



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SOCIOECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS E RELAÇÕES INTERNACIONAIS

GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS

AMANDA GOMES LIMA

SAÚDE GLOBAL E O PROGRAMA DAS HEALTHY CITIES

De Projeto Europeu a Movimento Global

Florianópolis, 2018.

AMANDA GOMES LIMA

SAÚDE GLOBAL E O PROGRAMA DAS HEALTHY CITIES

De Projeto Europeu a Movimento Global

Monografia submetida ao curso de Relações Internacionais da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Bacharelado.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Alves Valente

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lima, Amanda

Saúde Global e o Programa das Healthy Cities : De
Projeto Europeu a Movimento Global / Amanda Lima ;
orientador, Marcos Valente, 2018.

106 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio
Econômico, Graduação em Relações Internacionais,
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Relações Internacionais. 2. Healthy Cities. 3. Saúde.
4. Determinantes Socioeconômicos da Saúde. 5. Cooperação
Internacional. I. Valente, Marcos. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Relações
Internacionais. III. Título.

Amanda Lima

**Saúde Global e o Programa das Healthy Cities:
De Projeto Europeu a Movimento Global**

A Banca Examinadora atribuiu a nota 10 à aluna Amanda Lima na disciplina CNM
7280 – Monografia, pela apresentação deste trabalho.

Banca Examinadora:

Prof. Marcos Alves Valente, Dr.

Prof. Daniel Ricardo Castelan, Dr.

Prof.^a Carmen Rosário O. G. Gelinski, Dr.^a

Este trabalho é dedicado aos meus queridos pais, que sempre me apoiaram e me acompanharam, nos melhores e nos mais difíceis momentos. Vocês são um exemplo de pessoas, de casal, de pais e amigos.

Agradeço também ao Professor Dr. Marcos Alves Valente, pelas orientações, e acima de tudo, por ter acreditado em mim e no meu tema de pesquisa.

Aos professores com quem tanto aprendi, em Florianópolis e também na minha curta mas incrível passagem por Bristol, onde conheci este assunto pelo qual me encantei.

Muito obrigada à minha equipe de trabalho, em especial ao Eduardo Heidemann, Cristina Bredemeier e Suelen Rodrigues, pelo suporte e paciência nesta fase final da graduação.

E finalmente, aos meus amigos lindos, Nayra, Naiade, Ana, Carolin, Vinicius, Thy, Gabi, Gyése, Patrícia, Carol, Lucas, and many more. Me sinto muito sortuda de ter tido vocês ao meu lado, tenha sido por alguns meses ou muitos anos desta vida.

Espero retribuir toda gratidão que tenho por vocês!

E que venham novas alegrias e desafios!! Time to change!!

Resumo

A iniciativa das *Healthy Cities* surgiu em 1987, comandada pela sede Europeia da Organização Mundial da Saúde, em parceria com governos locais, e ganhou força com o aumento dos gastos públicos com serviços de saúde. Sua proposta foi baseada nos princípios da chamada Nova Saúde Pública, aliada a prerrogativas sustentáveis, todavia levando em consideração as peculiaridades de cada sociedade e a necessidade de participação popular, que garanta a longevidade das melhorias implementadas e dos aprendizados gerados. O programa das *Healthy Cities* destaca uma série de fatores que influenciam a saúde, podendo estes estarem a seu favor ou contra, fatores que esta monografia procura esclarecer, ao apresentar o programa, seus princípios e história. Para responder à pergunta central desta monografia, será apresentado o projeto das *Healthy Cities* e seu desenvolvimento de programa regional a movimento global, identificando os fatores que contribuíram para transformar este programa regional Europeu em um movimento global, e que tornam as *Healthy Cities* um tema ainda globalmente relevante, 30 anos após seu lançamento.

Palavras-chave: cidades saudáveis, saúde, bem-estar, determinantes socioeconômicos da saúde, sustentabilidade, desenvolvimento urbano e cooperação internacional e regional.

Abstract

The Healthy Cities Project was launched in 1987, by the European Regional Office of the World Health Organization, in partnership with local governments, and gained momentum by the tendency of increasing public spending on health services. Its proposal was based on the principles of the so-called New Public Health, allied to sustainable prerogatives, nevertheless taking into account the peculiarities of each society and the need for popular participation, guaranteeing the longevity of the improvements implemented and the learning generated. The program of the Healthy Cities highlights a series of factors that influence health, being these in its favour or against, which this monography seeks to clarify, in presenting the program, its principles and history. To answer the central question of this monography, the Healthy Cities project and its development up to a global movement will be presented, identifying the factors that have contributed to transform this European regional program into a global movement, and that make Healthy Cities a theme globally relevant, 30 years after its launch.

Keywords: Healthy Cities, health, well-being, social and economic determinants of healthy, sustainability, urban development and international and regional cooperation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Arquitetura da Governança Global da Saúde.....	29
Figura 2: Sobreposição de Papeis dos Atores de Saúde Global.....	30
Figura 3: Globalização e Saúde: Ligações e Elementos Simplificados.....	41
Figura 4: Os Determinantes da Saúde e Bem-estar.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Causas de Morte Globais.....	42
Gráfico 2: Perda Econômica Gerada pelas 15 Maiores Causas de Mortes no Mundo.....	89
Gráfico 3: Expectativa de vida ao nascer.....	90
Gráfico 4: Expectativa de vida saudável ao nascer.....	90
Gráfico 5: Gastos Governamentais em Saúde: 2015 (em percentual do PIB)	91
Gráfico 6: Taxa de Mortalidade 2015 (entre 15 e 60 anos)	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Exemplos de Atores da Governança Global da Saúde.....	28
Quadro 2: Causas de Mortes Regionais.....	43
Quadro 3: As Origens da Saúde Pública.....	55
Quadro 4: Recursos e riscos de saúde urbana.....	61
Quadro 5: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perdas de Saúde DALY.....	86
Tabela 2: As 20 maiores causas de mortes globais.....	87

ÍNDICE DE SIGLAS

ACNUR	Agência da ONU para Refugiados
FAO	<i>Food and Agriculture Organization</i>
FMI	Fundo Monetário Internacional
ONU	Organização das Nações Unidas
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento
UNAIDS	<i>The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS</i>
UN-Habitat	Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos
UNICEF	<i>The United Nations Children's Fund</i>
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. Objetivos.....	17
1.2. Justificativa.....	18
1.3. Metodologia.....	19
II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	22
2.1. Teoria Institucionalista e Regimes Internacionais.....	22
2.2. Teoria Neorrepublicana.....	24
2.3. Cooperação Internacional e Governança Global da Saúde.....	27
III. SAÚDE GLOBAL.....	33
3.1. Diferentes Abordagens da Saúde Global.....	34
3.2. Principais Desafios Enfrentados pela Governança Global da Saúde.....	36
3.3. Globalização e Inequidades da Saúde Global.....	39
IV. O PROGRAMA DAS <i>HEALTHY CITIES</i>.....	45
4.1 A Evolução da Saúde Global e a Criação das <i>Healthy Cities</i>	51
4.2. Determinantes Socioeconômicos da Saúde.....	59
4.3. As 6 Fases do Programa Europeu.....	65
V. DE PROGRAMA REGIONAL A MOVIMENTO GLOBAL.....	79
5.1. The Burden of the Disease.....	86
5.2. Avanços e Desafios do Movimento.....	92

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....98*Healthy Cities: Ainda Relevantes?98***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....102**

I. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 definiu saúde como “...um estado de completo bem-estar físico, social e mental, não apenas a ausência de doença” (KENZER, 1999, p. 202, tradução nossa)¹. Entretanto, até hoje é um desafio alterar a assimilação de saúde como ausência de doença, e as preocupações pessoais, nacionais e internacionais a respeito da saúde acabam aparecendo muito mais quando há uma condição de enfermidade, principalmente questões epidêmicas.

De fato, questões epidemiológicas são historicamente relevantes, situação que pode ser explicada quando elencamos os momentos de maior preocupação da saúde global, que incluem o surto de peste negra, “enfermidade [que] eliminou um terço da população europeia num período de sete anos (entre 1347 e 1353)” (ARGENTA, 2015), a gripe espanhola, que matou cerca de 50 milhões de pessoas entre 1918 e 1920 (BBC, 2014), e mais recentemente, o surto de ebola, que apesar de contar com uma estrutura melhor do que na idade média ou no início do século XX, levou 11.310 pessoas a óbito (WHO, 2016).

Mas não só de epidemias e pandemias se resumem as questões de saúde global. Melhorias nas pesquisas médicas e mudanças nos estilos de vida ao redor do mundo alertam a respeito das doenças não contagiosas, que de acordo com a OMS causam cerca de 38 milhões de mortes por ano, 16 milhões de forma prematura, ou seja, antes dos 70 anos (WHO, 2016). Entre as principais causas, encontram-se doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e a diabetes.

Seja tratando de doenças transmissíveis ou não-transmissíveis, os números alarmantes evidenciam a necessidade não apenas de melhores recursos de tratamento, mas também, de prevenção (ASHTON, 1992). Tendo em vista esta deficiência de programas de prevenção de saúde pública e a enorme desigualdade de condições dignas de vida, em 1977 a OMS promoveu a campanha *Health for All by the Year 2000*, defendendo uma vida saudável para todos, apesar das altas taxas de urbanização e crescimento das cidades.

A iniciativa das *Healthy Cities* surgiu em 1987, comandada pela sede europeia da OMS, em parceria com governos locais, e ganhou força com o aumento dos gastos públicos com

¹ “[...] a state of complete physical, social and mental well-being not merely the absence of disease or infirmity”.

serviços de saúde (ASHTON, 1992; KENZER, 1999; WERNA et al., 1999). Sua proposta foi baseada nos princípios da chamada Nova Saúde Pública, aliada a prerrogativas sustentáveis, todavia levando em consideração as peculiaridades de cada sociedade e a necessidade de participação popular, que garanta a longevidade das melhorias implementadas e dos aprendizados gerados.

O programa destaca uma série de fatores que influenciam a saúde, podendo estes estarem a seu favor ou contra. As cidades também são vistas como de dupla tendência, pois em caso de descontrole no crescimento, podem favorecer e muito na disseminação de doenças e na piora na qualidade de vida da população; entretanto, caso haja uma preocupação em implementar um planejamento urbano sustentável, é possível proporcionar um estado de bem-estar coletivo de maneira mais eficiente do que no meio rural (WERNA et al., 1999).

A ideia foi oficializada na Europa, focando inicialmente em 11 cidades², mas logo difundiu-se pelo mundo, podendo hoje se observar várias redes de cooperação de cidades com os fundamentos das *Healthy Cities*, tanto em nível nacional como regional; especialmente entre países da Europa, da América do Norte, do Leste Asiático e Austrália (ASHTON, 1992). Na África, e entre países de governos de estrutura socioeconômica e política mais frágeis, o apoio da OMS como consultora é maior.

Os caminhos a serem seguidos em cada cidade podem ser diferentes, mas algumas necessidades são básicas e ultrapassam barreiras políticas. Esta percepção e a valorização da relação local/global fortifica as propostas das *Healthy Cities*, que passou de um programa regional para estabelecer-se como um movimento global. As expectativas são de manter constantes os princípios do planejamento urbano saudável, mesmo com um futuro fim dos programas oficiais, pois no fundo, busca-se estreitar os laços entre cada indivíduo e a saúde, que reflita a vitalidade e o bem-estar (WERNA et al., 1999).

Apesar do boom do assunto de cidades saudáveis ter ocorrido nos anos 1990 e 2000, o tema permanece de suma importância, especialmente considerando-se que os ensinamentos do programa Europeu não chegaram a impactar as grandes cidades do mundo em desenvolvimento, tidas ainda hoje como um espaço de oportunidades, mas também, de dominação e exploração (FEHR, 1994). Tanto que pela primeira vez desde o século XIX se

² Barcelona, Bloomsbury/Camden, Bremen, Dusseldorf, Horsens, Liverpool, Pécs, Rennes, Sofia, Stockholm e Turku (TSOUROS, 1990).

fala em um decréscimo da expectativa de vida da população mundial (WHITTINGHAM, 2013).

Tendo em vista a importância do conteúdo acima exposto, e um certo abandono ou redução da popularidade do tema saúde pública, em meio a crises econômicas e à tensão de guerras e movimentos de refugiados, buscar-se-á nesta monografia reacender a chama da saúde pública. Como será comentado mais ao longo desta, saúde é um tema global por natureza, e essencial para o desenvolvimento das nações de todo o mundo, e para a resolução de seus problemas econômicos e sociais.

Portanto, o presente trabalho de conclusão de curso busca expor e analisar o projeto *Healthy Cities*, da OMS Europa. Perguntas como – O que é o projeto das *Healthy Cities*? Quais são as suas principais premissas e objetivos? – serão respondidas, apresentando o projeto, sua inserção entre o sistema de Governança Global da Saúde e a formação de redes de cooperação internacional, para a melhoria da saúde pública através da atenção aos fatores que a influenciam.

A saúde global é um caso complexo que demanda uma visão holística para ser de fato compreendida, caráter este que o projeto *Healthy Cities* possui. Assim sendo, a monografia defenderá ainda a saúde como um direito humano, e um aspecto fundamental para que haja avanços em questões de desenvolvimento e segurança internacional. O projeto das *Healthy Cities* é trazido aqui como um exemplo de cooperação em saúde global, que terá sua importância e viabilidade analisadas.

Desta forma, o problema de pesquisa pode ser resumido no seguinte questionamento: No que consiste o programa das *Healthy Cities* e quais são os fatores que contribuíram para transformar este programa regional Europeu em um movimento global?

1.1. Objetivos

Em concordância com o tema de projeto acima descrito, o objetivo geral desta pesquisa é apresentar o projeto das *Healthy Cities*, da sede Europeia da Organização das Nações Unidas (ONU), e seu desenvolvimento de programa regional a movimento global, identificando os

fatores que contribuíram para transformar este programa regional Europeu em um movimento global, e que tornam as *Healthy Cities* um tema ainda globalmente relevante. A busca da resolução do problema de pesquisa será alcançada a partir da apresentação de uma série de objetivos específicos, conforme abaixo:

- Apontar as bases teóricas que sustentam a ocorrência da cooperação, regime internacional e a existência de sistema de governança global da saúde.

- Descrever o sistema de governança global da saúde, sua formação, características e tendências atuais. Identificar o papel da OMS como coordenadora na promoção da saúde global. Levantar novos desafios da governança global da saúde, as diferentes formas de se tratar a saúde global, e a diversidade de atores.

- Explicar a formação do movimento das *Healthy Cities* e sua evolução, como proposta de melhoria dos espaços urbanos e das pessoas que nestes habitam. Elaborar um breve histórico do crescimento da urbanização no mundo, de forma a salientar as principais causas da enorme desigualdade socioeconômica no meio urbano. Tendo um histórico da urbanização global, ressaltar os fatores físicos e sociais que influenciam a saúde no meio urbano, os principais problemas observados no século XXI, e os consequentes princípios elaborados pelo programa para a formação de *Healthy Cities*.

- Apresentar a aplicação do programa em escala global, diferenciando as variadas necessidades e focos de países desenvolvidos e em desenvolvimento, defendendo o conceito de saúde e o esgotamento do modelo médico de saúde pública. Finalmente, enfatizar como é importante realizar uma abordagem holística e interdisciplinar quando se está diante de problemas complexos, como a saúde global.

1.3. Justificativa

Nas relações internacionais, muitas vezes a saúde só é abordada como um problema epidemiológico, em cenários de epidemias, principalmente em Estados de condições de vida precária, ou quando há surtos epidêmicos de ameaça global, como recentemente ocorreu com os vírus do ebola e da zica. Porém, há muito mais na saúde do que surtos esporádicos, pois este

é um elemento fundamental à vida e, portanto, que exige uma preocupação constante, sendo um direito humano, no Brasil assegurado em constituição.

Como será apresentada nesta monografia, a falta de saúde influi entre os resultados de desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade, que, por sua vez, influenciam questões de segurança nacional e internacional. Pode parecer um tema simples, mas é na verdade um tema básico e complexo, de caráter holístico e global, que poucas sociedades trataram com seriedade e conseguiram colocar em prática. Um tema de relevância científica e social, que se esforça em ampliar o entendimento acerca do conceito de saúde, definido essencialmente como qualidade de vida, e não apenas a ausência de doença.

Não apenas entre as relações internacionais, mas também entre as pesquisas de saúde pública e urbanismo, o tema das *Healthy Cities* é pouco tratado no Brasil. O presente trabalho procura minimizar esta carência, divulgando uma concepção que pode em muito beneficiar a sociedade mundial, por certo a população brasileira. O programa das *Healthy Cities* traz um modelo flexível às diferentes condições socioeconômicas e culturais, incentivando a atenção das condições básicas de saúde pública, ou seja, das condições preventivas que influenciam a saúde da população. Ademais, defende abertamente a participação popular, uma necessidade de toda sociedade que se propõe a ser livre, mais justa e sustentável.

1.4. Metodologia

A presente monografia é fruto de uma pesquisa bibliográfica, tendo em vista o conceito de Gil, para o qual uma pesquisa bibliográfica é uma pesquisa “elaborada com base em material já publicado” (2010, p.29), como livros, teses e dissertações. Quanto aos seus objetivos, tal pesquisa classifica-se também como exploratória, pois se propõe a tornar o tema e problema mais explícitos. No entanto, pode-se afirmar que em muitos objetivos coloca-se como explicativa, quando se propõe a identificar fatores que contribuem para a ocorrência da cooperação internacional e do projeto foco deste trabalho, o *Healthy Cities*; enquanto a identificação da relação entre saúde pública e planejamento urbano pode ser vista como características de uma pesquisa descritiva (p.27-8).

Sendo uma pesquisa bibliográfica, artigos publicados em livros ou em revistas disponíveis em meio eletrônico foram utilizados, com foco em informações qualitativas. Para realizar as buscas, foi fundamental o uso de palavras chaves, tais como *healthy cities*, cidades saudáveis, sustentabilidade, desenvolvimento urbano e cooperação internacional, juntamente com o uso de operadores booleanos e da tradução dos termos acima para a língua inglesa.

De forma a garantir o acesso a materiais de qualidade, foram utilizadas bases de dados de periódicos científicos, como a base de periódicos Capes, Scielo, Springer Link e publicações de órgãos da ONU. Foram utilizadas estratégias de leituras apontadas por Gil – leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa – para uma eficiente seleção de informações consistentes e formação de fichamentos, essenciais para a redação do relatório final (2010, p.58-63).

Inicialmente foram apresentadas questões de teorias das relações internacionais, necessárias para a devida compreensão da existência de um sistema de governança global da saúde, bem como da formação do projeto e movimento das *healthy cities*. A revisão literária acerca de regimes internacionais, interdependência complexa, governança global e da teoria do neorrepblicanismo foi crucial para explicar a existência de um sistema de governança global da saúde, da globalização e cooperação internacional, a existência de novos atores não-Estatais, a importância destes para as relações internacionais, as funções de Estados e indivíduos para a manutenção das sociedades, e como a saúde se comporta em meio a todos estes elementos.

Referências a respeito da saúde global formam a segunda parte do trabalho. Para tal, foi definido o significado de saúde da forma como este trabalho a entende, de acordo com o conceito exposto pela ONU. Pretendeu-se então traçar um histórico da saúde pública desde o advento dos processos de urbanização no século XIX, evidenciando assim as relações entre planejamento urbano e saúde pública, ou em muitos casos a falta de ambos. Elementos de direito humanos e de segurança humana contribuíram para a exposição das diferentes formas de se assimilar e alcançar a saúde. Este capítulo foi também responsável por exibir o papel da OMS para a melhoria das condições de saúde no mundo.

Em seguida, o projeto das *Healthy Cities* foi apresentado, tendo seu histórico de formação e evolução então relatados. A bibliografia neste campo é mais recente que entre as teorias anteriormente descritas, e mais difícil de conseguir em meio a publicações nacionais; em sua maioria são de origem europeia, havendo também estudos provenientes da América do Norte

e Austrália. Outros pontos a serem destacados são os fatores físicos e sociais que influenciam a saúde em cidades, os princípios do projeto, e como aplica-los na prática.

Um último capítulo concluiu por indicar quais são as consequências de um projeto europeu para o restante das cidades do mundo. Mostra assim a formação de um movimento global a partir de um projeto de cooperação regional, salientando seus pontos positivos e negativos. Uma breve análise da eficiência e eficácia das *Healthy Cities* foi realizada com bases em pesquisas já existentes e em dados estatísticos da OMS e do Banco Mundial, concluindo assim por responder à pergunta central - no que consiste o programa das *Healthy Cities* e quais são os fatores que contribuíram para transformá-lo em um movimento mundial em prol da saúde global.

Em termos de limitações da monografia, pode-se destacar o tempo restrito e a grande extensão do tema, de forma que a prioridade foi selecionar as fontes mais relevantes dentre as várias pesquisas e relatórios encontrados, tendo sido esta também a sua maior dificuldade.

II. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico possui o papel de fornecer suporte à coleta e análise dos dados, apresentando os conceitos, teorias e modelos que irão sustentar a argumentação do pesquisador. Em meio à história das Relações Internacionais, as teorias de cunho liberal são as que mais visam a paz e o bem estar humano³, se encaixando para a devida compreensão dos processos de cooperação e governança global. Assim, enquanto o Liberalismo econômico tem a liberdade dos mercados como um elo de paz, a teoria da Paz Democrática tem a democracia como o caminho para a paz em meio às sociedades. Nações soberanas centradas no comércio internacional, na democracia e liberdade política possuem mais razões para manter a paz do que a guerra entre si, e conseqüentemente, tendem à cooperação internacional.

A cooperação internacional pode ocorrer no meio político, econômico ou social, e visa a promoção de ganhos entre as nações que cooperam, gerando relações de interdependência. As Organizações Internacionais surgem para institucionalizar a cooperação internacional, a exemplo da Organização das Nações Unidas, criada em 1948 para evitar uma nova guerra mundial, e da Organização Mundial da Saúde, um dos órgãos da ONU, que objetiva o monitoramento e promoção da saúde no mundo. Abaixo seguem alguns destaques das teorias que embasam a monografia aqui apresentada, e conceitos vinculados ao movimento das *Healthy Cities*.

2.1. Teoria Institucionalista e Regimes Internacionais

“Agora estamos adentrando uma nova era. Antigos padrões internacionais estão se desfazendo; slogans antigos não são mais válidos. O mundo se tornou interdependente economicamente, nas comunicações, em aspirações humanas” (KEOHANE; NYE, 2010, p. 03, tradução nossa)⁴.

³ Não significando, entretanto, que tenham sempre obtido sucesso em suas análises e alcançado de fato a paz e o bem-estar humano.

⁴ “Now we are entering a new era. Old international patterns are now crumbling; old slogans are uninstrusive; old solutions are unavailing. The world has become interdependent in economics, in communications, in human aspirations”.

Historicamente, os governos locais têm sido responsáveis pela promoção da saúde de sua própria população. Casos de parceria existiram, mas nunca foram tão dinâmicos como os que ocorrem atualmente, pois os governos lidavam com a saúde como uma condição que poderia ser controlada dentro de suas fronteiras políticas. Mas as mudanças no sistema internacional com o advento da globalização no século XX suscitaram na necessidade de buscar novas abordagens, crescendo assim a cooperação como uma possibilidade de alcançar bens públicos globais (DOGSON; LEE; DRAGER, 2002).

A agenda institucionalista das relações internacionais levanta justamente a possibilidade da cooperação quando esta traz benefícios para os Estados envolvidos, quando há interesses compartilhados (KEOHANE; NYE, 2010). Alguns elementos contribuem para que a cooperação seja duradoura: a existência de uma potência hegemônica, a interdependência entre nações, a formação de regimes internacionais e de organizações internacionais, como ocorreu em 1948, com a criação da ONU, e em prol da saúde global, da OMS (DOGSON; LEE; DRAGER, 2002). Estes contribuem para que seja reduzida a desconfiança, a incerteza e a inevitabilidade da guerra, tornando o sistema internacional, um ambiente anárquico e de baixa previsibilidade, mais estável.

Alguns conceitos merecem ser esclarecidos. A interdependência refere-se à dependência mútua, não significando, porém, que os benefícios sejam necessariamente simétricos. Estas relações de interdependência acabam por influir sobre a política mundial e o comportamento dos Estados, mas também são por estes influenciadas (KEOHANE; NYE, 2010). Vale ainda ressaltar que dois são os ditos objetivos comuns entre nações, o de alcançar a paz e de assegurar o bem-estar da sua população, garantindo os meios necessários para tal, como a manutenção da saúde pública e de educação de qualidade.

A cooperação é boa e necessária ao bom andamento das relações internacionais, mas há um preço a ser pago. Argumenta-se sobre a perda parcial de poder Estatal, que ainda é soberano em essência, mas que pode vir a ser limitado com as relações de cooperação. A arquitetura anárquica do sistema internacional garante a complexidade nas relações entre os Estados, juntamente com assimetria dos benefícios gerados entre as relações de interdependência (KEOHANE; NYE, 2010).

Muito ligado à ideia de interdependência está a de regimes internacionais. “Regimes internacionais são definidos como princípios, normas, regras, e processos de tomada de decisão

em torno dos quais as expectativas dos atores convergem em uma determinada área” (KRASNER, 1983, p. 01, tradução nossa)⁵. Fatores definidos pelos atores na medida em que estabelecem consensos, formalizam tratados e convenções, e compartilham valores comuns. Podem ainda ser entendidos como causas e consequências da interdependência complexa, regulando comportamentos e controlando seus efeitos. Por lidarem com costumes e identidades, possuem uma boa estabilidade e, portanto, não devem ser adotados com base em interesses particulares e de curto prazo.

2.2. Teoria Neorrepública

Algumas visões acerca da cooperação internacional se modificam sob a ótica da teoria neorrepública, para a qual os Estados permanecem sendo os principais atores no cenário internacional, não perdendo poder e soberania quando participam de acordos de cooperação. Na verdade, as instituições internacionais apenas reforçam o papel do Estado, pois dependem destes e dos indivíduos para serem formadas e evoluírem.

Os ideais neorrepúblicanos baseiam-se na máxima da liberdade individual, entendida como não-dominação ao invés de não-interferência – ou liberdade negativa, como ocorre entre liberais. Esta compreensão do neorrepúblicanismo visa uma liberdade individual que só é possível se for constituída e institucionalizada coletivamente, pelo controle do bem público (BRUGGER, 1999). Neste sentido, a atividade política por parte dos cidadãos é passo crucial na construção da liberdade ou não-dominação (BELLAMY, 2000).

Não-dominação é entendida como forma de evitar a subordinação e vulnerabilidade, ao invés do medo liberal da contenção individual, e não depende do nível de não interferência, mas sim da existência de proteções institucionais contra a interferência arbitrária (BRUGGER, 1999). Assim, os neorrepúblicanos afirmam que um governo regido por leis não-arbitrárias favorece a liberdade, em contraste com a visão liberal de que a lei restringe a liberdade e deve, portanto, ser mínima como o Estado. Consequentemente, a intervenção Estatal não é necessariamente ruim, sendo o “Estado o local de governança voltado diretamente para a

⁵ “International regimes are defined as principles, norms, rules, and decision-making procedures around which actor expectations converge in a given issue-area”.

expressão do bem público e da construção da liberdade” (SLAUGHTER, 2003, p.25, tradução nossa)⁶.

Decretar a não dominação na prática requer uma república, tipo de Estado que é definido pelo princípio do autogoverno soberano não imperialista, publicamente controlada e focada em um bem comum ou público (SKINNER, 1992). No caso de se ter um Estado que não interfira a favor da liberdade individual, esta pode acabar comprometida, com a dominação por parte de atores privados. Isto posto, a questão que surge é como se pode alcançar na ordem internacional e interna às nações, a possibilidade legal de contestação de todas as formas de poder, sejam estas públicas ou privadas, para assegurar que decisões públicas reflitam bens públicos e não interesses particulares.

Ao invés de ser um fim para a vida política, o neorrepublicanismo entende a participação política como uma parte crucial da promoção do bem público, com destaque para a liberdade; esta participação envolve não apenas a escolha de representantes, mas também, a constante vigilância das decisões do governo, para que venham a ser sempre tomadas com base nos bens públicos (PETTIT, 1999). Para Pettit, esta seria a ideia da democracia contestatória, na qual as pessoas têm tanto direitos autorais - escolha dos representantes - e poderes editoriais - vigilância - em relação às decisões do governo.

