



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Faria Westphal, Márcia

O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 5, núm. 1, janeiro-março, 2000, pp. 39-51

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050105>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida

The Healthy Cities Movement: a commitment
with quality of life

Márcia Faria Westphal¹

Abstract *The Healthy Cities Movement has been involving an increasing number of cities and actors in several countries of the world since the 70's, and has been divulging a practice that represents a new form of thinking and working on health which aims at constructing a social product – quality of life of the population. This new proposal presupposes the existence of people living in a territory with concrete problem. It represents a new form of city administration based on intersectorial action and demands the protagonism of the state, as well as the participation of civil society in the accomplishment of new objectives aiming at changing the city profile. In Brazil there are so far 19 municipal districts involved with Healthy Cities' proposal but only 13 with active projects. The results of the efforts of these municipal districts are beginning to become visible and to bring new perspectives in terms of social and sustained development and the improvement of health conditions and quality of life.*

Key words *Healthy Cities/Municipalities; Intersectorial Action; Social Participation; Quality of Life*

Resumo *O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis, desde a década de 1970, vem envolvendo cada vez maior número de cidades e atores em vários países e divulgando uma prática que representa uma nova forma de pensar e fazer saúde. O movimento tem como objetivo um produto social, a qualidade de vida da população e pressupõe a existência de problemas concretos de pessoas vivendo em um território. Representa uma nova forma de gestão municipal, baseada na ação intersetorial e exige, ao mesmo tempo, um protagonismo do Estado e a participação da sociedade civil como parceira na consecução dos objetivos. No Brasil há, até o momento, 19 municípios envolvidos com a proposta, mas somente 13 estão com projetos ativos. Os resultados dos esforços estão começando a ser visualizados, trazendo novas perspectivas em termos de desenvolvimento social e sustentado, bem como de melhoria das condições de saúde e qualidade de vida.*

Palavras-chave *Cidades/Municípios Saudáveis; Intersetorialidade; Participação Social; Qualidade de Vida*

¹ Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Av. dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.
marciafw@usp.br

Cidades Saudáveis e seu interesse para a Saúde Coletiva

No momento, quando se aproxima o final do século, o cenário mundial se apresenta como um movimento dinâmico de globalização no qual surgem, além de novas fronteiras econômicas, sociais e geográficas, crescentes conflitos culturais, religiosos e humanos.

A situação mundial assume contornos diferenciados conforme o país e a região do mundo, havendo grandes desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Na década de 1990 o Brasil continua sendo um caso clássico de desenvolvimento desigual. Um pequeno segmento da população tem acesso a uma parcela substancial da crescente produção de bens e serviços, enquanto uma proporção muito grande é forçada a sobreviver com o restante. A minoria mais rica adota hábitos de consumo dos países desenvolvidos e lança no ecossistema resíduos e dejetos semelhantes aos das sociedades ricas. Entretanto, os pobres, com baixo nível de escolaridade, privados de água tratada e de condições dignas de habitação, têm mais probabilidade de adotar um comportamento destrutivo em relação ao meio ambiente e de degradá-lo com um fluxo nocivo de dejetos.

Uma consequência imediata desse modelo de desenvolvimento adotado e da desigualdade dele decorrente tem sido o grande impacto sobre as condições ambientais e as condições de saúde da população. A desnutrição é ainda um obstáculo sério à saúde e ao desenvolvimento de recursos humanos, algumas doenças infecciosas reapareceram ou avançaram e a violência, o uso de drogas e a Aids vêm se tornando o maior desafio à manutenção da vida e da qualidade de vida nas cidades.

Para resolver os problemas da inflação que pareciam ser responsáveis pela desigualdade e exclusão social, foi criado o Plano Real. Restaurou-se a confiança no Estado, o que acarretou uma relativa estabilidade econômica. A inflação caiu de 40-50% ao mês, na primeira metade do ano de 1994, para 2% na segunda metade, continuando estabilizada até o fim do ano de 1998, quando a moeda brasileira foi desvalorizada em relação ao dólar (Roque & Correa, 1998). Independente da interpretação que seja aceita do agravamento da desigualdade, como mostram os dados da ONU recentemente publicados, o fato é que, nos últimos quatro anos, além da estabilização da moeda,

nada mais foi feito para resolver o problema da desigualdade social. Isso significa que o governo, com seu modelo monetarista de desenvolvimento, não tem sido capaz de dar conta das demandas por qualidade de vida da população em geral e em especial da carente. Um modelo mais humanista, em vez do adotado pelo governo – ou complementar a ele –, precisa ser pensado para que o desenvolvimento brasileiro se torne sustentável e o país mais saudável.

Apesar de estarmos vivendo em um mundo globalizado, as cidades que concentram grandes contingentes de população vêm ganhando, nos últimos anos, uma importância significativa como espaço de intervenção e de mobilização em torno de projetos comuns e de interesses coletivos. Esses projetos necessitam, para seu desenvolvimento, da solidariedade social e da integração das políticas públicas urbanas.

Considerando os problemas urbanos contemporâneos e as possibilidades que a cidade oferece para a realização de projetos sociais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e suas agências regionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), iniciaram o Movimento Cidades Saudáveis, com o intuito de motivar governos e sociedade civil a desenvolver estratégias, em diversos setores das políticas sociais, com a implementação de projetos interinstitucionais e intersetoriais, visando realizar ações de melhoria das condições de vida e saúde da população urbana e, portanto, de sua qualidade de vida.

Este artigo vai apresentar o projeto Cidades Saudáveis, conforme concebido pela OMS, suas adaptações à realidade brasileira, as possibilidades e desafios que tem trazido para técnicos, acadêmicos, políticos e aos cidadãos de nossas cidades, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida.

Contexto histórico

Os principais pressupostos do Movimento Cidades Saudáveis podem ser relacionados a antigas preocupações do movimento sanitário europeu do século XIX, que já reconhecia os governos locais das cidades e as associações comunitárias como importantes agentes no equacionamento dos problemas de saúde.

