

Cidades Saudáveis: uma forma de abordagem ou uma estratégia de ação em saúde urbana?

Marcia Faria Westphal

Sandra Costa Oliveira



resumo

Este artigo apresenta o referencial no qual a estratégia de Cidades Saudáveis, proposta pela OMS, se apoia. Apresenta dados da realidade urbana brasileira atual que indicam a necessidade de mudar o enfoque de intervenção em saúde urbana, tendo em vista a complexidade dos problemas e das estratégias necessárias para ampliar o desenvolvimento das potencialidades locais. Comenta a metodologia de desenvolvimento do projeto, que tem sido construída e reconstruída em função do referencial de abordagem: compromisso das autoridades locais com políticas públicas intersetoriais, empoderamento da população e busca de equidade social. Responde à questão inicial de que essa é uma forma de abordagem que exige novas estratégias de ação em saúde urbana.

Palavras-chave: promoção da saúde; saúde urbana; Cidades Saudáveis.

abstract

This article presents the framework upon which the strategies for the WHO Healthy Cities project are based. It shows data on the current Brazilian urban reality, which suggest a need for changing the approach to urban health, given the complexity of problems and strategies needed for enhancing the building of local capacities. It makes comments on the project development methodology, which has been drafted and redrafted according to the theoretical framework: commitment from local governments to public inter-sector policies, population empowerment and the pursuit of social equality. It answers the initial question that this is an approach that demands new action strategies for urban health development.

Keywords: health promotion; urban health; Healthy Cities.

Neste artigo vamos apresentar e discutir a situação atual do Brasil, suas iniquidades, potencialidades, em relação a um modelo de desenvolvimento local – Cidades Saudáveis – orientado na direção do modelo de desenvolvimento proposto por Sen (2005) – *Desenvolvimento como Liberdade* – que, como alguns outros economistas, vem se opondo à corrente econômica utilitarista. Esse modelo se apoia na convicção de que a promoção do bem-estar, objetivo do desenvolvimento, deve orientar-se por uma resposta adequada à pergunta ética: “qual é o valor da vida humana?”. Parte do princípio de que as pessoas nascem em diferentes circunstâncias, e muitas delas enfrentam males sociais que as privam de viver minimamente bem: a extrema pobreza, a fome coletiva, a privação de direitos básicos, a carência de oportunidades, a insegurança política e social, entre outras. Segundo o autor, essas circunstâncias são diferentes formas de “privação de liberdade”. Objetiva a produção de um estado de bem-estar e o enfrentamento gradativo de doenças, mortes e miséria decorrentes dessa questão. Essa abordagem faz confluir áreas aparentemente distantes, como filosofia, política e economia, na orientação da proposta de desenvolvimento. Em princípio é uma forma diferente de abordagem que deve gerar uma estratégia específica de enfrentamento

dos problemas e de desenvolvimento de potencialidades (Sen, 2005)

Como resolver os problemas do Brasil neste início do século XXI, em que o cenário mundial se apresenta como um movimento dinâmico de globalização, um processo de transformação estrutural das sociedades avançadas, dentro dessa perspectiva? Novas fronteiras econômicas, sociais e geográficas foram estabelecidas pela expansão da economia informacional global, fazendo com que a situação mundial interfira nos países, entre eles o Brasil, promovendo socialmente qualidade de vida e saúde, mesmo que as estratégias assumam contornos diferenciados, associados ao local e ao global. Em tempos de globalização muitos países e/ou muitas regiões do mundo, especialmente do sul, estão tendo suas populações marginalizadas do processo de desenvolvimento econômico social por razões variadas, entre as mais importantes o nível educacional de grande parte da população. Muitos países estão mudando de uma posição de exploração, de dependência,

MARCIA FARIA WESTPHAL é professora titular sênior do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP e pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (Cepedoc).

SANDRA COSTA OLIVEIRA é doutoranda em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da USP e pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (Cepedoc).

para a de irrelevância estrutural na nova economia, aprofundando as grandes desigualdades entre desenvolvidos e em desenvolvimento (Castells & Borja, 1996; Castells, 1999).

Como aplicar esse modelo e essas ideias no contexto brasileiro neste momento em que se vem perdendo o que se construiu nos últimos 12 anos? O país vinha fortalecendo sua economia e se inserindo no processo de globalização, chegando a ocupar a sétima posição na comparação do PIB dos países do mundo. Que fazer agora com um PIB de -0,24 em outubro de 2015, com uma taxa de desemprego que chegou a 7,60 e uma taxa de inflação de 10,5%, voltando à situação de 1992 (Ipea, 2015)? A comparação de dados do Brasil no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2010 ressalta desigualdades regionais entre o Norte e Nordeste e o Sul e Sudeste. As condições de educação da população não têm acompanhado o crescimento dos outros indicadores, e isso não tem permitido que o Brasil ocupe melhores condições nesse *ranking* – IDH –, reforçando que as desigualdades ainda precisam de maior atenção dos governos no que se refere a políticas públicas (PNUD, 2011).