Sendo um bem igualitário e comunitário, a não-dominação só pode ser aproveitada por uns caso seja disponível a todos e possua uma colaboração ativa em prol de sua existência. Portanto, as liberdades individuais são apenas possíveis quando institucionalizadas coletivamente, razão pela qual a liberdade requer um regime democrático e constitucional, e uma sociedade de cidadãos responsáveis, patriotas e engajados politicamente (BELLAMY, 2000; PETTIT, 1999). O termo patriota não se refere ao nacionalismo, e sim à confiança - controlada - sobre o Estado, controle este garantido pela dispersão do poder Estatal entre seus diferentes órgãos institucionais, e pela prática virtuosa da cidadania (SLAUGHTER, 2003).

O poder é tratado de forma diferente dos realistas: a segurança internacional é vista além das questões militares, considerando também a segurança pessoal e outras ameaças às liberdades individuais. Aspectos domésticos do poder são tomados como relevantes, e as instituições internacionais são valorizadas para a manutenção da segurança internacional.

⁶ “the state [is] the location of governance aimed directly at the expression of the public good and the construction of liberty”.

Outra divergência para com a teoria clássica realista é o entendimento da necessidade de cooperação internacional e do poder Estatal nestes esquemas.

"Assim como Pettit acredita que a soberania republicana não é rígida nem sagrada, reconhece a possibilidade das ações para não-dominação serem auxiliadas por instituições internacionais criadas pela delegação do poder Estatal" (SLAUGHTER, 2003, p. 18, tradução nossa)⁷.

Logo, no caso de os Estados não conseguirem gerenciar adequadamente questões que influenciam as liberdades individuais, a exemplo da promoção de questões transfronteiriças, como a governança ambiental, governança da saúde e a economia internacional, podem então contar com a governança global para reduzir os efeitos da dominação. Governança que também é recomendada por promover benefícios de longo-prazo, observados sob os mesmos termos de não-dominação, facilitando a ocorrência da cooperação e auxiliando os Estados a abordarem garantias de segurança humana, que incluem medidas que visam, por exemplo, garantir o acesso do indivíduo à alimentação, recursos de saúde e proteção ambiental.

Enquanto o neorrepublicanismo é preocupado com o controle do poder pelo Estado, na política mundial não existe nem um Estado global, e de acordo com Slaughter, nem a probabilidade de tal Estado se desenvolver num futuro próximo (2003). Enquanto neorrepublicanos são duvidosos sobre a potencial existência de um estado mundial bem como a probabilidade de estabelecer uma liberdade cívica universal, teóricos como Pettit e Bellamy afirmam que o Estado neorrepublicano mundial só seria possível dentro de uma associação mais ampla de Estados neorrepublicanos, semelhante à União Europeia (Pettit, 1999; Bellamy, 2000).

A governança global assim proposta pelo neorrepublicanismo de Pettit estaria destinada a proteger a liberdade cívica e ações Estatais em prol do bem público de cada sociedade, através do encorajamento da cooperação e institucionalização multinacional (Pettit, 1999). Considerando-se que a virtude do indivíduo pode falhar e que a ambição e interesse próprio são partes da vida em sociedade, a governança global seria extremamente importante para assegurar o desenvolvimento de sociedades justas, a promoção da paz e a segurança através do Estado de direito, do direito internacional e da diplomacia preventiva. Contaria, além disso,

⁷ "As such Pettit believes republican sovereignty is not rigid or 'sacred', thereby recognising the possibility that the enactment of non-domination could be assisted by international institutions set up by the delegation of state authority".

com uma paz democrática republicana semelhante à ideia de paz democrática liberal (Onuf, 1998).

Pettit desenvolve uma análise sobre a ética neorrepublicana global, defendendo que aqueles inspirados pela ética neorrepublicana percebem a dominação dos outros além das fronteiras de um Estado como causa de real preocupação moral e política (Pettit, 1999). Essa preocupação também justifica o desenvolvimento de instituições domésticas e internacionais que são projetadas para moderar ou eliminar várias formas de dominação. Isto é porque a afirmação da ética neorrepublicana de não-dominação é universal, mesmo que os meios políticos pelos quais esse universalismo é alcançado não seja.

2.3. Cooperação Internacional e Governança Global da Saúde

Até os anos 1990, o mundo contava com um regime de Governança Internacional da Saúde, no qual os Estados eram responsáveis pela manutenção da saúde em seu território, e pensavam ser capazes de controlá-la por conta própria em suas fronteiras. A OMS acompanhava as condições gerais de saúde pelo mundo, realizando relatórios através das Regulamentações Internacionais da Saúde, mas promovia poucas ações coordenadas, com um número limitado de atores, na erradicação de doenças contagiosas, como a pólio (NG; RUGER, 2011).

A palavra governança se refere aos sistemas e processos que influenciam sobre determinado assunto, devendo haver um senso de bem final a ser alcançado por parte dos diferentes atores envolvidos. Muitos podem confundir com governo, mas na verdade, governo é uma forma de governança institucionalizada, com regras e meios de ação formais. No âmbito da saúde global, a Governança Global da Saúde engloba os sistemas, processos e organizações que se referem exclusivamente à saúde global, um misto de agências e organizações envolvidas em diferentes graus de interesse, e diferentes graus de poder e influência, em busca da promoção da saúde global como um bem público (DODGSON et al, 2002).

Se para um governo a governança é uma ação bem fundamentada, com uma autoridade reconhecida, no meio anárquico do Sistema Internacional esta noção é mais complexa. Há certo consenso de que a Organização Mundial da Saúde é o órgão central de gestão da saúde global,

mas a mesma não possui um controle completo, seja da parte da gestão de ações em prol da saúde, gestão financeira destas ações, e muito menos um poder coercitivo e punitivo. Em teoria, a governança global pode ser compreendida como a interação de diferentes forças de regimes internacionais e transnacionais, ou ainda, a soma dos vários sistemas de governança, que estão naturalmente interligados no Sistema Internacional, não chegando a alcançar, no entanto, uma ideia de governo global ou supranacional (LEE; KAMRADT-SCOTT, 2014).

O avanço da globalização, a crescente interdependência econômica e a intensa movimentação de pessoas entre os países geraram maior preocupação a respeito da saúde global. Doenças não respeitam fronteiras, e um surto contagioso em determinado local pode hoje facilmente tomar proporções globais, assim como hábitos de saúde duvidosos podem ser mais facilmente exportados à comunidade internacional. Este foi o contexto no qual observou-se uma passagem de Governança Internacional da Saúde para Governança Global da Saúde (LEE; KAMRADT-SCOTT, 2014). Estados e a ONU permanecem tendo grande destaque em matéria de responsabilidade acerca da saúde, mas atualmente dividem o cargo com outros influenciadores da saúde global, conforme apresentadas no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1: Exemplos de Atores da Governança Global da Saúde

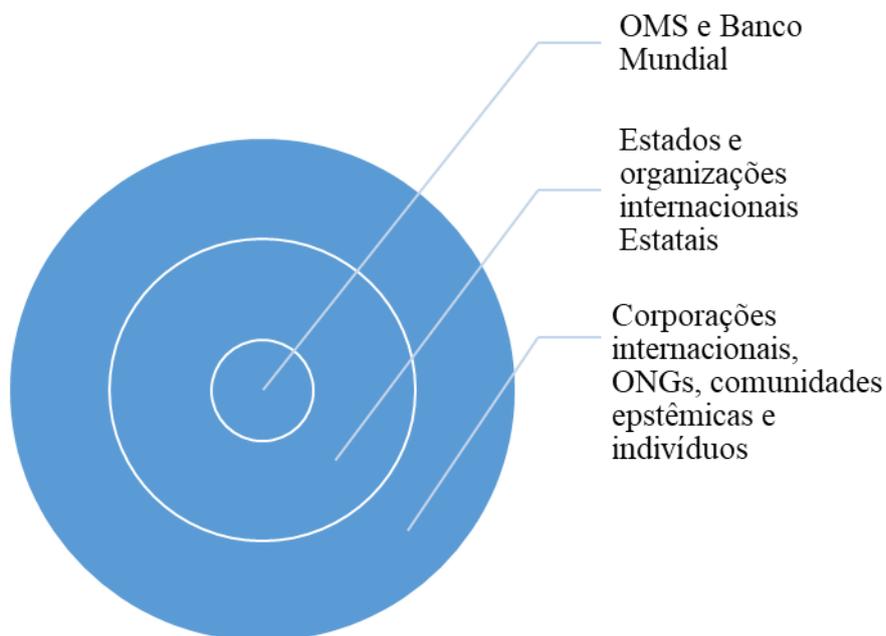
Estados	Maiores doadores: EUA, Reino Unido, França, Alemanha, Japão, Canadá, Noruega, Suécia e Holanda.
Organizações Multilaterais	ONU, OMS, Organização Mundial do Comércio (OMC), <i>The United Nations Children's Fund</i> (UNICEF), ONU-Mulher, <i>The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS</i> (UNAIDS), o Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento (PNUD), Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização Internacional do Trabalho (OIT), bancos regionais de desenvolvimento, os Grupos G8/G20, União Europeia.
ONGs	<i>Save the Children</i> , Médicos sem Fronteiras, <i>Rotary International</i> , Cruz Vermelha, <i>Carter Center</i> .
Fundações Filantrópicas	<i>Bill and Melinda Gates Foundation</i> , <i>The Rockefeller Foundation</i> , <i>Edna McConnell Clark Foundation</i> , <i>Clinton Foundation</i> , <i>Bloomberg Initiative</i> .

Indústria	Companhias farmacêuticas (Merck, Pfizer, GlaxoSmithKline, Aventi Pasteur), companhias de tabaco (Philip Morris, Japan Tobacco), companhias alimentícias, Exxon Mobil, DuPont.
------------------	---

Fonte: Ng e Ruger, 2011, p. 19, tradução nossa.

Assim, a Governança Global da Saúde deixa de ser um regime hierárquico, mostrando-se mais confuso com o surgimento de novos atores, novos interesses e preocupações. Com tantos atores que influenciam as condições globais de saúde, a responsabilidade de manutenção e promoção da saúde ficou muito mais incerta, uma vez que falta a definição de uma estrutura clara e bem definida, incluindo o delineamento do papel de cada ator (DODGSON; LEE; DRAGER, 2002). Na verdade, há uma certa divergência quanto ao sistema operacional do regime, tendo alguns pesquisadores defendido que não há uma arquitetura da saúde global, enquanto outros entendem que a governança pode ser caracterizada por uma estrutura de três círculos concêntricos (vide Gráfico 1).

Figura 1: Arquitetura da Governança Global da Saúde



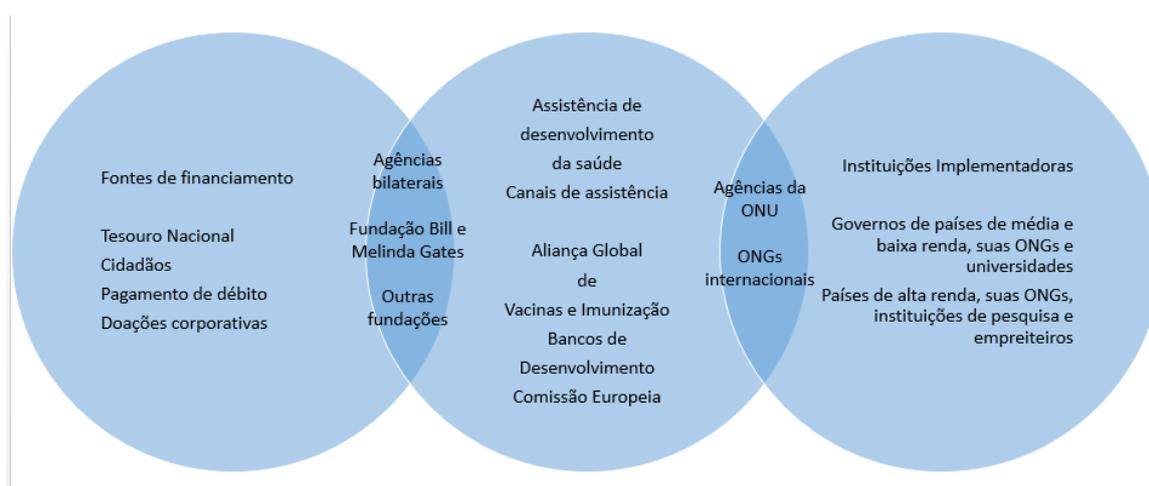
Fonte: Dodgson et al, 2002, tradução nossa.

O sistema da saúde global estaria assim refém das competições e prioridades de cada ator, em meio ao descontrole sobre as responsabilidades de financiamento, resultando em certo caos operacional. “Os Estados permanecem vitais porque decidem o que será negociado

internacionalmente e implementado internamente, e porque os Estados membros financiam e suportam organizações como a ONU e a OMS” (NG; RUGER, 2011, p. 3, tradução nossa)⁸. Estados ricos e poderosos são mais influentes, e defendem suas indústrias, com destaque para a farmacêutica, alimentícia e do tabaco. Mas o regime permanece em transformação, com o crescimento constante das indústrias citadas acima, que em muito influem sobre a saúde global, assim como de organizações filantrópicas, como o Instituto Bill e Melinda Gates, que movimentam anualmente valores acima aos de muitos países.

Alguns observadores sugerem que a Governança Global da Saúde deveria passar por um processo de reterritorialização, em grande parte pela ineficiência e ineficácia da OMS como coordenadora do sistema. Falta um plano global para a saúde, de forma que acontecem competições de interesses e objetivos duplicados até mesmo entre órgãos e projetos da ONU, apresentados no Gráfico 2 (DODGSON; LEE; DRAGER, 2002). Ainda, a OMS é vulnerável à influência bilateral e pressão política, não possui poder impositivo e punitivo, e está muito focada em questões técnicas e burocráticas, resultando em pouca ação e baixo engajamento social. Mas talvez sua principal carência esteja na falta de coordenação do seu financiamento, perdendo autonomia, a partir do momento em que as doações são eletivas e seletivas, destinadas aos interesses de cada ator (RUGER; YACH, 2008).

Figura 2: Sobreposição de Papeis dos Atores de Saúde Global



Fonte: Ng e Ruger, 2011, p. 18, tradução nossa.

⁸ “States continue to be vital because they decide what is negotiated internationally and implemented domestically, and because member states fund and support organizations like WHO”.

Apesar destes entraves, a OMS permanece sendo vista como líder mundial na área, sendo o único ator a combinar poderes necessários de mandato institucional, autoridade legal e conhecimento especializado em saúde pública. Para avançar no controle e promoção da saúde, deve buscar depender em menor escala dos Estados, em especial de seu financiamento, gerando maior força econômica e política, através da concessão de poderes de execução e persuasão, de mandato mais forte e não apenas sugestivo. Deve-se tornar mais um fórum neutro do que um espaço de acordos bilaterais, talvez com moldes mais semelhantes à OMC, que influencia na saúde ao advogar importantes mercados que impactam a saúde (NG; RUGER, 2011). A OMC regula também questões fitossanitárias, técnicas e ambientais, contando com poder de retaliação aos Estados que descumprem as regras acordadas.

Em meio aos problemas de falta de recursos financeiros para a execução de programas de saúde pública, o Banco Mundial aparece como uma das fontes mais utilizadas por países em desenvolvimento. A instituição reconhece o papel da saúde para o desenvolvimento socioeconômico, fornecendo auxílio técnico e recursos a baixos juros para o fortalecimento de sistemas de saúde nacionais. É alvo de críticas quanto aos seus pareceres, tendências políticas e seu foco na performance, ao invés de na avaliação de resultados (RUGER; YACH, 2008). No final, em meio a tantos atores e interesses, é difícil estabelecer prioridades e certo consenso. Grupos menores, como o G8 e o G20, que englobam as 8 e 20 maiores economias do mundo, respectivamente, são mais fáceis de gerir, sendo menos burocráticos e mais flexíveis; mas também podem ser mais tendenciosos, além de não possuírem caráter de instituição, de lei.

Muitos dos maiores avanços foram feitos ou tiveram a participação de ONGs, atores que possuem maior flexibilidade organizacional, grande acesso a comunidades e fortalecimento do exercício democrático, dando voz às necessidades da sociedade civil. Novamente, estas organizações podem sofrer influência de quem as financiam, podendo também serem prejudicadas por ideologias, impedindo a provisão das intervenções necessárias (NG E RUGER, 2011). Entre as mais antigas e ativas organizações ligadas à saúde destacam-se a Cruz Vermelha, desde 1863 ajudando pessoas afetadas por conflitos e violências armadas, e o Médicos sem Fronteiras, que promove auxílio médico a vítimas de guerra e grandes desastres naturais desde 1971. Devido ao caráter interdependente entre a saúde e as condições do meio, ONGs de outras áreas também contribuem para a saúde global ao defender o meio ambiente, como a WWF (Fundo Mundial para a Natureza, fundada em 1961) e o Greenpeace (traduzindo ao pé da letra, A Paz Verde, fundada em 1971).

Uma forma de aproximar a sociedade civil do setor público e privado que vem crescendo atualmente são as Parcerias Público-Privadas, que objetivam corrigir falhas do mercado (DODGSON; LEE; DRAGER, 2002). Ao se apropriarem das melhores características e práticas de cada ator envolvido nesta forma de cooperação, podem trazer soluções eficientes, como parcerias entre governos, Organizações Internacionais e empresas privadas para o desenvolvimento de vacinas e medicamentos, agilizando seus processos e reduzindo seus custos. Estudiosos questionam os interesses e ganhos do setor privado na cooperação com o setor público, mas apesar disto, muitos são os casos de sucesso. Uma das maiores realizações em saúde global foi a erradicação da varíola em 1980, 13 anos após a implementação do programa comandado pela ONU, em parceria com governos locais e a indústria farmacêutica (NG; RUGER, 2011).

“Diferentes tipos de atores podem oferecer diferentes elementos para um bom desempenho em saúde global, como o financiamento adequado e sustentado, liderança e compromisso político, consenso técnico, inovação e expertise em gestão e logística. Os obstáculos e agendas concorrentes, requisitos conflitantes e disputas podem ser superados se parceiros com interesses alinhados e habilidades complementares puderem desenvolver confiança mútua, concordar com metas, medidas e estratégias, e operar dentro de uma estrutura colaborativa apropriada” (NG; RUGER, 2011, p. 7, tradução nossa)⁹.

Atualmente, o programa da ONU Objetivos de Desenvolvimento Sustentável fornece uma base para a cooperação pela saúde global. A chamada agenda pós-2015 traz um conjunto de 169 metas distribuídas ao longo de 17 objetivos, a serem alcançados até 2030, dando sequência ao legado dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e dando continuidade às metas não concluídas (NG; RUGER, 2011). Pode-se dizer que de forma direta ou indireta, a saúde está presente em todos os objetivos, como um pré-requisito ou consequência destes, evidenciando a interdisciplinaridade do tema, que exige uma visão holística para a real compreensão e resolução de problemas; assim como possibilita que a saúde seja tratada em diferentes esferas e perspectivas, como uma questão de segurança internacional, de direitos humanos e de bens públicos globais (LEE; KAMRADT-SCOTT, 2014).

⁹ “Different types of actors can offer different elements necessary for good global health performance, such as adequate and sustained funding, political leadership and commitment, technical consensus and innovation, and managerial and logistical expertise”.

III. SAÚDE GLOBAL

Para começar a falar sobre saúde pública é importante lembrar que falar de saúde não é falar de doença. Parece simples, mas até hoje a maior parte das campanhas de saúde pública por todo o mundo envolve investimentos na construção de hospitais, em pesquisas para o tratamento de doenças, e não na promoção da saúde de caráter preventivo (ASHTON, 1992). O conceito de saúde, como defendido pela OMS, aproxima-se muito à noção de bem-estar, de qualidade de vida. Em 1948, ano de sua fundação, definiu o significado de saúde, como apresentado no trecho da revisão de sua Constituição abaixo.

“Saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença e enfermidade. O aproveitamento (gozo) do mais alto padrão possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social” (WHO, 2006, p. 1, tradução nossa)¹⁰.

Em *Building Healthy Cities*, Lawrence define este bem como uma

“Condição ou estado dos seres humanos resultante de inter-relações entre o homem e os ambientes biológico, químico, econômico, físico e social. Todos estes componentes do ambiente urbano devem ser compatíveis com as necessidades básicas do homem e de suas atividades plenas” (2005, p. 481, tradução nossa)¹¹.

Em inglês, a palavra *health* provém de uma do inglês antigo ‘hal’, que significa todo, pleno; mais uma amostra da multiplicidade de fatores que influem sobre a saúde e o quanto a mesma é complexa. No campo da saúde pública, é entendida como a capacidade ou habilidade do indivíduo em alcançar seus potenciais e responder positivamente aos desafios da vida. Portanto, a saúde é um bem, um elemento ou recurso para o dia a dia, não devendo ser simplesmente um objetivo de vida (LAWRENCE, 2005).

3.1. Diferentes Abordagens da Saúde Global

¹⁰ “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition”.

¹¹ “condition or state of human beings resulting from the interrelations between humans and their biological, chemical, economic, physical and social environment. All these components of urban environments should be compatible with basic human needs and full functional activity including biological reproduction over a long period”.

Em sua constituição, a OMS destaca a saúde de todos os povos como “fundamental para alcançar a paz e segurança”, dependendo “da cooperação mais plena de indivíduos e Estados” (WHO, 2006, p. 1, tradução nossa)¹². A saúde é um pré-requisito para que se tenha um mundo próspero e harmonioso, de paz, de respeito aos direitos humanos, de justiça e desenvolvimento. Para defender a saúde, diferentes abordagens foram criadas, possibilitando a defesa da saúde em diferentes arenas. Destaca-se aqui a saúde como elemento da Segurança Internacional, da Segurança Humana, dos Direitos Humanos, e como um bem público global.

Compreender a saúde sob a ótica da Segurança Internacional engloba a defesa das fronteiras Estatais contra doenças infecciosas e armas bioquímicas. Apesar de segurança ser um tema de suma importância das Relações Internacionais, por referir-se à própria sobrevivência Estatal, pouca articulação, ocorre em prol de doenças não-transmissíveis e determinantes socioeconômicos da saúde. O foco se mantém sobre políticas de monitoramento de doenças e controle de epidemias, havendo enorme preocupação quanto às doenças que possam prejudicar a economia e inviabilizar o comércio internacional, embora seja crescente o reconhecimento de que muitos são os fatores que influenciam a saúde, incluindo a qualidade do meio ambiente (BUSE et al, 2009).

Muitos argumentam que as políticas são voltadas para a proteção dos Estados desenvolvidos, inclinação esta que prejudica a autoridade moral da ONU como líder, reduzindo a vontade e determinação de cooperar por parte de nações mais pobres. Ainda sobre países em desenvolvimento, é importante destacar que muitos são os que tentam esconder problemas de saúde ligados ao seu subdesenvolvimento, mesmo contra leis internacionais, pois temem a diminuição de prestígio no meio internacional, assim como temem os impactos negativos que epidemias podem gerar para a sua economia, seja no comércio internacional, turismo, aumento do preço de medicamentos e gastos públicos com tratamentos (NG; RUGER, 2011).

Conseqüentemente, ao tratar da saúde com visões neorrealistas ou neoliberais, a mesma perde seu caráter humanitário, além de ser insuficiente em assegurar as liberdades civis e a participação democrática. O lado positivo de tratar a saúde pública como questão de segurança internacional está no aumento da atenção aos seus problemas, e maiores recursos destinados, em meio doméstico e internacional. Há um lado, no entanto, que parece passar despercebido

¹² “The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest cooperation of individuals and States”.

na segurança, que é a possibilidade de conflitos, resultantes das insatisfações populares e falta de perspectivas de melhorias de vida.

A saúde perde status quando de segurança internacional tradicional passa a ser vista como questão de segurança humana, ou seja, questões centradas na vida humana, como a economia, alimentação, meio ambiente, política e cultura; centradas nos valores humanos e visões éticas de equidade e justiça social (KICKBUSCH; GLEICHER, 2014). Neste esquema, a saúde ocupa papel central, estando conectada à provisão de todos os demais fatores e sendo universalmente valorizada. Infelizmente, a falta de uma definição clara deixa este conceito vago e muito abrangente, dificultando a seriedade e objetividade com a qual é tratado.

A perspectiva da saúde como um direito humano muda a provisão da saúde de uma posição de caridade, compaixão, ou interesse econômico, para uma de direito global, garantindo maior moral ao tema, e uma valorização de ações para o seu alcance. Como em segurança humana, a saúde é entendida como fundamental, uma vez que é condição essencial para que haja o respeito aos demais direitos universais. Apesar da dificuldade de comprovação numérica, a saúde também é compreendida como uma consequência da prática dos demais direitos humanos. E assim como em meio à segurança humana, ainda falta maior seriedade nas ações de garantia deste direito (NG; RUGER, 2011).

Tratar da saúde como um bem público global expande a importância da saúde para além das fronteiras nacionais. Bens públicos são não-excludentes e não-rivais, ou seja, o consumo destes bens por uma pessoa não impede o consumo por parte de outros. Pelo contrário, seu consumo fica mais garantido à medida que mais pessoas têm acesso ao bem (ESTEVADEORDAL; GOODMAN, 2017). Esta ideia fica evidente quando observada a dinâmica das doenças infectocontagiosas: por mais que uma pessoa se proteja, ela estará passível de adoecer quanto maior for sua exposição a pessoas contaminadas, pois carregam consigo o causador da doença, seja este um vírus, uma bactéria, ou demais ser parasitário.

Entre as atividades que promovem bens globais de saúde podem ser citadas o controle de doenças comunicáveis, a erradicação de doenças, exigências de vacinação, disseminação de pesquisas, conhecimento e de boas práticas, regras e padrões determinados. A ótica da saúde como um bem público global busca assim a cooperação internacional para a saúde global, nos variados níveis e esferas do sistema internacional, a partir do momento em que todos são responsáveis pelos direitos e deveres que advêm da saúde pública (NG; RUGER, 2011).

Dois princípios apresentados na Constituição da OMS revelam o caráter da saúde como um bem público global:

“A realização de qualquer Estado na promoção e proteção da saúde é de valor para todos. O desenvolvimento desigual em diferentes países na promoção da saúde e controle de doenças, especialmente doenças transmissíveis, representa um perigo comum” (WHO, 2006, p. 1, tradução nossa)¹³.

Assim, a ênfase desta perspectiva está nos benefícios mútuos da cooperação entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, ao invés de ações de auxílio de países desenvolvidos a países em desenvolvimento. Entretanto, sua característica não-excludente possui um ponto fraco, um lado negativo, que é o baixo incentivo para a promoção do bem, na medida em que pode-se simplesmente aproveitar os resultados positivos de atividades alheias; iniciativa esta de aproveitamento de benefícios externos que é conhecida nas Relações Internacionais como *free rider* (ESTEVADEORDAL; GOODMAN, 2017). Falta, portanto, um bom entendimento de como estabelecer prioridades e de como proceder.

3.2. Principais Desafios Enfrentados pela Governança Global da Saúde

A falta de coordenação entre atores, seus objetivos, normas e atividades, corresponde a um dos principais problemas enfrentados pela Governança Global da Saúde. Pode-se também destacar a ausência de planos nacionais de saúde pública em muitos Estados de todo mundo, a falta de comprometimento, especialmente com prevenção, e visões de longo prazo como desafios ainda a serem enfrentados. Entre outros obstáculos a serem superados (KICKBUSCH; GLEICHER, 2014) incluem:

- O entendimento global de que investir em saúde é uma tarefa de longo prazo, que deverá estar sempre presente, pois a partir do momento em que são alcançados padrões de saúde pública considerados ideais, os esforços por melhorias devem permanecer, para que haja a manutenção deste bem;

¹³ “The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all. Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease, especially communicable disease, is a common danger”.

- A consciência de que a saúde é um bem fundamental para o desenvolvimento socioeconômico, e de que as condições de saúde de cada pessoa influenciam e são influenciadas por uma série de outros fatores, conhecidos como determinantes socioeconômicos da saúde;
- A participação da sociedade de projetos de ajuda à promoção da saúde local, porque é a participação popular que pode garantir que as boas práticas continuem vigentes, mesmo que haja o cumprimento das metas, a extinção do programa ou uma troca de governos.