Por volta de 1840, iniciou-se o processo de urbanização na Europa. Com a sua ampliação,

ocorreu uma deterioração das condições de vida das populações carentes que foram se tornando vulneráveis a epidemias por doenças infectocontagiosas. Como os governos resistiam a introduzir reformas, a Associação pela Saúde das Cidades, criada na Inglaterra, reuniu pessoas que se organizaram para pressionar as autoridades. Propunham mudanças nas leis com o objetivo de melhorar as condições de saúde e estabeleceram o que chamaríamos hoje, utilizando a terminologia da OMS, uma coalizão intersetorial para a saúde. Sua bandeira de luta foi a melhoria da situação física das cidades representada por mudança nos padrões de habitação, regulações higiênicas, pavimentação das ruas, sistema de abastecimento de água e de eliminação de dejetos, uma vez que já se reconhecia que saúde estava (e está) intimamente relacionada às condições satisfatórias de vida.

O movimento sanitarista, com seu conteúdo ambientalista, continuou exercendo grande influência nas políticas públicas dos países desenvolvidos até o fim do século XIX, por meio de legislação e grandes obras de engenharia. No início do século XX, começou a era bacteriológica, a partir da descoberta dos germens. Esse movimento perdeu a força porque a ênfase das ações de saúde passou a ser dada à prevenção pessoal. Até aquele momento, segundo Ashton (1992), não existiam ainda fármacos de eficiência comprovada, mas à medida que se descobriu a insulina e as sulfamidas, nos anos 30, iniciou-se a 'era terapêutica'. Até o princípio dos anos 70, as políticas públicas para a saúde, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, estiveram dominadas por essa orientação, concentrando as ações de saúde em grandes hospitais, com superespecialistas. Entende-se, então, a prática sanitária como *a busca da cura dos indivíduos que manifestaram alguma doença* (Ashton, 1992).

No início da década de 1970, na maioria dos países, iniciou-se uma crise no setor saúde, devida aos altos custos da medicina curativa que utilizava alta tecnologia, bem como aos resultados das pesquisas evidenciando que os gastos em saúde não estavam tendo reflexos equivalentes na qualidade de vida da população. Essa crise foi gradativamente acarretando novas estratégias baseadas em novos conceitos que deram início ao que se tem chamado a "nova saúde pública" (Santos & Westphal, 1999).

Algumas pesquisas, entre as quais a de Mckeown (1982), na Inglaterra, e o Informe

Lalonde (1996), chamado de "Novas perspectivas de saúde dos canadenses", questionaram o poder da medicina para resolver sozinha os problemas de saúde. O impacto causado foi tal que se pode dizer que deram início a uma nova era de interesse social e político pela saúde pública (Ashton, 1992).

A *nova saúde pública* surge então do reconhecimento de que tudo que existe é produto da ação humana – salvo o que se poderia chamar de natureza intocada – em contraposição à hegemonia da terapêutica, como solução para todos os males que poderiam atingir o corpo do homem. A saúde de um indivíduo, de um grupo de indivíduos ou de uma comunidade depende também de coisas que o homem criou e faz, das interações dos grupos sociais, das políticas adotadas pelo governo, inclusive dos próprios mecanismos de atenção à doença, do ensino da medicina, da enfermagem, da educação, das intervenções sobre o meio ambiente (Santos & Westphal, 1999).

A partir desse momento, uma série de iniciativas da OMS, começando pela Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde em 1977 e culminando com o projeto Cidades Saudáveis em 1986, estabelece os contornos do novo movimento.

Os elementos principais de todas essas iniciativas, segundo Ashton (1992), foram o interesse pela pobreza, necessidade de reorientação dos serviços de saúde, a importância da participação comunitária e o desenvolvimento de coalizões entre o setor público, setor privado e o voluntariado. O conceito de *promoção de saúde*, que reforça a importância da ação ambiental e da ação política, bem como a mudança do estilo de vida, foram muito importantes como referências para o movimento. Entende-se promoção de saúde 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 o da comunidade ou que a podem estar pondo em risco, tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua qualidade de vida* (Ministério da Saúde, 1996). Nessa perspectiva, saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado, tornando-se um recurso para o desenvolvimento da vida. (Pilon, 1990, 1992; Russel, 1995)

Nesse cenário aconteceu em Toronto, em 1984, o congresso denominado Para Além da Assistência à Saúde, para avaliar os progressos após dez anos da publicação do *Informe Lalonde*. Não é surpreendente que essa discussão

são tenha sido levada a efeito em Toronto, pois lá já havia iniciativas que caracterizavam a cidade como inserida no Movimento Cidades Saudáveis (Hancock, 1990). Participaram da reunião profissionais da área de saúde e de outras áreas, bem como políticos. Ao final, Duhl (1986) discute o ideário de Cidades Saudáveis como uma utopia a ser alcançada.

O assunto interessou muito aos presentes, principalmente à representante do escritório europeu da OMS, que o assumiu como um projeto estruturante do novo paradigma, iniciando a sua divulgação nos países europeus. Em 1985, a OMS/Escritório Europeu elaborou uma proposta de projeto de Promoção de Saúde, para ser desenvolvido em quatro ou seis cidades européias, denominado Projeto Cidades Saudáveis. O começo oficial do projeto, que deveria durar cinco anos, ocorreu em Lisboa em março de 1986. As primeiras 11 cidades selecionadas adotaram os princípios definidos na proposta de Saúde para Todos da Organização Mundial de Saúde e os adaptaram às necessidades das cidades envolvidas, transformando-os em programas locais de saúde e desenvolvimento urbano. Cada cidade promoveu a articulação entre setor público, setor privado e o voluntariado, para enfrentar, com uma base mais ampla, os problemas de saúde urbana. Atualmente o projeto europeu constitui-se de 36 projetos localizados em 23 países. Existem também projetos em desenvolvimento em todas as regiões do mundo, alguns bastante solidificados, e outros ainda fragilizados por diversas razões que comentaremos posteriormente (Goumans, 1997).

No Canadá (Toronto) foi desenvolvida na mesma ocasião iniciativa semelhante. Em 1987, após um seminário de avaliação do projeto, mais 14 cidades aderiram ao programa.

Conceito de Cidades Saudáveis

A cidade, segundo Duhl (1963), pode ser entendida como uma estrutura geográfica na qual se vive e se trabalha. Pode também ser vista como uma entidade administrativa, ou como uma estrutura social e comunitária. Nela diferentes sistemas interagem, buscando o equilíbrio urbano em meio a conflitos de poder e de relações.