Discutir e resolver esses problemas estruturais que afetam a saúde tem se tornado um grande desafio para gestores públicos de todas as esferas governamentais. A partir da Constituição de 1998, foi definido no artigo 196, de relevância pública, que “[...] saúde é direito de todos e dever do Estado”. Regulamentando as premissas dessa mesma Constituição, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei Federal 8.080/90 e da Lei 8.142 do mesmo ano, que tem como princípios a equidade, a universalidade, a integralidade e a participação social. A partir daí ficou garantido o direito a saúde, permitindo que todos pudessem usufruir dos serviços públicos ofertados por hospitais, unidades básicas de saúde (UBS), ambulatórios de atendimento a saúde (AMAs), ambulatórios de especialidades (AMEs) e outros. Entretanto, ter direito a saúde não consiste apenas em ter acesso a um sistema de saúde para todos. Ter direito a saúde é também ter moradia digna, educação, trabalho, lazer, cultura, transporte público de qualidade, entre outros.

Para responder à questão inicial e discutir como produzir saúde socialmente em todos os

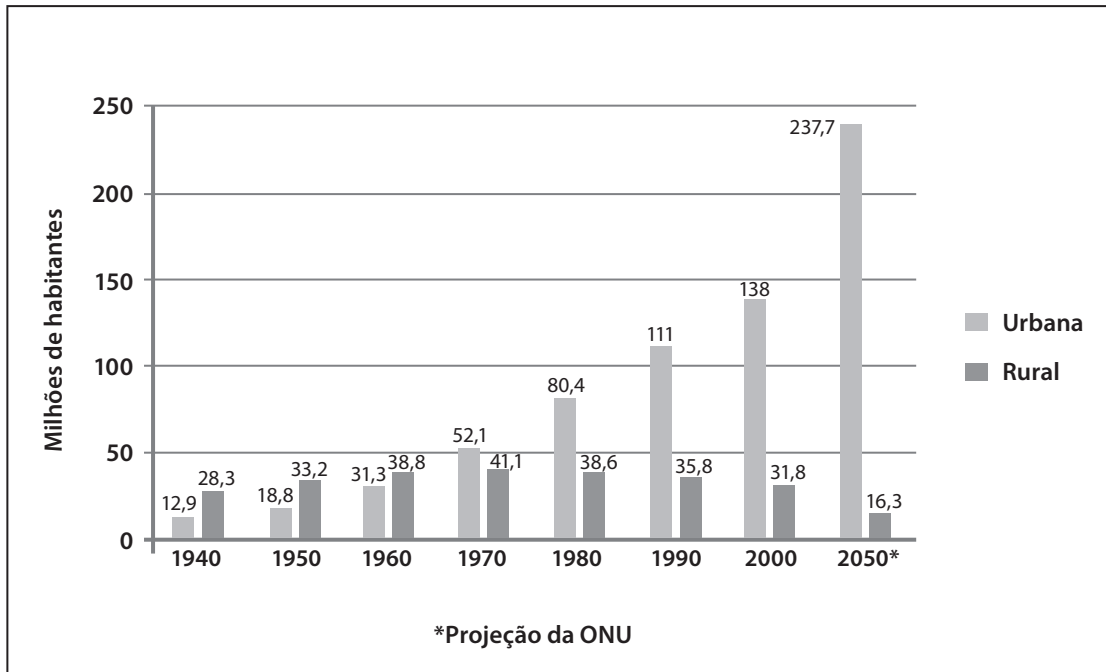
seus corolários, vamos apresentar alguns dados que nos ajudam a identificar problemas e potencialidades do Brasil urbano e apresentar conceitos e princípios da estratégia de Cidades Saudáveis e sua aplicação nos municípios brasileiros como alternativa aos modelos economicistas de desenvolvimento.

DESENVOLVIMENTO URBANO, INIQUIDADES EM CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE NO BRASIL

O Brasil vem sendo marcado desde o início do século XX por grandes transformações, entre elas o intenso processo de urbanização. Em seis décadas, o Brasil se transformou, de predominantemente rural, em um país com mais de 85% da população vivendo em áreas predominantemente urbanas. Em 1940 a população urbana do país era de 10.891.000 habitantes, 31,24% da população total; em 2010, a população urbana passou a ser de 160.092.160 habitantes, 84,36% da população total, com uma projeção grande de crescimento para 2050 chegando a mais de 200% (Gráfico 1) (Borges, Ervatti & Jardim, 2015; Santos & Silveira, 2004; Santos, 1996).