A observação holística da saúde também vem sendo valorizada com a defesa de que a saúde é um bem multi-setorial, que não se sustenta isoladamente por atendimentos médicos, por exemplo, especialmente no presente mundo globalizado. Em *Global Health Governance at a Crossroads*, Ng e Ruger destacam a característica multisetorial e multidisciplinar da saúde, através da análise da relação entre saúde e comércio. Ao mesmo tempo em que

“[...] a globalização econômica e a liberalização do comércio são forças motrizes para uma crise de saúde global, com implicações em questões como doenças não-transmissíveis e acesso a medicamentos e serviços de saúde, [...] também estão ligadas ao crescimento econômico, que é necessário para o desenvolvimento e sustentabilidade dos sistemas de saúde” (NG E RUGER, 2011, p. 12, tradução nossa)¹⁴.

O comércio e suas regulamentações influem sobre o acesso e precificação de medicamentos e serviços de saúde. Protegidos pelas leis de propriedade intelectual, a indústria farmacêutica controla fórmulas, e conseqüentemente, os preços de medicamentos, pesquisas de desenvolvimento de novas tecnologias e estabelece a prioridade de doenças sobre as quais pesquisar. Estando estas empresas centradas nos países desenvolvidos, muitas vezes os valores de medicamentos chegam altos aos países em desenvolvimento para que a população a estes tenha acesso; e muitas doenças que afligem majoritariamente a população destes países acabam negligenciadas caso os benefícios financeiros da produção e comercialização de novas vacinas e medicamentos sejam considerados insuficientes para que haja investimentos (BUSE et al, 2009).

Em contrapartida, as empresas farmacêuticas argumentam que apesar dos preços serem considerados altos, alguns medicamentos já são sim subsidiados em países em desenvolvimento, através do lucro obtido com a venda a países desenvolvidos; que as doenças

¹⁴ “Researchers recognize that economic globalization and trade liberalization are driving forces for a globalized health crisis, with implications for issues like non-communicable diseases and access to drugs and health services; yet globalization and trade also link to economic growth, which is necessary for health systems development and sustainability”.

mais recorrentes em países em desenvolvimento não possuem medicamentos patenteados, tendo assim disponibilidade de medicamentos genéricos; e que, na verdade, o problema de acesso a medicamentos entre populações mais carentes não é culpa do ‘Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio’ (TRIPs) e sim um resultado da falta de fornecimento de medicamentos essenciais por parte dos Estados.

Para ser justo, deve-se deixar claro que, apesar de significativa, a ganância por si só não é o único fator que faz com que o comércio internacional seja mais valorizado e priorizado do que a saúde global. As estruturas da governança global da saúde e do comércio são diferentes entre si, estando a Organização Mundial do Comércio, por exemplo, muito mais fortalecida do que a Organização Mundial da Saúde, que, por sua vez, não oferece tantas vantagens para a participação ativa dos Estados, ao não possuir poderes legislativo ou judiciário como a OMC o faz, com regras claras e ações punitivas previstas caso as mesmas sejam descumpridas. Não que a OMC seja uma organização perfeita, mas acaba tendo um poder de coordenação central na sua área, recebendo maior atenção dos Estados do que em meio à OMS.

Outras preocupações da relação entre saúde pública e comércio internacional incluem a inclinação à privatização de serviços de saúde; o chamado *brain drain problem*, ou seja, a tendência de perda dos melhores profissionais de saúde dos países em desenvolvimento para os desenvolvidos, uma migração em busca de melhores oportunidades de crescimento profissional e de melhor qualidade de vida; e a globalização de dietas não saudáveis e de estilos de vida sedentários, o que inclui aspectos comportamentais, mas também pela comercialização de alimentos prejudiciais à saúde, atrelados ao aumento da incidência de doenças não-contagiosas (NG; RUGER, 2011).

Populações mais vulneráveis devem ser ainda mais protegidas pelos seus Estados. Muito se fala em crescentes desigualdades socioeconômicas globais, mas muito mais do que almejar igualdade entre pessoas e povos de diferentes histórias e condições de vida, é essencial buscar o oferecimento de um mínimo de bem estar, de equidade da saúde, condições justas para que a falta de padrões mínimos de saúde não venha a ser um entrave no desenvolvimento do ser humano e da comunidade em que habita (HILL et al, 2014).

Buscar solucionar os problemas de saúde, e não apenas amenizar seus sintomas, é possivelmente o maior desafio enfrentado pela Governança Global da Saúde, principalmente em meio a países em desenvolvimento, onde é muito comum ver os governos focados em ações

imediatistas, que deem resultado rápido para convencer a população de que se está realizando políticas públicas de qualidade, de que se é justo e eficiente. Ainda mais em uma era em que todos estão acostumados a terem informações, produtos, transportes e outros serviços quase que instantaneamente. Por mais que o mundo e tecnologias tenham evoluído, problemas complexos ainda demandam tempo para serem de fato superados. Esta busca é defendida pelo projeto das *Healthy Cities*.

3.3. Globalização e Inequidades da Saúde Global

“Há o suficiente de tudo para todos ... Nós inventamos a pobreza, podemos inventar equidade” (FEHR, 1994, p. 273, tradução nossa)¹⁵.

Globalização é um termo que corresponde à aproximação de atores do sistema internacional, caracterizado principalmente pelo aumento do comércio internacional e de transações financeiras, mas também pela fácil locomoção de pessoas pelos Estados e melhor conexão, através dos meios de comunicação. De acordo com Labonté e Schrecker,

“um processo de maior integração na economia mundial por meio de movimentos de bens e serviços, capital, tecnologia e (em menor escala) trabalho, que conduz cada vez mais a decisões econômicas sendo influenciadas pelas condições globais” (2007, p. 03, tradução nossa)¹⁶.

Além dos avanços tecnológicos e de informática, a globalização carrega consigo algumas características que muitos associam ao neoliberalismo, a exemplo da liberalização econômica, privatizações, competição de mercado e a busca pela eficiência.

O impacto da globalização na saúde global, na urbanização e no meio ambiente é controverso (CHP, 2009). Temos, por um lado, o aumento do risco de epidemias e pandemias com a intensa migração e comércio exterior, e a propensão à doenças não-contagiosas através do crescimento econômico, de investimentos internacionais e da urbanização, fatores que favorecem a propagação de estilos de vida sedentários e de alimentações pouco saudáveis (BUSE et al, 2009).

¹⁵ "There is enough of everything for everyone... We invented poverty, we can invent equity".

¹⁶ “[...] a process of greater integration within the world economy through movements of goods and services, capital, technology and (to a lesser extent) labour, which lead increasingly to economic decisions being influenced by global conditions”.

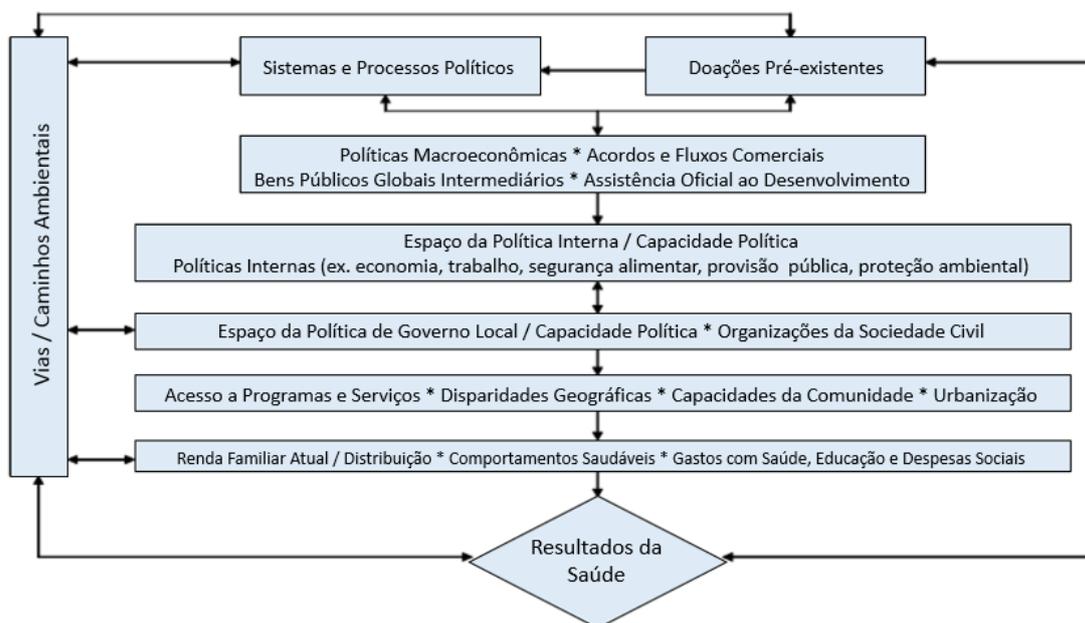
Entretanto, a melhora das condições econômicas é fundamental para a execução de políticas de promoção da saúde, de melhorias no meio urbano e do acesso a medicamentos e tratamentos de saúde. E a competição gerada pela globalização favorece uma melhora ainda mais acelerada das condições tecnológicas, assim como de avanços farmacêuticos. É também no meio globalizado que a cooperação internacional fica favorecida, aumentando as possibilidades de trocas de conhecimento a favor da saúde global, de auxílios financeiros e investimentos internacionais (ESTEVADEORDAL; GOODMAN, 2017).

Alguns elementos fundamentais para análises da relação globalização-saúde, de acordo com Labonté e Schrecker (2007), incluem:

- Descrição do contexto político, nacional e internacional, e sua história;
- Estudos específicos por país ou região, que descrevam mudanças nos determinantes da saúde, tais como o nível e a composição da renda familiar, mudanças no mercado de trabalho, acesso à educação e a serviços de saúde;
- Evidências de estudos clínicos e epidemiológicos que se relacionem com alterações demonstradas ou prováveis nos resultados de saúde decorrentes destes impactos;
- Pesquisa etnográfica, observações de campo e outros relatos em primeira-mão de experiências locais.

Tem-se na Figura 3 a relação entre fatores e processos da globalização e dos determinantes da saúde. As associações entre os elementos da figura são ainda mais complexas no dia a dia, em uma dinâmica de processos não lineares, uma vez que ocorrem simultaneamente, gerando por vezes resultados indiretos sobre determinantes da saúde, dependentes de uma quantidade de forças modificadoras. Por isto é tão necessário que seja realizada uma análise multidisciplinar no estudo da relação globalização-saúde, que contenham dados quantitativos e qualitativos. Também é importante o uso de diferentes escalas de análise – local, nacional, regional e global – para descrever mecanismos relevantes e com detalhes suficientes, para refletir disparidades que não são perceptíveis em dados apenas locais.

Figura 3: Globalização e Saúde: Ligações e Elementos Simplificados



Fonte: Labonté e Schrecker, 2007, tradução nossa.

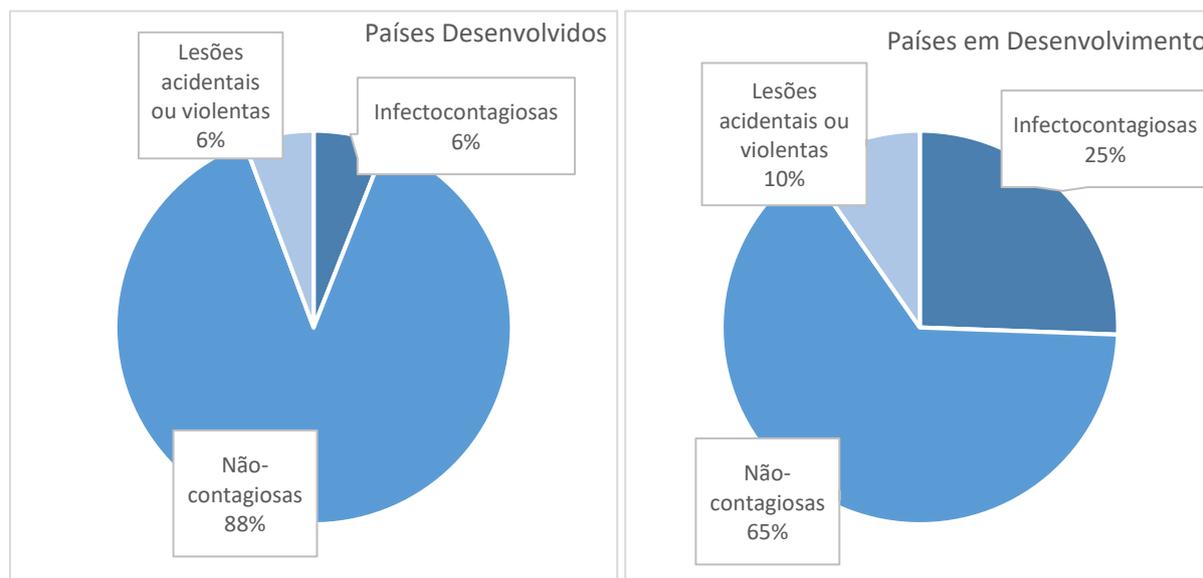
Cabe, portanto, diminuir as inequidades na saúde pública, para que todos tenham condições mínimas de crescer na vida. O termo inequidade é comumente confundido com desigualdade, mas são de fato termos similares, pois enquanto igualdade refere-se a condições idênticas, a equidade refere-se ao que é justo (KICKBUSCH; GLEICHER, 2014). A diferença aparece principalmente quando o assunto é saúde, campo no qual é possível oferecer serviços de saúde e de infraestrutura para portadores de deficiência, por exemplo, mas é muito mais difícil, se não impossível, fazer com que uma pessoa que nasceu com uma deficiência mental ou física tenha uma vida de iguais oportunidades que uma outra pessoa que nasceu completamente saudável. Apesar de consciente desta limitação, medidas de combate às inequidades buscam no final reduzir os efeitos das desigualdades, possibilitando o alcance do maior nível de saúde e qualidade de vida a todos.

Infelizmente, em muitos lugares do mundo, a saúde e bem-estar ainda são vistos como objetivos secundários, por vezes irrelevantes, frente ao desenvolvimento econômico. Enquanto são, de fato, metas complementares, no momento em que a renda é um determinante da saúde, sendo a saúde um requisito básico na promoção da criatividade e produtividade para haver crescimento econômico (BARTON et al, 2015). Em geral, países desenvolvidos já respeitam o direito à saúde como um direito humano e fundamental para uma sociedade próspera, e

apresentam estatísticas de incidência e morte por problemas de saúde inferiores aos números alarmantes em meio aos países em desenvolvimento (KICKBUSCH; GLEICHER, 2014).

Todos estão suscetíveis aos problemas de obesidade, diabetes, de saúde mental, doenças cardíacas e respiratórias, infectocontagiosas ou não, independente de gênero, de descendência ou classe social. O que ocorre é que pessoas de menor poderio financeiro possuem menor capacidade de garantir uma vida em um local de infraestrutura adequada, educação e acesso a tratamento médico de qualidade, levando assim a um constante aumento das desigualdades socioeconômicas, em um ciclo vicioso de saúde debilitada, baixo grau de escolaridade, condições de trabalho e qualidade de vida reduzidas, e saúde debilitada para a próxima geração (BARTON et al, 2015).

Gráfico 1: Causas de Morte Globais



Fonte: Global Health Estimates, 2015. Elaborado pela autora.

Há até poucos anos, havia uma classificação informal de que as “doenças de pobres” eram doenças infectocontagiosas, enquanto as “doenças de ricos” eram doenças não transmissíveis. Hoje em dia, no entanto, países em desenvolvimento apresentam alta incidência de doenças não-contagiosas, conforme pode ser confirmado no Gráfico 1, permanecendo, no entanto, locais de fácil propagação também de doenças infectocontagiosas. O gráfico, produzido com base em dados estatísticos da OMS, revela as disparidades das causas de morte entre países de alta e de baixa/média renda.

Haja vista que mesmo entre os países em desenvolvimento são observadas grandes diferenças de condições de vida, e conseqüentemente de índices de saúde e doenças, foram separados os dados das causas de mortes da África Subsaariana no Quadro 2 logo abaixo.

Quadro 2: Causas de Mortes Regionais

África Subsaariana		
Mortes totais	9,455,000	100%
Infectocontagiosas	5,364,000	57%
Não-contagiosas	3,122,000	33%
Lesões acidentais ou violentas	965,000	10%

Fonte: Global Health Estimates 2015. Elaborado pela autora.

Região que inclui as populações mais vulneráveis do mundo, na África Subsaariana mais da metade (57%) de todas as mortes em 2015 foram causadas pelas chamadas condições do "Grupo I", que incluem doenças transmissíveis, causas maternas, condições decorrentes da gravidez e parto e deficiências nutricionais. Em contraste, menos de 6% dos óbitos em países de alta renda foram devidos a tais causas. As doenças não transmissíveis causaram 70% das mortes em todo o mundo, variando de 65% em países de baixa renda a 88% em países de alta renda. Todas, exceto 1 das 10 principais causas de morte em países de alta renda, eram doenças não transmissíveis.

As etiologias e os tratamentos da maioria das doenças infectocontagiosas são velhos conhecidos da medicina moderna, motivo pelo qual sua alta incidência em meio às populações menos favorecidas causa ainda maior indignação. Visando modificar este cenário, a estabeleceu em 2000 uma Comissão sobre a Macroeconomia e a Saúde, composta por economistas de renome e peritos de saúde pública, para estudar as ligações entre um maior investimento na saúde, o desenvolvimento econômico e a redução da pobreza. O exercício da Comissão foi realizado em seis Grupos de Trabalho: Saúde, crescimento econômico e redução da pobreza; Bens públicos internacionais para a saúde; Mobilização de recursos domésticos para a saúde; Saúde e economia internacional; Melhorando os resultados de saúde dos pobres; Assistência ao desenvolvimento e saúde.

As atividades e conclusões alcançadas pela Comissão sobre a Macroeconomia e a Saúde renderiam um trabalho de pesquisa completo por si só, e portanto, serão destacados apenas os dois objetivos estratégicos da Comissão (WHO, 2001):

1. Objetivo estratégico 1: Melhorar a saúde para todos e reduzir as desigualdades na saúde, implementando abordagens de todo o governo e de toda a sociedade, através de uma melhor governança da saúde e gestão dos seus determinantes socioeconômicos.

2. Objetivo estratégico 2: Melhorar a liderança e a governança participativa para a saúde, promovendo o empoderamento dos cidadãos, a inovação, a liderança e a capacidade de saúde e desenvolvimento socioeconômico.

A necessidade de uma melhor governança é lembrada por ambos os objetivos, sendo um elemento de suma importância para o bom andamento do programa das *Healthy Cities*, no qual atores do Sistema Internacional de diferentes níveis de atuação, seja global, regional, nacional e local, devem interagir de forma mais harmônica, em busca da proteção e promoção do direito à saúde. A demanda por condições melhores de saúde, pela redução das desigualdades, melhor governança participativa para a saúde, empoderamento dos cidadãos, inovação, liderança e desenvolvimento socioeconômico, são fatores essenciais não apenas para se alcançar um melhor nível de saúde em determinada sociedade, mas sim, para a construção e manutenção de *Healthy Cities*, como será exposto a seguir.

IV. O PROGRAMA DAS *HEALTHY CITIES*

“O verdadeiro sucesso de um projeto de uma *Healthy City* é quando a mesma deixa de ser um projeto” (WERNA et al, p. 27, 1999)¹⁷.

A cidade é uma construção humana, invenção que só foi possível com o desenvolvimento da agropecuária, permitindo então que comunidades vivessem sem se mudar constantemente para conseguir alimentos. O ambiente no qual se encontra, ou seu entorno, deveria ser capaz de prover condições básicas para a sobrevivência humana. Com o passar dos anos, seu crescimento foi muito influenciado pelo aumento do comércio, dinâmica na qual funcionavam como grandes feiras. Além de comércio, o meio urbano cresceu de forma a permitir maior segurança dos moradores contra invasores, na Europa, em certa época, chamados de bárbaros. Assim, era comum encontrar cidades fechadas com muralhas, e construídas em uma localização que favorecesse a visão dos que estavam a chegar, preocupação esta que deveria estar equilibrada com certa facilidade de acesso em prol do comércio, duas razões pelas quais a proximidade de rios e mares era em geral preferida, sendo a terceira o acesso à água, de suma importância para a sobrevivência e continuação das funções diárias (LAWRENCE, 2005).

Atualmente, mais de 4 bilhões de pessoas vivem em cidades de todo o mundo, o que representa cerca de 55% do total de 7,6 bilhões de habitantes. Com mais de 5 bilhões destes vivendo em países em desenvolvimento, fica evidente a crescente preocupação com as condições de vida encontradas nas cidades (HABITAT, 2016). Cidades de países desenvolvidos e em desenvolvimento sofrem uma série de diferentes complicações, como problemas de saúde referentes à má conservação ambiental, desigualdades sociais e privação econômica, resultando em um grande número de pessoas desabrigadas e desempregadas. Violência, intolerância, falta de educação, de boa alimentação, meios de transporte e habitações inadequadas, difícil acesso à água e saneamento, enfim, há uma infinidade de problemas que são enfrentados diariamente nas cidades de todo o mundo (LAWRENCE, 2005).

Variando de acordo com sua história e contexto econômico, estes problemas são complexos, principalmente devido à interconexão de suas causas e efeitos, não havendo, portanto, respostas simples e claras que os resolvam. Todas estas condições citadas são impactadas e impactam simultaneamente a saúde pública (BUSE et al, 2009). Infelizmente,

¹⁷ “the real success of any Healthy City project is when it ceases to be a project”.

eles foram historicamente (e em muito ainda são) tratados de forma unilateral, resultando em medidas pouco eficazes; em geral por meio de ações paliativas, que prejudicam e muito o desenvolvimento socioeconômico e da qualidade de vida local.

O reconhecimento da interação entre as condições de saúde e demais fatores socioeconômicos vem crescendo, como será visto no tópico sobre os determinantes da saúde, principalmente em meio acadêmico e entre Estados mais desenvolvidos, nos quais a saúde e a qualidade de vida são vistas como importantes objetivos do meio urbano (KICKBUSCH; GLEICHER, 2014). Esta mentalidade é parte fundamental para o devido funcionamento do projeto *Healthy Cities*, que busca essencialmente trazer maior comprometimento político e melhor visibilidade da saúde, por meio de mudanças institucionais e ações inovadoras.

Em sua base, o movimento das *Healthy Cities* trabalha com a ideia de que há uma forte conexão entre as circunstâncias estruturais urbanas e a saúde de seus habitantes. Por promover uma concentração maior de pessoas, as cidades apresentam uma característica amplificadora das condições urbanas; ou seja, podem facilitar o contágio de milhares de pessoas por um novo vírus, ou propiciar a disseminação de novas ideias de higiene, alimentação saudável e vacinação, que fortaleçam o vínculo dos indivíduos com a sociedade e o controle da sua própria saúde. Por isto, seu potencial é inestimável para o desenvolvimento de ações estratégicas para a promoção da saúde, produzindo seres humanos saudáveis e sustentáveis, quando mantida a atenção aos valores dos moradores (KENZER, 1999).

Resumindo, os objetivos da iniciativa das *Healthy Cities* incluem: colocar a saúde no topo da agenda dos tomadores de decisão da cidade; construir um forte *lobby* para a saúde pública no nível local; e desenvolver uma abordagem local e participativa ao lidar com problemas de saúde e meio ambiente, melhorando assim o bem-estar físico, mental, social e ambiental das pessoas que moram e trabalham na zona urbana (WERNA et al, 1999).

Em 1987, 11 cidades foram escolhidas para integrar a primeira etapa do programa, sob o comando do escritório regional europeu da OMS. Após 10 anos, já havia mais de 25 redes nacionais e cerca de 600 cidades envolvidas nas metas de *healthy cities*, apenas em solo europeu, hoje complementados por programas de redes de cidades saudáveis em todas as regiões do mundo (LAWRENCE, 2005).

Mas afinal, o que seriam *healthy cities*? De acordo com a OMS, e conforme definido no plano de Toronto,

“uma cidade saudável é aquela que está continuamente criando e melhorando os ambientes físicos e sociais, e expandindo os recursos comunitários, que possibilitam que os habitantes apoiem uns aos outros a executar as funções da vida e a desenvolver seu potencial máximo” (KENZER, 1999, p. 211, tradução nossa)¹⁸.

Com isto, uma cidade saudável está além de uma cidade sem surtos infecciosos ou doenças em geral, unindo uma série de processos de curto e longo prazo a favor de uma comunidade em constante evolução. Não prevê apenas o alcance de metas e índices de saúde ideais, e sim a integração da saúde na agenda de tomada de decisões das cidades, criando uma forte parceria para a promoção da saúde entre grupos dos setores público e privado, e aplicando uma abordagem local e participativa na implementação de projetos sustentáveis (LAWRENCE, 2005). O projeto europeu é uma parceria entre a OMS, em conjunto com órgãos dos governos locais, para a promoção de ambientes e estilos de vida saudáveis (ASHTON; GREY; BARNARD, 1986).

“Cada cidade é única, com sua própria história, cultura, forças, fraquezas, recursos e habilidades”, e cabe aos seus administradores reconhecer e bem gerir estas características (ASHTON; GREY; BARNARD, 1986, p. 320, tradução nossa)¹⁹. Apesar do projeto ter desenvolvido uma série de informações, guias e objetivos a ter em mente, cabe à cada cidade desenvolver o programa de forma adaptada às prioridades de suas realidades locais, com a participação popular, de forma a ser mais sustentável e duradouro. Os detalhes estratégicos de execução dos objetivos do projeto são flexíveis, mas devem estar sim de acordo com princípios em comum, essenciais para a formação e manutenção de cidades saudáveis. Os 11 princípios do projeto estão, então, abaixo apresentados (TSOUROS, 2013):

1. A reunião de necessidades básicas (de alimentos, água, abrigo, renda, segurança e trabalho) para todas as pessoas da cidade. Inclui também a promoção da agricultura urbana, caminhando assim em direção à solução de problemas de segurança alimentar e sustentabilidade, e a manutenção e descarte de rejeitos líquidos e sólidos de forma sustentável. Uma pressão maior sobre a provisão de necessidades básicas por conta do aumento do número de assentamentos de refugiados é uma das grandes preocupações atuais da área.

¹⁸ “one that is continually developing those public policies and creating those physical and social environments which enable its people to mutually support each other in carrying out all functions of life and achieving their full potential”.

¹⁹ “Each city is unique, with its own history, culture, strengths, weaknesses, resources and skills”.

2. Um ambiente físico limpo, seguro e de boa qualidade, incluindo a qualidade das habitações, contribuindo para o bem estar físico, social e mental. Os componentes de infraestrutura e construções urbanas incluem: características geográficas e climáticas; habitação como proteção contra animais, fenômenos naturais, ruídos e pessoas desconhecidas; oferta contínua de água potável e coleta de dejetos sólidos e líquidos; condições climáticas adequadas e existência de ar atmosférico saudável; condições de ocupação e densidades em prédios; disponibilidade de instalações comunitárias e serviços (comércio, educação, emprego, lazer e atenção médica) que sejam acessíveis financeiramente e socialmente; segurança alimentar, integrando alimentos, água de qualidade e fácil acesso físico e financeiro; e o controle de vetores e portadores de doenças no meio público e privado. Inclui ainda o uso de materiais não tóxicos em construções, o armazenamento e o descarte adequado de substâncias tóxicas. Pesquisas destacam também a necessidade de atenção à saúde psicológica, principalmente considerando os níveis de stress no trabalho ou em casa, moderadas com o acesso e contato com ambientes naturais e as atividades físicas.

3. Um ecossistema que seja estável agora e sustentável a longo prazo. É necessário que haja políticas de uso sustentável do solo, evitando alagamentos e desmoronamentos, pois muitas cidades já se encontram em locais impróprios geograficamente (rota de furacões, local de grande incidência ou falta de chuva, solo que deveria ser floresta e locais típicos de abalos sísmicos); então, é essencial que os impactos sejam minimizados para não piorar as tendências a desastres naturais do local (HILL et al, 2014).

4. Uma economia diversa, vital e inovadora. Há ainda grande concentração de produção de renda, e na maior parte em países em desenvolvimento a desigualdade persiste para além da renda, afetando a provisão de locais sustentáveis e uma vida mais segura, de melhor saúde e qualidade de vida como um todo. O aumento da renda dos países do Sul foi acompanhado pelo aumento da urbanização e da desigualdade socioeconômica.