Para Castells & Borja (1996) cada vez mais as cidades vêm assumindo o papel de *atores sociais*, uma vez que os cidadãos que nela ha-

bitam ocupam um espaço *simbiótico* e se organizam sob um poder político como sociedade civil. Ocupam também um espaço *simbólico*, que integra seus habitantes culturalmente, possibilitando a formação de uma identidade coletiva, que dinamiza as relações, convertendo a cidade ainda em um espaço que responde a objetivos econômicos, políticos e culturais da nossa época. Em função dessas concepções de cidade é que surge a proposta de Cidades Saudáveis.

A proposta tem sido compreendida de várias maneiras. Daí a importância de tentar responder à seguinte questão: ao se mencionar *cidades saudáveis* está-se falando de uma forma de avaliação, de um projeto ou de um movimento?

Muitos técnicos, e até mesmo representantes da população, acreditam que seja uma forma de avaliação da cidade que vai permitir destaca-la para receber prêmios ou selos de qualidade. Na verdade, esta não é a conotação que assume para a OMS e para os acadêmicos defensores da proposta. De acordo com Hancock & Duhl (WHO/EURO/HCPO, 1988), *cidade saudável* não é somente uma cidade com alto nível de saúde, medido pelos indicadores de mortalidade e morbidade, mas é uma cidade comprometida com os objetivos de saúde de seus cidadãos e envolvida em um trabalho contínuo para atingi-los.

Cidades Saudáveis é o nome que se dá a um projeto de desenvolvimento social, que tem a saúde e suas múltiplas determinações como centro de atenção. É também um movimento de luta por um estilo de desenvolvimento sustentável, *que satisfaça as necessidades das gerações atuais sem comprometer a capacidade das futuras de satisfazer suas próprias necessidades* (Guimarães, 1999).

Como já foi dito, quando se discutiu o conceito histórico de cidades saudáveis, sua concepção esteve ligada ao ideário da *nova Saúde Pública*, ou melhor da ‘produção social da saúde’, tendo surgido como evolução natural do movimento internacional de Promoção de Saúde, apoiado pela OMS, que resumidamente a define como *aquela na qual as políticas públicas são favoráveis à saúde* (Ashton et al., 1986).

O objetivo estratégico dos postulantes da proposta era motivar governos e sociedades para a melhoria das condições de vida e saúde da população urbana. Para isso precisavam desenvolver metodologias, em diversos setores de políticas sociais, com a implementação

de projetos estratégicos interinstitucionais e intersetoriais e realizar ações em diferentes ambientes, como escola, indústria, espaços de lazer.

Um corolário deste objetivo é o de transformar as relações excludentes, conciliando ao mesmo tempo os interesses econômicos e o bem-estar social, que são as condições indispensáveis para obter saúde e desenvolvimento para as cidades, os estados e o país (Westphal, 1997).

O Movimento Cidades Saudáveis focaliza também a participação popular como forma de mobilização e de democratização e busca mudanças na forma de gestão dos diferentes níveis de governo, sobretudo o local. Mendes (1992) o conceitua como *aquele em que todos os atores sociais em situação de governo, organizações não-governamentais, famílias e indivíduos orientam suas ações no sentido de transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, construindo uma rede de solidariedade no sentido da qualidade de vida da população.*

A OMS adota a conceituação de Hancock & Duhl (WHO/EURO/HCPO, 1988). *Cidade saudável* é aquela que está continuamente criando e modificando seu ambiente físico e social e expandindo seus recursos para que as pessoas se capacitem a apoiar umas às outras, para que todos desempenhem a contento todas as funções da vida e desenvolvam ao máximo seu potencial.

Desse modo, pode-se afirmar que o significado de *cidade saudável* depende das percepções de seus habitantes, e cada projeto é único. Apesar dessa diversidade, um projeto ou o movimento, para ser considerado dentro deste marco conceitual, deve atender, segundo Tsouros (1995), aos seguintes objetivos:

- estabelecer redes de projetos para que seja possível à OMS garantir apoio técnico e possibilitar o apoio mútuo e troca de experiências entre projetos;
- dar destaque à saúde na agenda política local;
- introduzir o componente saúde com sua ampla determinação, nas preocupações de planejamento dos outros setores, tais como o educacional, econômico, cultural, enfim, na vida da cidade;
- desenvolver políticas públicas saudáveis;
- incentivar o desenvolvimento de ambientes de apoio (físicos e sociais) para a produção social da saúde;
- criar ações de interesse da saúde;
- estabelecer alianças e parcerias (internacionais, nacionais e locais) para o desenvolvimento urbano;
- facilitar o desenvolvimento de redes de comunicação;
- possibilitar a troca de conhecimento, experiência e conhecimento técnico.

Existem, ainda, requisitos que se referem à estrutura e organização do projeto, que serão descritos quando especificarmos as estratégias básicas propostas pelos seus teóricos e incentivadores.

O objeto de estudo e de ação do Movimento Cidades/Municípios Saudáveis

Alguns defendem que seu objeto de estudo e de práticas é a cidade, porque é o espaço de vida de um povo, seu espaço cultural, o espaço do cidadão, de onde devem ser equacionados problemas, planejadas e desenvolvidas ações compartilhadas para a melhoria da qualidade de vida. Nesse sentido, enfatizam a denominação *cidade saudável* porque é a partir dos direitos e necessidades dos cidadãos que vivem em um determinado contexto socio-cultural que a sociedade e o Estado irão debater a questão *os mínimos sociais* para uma condição de vida humana. A questão crucial é a cidade, os cidadãos que vivem nela, o crescimento populacional das áreas urbanas e os problemas dele decorrentes. Enfatizam o sujeito do processo e não a forma de operação (Castells & Borja, 1996; Duhl, 1986).

Na América Latina e no Brasil, em particular, defende-se a denominação *município saudável*, pois o movimento se refere a uma forma de atuação em saúde e nas questões relacionadas com o desenvolvimento econômico e social do município como região administrativa, englobando áreas urbanas (cada vez mais inchadas) e áreas rurais (cada vez mais abandonadas). Os seus defensores chamam a atenção para o outro lado da questão, que seria a prática de atuação. Em função dos princípios de descentralização administrativa brasileira, municipalização, participação comunitária e controle social, o espaço do município é, atualmente, um lugar privilegiado para a implementação de estratégias de Promoção de Saúde.