O tema “habitação”, especialmente nas cidades onde se concentra a maior parte dela, tem sido alvo das atenções das entidades internacionais de pesquisas sociais há mais de 40 anos. Com efeito, para atender a esse objetivo foi criado, no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), o Fórum Habitat, cuja primeira reunião foi realizada em Vancouver, Canadá, em 1976, a segunda, na Turquia, em Istambul, em 1996, com o reconhecimento da rápida urbanização como um fenômeno de escala mundial, e a terceira será no próximo ano e como as anteriores. Os organizadores pretendem que ela seja “uma oportunidade para firmar compromissos de futuro e bem-estar com a vida, combatendo desigualdades sociais e segregações, buscando transformar cidades em espaços acessíveis para todos, democráticos, lugares para efetivação dos direitos e exercício de oportunidades” (Balbim & Amanajas, 2014). Desde o início o fórum vem defendendo que as condições dos assentamentos humanos “são determinantes da

População residente, por situação de domicílio – Brasil – 1940-2000



Fonte: Tendências Demográficas, 2000, IBGE, 2001

qualidade de vida, cuja melhoria é pré-requisito para a plena satisfação das necessidades básicas, tais como: emprego, habitação, serviços de saúde, educação e lazer”.

Tanto a urbanização brasileira como a proposta de Cidades Saudáveis estão inseridas nos pressupostos do Fórum Habitat. Se tivéssemos que preparar um relatório da situação do Brasil para contribuir com as discussões daquela conferência e ao mesmo tempo verificar se a realidade é passível de uma ação em promoção da saúde, os indicadores que íriamos utilizar seriam os relacionados aos princípios dessa área de atuação: a equidade, a participação social, a intersetorialidade e a sustentabilidade, entre outros.

Com base nesses pressupostos do Fórum Habitat e pensando em como tornar as cidades brasileiras mais saudáveis, justas e igualitárias, fomos analisar alguns indicadores da necessidade dessa forma de intervenção no Brasil, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e saúde da população residente no país.

Verificamos que o número total de domicílios vem se expandindo em ritmo superior ao cresci-

mento da população. Enquanto a população brasileira cresceu 9,8% entre 2004 e 2013, o número total de domicílios particulares no Brasil cresceu 25,1% no mesmo período. Esse processo impacta a necessidade de expansão da oferta de habitações com acesso a serviços básicos e é influenciado por fatores diversos, que vão desde as mudanças demográficas da população (queda das taxas de fecundidade, envelhecimento populacional, mudanças nos arranjos familiares) até os fatores econômicos (aumento do rendimento médio da população, crescimento econômico, dinâmica do mercado imobiliário e do setor de construção civil, expansão do crédito e programas de habitação popular). Essa realidade nos permite pensar que nosso país se beneficiaria muito com a introdução desse tipo de agenda.

No Brasil, o número médio de moradores por domicílio em 2013 foi de 3,1, com destaque para a Região Norte, onde havia 3,6 pessoas por domicílio, influenciado pelo Amazonas, com 3,9 pessoas por domicílio, e pelo Amapá, com 3,8 pessoas por domicílio, enquanto no Rio Grande do Sul e no Rio de Janeiro foi registra-

da a menor razão entre habitantes e domicílios: 2,8 (PNAD/IBGE, 2013).

Nas cidades, desde 1940 até hoje, condições inadequadas de habitação foram fazendo parte do quadro de mudanças urbanas, agravando os problemas de saúde, que se evidenciaram pelo aumento das doenças transmissíveis relacionadas à falta de saneamento básico, e também pelo aumento das doenças respiratórias relacionadas a umidade e falta de ventilação de casas auto-construídas e à poluição atmosférica (Jacobi apud Comarú & Westphal, 2004).

Como parte desse quadro de mudanças, o fenômeno da favelização demonstra a gravidade das consequências do processo de urbanização. O problema do crescimento do número de favelas que emergiu entre os anos de 1980 e 1991 e que continua se ampliando, especialmente nas grandes metrópoles do país, chega, até o Censo de 2010, a expor a precariedade de condições de habitação em que vivem 5,6% da população dos municípios brasileiros, perfazendo um total de 3.224.529 habitantes de casas nas favelas, correspondendo a 6.329 favelas localizadas em 323 municípios brasileiros. Condições de vida e habitação nos aglomerados subnormais mais conhecidos por favelas são altamente desfavoráveis à saúde e condição importante para o aumento do tráfico e uso de drogas e da violência urbana (Comarú & Westphal, 2004).