5. Uma comunidade forte, solidária e não-exploradora. Uma cidade saudável deve promover a igualdade de acesso a recursos básicos; a distribuição justa de benefícios e serviços sociais; o respeito ao próximo e às diferenças, aos direitos humanos e à liberdade; e a honestidade das entidades públicas, privadas e sociedade civil. Tais condições devem estar fundamentadas em princípios legais fundados na justiça e conduta adequada, e em valores bem enraizados, garantindo a equidade das condições de saúde da sociedade.

6. Um alto nível de participação e controle dos órgãos de gestão do poder público por parte da sociedade, sobre decisões que afetam suas vidas, saúde e bem-estar. A participação da comunidade foi considerada fundamental para a saúde pública pela primeira vez na Declaração de Atenção Básica de Saúde em Alma Ata, 1977. Desde então, a participação pública vem tendo papel principal no desenvolvimento de comunidades, posição reiterada pela Agenda 21, que defende a participação civil em processos de tomada de decisão (HERITAGE; DOORIS, 2009).

Segundo Lawrence,

“participação pode ser interpretada como um termo amplo que se refere ao diálogo entre instituições políticas e sociedade cívica, a fim de formular metas, projetos e alocação de recursos para alcançar os resultados desejados” (2005, p. 489, tradução nossa)²⁰.

O autor também destaca a importância do empoderamento como poder assumido por indivíduos e comunidades, de forma a agir eficazmente, mudar suas vidas e o ambiente em que vivem. No contexto da saúde pública, empoderamento é uma construção de variados níveis que envolve as pessoas, assumindo o controle e o domínio de suas vidas no contexto de seu ambiente social e político; eles ganham a noção de controle e razão de existir por exercitar o poder político enquanto participam na vida democrática de sua comunidade para a mudança social.

7. O encorajamento da conexão com o passado, com as heranças culturais e biológicas dos habitantes da cidade e com outros grupos e indivíduos. A herança cultural é muito relacionada com os monumentos históricos, construções públicas e festivais culturais, não devendo ser esquecida a história urbana como um todo, incluindo políticas públicas e aprendizados que destas podem ser tirados.

8. Acesso a uma variada gama de experiências e recursos, aumentando as chances de uma diversificada série de contatos, interações e comunicações. A cidade saudável é um ponto de criatividade e cultura, centro de mobilização de pessoas, produtos e serviços, e local de convívio, lazer e descanso. O design urbano influencia grandemente estas condições. A separação de atividades por bairros, sem contar com um transporte público de qualidade, por exemplo, gera uma série de problemas, que vão desde a perda de tempo produtivo no trânsito, o aumento da emissão de carbono nos trajetos diários, até o isolamento de famílias mais

²⁰ “Participation can be interpreted as a broad term that refers to dialogue between policy institutions and civic society in order to formulate goals, projects and the allocation of resources in order to achieve desired outcomes”.

carentes, que sem carro não possuem condições de suprir as experiências que poderiam ter se estivessem em contato com pessoas e serviços diversos. Além do que, variedade, segurança e simpatia são essenciais às cidades modernas.

9. Uma forma que é compatível, e que ressalte as características precedentes. A urbanização no último século trouxe uma série de novas dimensões sociais, físicas e psicológicas, através de modernizações habitacionais, dos meios de transporte, acesso a serviços médicos, a empregos, e serviços de educação, cultura e lazer. Como levantado no último tópico, o design urbano possui o poder de unir ou separar pessoas e serviços. É também crescente o interesse sobre os impactos ambientais que variados sistemas urbanos podem exercer sobre o meio, havendo a discussão entre os benefícios de cidades mais e menos densas.

10. Um nível ótimo de serviços de saúde e de assistência a doentes, acessíveis a todos. Para possibilitar estas condições, muitos defendem a existência de um sistema universal de assistência à saúde, ou seja, serviços de saúde disponíveis a todos, e sem a necessidade de pagamento direto. Sistemas de saúde podem ser públicos ou privados, e disponibilizam serviços e recursos humanos, físicos e monetários, para garantir que suas atividades sejam efetivas. O lado negativo dos sistemas públicos de saúde é o sentimento de estar apenas pagando pelos serviços médicos de pessoas que não se cuidam, motivo pelo qual o seu objetivo primário deve ser de caráter preventivo, e também, de redução das desigualdades de condições de saúde entre os diversos habitantes.

11. Alto status de saúde: níveis elevados de saúde positiva e baixos níveis de doença. A cidade possui um histórico de agravamento de enfermidades, mas nas últimas décadas, vem tentando mudar esta imagem, para a de uma cidade na qual se aproveite das características locais para aumentar os padrões de saúde e diminuir as desigualdades, um potencial que pode e deve ser melhor explorado.

Lawrence reforça a importância dos princípios acima enumerados, afirmando que estes “...precisam ser compreendidos e aplicados utilizando pesquisas empíricas inovadoras e prática profissional” (2005, p. 496, tradução nossa)²¹. O autor destaca ainda que, para se evitar que seja solucionado um problema criando outros, resultado de medidas tradicionais unilaterais, paliativas e insustentáveis, é preciso aliar políticas e programas proativos com recursos

²¹ “[The eleven principles about building healthy cities in specific localities] need to be understood and applied using innovative empirical research and professional practice”.

financeiros e não financeiros, que sejam suficientes e sustentáveis a longo prazo, complementando medidas emergenciais paliativas.

4.1. A Evolução da Saúde Global e a Criação das *Healthy Cities*

“A prosperidade e o declínio de grandes cidades ao longo da história mundial ilustram que a manutenção dos assentamentos humanos não deve ser dada como certa” (LAWRENCE, 2005, p. 479, tradução nossa)²².

Nas origens do planejamento urbano e da saúde pública encontram-se adversidades em comum a serem solucionadas. Desde a Grécia Antiga de Hipócrates e Hippodamus, diversos são os exemplos de intervenções em cidades, com o objetivo de suprir as necessidades de saúde e bem-estar dos residentes (BARTON, 2015; HANCOCK, 1997). Se a Grécia Antiga via a doença como uma perturbação do equilíbrio natural entre os ambientes internos e externos ao ser humano, os Romanos construíram rodovias, habitações adequadas e um ótimo sistema de fornecimento de água para o seu tempo. Entretanto, os legados deixados por estas duas grandes civilizações foram em muito negligenciados durante a idade média e anos subsequentes, sendo apenas no século XIX que as condições dos indivíduos e do meio ambiente tornaram-se focos da atenção médica de forma científica e moderna (DAVIES; KELLY, 1993).

Somente com o advento da Primeira Revolução Industrial, e da crescente urbanização, resultado da migração de trabalhadores do campo às proximidades industriais, que as condições de saúde pública no meio urbano começaram novamente a chamar atenção. Processo este que provocou o surgimento da profissão e área de estudo do planejamento urbano da forma moderna que se tem hoje; uma resposta às péssimas condições de vida dos operários e suas famílias, em meio a cidades cada vez mais cheias e sujas (BARTON, 2015).

De fato, as condições e infraestrutura das cidades tiveram que piorar enormemente para uma grande parcela da população, com o aumento dos processos de urbanização e crescimento populacional, para que evoluíssem e fossem, finalmente, tratadas como um problema de ordem pública. Corburn (2015) relata como situações comuns às cidades industriais as condições das

²² “the prosperity and decline of cities illustrate that the sustenance of human settlements should not be taken for granted”.

ruas com cheiro de esgoto, lixo nas vias com proliferação de insetos, e o transbordamento de fossas artesanais, contaminando ruas e águas de poços e fontes de suprimento de água potável.

Uma das principais obras que abordou as condições de bairros operários foi o Relatório das Condições Sanitárias da População Operária na Grã Bretanha em 1842, de Edward Chadwick (BARTON, 2015). Esta obra resultou no reconhecimento por parte da Comissão Real sobre a Saúde das Cidades a concluir que mudanças físicas eram necessárias para a melhora das condições nos bairros mais pobres e da saúde de seus habitantes. Este movimento sanitário levou ao primeiro Ato Britânico sobre a Saúde Pública.

Em 1848, o patologista Rudolf Virchow concluiu que

“Eliminar as epidemias no futuro não exigiria mais palição, mas a política de profilaxia - democracia ilimitada, descentralização da tomada de decisões, educação universal, desestabilização da Igreja, reforma tributária e o desenvolvimento industrial nas regiões mais pobres” (CORBURN, 2015, p. 38, tradução nossa)²³.

O médico alemão havia estudado uma epidemia de tifo que estourou na pobre província prussiana de Alta Silésia, em uma época na qual os engenheiros sanitários passaram a ter papel central na governança urbana na Inglaterra. Esta foi uma das primeiras manifestações a favor dos modos sócio ecológicos de saúde pública e planejamento urbano, que consideravam o meio como determinante, incluindo a qualidade da água, ar e terras.

A ascensão dos sanitaristas e patologistas culminou na criação da *Hygeia*, a Cidade da Saúde, pelo físico e sanitarista inglês Benjamin Ward Richardson, em 1876. A concepção base da *Hygeia* estava na defesa de que a mortalidade poderia ser reduzida com uma combinação de fatores: seleção das terras a expandir, layout das ruas, sistemas de água e esgoto, disposição e design de parques e habitações. O sistema sanitário foi então desenvolvido, ficando conhecido como as artérias de uma cidade (CORBURN, 2015).

No final do século XIX e início do século XX, o planejamento urbano e a saúde pública foram tomados pela visão médica/científica, que passaram a recorrer largamente a intervenções físicas, como a remoção de dejetos das ruas, de construções em más condições e de pessoas doentes, considerados miasmas ambientais, ou seja, matéria em estado de decomposição. À

²³ “eliminating epidemics in the future would not require more palliation but the ‘politics of prophylaxis’ – unlimited democracy, devolution of decision-making, universal education, disestablishment of the church, taxation reform, and industrial development in the poorest regions”.

medida em que a teoria dos miasmas deu lugar à teoria dos germes para explicar a ocorrência de doenças, cresceu a importância dada às ciências médicas e exatas, em detrimento das ciências humanas e do combate à pobreza e às desigualdades sociais.

No século XX, é de grande contribuição ao desenvolvimento da saúde pública os estudos do médico epidemiologista inglês Thomas McKeown. Destaque para as análises das taxas de mortalidade e de crescimento populacional entre os anos 1840 e 1870, na Inglaterra e País de Gales. Suas pesquisas sugerem que entre 80% e 90% das melhorias de saúde observadas no período foram causadas antes de efetivas intervenções médicas e da disponibilidade abundante de tratamentos médicos, e que, portanto, outros fatores que não a medicina e a farmácia poderiam estar influenciando as condições de saúde pública (ASHTON, 1992).

McKeown argumentou que a maior parte das contribuições veio da limitação dos tamanhos das famílias, de melhorias na qualidade e quantidade de comida disponível e na qualidade dos meios físicos nos quais a vida decorria. Conforme o Quadro 3, medidas de prevenção específicas da medicina, como imunização e tratamento de doenças, apareceram apenas na sequência. Já no final do século XX, o pesquisador John Ashton passou a defender que novos problemas de saúde pública, como doenças não-contagiosas cardiovasculares, acidentes, cânceres, diabetes, obesidade e doenças psiquiátricas-psicológicas, viriam apenas a evidenciar o quanto ações e políticas de áreas além dos serviços médicos tradicionais importam e muito para a melhoria da saúde humana (ASHTON, 1992).

Apesar deste entendimento, de que o meio em que uma pessoa vive determina suas condições de saúde, a demora dos resultados de políticas de saúde pública afastou os interesses de políticos e gestores públicos sobre estas áreas, preferindo medidas laboratoriais, que eram mais rápidas e mais rentáveis; a exemplo da vacinação da população, da cloração das águas e da disseminação de conservantes alimentícios. Outro fator que favoreceu o setor laboratorial, e ainda o faz, foi o caráter “inquestionável” dos experimentos bioquímicos, que poderiam ser aplicados a todas as populações, uma vez que eram exatos, padronizados e indiferentes a visões ou gostos humanos (CORBURN, 2009).

Planejadores urbanos e urbanistas, no entanto, passaram a partir da década de 1920 a buscar alternativas na forma urbana para transformar as cidades em ambientes mais seguros e saudáveis. Dando continuidade à criação da *Hygeia*, então, surgiram políticas de zoneamento, modelos universais que visavam ter a mesma credibilidade que as ciências biológicas vinham

tendo, que independessem do tempo, espaço, geografia física e social, ou de sua organização política e administrativa.

Esta foi a essência do planejamento urbano moderno, em meio ao qual se destacam os modelos que viraram conceitos clássicos do urbanismo: o das Unidades de Bairros (*Neighborhood Units*), de Clarence Perry em 1929, que visava fornecer a provisão da ordem, escala de vida e racionalidade à promoção da saúde no urbanismo norte-americano; e o da Cidade Jardim (*The Garden City*), criado por Ebenezer Howard, na Inglaterra, em 1965, uma perspectiva regional com princípios ecológicos, aliando o melhor do campo e da cidade (CORBURN, 2015).

Os modelos urbanos acabaram sendo criticados por promoverem a segregação racial, ao separar bairros residenciais das indústrias, perto das quais moravam tradicionalmente os trabalhadores de menor renda, e ao tentar renovar espaços ecológicos urbanos, usados para justificar limpeza e remoção de comunidades mais carentes. Nos Estados Unidos, a reconstrução de bairros contaminados, cheios e não saudáveis com habitações modernas deu origem ao subúrbio, e deslocou as famílias pobres para bairros mais baratos, formando os guetos concentradores de pobreza, drogas e criminalidade (CORBURN, 2009).

Mas talvez a pior decisão tenha sido a de ligar os bairros com estradas, favorecendo o domínio do carro frente ao serviço praticamente inexistente de transporte público. Entretanto, para fazer justiça, vale ressaltar que geralmente grandes mudanças possuem benefícios e malefícios, e a suburbanização das cidades não foge à regra. O zoneamento americano também deu origem aos postos de saúde comunitários, de forma a acompanhar a saúde das famílias e monitorar a situação estrutural de cada bairro.

Principalmente entre os anos 1930 e 1970, o modelo biomédico era ainda preponderante no campo da saúde pública, incentivado pelos avanços tecnológicos e descobertas em pesquisas médicas, farmacêuticas e epidemiológicas. É curioso que foram justamente estes crescentes gastos com pesquisas, serviços médicos e hospitalares que retornaram a atenção dos governos para o modelo sócio ecológico da saúde pública. Além disso, no decorrer do século XX o aumento das desigualdades e os problemas socioeconômicos dos pós guerras passaram a chamar a atenção. Os estudos de Thomas McKeown, somados aos problemas provenientes da crise do petróleo dos anos 1970, e ao aumento dos gastos com pesquisas e serviços tradicionais de saúde foram fundamentais para o crescimento da chamada Nova Saúde Pública.

Quadro 3: As Origens da Saúde Pública

Era 1	Anos 1840 a 1880	Movimento vitoriano da saúde pública e as reformas sanitárias. Foco em melhorias do meio físico urbano, de habitação, provisão de sistemas de água e esgoto.
Era 2	Anos 1880 até o início do século XX	Avanços das medidas de imunização e vacinação. Visão médica/científica da saúde pública, passando da era dos miasmas à teoria dos germes.
Era 3	Anos 1930 até o final do século XX	A época terapêutica. Descobrimto da insulina e de novos medicamentos antibióticos. Desenvolvimento das economias mundiais, dos serviços de seguro saúde e dos hospitais.
Era 4	A partir dos anos 1970	Publicação do relatório <i>A New Perspective on the Health of Canadians (1974)</i> pelo ministro da saúde do Canadá Marc Lalonde. Marco da saúde pública mundial, concluiu por dar início à chamada era da Nova Saúde Pública, tendência do foco na prevenção de mortes prematuras e na qualidade de vida.

Fonte: Ashton, 1992, elaborada pelo autor.

Os investimentos em avanços científicos ligados à área médica, tais como máquinas, técnicas de exames e medicamentos, parecem ter substituído por quase um século a preocupação de se realizar um planejamento contínuo do desenvolvimento urbano; dando a falsa impressão de que era possível controlar os problemas de saúde com alta tecnologia laboratorial (BARTON, 2015). Desde então, um planejamento estratégico que priorizasse a saúde envolvia geralmente o fornecimento de serviços de atenção à saúde, incluindo hospitais, clínicas, médicos e medicamentos que suprissem as necessidades dos habitantes da região.

Programas de prevenção, quando ocorriam, acabavam tradicionalmente focando no combate a doenças infectocontagiosas, a vícios, tais como o cigarro, o álcool e outras drogas, e à desnutrição. Buscava-se o tratamento dos doentes, mas não se preocupava em combater as razões mais primárias que alimentavam a manifestação das doenças (BARTON, 2015).

Problemas relacionados à moradia e falta de sistemas de fornecimento de água e coleta e tratamento de esgoto ainda são realidades em bairros de diversos países, sendo em maioria bairros de baixa renda, reforçando a segregação entre pobres e ricos, seja entre países, entre cidades, ou ainda mais localmente, entre bairros de uma mesma cidade.

A criação da ONU e de seu órgão responsável pela saúde, a OMS, em 1948, deu o primeiro passo mais formal em prol da saúde global como um bem público e um direito humano. Foi então elaborada a definição de saúde que vigora até hoje, a de que a “saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença e enfermidade” (WHO, 2006, p. 01, tradução nossa)²⁴. A partir de então, muito se fez e há de ser feito para que saúde e desenvolvimento urbano sejam de fato encarados como fatores interdependentes, como objetivos complementares, de caráter multidisciplinar e holístico.

Um dos países que tiveram maior importância neste processo de união entre a saúde pública e planejamento urbano foi o Canadá. Em 1974 foi concluído o *Lalonde Report*, que expunha que o estilo de vida impactava e muito na predisposição à doença (ASHTON; GREY; BARNARD, 1986). Baseado nas ideias de Thomas McKeown, o relatório sugeria que melhorias na saúde seriam provenientes de mudanças no meio urbano e de hábitos de vida saudáveis, de medidas preventivas de saúde pública e não de intervenções médicas. O *Lalonde Report* também marcou o lançamento do projeto da prefeitura de Toronto de se tornar a cidade mais saudável de toda América do Norte até o ano 2000 (ASHTON, 1992).

Criticada por responsabilizar em demasia as próprias pessoas pelas suas condições precárias de saúde, esta perspectiva foi lapidada com a inclusão de considerações socioeconômicas, visão esta que foi consolidada com a estratégia *Health for All by the Year 2000* em 1977, e pela Conferência Alma-Ata da OMS e a Declaração dos Cuidados Básicos de Saúde em 1978 (DAVIES; KELLY, 1993). Alma-Ata, antigo território soviético, contou com a participação de 134 países e 67 organizações internacionais e defendeu a saúde como um direito humano fundamental, reconhecendo, juntamente com o *Health for All*, o fim das desigualdades da saúde global e a promoção da saúde para todos como um objetivo global (CHP, 2009).

²⁴ “Health is a physical, mental and social illness, not just the absence of disease and illness”.

De acordo com o *Health for All by 2000*, um conjunto de condições básicas de saúde pública que todos deveriam possuir até o ano 2000, políticas e estratégias deveriam ser guiadas por valores e princípios de equidade e solidariedade, de forma a “permitir a todos os cidadãos do mundo desfrutar até 2000 de um nível de saúde que lhes possibilite levar uma vida socialmente ativa e economicamente produtiva” (CHP, 2009, p. 02, tradução nossa)²⁵. O programa chamou a atenção para o problema da saúde urbana, desestabilizada pelas condições econômicas e políticas da década.

A estratégia *Health for All* foi fundamental para a consolidação da Nova Saúde Pública, como ficou conhecida a nova era da saúde pública, baseada em princípios socioeconômicos e ambientais. Escritórios Regionais da OMS passaram a partir de então a guiar os Estados para os valores e práticas de Alma-Ata, objetivando o alcance da saúde para todos (CHP, 2009). Na Europa, 33 países acordaram uma série objetivos que levariam ao alcance de saúde para todos no século XXI, e promoveriam a redução das inequidades de saúde, o aumento da participação pública e reorientação do cuidado médico na direção de cuidados comunitários, de medicina preventiva e promoção da saúde (EUROPE, 2009).

Em 1984, o escritório europeu da OMS promoveu o encontro de um grupo multidisciplinar para discutir as condições de saúde e desigualdades no continente, e para recomendar ações de promoção da saúde, a partir de conceitos e princípios estabelecidos em um relatório final (ASHTON, 1992). Neste mesmo ano também ocorreu a Conferência de Toronto, *Beyond Health Care*, marcando os 10 anos do *Lalonde Report*, e ressaltando a necessidade das políticas de saúde pública de caráter holístico e ecológico, em conjunto com as estratégias de Saúde para Todos. Para a OMS, a promoção da saúde era um processo de auxílio, de facilitação, para que as pessoas tomassem controle de suas vidas, e melhorassem suas condições de saúde e qualidade de vida (ASHTON; GREY; BARNARD, 1986).

Na Conferência de Toronto foi apresentado o artigo *The Healthy City*, expondo o enorme potencial das cidades de ser uma área de promoção da saúde e da qualidade de vida (ASHTON, 1992). A cidade é o menor nível administrativo que possui capacidade, autoridade e recursos para promover abordagens intersetoriais de saúde. É também um local onde é esperada boa participação popular, fundamental para a formação de uma cidade saudável. Ter uma visão ecológica a respeito da saúde faz com que o local onde se vive seja pressuposto como um

²⁵ “To enable all of the world’s citizens to enjoy by 2000 a level of health that would allow them to lead a socially active and economically productive life”.

contexto da vida de cada pessoa. Considerando o intenso crescimento populacional que os países em desenvolvimento ainda observam, e que tamanho crescimento se dá majoritariamente no meio urbano, pode-se compreender então como as cidades são e serão cada vez mais importantes para garantir que a maior parte da população do mundo tenha condições adequadas de saúde e conseqüentemente, de qualidade de vida (ASHTON; GREY; BARNARD, 1986).

Assim como a reunião Europeia envolveu um grupo de especialistas multidisciplinar, em Toronto foi enfatizado o trabalho intersectorial para a propagação da saúde e de medidas de prevenção contra enfermidades e mortes prematuras. Dois anos depois, desta vez na capital Canadense, Ottawa, estes novos princípios de promoção da saúde foram debatidos em meio à Primeira Conferência Internacional da OMS de Promoção da Saúde, ressaltando a necessidade de maior participação e efetivo envolvimento comunitário, e originando a Declaração de Ottawa para a Promoção da Saúde, o *Ottawa Charter* (DAVIES; KELLY, 1993).

Estes eventos foram fundamentais para que além do *Ottawa Charter*, fosse também apresentado o projeto *Healthy Cities*, formalmente lançado pela sede Europeia da OMS na Conferência de Ottawa em 1986. Tinha-se no projeto os meios de legitimar e apoiar o empoderamento do cidadão, ao usar como método a participação comunitária, buscando reduzir as inequidades, fortalecer as melhorias de saúde e reduzir a morbidade e mortalidade. *Healthy Cities* tornou-se o ambiente de teste para o que é pregado na *Health for All*, promoção da saúde e na Nova Saúde Pública (ASHTON, 1992), uma plataforma para a aplicação de suas metas e princípios, nas quais a saúde vai além da epidemiologia, incluindo preocupações sanitárias, o apoio social, a percepção de bem-estar, acesso a serviços e suprimento de necessidades especiais de pessoas menos privilegiadas (DAVIES; KELLY, 1993).

4.2. Determinantes Socioeconômicos da Saúde

“Os espaços urbanos e os processos urbanísticos que os moldam – particularmente os processos que regem o uso da terra, a habitação, o transporte, as oportunidades de trabalho, os serviços sociais, a qualidade do

meio ambiente urbano e as oportunidades de participação pública no governo local – são cada vez mais entendidos como poderosos determinantes da saúde da população. A morte prematura e o ônus desnecessário de doenças e sofrimentos estão desproporcionalmente centrados em bairros urbanos de pobres e pessoas de cor, onde a segregação residencial concentra a pobreza, as lojas de bebidas alcoólicas superam os supermercados, os locais tóxicos são adjacentes aos playgrounds e os recursos públicos vão para o encarceramento ao invés de para a educação.” (CORBURN, 2009, p. 01, tradução nossa)²⁶.

Em 1978 a Conferência das Nações Unidas de Alma Ata declarou os objetivos do programa *Health for All by the Year 2000*, com o reconhecimento de que seria impossível alcançar saúde para todos sem trabalhar com os determinantes socioeconômicos da saúde. Mas ainda no século XXI, milhares de pessoas morrem prematuramente todos os anos, ou se encontram incapacitadas para viver uma vida proveitosa, por doenças que já são há anos consideradas de fácil tratamento e prevenção.

“Um bom atendimento médico é vital, mas a menos que as causas que minam a saúde das pessoas sejam abordadas, a oportunidade de bem-estar não será alcançada” (LABONTÉ; SCHRECKER, 2007, p. 02, tradução nossa)²⁷.

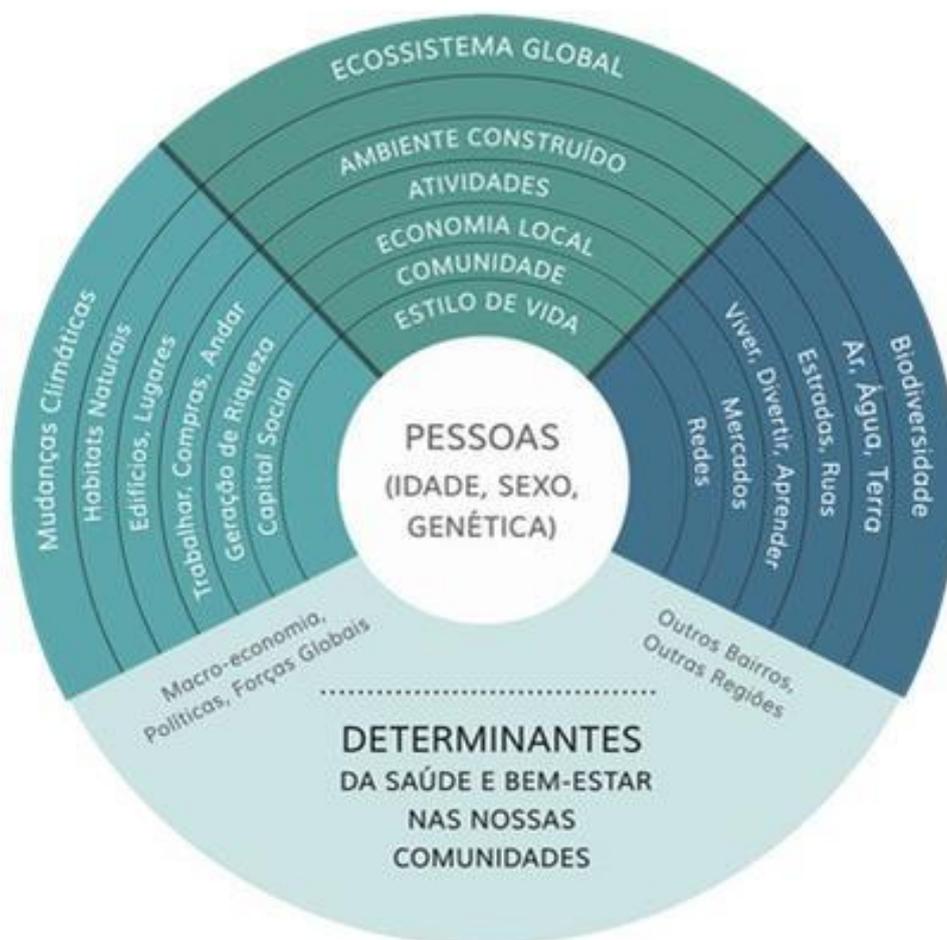
O meio em que vivemos influi sobre a qualidade de saúde da população (vide Figura 4), não apenas um link físico sobre as condições sanitárias e poluição do meio, mas também em relação à saúde mental e aos costumes sociais, ou seja, que exercícios são praticados, quais são os hábitos de higiene, e qual é a facilidade e qualidade do acesso a serviços sanitários essenciais, a alimentos de qualidade e à natureza (BARTON, 2015). Isto pois uma *healthy city* não é apenas resultante das atividades e crenças de seus políticos, urbanistas, profissionais da saúde e cientistas. Ela é resultado das ações de cada indivíduo, dos movimentos sociais e de seus cidadãos, que determinam pouco a pouco o que fazer com cada espaço físico, e como

²⁶ “Urban places and the city planning processes that shape them—particularly those processes governing land use, housing, transportation, job opportunities, social services, the quality of the urban environment and opportunities for public participation in local government—are increasingly understood as powerful determinants of population health. Premature death, and unnecessary burdens of disease and suffering, are disproportionately concentrated in city neighbourhoods of the poor and people of colour, where residential segregation concentrates poverty, liquor stores outnumber supermarkets, toxic sites are adjacent to playgrounds, and public resources go to incarceration rather than education”.