Seja considerando o espaço da cidade ou do município, a eqüidade e a qualidade de vi-

da são o objeto e a finalidade do projeto. O projeto europeu original considera os pré-requisitos da Carta de Ottawa como parâmetros de qualidade de vida. Os pré-requisitos, estabelecidos na I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Ottawa (Canadá) e referendada nas subsequentes, foram: 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 eqüidade (OPAS, 1996; Strozz & Giacomini, 1996).

A discriminação destes pré-requisitos, nessa perspectiva ampliada da saúde, não permite mais que fique restrita ao setor saúde a responsabilidade pelas ações relacionadas às questões da qualidade de vida. Clama as diferentes instituições e os diferentes atores sociais a verificar como a sociedade está satisfazendo as necessidades básicas da população, a distribuição de bens e serviços, as carências decorrentes de iniquidades. Exige do Estado a garantia dos direitos humanos básicos.

Vários autores, especialmente aqueles ligados às ciências sociais e à filosofia, vêm discutindo formas de conceituar qualidade de vida (Berlinguer, 1983; Coimbra, 1979; Crocker, 1993; Herculano, 1998). A leitura destes autores permitiu observar uma tensão constante entre o fato de qualidade de vida ser determinada por fatores objetivos, tais como as condições materiais necessárias a uma sobrevivência livre da miséria, ou por fatores subjetivos, como a necessidade de se relacionar com

outras pessoas, formar identidades sociais, sentir-se integrado socialmente e em harmonia com a natureza. Alguns autores expressaram posições radicalizadas relacionadas à valorização de um dos dois fatores.

Atualmente verifica-se uma tendência preponderante de considerar os dois tipos de fatores na constituição de um conceito que compreenda aspectos humanos e ambientais e ainda que tenha um componente que possa ser expresso monetariamente e cotejado com o Produto Interno Bruto (PIB).

Com base nessa comparação, podemos afirmar que os pré-requisitos da Carta de Ottawa enfatizam os dois aspectos e incluem renda como um componente que pode ser expresso monetariamente.

Importa ainda comparar com o conceito muito em uso ultimamente e que tem servido para chamar a atenção dos administradores para a desigualdade social: o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), de autoria de Nussbaum e Sen. Os autores, influenciados pelos conceitos de ética de Aristóteles e pelos conceitos de Marx, elaboraram uma concepção da existência e do florescimento humano e a partir daí propuseram a forma atual de desenvolvimento do IDH (Crocker, 1993). Dentro dessa perspectiva da ética do desenvolvimento, definem qualidade de vida a partir de dois conceitos: capacidade, que representa as possíveis combinações de potencialidades e situações que uma pessoa está apta a ser ou fazer; e funcionalidade, que representa partes do estado de uma pessoa – as várias coisas que ela faz ou é. Para Nussbaum e Sen, então, qualidade de vida pode ser avaliada em termos de capacitação para alcançar funcionalidades elementares (alimentar-se, ter abrigo, saúde) e as que envolvem auto-respeito e integração social (tomar parte na vida da comunidade). A capacitação dependerá de muitos fatores e condições, inclusive da personalidade do indivíduo, mas principalmente de acordos sociais. Com este enfoque, os autores privilegiam a análise política e social das privações, valorizando as oportunidades reais que as pessoas têm a seu favor. Segundo Herculano (1998) qualidade de vida não deve ser entendida como um conjunto de bens, confortos e serviços, mas através destes, das oportunidades efetivas das quais as pessoas dispõem para ser, realizações passadas e presentes. Nessa perspectiva o bem-estar, ou melhor, a qualidade de vida, tem como componentes básicos: a questão política e a possi-

bilidade de influenciar nas decisões que dizem respeito à coletividade e participar na vida comunitária e a possibilidade de ser influenciado com ações passadas e presentes da coletividade. Teoricamente os pré-requisitos expressos na Carta de Ottawa e esses conceitos se aproximam bastante.

O Índice de Desenvolvimento Humano, o IDH (Crocker, 1993), mensura a qualidade de vida obtida a partir de vários modelos. Apura não só o desenvolvimento da produção com base nos dados do PIB *per capita*, mas também verifica a expectativa de vida ao nascer que afere as possibilidades de adoecimento na população e a alfabetização que contabiliza o acesso a escolarização. Contudo, falha segundo o ponto de vista de muitos autores e os pré-requisitos da Carta de Ottawa, por não incorporar a dimensão ambiental, o que possibilitaria a percepção sobre o estado do ecossistema, muito importante, especialmente nos dias de hoje, com a urbanização e a industrialização degradando a qualidade de saúde e vida nas cidades.

No contrafluxo desta e de outras propostas apresentadas, muitos indicadores propostos e mensurações feitas sobre melhoria de qualidade de vida diante de um modelo de desenvolvimento configuraram a mesma como padrão de consumo (Herculano, 1998). Esta concepção de qualidade de vida é enganosa e colabora para manter alienada a população, que muitas vezes sente os problemas, mas não tem consciência deles. O conceito de qualidade de vida deve dar conta da complexidade que ele representa e refletir a organização social e sua dinâmica. Precisa integrar tantas dimensões quantas forem necessárias para que possa vir a ser empregado como substrato de uma crítica em profundidade a um estilo de desenvolvimento vigente, identificando distorções existentes e propondo uma via alternativa de desenvolvimento. Deve ser objetivo suficiente para que seja capaz, ao ser transformado em indicador, de subsidiar sugestões para implementar políticas que garantam uma ordem social mais equitativa de distribuição de riqueza. Enfim, conceituar qualidade vida, tentando resgatar o princípio ético da vida, como o fiziram os participantes da Conferência de Ottawa, é fundamental, como também será importante participar do jogo de construção de indicadores e mensuração a partir do conceito. Caso não seja feito este esforço, propostas como o Movimento Cidades/Municípios Sau-

dáveis serão colocadas à margem dos processos decisórios.

Por que o Brasil e outros países da América Latina têm se interessado pelo Movimento Cidades Saudáveis?

Nos últimos anos, em vários países da América Latina tem-se discutido a proposta de cidades saudáveis. As causas deste interesse são várias.

