

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

MURIEL BAUERMANN GUBERT

PROJETO BRASÍLIA 50 ANOS – CIDADE SAUDÁVEL

BRASÍLIA

2008

MURIEL BAUERMANN GUBERT

PROJETO BRASÍLIA 50 ANOS – CIDADE SAUDÁVEL

Monografia apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde coletiva da Diretoria Regional de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição.

Orientador: Profa. Dra. Rosana Magalhães

BRASILIA

2008

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Luiz Neunzig – Bibliotecária CRB 1/2.175

G921p GUBERT, Muriel Bauermann
Projeto Brasília 50 anos: cidade saudável / Muriel
Bauermann Gubert — Brasília: [s.n], 2008.
74 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Políticas
de Alimentação e Nutrição) – Programa de Pós-
graduação em Saúde Coletiva, Diretoria Regional de
Brasília, 2008.

1. Brasília. 2. Cidade Saudável. 3. Promoção da Saúde.
4. Qualidade de Vida. 5. Recomendações Nutricionais. I.
Título.

CDD: 612.39

À Luiza Helena e Thiago,
como um novo pedido desculpas
pelas horas que eu deixei de estar com vocês.
Meu amor é por vocês é eterno!
A meus pais, Lucinéa e Inácio,
por me conduzirem a mais essa conquista,
que é de vocês também.

Agradecimentos

]

À Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN),
pela oportunidade de formação que me foi ofertada.

A Ana Beatriz Vasconcelos, Denise Oliveira e Patrícia Gentil,
pela primazia na organização do Curso de Gestão de
Políticas de Alimentação e Nutrição.

Á Profa. Dra. Rosana Magalhães,
pelo apoio e orientação.

Á Profa. Dra. Adriana Pederneiras,
Diretora do Curso de Nutrição da Universidade Católica de Brasília,
pelo apoio que permitiu minha participação neste Curso.

Ao querido Gustavo, pelo apoio na execução das atividades do Curso.

*"Nascer, Morrer, Renascer ainda e Progredir sempre,
tal é a Lei."
Allan Kardec*

Resumo

GUBERT, Muriel Bauermann. Projeto Brasília 50 anos – Cidade Saudável. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

O projeto urbanístico de Brasília, idealizado em 1957, deu origem a uma cidade planejada. Brasília foi pensada para comportar cerca de 500 mil habitantes. Previse-se que, após o “Plano-Piloto” dar-se-ia início ao processo de construção das chamadas “cidades-satélites”. Entretanto, esse planejamento inicial não ocorreu conforme se esperava e a cidade hoje vive um excedente populacional, com mais de 2 milhões de habitantes. Com isso sofre com os problemas urbanísticos e sociais de uma grande metrópole: áreas habitacionais sem saneamento básico, excesso de veículos, deficiência do sistema de saúde para atender a toda população e grande exclusão social. Uma das prioridades do atual governo (2007-2010) é a execução de uma remodelagem urbana visando a melhoria da qualidade de vida da população, com mudanças que incluem a integração entre o Plano Piloto e as demais regiões administrativas e o crescimento do Distrito Federal de forma ordenada. Baseando-se nos princípios da Estratégia Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe-se a realização da Estratégia Brasília 50 anos – Cidade Saudável. A Estratégia proposta segue o pressuposto de que saúde é resultado de um conjunto de fatores socioeconômicos e ambientais e que a promoção da saúde é tarefa de construção coletiva de todos os entes sociais. A Estratégia terá como base a proposição de núcleos de ação diversificado. Buscar-se-á o fomento e a intensificação da gestão das ações de promoção da saúde de forma descentralizada, assim como será incentivado o empoderamento social, para legitimação da definição de ações prioritárias na área de saúde. A Estratégia também prevê a proposição de ações de promoção da saúde baseadas em experiências exitosas e a incorporação do componente de monitoramento e avaliação de forma contínua neste processo.

Palavras-chave: Brasília, Cidade Saudável, Promoção da Saúde, Qualidade de Vida, Recomendações Nutricionais

Abstract

GUBERT, Muriel Bauermann. "Brasilia 50 years - Healthy City Project". Conclusion Course Work (Specialization) – Brasília Regional Management, Oswaldo Cruz Foundation, Brasília, 2008.

The urban design of Brasilia, designed in 1957, led to a planned city. Brasilia was designed to accommodate about 500 thousand inhabitants. After the "Pilot Plan" construction would be started the construction of so-called "satellites-cities". However, this initial planning did not occur as expected, and the city now lives a surplus population, with over 2 million inhabitants. Brasilia also suffers with urban and social problems of a major metropolis: residential areas without sanitation, excessive vehicles, disability of health system to offer services and vast social exclusion. One of the priorities of the present state government (2007-2010) is the implementing of an urban remodeling to improve the quality of life. The changes include the Pilot Plan integration with other administrative regions and order growth of the Federal District. Based on the principles of the Healthy Cities Strategy of the World Health Organization (WHO) this project is proposing the realization of the Strategy calling "Brasilia 50 years - Healthy City". That Strategy follows the assumption that health is result of environmental and socioeconomic factors and that health promotion is a collective construction of all social entities. The strategy will be based on the proposition of diverse centers of action. It will work with the health promotion in a decentralized form, and will encourage the social empowerment, for legitimating the definition of priority actions in health area. The strategy also provides the proposed actions for health promotion experience based and the successful incorporation of monitoring and evaluation component in this process.

Key-words: Brasília, Healthy City, Health Promotion, Life Quality, Nutritional Recommendations

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 - Mortalidade proporcional por categorias de causas de óbitos, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID 10), com redistribuição das causas mal definidas, por estado – Brasil, 2004.....	34

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 01 – Famílias residentes em domicílios particulares, por classes de rendimento mensal familiar per capita. Brasil, 2006.	20
Tabela 02 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade por naturalidade em relação à Unidade da Federação. Brasil, 2006.	21
Tabela 03 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade por situação e anos de estudo. Brasil, 2006.	22
Tabela 04 – Número médio de anos de estudo das pessoas de 10 anos ou mais de idade por situação. Brasil, 2006.	23
Tabela 05 – Pessoas de 0 a 17 anos de idade, por freqüência à creche ou escola. Brasil, 2006.	23
Tabela 06 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade por situação e ocupação na semana de referência. Brasil, 2006.	24
Tabela 07 – Índice de Gini da distribuição do rendimento mensal das pessoas de 10 anos ou mais de idade com rendimento. Brasil, 2006.....	24
Tabela 08 – Número de viagens e pessoas beneficiadas no Distrito Federal e entorno, segundo o modo de viagem, 2000.	25
Tabela 09 – Número de pessoas beneficiadas no Distrito Federal e entorno, segundo o modo de transporte e faixa de renda, 2000.....	26
Tabela 10 – Domicílios particulares permanentes por situação do domicílio e abastecimento de água. Brasil, 2006.....	26

Tabela 11 – Domicílios particulares permanentes por situação do domicílio e esgotamento sanitário. Brasil, 2006.....	27
Tabela 12 – Domicílios particulares permanentes por situação do domicílio e destino do lixo. Brasil, 2006.....	27
Tabela 13 – Número de consultas médicas (SUS) por habitante segundo Região e Distrito Federal. Brasil, 2005.....	28
Tabela 14 – Gasto público com saúde como proporção do PIB segundo Região e Distrito Federal. Brasil, 2004.....	29
Tabela 15 – Número de óbitos infantis (menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos segundo Região e Distrito Federal. Brasil, 2004.....	29
Tabela 16 – População residente, por situação de segurança alimentar existente no domicílio. Brasil, 2004.....	31
Tabela 17 – Número de pessoas cadastradas no Sistema de Atenção Básica do Ministério da Saúde segundo modo de atenção. Brasil, 2008.	32
Tabela 18 - Comparativo entre os principais indicadores estatísticos da Saúde. Período de 2000 a 2005. Secretaria Estadual de Saúde, Distrito Federal.....	33
Tabela 19: Taxas padronizadas de óbito por categorias de causas. Brasil, 2004.	34