Agora, 15 anos depois, esse número deve estar muito maior, dado que pouco foi feito em termos de políticas públicas do governo para estancar esse crescimento. Nos últimos anos a política pública federal do Ministério das Cidades, Minha Casa, Minha Vida, está se propondo a diminuir o déficit de habitação para a população carente do país, mas não tem conseguido atingir as metas propostas (Ministério das Cidades, 2015).

Em relação à qualidade dos serviços de infraestrutura urbana nas zonas das cidades em que os brasileiros vivem, 28% de todas as casas no Brasil são consideradas com condições inadequadas, em outras palavras, em todas falta pelo menos um serviço básico essencial. O serviço mais deficiente é o esgotamento sanitário, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). O percentual de domicílios

com coleta de esgoto e fossa séptica é de 64,3%. A maior cobertura permaneceu com a Região Sudeste (88,7%), enquanto a menor (19,3%) foi encontrada na Região Norte. Em relação ao abastecimento de água em 2013, 85,3% das habitações tinham água encanada. O maior aumento de 2012 para 2013 foi registrado na Região Sul, que passou de 87,1% para 88,5%, sendo que na Região Centro-Oeste ocorreu a maior redução – de 86% para 84%. Na coleta de lixo, 89,8% das habitações foram beneficiadas. A Região Sudeste teve a liderança na oferta de serviço, com 96,3% de casas atendidas, e o Norte e o Nordeste mantiveram as menores proporções (78,8% e 78,5%, respectivamente). A energia elétrica chega a 99,6% de domicílios, exceto para a Região Norte, que tem 97,7% ligados à rede. O telefone chega a 92,7% dos domicílios brasileiros. Cada vez mais casas têm somente telefone celular. As iniquidades de acesso a esses serviços públicos ficam evidenciadas nessas diferenças entre regiões do país, e se fizermos uma análise mais profunda, facilmente encontraremos diferenças entre estados e entre municípios do país.

A mobilidade urbana é atualmente um dos problemas mais discutidos no mundo globalizado. Tomou grande proporção diante da ampliação do processo de urbanização – as cidades em todo o mundo não param de se expandir e adensar, criando problemas para os administradores locais, que não conseguem se adequar de maneira eficiente para resolver grandes congestionamentos, excesso de veículos nas ruas, avenidas e rodovias, dificuldades no uso dos espaços públicos, poluição do ar, com danos à saúde da população e ao meio ambiente. Esses problemas afetam a população como um todo: adultos, jovens crianças em idade escolar, idosos e outros (Cançado, 2006; Assunção et al., 2009; Saldiva, 2006).

Diariamente as pessoas se deslocam para locais próximos de suas casas ou para muito longe para realizar seus afazeres: ir para o trabalho, para a escola, até mesmo a uma instituição de saúde. Com o crescimento das cidades de forma desordenada, hoje temos que solucionar problemas relacionados ao deslocamento diário das pessoas, de diferentes condições socioeconômicas, algumas usando automóveis individu-

almente, outras utilizando ônibus lotados, que demoram muito tempo para cruzar a cidade, algumas, trens ou metrô, muitas utilizando motos, inclusive como instrumento de trabalho, algumas usando bicicletas, e poucas andando a pé. Na maior parte das vezes, a travessia de ônibus é uma viagem longa dentro da própria cidade, que é feita entre “subcidades”, ou seja, entre os bairros. Nas 15 principais regiões metropolitanas, 20% da população leva mais de uma hora no deslocamento casa-trabalho. Várias questões são mencionadas na literatura e nas estatísticas como componentes dessa ordem de problemas: congestionamentos, acidentes e mortes; ônibus, metrô e trens sempre lotados; motoristas impacientes nos intermináveis engarrafamentos; passageiros no ponto à espera de um ônibus que demora a passar; e usuários dos trens protestando após mais uma pane.