²⁷ “Good medical care is vital, but unless the root social causes that undermine people's health are addressed, the opportunity for well-being will not be achieved”.

preservar, modificar ou degradar esses, incluindo propriedades privadas, uma vez que a cidade é resultante da coletividade (CORBURN, 2015).

Figura 4: Os Determinantes da Saúde e Bem-estar



Fonte: Santana, 2014. Adaptado de Barton & Grant, 2006.

Estas causas que minam a saúde representam os determinantes socioeconômicos da saúde e foram também apresentadas por Labonté e Schrecker (2007) como condições nas quais as pessoas vivem e trabalham, que afetam as oportunidades de se ter uma vida saudável. Não existe uma definição ou lista oficial dos determinantes, mas entre os tópicos ressaltados pelos autores, e apresentados no Quadro 4, estão a desigualdade e desvantagem social, meios de desenvolvimento infantil, exclusão social, apoio social, trabalho ou falta deste, alimentação e transporte; estresse, uso de drogas, habitação, educação e acesso a serviços médicos também compõem a lista, assim como a forma na qual estes serviços são financiados.

Quadro 4: Recursos e Riscos da Saúde Urbana

Recurso de saúde	Influências físicas e sociais urbanas na saúde (exemplos)
<p>Qualidade ambiental, incluindo ruído, poluição do ar, do solo e da água.</p>	<p>As emissões de gases poluentes dos veículos favorecem a ocorrência de doenças respiratórias e aumentam a mortalidade cardiopulmonar, induzem a ocorrência de alergias e asma.</p> <p>A exposição crônica ao ruído prejudica o sono, o temperamento, a audição e pressão arterial, tudo o que pode levar a atrasos no desenvolvimento em crianças.</p> <p>Árvores e espaços verdes eliminam a poluição do ar e mitigam o efeito da ilha de calor urbano.</p>
<p>Acesso a alta qualidade de infraestrutura de trânsito e estradas, calçadas e ciclovias seguras.</p>	<p>As lesões de motoristas e pedestres são mais severas onde calçadas e cruzamentos de pedestres são inexistentes.</p> <p>Calçadas e pistas de bicicleta facilitam a atividade física, reduzindo doenças de coração, diabetes, obesidade, pressão arterial, osteoporose e sintomas de depressão.</p> <p>Além de diminuir a circulação de carros, o transporte público oferece acesso a empregos, educação, parques e serviços de saúde.</p>
<p>Acesso a cuidados e instalações infantis de qualidade, à educação e cuidados de saúde.</p>	<p>Cuidados de qualidade para crianças podem melhorar seu sistema imunológico e aumentar a probabilidade de formação educacional e ganhos futuros.</p> <p>A educação pode melhorar a alfabetização em saúde sobre comportamentos preventivos e serviços básicos.</p> <p>O acesso oportuno aos serviços de saúde primários evita doenças graves.</p>
<p>Habitacões acessíveis, seguras, estáveis e socialmente integradas.</p>	<p>As condições de habitacões lotadas e de qualidade inferior aumentam os riscos de infecções, doenças respiratórias, incêndios e estresse.</p>

	<p>As rendas ou hipotecas não assalariáveis resultam em trade-offs entre habitação, alimentação e assistência médica.</p> <p>A segregação residencial limita a economia e as oportunidades de educação, concentra grupos étnicos em condições de desvantagem e aumenta a distância social entre grupos étnicos / raciais.</p>
<p>Acesso à segurança de qualidade, espaços abertos, parques, eventos culturais e instalações recreativas.</p>	<p>Parques limpos e seguros podem aumentar a frequência da prática de atividades físicas.</p> <p>As atividades culturais podem promover a compreensão de diferentes culturas, diminuir a violência e reforçar a coesão social.</p>
<p>Prestação de empregos significativos, seguros e com salários dignos.</p>	<p>A renda mais alta está associada a uma melhor saúde geral, menor mortalidade e maior estabilidade emocional.</p> <p>O desemprego é fonte de estresse crônico, enquanto a autonomia do trabalho aumenta a autoestima.</p>
<p>Acesso a bens e serviços de qualidade e a preços acessíveis.</p>	<p>As mercearias da vizinhança suportam dietas nutritivas.</p> <p>Instituições financeiras locais ajudam famílias a criar e manter riqueza.</p>
<p>Proteção contra o crime e a violência física.</p>	<p>Os efeitos indiretos da violência e da criminalidade incluem medo, estresse, ansiedade e comportamentos não saudáveis, como a compulsão alimentar, o fumo e abuso de álcool / drogas.</p> <p>O medo do crime pode forçar as crianças a permanecerem dentro de casa, aumentando a exposição a substâncias tóxicas e alérgenos, e limitando a atividade física ao ar livre.</p>
<p>Coesão social e poder político.</p>	<p>O suporte físico e emocional protege contra situações estressantes, impede o isolamento, contribui para a autoestima e reduz o risco de morte precoce.</p>

	<p>O estresse por ruptura / falta de vínculos / apoio social pode contribuir para nascimentos de crianças de baixo peso, o que aumenta o risco de morte infantil, desenvolvimento cognitivo lento, hiperatividade, problemas respiratórios, sobrepeso e doenças cardíacas.</p>
--	--

Fonte: Labonté; Schrecker, 2007, tradução nossa.

As cidades, como os estágios sobre os quais a vida é vivida, passaram a refletir as tensões crescentes entre os indivíduos e grupos que compõem suas populações. As questões de tradicional preocupação, que incluem o desemprego, habitação, educação, saúde ambiental e ocupacional e a doença, permanecem parte da realidade das mais variadas sociedades, de formas e graus variados (ASHTON; GREY; BARNARD, 1986). Assim, é extremamente inviável depender apenas dos serviços clínicos, especialmente com o crescimento de doenças não-contagiosas. No relatório da ONU-Habitat “*Hidden Cities*”, de 2010, foi exposto que os altos custos desta prática poderia vir a quebrar os sistemas nacionais de atenção à saúde de todo o mundo (HABITAT, 2010).

A falta de saúde e a pobreza se relacionam como em um ciclo vicioso de má nutrição infantil, falta de educação, doença e pobreza, minando o crescimento econômico que é necessário para o desenvolvimento de um meio urbano saudável. Este ciclo, conhecido como ‘*medical poverty traps*’, ou armadilhas da saúde e pobreza, evidencia a dificuldade que é se desenvolver sem saúde pública adequada, e por sua vez, como é difícil melhorar as condições de saúde pública sem uma economia equilibrada (LABONTÉ; SCHRECKER, 2007). Ainda, como é difícil condenar comunidades inteiras pelos seus hábitos nada saudáveis e degradantes, sendo que não os foram apresentados outra forma de viver e sobreviver.

Vale, entretanto, destacar que o crescimento por si só não garante a provisão de saúde; há uma série de políticas e outros fatores necessários ao estabelecimento de uma boa saúde que são fundamentais. Esta percepção foi exposta em 2001, quando a OMS afirmou que a saúde não é apenas uma consequência do desenvolvimento, e sim condição fundamental deste, sendo então criada a Comissão da OMS sobre Macroeconomia e Saúde (LABONTÉ; SCHRECKER, 2007). A complexidade dos elementos analisados é tamanha que, mesmo utilizando um amplo espectro de variáveis e elementos multidisciplinares, ainda se terá um resultado menos exato que em meio aos estudos laboratoriais, nos quais o controle das variáveis é quase total.

Em todo o mundo, problemas de saúde como obesidade, doenças mentais, crescentes desigualdades de saúde e vulnerabilidade climática não podem ser resolvidos pura e simplesmente por medicamentos, mas enfrentando os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde (WHO, 2008). Assim, em 2005 a OMS deu início à Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, com o principal propósito de promover a equidade da saúde entre as nações, ou seja, a ausência de disparidades em saúde pública e seus determinantes.

A forma urbana determina hábitos da população. Quando se fala em hábitos de saúde, em geral é considerado o estímulo à prática de atividades físicas, mas não se resume a isso. O ambiente social urbano inclui as instituições que delineiam as estruturas e características dos relacionamentos e oportunidades entre pessoas e diferentes grupos sociais em uma comunidade, como classe social e status econômico. E não é apenas a renda da pessoa que importa, e sim a do ambiente em que vive e das pessoas com quem se relaciona, determinando acesso a serviços, o nível de estresse e o apoio de indivíduos ou grupos e os hábitos que estes mantêm, além da incidência de violência, isolamento social e segregação social. Esse estresse é tóxico ao organismo, agindo de maneira diferente em cada indivíduo e lugar, e favorece o desenvolvimento de doenças autoimunes e crônicas, como o sobrepeso, obesidade, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e asma (WHO, 2008).

Apesar do conhecimento desta relação, o ambiente urbano compromete a qualidade da saúde e bem estar em muitas formas, com destaque para os antigos problemas da era industrial: as condições de moradias, de saneamento básico, acesso à água potável e poluição de águas e ar. Novos elementos da vida moderna, como o uso do automóvel e de diversos aparelhos elétricos aumentam as necessidades energéticas e fontes poluidoras em cidades ricas e pobres. Também provocam a emissão de carbono em grandes quantidades, o aumento da obesidade e de outras doenças relacionadas à má alimentação, sedentarismo e estresse. Condições estas que reforçam desigualdades e inequidades (EUROPE, 2012).

Para melhor lidar com os determinantes socioeconômicos da saúde, com os problemas de desigualdades, atualmente fortalecida pela chegada de milhões de migrantes e refugiados e por uma economia ainda fragilizada pela crise de 2008, a Rede Europeia de *Healthy Cities* da OMS delimitou seis objetivos estratégicos (BARTON, 2015).

1. Promover políticas e ações para a saúde e o desenvolvimento sustentável a nível local e em toda a Região Europeia da OMS, com ênfase nos determinantes da saúde, nas pessoas que vivem na pobreza e nas necessidades dos grupos vulneráveis;
2. Reforçar a posição nacional das Cidades saudáveis no contexto das políticas de desenvolvimento da saúde, saúde pública e regeneração urbana, com ênfase na cooperação nacional-local;
3. Gerar conhecimentos de política e prática, boas evidências, conhecimentos e métodos que possam ser utilizados para promover a saúde em todas as cidades da Região;
4. Promover a solidariedade, a cooperação e os laços de trabalho entre as cidades e redes europeias e com as cidades e redes que participam do movimento Cidades saudáveis;
5. Desempenhar um papel ativo na defesa da saúde nos níveis europeu e mundial através de parcerias com outras agências envolvidas com questões urbanas e redes de autoridades locais;
6. Aumentar a acessibilidade da Rede Europeia da OMS a todos os Estados-Membros da Região Europeia.

4.3. As 6 fases do programa Europeu

“Ao reunir uma rede de cidades europeias para trabalhar em conjunto, não só aprenderão uns com os outros, mas também desempenharão um papel importante na promoção da compreensão internacional e no estabelecimento da Nova Saúde Pública. O projeto é visto como o ponto em que a teoria é feita real, e a estratégia de Saúde para Todos é tomada das prateleiras da OMS para as ruas das cidades europeias” (ASHTON, 1992, p. 03, tradução nossa)²⁸.

Desde 1980, os países que fazem parte da sede Europeia da OMS abraçaram uma série de objetivos comuns e estratégias que podem ser usadas para transformar políticas nacionais em programas operacionais práticos no nível local. A partir de 1986, três princípios básicos formam a base ética do programa das *Healthy Cities*: saúde como um direito humano

²⁸ “By bringing together a network of European towns and cities to work together not only will they learn from each other, but they will also play an important part in promoting international understanding and establishing the New Public Health. The project is seen as making the point at which the rhetoric is made real, and the Health for All strategy is taken off the shelves and into the streets of European cities”.

fundamental, equidade na saúde e solidariedade nas ações, e participação e prestação de contas para um desenvolvimento contínuo da saúde pública (EUROPE, 2012). Ficou então decidido que se teria a cada 5 anos uma fase, na qual se focaria em temas e objetivos específicos, favorecendo o monitoramento e prestação de contas das atividades realizadas e metas alcançadas.

A OMS / Europa e a Rede Europeia de *Healthy Cities* trabalham continuamente em conjunto e em reuniões anuais para discutir novas iniciativas, considerar o progresso alcançado e compartilhar novas evidências ou exemplos na área de saúde urbana. As cidades geralmente se reúnem anualmente. Uma cidade da Rede Europeia da OMS acolhe a reunião, que funciona como uma reunião conjunta para a Rede Europeia de *Healthy Cities* e as Redes Nacionais Europeias de *Healthy Cities*. Cada reunião é resumida por uma declaração política endossada pelos prefeitos presentes. As reuniões da Rede Europeia de *Healthy Cities* são principalmente políticas e estratégicas e sempre incluem uma forte presença política das cidades e redes participantes. Além disso, durante o quinto (e último) ano de cada fase é realizada uma conferência para revisar a fase e fazer planos para o futuro.

O interesse das cidades logo ao início do programa, em 1986, foi dado como um sucesso e surpreendeu os profissionais que se mobilizaram para a criação das *Healthy Cities*. Vale aqui o reconhecimento de Ilona Kickbush, Agis Tsouros, Roderick Lawrence, Evelyne de Leeuw, Hugh Barton, John Ashton, Jason Corburn e Marcus Grant, que permanecem até hoje ativos na causa da saúde pública a partir do planejamento urbano, e que tiveram trabalhos aqui utilizados na pesquisa e desenvolvimento desta monografia. A ideia era reunir um total de 5 a 8 cidades modelo, mas com a alta procura, um total de 11 cidades foram escolhidas para participar do projeto em um primeiro momento, e ao final da primeira fase, 35 cidades integravam o programa, número que só foi crescendo ao longo das demais fases (TSOUROS, 1990).

De 1987 a 1992, a primeira fase do projeto carregou o objetivo central de apresentar novas formas de se trabalhar a saúde urbana. As cidades participantes do programa concordaram em seguir uma série de sete etapas para a construção de meios urbanos saudáveis, como apresentado abaixo (ASHTON, 1992).

1. O estabelecimento de um grupo intersetorial de governança urbana, envolvendo grupos dos mais diferentes níveis, como departamentos municipais, movimentos sociais, empresários e

universidades, por exemplo, de forma a identificar problemas e direções a serem seguidas, e a tomar decisões coordenadas que venham a promover o bem público.

2. A formação de um grupo responsável pela coleta e análise de dados, produção de relatórios e recomendações para diferentes setores da sociedade. A coleta de dados locais é fundamental para a análise do projeto, para a partir de então analisar indicadores e estratégias adotadas, possibilitando a identificação de casos de sucesso e de atividades de baixo desempenho.

3. A construção de ligações entre a cidade e suas instituições educacionais, para que haja colaboração para a pesquisa e ensino de tópicos relevantes ao desenvolvimento de uma cidade saudável, criação de cursos de saúde pública e a introdução do estudo dos impactos na saúde a partir de diferentes áreas de estudo.

4. A produção de um diagnóstico comunitário, com foco nas inequidades de saúde, renda e qualidade de vida, entre diferentes bairros e diferentes classes sociais.

5. A geração de debates sobre a saúde pública, e o incentivo à participação popular, promovendo a proteção da saúde de forma consistente e duradoura. A criatividade municipal para envolver a mídia, museus, galerias, bibliotecas, escolas e parques é muito recomendada.

6. Intervenções para a redução de inequidades de saúde em diferentes setores, incluindo investimentos na infraestrutura urbana, a promoção de meios para a prática de atividade física e recreação para todas as idades, e de campanhas educacionais para a redução de acidentes no trânsito, no trabalho e nas residências, especialmente com crianças.

7. Análise, fornecimento de feedback e trocas de conhecimentos e de experiências, sendo para tal estimulado uma maior parceria entre universidades de diferentes cidades e países.

Além disso, as cidades escolhidas não tinham apenas metas a alcançar, e princípios a cumprir; deveriam compartilhar experiências entre si, aprendendo umas com as outras, repassando estas ideias e incentivando a sua adoção em meio a outras cidades de sua região (ASHTON; GREY; BARNARD, 1986). Assim, além de participarem como estudos de caso no projeto, muitas das cidades selecionadas deram origem a redes nacionais de *Healthy Cities*, paralelas à rede regional; *networks* secundárias que foram fundamentais para a propagação dos ideais das *Healthy Cities*.

De acordo com a própria OMS Europa, as Redes nacionais de cidades saudáveis são a espinha dorsal do movimento *Healthy Cities* (EUROPE, 2015). Elas fornecem apoio político, estratégico e técnico a seus membros, representam um recurso nacional e experiência em desenvolvimento de saúde e oferecem uma plataforma dinâmica para a advocacia de saúde pública nos níveis nacional e internacional. Cada rede nacional é única e desenvolve seus objetivos em resposta às necessidades de suas cidades membros, de acordo com os recursos disponíveis e dentro de seu próprio quadro cultural e legal. Se as redes regionais podem incentivar as boas práticas e compartilhar experiências e conhecimentos, as redes nacionais apoiam o desenvolvimento e implementação de estratégias nacionais para promoção da saúde, prevenção de doenças não-transmissíveis, meio ambiente e saúde, que ameaçam o potencial humano e desperdiça recursos em todos os setores da sociedade.

A cidade de Belfast, capital da Irlanda do Norte, foi designada como uma *Healthy City* no ano de 1988, juntamente com o segundo grupo de cidades da primeira fase. A evolução do projeto na cidade será acompanhada ao longo deste capítulo, que começou sua caminhada com o desenvolvimento dos seguintes projetos durante a primeira fase (CITIES, 2014): o desenvolvimento de um sistema de verificação de segurança no lar, que foi assumido por Câmara Municipal de Belfast em 1990 e continua a operar nos dias de hoje; o desenvolvimento de uma política de proteção às crianças, o que levou à adoção de uma declaração sobre as brincadeiras de criança; e um projeto de proteção à saúde dos viajantes.

Na segunda fase do programa das *Healthy Cities*, que durou de 1993 a 1997, 37 cidades participaram como estudos de caso. Depois de ter apresentado o projeto em sua primeira fase, os cinco anos desta fase foram centrados nas ações e políticas de planejamento urbano para a saúde; focados na implantação dos princípios e ideais já conhecidos de interdisciplinaridade na administração pública, de consideração da saúde em diferentes agendas políticas locais, na participação comunitária para atacar problemas reais, levando em consideração os determinantes socioeconômicos e ambientais da saúde pública (TSOUROS, 2015). 1992 foi marcado também pela Rio 92 e o crescimento do tema da sustentabilidade, que possui fortes vínculos com os princípios das *Healthy Cities*.

Para a cidade de Belfast,

“O objetivo principal da segunda fase foi trabalhar para o desenvolvimento de um plano de saúde pública, realizando consultas em toda a cidade. O programa Belfast *Healthy Cities*, através de uma série de parcerias, produziu

uma série de três documentos como base para a consulta, que juntos forneceram uma imagem da saúde na cidade e das prioridades dos seus cidadãos. Nesta fase, uma política de saúde das mulheres também foi produzida ... Um projeto de política de saúde para mulheres em Belfast foi publicado pelo *Women's Health Issue Group* em 1995.” (CITIES, 2014, p. 04, tradução nossa)²⁹.

Além do desenvolvimento do *City Health Plan Framework*, um dos objetivos desta fase, Belfast também iniciou uma série de incentivos para a adoção de conceitos da arquitetura sustentável.

“O prêmio de edifícios saudáveis foi projetado para incentivar construtores, arquitetos e engenheiros a produzir edifícios usando materiais sustentáveis, fornecendo ambientes internos saudáveis e seguros e prestando atenção na forma como edifícios influenciam a comunidade local. A competição foi organizada em 1992, 1994 e 1998 e promoveu o conceito de edifícios saudáveis.” (CITIES, 2014, p. 06, tradução nossa)³⁰.

A participação das cidades cresceu para 56 na terceira fase, de 1998 a 2002, representando 28 países da rede europeia da OMS. A ênfase da fase esteve na equidade, desenvolvimento sustentável e social, com foco no planejamento integrado para o desenvolvimento da saúde (EUROPE, 2016). Para alcançar tais objetivos, o programa investiu no desenvolvimento de planos municipais mais estratégicos de desenvolvimento da saúde, que abordassem as desigualdades na saúde, a pobreza, a exclusão social e as necessidades dos grupos vulneráveis. Ainda, era necessário que as cidades adotassem abordagens sistemáticas de monitoramento e avaliação para cumprir com o objetivo principal da terceira fase, de extrair lições, estudos de caso, histórias e ideias inovadoras dos esforços e experiências das cidades membros.

Em 1998, na 51ª edição da Assembleia Mundial da Saúde, foi discutido como o *Health for All* não é um objetivo final, e sim um alarde para a justiça social, com a divulgação dos princípios que podem melhorar a saúde global. A OMS deu então origem a uma nova proposta de saúde para todos, como que para reacender a importância da saúde pública de visão holística: a *Health 21*, englobando 21 objetivos para a saúde do século XXI (EUROPE, 1999).

²⁹ “The key goal of the second phase was to work towards developing a city health plan and consult on it widely in the city. Belfast Healthy Cities through a series of partnership groups produced a series of three documents as a basis for consultation, which together provided a picture of health in the city and people’s priorities. In this phase a women’s health policy was also produced”.

³⁰ “The healthy buildings award was designed to encourage builders, architects and developers to produce buildings that were constructed using sustainable materials, providing healthy and safe indoor environments and paid attention to how buildings influences the local community. The competition was organised in 1992, 1994 and 1998 and promoted the concept of healthy buildings”.

Retornando a Belfast, este processo levou ao desenvolvimento e publicação do programa *Planning for a Healthy City* em fevereiro de 2002, primeiro plano intersetorial de desenvolvimento da saúde urbana para a cidade de Belfast, que foi mais tarde utilizado como exemplo para planejamentos de estratégias de desenvolvimento da saúde em outros municípios da Irlanda do Norte. Com a experiência de realizar consultas públicas adquirida durante a segunda fase, Belfast identificou quatro temas estratégicos a serem trabalhados, que são: transporte, meio ambiente, planejamento e moradia urbana; informação integrada; aprendizados ao longo da vida e saúde mental; e a saúde dos jovens. As observações do plano foram fundamentais para a sua aplicação prática, através de ações comunitárias (CITIES, 2014).

A Conferência Internacional das *Healthy Cities*, em Belfast, 2003, marcou a conclusão da terceira fase das *Healthy Cities* e o lançamento da quarta fase. Com o tema “O Poder da Ação Local: 15 Anos de Experiência”, a conferência de Belfast atraiu mais de 800 delegados, de mais de 68 países de todo o mundo. Ofereceu assim um ponto de encontro para cidades, redes, agências e instituições que se preocupam com saúde, e uma plataforma para a discussão de temas intrínsecos à saúde, como a sustentabilidade, equidade, desenvolvimento urbano e capacitação da comunidade (TSOUROS, 2015). O evento concluiu com a adoção da Declaração de Belfast para Cidades Saudáveis, que delineou os princípios e os objetivos da quarta fase do programa Europeu e reforçou o compromisso político, destacando ainda os novos desafios e identificando maneiras pelas quais ações destinadas a promover a saúde urbana podem ser apoiadas pelos governos nacionais e OMS.

A quarta fase, de 2003 a 2008, inseriu novos objetivos específicos a serem abordados pelos membros da rede de *Healthy Cities*: o envelhecimento saudável, planejamento urbano saudável, avaliação dos impactos na saúde, e os benefícios da prática de atividades físicas e de se ter uma vida ativa (EUROPE, 2016). Esta foi uma fase que marcou o aumento da produção de estudos de impactos na saúde urbana; tendo como base as prioridades acima descritas, a cidade de Belfast também produziu outros dois estudos, Investindo em Indicadores de Saúde, e o Perfil da Saúde na Cidade de Belfast, uma das atividades propostas pela rede europeia para melhor acompanhar as respostas e avanços das atividades desenvolvidas (CITIES, 2014).

Na Reunião anual da Rede Europeia das Cidades Saudáveis da OMS em 2005, em Bursa, Turquia, foi abordado o tema da concepção de cidades mais saudáveis e seguras: o desafio do planejamento urbano saudável. No evento compareceram prefeitos e outros líderes de saúde

pública de mais de 50 membros da Rede Europeia de *Healthy Cities* da OMS, que representavam mais de 40 milhões de pessoas, e coordenadores das redes nacionais europeias de cidades saudáveis que representavam outras 1400 cidades. Apenas um mês após o furacão Katrina ter deixado um rastro de destruição em Nova Orleans, Estados Unidos, o tema de segurança e resiliência das cidades estava em alta, e Agis Tsouros destacou a vulnerabilidade das cidades e de seus moradores em meio a desastres ambientais.

Conselheiro Regional para as *Healthy Cities* e Governança Urbana na OMS/Europa, Tsouros ressaltou que muitas vezes os impactos de políticas diversas sobre a saúde aparecem apenas nestes cenários pós-catástrofes, quando os custos humanos e econômicos podem ser astronômicos. É por isso que a Rede Europeia das *Healthy Cities* promove e apoia a liderança e a responsabilidade da saúde urbana (TSOUROS, 2015), promovendo a saúde, ou seja, o bem estar das pessoas através de análises de potenciais impactos sobre a saúde, sejam estes positivos ou negativos. Os governos locais são o nível político em contato mais próximo com os cidadãos e seus problemas e que, portanto, podem estar mais facilmente levantando as reais necessidades de seus cidadãos, e buscando soluções sustentáveis para seus problemas através do planejamento urbano e de ações multi-setoriais.

A cidade de Bursa e as outras 65 cidades designadas para estudo de caso pela Rede Europeia de *Healthy Cities* em sua quarta fase haviam sido selecionadas com base no seu comprometimento político e de lideranças locais, e na Reunião, elegeram os maiores e mais persistentes problemas urbanos Europeus: segurança, acidentes de trânsito, consumo de tabaco e drogas, obesidade e estilos de vida sedentários, gravidez na adolescência, acesso a serviços públicos, apoio a todos os cidadãos e proteção dos grupos pobres e vulneráveis, como crianças, pessoas mais velhas e imigrantes. O encontro também explorou formas estruturais e comportamentais nas quais as cidades podem incentivar e promover a vida ativa.

No ano seguinte, a Reunião Anual da Rede Europeia das *Healthy Cities* teve sede em Turku, Finlândia, e como tema, os governos locais para o desenvolvimento da saúde (EUROPE, 2016). O encontro estava ligado à Presidência Finlandesa da União Europeia, e foi estruturado em torno de quatro vertentes temáticas: progresso e inovação em toda a Europa, implementando trabalhos sobre envelhecimento saudável, planejamento urbano saudável, avaliação de impacto na saúde e atividade física; tornando as cidades criativas, inclusivas e socialmente ativas; abordar as necessidades de saúde das pessoas migrantes; e desenvolver a base de evidências do trabalho urbano saudável em toda a Europa.

A quinta fase do programa ocorreu entre 2009 e 2013, e teve como tema central a liderança da cidade para a saúde, e a equidade da saúde em todas as políticas locais, marcando ainda os 20 anos do movimento das *Healthy Cities* na Europa. Para Belfast, equidade da saúde esteve sempre como uma prioridade, mas outros temas complementares foram pauta das políticas públicas da cidade: melhores resultados para crianças, ambientes urbanos saudáveis e impactos das mudanças climáticas para a saúde urbana. Trabalhos sobre o bem-estar começaram a ser desenvolvidos e permaneceram uma preocupação ao longo dos anos subsequentes. Desde 2009 Belfast *Healthy City* tem desempenhado um papel central na rede, como Secretária da Rede Europeia de Cidades Saudáveis (CITIES, 2014).

