ou entidades da sociedade?**

1 ( ) Sim                      2 ( ) Não (vá para H3)

**H.2 - Junto a órgãos públicos ou entidades da sociedade relacionados a:**  
(Admita-se mais de uma resposta)

- |   |                         |                                 |
|---|-------------------------|---------------------------------|
| 1 ( ) Escola/educação                                       | 5 ( ) Esgoto            | 9 ( ) Geração de renda/trabalho |
| 2 ( ) Moradia   | 6 ( ) Coleta de lixo    | 10 ( ) Saúde                    |
| 3 ( ) Urbanismo<br>(ruas, praças, iluminação pública, etc.) | 7 ( ) Segurança pública | 11 ( ) Outro.                   |
| 4 ( ) Água  | 8 ( ) Transporte        |                                 |

**H.3 - Já realizou outro tipo de atividade comunitária ou voluntariado?**

- 1 ( ) Sim. Por quanto tempo? \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ ano(s)  
 2 Qual o tipo de atividade? \_\_\_\_\_  
 3 ( ) Não

**H.4 - Você confia em cada uma das seguintes instituições? Considere uma escala de 1 a 5, em que 1 significa que não confia nada na instituição e 5 significa que confia totalmente na instituição:**

INSTITUIÇÃO	1	2	3	4	5
-------------	---	---	---	---	---

a) No sistema jurídico					
b) Na polícia					
c) No governo federal					
d) No governo estadual					
e) Nas autoridades municipais					

**H.5** - Entre 2010 e hoje, você participou de algum protesto, manifestação ou assinou alguma petição?

1 ( ) Sim

2 ( ) Não

## I. ESTILO DE VIDA, LAZER E CULTURA

**I.1** - A partir de sua rotina, em uma escala de 1 a 5, em que 1 significa nunca, 2 quase nunca, 3 as vezes, 4 quase sempre e 5 sempre. Avalie a frequência que você realiza as atividades abaixo relacionadas:

ATIVIDADES	1	2	3	4	5
a) Fuma (uma vez ou mais por semana)					
b) Consome bebidas alcoólicas (uma vez ou mais por semana)					
c) Consome fastfood (lanches, enlatados, embutidos)					
d) Consome frutas e verduras e legumes (regularmente - p.e: algo em torno de 2 porções verduras, 1 fruta e 1 suco natural)					
e) Encontra socialmente com amigos, parentes ou colegas de trabalho					
f) Vai à atividades culturais (cinema, teatros)					
g) Vai á Shoppings					
h) Têm contato com programas de rádio/ TV/ informativos sobre saúde, meio ambiente, cidadania e educativos					
i) Acessa a internet sem ser para trabalhar					
j) Acessa internet pelo celular					
k) Está fisicamente ativo por 30 minutos ou mais por dia (incluir esportes, e as tarefas como o trabalho doméstico e jardinagem)					
l) Participa de alguma ação para promoção da qualidade de vida, <i>qual a frequência? Qual a ação?</i>					
m) Frequenta algum espaço verde (se não, vá para I.5)					

**I.2** – Ao avaliar a limpeza, segurança e infraestruturas (bebedouro, bancos, banheiros) dos espaços verdes que frequenta, em uma escala de 1 a 5, onde 1 significa totalmente inadequado e insuficiente e 5 totalmente adequado e suficiente, como você classificaria esses espaços?

1	2	3	4	5

**I.3** - Quais “sensações” são produzidas pelos espaços verdes urbanos? \_\_\_\_\_

**I.4** - Qual a principal motivação na frequência dos espaços verdes urbanos? \_\_\_\_\_

**I.5** - Qual o valor mensal gasto com a alimentação familiar? \_\_\_\_\_

## J. BEM ESTAR E FELICIDADE

**J.1** - Em uma escala de 1 a 5, onde 1 significa pouco e 5 significa muito, como avalia a sua vida em relação às seguintes situações:

SITUAÇÕES	1	2	3	4	5
a) Otimismo (esperançoso) em relação ao futuro					
b) Felicidade					
c) Bem estar (harmonia, paz, sentido da vida...)					
d) Fé					
e) Sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão					

**J.2** - Em relação ao seu estilo de vida e ao local em que vive, em uma escala de 1 a 5, onde 1 significa nada possível e 5 significa muito possível, diga a possibilidade de:

POSSIBILIDADES	1	2	3	4	5
a) Mudança do local onde vive					
b) Mudança de estilo de vida					

**K** - Para descrever o que é Qualidade de vida em três palavras, quais usaria?

---



---



---

**CONSIDERAÇÕES OU LEMBRETES IMPORTANTES:**

## APÊNDICE 2

### 2.Quantidade de escolas, por tipo nos bairros pesquisados (2015).

Set.	Bairros	Quantidade escolas						
		EE¹	EMEI	Municipais	Estaduais	Privadas	Técnicas	Total
<b>Central</b>	Brasil	0	1	2	2	4	0	9
	Martins	0	1	0	3	9	2	15
	Centro	0	1	0	5	9	1	16
	Fundinho	0	0	0	0	2	0	2
<b>N</b>	Pres.Roosevelt	0	1	1	3	3	1	9
<b>S</b>	Cidade Jardim	1	0	0	0	5	0	6
	Jardim Karaíba	0	0	0	0	0	0	0
	Lagoinha	0	0	1	1	0	0	2
	Shopping Park	0	1	2	0	2	0	4
<b>L</b>	Alto Umuarama	0	0	0	0	0	0	0
	Umuarama	0	0	0	0	1	1	2
	Santa Mônica	0	3	2	1	12	0	18
	Dom Almir	0	1	1	0	0	0	2
	P.Élisson Prieto	0	0	0	0	0	0	0
<b>O</b>	Jardim Canaã	0	0	1	1	2	0	5
	Luizote	0	2	1	2	0	0	4
	Planalto	0	1	1	1	5	0	8