Lista de quadros

	Pág.
Quadro 1: Regiões Administrativas do Distrito Federal, segundo a Lei e data da criação.....	18

Lista de abreviaturas e siglas

CGPAN - Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição

CID - Código Internacional de Doenças

CODEPLAN - Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central

DCNT - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DF – Distrito Federal

EBIA - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

GTDI - Grupo de Trabalho Decisório Intersectorial

GTTI - Grupo de Trabalho Técnico Intersectorial

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família

NOVACAP– Companhia Nova Capital

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio

PIB – Produto interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PSF - Estratégia Saúde da Família

RA - Regiões Administrativas

SAN - Segurança Alimentar e Nutricional

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS – Sistema único de Saúde

UF – Unidade da Federação

VLT - Veículo Leve sobre Trilhos

WHO - World Health Organization

Sumário

	Pág.
1. Situação problema.....	15
1.1. Conhecendo o Distrito Federal.....	15
1.1.1. Estrutura Urbana de Brasília.....	15
1.1.2. As Cidades Satélites.....	17
1.1.3. A Brasília Atual	19
1.1.4. O Distrito Federal – Uma Proposta de Mudança.....	35
1.2. Intervenção Proposta.....	38
2. Objetivos.....	39
2.1. Objetivo Geral.....	39
2.2. Objetivos Específicos.....	39
3. Relevância Técnica Científica.....	40
3.1. A promoção da saúde e a qualidade de vida.....	40
3.2. O movimento Cidades Saudáveis.....	42
3.2.1 Cidades Saudáveis – o processo.....	43
3.2.2. Experiências Exitosas no Brasil e no Mundo.....	45
4. Metodologia.....	47
4.1. Desenvolvimento de cultura de gestão descentralizada	48
4.2. Processo de Definições de Ações Prioritárias.....	51
4.3. Proposta de ações baseadas em experiências exitosas.....	53
4.4. Avaliação do Processo.....	60
5. Análise de Viabilidade de Implementação da Intervenção.....	63
6. Cronograma.....	67
7. Referências Bibliográficas.....	68

1. Situação problema

1.1. Conhecendo o Distrito Federal

1.1.1. Estrutura Urbana de Brasília

O projeto urbanístico de Brasília, idealizado por Lúcio Costa em 1957¹, deu origem a uma cidade planejada e com elementos funcionais importantes. A cidade foi criada para ser uma cidade administrativa e pólo de desenvolvimento regional. É em torno da função governamental que todas as outras se agrupam e para ela convergem^{2,3}.

Brasília teve período de construção de 41 meses precedentes à inauguração, realizada em 21 de abril de 1960. Nesse período foram construídos os principais edifícios públicos, 3.500 unidades habitacionais, hotéis, hospitais, escolas, estrutura básica de outros prédios, além do Eixo Rodoviário e os serviços de água, esgoto, energia elétrica e telefonia^{1,3}.

A etapa inicial de implantação da cidade, finalizada no ano de 1960 se deu com a criação o Plano Piloto. O projeto urbanístico casava as necessidades de uma grande cidade com questões como a topografia local. A cidade foi concebida com o princípio das hierarquizações urbanas, onde necessariamente deveria haver grandes espaços entre os edifícios e a separação dos diferentes tipos de circulação⁴.

Brasília foi zoneada a partir de dois eixos perpendiculares: Eixo Norte-Sul (Rodoviário) e outro Leste-Oeste (Monumental)⁴.

Na criação dos núcleos residenciais, a questão da qualidade de vida e convívio social foram priorizadas. Todas as quadras e superquadras residenciais

desenhadas no projeto urbanístico deveriam ser circundadas por áreas arborizadas e providas de escolas de primeiro grau, bancas de jornais e telefone público, que atendessem com proximidade sua população. As crianças assim não necessitariam de transporte, deslocando-se a pé para suas escolas^{1,3}.

Para estas quadras estava prevista a construção de parques infantis e quadras de esporte. A população máxima prevista para cada um destes grupamentos era de três mil pessoas em cada quadra^{2,5}.

Cada grupo de quatro quadras era considerado uma “unidade de vizinhança”, onde a população conviveria freqüentando o mesmo comércio local e igreja^{2,5}.

Brasília foi pensada para comportar cerca de 500 mil habitantes. Prevvia-se que, após o “Plano-Piloto” - parte central da cidade - atingir a capacidade habitacional máxima, dar-se-ia início ao processo de construção e povoamento das chamadas “cidades-satélites”⁶.

Entretanto, esse planejamento inicial não ocorreu conforme se esperava. Fortes correntes migratórias rurais e urbanas, associadas a grande oferta de empregos, principalmente nas obras de construção da cidade gerou excedente populacional, sendo que hoje Brasília comporta mais de 2 milhões de habitantes⁷. Destes, 240 mil habitam o chamado “Plano-Piloto”, parte central e elitizada da cidade⁶.

Os imigrantes, que vieram a Brasília na a partir da década de 50 e 60, contrariando as expectativas iniciais dos planejadores da cidade, não retornaram a seus domicílios natais. Com isso, mesmo antes da inauguração da capital, os governantes abriram novos espaços urbanos⁶. Essa ocupação com a fundação da cidade hoje chamada de Núcleo Bandeirante, fundada com o nome de Cidade Livre, que alojava trabalhadores da construção da capital, no ano de 1956. Em 1957 surgiu o Paranoá, outra cidade que abrigava os trabalhadores da construção da Barragem do Lago Paranoá. Taguatinga foi criada em 1958 e as cidades de Gama e Sobradinho, em 1960⁸.

Essas novas cidades foram absorvendo os trabalhadores da capital e muitos imigrantes que ainda chegavam à cidade. Como característica política, desde a inauguração da cidade, assumiu-se um contínuo processo de construção e implantação de "assentamentos semi-urbanizados" ofertados a todos que viessem à capital⁶.

Brasília, portanto, fugiu à idéia do planejamento urbanístico inicial⁶.

1.1.2. As Cidades Satélites

Brasília foi projetada prevendo a construção de núcleos periféricos, onde se instalaria a população, conhecidos como cidades-satélites. Atualmente essas cidades satélites compõem uma divisão do Distrito Federal em Regiões Administrativas, com a finalidade de facilitar a administração⁸.

Hoje o Distrito Federal conta com 28 Regiões administrativas, como mostra o Quadro 1⁸. Cada Região Administrativa tem um Administrador Regional, nomeado pelo Governador, responsável pela promoção e coordenação dos serviços públicos da região².

Nos projetos das Regiões Administrativas – Cidades Satélites- teoricamente a urbanização deveria seguir os mesmos princípios urbanísticos de Brasília ajustados às condições socioeconômicas e funcionais de cada uma. Isso resultou em estruturas urbanas próprias em cada caso².