As mudanças no perfil demográfico em função dos avanços da ciência médica têm tido efeitos profundos na situação de saúde dos países em desenvolvimento. Crianças que poderiam ter morrido sobreviveram, adultos têm a expectativa média de vida prolongada. Existem cada vez mais idosos nos países da América Latina, registram-se mais doenças crônicas-degenerativas como causa de morbidade e mortalidade e também mais pessoas fora do mercado de trabalho – os mais jovens, os mais velhos, os incapacitados. Há necessidade de novas propostas para o equacionamento dessas questões articulando os outros setores ao setor saúde, para que se possa agir integralmente na solução dos problemas.

O índice de urbanização cresceu de maneira vertiginosa nestes últimos cinqüenta anos, isto é, depois da II Guerra Mundial. Cerca de 80% da população brasileira vive e trabalha no contexto urbano, ainda que a concentração populacional nas cidades não esteja ocorrendo tão rapidamente como antecipada pelos teóricos (Santos, 1996; UNCHS, 1996; WHO, 1996). O índice de urbanização no Brasil era de 26,35% na década de 1950 e de 77,13% em 1991. Até mesmo a população agrícola vem se deslocando gradativamente para a área urbana. As regiões metropolitanas, que eram três ou quatro, estão aumentando em número, contribuindo para o aumento da população urbana (Santos, 1996). Embora a cidade atraia pelas possibilidades culturais, educativas e de emprego, também cria muitos problemas, especialmente quando a aglomeração de população cresce a tal ponto que os recursos tornam-se insuficientes para o atendimento das necessidades. As contradições urbanas se evidenciam, passando a agredir o contingente populacional com problemas como violência, poluição do ar, solo e água (Nunes, 1989).

O estilo de vida da população, diante dos avanços tecnológicos, também vem ameaçan-

do a saúde. Sedentarismo, alimentação inadequada, uso de tabaco e drogas vêm provocando mudanças nos padrões de mortalidade, fazendo com que convivam a mortalidade e morbidade por doenças infecciosas e crônico-degenerativas. A busca de soluções ou a prevenção de novos fatores de risco têm direcionado a solução das doenças para o componente psicosocial da questão saúde-doença, agregando-o como causalidade aos tradicionais componentes orgânicos (Ministério da Saúde, 1996).

O modelo econômico de desenvolvimento, apesar de eficiente em aumentar o PIB, por exemplo, tem sido bastante excludente, sendo responsável pelo aumento das desigualdades sociais, aumento da violência e uso de drogas. A concepção de Estado liberal mínimo, que parece estar sendo adotada por nossos governantes, vem retirando dos Estados latino-americanos, esfacelados pela dívida externa, as obrigações sociais em relação a saúde e educação. O modelo de privatização do público da esfera pública já foi assumido por alguns países de nosso continente, inclusive o nosso, nos colocando frente a frente com a necessidade de discutir a ética desse processo (Habermas, 1984). O Projeto Cidades Saudáveis acena para a necessidade de ampliação de parceiros envolvidos no diagnóstico e solução dos problemas e o estabelecimento de alianças, sem eximir o Estado de sua responsabilidade social.

Os gastos com saúde, muito menores do que os dos países desenvolvidos, não têm correspondido ao aumento da esperança de vida. A maior parte da população (cerca de 70%) depende do sistema público de saúde, embora os recursos de saúde tenham se concentrado em instituições centralizadas, privadas, especializadas em atividades curativas, empregando alta tecnologia, com altos custos. Esse investimento em atividades curativas não tem tido resultados correspondentes em termos de melhoria dos níveis de saúde. Tal constatação corresponde à análise da esperança de vida e dos gastos com saúde em vários países, realizada pelo Banco Mundial, que demonstra que os sistemas de saúde que se dedicam a ações de Promoção de Saúde são avaliados como mais efetivos pelas populações assistidas.

A prática dos profissionais de saúde, em experiências desenvolvidas em cidades e municípios a partir do setor saúde, tem demonstrado claramente os limites da ação setorial para resolver os problemas e os tem feito bus-

car outras alternativas como as indicadas pelo Movimento Cidades Saudáveis.

Estratégias utilizadas pelos projetos Cidades/Municípios Saudáveis

As metas dos projetos Cidades Saudáveis não podem ser definidas em termos de situações ideais, abstratas, ou de futuro. As estratégias devem ser formas de atuar no cotidiano.

A opção de um prefeito por inserir seu município no Movimento Cidades/Municípios Saudáveis, por exemplo, envolve outra opção: a de se dispor a mudar gradativamente a forma de administrar, tornando-se gestor social do processo (Mendes, 1992).

Esse novo papel pressupõe um compromisso formal do administrador com a adoção de políticas públicas saudáveis que possam minimizar as desigualdades através de ações sobre os determinantes dos problemas de saúde, nos múltiplos setores em que se localizam. Pressupõe, também, a existência de um plano de governo baseado na resolução dos problemas identificados, com base em indicadores de qualidade de vida. Este plano deve ter metas explícitas e objetivar a resolução de questões relacionadas à equidade e desenvolvimento sustentado e ainda estabelecer mecanismos para promover a responsabilidade e o controle social.

O planejamento e a gestão devem ser intersetoriais e intersistêmicos, representando a união do setor saúde com os demais. A intersetorialidade é a articulação de saberes e de experiências na identificação participativa de problemas coletivos, nas decisões integradas sobre políticas e investimentos, com o objetivo de obter retorno social, com efeitos sinérgicos, no desenvolvimento econômico-social e na superação da exclusão social (Junqueira, 1998; Inojosa, 1998). Representa uma mudança de atitude que deve predispor políticos, acadêmicos e técnicos para a interação e integração de saberes entre si e destes com a população. Justifica-se pela própria complexidade da realidade.

O deslocamento do conceito de desenvolvimento social do eixo de pobreza para a desigualdade exige a superação de propostas setorizadas, assistenciais, compensatórias, voltadas para o alívio de problemas decorrentes da pobreza, por outras intersetoriais, de superação destes problemas. Se os problemas de-

correm das interconexões entre fatores e dos sistemas entre si, sua análise não pode ser feita isoladamente, sem verificação das interconexões com outros fatores, de outras áreas ou setores, com o risco de, através de uma análise fragmentada e incompleta, cometer erros de avaliação e dar soluções parciais, desarticuladas e incompletas. Dada a interconexão entre sistemas, análises parciais podem gerar ações de consequências imprevistas e, às vezes, desagradáveis. É útil ter recortes de um problema para equacioná-lo em uma multiplicidade de níveis, ter diferentes profissionais trabalhando para os mesmos objetivos de diferentes maneiras e de modo complementar. Essa tarefa, entretanto, é difícil de ser viabilizada, mas possível dentro de uma perspectiva processual e gradativa (Westphal, 1999).