O que perpetua e agrava os problemas são os rumos das políticas, que continuam privilegiando a circulação de automóveis. Nos últimos anos, o aumento do número de veículos automotores no Brasil foi dez vezes maior do que o aumento da sua população: enquanto a população aumentou em 12,2% numa década, o aumento do número de veículos motorizados foi de 138,6%. Segundo dados disponibilizados pelo Denatran, o país terminou o ano de 2012 com mais de 50,2 milhões de automóveis e 19,9 milhões de motos. Com isso, a taxa de motorização no país (número de automóveis para cada 100 habitantes) passou de 14,2, em 2001, para 22,7 em 2011. Nas 15 principais regiões metropolitanas, essa mesma taxa atingiu 30,4 automóveis para cada 100 habitantes. Em algumas delas, é superior a 40 autos/100 habitantes, como em São Paulo (40 autos/100 habitantes), Florianópolis (41,2 autos/100 habitantes), Campinas (43,2 autos/100 habitantes) e Curitiba (44,9 autos/100 habitantes). É indispensável rediscutir e colocar na pauta da agenda das políticas públicas mecanismos de restrição ao uso do automóvel, como rodízios ou pedágios urbanos. É preciso, além disso, inovar, criar e implantar ações que atraiam o usuário do automóvel para outras formas de deslocamento. Só ações efetivas podem convencer as pessoas a não usarem o carro. E isso só será possível através da provisão de um

serviço de transporte coletivo público, eficiente, confortável e seguro, o que (infelizmente) parece estar bem longe do cenário que se desenha para o futuro da mobilidade urbana no Brasil.

A mobilidade urbana, portanto, também compõe esse quadro de iniquidades, interferindo de maneira incisiva na qualidade de vida da população de todas as idades. Pensar as cidades mais planejadas para facilitar esse movimento diário de sobrevivência, de acesso aos serviços essenciais, tais como transporte das casas para as escolas e os locais de trabalho, é um problema que os políticos, os técnicos e os cientistas, especialmente os envolvidos com estratégias de cidades saudáveis, devem ajudar a resolver, uma vez que a mobilidade e a poluição nas cidades, que foram se expandindo de maneira desordenada, também afetam a qualidade de vida e a saúde das populações. Reorganizar esse fluxo das cidades em benefício das pessoas, oferecendo serviços de saúde, empregos, escolas, lazer e outros próximos de sua moradia, seria o ideal.

As cidades em que vivemos são resultado desse processo complexo, que foi implantado pelos nossos antepassados e que continua nos dias de hoje com a sua atuação. O desafio é em cada situação específica analisar como esse processo ocorre, como se resolve o problema de habitação, infraestrutura de água, saneamento básico, lixo e outros. É necessário também pensar nos problemas de mobilidade, de transporte e trânsito que afetam a saúde da população, como eles podem ser minorados ou eliminados e ainda como preservar espaços públicos que a população possa aproveitar especialmente para o lazer (Vasconcelos, 2012, p. 13).

Para Westphal (2000), apesar de estarmos vivendo em um mundo globalizado, as cidades que concentram grandes contingentes de população vêm ganhando, nos últimos anos, importância significativa como espaço de intervenção e de mobilização em torno de projetos comuns e de interesses coletivos.

Essa nova forma de pensar as cidades acaba nos trazendo questionamentos e exigindo maior reflexão sobre a construção da cidade que queremos para o futuro. Tal reflexão nos faz idealizar cidades mais inteligentes, cidades ideais, cidades saudáveis, cidades sustentáveis, cidades

educadoras, entre tantas outras denominações possíveis. Vamos aqui focalizar a estratégia de Cidades Saudáveis, que tem muito em comum com as outras agendas.

A CIDADE SAUDÁVEL: UMA PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO LOCAL

Considerando os problemas urbanos contemporâneos e as possibilidades que a cidade oferece para a realização de projetos sociais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e suas agências regionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), propuseram a estratégia de Cidades Saudáveis (Westphal, 2000).

As ideias que orientam essa proposta partem do princípio de que a saúde de um indivíduo, de um grupo de indivíduos ou de uma comunidade não depende só de médicos e medicamentos. Relaciona-se também com coisas que o homem criou, cria e faz, com as interações dos grupos sociais, com as políticas adotadas pelo governo, inclusive com os próprios mecanismos de atenção à doença, com o ensino da medicina, da enfermagem, com a educação, com as intervenções sobre o meio ambiente, entre outros (Santos & Westphal, 1999).

A agenda Cidades Saudáveis, estimulada pela OMS e também pela sua correspondente nas Américas – Opas –, tem sido uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade de vida das populações. Para além de reconhecer a saúde em sua positividade como expressão de qualidade de vida, uma cidade que se pretende saudável gera processos participativos, sociais e institucionais na elaboração coletiva de determinada visão de cidade e, sobretudo, busca acordar uma intervenção coletiva e direcionada a todas as políticas sociais para uma meta: melhorar continuamente a vida de todos os cidadãos (Westphal et al., 2013).

A primeira iniciativa de cidades saudáveis foi realizada por representantes do escritório europeu da OMS, que assumiram a ideia do projeto Cidades Saudáveis como estruturante do novo paradigma da promoção da saúde, iniciando sua divulgação junto aos países europeus, em 1985. Ao mesmo tempo foi desenvolvida no Canadá (Toronto) uma iniciativa semelhante, que foi iniciada em 1987 e envolveu no princípio 14 cidades.