Regiões Administrativas (RA)	Lei
RA I – Brasília	Lei 4.545 de 10/12/1964
RA II - Gama	Lei 4.545 de 10/12/1964
RA III - Taguatinga	Lei 4.545 de 10/12/1964
RA IV - Brazlândia	Lei 4.545 de 10/12/1964
RA V – Sobradinho	Lei 4.545 de 10/12/1964
RA VI – Planaltina	Lei 4.545 de 10/12/1964
RA VII – Paranoá	Lei 4.545 de 10/12/1964
RA VIII – Núcleo Bandeirante	Lei 049 de 25/10/1989
RA IX – Ceilândia	Lei 049 de 25/10/1989
RA X – Guará	Lei 049 de 25/10/1989
RA XI – Cruzeiro	Lei 049 de 25/10/1989
RA XII – Samambaia	Lei 049 de 25/10/1989
RA XIII – Santa Maria	Lei 348 de 04/11/1992
RA XIV – São Sebastião	Lei 705 de 10/05/1994
RA XV – Recanto das Emas	Lei 510 de 28/07/1993
RA XVI – Lago Sul	Lei 643 de 10/01/1994
RA XVII – Riacho Fundo	Lei 620 de 15/12/1993
RA XVIII – Lago Norte	Lei 641 de 10/01/1994
RA XIX – Candangolândia	Lei 658 de 27/01/1994
RA XX – Águas Claras	Lei 3.153 de 06/05/2003
RA XXI – Riacho Fundo II	Lei 3.153 de 06/05/2003
RA XXII – Sudoeste/Octogonal	Lei 3.153 de 06/05/2003
RA XXIII – Varjão	Lei 3.153 de 06/05/2003
RA XXIV – Park Way	Lei 3.255 de 29/12/2003
RA XXV – SCIA	Lei 3.315 de 27/01/2004
RA XXVI – Sobradinho II	Lei 3.314 de 27/01/2004
RA XXVII – Jardim Botânico	Lei 3.435 de 31/08/2004
RA XXVIII – Itapoã	Lei 3.527 de 03/01/2005

Quadro 1: Regiões Administrativas do Distrito Federal, segundo a Lei e data da criação.

Fonte: GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio – PDAD 2004. Brasília: 2004

A Cidade do Gama foi fundada em 1966 para acolher as famílias de uma invasão situada na barragem do Paranoá e também moradores transferidos da Vila Planalto e da Vila Amauri. Outras cidades criadas para abrigar funcionários e trabalhadores da capital foram Paranoá, Núcleo Bandeirante, Guará, Cruzeiro, Lago Sul, Riacho Fundo, dentre outras².

A cidade de Taguatinga foi projetada no “Plano Urbanístico de Brasília”, com a finalidade de ser uma cidade dormitório, sendo sua fundação prevista para dez anos após a inauguração de Brasília. No entanto, em maio de 1958 ela foi inaugurada².

Brazlândia era um antigo município do estado de Goiás, absorvido pelo DF. A cidade de Sobradinho foi fundada em 1960, para abrigar a população que vivia nas firmas empreiteiras, na Vila Amauri, e também funcionários da Novacap e do Banco do Brasil. Planaltina também já existia antes do Distrito Federal, fundada em 1859. Seu contingente populacional foi sendo incorporado a localidade, oriundo das retiradas de invasões².

Várias cidades Satélites foram criadas para assentar a população oriunda de favelas e invasões de terras do DF. Dentre elas estão Ceilândia, Samambaia, São Sebastião, Santa Maria, Recanto das Emas, Varjão, Estrutural e Sobradinho, dentre outras².

A distribuição de lotes à população carente destas regiões foi um dos motivos da intensificação da migração de população de outros estados para o DF, originando inchaço na estrutura populacional da cidade e mudanças nos projetos urbanísticos previstos inicialmente.

1.1.3. A Brasília Atual

Pobreza e desigualdade no Distrito Federal

Segundo Barros *et al*⁹, a desigualdade de renda no Brasil está em franco declínio, a despeito de o país ser, ainda, um dos campeões mundiais de desigualdade. Segundo dados de 2006 a desigualdade experimentada pelo Brasil é a menor dos últimos trinta anos. Mesmo assim a desigualdade de renda permanece alta, com o contingente de 1% dos mais ricos e os 50% mais pobres da população se apropriando da mesma parcela da renda total. Os determinantes sociais imediatos deste declínio são modificações no mercado de trabalho e desenvolvimento de redes efetivas de proteção social.

Assim como no Brasil, a pobreza e desigualdade social no Distrito Federal são grandes. Porém, ao contrário do Brasil, que desde a metade dos anos 90 obteve redução da desigualdade social, o Distrito Federal mostra progressão contrária¹⁰.

Com base nos dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios (PNAD), o Distrito Federal e entorno obtiveram em 2006 a pior distribuição de renda entre as regiões metropolitanas brasileiras¹¹. O Distrito Federal apresenta atualmente um índice de Gini de 0,612, o pior resultado se comparado a regiões metropolitanas de outros estados brasileiros¹⁰.

No Brasil em 2006 o percentual de indigência (pessoas vivendo com menos de ¼ de salário mínimo per capita) foi de 8,56% (Tabela 01)¹¹. No Centro –Oeste essa taxa é um pouco menor (5,08%). No Distrito Federal, apesar de apresentar percentual menor (3,64%), essa prevalência apresenta, ainda índices preocupantes.

Tabela 01 – Famílias residentes em domicílios particulares, por classes de rendimento mensal familiar per capita. Brasil, 2006.

Região Geográfica	Classes de Rendimento mensal familiar per capita	%
Brasil	Até ¼ de salário mínimo	8,56
	Mais de ¼ a ½ salário mínimo	16,47
	Mais de ½ a 1 salário mínimo	27,29
	Mais 1 a 5 salários mínimos	64,81
	Mais 5 salários mínimos	5,69
Centro-Oeste	Até ¼ de salário mínimo	5,08
	Mais de ¼ a ½ salário mínimo	16,32
	Mais de ½ a 1 salário mínimo	29,55
	Mais 1 a 5 salários mínimos	68,2
	Mais 5 salários mínimos	6,85
Distrito Federal	Até ¼ de salário mínimo	3,64
	Mais de ¼ a ½ salário mínimo	11,39
	Mais de ½ a 1 salário mínimo	19,15
	Mais 1 a 5 salários mínimos	60,49
	Mais 5 salários mínimos	18,34

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2006.

A desigualdade social no DF pode ser verificada, também, pela comparação de número de pessoas ganhando mais de cinco salários-mínimos per capita. No Brasil são apenas 5,69% da população. Já no DF representam 19,34% das famílias (Tabela 01).

Em 2006 o Distrito Federal tinha 782.000 pessoas ganhando até um salário mínimo per capita, o que representava 34,1% da população¹².

População

Em 1957, 12.283 pessoas moravam em Planaltina, Brazlândia e fazendas próximas. Foram elas os primeiros habitantes do Distrito Federal. Após o início do processo de construção de Brasília, a imigração foi intensa. Na década de 1960/70 chegaram ao DF 358.014 e na década de 70/80, 488.546 imigrantes. De acordo com a “Contagem da População de 2000 - IBGE”, o Distrito Federal registrava 2.051.146⁷, e atualmente estima-se a população em mais de 2.400.000 habitantes², muito além dos 500 mil habitantes para os quais acredita-se que a cidade foi planejada^{12,13}.

A migração é uma característica importante observada no Distrito Federal. A Tabela 02 mostra que, dentre as pessoas com 10 anos ou mais, 39,63% não são naturais do DF, sendo oriundas de outras unidades da Federação. A migração, como descrito anteriormente, ainda é muito intensa no DF gerando, ainda, aumento expressivo populacional.

Tabela 02 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade por naturalidade em relação à Unidade da Federação. Brasil, 2006.

Região Geográfica	Naturalidade em relação à Unidade da Federação (UF)	%
Distrito Federal	Naturais da UF	39,63
	Não naturais da UF	60,37

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2006.

Escolaridade

A população do Distrito Federal apresenta um grau de instrução elevado. No Brasil segundo dados da PNAD de 2006¹¹ o índice de analfabetismo no Brasil é de 10,15% enquanto que no DF o número de analfabetos não alcança 4,62%¹¹, inferior até mesmo para a região Centro-Oeste, que apresenta percentual de 8,75% de analfabetos.

No Distrito federal 19,84% da população tem 12 anos ou mais de estudo, superiores aos 10,18% do Brasil e 11,13% da Região Centro-Oeste (Tabela 3).

Tabela 03 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade por situação e anos de estudo. Brasil, 2006.