A criação de um Conselho Intersetorial Central para coordenar a elaboração e controle do plano da cidade é de suma importância. Dele devem participar cidadãos que representem os diferentes grupos de poder e de interesse da cidade, para que o plano possa representar as necessidades de diferentes grupos, ter um caráter intersetorial, ser exequível e ter sustentabilidade.

Se a cidade decidisse pertencer ao Movimento Cidades Saudáveis, seus poderes executivo e legislativo, como já dissemos, deveriam adotar políticas públicas que solucionassem os problemas apontados por um diagnóstico de situação, de forma integrada e intersetorial, para que as medidas fossem interrelacionadas e efetivas. De qualquer forma, nas modernas democracias, as políticas nem sempre são selecionadas, elaboradas e adotadas racionalmente. Sempre ocorre uma mediação no processo de interação e negociação entre os atores que acompanham a definição de políticas. Esses atores estabelecem seu foco de atuação a partir de argumentação, críticas, idéias preconcebidas, negociações e interesses. Há sempre um conflito latente entre os que são oposição e os que são 'situação' no governo, interferindo até mesmo na elaboração da agenda de assuntos a discutir e na criação de políticas para atendê-los. Há necessidade de buscar aliados – governo, partidos políticos ou outros atores – para as propostas que envolvem interesses relativos à saúde (Goumans, 1997). O apoio dos outros níveis do governo é também fundamental, para que haja um reforço para garantir uma certa racionalidade do processo e para que não se tomem

somente medidas de efeito imediato e eleitoreiro (Offe, 1984).

A população deve participar de todo o processo, através de seus grupos organizados e da sociedade civil, pois é ela que vive e sente os problemas no seu cotidiano. Muitas vezes as soluções racionalmente decididas não são adequadas à realidade da comunidade. Se a discussão for aberta, as soluções serão mais reais e efetivas e a sociedade, a protagonista da própria mudança. A proposta Cidades/Municípios Saudáveis recomenda a participação da população em conselhos municipais, distritais e locais que possibilitem a incorporação das informações e necessidades aos diagnósticos de situação, que permitam fortalecer o poder popular e a participação nas decisões, construindo, junto com os técnicos, uma sociedade mais justa e igualitária. As sociedades de amigos de bairros, as organizações não-governamentais, os sindicatos de trabalhadores, as associações setoriais, com seu conhecimento empírico, poderão contribuir com os técnicos, ao mesmo tempo em que a população poderá compartilhar dos avanços do conhecimento científico, visualizando aspectos técnicos dos problemas em questão (Tones, 1994).

Para que isso possa ocorrer, alguns objetivos fundamentais dos projetos Cidades/Municípios Saudáveis precisam ser considerados: o fortalecimento das organizações comunitárias, a redistribuição de recursos e de informações e a capacitação para a tomada de decisões dos setores marginalizados. Por outro lado, é também necessário formar grupos de pressão para abertura do aparato estatal ao controle do cidadão e para o fomento da discussão da reforma política, com a revisão dos critérios para formação de partidos políticos e dos processos eleitorais.

O último aspecto da estratégia é a reorientação dos serviços de saúde no sentido de ampliar o acesso eqüitativo aos serviços e programas, incrementando atividades preventivas e promocionais. Esse é um problema sério e complexo que faz parte desta discussão, mas que optamos por não aprofundar aqui (Westphal, 1997).

Avaliação de projetos Cidades/Municípios Saudáveis

A experiência européia e canadense de acompanhamento e avaliação dos projetos de Cida-

des/Municípios Saudáveis e a experiência sólitária dos municípios latino-americanos que estão desenvolvendo suas propostas têm demonstrado a necessidade de desenvolver metodologias e instrumentos que permitam evidenciar os resultados obtidos e a troca de resultados e experiências.

Vários grupos têm se reunido no Brasil e nos demais países da América Latina para discutir referenciais teóricos para avaliação e encaminhamentos da questão. A idéia é construir uma concepção ampla, clara e compartilhada de Promoção de Saúde e de Cidades/Municípios Saudáveis, assim como um processo participativo de avaliação.

O primeiro passo é assumir um marco conceitual do que seja qualidade de vida, conforme já discutimos anteriormente, e que seja passível de mensuração.

Para que se possa conceber avaliação como um processo formativo dos municípios e de seus atores é necessário assumir a exigência e a complexidade do trabalho participativo, de construção coletiva e definição conjunta de variáveis e indicadores a utilizar (OPAS, 1999). É preciso também considerar os aspectos tradicionais de uma avaliação de projetos, a modificação e obtenção de estruturas nos diferentes setores para o funcionamento do projeto, o processo que foi ou tem sido desenvolvido para a obtenção de resultados relacionados às políticas públicas saudáveis, participação social, intersetorialidade, criação de ambientes saudáveis e sustentabilidade.

Em termos metodológicos, é necessário que se integrem enfoques qualitativos e quantitativos para dar conta da subjetividade do conceito de qualidade de vida já mencionado e de seus aspectos objetivos, expressos muito deles em termos monetários. Embora reconhecendo a complexidade da avaliação, não se deve medir esforços para simplificá-la, para torná-la acessível a todos os tipos de municípios e a todas as camadas da população que desejam se envolver no processo, para que se apropriem dele e de seus resultados.

Várias reuniões têm sido realizadas para discutir esse aspecto fundamental para os avanços do movimento em toda a América Latina. O Brasil tem participado decisivamente, divulgando o resultado dos estudos realizados sobre suas experiências (OPAS, 1999).

A experiência brasileira: possibilidades e desafios

No Brasil, o Movimento Cidades Saudáveis começa a ter visibilidade a partir do final da década de 1980, e principalmente na universidade, ou melhor, nas escolas de Saúde Pública do Brasil, a partir de meados da década de 1990.

Os municípios têm sido o lugar privilegiado para a implementação de estratégias de saúde e isso foi oficialmente reconhecido na lei 8.080 que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo movimento dos secretários municipais de saúde.