**Org:** Alves (2015).



## APÊNDICE 3

### 3. Média do IDEB nas escolas públicas primárias dos bairros pesquisados (2015).

Set.	Bairros	Escolas	5º ano		9º ano	
			2011	2013	2011	2013
Central	Brasil	EM PROF OTAVIO BATISTA C FILHO	7.2	6.7	5.4	5.0
		EM AMANDA CARNEIRO TEIXEIRA	7.1	6.8		
		EE ENEAS DE OLIVEIRA GUIMARAES	6.5	6.5		
		EE PROFESSOR JOSE IGNACIO DE SOUSA			4.5	4.4
		<b>Média bairro</b>	<b>6.9</b>	<b>6.6</b>	<b>4.9</b>	<b>4.7</b>
	Martins	EE DR DUARTE PIMENTEL DE ULHOA	6.1	7.7	6.3	6.2
		EE IGNACIO PAES LEME			4.5	4.4
		EE TUBAL VILELA DA SILVA	7.4	7.0	4.2	5.9
		<b>Média bairro</b>	<b>6.7</b>	<b>7.3</b>	<b>5.0</b>	<b>5.5</b>
	Centro	EE BOM JESUS	6.9	7.3		
		EE BUENO BRANDAO			5.0	5.2
		EE CORONEL JOSE TEOFILIO CARNEIRO	6.9	7.8		
		EE DE UBERLANDIA			4.8	4.9
		EE ENEIAS VASCONCELOS	6.4	6.2	5.4	4.9
		<b>Média bairro</b>	<b>6.7</b>	<b>7.1</b>	<b>5.0</b>	<b>5.0</b>
	<b>Media setor</b>		<b>6.7</b>	<b>7.0</b>	<b>4.9</b>	<b>5.0</b>
N.	Presidente Roosevelt	EM PROFESSORA MARIA LEONOR DE FREITAS	5.7	6.4		
		EE GUIOMAR DE FREITAS COSTA			5.3	5.4
		EE PADRE MARIO FORESTAN	6.0	6.2	5.0	5.4
		EE SETE DE SETEMBRO	6.3	5.6	5.1	5.0
		<b>Média bairro</b>	<b>6.0</b>	<b>6.0</b>	<b>5.1</b>	<b>5.2</b>
S.	Lagoinha	EE FELISBERTO ALVES CARREJO		5.4		3.9
		EM PROFA GLAUCIA SANTOS MONTEIRO	4.8	4.8		
		<b>Média bairro</b>	<b>4.8</b>	<b>5.1</b>		<b>3.9</b>
	Shopping Park	EM DO BAIRRO SHOPPING PARK	5.3	5.1	4.6	4.3
		E M PRESIDENTE ITAMAR FRANCO		5.5		
		<b>Média bairro</b>	<b>5.3</b>	<b>5.3</b>	<b>4.6</b>	<b>4.1</b>
	<b>Media setor</b>		<b>5.0</b>	<b>5.2</b>	<b>4.6</b>	<b>4.0</b>
L.	Santa Mônica	EM PROF DOMINGOS PIMENTEL ULHOA	6.2	6.2	5.1	
		EM PROF MILTON DE MAGALHAES PORTO	6.2	6.2		
		EE SEGISMUNDO PEREIRA			5.7	6.0
		<b>Média bairro</b>	<b>6.2</b>	<b>6.2</b>	<b>5.4</b>	<b>6.0</b>
	Dom Almir	EM DR JOEL CUPERTINO RODRIGUES	5.0	5.4	3.9	3.9
		<b>Média bairro</b>	<b>5.0</b>	<b>5.4</b>	<b>3.9</b>	<b>3.9</b>
	<b>Media setor</b>		<b>5.6</b>	<b>5.8</b>	<b>4.6</b>	<b>4.9</b>
O.	Jardim Canaã	EE MARIO PORTO	6.3	5.6	3.8	4.4
		EM PROFESSORA JOSIANY FRANCA	5.4	5.5	5.0	4.4
		<b>Média bairro</b>	<b>5.8</b>	<b>5.5</b>	<b>4.4</b>	<b>4.4</b>
	Luizote de Freitas	EE JOSE GOMES JUNQUEIRA	6.2	6.6	5.1	5.2
		EE PROFESSOR LEONIDAS DE CASTRO SERRA	6.4	6.4	4.9	5.0
		EM MARIO ALVES ARAUJO SILVA	5.8	6.8		
		<b>Média bairro</b>	<b>6.1</b>	<b>6.6</b>	<b>5.0</b>	<b>5.1</b>
	Planalto	EE TEOTONIO VILELA			4.9	4.4
		EM PROF LEONCIO DO CARMO CHAVES	6.6	5.9	5.3	4.7
		<b>Média bairro</b>	<b>6.6</b>	<b>5.9</b>	<b>5.1</b>	<b>4.5</b>
	<b>Media setor</b>		<b>6.1</b>	<b>6.0</b>	<b>4.8</b>	<b>4.6</b>