Hoje o projeto Cidades Saudáveis continua sendo um movimento global, tendo por base o conceito de Saúde para Todos no Século XXI da OMS. Continua existindo uma rede europeia constituída por 1.200 cidades e vilas de 30 países europeus que assumiram o compromisso de promover saúde e desenvolvimento sustentável. A designação de cada cidade para integrar a rede passa por um processo de candidatura que envolve a resposta a um conjunto de critérios de designação e de elegibilidade definidos pela OMS. A rede funciona em fases com duração de cinco anos, sendo que a quinta fase acaba de terminar e teve como tema Saúde e Equidade em Todas as Políticas Locais. Outros continentes desenvolvem projetos semelhantes: América do Norte, com participação maior de Canadá e México; América do Sul, com Brasil e Argentina principalmente; Ásia, com Indonésia, Tailândia, Japão e outros; África, com Quênia; Oceania, com Austrália; entre outros.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS PROJETOS CIDADES SAUDÁVEIS

O projeto Cidades Saudáveis propõe uma abordagem à saúde e ao bem-estar da população através de ações locais, “no contexto da vida diária das pessoas facilitando a ação conjunta entre as autoridades locais, sociedade civil, e outros atores-chave para melhorar as condições e a qualidade de vida do e no lugar onde as pessoas vivem, trabalham, estudam e se divertem, e promover o desenvolvimento de sistemas e estruturas sustentáveis” (Opas/OMS, 2002). Esse projeto, segundo Mendes (1996), é “estruturante do campo da saúde”, em que os atores sociais (governo, organizações da sociedade civil e organizações não governamentais) procuram, por meio da “gestão social”, transformar a cidade em um espaço de “produção social da saúde”. Dessa forma, saúde é entendida como qualidade de vida e considerada objeto de todas as políticas públicas, entre as quais as de saúde.

Apesar disso, repetindo a ênfase da literatura relacionada a projetos Cidades Saudáveis, é essencial, para a formação e crescimento de um projeto, um *compromisso político do gestor*, em geral o prefeito de uma cidade, e se a proposta en-

globalizar só uma parte do território, o administrador geral do projeto de desenvolvimento local, que vai promover a inter-relação dos setores de educação, habitação, saneamento, transporte, lazer, economia, com a saúde. Isso significa que precisa haver um gestor comprometido e capacitado para liderar a realização do planejamento e da gestão de forma que integre no processo os diferentes setores de governo e sociedade civil, o que representa uma grande mudança de paradigma e cuja implementação exige muita vontade e habilidade para fazer acontecer. Isso é importante para que o projeto fique caracterizado como uma política de governo que envolve também a sociedade civil.

Uma comissão intergestora e intersetorial deve elaborar um *plano de governo*, após um *diagnóstico*, de preferência realizado com a *participação da população*, que ajudará a identificar problemas e potencialidades do município. Esse plano de governo deverá objetivar a *resolução dos problemas identificados* e o *fortalecimento das potencialidades*. Como pano de fundo fica delineada a proposta de inserir a saúde como prioridade na agenda política, tanto local como nacional, através de uma estratégia fortemente ancorada na ação intersetorial, capaz de unir o setor saúde com outros setores.

Essa ação intersetorial, quando ocorre, produz sinergia entre as políticas. É uma das principais potencialidades do projeto e também a mais difícil de ser concretizada. Sua construção constitui um grande desafio uma vez que requer ruptura com o modelo setorial que não necessariamente prevê o tipo de dinâmica de relações a serem utilizadas. Em geral, o modelo setorial é fragmentado e desarticulado, define atividades delimitadas à especialização profissional de cada área de atuação e utiliza lógicas que não necessariamente refletem a dinâmica dos problemas sociais nem concebem o indivíduo como um todo e dentro do seu contexto (Santos, 2011).

Autores que discutem a questão da intersetorialidade no Brasil, relacionada a projetos de Cidades Saudáveis, destacam uma profunda brecha entre as políticas definidas no papel e as práticas cotidianas, em grande parte devido à multiplicidade e complexidade dos diversos fatores que compõem o contexto brasileiro e que afetam negativamente a população brasileira, como as

desigualdades estruturais e a injusta distribuição de poder e de recursos (Traverso-Lopez, 2007).