Região Geográfica	Grupos de anos de estudo	%
Brasil	Sem instrução ou menos de 1 ano	10,15
	1 a 5 anos	33,88
	6 a 11 anos	45,38
	12 anos ou mais	10,18
Centro-Oeste	Sem instrução ou menos de 1 ano	8,75
	1 a 5 anos	32,4
	6 a 11 anos	47,32
	12 anos ou mais	11,13
Distrito Federal	Sem instrução ou menos de 1 ano	4,62
	1 a 5 anos	22,78
	6 a 11 anos	52,14
	12 anos ou mais	19,84

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2006.

Em relação a número de anos de estudo entre adultos (Tabela 04), observa-se que a média de anos de estudo no Distrito Federal (9,9 anos) é bem superior à media nacional (7,7 anos) e à da Região Centro –Oeste (7,9 anos)¹¹.

Tabela 04 – Número médio de anos de estudo das pessoas de 10 anos ou mais de idade por situação. Brasil, 2006.

Região Geográfica	Número médio de anos de estudo
Brasil	7,7
Centro-Oeste	7,9
Distrito Federal	9,9

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2006.

Dados referentes à freqüência à escola (Tabela 05) mostram que, entre as pessoas com 17 anos ou menos, 78,03% a estão freqüentando. Semelhante aos outros indicadores apresentados, a freqüência escolar no DF é superior à do Brasil (75,79%) e Centro-Oeste (78,03%).

Tabela 05 –Pessoas de 0 a 17 anos de idade, por freqüência à creche ou escola. Brasil, 2006.

Região Geográfica	Freqüência à Creche ou escola	%
Brasil	Freqüentavam	75,79
	Não Freqüentavam	24,21
Centro-Oeste	Freqüentavam	73,94
	Não Freqüentavam	26,06
Distrito Federal	Freqüentavam	78,03
	Não Freqüentavam	21,97

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2006.

Emprego

No Distrito Federal a atividade econômica da população encontra-se concentrada na prestação de serviços (55,8%), nas administrações federal e local (19,3%), no comércio (16,9%), contra apenas 7,1% na indústria e não chegando a um por cento na agropecuária⁸.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios – PNAD¹¹ em 2006 a taxa de desemprego no DF era de 14,44% (Tabela 6). Esse valor de

pessoas economicamente ativas, desocupadas é superior aos índices de desemprego do Brasil (10,51%) e da Região Centro-Oeste(10,54%).

Tabela 06 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade por situação e ocupação na semana de referência. Brasil, 2006.

Região Geográfica	Condição de atividade e de ocupação na semana de referência	%
Brasil	Economicamente ativas - ocupadas	57,15
	Economicamente ativas - desocupadas	10,51
	Não economicamente ativas	37,6
Centro-Oeste	Economicamente ativas - ocupadas	57,79
	Economicamente ativas - desocupadas	10,54
	Não economicamente ativas	36,94
Distrito Federal	Economicamente ativas - ocupadas	55,35
	Economicamente ativas - desocupadas	14,44
	Não economicamente ativas	37,44

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2006.

Além do grande percentual de desempregados no DF existe, ainda, a grande desigualdade nos rendimentos de pessoas ocupadas. Quando comparado o índice de Gini da distribuição do rendimento médio mensal das pessoas com rendimento no DF (0,589), este supera os índices nacional (0,547) e da Região (0,558) (Tabela 7).

Tabela 07– Índice de Gini da distribuição do rendimento mensal das pessoas de 10 anos ou mais de idade com rendimento. Brasil, 2006.

Região Geográfica	Índice de Gini
Brasil	0,547
Centro-Oeste	0,558
Distrito Federal	0,589

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2006.

O PIB do Distrito Federal em 2005 foi de R\$ 80,5 bilhões. O PIB per capita do DF é o mais alto do Brasil, embora a sua participação no PIB nacional seja em

média de apenas 3,9%¹⁴. Tal fato mostra o potencial econômico da região, em termos de investimentos públicos e privados.

Transporte público no DF

Hoje Brasília sofre problemas comuns de cidades que tem o automóvel e ônibus como principal meio de transporte. O planejamento da área central da cidade dificulta hoje o trânsito de pedestres¹⁵.

No ano de 2000, a Pesquisa Distrital de Amostras por Domicílios¹⁶, elaborada pela Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN), identificou que foram realizadas quase 3 milhões de viagens pela população do Distrito Federal. Esse com este número pode-se estimar quase 1.600.000 o número de pessoas residentes no DF que precisaram se locomover(Tabela 08)¹⁷.

Tabela 08 – Número de viagens e pessoas beneficiadas no Distrito Federal e entorno, segundo o modo de viagem, 2000.

Modo de Viagem	Distrito Federal (DF)		Entorno Pessoas	DF+Entorno Pessoas
	Viagens	Pessoas		
Ônibus	732.468	366.234	92.322	456.556
Transporte Escolar	88.321	44.161		44.161
Transporte Fretado	36.068	18.034		18.034
Automóvel, Utilitário e Taxi	1.017.922	508.961	55.915	564.876
Lotação	75.660	37.830	4.412	42.242
Bicicletas, ciclomotores e outros	51.282	25.641		25.641
A pé	771.872	385.936		385.936

Fonte: GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio – PDAD 2000. Brasília: 2000.

Observa-se que o uso de ônibus e os deslocamentos a pé ocorrem em todas as camadas de renda, mas decrescem à medida que a renda média cresce (Tabela 09). A população de baixa renda é a mais dependente do transporte público, dependendo quase que exclusivamente do ônibus como meio de transporte.

Tabela 09 – Número de pessoas beneficiadas no Distrito Federal e entorno, segundo o modo de transporte e faixa de renda, 2000.

Faixa de Renda (por dia)	Ônibus		A pé		Automóvel, Utilitário e Taxi		Outros		Total	
	Pessoas	%	Pessoas	%	Pessoas	%	Pessoas	%	Pessoas	%
Até US\$ 2,74	21.296	3,90	16.086	4,17	6.122	1,08	699	2,73	44.871	2,91
De US\$ 2,75 a US\$ 5,49	360.565	64,04	242.981	62,96	166.956	29,56	16.513	64,40	787.015	51,12
De US\$ 5,50 a US\$ 13,74	120.692	21,44	84.445	21,88	153.176	27,12	5.939	23,16	364.252	23,66
De US\$ 13,75 a US\$ 27,49	58.336	10,36	42.312	10,96	220.111	38,97	2.461	9,60	323.220	21,5
Acima de US\$ 27,50	1.438	0,26	110	0,03	18.511	3,26	29	0,11	20.088	1,3
Total	562.993	100,0	385.936	100,0	564.876	100,0	25.641	100,0	1.539.446	100,0

Fonte: GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio – PDAD 2000. Brasília: 2000.

Saneamento Básico

No Distrito Federal 99,18% da população têm abastecimento de água com canalização interna, dados superiores aos nacionais (91,23%)¹¹ (Tabela 10).

Tabela 10 – Domicílios particulares permanentes por situação do domicílio e abastecimento de água. Brasil, 2006.

Região Geográfica	Abastecimento de Água	%
Brasil	Com canalização interna	91,23
	Sem canalização interna	8,77
Centro-Oeste	Com canalização interna	96,36
	Sem canalização interna	3,64
Distrito Federal	Com canalização interna	99,18
	Sem canalização interna	0,82

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2006.

Em relação ao esgotamento sanitário (Tabela 11) o percentual da população atendida no DF (99,77%) também é superior à média nacional (95,22%) e regional (98,48%)¹¹. Do esgoto coletado, 66% são tratados⁸.

Tabela 11 – Domicílios particulares permanentes por situação do domicílio e esgotamento sanitário. Brasil, 2006.

Região Geográfica	Esgotamento sanitário	%
Brasil	Com esgoto	95,22
	Sem esgoto	4,78
Centro-Oeste	Com esgoto	98,48
	Sem esgoto	1,52
Distrito Federal	Com esgoto	99,77
	Sem esgoto	0,23

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2006.