O lançamento da fase ocorreu com a Conferência Internacional de *Healthy Cities* em 2008, em Zagreb, Croácia (EUROPE, 2009), que proporcionou um rico fórum para debater e dar forma a visões e planos para o futuro, e foi de grande importância para compartilhar resultados, obter conhecimento e estabelecer contatos, além de promover a conscientização e estimular o debate sobre questões emergentes com implicações significativas para a saúde pública e a ação local. Entre os tópicos especiais que deram origem à Declaração de Zagreb (2009) encontram-se:

- Saúde na agenda das cidades: liderança e governança, parcerias, gerenciamento de mudanças e inovação, redes, diplomacia da cidade e cidades como agentes globais de mudança, avaliação de impacto na saúde;
- Equidade e participação: tolerância, solidariedade, inclusão, pobreza, cidadania ativa, capacitação, acesso aos cuidados e apoio a grupos vulneráveis, idosos, crianças, migrantes;
- Vida saudável: vida ativa, atividade física, nutrição, lazer e internet, obesidade, tabaco, álcool, drogas, HIV / AIDS, doenças crônicas, saúde mental, lesões, deficiência, configurações saudáveis, marketing social;
- Planejamento urbano saudável: design urbano, habitação, resiliência urbana, transporte, saúde ambiental, mudanças climáticas, emergências de saúde pública;
- Desenvolvimento urbano: qualidade de vida e segurança, desenvolvimento econômico e capacidade de vida, felicidade e criatividade, globalização;

Em 2009 foi a vez de Viana do Castelo, em Portugal, sediar a Reunião Anual da Rede Europeia das *Healthy Cities*, encontro que teve como tema a luta pela equidade na saúde em todas as políticas locais. Viana do Castelo organizou a primeira conferência técnica integrada do encontro anual das *Healthy Cities* e das redes nacionais de *Healthy Cities* (TSOUROS, 2015). Já em sua quinta fase, a rede contava com cerca de 90 cidades membros ou em processo de adesão, 30 redes nacionais Europeias, impactando no total mais de 14 mil cidades no continente (EUROPE, 2016).

O movimento das cidades saudáveis em seus vinte anos de história na Europa acumulou ampla experiência em algumas das áreas mais desafiadoras da saúde pública, incluindo cooperação intersetorial e planejamento integrado para a saúde e desenvolvimento sustentável. A reunião abordou questões de gestão, coordenação e parceria, que são cruciais para se alcançar bons resultados, e promoveu sessões de aprendizagem focadas no gerenciamento de projetos de *Healthy Cities*, advocacia, marketing social e diplomacia da cidade. Dois tópicos selecionados para discussão foram: o que os líderes locais podem fazer pela saúde em meio à crise financeira global, e as implicações da crise para a saúde pública.

Em 2010, a Reunião Anual da Rede Europeia das *Healthy Cities* ocorreu em Sandnes, Noruega, ano em que a ONU teve a urbanização saudável como tema do Dia Mundial da Saúde. Para o encontro das cidades Europeias foi escolhido o tema das cidades ocultas, levantando a necessidade de se buscar a inclusão social nas cidades. Esta foi uma reunião conjunta entre a Segunda Conferência Empresarial e Técnica Anual da Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS e da Rede de Redes Nacionais Europeias de Cidades Saudáveis na quinta fase. A conferência abordou a equidade em saúde nas cidades, governança urbana e participação dos cidadãos, a formação de ambientes de suporte à vida saudável e a conexão da agenda internacional de saúde pública às agendas urbanas (EUROPE, 2016).

Chegando a contar com 400 participantes, a Conferência de Sandnes forneceu orientação técnica adicional sobre como abordar os temas centrais, apresentou estudos de caso selecionados e teve sessões de ensino sobre temas selecionados. A governança urbana e a cidadania ativa e participativa foram postas como fundamentais à garantia da equidade em saúde e à observação dos determinantes socioeconômicos e ambientais da saúde. Cinco foram os tópicos selecionados para discussões especiais: a condição urbana global e eventos globais de urbanização e saúde; o Tratado da União Europeia de Lisboa, que entrara em vigor em dezembro de 2009; *feedback* da Conferência das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas

em Copenhague, Dinamarca (COP 15) em dezembro de 2009 e da Quinta Conferência Ministerial sobre Meio Ambiente e Saúde em Parma, Itália, em março de 2010; lições aprendidas com a pandemia de H1N1; e a estratégia global da OMS sobre o uso prejudicial do álcool, a ser aprovada em 2010.

Liège, na Bélgica, sediou a Reunião Anual de 2011. A declaração de Liège foi um dos principais resultados desta conferência, pois incluiu a consulta inicial com os governos locais sobre a nova política Europeia de saúde e bem estar, a *Health 2020* (EUROPE, 2012). Esta foi a terceira Conferência Empresarial e Técnica Anual da Rede Europeia das *Healthy Cities*, contando com 110 cidades comprometidas e das 30 Redes Nacionais Europeias de *Healthy Cities*, que representavam mais de 1500 cidades no continente. Três foram os temas centrais da conferência: governança para a saúde a nível local; primeira consulta com os governos locais sobre a nova política de saúde para a Região Europeia da OMS – a *Health 2020*; e trabalho sobre os temas fundamentais da quinta fase.

No final de outubro de 2012, ano em que o tema da OMS foi o “Envelhecimento ativo: boa saúde acrescenta vida aos anos”, foi realizado o lançamento oficial da *Health 2020*, política comum Europeia em prol da saúde, com o objetivo de guiar as políticas nacionais e locais de saúde até o ano de 2020 (TSOUROS, 2015). Este novo guia de governança da saúde responde às mudanças demográficas e epidemiológicas registadas na Europa, através da identificação de 4 prioridades: investir na saúde de todas as faixas etárias e no empoderamento das pessoas; enfrentar os principais desafios entre as doenças não comunicáveis e comunicáveis, e os fardos da doença; fortalecer os sistemas nacionais de saúde, incluindo o monitoramento das condições de saúde e sua preparação a quadros emergenciais; e criar comunidades resilientes.

A *Health 2020* está baseada em evidências científicas, resultados de anos de monitoramento e estudos regionais. Seus objetivos são interdependentes e requerem uma governança hierárquica, dispersa e participativa, para tornar a saúde e o bem estar possíveis para todos. Destaca ainda que uma boa saúde é vital para o desenvolvimento econômico e social e apoia a recuperação econômica das nações, detalhando as formas em que a saúde beneficia a todos, e fornecendo aos políticos um caminho estratégico, um conjunto de prioridades e uma série de sugestões sobre o que funciona para melhorar a saúde, como abordar as desigualdades na saúde e garantir a saúde das gerações futuras (EUROPE, 2012). Ao levar em consideração os contextos socioeconômicos da região Europeia, o programa foi adotado pelos 53 Estados

membros da Região Europeia da OMS, durante a sexagésima segunda sessão do Comitê Regional da OMS para a Europa em setembro de 2012.

Em 2013, a Reunião Anual das *Healthy Cities* retornou à Turquia, desta vez a Izmir, sob o tema da inovação através da liderança comunitária e da governança para a saúde e bem estar. Este tema foi explorado através de três vertentes principais: saúde em todas as políticas locais; construção de comunidades resilientes; e considerando as implicações de novas evidências convincentes sobre a economia da saúde pública (EUROPE, 2016). Promoveu o fechamento e avaliação da quinta fase, com base nas evidências mais recentes e experiências de cidades de toda a Europa, e o lançamento das propostas para a sexta fase. E, se as *Healthy Cities* ajudaram a moldar a *Health 2020*, este pacto social também passou a orientar as *Healthy Cities* ao longo de sua próxima fase.

A Conferência também se baseou no resultados e conclusões da 8ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que promoveu a saúde em todas as políticas, e foi realizado em Helsinque, Finlândia, um mês antes da Conferência das *Healthy Cities*. Seus principais objetivos foram: compartilhar e aprender com as melhores evidências disponíveis, com abordagens inovadoras, governança inteligente, a equidade da saúde e o bem estar nos níveis local e regional; ampliar a compreensão sobre as consequências das medidas de austeridade, em meio a qual a saúde fica mais vulnerável, focando assim nas oportunidades para fortalecer a saúde pública e investir em comunidades resilientes; e explorar mecanismos para estabelecer o diálogo com o setor privado.

Como exposto, portanto, a sexta fase das *Healthy Cities* foi muito centrada na implementação da *Health 2020* a nível local, com forte ênfase nos papéis do governo e da sociedade. Com duração de 2014 a 2018, esta última fase esteve focada na inovação, liderança e governança para a saúde e bem estar, objetivando assim melhorar a saúde para todos, reduzir as desigualdades da saúde urbana e aperfeiçoar a liderança e governança participativa para a saúde (EUROPE, 2012). Permanece também o debate sobre como melhor avaliar os avanços da saúde em decorrência da aplicação dos princípios do programa, preocupação esta que é crescente desde a terceira fase, uma vez que sem resultados o projeto sofre o risco de perder apoios.

O primeiro ano desta sexta fase foi marcado pela Conferência Internacional de *Healthy Cities*, em Atenas, Grécia, em 2014. A Conferência marcou os 25 anos do movimento Europeu

e global das *Healthy Cities*, uma das iniciativas de saúde pública internacionais mais prósperas e duradouras. Mais uma vez, os participantes tiveram na conferência amplas oportunidades para compartilhar experiências e usar essas trocas como base para refletir e aprender com a riqueza de soluções inovadoras de centenas de cidades em toda a Europa e em todo o mundo; permitiu que líderes políticos, profissionais de saúde e ativistas moldassem suas visões para o futuro, renovassem e revigorassem seu compromisso com a saúde, o desenvolvimento sustentável e o movimento das Cidades Saudáveis (TSOUROS, 2015).

Os objetivos da Conferência foram demonstrar a importância das ações para melhorar a saúde e o bem-estar nos níveis local e urbano; explorar o papel fundamental dos governos locais e as implicações da liderança local e da governança para a saúde; compartilhar as boas práticas inovadoras das cidades saudáveis e comunidades saudáveis em todas as regiões da OMS; e compartilhar visões e fortalecer o compromisso com a saúde e a alta qualidade de vida nas cidades (EUROPE, 2012). Em meio a tantas sessões de importantes temas, algumas chamaram a atenção desta presente monografia:

- Em "O poder da diplomacia da cidade", de Michele Acuto, diretora da *University College of London*, foi explorada a diplomacia da saúde da cidade como um elemento emergente, identificando questões e áreas em que os líderes das cidades podem influenciar o desenvolvimento global saudável e sustentável.

- Em "Criar cidades conscientes, inteligentes e saudáveis", Maged Kamel Boulos, professor e presidente da *Alexander Graham Bell Center for Digital Health*, expôs como a tecnologia da informação poderia auxiliar a melhorar o nível de saúde na cidade, o que pode, no entanto, afetar o nível de proteção de privacidade dos cidadãos.

- Em "Cidades inteligentes e inovadoras criam cidades felizes e resilientes", Christine McLaren, jornalista, pesquisadora e fundadora da *Discourse Media*, Vancouver, falou sobre a cidade feliz e a transformação de nossas vidas através do design urbano. Destacou ainda que para alcançar a felicidade, não é suficiente apenas cobrir as necessidades básicas da vida, como comida, abrigo e segurança, mas garantir aos cidadãos a sensação de domínio sobre suas próprias vidas, através também da contribuição para uma vida mais social, preocupação esta que é natural ao desenvolvimento humano.

A sessão de encerramento da conferência foi presidida por Giorgos Patoulis e Agis Tsouros, e contou com uma intervenção de Graham Alabaster, consultor principal do Programa das

Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (UN-Habitat), sendo então apresentada a Declaração de Atenas para as *Healthy Cities*, declaração política com os compromissos de ação para a sexta fase. Tem-se aqui um exemplo da interdisciplinaridade das *Healthy Cities*, a união de diferentes programas da ONU que possuem objetivos não apenas semelhantes, mas também interdependentes.

As escolhas políticas na formação de uma *Healthy City* voltaram a ser tema central na Conferência Anual Empresarial e Técnica da Rede Europeia de *Healthy Cities* e Redes Nacionais Europeias de *Healthy Cities*, em Kuopio, Finlândia, em 2015. A conferência contou com a participação de 302 representantes de 65 cidades e 17 redes nacionais, totalizando 302 participantes de 33 países. Uma característica especial da conferência foi dedicar um tempo significativo para o treinamento de atores principais das cidades, de forma a estarem capacitados a defenderem questões prioritárias, como a diplomacia da cidade para a saúde e o alcance de outros setores; equidade, resiliência e curso de vida, com foco especial na saúde das mulheres e das pessoas idosas; e planejamento urbano saudável, inovação e tecnologia urbana, com foco especial na promoção de atividades comunitárias e da vida ativa em geral.

Em março de 2017, foi a vez de Pécs, na Hungria, sediar a Conferência Anual das *Healthy Cities*, que representou a reunião final da sexta fase do projeto das *Healthy Cities*, com análise da mesma e preparação para a próxima fase de *Healthy Cities* (EUROPE, 2016). O tema central foi a construção de cidades saudáveis, inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis, com equidade e governança integrada entre estes cinco elementos. Subtemas como o transporte, meio ambiente e saúde, a saúde dos migrantes e refugiados, o envelhecimento saudável, e o pleno desenvolvimento das crianças, representaram os principais desafios pelos quais o continente Europeu vem passando, que afeta no desenvolvimento das cidades e no bem estar dos cidadãos europeus.

A conferência de Pécs trouxe também os preparativos para a sétima fase do programa Europeu das *Healthy Cities*, que terá duração de 2018 a 2022, e marcará os 30 anos da Rede Europeia de *Healthy Cities*. Em meio a problemas socioeconômicos e de segurança internacional, a região Europeia da OMS não abandonou a busca por cidades saudáveis e pela melhoria na qualidade de vida, podendo hoje ser considerado um dos programas mais efetivos e duradouros em saúde pública de todo o mundo. Na conferência de Pécs, estiveram presentes delegações de membros das *Healthy Cities* da rede (e de cidades interessadas), delegações das

redes nacionais de *Healthy Cities*, assim como especialistas em saúde pública e desenvolvimento sustentável e conselheiros da OMS.

A próxima conferência internacional das *Healthy Cities* está programada para ocorrer em Belfast, 2018, marcando o início de uma nova fase.

5. DE PROGRAMA REGIONAL A MOVIMENTO GLOBAL

“Pense globalmente, aja localmente” (LAWRENCE; FUDGE, 2009, p. 114, tradução nossa)³¹.

O século XXI é o século da cidade, com a população mundial agora vivendo predominantemente em áreas urbanas. O meio urbano pode oferecer melhores oportunidades de trabalho e ensino, serviços médicos, direitos políticos e de gênero, habitações mais acessíveis e direito à expressão cultural, política e religiosa (CORBURN, 2015). Mas infelizmente, uma cidade sem a gestão adequada em prol da saúde torna-se um centro propagador de doenças, de exploração e desigualdades socioeconômicas.

Ao longo dos anos 1970, agências internacionais concentraram seus esforços no combate à pobreza no meio rural. Saúde pública era tida como uma iniciativa rural, o que no início dificultou a formação de pesquisas e projetos que focavam na saúde pública de zonas urbanas, uma vez que os moradores das grandes cidades eram considerados favorecidos por terem acesso a serviços de saúde, e portanto, muitos funcionários da própria ONU eram relutantes ao desenvolvimento de suas atividades em áreas urbanas.

Em 1983, em uma reunião entre a OMS e a UNICEF, ficou acordado que as duas organizações deveriam agir também em bairros carentes de centros urbanos, principalmente dos países em desenvolvimento. As cidades ainda não tinham um programa próprio, mas já foi uma vitória a formação do Programa RUD - Programa da Saúde Ambiental em meios de Desenvolvimento e Acomodação Rural e Urbana (KENZER, 1999).

A partir de 1987, a disseminação do conhecimento foi um dos pontos fundamentais para a formação e evolução de redes de cidades saudáveis por todo o mundo. Para isto, materiais acadêmicos foram desde então produzidos e disponibilizados, incluindo *background papers*, fontes e pesquisas básicas, estudos de caso, detalhamento de planos de saúde urbana, desenvolvimento de programas modelo, livros e relatórios, essencialmente na Europa e no Canadá. O programa contou assim com o apoio de universidades Europeias, como a Universidade de Liverpool, Reino Unido, e a *Nordic School of Public Health in Goteborg*,

³¹ “Think Globally – Act Locally” – Slogan da Declaração do Rio.

Suécia; além de grupos de pesquisa independentes, como o *Center for Global Healthy Cities*, da *UC Berkley* (ASHTON, 1992).

Outro fator determinante para a formação das *Healthy Cities* foi o reconhecimento, em cidades da Europa e América do Norte, de que as medidas de saúde pública convencionais, focadas na prevenção ou tratamento de doenças específicas, não estavam sendo capazes de lidar com novos riscos de saúde, como violência e acidentes automobilísticos, ou ainda, com as causas da baixa qualidade em saúde, incluindo a pobreza (KENZER, 1998). Esta percepção impulsionou o projeto das *Healthy Cities*, que, como tratado no capítulo anterior, teve seus primeiros passos em solo canadense, mas logo tomou conta do território europeu, de cidades e populações mais antigas, e portanto, que viram nos princípios de uma cidade saudável a possibilidade de se modernizar e buscar maior bem estar de todos os habitantes.

E foi realmente em meio aos países mais desenvolvidos do mundo que a ideia vingou. Em 1991, *Healthy Cities* foi subtema das Discussões Técnicas da Assembleia da OMS. O evento foi uma grande oportunidade para discutir o potencial das *Healthy Cities* em países em desenvolvimento, assim como durante a Terceira Conferência de Promoção da Saúde, em Sundsväl, Suécia. Com o passar dos anos, as *Healthy Cities* ganharam visibilidade no meio internacional, principalmente em meio aos setores médicos, de urbanistas e planejadores urbanos, e passaram a atrair a atenção de mais municípios.

Em 1992, quando ocorreu o 7º Simpósio Anual Europeu sobre *Healthy Cities*, compareceram 465 delegados, de 92 cidades e 30 países. Sediado pela OMS Europa, em conjunto com a cidade de Copenhague e o Ministério da Saúde Dinamarquês, o evento marcou o fim do primeiro ciclo de *Healthy Cities*. O projeto já contava então com 35 cidades-projeto na Europa, 18 grupos de *Healthy Cities* nacionais, quase 400 cidades em toda a Europa, 700 cidades com a América do Norte e Austrália, e um interesse crescente por parte de cidades de nações em desenvolvimento.

Este interesse foi atendido já no ano seguinte, com a execução da Primeira Conferência Internacional sobre Cidades e Comunidades Saudáveis. Organizada em São Francisco, EUA, por Len Duhl, referência sobre o tema no país, a conferência atraiu quase 1400 participantes de várias nações, estimulando novos programas em todo o mundo. Grupos nacionais se desenvolveram em países como o Irã, Arábia Saudita, Egito, Yemen, Tunísia e Marrocos, e grupos regionais foram criados na África, Sudeste Asiático e Oeste do Pacífico. Sem contar

com Israel, desde o início ativo no projeto, em meio à sede regional da OMS na Europa (HANCOCK, 1997).

Em 1994, no Encontro Internacional de Cidades Saudáveis, em Helsinki, o projeto passou a ter ares de movimento, contando com a participação de 10 grupos nacionais de *Healthy Cities*, sendo dois destes da Austrália e Canadá, e o restante de países Europeus. Mais tarde, no mesmo ano, o movimento atraiu o interesse de outros municípios, que tiveram a oportunidade de apresentar estudos de caso na Segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Adelaide, Austrália.

Um número maior de países em desenvolvimento começou então a usar dos recursos e estratégias de sucesso em meio ao programa das *Healthy Cities*, para construir seus próprios programas. Sucesso de certa forma mais evidente pela repercussão do programa e de seus ideais, pois uma avaliação prática permanece sendo um tema a ser melhor elaborado. Estratégias são individuais, mas seguem princípios básicos. Os programas de maior sucesso apresentam o comprometimento de um comitê local, objetivos claros, autonomia de elaborar políticas públicas, uma gama de atores interdisciplinares e um processo para a institucionalização do programa. Por sua vez, faltam maiores recursos financeiros e de tempo para a realização de avaliações de saúde entre países em desenvolvimento, o que compromete o planejamento de um programa de sucesso (LAWRENCE; FUDGE, 2009).

O movimento das *Healthy Cities* da OMS se internacionalizou desde a sua criação em 1986. Por ocasião do Dia Mundial da Saúde, em 1996, que adotou o tema "Cidades saudáveis para uma vida melhor", centenas de cidades em todo o mundo estiveram de alguma forma ligadas a redes de cidades saudáveis (TSOUROS, 2015). Esta tornou-se uma plataforma importante para alcançar a saúde e o desenvolvimento sustentável em muitas partes do mundo, já que as cidades estão frequentemente na vanguarda da inovação, com governos locais e sociedades urbanas liderando esforços para melhorar as condições diárias de suas vidas.

Naturalmente, os maiores desafios enfrentados em termos de saúde pública a nível mundial estão em países em desenvolvimento, dentre os quais se destaca o continente Africano. A Conferência Internacional do Meio Ambiente e Saúde na África, realizada em 1997 em Pretória, África do Sul, enfatizou a necessidade de utilizar abordagens intersetoriais, tendo então desembarcado o projeto das *Healthy Cities* em solo africano (GETHING, 2002). Um manual com o histórico do projeto, orientações e exemplos de iniciativas foi desenvolvido após

o primeiro *Workshop* Regional de *Healthy Cities*, em 1999, de forma a incentivar a implantação dos princípios de uma cidade saudável, e a melhor suprir as necessidades de grupos vulneráveis em crescentes centros urbanos.

Na Região das Américas, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), sede regional da OMS, é responsável por fortalecer os esforços para promover o movimento das Cidades Saudáveis, no continente conhecidas como Municípios, Comunidades ou *Ciudades Saludables*. O continente conta hoje com a *Herramienta para la Acción de Ciudades Saludables*, site que concentra uma série de informações sobre o tema, incluindo orientações para o desenvolvimento de uma cidade saudável: envolver, para difundir os ideais do tema; análise da situação local, com o levantamento dos desafios enfrentados; formulação de um plano para o enfrentamento dos problemas então selecionados; colocar em prática o plano de ação; avaliar os resultados do plano, focando nos processos; e comunicar e celebrar, não perdendo assim o espírito latino (PAHO, 2017).

Os fundamentos de uma cidade saudável se mantêm, sendo essencial o forte engajamento social para garantir a efetividade do projeto e sua sustentabilidade. Uma vez decidido pela implantação do projeto, é firmado um compromisso entre o prefeito, o governo local (todos os setores), os representantes e as pessoas (líderes comunitários, representantes de grupos comunitários e organizações). Sem dúvida, é necessário continuar a fortalecer a participação da comunidade nas fases de planejamento e avaliação. A OPAS destaca ainda a necessidade de estar atento aos riscos de manipulação de partidos políticos e desenvolver habilidades para gerenciar conflitos que podem surgir como resultado de divergências ideológicas, sem deixar de aceitar a participação de representantes locais dos mais variados pensamentos sociais e políticos.

Cada programa deve também evitar o controle excessivo do setor de saúde e a utilização unicamente de medidas médicas de saúde pública, sendo necessário construir consensos e alianças entre o setor da saúde e demais setores que influenciam e são influenciados pelos determinantes socioeconômicos da saúde (PAHO, 2017). Os esforços globais e regionais para promover o movimento das Cidades Saudáveis estão sendo revitalizados. Alguns dos mais recentes marcos deste compromisso são a Declaração de Santiago na Região das Américas e globalmente, a Declaração de Xangai.

Em julho de 2016, prefeitos de cidades do Chile, Equador, Peru, Guatemala, Cuba, Brasil, Argentina, México, Haiti, Colômbia, Guiana e Paraguai se encontraram em Santiago do Chile em um fórum de prefeitos em preparação para a 9ª Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, o Fórum Pré-Prefeitos: Caminho para Xangai. Nesta ocasião eles redigiram e assinaram uma declaração política em que eles declararam seu compromisso de reativar o movimento de Cidades saudáveis (PAHO, 2017).

Em novembro de 2016, prefeitos de todo o mundo se encontraram em Xangai, na China, na 9ª Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde da OMS, sob o forte slogan: *Health for All and All for Health* (WHO, 2017). Nesta reunião, prefeitos de todas as partes do mundo assinaram compromissos para praticar a boa governança para a saúde, adotando uma abordagem de ambientes saudáveis e promovendo a alfabetização em saúde. Houve então novo reconhecimento de que as cidades, por serem os lugares onde o planejamento e a elaboração de políticas são mais próximos das comunidades, são fundamentais para o alcance das Metas de Desenvolvimento Sustentável, e para o empoderamento e maior equidade das condições de vida entre todos os cidadãos.

A China, por sinal, com a maior população mundial, e já em maior parte morando em cidades, possui um papel fundamental para a difusão dos valores de uma cidade saudável e para o alcance das metas de desenvolvimento sustentável de 2030. O país tem investido pesadamente em melhor infraestrutura, e em meios de controle da poluição, principalmente após ter sofrido com o aumento de gastos com tratamentos médicos, resultante da rápida e forte industrialização, e mudança nos estilos de vida. Devido ao enorme crescimento econômico das últimas décadas, conseguiu também tirar milhares de cidadãos da linha da pobreza.

Em 1989 a China lançou o Projeto Nacional de Cidades Higiênicas, para melhorar a infraestrutura física e o ambiente das cidades; e desde 2007, foram lançadas 10 cidades saudáveis piloto na China, incluindo em Xangai e Pequim (WPR, 2017). Essas cidades implementaram uma série de intervenções em colaboração com diferentes setores, focados em restrições das áreas de fumo, incentivo a estilos de vida saudáveis, promoção de maior segurança rodoviária e de maior acesso a mercados saudáveis. O Governo está ainda em processo de elaboração de uma política nacional de cidades saudáveis para levar a iniciativa a todas as cidades da China, que deve ser apoiada por um conjunto de metas e indicadores para monitorar e avaliar o progresso das cidades participantes.

Na região do Pacífico Ocidental, cerca de 54% da população vive em zonas urbanas (2014), sendo 93% da população total do Japão, 71% na Mongólia, 54% na China e 53% em Fiji. Embora a taxa de crescimento populacional esteja em declínio na Ásia e principalmente na Oceania, onde a taxa de urbanização tem sido mais estável, a população urbana continua a aumentar. A Região do Oeste do Pacífico é agora o lar de 9 das 28 megacidades do mundo, com populações de mais de 10 milhões de pessoas, em comparação com apenas três megacidades em 1990. O estabelecimento da *Alliance for Healthy Cities* em 2003 proporcionou um novo impulso para cidades saudáveis dentro da região e levou uma abordagem mais padronizada para o movimento das cidades saudáveis (WPR, 2016).

No ano de 2000, a ONU convidou a sociedade civil e governos a olhar com atenção alguns desafios que o planeta enfrentava, buscando que todos se engajassem em prol dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, ou seja, metas a serem atingidas até o ano de 2015. Foram destacados 8 objetivos: acabar com a fome e a miséria; educação básica de qualidade para todos; igualdade entre os sexos e valorização da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater a AIDS, a malária e outras doenças; qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; e todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento (WHO, 2005). Destaca-se que os objetivos ou são de saúde ou estão ligados à promoção da saúde, como nos casos da promoção da educação e trabalho a todos, fundamentais para uma vida de qualidade, digna e em prol do desenvolvimento.

Pode-se dizer que houve melhora nos objetivos acima apresentados, mas que muito ainda pode ser feito pela melhoria da qualidade de vida e desenvolvimento mundial, motivo pelo qual ao final do prazo estabelecido, ou seja, em 2015, foi apresentada a agenda pós 2015. Mais uma vez, a sociedade mundial foi convidada a se mobilizar para novos desafios a serem trabalhados nos próximos 15 anos. Assim, o secretário-geral das Nações Unidas, Ban Ki-moon, apresentou aos Estados-membros das Nações Unidas um relatório-síntese sobre o trabalho desenvolvido até então para a definição e negociação da agenda pós-2015, que introduz os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, de forma a guiar o desenvolvimento global (HILL et al, 2014, LAWRENCE; FUDGE, 2009).

A presença do tema saúde global em meio aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável permanece, como era observado entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; mas desta vez, são apresentados em maior número e de forma mais clara e direta. De 8 metas passaram a 17, estabelecendo uma visão para um mundo livre de pobreza, fome, doenças e vícios, todos

temas da saúde pública moderna. O Quadro 5 inclui os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, conforme adotado pelos líderes mundiais, em setembro de 2015.