A criação de um Conselho Intersetorial Central, com a participação de cidadãos que representem os diferentes grupos de poder, que coordene a elaboração e controle a execução do plano de trabalho é uma das medidas que têm sido utilizadas para superar as dificuldades. Dele devem participar cidadãos que representem diferentes grupos de poder e de interesse da cidade. Uma questão que está subjacente a essa estratégia é um dos conceitos prioritários da promoção da saúde, que é o *empowerment*, que traz na sua raiz o significado de poder, ou ganho de poder para tomar decisões, realizar ações, individual e coletivamente, visando a eficácia política, a melhoria da qualidade de vida e a justiça social. Através da participação nesses conselhos e em outras atividades paralelas, será possível a muitas pessoas que representam grupos da sociedade ampliar seu poder e levar suas questões e do seu grupo ao Conselho da Cidade Saudável.

Alguns outros aspectos fundamentais dos projetos Cidades Saudáveis, portanto, fazem parte da operação, em todos os momentos de mobilização e planejamento: fortalecimento das organizações comunitárias, equidade na distribuição de recursos e de informações e capacitação de profissionais e da sociedade civil, especialmente segmentos marginalizados, para participar do processo de tomada de decisões.

Além das outras estratégias mais gerais em relação à cidade, há uma relacionada mais especificamente aos serviços de saúde e a sua reorientação no sentido da promoção da saúde, conforme indicação da Constituição de 1988. Uma vez que os serviços de saúde assumam que é sua responsabilidade também promover ações participativas e intersetoriais e impulsionar para que haja efeitos sinérgicos de ações integradas, será mais fácil promover a saúde e a qualidade de vida nas cidades.

CONCLUSÕES

No Brasil, apesar das iniquidades decorrentes do modelo de desenvolvimento econômico social, o processo de descentralização tem se constituído como uma ideia força importante, direcionando

para uma política local mais autônoma, criando novas instâncias de decisão, facilitando práticas de controle social e de democratização da gestão, contribuindo para uma nova cultura política. Neste sentido é inegável a contribuição das novas experiências de gestão municipal na perspectiva do movimento Cidades Saudáveis e as efetivadas com outras agendas sociais (Westphal, Mendes & Comarú, 2006).

Um estudo nacional multicêntrico, realizado nas cinco regiões do país, finalizado em 2011, analisou as agendas de desenvolvimento local em funcionamento no país, Cidades Saudáveis e Agenda 21, procurando estabelecer relações entre o esforço social local despendido e os resultados efetivos das agendas sociais e seus efeitos sobre os determinantes sociais. Identificou-se que algumas ações foram importantes, tais como a indução de geração de renda e de controle do poder econômico, e ainda a definição da vocação econômica para o município, aumentando o montante e estabelecendo o caráter dos investimentos financeiros. Pressupostos participativos mostraram-se presentes nas experiências estudadas, sendo a participação social uma diretriz básica em todos os casos estudados. De modo geral, amplos setores da sociedade atuaram nos processos de desenvolvimento de agendas, indicando problemas e propostas, mas o processo de decisão, na maioria dos casos, acabou por ser centralizado pelo poder público ou por um grupo específico. Conflitos de caráter partidário também interferiram, às vezes

de maneira negativa, em algumas dinâmicas das agendas. Constatou-se, também, que o conceito de rede de movimentos e de atores colabora na sustentabilidade dos projetos, e finalmente os envolvidos nos projetos indicaram que foi uma experiência positiva (Westphal et al., 2013).

Assim considerando, se houvesse interesse das autoridades do país em implementar experiências de Cidades Saudáveis e semelhantes, como as agendas sociais tipo Agenda 21, haveria muitos benefícios para as cidades em si e para a população que vive nelas, especialmente se fosse uma ação integradora de agendas. Hoje, o Ministério do Meio Ambiente abre editais para municípios se candidatarem para implementar projetos de Agenda 21; o Ministério das Cidades, para os municípios implementarem o plano diretor de seus municípios; mas o Ministério da Saúde, neste momento, não tem editais desse tipo, somente abrindo espaço para projetos que interfiram em estilos de vida, como atividade física e nutrição, apesar da revisão no ano passado da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2014), que reforça a necessidade de ações do tipo das apresentadas neste artigo sobre Cidades Saudáveis.

Fica aí uma ideia: a realização de novas ações integradas das diferentes agendas municipais com objetivos semelhantes, em forma de rede. Isso se faz urgente, pois é uma estratégia importante de governo para a produção social da saúde, no seu sentido amplo, tendo em vista as necessidades das pessoas que residem nas cidades.