Cerca de 85,31% dos domicílios urbanos do DF contam com o serviço de coleta de lixo direta¹¹ (Tabela 12), 98% com serviço de limpeza urbana⁸ e cerca de 98% das residências tem acesso a rede elétrica⁸.

Tabela 12 – Domicílios particulares permanentes por situação do domicílio e destino do lixo. Brasil, 2006.

Região Geográfica	Destino do Lixo	%
Brasil	Coletado diretamente	79,61
	Outro destino	13,37
Centro-Oeste	Coletado diretamente	82,06
	Outro destino	12,17
Distrito Federal	Coletado diretamente	85,31
	Outro destino	1,96

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2006.

Observa-se, portanto, que os serviços de saneamento básico no DF atingem grande parte da população. O que repercute positivamente na saúde da população. De acordo com Nery¹⁸, “o saneamento básico é uma política de inclusão social (...) que deve ter participação do setor saúde, (...) ratificando, assim o reconhecimento da relação saúde e ambiente e da importância da atuação de prevenção primária à saúde com políticas e ações sobre esse meio, especialmente sobre o saneamento básico”.

O serviço de Saúde Pública no DF

O Distrito Federal mostra dados de acesso ao serviço de saúde sistematicamente melhores que os da Região Centro-Oeste e Brasil.

A avaliação do número de consultas médicas por habitantes mede a relação entre a produção de consultas médicas no SUS e a população residente, o que propicia identificar situações de desigualdade e avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população. A Tabela 13 mostra que o DF apresenta dados mais satisfatórios que os do Brasil e Região Centro-Oeste. Em quanto no Brasil o número médio anual de consultas por habitante é de 2,5 e no Centro-Oeste é de 2,42 consultas/ano por habitante, no DF esse número chega a 2,69.

Tabela 13 – Número de consultas médicas (SUS) por habitante segundo Região e Distrito Federal. Brasil, 2005.

Região Geográfica	Consultas por habitante
Brasil	2,5
Centro-Oeste	2,42
Distrito Federal	2,69

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

A Tabela 14 mostra os valores do gasto público com saúde como proporção do Produto Interno Bruto (PIB). Esse dado permite avaliar as variações geográficas do gasto público com saúde em relação ao PIB, identificando situações de desigualdade. Além disso, é um indicador útil para comparações inter-regionais, por representar as três esferas de governo. No contexto do financiamento público da saúde no Distrito Federal, ao contrário do Brasil e da Região Centro-Oeste, há predominância da receita distrital sobre as demais.

Tabela 14 – Gasto público com saúde como proporção do PIB segundo Região e Distrito Federal. Brasil, 2004.

Região Geográfica	Proporção		Proporção
	gasto_total/PIB(%)	gasto_federal/PIB (%)	gasto_estadual/PIB (%)
Centro-Oeste	3,13	1,3	1,14
Distrito Federal	2,13	0,78	1,35
Brasil	8,96	7,13	1,14

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS

Outro indicador de saúde importante a ser considerado é a mortalidade infantil, que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. A mortalidade infantil é um excelente indicador para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população¹⁹. Considera-se alta uma mortalidade de 50 por mil nascidos vivos ou mais, médias de 20-49 e baixas as com menos de 20 mortes por mil nascidos vivos¹⁹. Enquanto que o Brasil ainda apresenta uma taxa considerada média (22,58 mortes/1000 nascidos vivos), o DF apresenta taxa mais satisfatória, de 13,95, valor considerado baixo (Tabela 15).

Tabela 15 – Número de óbitos infantis (menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos segundo Região e Distrito Federal. Brasil, 2004.

Região Geográfica	Taxa de Mortalidade Infantil
Centro-Oeste	18,7
Distrito Federal	13,95
Brasil	22,58

Fonte: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Atualmente, outras informações sobre as condições da saúde da população têm sido documentadas, o que é importante no contexto de saúde integral. Em 2004, a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios (PNAD) aplicou em todo o Brasil um suplemento chamado módulo de Segurança Alimentar e Nutricional²⁰.

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é definida como como²⁰:

“a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente de alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis”

A garantia de segurança alimentar de uma população depende de diversos fatores, relacionados à disponibilidade de alimentos, sua acessibilidade, condições de vida e renda das pessoas e aproveitamento alimentar biológico²¹. Segundo Perez-Escamilla²² *“a mensuração da insegurança alimentar ou a medida da magnitude do afastamento dela, inclusive a complexidade envolvida no problema, exigem a utilização de indicadores de natureza e abrangência diferentes.”*

Os dados da Tabela 16 referem-se à estimativa de (in)segurança Alimentar no Brasil, segundo a metodologia da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), que classifica os domicílios de acordo com sua condição de segurança alimentar em quatro categorias: Segurança Alimentar, Insegurança Alimentar leve, Insegurança Alimentar moderada e Insegurança Alimentar grave²⁰.

Em 60,27% dos domicílios particulares brasileiros residiam pessoas em situação de Segurança Alimentar (SA). Já no DF esse número foi muito superior, representado 72,6% da população. Esses dados mostram a discrepância de dados quando compara-se o Brasil ao Distrito Federal, revelando um posição muito vantajosa do segundo, em relação ao primeiro. A segurança alimentar tem uma relação direta com escolaridade, renda e urbanização²², o que explica os melhores índices no Distrito Federal.

Tabela 16 – População residente, por situação de segurança alimentar existente no domicílio. Brasil, 2004.

Região Geográfica	Situação de segurança alimentar existente no domicílio	%
Brasil	Com segurança alimentar	60,27
	Com insegurança alimentar	39,69
Centro-Oeste	Com segurança alimentar	65,67
	Com insegurança alimentar	34,22
Distrito Federal	Com segurança alimentar	72,60
	Com insegurança alimentar	27,40

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2004.

Estrutura organizacional dos serviços públicos de saúde no DF

No Distrito Federal o serviço público de saúde é responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde – SES. Essa secretaria, subordinada ao Governo do Distrito Federal, é subdividida em Subsecretarias²³:

- Subsecretaria de Vigilância à Saúde
- Subsecretaria de Atenção à Saúde
- Subsecretaria de Planejamento e Políticas de Saúde
- Subsecretaria de Apoio Operacional

A Secretaria de Saúde do DF possui vários programas permanentes, porém cada um está atribuído a uma Secretaria específica e não contemplam necessariamente ações intersetoriais²⁴. Dentre eles estão o: Programa Família Saudável, Programa Saúde da Comunidade, Programa Saúde da Criança, Programa Saúde do Adolescente, Programa Saúde da Mulher, Programa Saúde do Adulto, Programa Saúde do Idoso, Programa Saúde Mental, Programa Saúde do Trabalhador; Programa Saúde Bucal, Programa Saúde Rural, Programa Saúde Prisional e Programa Saúde Ambiental²⁴.

O sistema de saúde do DF conta com 13 Hospitais Regionais, 70 postos/centros de Saúde e 26 unidades de PSF²⁵.

O PSF no Distrito Federal começou a ser implementado nas cidades-satélites em 1998. O início da implantação priorizou as localidades mais carentes e com menor acesso aos serviços de saúde, porém a intenção governamental é que 100% da população destas cidades sejam beneficiadas pelo programa. Entretanto o DF ainda não se desvinculou da cultura “hospitalocêntrica”, à qual a população e os profissionais de saúde se apegam. A população permanece buscando os serviços de emergência de hospitais ao invés de entrarem pela atenção básica no sistema e os profissionais criticam os investimentos na atenção básica, cobrando recursos para ações de média e alta complexidade²⁰.