**Nota:** Em branco- não existem resultados para a série informada.

**Fonte:** < <http://sistemasideb.inep.gov.br/resultado/> >. (2015). **Org:** Alves (2015).

## ANEXO 1

Ano	Frota Efetiva	Variação %	Viagens Realizadas	Variação %	km Realizadas	Variação %	linhas SIT	Variação %	Pontos	Variação %
2001	351	0,00%	1.780.519	3,59%	29.685.605	6,17%	91	0,00%	1.817	0,00%
2002	351	0,00%	1.867.757	4,90%	31.674.565	6,70%	85	- 6,59%	1.917	5,50%
2003	351	0,00%	1.751.609	- 6,22%	28.801.213	- 9,07%	87	2,35%	1.866	- 2,66%
2004	355	1,14%	1.665.523	- 4,91%	27.081.636	- 5,97%	88	1,15%	1.866	0,00%
2005	353	- 0,56%	1.653.368	- 0,73%	28.782.310	6,28%	94	6,82%	1.797	- 3,70%
2006	329	- 6,80%	1.664.495	0,67%	29.657.419	3,04%	96	2,13%	1.978	10,07%
2007	332	0,91%	1.691.457	1,62%	30.010.302	1,19%	101	5,21%	2.078	5,06%
2008	337	1,51%	1.698.068	0,39%	30.032.834	0,08%	101	0,00%	2.274	9,43%
2009	352	4,45%	1.709.845	0,69%	30.331.313	0,99%	105	3,96%	2.631	15,70%
2010	362	2,84%	1.700.635	- 0,54%	30.268.592	- 0,21%	110	4,76%	2.873	9,20%
2011	368	1,66%	1.695.208	- 0,32%	30.625.643	1,18%	116	5,45%	3.296	14,72%
2012	365	- 0,82%	1.659.842	- 2,09%	30.409.557	- 0,71%	113	- 2,59%	3.351	1,67%
2013	349	- 4,38%	1.618.618	- 2,48%	30.063.250	- 1,14%	119	5,31%	2.581	- 22,98%
2014	362	3,72%	1.616.503	- 0,13%	30.233.451	0,57%	126	5,88%	2.586	0,19%

**Quadro 22:** Uberlândia-MG, expansão do SIT, 2001-2014.

**Quadro 23:** Evolução dos passageiros transportados pelo SIT, 2001-2014.

Ano	TRANSPORTADOS		VALES		INTEIRAS		ESTUDANTES		GRATUITOS		IDOSOS
	Demanda	Variação %	Demanda	Variação %	Demanda	Variação %	Demanda	Variação %	Demanda	Variação %	Demanda
2001	51.823.665	4,28%	23.137.108	- 3,05%	20.088.487	13,54%	7.634.725	5,66%	963.345	5,65%	
2002	59.625.255	15,05%	23.738.210	2,60%	25.744.392	28,15%	9.151.463	19,87%	991.190	2,89%	
2003	55.694.462	- 6,59%	23.136.178	- 2,54%	22.507.646	- 12,57%	8.917.772	- 2,55%	1.132.866	14,29%	
2004	54.733.131	- 1,73%	23.404.743	1,16%	20.481.633	- 9,00%	9.694.059	8,70%	1.152.696	1,75%	
2005	53.317.611	- 2,59%	24.110.203	3,01%	19.407.755	- 5,24%	8.663.715	- 10,63%	1.135.938	- 1,45%	
2006	54.708.315	2,61%	21.839.242	- 9,42%	23.181.967	19,45%	7.602.678	- 12,25%	2.084.428	83,50%	
2007	57.759.575	5,58%	22.343.789	2,31%	24.434.067	5,40%	7.708.500	1,39%	3.273.219	57,03%	
2008	60.228.871	4,28%	24.402.453	9,21%	24.786.352	1,44%	7.787.218	1,02%	3.252.848	- 0,62%	
2009	60.308.127	0,13%	24.228.698	- 0,71%	24.801.241	0,06%	7.689.905	- 1,25%	3.588.283	10,31%	
2010	62.972.458	4,42%	24.678.698	1,86%	26.710.194	7,70%	7.601.068	- 1,16%	3.982.498	10,99%	
2011	64.311.682	2,13%	25.584.980	3,67%	27.126.981	1,56%	7.562.534	- 0,51%	4.037.187	1,37%	
2012	64.323.916	0,02%	25.991.716	1,59%	26.925.784	- 0,74%	7.173.104	- 5,15%	4.233.312	4,86%	
2013	64.517.470	0,30%	26.872.385	3,39%	25.710.073	- 4,52%	7.446.519	3,81%	4.488.493	6,03%	
2014	64.871.660	0,55%	27.357.210	1,80%	24.767.401	- 3,67%	7.265.711	- 2,43%	4.258.840	- 5,12%	1.222.498

Fonte: PMU (2015). Disponível em: <<http://www.uberlandia.mg.gov.br/>>