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

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

A partir de 1997, vêm se articulando a OPAS, a Universidade de São Paulo, a Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde e o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde e foram promovidos, em conjunto, fóruns de sensibilização para prefeitos. O objetivo dos fóruns tem sido o de sensibilizar os dirigentes municipais para reorientar o modelo de desenvolvimento e de gestão, com base no conceito de Cidades/Municípios Saudáveis, Agenda 21 e outros semelhantes, para for-

jar um pacto social que ofereça suporte às alternativas de solução à crise de sustentabilidade (Guimarães, 1999). A focalização multifatorial dos problemas de saúde, conforme a essência da proposta, bem como o comprometimento do governo local são centrais para este tipo de projeto.

Outras reuniões nacionais ocorreram, em Sobral (CE) em 1998, e em São Paulo, em 1999, com o objetivo de discutir com os prefeitos envolvidos em projetos desta natureza a oportunidade da formação da Rede Brasileira de Municípios Saudáveis, estimulando a troca de experiências e o apoio mútuo entre os responsáveis, com o intuito de colocar saúde na agenda dos governos locais e no processo de tomada de decisões, para que sejam atingidos os determinantes sociais, ambientais e econômicos dos problemas de saúde (Westphal, Motta & Bogus, 1998; Carta de Sobral, 1998).

Dezenove municípios já estiveram discutindo e tentando desenvolver a experiência; atualmente estão em funcionamento treze projetos em treze municípios de diferentes regiões do país. Hoje, no Brasil, apesar da situação difícil em função do processo de descentralização e democratização do processo de gestão, está-se formando uma nova cultura política, e é inegável a contribuição das experiências de gestão municipal (Motta & Westphal, 1998).

Há uma diversidade de ações que estão sendo realizadas em algumas cidades, com características bastante inovadoras. Muitas das experiências procuram desenvolver programas em parceria com a sociedade civil, em que o foco não está exclusivamente na área de saúde, mas na promoção de saúde como um conjunto de ações intersetoriais.

Ainda que as experiências sejam limitadas a um pequeno número de municípios, elas chamam a atenção pelas inovações e estão construindo um novo paradigma sobre a arte de governar. Têm, mesmo que de forma limitada, construído esferas públicas não-estatais, espaços de negociação em que se tornam públicas as propostas, os atores e os interesses que disputam os recursos municipais e o atendimento de suas necessidades e objetivos. É possível reconhecer que, através desses projetos, está ocorrendo um tipo de reforma de Estado nos municípios, que opõe à centralização do poder, em mãos do prefeito, ao segredo burocrático, o discurso da competência técnica como condição para a participação da so-

ciedade civil, onde a participação dos cidadãos e de suas representações coletivas são concedidas como fundamentais (Souto, 1995).

Entretanto, cabe ressaltar a fragilidade dessas experiências, como outras que tentam inovar a relação Estado/sociedade civil, como as de implementação da Agenda 21, orçamento participativo e outras. Elas têm tido dificuldade de assimilar um novo modelo de desenvolvimento, mais participativo e intersetorial. Há uma contradição básica entre a integralidade pretendida e a fragmentação imposta pela lógica das administrações municipalizadas, centralizadas e setorizadas, apesar da certa dose de reforma do Estado, já mencionada, que tem levado a efeito, a partir do processo iniciado. Sofrem permanente descontinuidade por falta de vontade política dos governos locais e da pequena mobilização popular em relação a esse projeto coletivo, que implica uma nova lógica de trabalho no aparato de um governo municipal, estadual e federal. (Motta & Westphal, 1998)

O mais difícil é que se exige ainda um rompimento com a tradição, com a cultura política clientelista, com uma já determinada estrutura de poder, em favor da mudança das condições de vida da cidade e do cidadão que nela habita. Esses processos de mudança na cultura política, que envolvem a criação de múltiplos mecanismos de participação, requerem tempo e novas condições para se desenvolver. Temos vivido o autoritarismo e o clientelismo há quinhentos anos e não será em um, dois ou quatro que conseguiremos mudar esta realidade. São necessários outros mecanismos, além de criar espaços de negociação, para garantir uma relação viva e dinâmica do poder público com a sociedade civil, tais como a informação e a capacitação da sociedade civil para elaborar diagnósticos críticos, para formular propostas e para aumentar gradativamente seu poder de negociação.

A questão de recursos também é importante, e uma das formas de promover a redistribuição da renda é envolver toda a sociedade civil na resolução dos problemas, incluindo a participação das empresas, das organizações não-governamentais para a construção do projeto. Existe ainda na população e no próprio Estado, representado pelos poderes municipais, a idéia arraigada de que todos os recursos devem vir do Estado. Não há ainda um sentimento de responsabilidade coletiva pelos problemas e de estabelecimento de parcerias

e alianças entre os diferentes setores e segmentos da sociedade. O medo da cooptação, o conflito capital-trabalho, tão incorporado pelos dois segmentos, burguesia e proletariado, tem dificultado a busca da solidariedade para a produção social da saúde.

Outro aspecto que as avaliações têm demonstrado é que os projetos Cidade/Municípios Saudáveis são estratégias efetivas, mas a longo prazo. A racionalização dos recursos e a escolha adequada das medidas, assim como o trabalho intersetorial, têm efeito sinérgico na resolução de problemas. As experiências canadense, européia, de alguns países da América Latina, e agora também em algumas cidades do Paraná e São Paulo, têm demonstrado que a proposta de Cidades Saudáveis é possível, eficiente, mas que só é viável politicamente, com dirigentes estatais comprometidos com a causa social, com a qualidade de vida da população (Strozzi & Giacomini, 1996).

Muitos problemas relacionados à poluição do ar, recuperação do meio ambiente e transporte urbano têm sido objeto de ações na pers-

pectiva de Cidades Saudáveis e têm tido resultados relevantes.

Para metrópoles como São Paulo, programas com ações de 'larga escala' e de desenvolvimento local são necessários. Tóquio, no Japão, que está longe de ser saudável, já está se preparando para enfrentar os problemas do terceiro milênio com armas mais eficientes. A estratégia de Cidades Saudáveis já está em curso na região metropolitana da capital daquele país. A questão da poluição ainda não está resolvida, nem mesmo a do transporte coletivo, mas o processo já está iniciado e os problemas aos poucos se resolvendo, com a participação da sociedade civil (Sanderson, 1996).