BIBLIOGRAFIA

- ASSUNÇÃO, J. V. de; MALHEIROS, T. F. "Poluição Atmosférica", in A. Philippi Jr. e M. C. F. Pelicioni. *Educação Ambiental e Sustentabilidade*. São Paulo, Manole, 2009.
- BALBIM, R. & AMANAJÁS, R. "Acordos Internacionais e o Direito à Cidade: Notícias do Brasil para a Habitat III", in André de Mello e Souza e Pedro Miranda (eds.). *Brasil em Desenvolvimento 2015: Estado, Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília, Ipea, 2015, pp. 267-85.
- BORGES, G. M.; ERVATTI, L. R.; JARDIM A. P. *Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para Projeções da População*. Rio de Janeiro, IBGE, 2015.
- BRASIL. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).
- BRASIL. Lei 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, SEC. 1, Brasília, 31 de dezembro de 1990, p. 25.694.
- BRASIL. Ministério das Cidades. Programa Minha Casa, Minha Vida – PMCMV. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/habitacao-cidades/programa-minha-casa-minha-vida-pmcmv>. Acesso em: 22/12/2015
- CANÇADO, J. E. D. et al. "Repercussões Clínicas da Exposição à Poluição Atmosférica", in *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32 (supl. 1), 2006, pp. S5-S11.
- CASTELLS, M. & BORJA, J. "As Cidades como Atores Políticos", in *Novo Estudos Cebrap*, 45, São Paulo, julho de 1996, pp. 152-66.
- CASTELLS, M. *A Sociedade em Rede*. São Paulo, Paz e Terra, 1999.
- COMARÚ, F. A.; WESTPHAL, M. F. "Housing, Urban Development and Health in Latin America: Contrasts, Inequalities and Challenges", in *Reviews on Environmental Health*, 19, (3-4), 2004, pp. 329-45. Disponível em: http://redecidadessaudaveis.com/index.php/pt/noticias/assembleia_intermunicipal_da_rede_portuguesa_de_municipios_saudaveis. Acesso em: 20/12/2015.
- MIRANDA, A. T. *Urbanização do Brasil: Consequências e Características das Cidades*. Disponível em: <http://educacao.uol.com.br/disciplinas/geografia/urbanizacao-do-brasil-consequencias-e-caracteristicas-das-cidades.htm>, 2006. Acesso em: 22/12/2015.
- OPAS – Organização Pan-americana da Saúde. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde – OMS. *Municípios e Comunidades Saudáveis: Guia dos Prefeitos para Promover Qualidade de Vida*. Publicação 83 Científica da Divisão de Promoção e Proteção da Opas/OMS.
- PNAD – IBGE. "Síntese de Indicadores Sociais: uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, 2013", in *Estudos & Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica* 32, 2013.
- PNUD. IDH, Brasil, 2011.
- POLÍTICA Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, 2014.

- SANTOS, M. *Técnica, Espaço e Tempo: Globalização e Meio Técnico Científico Informacional*. 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 1996.
- SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. "Práticas Emergentes de um Novo Paradigma de Saúde: o Papel da Universidade", in *Estudos Avançados*, 13 (35). São Paulo, IEA-USP, jan.-abr./1999, pp. 71-88.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: Território e Sociedade no Início do Século XXI*. 6ª ed. Rio de Janeiro, Record, 2004.
- SANTOS, N. N. "A Intersetorialidade como Modelo de Gestão das Políticas de Combate à Pobreza no Brasil: o Caso do Programa Bolsa Família no Município de Guarulhos". Tese de mestrado em Administração Pública e Governo. São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2011.
- SEN, A. *Desenvolvimento como Liberdade*. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo, Companhia das Letras, 2005.
- TRAVERSO-LOPEZ, M. "Dilemas na Promoção da Saúde no Brasil: Reflexões em Torno da Política Nacional", in *Interface* (Botucatu), v. 11, n. 22, maio-agosto/2007.
- VASCONCELOS, E. A. *Mobilidade Urbana e Cidadania*. Rio de Janeiro, Senac, 2012.
- WESTPHAL, M. F. *O Movimento de Municípios Saudáveis e a Qualidade de Vida Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 2000, pp. 39-51.
- _____. "Equidade no Acesso e Cidades Saudáveis", in Jacques Marcovitch. *Crescimento Econômico e Distribuição de Renda: Prioridades para Ação*. São Paulo, Edusp/Senac, 2007.
- _____; MENDES, R. "Cidade Saudável: uma Experiência de Interdisciplinaridade e Intersetorialidade", in *Revista de Administração Pública – RAP*, 34 (6), Rio de Janeiro, nov.-dez./2000, pp. 47-61.
- _____; MENDES, R.; COMARU, F. de A. "Promoção da Saúde e as Cidades", in Adriana Castro; Miguel Malo (orgs.). *SUS – Ressignificando a Promoção da Saúde*. 1ª ed. São Paulo, Hucitec/Opas, 2006, pp. 133-51.