Atualmente as equipes de PSF no Distrito Federal estão assim distribuídas: Núcleo Bandeirante (02), Gama (2), Santa Maria (3), Taguatinga (1), Recanto das Emas (1), Ceilândia (2), Brazlândia (3), Sobradinho (1), Planaltina (6), Paranoá (4) e São Sebastião (1)²⁵. A cobertura do PSF no Distrito Federal é de apenas 6,2% da população (144.900 pessoas)²⁶. Contudo, enquanto no Brasil o percentual de famílias cadastradas na atenção básica pelas equipes de PSF é de 38,2%, no Distrito Federal esse percentual chega a 77,0%, o que evidencia que, mesmo sendo uma ação insipiente, o PSF representa o principal modelo na atenção básica do DF (Tabela 17).

Tabela 17– Número de pessoas cadastradas no Sistema de Atenção Básica do Ministério da Saúde segundo modo de atenção. Brasil, 2008.

Região Geográfica	Cadastradas pela Estratégia Saúde da Família (PSF)	Total de Pessoas Cadastradas	Proporção pessoas cadastradas pelo PSF
Região Centro-Oeste	1.653.965	5.920.824	27,9
Mato Grosso do Sul	48.502	1.074.754	4,5
Mato Grosso	557.162	1.555.373	35,8
Goiás	881.959	3.074.751	28,7
Distrito Federal	166.342	215.946	77,0
Brasil	32.303.119	84.369.168	38,2

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica.

A razão entre o número de estabelecimentos de saúde cadastrados por 10 mil habitantes no DF é de 14,5²⁷. Esse indicador mostra a oferta e a capacidade

instalada dos serviços de saúde e essa razão é um componentes do cálculo do nível de saúde da população.

A Secretaria de Saúde do DF, no ano de 2007, realizou 3.623.469 consultas ambulatoriais e 2.858.977 consultas de emergência. Ao todo disponibilizou 4.189 leitos hospitalares para atendimento da população²⁵. A Tabela 18 mostra o comparativo entre os principais indicadores estatísticos de saúde do DF. Observa-se que o número de leitos/1000 habitantes/ano está aumentando, porém ainda está aquém dos 2,5 a 3,00 leitos/1000 habitantes/ano preconizados pelo Ministério da Saúde²⁸. O DF atende às recomendações da Portaria N^o 1.101 de 12/06/2002²⁰ para o número de consultas e taxa global de mortalidade hospitalar, entretanto ainda possui indicadores insatisfatórios para número de internações, internações/consulta, taxa de cesáreas, taxa de ocupação hospitalar e tempo médio de permanência, fazendo transparecer algumas fragilidades na oferta de serviços de saúde à população do DF.

Tabela 18 - Comparativo entre os principais indicadores estatísticos da Saúde. Período de 2000 a 2005. Secretaria Estadual de Saúde, Distrito Federal.

Indicadores estatísticos	Período						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Leito/1000 hab/ano							
param: 2,5 a 3,0 leitos/1000 hab/ano	1,3	1,3	1,3	1,3	1,7	1,7	1,7
Consulta e atendimento /hab/ano							
parâmetro: 2,5 a 3,0	2,3	2,6	2,7	2,6	2,8	2,8	2,7
Internação/1000 hab/ano							
parâmetro: 70 a 90 int/1000 hab	55	54	51	50	55	52	50
Internação/consulta/ano (%)							
parâmetro: 5,0%	2,4	2,1	1,9	1,9	2,0	1,8	1,9
Taxa global de mortalidade hospitalar (%)							
parâmetro: 2,63%	2,26	2,50	2,53	2,34	2,46	2,47	2,35
Taxa de cesáreas (%)							
parâmetro: 15,0%	26,9	28,9	30,0	30,6	32,1	33,4	33,9
Taxa ocupação hospitalar (%)							
parâmetro: 80% a 85%	82,9	79,2	76,3	72,2	74,8	72,5	70,9
Média tempo permanência (dias)							
parâmetro: 6 dias	7,2	6,9	6,8	6,7	6,5	6,7	6,6

Fonte: Relatórios Estatísticos Mensais das Regionais de Saúde.

Nota: Parâmetros baseados na Portaria N^o 1.101/GM/Ministério da Saúde, de 12/06/2002.

Carga Global de Doença no Distrito Federal

No DF as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) são as que mais matam, semelhante ao que ocorre em outros estados do Brasil. No DF no ano de 2006 cerca de 70% das mortes foram devido às DCNT²⁷(Figura 1).

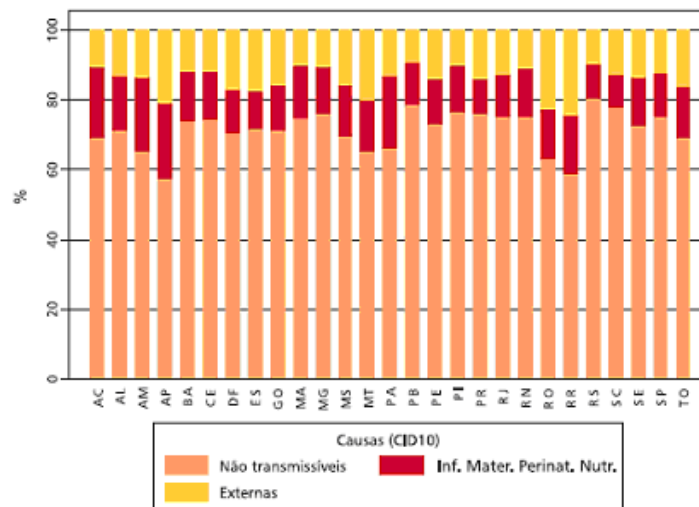


Figura 1 - Mortalidade proporcional por categorias de causas de óbitos, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID 10), com redistribuição das causas mal definidas, por estado – Brasil, 2004.

Fonte: SIM/SVS/MS

Esses dados mostram o processo denominado de “transição epidemiológica que a maioria dos países em desenvolvimento tem experimentado nas últimas décadas”, caracterizado pela substituição das causas de morbimortalidade de suas populações de doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas²⁹.

A Tabela 19 mostra as taxas de mortalidade padronizadas por grupos de causas. Observa-se que o DF as taxas referentes às doenças infecciosas e causas externas são inferiores às do Centro-Oeste e Brasil, caracterizando um melhor

acesso à saúde no DF. Porém a mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis é maior²⁷.

Tabela 19: Taxas padronizadas de óbito por categorias de causas. Brasil, 2004.

Unidade Geográfica	Taxa Grupo I	Taxa Grupo II	Taxa Grupo III
Norte	70,1	260,3	61,0
Nordeste	62,4	268,3	55,5
Centro-Oeste	77,1	405,9	38,6
DF	68,5	423,8	21,5
Sudeste	77,4	399,8	64,4
Sul	59,5	430,5	68,5
Brasil	70,6	359,9	63,3

Grupo I – Doenças Infecciosas e Parasitárias, Causas Perinatais e Maternas e Doenças Nutricionais.

Grupo II – Doenças Não Transmissíveis:

Grupo II – Causas Externas.

Fonte: SIM/SVS/MS e IBGE

Estudar-se o perfil de saúde de uma população permite a adequação da oferta de serviços de saúde e da distribuição dos recursos necessários para assistência aos agravos prevalentes²⁷.

1.1.4. O Distrito Federal – Uma Proposta de Mudança

Uma das prioridades do atual governo de Brasília (2007-2010) é a execução de uma remodelagem urbana de forma planejada³⁰, visando a melhoria da qualidade de vida da população¹.

“Projetos Urbanos Estratégicos: Brasília 50 anos”, é uma estratégia proposta pelo arquiteto e urbanista Jaime Lerner que prevê a transformação de Brasília em uma cidade diferente, com mudanças que incluem a integração entre o Plano Piloto e as demais regiões administrativas e o crescimento do Distrito Federal de forma

ordenada. Essa iniciativa tem como objetivo tentar resolver os principais problemas provocados pelo crescimento desordenado³⁰.