Quadro 5: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

1. Erradicação da pobreza	10. Redução das desigualdades
2. Fome zero e agricultura sustentável	11. Cidades e comunidades sustentáveis
3. Boa saúde e bem-estar	12. Consumo e produção responsáveis
4. Educação de qualidade	13. Ação contra a mudança global do clima
5. Igualdade de gênero	14. Vida na água
6. Água potável e saneamento	15. Vida terrestre
7. Energia acessível e limpa	16. Paz, justiça e instituições eficazes
8. Trabalho decente e crescimento econômico	17. Parcerias e meios de implementação
9. Indústria, inovação e infraestrutura	

Fonte: WHOa, 2017. Elaborado pela autora.

O objetivo 3, "Boa saúde e bem-estar", apela aos países para garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar em todas as idades, sendo dividido em diferentes subcategorias, de forma a ser mais específico, e portanto, mais prático de ser compreendido, almejado e contabilizado. Foi pensado em aqui expor as metas e indicadores deste objetivo, que está diretamente ligado à saúde pública, mas focar em suas metas e indicadores seria de certa forma como ignorar todo o estudo de determinantes socioeconômicos da saúde e os objetivos do programa das *Healthy Cities*. Pois afinal, todos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são interdependentes, complementando uns aos outros na busca pelo real desenvolvimento humano global. Vale aqui o destaque para a necessidade de prestação de contas (accountability), ou seja, do acompanhamento dos indicadores e sua evolução, favorecendo assim a tomada de decisão governamental e a comparação internacional e entre cidades (GHOb, 2017).

5.1. *The burden of disease*

Se é importante contabilizar a evolução dos indicadores socioeconômicos e ambientais, na busca por políticas urbanas mais focadas, no estudo e comparações de medidas governamentais tomadas, é muito interessante analisar o projeto da OMS, “*Global Burden of Disease*”, em português o fardo global da doença, que contabiliza as perdas de tempo de vida gastos em estados menores do que em saúde plena (WHO, 2009). O objetivo deste projeto da OMS segue em harmonia com o projeto das *Healthy Cities*, uma vez que objetiva o alcance de vidas mais longas e mais saudáveis, com melhor bem-estar, e não apenas a diminuição de indicadores de mortalidade.

O mecanismo de cálculo é o DALY, ou *disability-adjusted-life-year*, em uma combinação de anos perdidos com mortes prematuras e anos perdidos com limitações geradas por sequelas de doenças (GHE, 2017). O primeiro relatório foi divulgado em 1990, e trouxe estimativas de perdas de tempo decorrentes de mais de 100 doenças, acidentes e fatores de risco, divididos por idade, gênero e região. O estudo foi atualizado para os anos de 2000-2002, para os quais foi incluída uma extensa análise da mortalidade e morbidade causados por 26 fatores de risco globais. Estes são uma mistura de fatores ambientais, comportamentais e psicológicos, responsáveis pela maior parte dos riscos de saúde, especialmente quando combinados.

Tabela 1: Perdas de Saúde DALY

	2015	2000
População (milhões)	7,344,362	6,122,410
Causas de morte		
Todas as causas	2,668,295,388	2,805,625,771
Infecções, maternas e condições nutricionais	829,418,902	1,231,170,270
Doenças não transmissíveis	1,546,428,206	1,282,772,860
Lesões, acidentais ou violentas	290,666,747	289,886,371

Fonte: Global Health Estimates, 2016. Elaborado pela autora.

Trabalhando apenas para combater 5 destes fatores de risco seria possível aumentar em 5 anos a expectativa mundial: baixo peso/desnutrição infantil, sexo inseguro, abuso de álcool, falta de água potável, de condições sanitárias e de higiene básica, e hipertensão. Determinantes da saúde que foram tratados ao longo desta pesquisa, muito conhecidos, porém ainda muito em falta para grande parte da população mundial. Juntos, são responsáveis por ¼ das mortes no

mundo, de acordo com o relatório da OMS *Global Health Risks* (WHO, 2009). Oito fatores de risco são agentes causadores de mais de 75% dos casos das doenças cardíacas coronárias, como o infarto, líderes das causas de morte no mundo. É importante ressaltar que mais de um fator comumente resulta em um problema de saúde, mas que, ao focar em reduzir um fator de risco apenas, uma série de doenças podem ser prevenidas.

Subsequentemente, foram até hoje concluídas novas análises sobre os anos de 2004, 2010 (que combinou dados dos anos 1990, 2005 e 2010) e por último, um comparativo 2000-2015. O grande objetivo dos relatórios *The Global Burden of Disease* e *Global Health Risks* é contribuir para o acompanhamento da real situação da saúde das populações de todo o mundo, e com isso, auxiliar na identificação de prioridades e consequente formação de planos de ação governamentais de combate a doenças e melhorias nas condições de saúde da população, assim como avaliar a eficiência dos sistemas de saúde nacionais. Neste momento, este projeto de pesquisa não visa realizar uma análise detalhada deste projeto, mas sim expor algumas das conclusões alcançadas para avaliar a evolução das condições de saúde no mundo.

Tabela 2: As 20 Maiores Causas de Mortes Globais

2015				2000			
	Causa	Mortes (000s)	% do total de mortes		Cause	Mortes (000s)	% do total de mortes
0	Todas as causas	56,441	100.0	0	Todas as causas	52,135	100.0
1	Doença isquêmica do coração	8,756	15.5	1	Doença isquêmica do coração	6,883	13.2
2	Acidente vascular cerebral	6,241	11.1	2	Acidente vascular cerebral	5,407	10.4
3	Infecções respiratórias inferiores	3,190	5.7	3	Infecções respiratórias inferiores	3,408	6.5
4	Doença pulmonar obstrutiva crônica	3,170	5.6	4	Doença pulmonar obstrutiva crônica	2,953	5.7
5	Cânceres de traqueia, pulmão e bronco	1,695	3.0	5	Doenças diarreicas	2,177	4.2
6	Diabetes	1,586	2.8	6	Tuberculose	1,667	3.2
7	Alzheimer e outras demências	1,542	2.7	7	HIV/AIDS	1,463	2.8
8	Doenças diarreicas	1,389	2.5	8	Complicações de parto prematuro	1,340	2.6
9	Tuberculose	1,373	2.4	9	Cânceres de traqueia, pulmão e bronco	1,255	2.4
10	Acidentes automobilísticos	1,342	2.4	10	Asfixia e trauma de nascimento	1,120	2.2
11	Cirrose	1,162	2.1	11	Acidentes automobilísticos	1,118	2.2
12	Doenças renais	1,129	2.0	12	Diabetes	958	1.8
13	HIV/AIDS	1,060	1.9	13	Cirrose	905	1.7
14	Complicações de parto prematuro	1,058	1.9	14	Malária	859	1.7
15	Hipertensão	942	1.7	15	Auto-mutilação	748	1.4
16	Câncer de fígado	788	1.4	16	Sarampo	739	1.4
17	Auto-mutilação	788	1.4	17	Câncer de estômago	739	1.4
18	Câncer de cólon e reto	774	1.4	18	Doenças renais	709	1.4
19	Câncer de estômago	754	1.3	19	Anomalias congênitas	687	1.3
20	Asfixia e trauma de nascimento	691	1.2	20	Câncer de fígado	662	1.3

Fonte: Global Health Estimates, 2016.

Uma leitura de tais dados auxilia na avaliação do programa das *Healthy Cities* e apoia seus princípios e preocupações levantadas ao longo desta pesquisa. Dez problemas de saúde foram

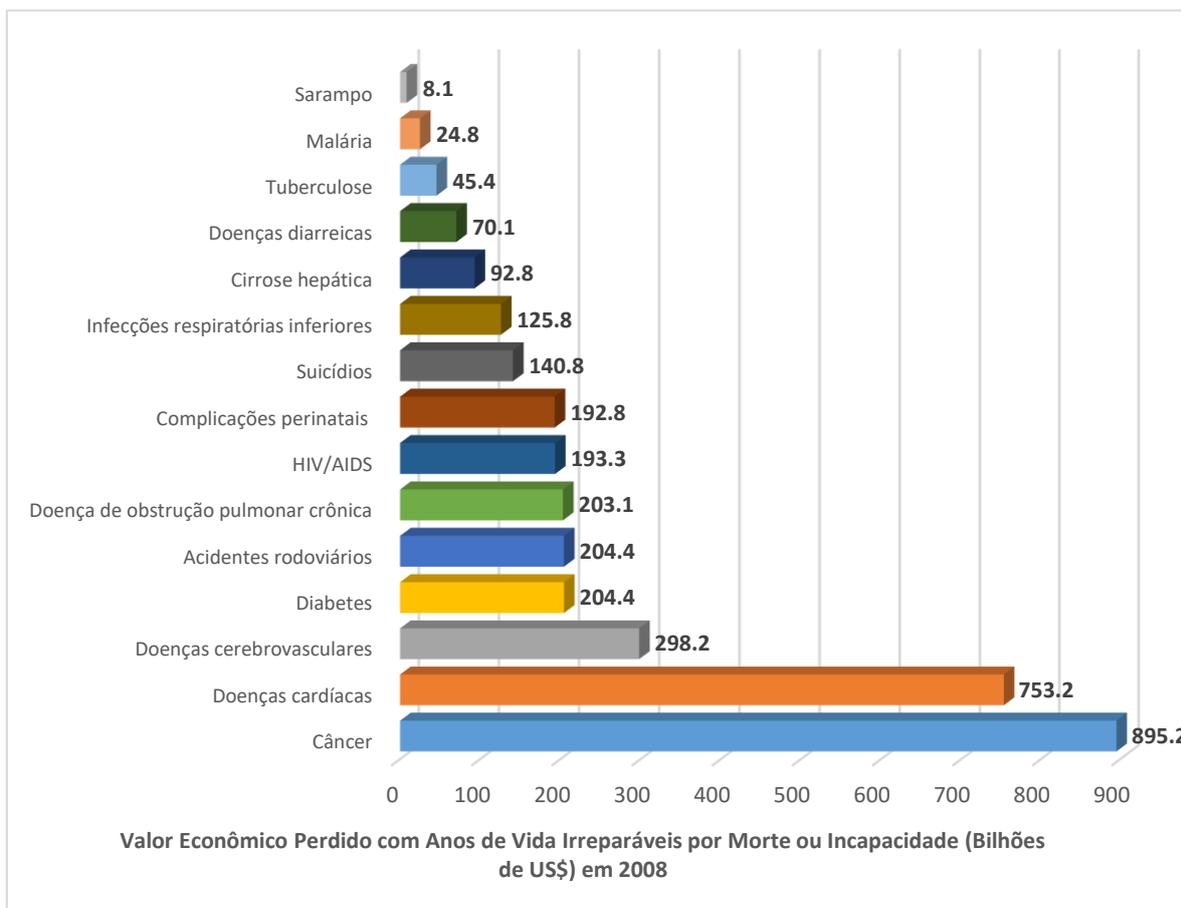
responsáveis por mais da metade (54%) das 56.4 milhões de mortes em todo o mundo, no ano de 2015. A doença isquêmica do coração e o acidente vascular cerebral são os maiores assassinos do mundo, responsáveis por 15 milhões de mortes em 2015, posição que se mantém pelos últimos 15 anos. A doença pulmonar obstrutiva crônica registrou 3,2 milhões de mortes, enquanto o câncer de pulmão (juntamente com o câncer da traqueia e o câncer de bronco) causou 1,7 milhão de mortes. A diabetes levou a óbito 1,6 milhão de pessoas em 2015, contra menos de 1 milhão vidas em 2000.

As mortes por demências mais do que duplicaram entre 2000 e 2015, tornando-se a 7ª principal causa de mortes globais em 2015. As infecções respiratórias inferiores continuaram sendo a doença transmissível mais mortal, causando 3,2 milhões de mortes em todo o mundo. A taxa de mortalidade por doenças diarreicas quase reduziu para metade entre 2000 e 2015, mas ainda causou 1,4 milhão de óbitos em 2015. Da mesma forma, a tuberculose matou menos pessoas durante o mesmo período, mas ainda está entre as 10 principais causas com um número de mortes de 1,4 milhão.

Já o HIV / AIDS não está mais entre as 10 principais causas de morte do mundo, tendo matado 1,1 milhão de pessoas em 2015, em comparação com 1,5 milhão em 2000. Em seu lugar aparecem as lesões em decorrência de acidentes de carro, que mataram 1,3 milhão de pessoas em 2015, cerca de três quartos (76%) dos quais foram homens e meninos. Os países de baixa renda tiveram a maior taxa de mortalidade por acidentes rodoviários, com 28,5 mortes por 100 000 habitantes, em comparação com as 18,3 mortes da taxa global.

A partir das causas de morte em todo o mundo, e do acompanhamento do número de falecimentos e de pessoas incapacitadas ao trabalho em todo o mundo, o *Global Burden of Disease* possibilita ter uma boa noção não apenas das principais doenças a atacar, mas também, de quanto é perdido em anos de vida saudáveis todo o ano para doenças, o que por sua vez, pode ser convertido a quantos dólares são perdidos todo ano para estados de doenças e suas sequelas. Portanto, analisar a saúde pública sob a ótica do fardo das doenças para a sociedade e economia mundial é uma estratégia para promover maior suporte aos programas de saúde, como o projeto das *Healthy Cities*. Afinal, uma cidade saudável é também sinônimo de uma cidade produtiva.

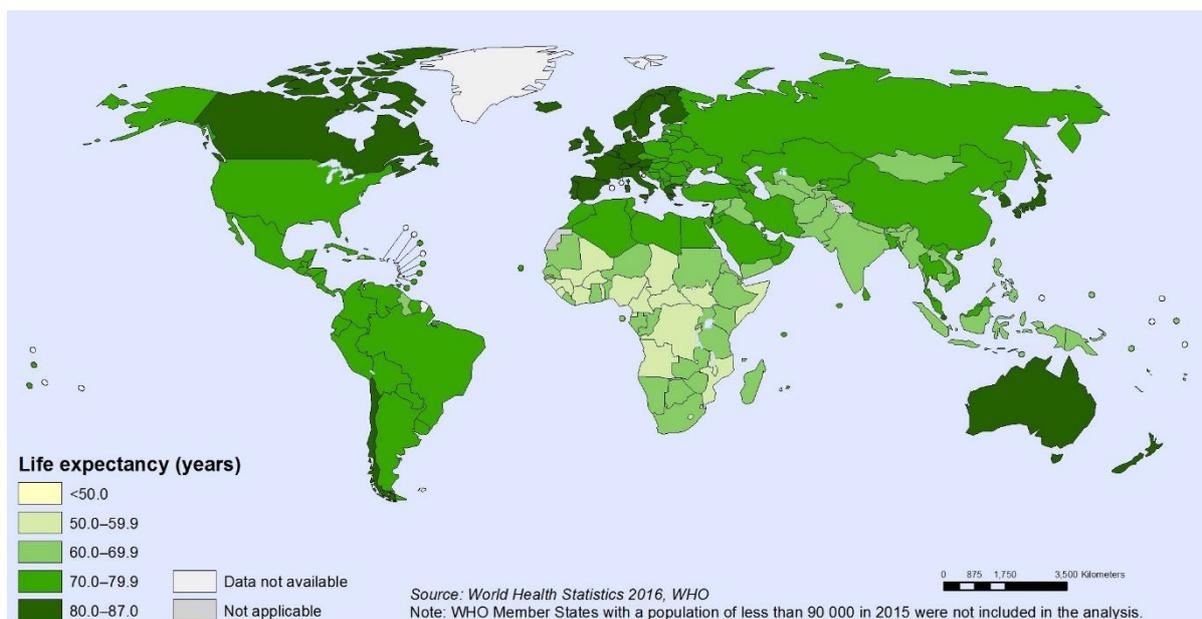
Gráfico 2: Perda Econômica Gerada pelas 15 Maiores Causas de Mortes no Mundo



Fonte: American Cancer Society, 2010.

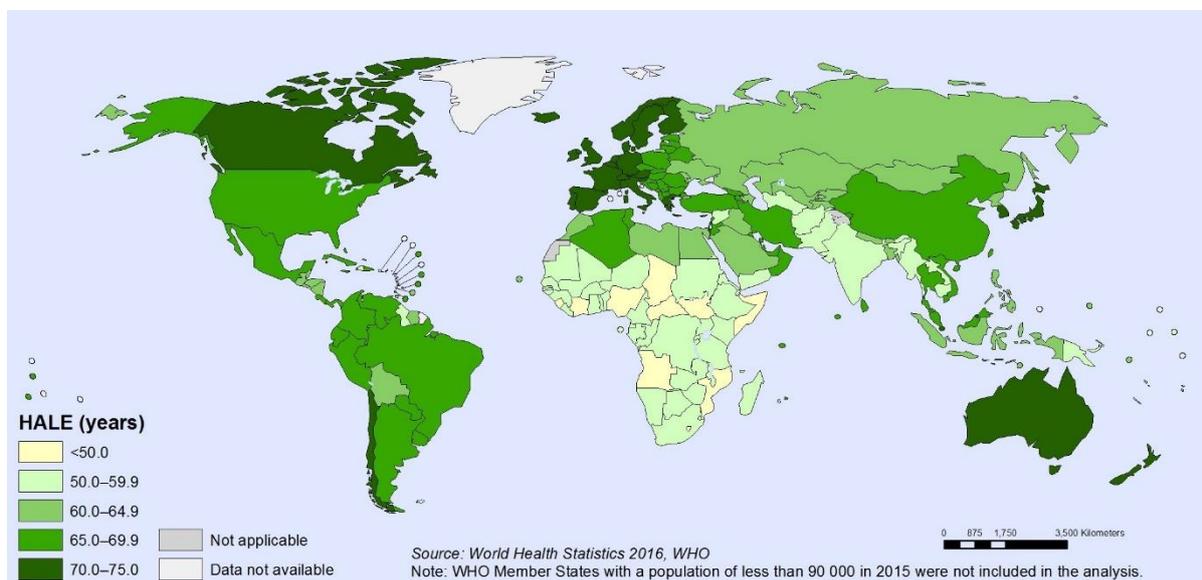
Além da estimativa DALY, a ideia de expectativa de vida saudável traz também uma análise diferente a respeito da saúde, valorizando a boa saúde e não apenas a ausência de doença (GHE, 2017). Nos Gráficos 3 e 4 estão representadas as expectativas de vida nos países do mundo, e na sequência, as expectativas de vida saudável. É interessante a consideração desta segunda estatística, uma vez que o importante não é simplesmente gerar o aumento da expectativa de vida no mundo, e sim que as pessoas passem a viver mais com qualidade. Idosos possuem naturalmente uma saúde mais frágil, e portanto, é fundamental que cheguem nos últimos anos de vida com saúde, por uma questão humanitária e também econômica, para as famílias e para os Estados.

Gráfico 3: Expectativa de vida ao nascer



Fonte: GHOa, 2017.

Gráfico 4: Expectativa de vida saudável ao nascer



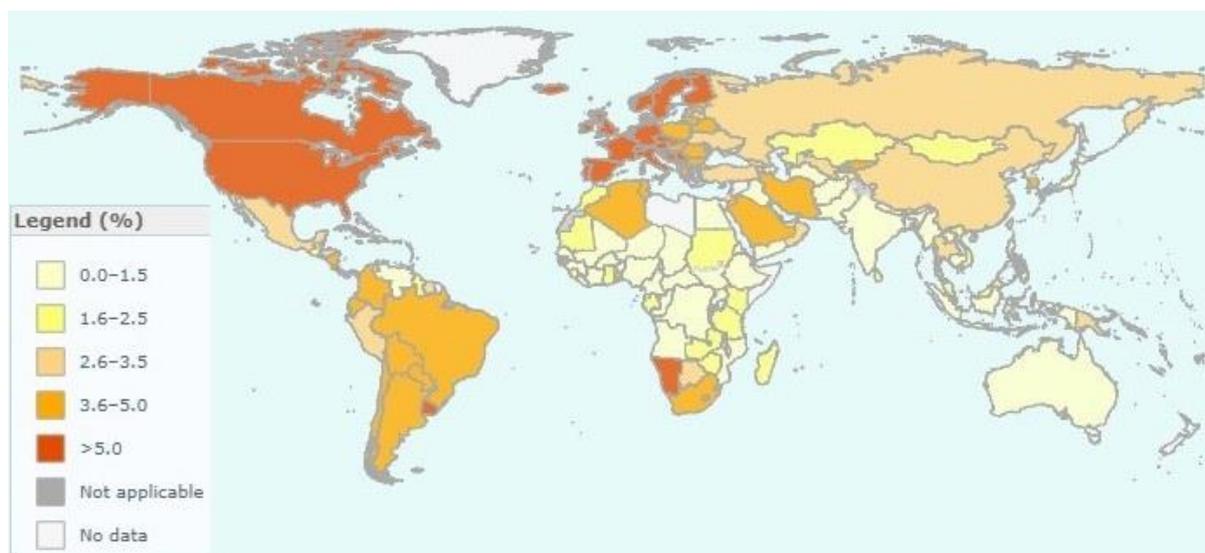
Fonte: GHOa, 2017.

Outros programas da ONU e da OMS também favorecem a formação de cidades saudáveis. Entre eles está o WHO CHOICE, um programa de pouco conhecimento público da Organização Mundial da Saúde, que ajuda os países a decidir as prioridades dos seus sistemas de saúde, com base em considerações de custos e impactos. O componente de custo-efetividade

gerado pelo programa está interessado em identificar intervenções de saúde pública que proporcionem o maior valor para o dinheiro, ou seja, o maior ganho de saúde por cada dólar empregado na saúde, promovendo assim gastos mais otimizados, responsáveis e sustentáveis. A ferramenta *OneHealth Tool* é usada para ajudar os países a examinar os custos e a viabilidade de seus planos estratégicos, bem como avaliar o potencial impacto do plano.

Reconhecendo que as consequências e prejuízos da doença ultrapassam a saúde, WHO CHOICE fornece orientações para um país avaliar as consequências econômicas de doenças e acidentes, e as alternativas para melhor investir em saúde pública. No Gráfico 5 é apresentada uma classificação dos países de todo o mundo com base nos seus gastos governamentais em saúde, em percentual do seu Produto Interno Bruto (CHOICE, 2018).

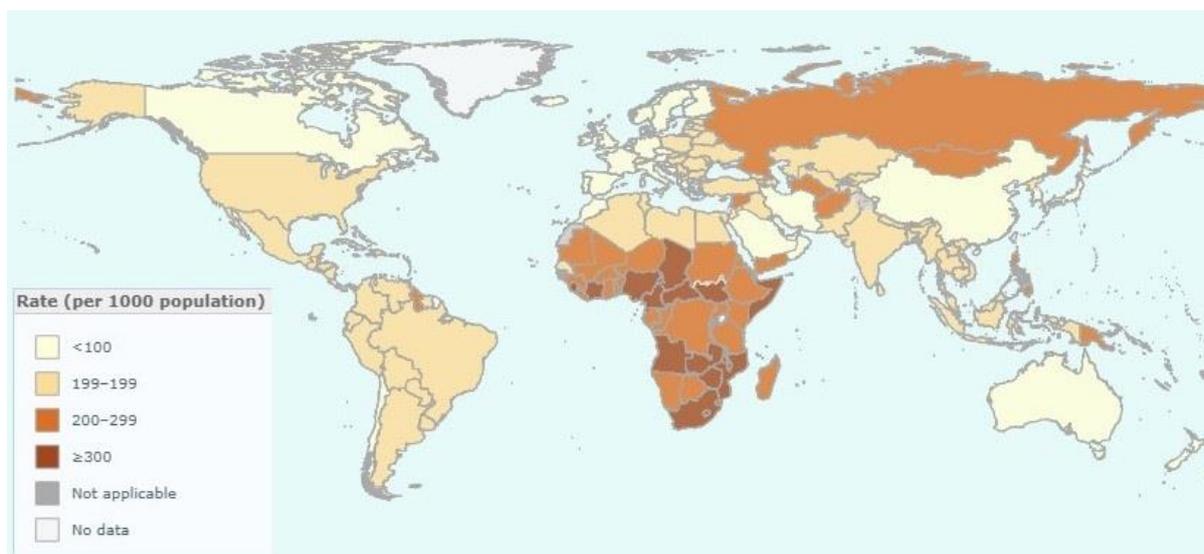
Gráfico 5: Gastos Governamentais em Saúde: 2015 (em percentual do PIB)



Fonte: Global Health Expenditure Database, 2018. Elaborado pela autora.

Ao comparar com Gráfico 6, sobre os índices de mortalidade no mundo, é possível perceber que não há uma correlação perfeita entre os baixos gastos em saúde e os altos índices de mortalidade. Os Estados Unidos, por exemplo, apresentam gastos governamentais em saúde maiores do que o Brasil ou mesmo do que o México, mas possui uma taxa de mortalidade semelhante a destes países, que chegam a destinar até metade de recursos à saúde. Assim, fica claro que como e com o que são feitos os gastos em saúde é fundamental para o retorno deste investimento, e não apenas o valor numérico em si.

Gráfico 6: Taxa de Mortalidade 2015 (entre 15 e 60 anos)



Fonte: Global Health Expenditure Database, 2018. Elaborado pela autora.

5.2. Avanços e Desafios do Movimento

“A falta do compromisso político em relação às metas do *Health for All*, as dificuldades nas ações intersetoriais, o limitado escopo das atividades de promoção da saúde e as rápidas mudanças na população e padrões de doenças estão ampliando as lacunas na saúde intra e entre países, e dificultando o progresso da melhoria da saúde” (CHP, 2009, p. 03, tradução nossa)³².

Em muito argumenta-se que países em desenvolvimento possuem problemas mais urgentes do que a qualidade do meio urbano. O foco está na difícil provisão de serviços médicos aos que já estão doentes e de alimentos por parte dos que mal ganham para sobreviver. Parece, no entanto, que não pensam em cortar caminho na busca do desenvolvimento, aproveitando o conhecimento já adquirido por outras nações, ou seja, aplicando políticas de atenção à saúde em primeiro plano. A razão pela qual a visão holística da saúde passou a ser estudada e defendida nos países desenvolvidos deveria servir de exemplo para os países em

³² “Lack of political commitment towards the HFA targets, difficulties in intersectoral actions, limited scope of health promotion activities, and rapid changes of population and diseases patterns are widening the health gaps between and within countries, and hampering the progress of health improvement”.

desenvolvimento: estavam buscando frear o aumento de gastos governamentais com serviços de saúde após a Segunda Guerra Mundial (BARTON, 2015).

Apesar dos países em desenvolvimento terem alcançado melhoras nos indicadores de saúde mais primários, como queda da mortalidade infantil, da mortalidade durante a gravidez e de mortes por doenças transmissíveis, é alarmante a crescente incidência dos indicadores tidos antes como doenças de primeiro mundo, ou seja, doenças não contagiosas (WHO, 2015). Desta forma, o aumento da incidência de cânceres, doenças psiquiátricas/psicológicas e até mesmo a constante luta contra doenças transmissíveis, como a dengue, febre amarela e o zica vírus, levantam o questionamento de quanto as melhoras observadas geraram de fato desenvolvimento, e ou foram simples resultado de maior aplicação de investimentos insustentáveis em medicamentos e novas tecnologias.

É maravilhoso poder contar com os mais modernos medicamentos e tratamentos de saúde, mas melhor ainda é ter tais tecnologias como um recurso último, e não básico ou primário. Afinal, como colocado pouco acima, se países desenvolvidos lutam contra os gastos excessivos com saúde pública, é questionável o entender de um gestor de um país em desenvolvimento de que será possível atingir baixos níveis de doenças e o bem-estar coletivo através da mesma prática de grandes gastos com hospitais, fornecimentos de medicamentos e disponibilização das mais altas tecnologias a todos.

O baixo investimento em saneamento básico e em educação - para que as pessoas saibam quais são os hábitos de uma vida saudável, e que investir na infraestrutura das suas casas vale muito mais do que a mobília e eletrônicos que ela possui - faz da saúde um bem frágil, caro e desigual no mundo em desenvolvimento. Além disso, o individualismo, resultado de uma realidade difícil de vida, faz com que os bens coletivos sejam mais ignorados do que em meio a nações em que a ideia de pertencimento a uma sociedade é maior. Sem falar na cultura política de governar para o interesse próprio e não para os bens públicos globais, motivo pelo qual mesmo as boas iniciativas de um governo são abandonadas quando sua oposição chega ao poder, faltando assim a continuidade tão necessária à prosperidade de políticas complexas de longo prazo.