É importante lembrar, ainda mais uma vez, que o fundamento político da sustentabilidade encontra-se estreitamente vinculado ao processo de fortalecimento da democracia e da construção da cidadania. Isso significa a incorporação plena dos indivíduos no processo de desenvolvimento, que se resume, no nível micro, à democratização da sociedade civil, e no nível macro, à democratização do Estado.

Referências bibliográficas

- Ashton J (ed.) 1992. *Ciudades Sanas*. Masson S.A, Barcelona. 236pp.
- Berlinguer G 1983. O capital como fator patogênico, pp. 49-82. In G Berlinguer (org.) *Medicina e Política*. Ed. Cetesb-Hucitec, São Paulo.
- Brasil 1988. *Constituição Federal*. Senado Federal, Brasília.
- Carta de Fortaleza 1995. Texto apresentado no I Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas, Fortaleza.
- Carta de Sobral 1998. Texto apresentado no I Encontro Brasileiro de Municípios Saudáveis, Sobral, Ceará.
- Castells M & Borja J 1996. As cidades como atores políticos. *Novos Estudos* 45:152-166.
- Coimbra JAA 1979. O relacionamento homem-natureza. *Revista de Cultura Vozes* 73(1):43-75.
- Crocker D 1993. Qualidade de vida e desenvolvimento: o enfoque normativo de Sen e Nussbaum. *Lua Nova* 31:99-33.
- Duhl L 1963. *The Urban Conditions: People and Policy in the Metropolis*. Simon & Schuster, Nova York.
- Duhl L 1986. The healthy city: its function and its future. *Health Promotion* 1:55-60.
- Folha de S. Paulo 1999. Qualidade de vida: índice de desenvolvimento humano da Organização das Nações Unidas, 11 julho, pp.1-14.
- Goumans M 1997. *Innovations in a fuzzy domain: healthy cities and (healthy) policy development in the Netherlands and the United Kingdom*. Tese de doutorado. Faculty of Health Sciences, Universidade de Maastricht, Holanda. 151pp.
- Guimarães RP 1998-1999. Agenda 21 e desenvolvimento sustentável: o desafio político da sustentabilidade. *Debates Sócio-Ambientais* 4(11):10-13.
- Habermas J 1984. *Mudanças Estruturais na Esfera Pública*. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro.
- Hancock T 1990. From public health in the 1980's to healthy Toronto 2000: the evolution of healthy public policy in Toronto, pp. 24-58. In A Evers, W Farant & A Trojan (eds.), *Healthy Public Policy at the Local Level*. Campus Verlag, Frankfurt am Main.
- Herculano SC 1998. A qualidade de vida e seus indicadores. *Ambiente e Sociedade* 1(2):77-99.
- Inojosa RM 1998. A intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública* 32(2):35-48.
- Junqueira LAP 1998. Descentralização e intersetorialidade. *Revista de Administração Pública* 32(2):11-22.
- Lalonde M 1996. El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. In *Promoción de la Salud: uma antología*. OPAS. Publicação científica, nº 557, Washington.

- McKeown T 1982. *El Papel de la Medicina: Sueño, espejismo o némesis?* Siglo Veintiuno Ed., México.
- Mendes EV 1992. *Uma Agenda para a Saúde*. Hucitec, São Paulo.
- Ministério da Saúde 1996. (Promoção da Saúde). Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsval e Santa Fé de Bogotá. Brasília. (Originais publicados pela Organização Mundial de Saúde).
- Motta RMM & Westphal MF 1998. Participación de la población en el establecimiento y la dirección de políticas públicas saludables. Trabajo presentado na XVI World Conference of the International Union for Health Promotion and Education. San Juan de Porto Rico.
- Nunes E 1989. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. *Lua Nova* (17):67-92.
- Offe C 1984. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro.
- OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) 1999. Taller de evaluación de municipios saludables: relatoria geral. (Mimeo)
- Pilon AF 1992. Qualidade de vida e formas de relacionamento homem-mundo. *Revista Brasileira de Saúde Escolar* 2(3/4):117-125.
- Roque A & Correa S 1998. A agenda do ciclo social do Brasil: impasses e desafios. *Relatório do Ibase* 2:1-11.
- Russel AJ 1995. What is health? People talking. *The Journal* 34:43-47.
- Sanderson C. et al. 1996. Effect and stage models in community intervention programs and the development of the model for management of intervention programme preparation. *Health Promotion International* 11:143-155.
- Santos M 1996. *A Urbanização Brasileira* (3ª ed.). Hucitec, São Paulo.
- Santos JLF & Westphal MF 1999. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados* 13(5):71-88.
- Souto ALS et al. 1995. Como reconhecer um bom governo? O papel das administrações municipais na melhoria da qualidade de vida. *Publicação Polis*, 21, 72 pp.
- Strozzi JB & Giacomini M 1996. Município saudável. *Divulgação Saúde em Debate* 16:30-35.
- Tones K 1994. Health promotion, empowerment and action competence. In BB Jensen & Schnack. *Action and action competence. Rev. Dan Sch. Educ. Studies: studies in educational theory and curriculum* 12:163-183.
- Tsourous A 1995. The WHO healthy cities project: state of the art and future plans. *Health Promotion International* 10(2):133-141.
- UNCHS 1996. *An Urbanization World: Global Report on Human Settlements*. Oxford University Press, Oxford.
- Westphal MF 1997. Municípios Saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade* 6 (2):9-16.
- Westphal MF, Motta RMM & Bogus C 1998. Cidades Saudáveis: a formação de uma rede brasileira. *Jornal do Conasems*, edição especial (agosto), pp.16-19.
- Westphal MF & Ziglio E 1999. Políticas públicas e investimentos: a intersectorialidade, pp.111-121. In Fundação Faria Lima (CEPAM). *O Município no Século XXI: Cenários e Perspectivas*. CEPAM, São Paulo.
- World Health Organization (WHO/EURO/HCPO) 1988. Promoting health in a urban context. *WHO Healthy Cities Papers*, nº 1. FADL, Copenhagen.
- World Health Organization (WHO/EOS) 1996. *Creating healthy cities in the 21st century*. Background paper to the United Nations Conference on Human Settlements Habitat II (Istanbul, Turquia 3-14 junho). WHO. Genebra.