O projeto tem dois focos principais: o primeiro visa a integração do Plano Piloto com as cidades-satélites, que cresceram sem planejamento ao redor de Brasília. O segundo tem como objetivo realizar obras específicas para melhorar a qualidade de vida dos habitantes³⁰.

A Estratégia prevê ações de revitalização de espaços da cidade, melhorar a fluidez do trânsito, criação de mais áreas verdes e propor soluções para problemas como os vendedores ambulantes³⁰.

As alterações no Plano Piloto, onde moram cerca de 500 mil pessoas serão limitadas, pois o mesmo é tombado como Patrimônio Histórico da Humanidade. Essas alterações englobam a melhoria do serviço de transporte, construção e integração de estações de embarque³⁰.

Um dos objetivos da Estratégia é integração do Plano Piloto com as Cidades Satélites, onde moram mais de dois milhões de pessoas. A tentativa é de fazer uma coexistência entre toda a população, integrá-las, estabelecer vínculo onde todos se sintam em uma só cidade. O princípio de integralidade e equidade deve ser respeitado, permitindo acesso de todos a todos os recursos disponíveis³⁰.

Em relação ao transporte, está previsto a implantação de um novo sistema de transporte, o Veículo Leve sobre Trilhos (VLT). O projeto ainda deixa em aberto a possibilidade da instalação de uma ciclovia ao longo da avenida central de Brasília (Eixão)³⁰.

Quanto aos problemas com vendedores ambulantes a idéia prevê a criação das chamadas “ruas portáteis”. Módulos dispostos juntos dotados de rodinhas e prateleiras, permitirão a venda de produtos em calçadas. Colocados lado a lado, as bancas se transformam numa rua comercial que pode ser montada e desmontada com facilidade³⁰.

No mesmo projeto está prevista a construção da Via Interbairros. Será uma via de transporte rodoviário que cortará o Distrito Federal. A avenida interligará o Plano Piloto com diversas áreas urbanas, como o Guará, Águas Claras, Park Way e Samambaia. Ao longo do trajeto serão criadas áreas comerciais e habitacionais, com a obrigatoriedade de implantação de chamados “prédios ecológicos”³⁰.

O sentido de unidade será dado pelo formato das quadras projetadas, que deverão seguir um modelo similar ao das superquadras do Plano Piloto e não deverão ultrapassar a altura dos prédios dos centros urbanos que margeiam. As edificações serão erguidas de forma que os moradores fiquem de frente para o parque ecológico junto ao qual foram construídas. Cada quadra terá um comércio local e espaço para praças. Torres de apartamentos e escritórios serão levantadas ao longo das quadras, com a condição de que seja destinado um quinto do espaço dos edifícios para áreas verdes. O Interbairros terá capacidade de abrigar até 500 mil pessoas, além de produzir mais empregos para população³⁰.

A preservação ambiental e ampliação dos espaços verdes da cidade também são prioritárias no projeto, ampliando a questão da qualidade de vida da população. Um quinto de área construída na Via Interbairros deve ser de jardins³⁰.

A preocupação ambiental também está presente em outras obras previstas no Projetos Urbanísticos Estratégicos: Brasília 50 anos. A criação de parques e áreas verdes também estão entre as propostas do projeto. A Asa Norte deve ganhar um grande parque, semelhante ao existente na Asa Sul, chamado “parque da Cidade”. Essa área deve ser de lazer e recreação aos moradores e ao mesmo tempo integração com a natureza³⁰.

Nas satélites serão revitalizados alguns parques existentes, como o Taguaparque, localizado entre Vicente Pires e Taguatinga Centro. Nele estão previstas a instalação de ciclovias, arborização, implantação de mirantes, praças de alimentação, anfiteatro e outras atividades voltadas à cultura, ao esporte e ao lazer. O espaço é voltado para melhorar a qualidade de vida dos moradores dessas localidades³⁰.

1.2. Intervenção Proposta

Brasília, às vésperas de completar 50 anos, vive um momento político propício para a discussão de projetos inovadores. Sabe-se que uma das prioridades do governo é a reurbanização da capital³⁰, na tentativa de retomar-se conceitos de menor desigualdade e exclusão social além da melhoria da qualidade de vida, pressupostos da proposta inicial da cidade¹.

Baseando-se nos princípios da Estratégia Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde (OMS)^{31,32,33}, propõe-se a realização da estratégia Brasília 50 anos – Cidade Saudável, no Distrito Federal.

A Estratégia proposta segue o pressuposto de que saúde é resultado de um conjunto de fatores socioeconômicos e ambientais e que a promoção da saúde é tarefa de construção coletiva de todos os entes sociais³⁴.

A Estratégia terá como base a proposição de núcleos de ação diversificados, de acordo com os princípios da Estratégia Cidade Saudável (OMS). Buscar-se-á o fomento e a intensificação da gestão das ações de promoção da saúde de forma descentralizada, assim como será incentivado o empoderamento social, para legitimação da definição de ações prioritárias na área de saúde. A Estratégia também prevê a proposição de ações de promoção da saúde baseadas em experiências exitosas e a incorporação do componente de monitoramento e avaliação de forma contínua neste processo.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

- Implantar a estratégia Brasília 50 anos – Cidade Saudável, no Distrito Federal, baseada na Estratégia Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde (OMS).

2.2. Objetivos Específicos

- Propiciar diagnóstico das prioridades das ações de saúde no Distrito Federal, de forma orgânica;
- Promover mobilização social e gerar “*empowerment*” da população no que se refere ao processo de promoção da saúde;
- Melhorar a qualidade de vida da população de Brasília, diminuindo a exclusão social e desigualdades na saúde;
- Criar cultura de avaliação de processo e resultado para este tipo de ação.

3. Relevância Técnica Científica

3.1. A promoção da saúde e a qualidade de vida

O conceito de saúde vem mudando muito no decorrer do tempo. Muitos definem saúde como ausência de doença, definição esta simplista, porém amplamente utilizada³⁵. Atualmente o conceito mais utilizado é o definido pela OMS em sua Constituição, que define saúde como “um completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença”.

Independente do conceito empregado, a realidade é que as pessoas sempre buscam gozar de perfeito estado de saúde, individualmente. Em nível coletivo observa-se a mesma situação: a população exige ser saudável e o Estado deve ser provedor desta saúde. Desde a promulgação da Constituição Brasileira, em 1988, o Estado tem a provisão da saúde como um dever – “a saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão”³⁶. Essa responsabilização do Estado aumentou o interesse e a preocupação dos gestores públicos com a garantia deste direito. Agora a saúde é prioridade de exigência da população e pauta privilegiada dos gestores públicos. O Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde brasileiro, hoje é pautado nos princípios de equidade, integralidade e universalidade³⁷, sendo suas prioridades pactuadas entre os entes Federativos, visando sempre a garantia de saúde da população²⁷.

A saúde, longe de ser fatalidade ou destino, é um processo social determinado pelo modo como vive, organiza-se e produz cada sociedade. Entretanto não é tão facilmente garantida por sua complexidade. Garantir bem estar social, mental e físico requer ações que extrapolam o setor que usualmente denomina-se saúde. A garantia da saúde não é possível apenas mediante decisões de âmbito hospitalar ou de assistência médica, mas depende de ações intersetoriais mais amplas³⁴.

A saúde, então, dentro de seu conceito mais amplo, está extremamente ligado ao conceito de qualidade de vida. Alguns autores conceituam saúde como “o resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população”³⁸. Neste contexto, saúde é um produto social, resultado das relações entre os processos biológicos, ecológicos, culturais e econômico-sociais que acontecem em determinada sociedade. Depende, portanto, de variadas condições de existência, como o acesso a determinados bens e serviços econômicos e sociais como emprego e renda, educação, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade, dentre outros^{38,39,40}.