Os países mais desenvolvidos utilizaram não apenas uma base econômica que sustentasse a manutenção dos projetos de cidades saudáveis, e sim uma base educacional e cidadã que garantisse a continuidade das pesquisas científicas, de comportamentos saudáveis e da

cobrança governamental. A renda familiar e a escolaridade das mulheres influenciam sobre a saúde de uma nação, uma vez que a mulher é a grande responsável pela educação de seus filhos e pela gestão desta instituição tão importante que é a família. Desta forma, investir nas mulheres é investir no futuro de uma nação, percepção esta que é difundida pela OMS em suas diversas ações em países em desenvolvimento.

É marcante também a diferença na difusão de informações estatísticas e de pesquisas regionais, mesmo entre as diversas sedes da OMS, dificultando o acesso a informações confiáveis por parte de governos que querem desenvolver políticas mais assertivas; de estudantes e professores, que buscam ampliar pesquisas acadêmicas de fácil aplicação; e da população em geral, que desconhece as possíveis formas de se desenvolver saúde pública, os determinantes socioeconômicos da saúde, e o que está sendo praticado com sucesso ao redor do mundo.

No subcapítulo anterior, foram apresentadas as perdas de vidas em decorrência da falta da boa saúde, com o intuito de expor o desgaste do modelo médico de saúde pública. A partir destes estudos é possível contabilizar as perdas econômicas devido à diminuição da capacidade produtiva. Vendo as perdas econômicas e não apenas focando em questões humanitárias, pretende-se contar com o apoio de mais pessoas influentes em busca de uma melhor saúde global, incluindo políticos e grandes gestores de empresas globais. Retomando as diferentes formas de se entender saúde pública, é como tratá-la como uma questão de desenvolvimento socioeconômico e de segurança internacional, ao invés de uma questão de direito e desenvolvimento humano, o que conseqüentemente faz da saúde um assunto menos dependente da vontade e consciência humana, e mais natural e essencial ao avanço da vida, sociedade e economia global.

Trinta anos atrás, a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde reconheceu a necessidade de capacitar as pessoas a aumentar o controle sobre sua saúde e a melhorar sua qualidade de vida, assegurando ambientes mais saudáveis e sustentáveis, onde as pessoas vivem, trabalham, estudam e se divertem. A justiça social e a equidade foram destacadas como bases fundamentais para a saúde, e havia concordância de que a promoção da saúde não era simplesmente responsabilidade do setor de saúde. Conferências subsequentes de promoção da saúde global da OMS reiteraram esses elementos como chave para a promoção da saúde (KENZER, 1999). Uma abordagem de cidades saudáveis que catalisa a liderança política e a governança participativa pode ser transformacional para a saúde e a equidade da saúde, além

de ajudar a mitigar os impactos da degradação ambiental, mudanças climáticas, envelhecimento da população, migração, desigualdades crescentes e isolamento social.

Enquanto a Patogênese pesquisa a origem da doença e segue o conceito da prevenção, a Salutogênese busca a origem da saúde e segue o conceito da promoção, visão base da Nova Saúde Pública e do projeto das *Healthy Cities*. Assim, como ocorre no meio médico, é importante entender o que faz de uma população doente e a rouba seu bem-estar, para que os problemas sejam curados e não apenas tenham seus sintomas tratados, para que se promova a saúde e não apenas se previna a doença. Conseqüentemente, o ciclo vicioso da pobreza é trocado pelo ciclo virtuoso da recuperação, no qual investimentos resultam no aumento da qualidade de vida, no crescimento socioeconômico e dos rendimentos. Se aplicados estes rendimentos de forma a investir ainda mais na saúde, de forma eficiente, a qualidade de vida irá aumentar e dará continuidade a este ciclo vicioso da riqueza e, portanto, um ciclo virtuoso da saúde.

Todas estas informações contribuem para a defesa de que a saúde pública pode e deve ser uma solução urbana, sendo o programa das *Healthy Cities* um mecanismo ainda hoje muito forte para superar os desafios urbanos, sejam estes antigos ou modernos (WEN, 2016). Conforme foi apresentado ao longo desta monografia, o meio em que vivemos influi sobre a qualidade de saúde da população; não apenas um link físico sobre as condições sanitárias e poluição do meio, mas também, em relação à saúde mental e aos costumes sociais, ou seja, que exercícios são praticados, qual é a carga de estresse dos trabalhadores, a qualidade da alimentação, a facilidade e qualidade do acesso a serviços essenciais, como serviços sanitários, educacionais e médicos, o acesso e integração com a natureza e o nível de engajamento cívico.

Apesar do conhecimento destas relações, o ambiente urbano permanece a comprometer a saúde e bem estar de populações de todo o mundo, com destaque para os antigos problemas da era industrial, a exemplo das condições de moradia, de saneamento básico, acesso à água potável, e poluição de águas e ar. Novos elementos da vida moderna (LABONTE; SCHRECKER, 2007), como o uso do automóvel e de diversos aparelhos elétricos, elevaram as necessidades energéticas em cidades ricas e pobres; produziram maiores fontes poluidoras, incluindo a emissão de carbono e demais gases causadores do efeito estufa; e contribuíram para o aumento dos acidentes com veículos, para a incidência da obesidade e outras doenças relacionadas à má alimentação, ao sedentarismo e ao estresse.

100 cidades são hoje cidades modelo da OMS Europeia, e 30 programas nacionais de *Healthy Cities Networks* na Europa já somam mais de 1400 cidades como membros. O programa que começou com 11 cidades mostra assim que cooperar em prol de melhorias estruturais dá muito certo. Saúde é negócio para todos os setores, e governos locais estão em posição estratégica de liderança rumo a populações saudáveis e de elevado bem estar (TSOUROS, 2015).

Vários países ao redor do mundo perceberam a seriedade do problema da saúde urbana e o enorme potencial que o projeto das *Healthy Cities* possui, formando redes de cidades saudáveis nacionais e regionais. Além dos países que estão sobre a organização da OMS Europa, países da América do Norte, da Oceania, América Latina, África, Oriente Médio e Leste Asiático desenvolveram grupos de suporte em busca de melhor qualidade de vida, através dos princípios das *Healthy Cities*, incentivados pelas iniciativas de *Health for All*, pelos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e as metas da Saúde do Século XXI. Na Europa, foram ainda desenvolvidas as campanhas da Health 21 e da Health 2020, projetos que não deixam a saúde ser esquecida e sair das agendas políticas locais e regionais, trabalhando como renovadores das motivações e metas da saúde para todos.

Algumas coisas não deveriam nunca estar à venda, como a vida, a preservação do meio ambiente e a saúde. O projeto das *Healthy Cities* prospera com este ideal, se mostrando uma alternativa também de promoção de práticas sustentáveis sem que se discuta a naturalidade das mudanças climáticas. Afinal, quando o assunto é saúde há certa polêmica apenas quanto aos sistemas de saúde e seu financiamento, mas é consenso a percepção de este é um bem fundamental à vida. Assim, para se atingir resultados consistentes, a saúde pública deve objetivar observar e escutar as necessidades das pessoas, e não simplesmente reproduzir o que se entende como o certo, sendo preciso realinhar os incentivos para ajudar as pessoas a se tornarem a melhor versão de si mesmas, começando pela tomada de decisões de acordo com nossos princípios, de liberdade, democracia, equidade e justiça na saúde pública.

A defesa do direito à saúde e a percepção da sua importância para um desenvolvimento urbano sustentável cresceu ao longo dos 30 anos do projeto, que passou de programa regional a movimento global. De Leeuw (2001) explica que movimento é a palavra perfeita para classificar as *Healthy Cities*, uma vez que este projeto está mais pautado na promoção de conscientização, dos ideais, princípios e na motivação de pessoas de diferentes esferas de

poder, do que em uma estrutura fixa e em planos de ação pré-estabelecidos. De Leeuw é também uma das maiores estudiosas da avaliação do progresso das *Healthy Cities*, que ao lado das preocupações econômicas e migratórias é o grande desafio do programa em sua próxima sétima fase.

Muitos são os desafios do novo milênio, como a necessidade de se reduzir a enorme desigualdade em saúde no mundo, afinal, “quando falamos de saúde, seu CEP importa mais que seu DNA” (CHANGE, 2016). Em sua TED talk motivadora, à altura do tópico, Iton revela que 80% da saúde está além da medicina, de questões étnicas ou genéticas, e que é preciso educar hoje para não encarcerar amanhã. Outra palestra de grande impacto é a da também médica Leana Wen (2016), que defende a tomada de ações que levem a saúde para as famílias e bairros carentes, ao invés de esperar que estas pessoas venham a hospitais. É importante mostrar as histórias de sucesso em meio à saúde pública e comunidades menos favorecidas, e não apenas propagar seus fracassos, suas desvantagens e desgraças. Revigorar a democracia em comunidades menos favorecidas é o primeiro passo para melhorar a qualidade de vida e de saúde das comunidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Healthy Cities: Ainda Relevantes?

“[...] o desafio que enfrentamos nas cidades já não é como compreender os laços entre saúde, o meio ambiente e a economia, nem entender a ameaça à sustentabilidade e à viabilidade colocada pela compreensão atual da forma insustentável de desenvolvimento econômico atualmente em andamento. O desafio que a comunidade internacional enfrenta agora é como pôr em prática as coisas que já conhecemos” (KENZER, 1999, p. 211, tradução nossa)³³.

Até hoje é comum, principalmente em países em desenvolvimento, pensar em políticas de saúde pública como medidas de construções de novos hospitais, clínicas, acesso a serviços médicos e a medicamentos. A prevenção em saúde pública por vezes é pensada em termos de programas que focam em doenças infectocontagiosas, no combate ao uso das drogas, incluindo o tabaco e o álcool, e na necessidade de se ter uma vida ativa e alimentação equilibrada. Assim, os impactos do meio urbano sobre a saúde costumam ficar em segundo plano. Na verdade, mesmo quando se busca promover uma cidade mais saudável, é frequente a assimilação da mesma simplesmente como estímulos à prática de atividades físicas, não analisando mais a fundo a relação entre o cidadão e os determinantes socioeconômicos da saúde.

Intervenções urbanas costumam focar no indivíduo ou nos lugares, mas raramente em ambos ao mesmo tempo; focam em um determinado elemento, uma doença mais frequente, e em cuidados médicos. Esta é a concepção de saúde nas cidades, e apesar de muitos terem se beneficiado desta abordagem, ela não foi capaz de minimizar as inequidades da saúde entre lugares e grupos étnicos, mesmo com os crescentes gastos públicos e privados. Se em cidades de países desenvolvidos este desafio está sempre presente, nos países em desenvolvimento, onde a aplicação dos determinantes socioeconômicos da saúde estão mais distantes da população em geral, e dos próprios gestores urbanos, estes obstáculos são muito maiores, e requerem soluções rápidas, significativas e duradouras, o que se tratando de um problema complexo não é algo fácil de ser alcançado.

³³ “the challenge we now face in cities is no longer how to understand links between health, environment and the economy nor to understand the threat to sustainability and viability posed by current understandings of the unsustainable form of economic development currently underway. The challenge the international community now faces is how to put into practice the things we already know”.

Avanços dos indicadores de saúde pública com o uso de melhores vacinas, medicamentos e serviços médicos, conflitam com novas adversidades globais: o envelhecimento da população, que aumenta a necessidade de gastos com atenção médica e medicamentos; a globalização, que facilita a disseminação de doenças epidemiológicas e de doenças não contagiosas, em decorrência dos hábitos alimentares, estilos de vida, estresse e sedentarismo; o aumento de doenças cardiovasculares, doenças mentais, diabetes, cânceres e de pessoas debilitadas; e o agravamento de problemas ambientais, que refletem na saúde humana. Cidades precisam de políticas eficientes de resiliência para conseguirem responder a estes e outros desastres, para acompanharem as mudanças demográficas e otimizarem o uso da terra, de forma a tentar reverter a tendência das grandes cidades de serem grandes centros de desigualdades.

Verifica-se que as principais desigualdades na saúde persistem em todo o mundo, com taxas de doença e morte prematura significativamente maiores entre os grupos mais pobres e excluídos. Como resultado, os grupos menos capazes de lidar com os custos da doença também são os que possuem menor capacidade de suportá-la. Isso não é uma questão de chance - os pobres e marginalizados são mais propensos a viver e trabalhar em ambientes prejudiciais à saúde e ter menos acesso a serviços e amenidades. Uma abordagem de cidades saudáveis pode resolver esta e outras injustiças; pode promover a saúde e a equidade em saúde, além de outros objetivos de desenvolvimento sustentável.

Assim sendo, se as condições que se têm hoje reforçam desigualdades e inequidades, a saúde pública aparece como uma solução urbana. O programa das *Healthy Cities* é o melhor exemplo de um programa de *Healthy Settings* de sucesso da ONU, representando uma oportunidade de reduzir as desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como as desigualdades em cada país e entre grupos étnicos. É preciso, portanto, aprender com erros do passado para construir cidades do futuro, e impulsionar a integração da promoção da saúde ao desenvolvimento sustentável, de forma a se ter uma verdadeira cidade saudável: uma cidade que esteja continuamente criando e melhorando seus meios físicos e sociais, e expandindo os recursos comunitários, possibilitando às pessoas se apoiar mutuamente para que desenvolvam e executem as suas funções diárias e o seu potencial máximo.

Uma *Healthy City* busca criar ambientes que favoreçam a boa saúde, atingir uma boa qualidade de vida, prover necessidades básicas sanitárias e de higiene, e promover o acesso a tratamentos de saúde. No entanto, uma cidade não depende da sua estrutura atual, ou de ter atingido um nível específico de saúde positiva, para ser considerada saudável, mas do

comprometimento em melhorar os ambientes urbanos e da vontade de estabelecer as conexões entre as esferas política, econômica e social. Isto pois uma cidade é saudável com base nos seus processos, não nos seus resultados, enfatizando a busca pela equidade de oportunidades, o empoderamento do cidadão, a governança participativa e solidária, a colaboração intersetorial e as ações baseadas nos determinantes da saúde.

A saúde e o bem estar para todos é foco central da Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável e seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Sem saúde, muitos destes objetivos não serão alcançados, e simultaneamente, a saúde e o bem estar podem se beneficiar dos progressos realizados em relação às demais metas. Em um mundo complexo, com vários níveis de governo e vários atores dos setores públicos e privados, os governos locais têm autoridade e capacidade para criar condições de promoção da vida saudável e alta qualidade de vida para todos que vivem, trabalham e visitam suas cidades.

Desta forma, este projeto segue relevante porque aparece como uma alternativa eficaz aos problemas da saúde urbana. É um movimento global, que busca engajar governos locais em busca de melhorias da saúde pública, em um processo que envolve comprometimento político, mudanças institucionais, capacitação de profissionais, planejamentos de parcerias público-privadas e intersetoriais, e projetos inovadores. É um projeto global não apenas por contar com redes de cidades saudáveis ao redor do mundo, mas porque é de aplicabilidade global, ao reconhecer as diferenças de cada povo e cada nação, sem desacreditar que pode-se aprender com exemplos e experiências alheias, vindo na troca de conhecimentos um importante mecanismo em busca de melhorias para toda sociedade.

Representa, portanto, uma oportunidade para encontrar soluções comuns para problemas difíceis, por meio de uma visão holística da saúde, especialmente se o foco no estudo da vulnerabilidade for deslocado ao estudo da resiliência saudável, e em como as pessoas se adaptam e prosperam. Trazer casos de sucessos, e não apenas os problemas urbanos a serem enfrentados, promove o empoderamento social e fornece incentivos à tão necessária mudança de pensamento, confiança, participação e engajamento cívico no meio urbano. Este é um ponto que não foi possível de ser diretamente tratado em meio a esta monografia, mas que é essencial à prosperidade das *Healthy Cities* e de tudo o que defendem e representam.

Esta perspectiva holística e participativa, se for posteriormente traduzida em pesquisa de cidades saudáveis, poderia ajudar a transcender ainda mais o domínio do paradigma acadêmico

e científico, fornecendo um maior grau de prestação de contas para os gestores urbanos, e unindo de forma mais eficaz pesquisa, ação e avaliação. Juntamente com os exemplos de sucesso, a avaliação aparece como um desafio do tema, e uma área de pesquisa extremamente interessante e importante para trabalhos futuros, assim como temas centrados na nova diplomacia das cidades, e na criação de bens públicos resultante destas atividades paradoplomáticas.

Buscou-se ao longo de toda a presente monografia apresentar o programa das *Healthy Cities*, fornecendo uma boa base para estudos futuros sobre o tema, e servindo de motivador para a aplicação e propagação dos valores de uma cidade saudável. Que o tema da saúde é fundamental, não havia dúvidas. A ideia estava, portanto, em levar ao conhecimento público a existência de um projeto que poucos ainda conhecem, mas que movimenta as cidades da Europa há 30 anos. A relevância das healthy cities está não apenas em seus valores e princípios, mas do crescimento do movimento, e no seu grande potencial de gerar prosperidade à vida de todos. Não havia como finalizar sem trazer mais uma citação de impacto, e que assim como o caráter do movimento, é motivador e instigador de mais trabalhos de pesquisa e de maior atenção à saúde global:

“A moeda da inequidade são anos de vida; se a moeda da inequidade são anos de vida, então o oposto de pobreza é saúde” (PUBLIC, 2016)³⁴.

³⁴ “Years of life is the currency of inequality; if the currency of inequality is years of life, then the opposite of poverty is health”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACS, American Cancer Society. **The Global Economic Cost of Cancer**. 2010.

ARGENTA, Solange. **Projeto da Fiocruz Pernambuco amplia vigilância a doenças transmitidas por roedores**. 2015. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/nova-edicao-do-informe-fiocruzpe-destaca-o-monitoramento-de-doencas-transmitidas-por>>.

ASHTON, John; GREY, Paula; BARNARD, Keith. Healthy Cities: WHO's New Public Health initiative. **Health Promotion International**, [s.l.], v. 1, n. 3, p.319-324, set. 1986. Oxford University Press.

ASHTON, John. Towards Healthy Public Policy: Implications of the World Health Organization Healthy Cities Project. In: ASHTON, John (Org.). **Health Cities**. Milton Keynes (UK): Open University Press, 1992.

BARTON, Hugh. Planning for Health and Well-being. In: BARTON, Hugh et al (Ed.). **The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being: Shaping a sustainable and healthy future**. Londres: Routledge, 2015. Cap. 1.

BARTON, Hugh; GRANT, Marcus. A health map for the local human habitat. **Journal Of The Royal Society For The Promotion Of Public Health**, UK, v. 126, n. 6, p.252-261, nov. 2006.

BBC. **Vírus que matou mais que 1ª Guerra deixou lições para combate a ebola**. 2014. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/10/141013_gripe_espanhola_licoos Ebola_fd>.

BELLAMY, Richard. **Rethinking liberalism**. Londres: Pinter, 2000.

BRUGGER, Bill. **Republican theory in political thought: Virtuous or virtual?**. Londres: Macmillan Press, 1999.

BUSE, Kent et al. Global Health Governance: the Emerging Agenda. In: BUSE, Kent; HEIN, Wolfgang; DRAGER, Nick. **Making sense of global health governance: a policy perspective**. UK: Palgrave Macmillan, 2009. p. 1-27.

CHANGE the Odds for Health. Dr. Anthony Iton. San Francisco: TEDx, 2016.

CHOICE, WHO. **Cost effectiveness and strategic planning**. Disponível em: <<http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/en/>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

CHP, Hong Kong Centre for Health Protection. **Health for All**. Hong Kong: Department Of Health, 2009. 4 p. (Basic Principles of Health Cities).

CITY, Belfast Healthy. **Belfast: A WHO Healthy City through 25 years....** Belfast, 2014.

CORBURN, Jason. Some Challenges for Healthy City Planning. In: **Toward the Healthy City: People, Places, and the Politics of Urban Planning**. Cambridge, MA: The Mit Press, 2009. Cap. 1. p. 1-24.

CORBURN, Jason. Urban Inequities, Population Health and Spacial Planning. In: BARTON, Hugh et al (Ed.). **The Routledge Handbook of Planning for Health and Wellbeing: shaping a sustainable and healthy future**. Londres: Routledge, 2015. Cap. 3. p. 37-47.

DAVIES, John K.; KELLY, Michael P.. Healthy Cities: Research and Practice. In: DAVIES, John K.; KELLY, Michael P.. **Healthy Cities: Research and Practice**. New York: Routledge, 1993. p. 1-13.

DODGSON, Richard; LEE, Kelley; DRAGER, Nick. **Global Health Governance: A conceptual review**. LSHTM & WHO, Londres, 2002.

ESTEVADEORDAL, Antoni; GOODMAN, Louis W.. 21st-century cooperation, regional public goods, and sustainable development. In: ESTEVADEORDAL, Antoni; GOODMAN, Louis W. (Ed.). **21st Century Cooperation: Regional Public Goods, Global Governance, and Sustainable Development**. NY: Routledge, 2017. p. 3-13.

EUROPE, Regional Office for. **Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region**. Copenhagen: WHO Press, 1999.

EUROPE, Regional Office for. **Zagreb Declaration for Healthy Cities: Health and health equity in all local policies**. Copenhagen: WHO Press, 2009.

EUROPE, Regional Office for. **Health 2020: policy framework and strategy**. Copenhagen: WHO Press, 2012.

EUROPE, Regional Office for. **National healthy cities networks in the European Region: Promoting health and well-being throughout Europe**. Copenhagen: WHO Press, 2015.

EUROPE, Regional Office for. **Phases I–VI of the WHO European Healthy Cities Network**. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network/phases-ivi-of-the-who-european-healthy-cities-network>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

EUROPE, Regional Office for. **Building healthy cities: inclusive, safe, resilient and sustainable**. Copenhagen: WHO Press, 2017.

FEHR, Rainer. Conference Report: First International Health Cities Conference, San Francisco, Dec.8-11, 1993. **Zeitschrift Für Gesundheitswissenschaften (Journal Of Public Health)**, Berlin, v. 2, n. 3, p.271-275, set. 1994.

GETHING, Leverne (Ed.). **Healthy Cities Initiative: Approaches and Experience in the African Region**. Brazzaville: WHO Press, 2002.

GHOa, WHO Global Health Observatory. **Map Gallery**. Disponível em: <<http://gamapserv.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

GHOb, WHO Global Health Observatory. **World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs**. Geneva: WHO Press, 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p. ISBN 9788522458233.

GRADY, Mike; GOLDBLATT, Peter (Ed.). **Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government**. Copenhagen: WHO Press, 2012.

HABITAT, UN. **Global Report on Urban Health: Equitable, healthier cities for sustainable development**. Kobe: WHO Press, 2016.

HABITAT, UN. **Hidden cities: Unmasking and overcoming health inequities in urban settings**. Kobe: WHO Press, 2010.

HANCOCK, Trevor. Healthy cities and communities: Past, present, and future. **National Civic Review**, [s.l.], v. 86, n. 1, p.11-21, mar. 1997. Wiley-Blackwell.

HERITAGE, Zoe; DOORIS, Mark. Community participation and empowerment in Healthy Cities. **Health Promotion International**, Oxford, v. 24, n. 1, p.45-55, nov. 2009.

HILL, Peter S et al. How can health remain central post-2015 in a sustainable development paradigm? **Globalization And Health**, London, v. 10, n. 18, p.1-5, abr. 2014.

KENZER, Marina. Healthy cities: a guide to the literature. **Environment and Urbanization**, London, v. 11, n. 1, p.201-220, abr. 1999.

KEOHANE, Robert O. (Robert Owen); NYE, Joseph S. Interdependence in World Politics. In: KEOHANE, Robert O. (Robert Owen); NYE, Joseph S. **Power and interdependence**. 3rd ed. New York: Longman, 2001. cap. 1.

KICKBUSCH, Ilona; GLEICHER, David (Ed.). **Smart governance for health and well-being: the evidence**. Geneva: Who Press, 2014.

KRASNER, Stephen D. Structural causes and consequences: regimes as intervening variables. In: KRASNER, Stephen D. (Org.). **International regimes**. Ithaca, USA: Cornell University Press, 1983. cap. 1.

LABONTÉ, Ronald; SCHRECKER, Ted. Globalization and Social Determinants of Health: Introduction and methodological background. **Globalization And Health**. London, jun. 2007.

LAWRENCE, Roderick J.. Building Healthy Cities: The World Health Organization Perspective. In: GALEA, Sandro; VLAHOV, David (Ed.). **Handbook of Urban Health: Populations, Methods, and Practice**. New York: Springer Us, 2005. Cap. 24. p. 479-501.

LEE, Kelley; KAMRADT-SCOTT. The multiple meanings of global health governance: a call for conceptual clarity. **Globalization And Health**, London, v. 10, n. 28, p.1-10, abr. 2014.

- LEEUW, Evelyne de. Global and local (glocal) health: the WHO healthy cities programme. **Global Change & Human Health**, Dordrecht, v. 2, n. 1, p.34-45, jul. 2001.
- NG, Nora Y.; RUGER, Jennifer Prah. Global Health Governance at a Crossroads. **Global Health Governance**, jun. 2011.
- ONUF, Nicholas. **The Republican Legacy in International Thought**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- PAHO. **Herramienta para la Acción de Ciudades Saludables**. Disponível em: <<http://www.paho.ctb.ku.edu/es/que-es-una-ciudad-saludable/>>. Acesso em: 24 out. 2017.
- PETTIT, Philip. **Republicanism: A theory of freedom and government**. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- PUBLIC Health as an Urban Solution. Leana Wen. Baltimore: Tedx, 2016.
- RUGER, Jennifer Prah; YACH, Derek. The Global Role of the WHO. **Global Health Governance**, South Orange, Usa, v. 2, n. 2, p.1-11, out. 2008.
- SANTANA, Paula. **Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014.
- SKINNER, Quentin. On justice, the common good and the priority of liberty. In: MOUFFE, Chantal (Ed.). **Dimensions of radical democracy: Pluralism, citizenship, community**. Londres: Verso, 1992. p. 211-224.
- SLAUGHTER, Steven. **The neo-roman republican legacy and international political theory**. Canberra (AUS): Department Of International Relations, Australian National University, 2003. (Working Paper 2003/5).
- TSOUROS, Agis. City Leadership for Health and Well-being: back to the future. **Journal Of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, Ny, v. 90, n. 1, p.4-13, out. 2013.
- TSOUROS, Agis D.. **WHO Healthy Cities Project: a Project Becomes a Movement**. Copenhagen: Who Regional Office For Europe, 1990.
- TSOUROS, Agis D.. Twenty-seven years of the WHO European Healthy Cities movement: a sustainable movement for change and innovation at the local level. **Health Promotion International**, Oxford, v. 30, n. 1, p.3-7, 2015.
- WERNA, Edmundo et al. From Healthy Cities Projects to Healthy Cities. **Environment And Urbanization**, Londres, v. 11, n. 01, p.27-39, abr. 1999.
- WHO. **Macroeconomics and Health: Investing in Health for the Economic Development**. Genebra: UN, 2001.
- WHO. **Health and the Millennium Development Goals**. Genebra: UN, 2005.
- WHO. **Constitution of the World Health Organization**. Genebra: Who Press, 2006.

WHO, Commission On Social Determinants Of Health. **Closing the gap in a generation:** Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: Who Press, 2008.

WHO. **Global Health Risks:** Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: Un, 2009.

WHOa. **Global Health Estimates 2015:** deaths by cause, age, sex, country and region, 2000-2015. Geneva: UN, 2016.

WHOb. **Situation Report:** Ebola Virus Disease. 2016. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208883/1/ebolaitrep_10Jun2016_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 16 jun. 2016.

WHOc. **Noncommunicable diseases:** Fact sheet. 2015. Disponível em:
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

WHOa. **Sustainable Development Goals.** Disponível em:
<<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

WHOb. **The mandate for healthy cities.** Disponível em:
<<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/healthy-cities/en/>>. Acesso em: 24 out. 2017.

WHO. **Global Health Expenditure Database.** Disponível em:
<<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

WPR, WHO. **Regional Framework for Urban Health in the Western Pacific 2016–2020:** Healthy and Resilient Cities. Manila: WHO, 2016.

WPR, WHO. **Healthy Cities.** Disponível em:
<http://www.wpro.who.int/health_promotion/about/healthy_cities/en/>. Acesso em: 24 out. 2017.