Neste contexto de saúde é que se apresenta o processo de “promoção da saúde”. Segundo a Carta de Ottawa⁴¹ a promoção da saúde sendo um processo, é uma estratégia *“através do qual a população se capacita e busca os meios para conseguir controlar os fatores que favorecem seu bem-estar e o da comunidade ou que a podem estar pondo em risco, tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua qualidade de vida.”* Neste processo são sujeitos com potencial de controle situacional a própria população, capaz de modificar os fatores determinantes de sua saúde.

Para implementação da promoção da saúde a Carta de Ottawa define cinco áreas operacionais⁴¹:

- 1) formulação de políticas públicas saudáveis;
- 2) criação de ambientes favoráveis;
- 3) fortalecimento da ação comunitária;
- 4) desenvolvimento de habilidades pessoais e mudanças nos estilos de vida
- 5) reorientação dos serviços de saúde.

3.2. O movimento Cidades Saudáveis

O Movimento Cidade Saudável, mais que um conceito, é uma estratégia de promoção da saúde e tem como objetivo maior a melhoria da qualidade de vida da população^{31,32,33}.

A Estratégia Cidade Saudável é focada em ações que busquem inserir as ações de promoção da saúde dentro da agenda política local, com prioridade. Uma cidade ou município saudável deve ter sua agenda política voltada para a melhoria contínua da saúde da população, em uma ótica de melhoria da qualidade de vida, em seus amplos aspectos. Segundo a OMS, uma cidade saudável “é aquela que coloca em prática de modo contínuo a melhoria de seu meio ambiente físico e social utilizando todos os recursos de sua comunidade”^{31,32,33,40}.

A Estratégia Cidades Saudáveis vem sendo preconizada pela OMS desde a década de 70, tendo sido idealizada sobre o marco conceitual de promoção da saúde, proposto pela Carta de Ottawa⁴¹. A iniciativa municípios saudáveis da OMS está baseada em ações intersetoriais e com participação social ativa^{31,32,33,40}.

A terminologia Cidade Saudável foi utilizada pela primeira vez na década de 80^{42,43} e enfatizava a adoção de estratégias como planejamento urbano, empoderamento da população e participação social pelos governantes no intuito de melhorar os determinantes socioeconômicos e ambientais das condições de saúde da população. Neste contexto, uma Cidade Saudável vive um processo dinâmico e contínuo de melhoria dos ambientes físicos e sociais, melhorando a qualidade de vida da população, mediante um processo de apoio mútuo governo/comunidade.

Mendes⁴⁴ classifica a iniciativa como uma estruturação do campo saúde, onde governo, sociedade e organizações não governamentais trabalham juntas na melhoria da qualidade de vida da população, A saúde vira, portanto, uma produção social, objeto de todas as políticas públicas, dentre elas a política de saúde.

A primeira cidade do mundo a experimentar a experiência foi Toronto, no Canadá, posteriormente sendo aplicada em outras cidades, na Europa. Posteriormente a iniciativa se expandiu mundialmente. Na América Latina a iniciativa data da década de 90, em países como o México, Costa Rica, Panamá, Colômbia, Chile⁴⁵.

No Brasil, as primeiras movimentações em torno da Estratégia datam desta mesma época. Algumas cidades que já experimentaram a aplicação da Estratégia foram São Paulo, Campinas, Santos, Jundiaí, Sobral, Crateús, Anadia, Maceió, Chopinzinho, dentre outras⁴⁵.

Em 1999 o movimento ganhou repercussão, sendo discutido durante o XV Congresso do CONASEMS. Nesta ocasião foi lançada a Rede Brasileira de Municípios Saudáveis, com a participação de cerca de 40 secretarias municipais de saúde⁴⁵.

3.2.1 Cidades Saudáveis – o processo

Para que uma cidade se torne saudável a OMS⁴⁶ preconiza que deve ser proporcionado à sua população:

- 1) um ambiente físico limpo e seguro;
- 2) um ecossistema estável e sustentável;
- 3) alto suporte social, sem exploração;
- 4) alto grau de participação social;
- 5) necessidades básicas satisfeitas;
- 6) acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações;
- 7) economia local diversificada e inovativa;
- 8) orgulho e respeito pela herança biológica e cultural;
- 9) serviços de saúde acessíveis a todos
- 10) alto nível de saúde

O processo de implantação da Cidade Saudável deve contar com pactuação política e interesse governamental no intuito de promover-se a qualidade de vida da população. Entretanto, esse não deve ser um processo ligado a um governo especificamente. É preciso que a população se apodere da idéia, no intuito de garantir a continuidade, mesmo havendo mudanças governamentais. Por isso, as Cidades Saudáveis dependem também imprescindivelmente da participação social^{39,40}.

Essa participação social, além da garantia de continuidade, legitima o processo de promoção da saúde e faz com que a população exerça sua cidadania. A população é co-responsável, é atora no processo, responsável pelos levantamentos dos problemas e tomadores de decisão quanto aos processos de enfrentamento dos problemas levantados³⁹.

Como atores deste processo estão, também, os diversos setores sociais, visto que a qualidade de vida não se realiza sem intersectorialidade e pactuação entre estes entes^{40,47}.

Segundo a OPAS⁴⁸, a construção do processo de Cidades saudáveis deve se dar obedecendo as seguintes fases:

- 1) declaração pública de compromisso do governo local por avançar para a meta de ser um município saudável;
- 2) criação e funcionamento de um comitê intersectorial;
- 3) elaboração de um diagnóstico com a participação dos cidadãos e instituições locais;
- 4) implementação de um plano consensual estabelecendo prioridades e recursos;
- 5) estabelecimento de um sistema de informação para o monitoramento e a avaliação no nível local

3.2.2. Experiências Exitosas no Brasil e no Mundo

Sotelo e Rocabalo⁴⁹ em seu trabalho citam que o movimento Cidade Saudável iniciou-se no Canadá, da década de 80. Entretanto, foi na Europa que o movimento começou com maior força. No início dos anos 90 já existiam na Europa dezessete redes nacionais de cidades saudáveis.

Na América Latina a iniciativa foi impulsionada pela OPAS, na década de 90. O primeiro país a adotar a iniciativa foi o México, onde em 1994 mais de 150 municípios já haviam adotado o movimento. Logo após a iniciativa se estendeu por vários países da América Latina, como Cuba, Colômbia, Venezuela, Chile, Costa Rica, Panamá, Guatemala, El Salvador, Honduras e Nicarágua⁴⁸.

As redes estabelecidas na América Latina tem quatro funções básicas⁴⁹:

- 1) difundir o projeto, estimulando a criação e a ampliação do movimento;
- 2) credenciar novos municípios à rede;
- 3) promover a troca de experiências entre os participantes;
- 4) reconhecer e estimular projetos efetivos.

Os projetos da iniciativa Cidades Saudáveis diferem muito entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Os países ricos centram suas iniciativas em ações prioritariamente de mudança de estilo de vida. Já em países pobres, as iniciativas são centradas na melhoria dos níveis de saúde e dos serviços, do acesso ao saneamento básico, moradia, dentre outros. Nestes países alia-se a estas ações as de melhoria de qualidade de vida preservação do meio ambiente³⁹.

No Brasil, o movimento ainda é insipiente. As experiências não tem caráter de continuidade, são normalmente interrompidas por mudanças governamentais e frágil participação da sociedade civil⁵⁰.

Alguns municípios brasileiros não adotaram a iniciativa, contudo estão desenvolvendo como prioridade de agenda governamental ações que incluem orçamento participativo, ações integradas de governo, programas de saúde da família, programas de geração de emprego e renda e planos de desenvolvimento sustentável, o que podem ser consideradas iniciativas precursoras do movimento⁴⁵.

No Brasil, uma das dificuldades do Movimento é a instituição de critérios certificadores do mesmo. As cidades se autodeclaram participantes do movimento por iniciativa própria, à medida que desenvolvem iniciativas de implementação de políticas públicas que incorporam alguns dos pressupostos delineados pelo movimento, tais como participação popular e intersetorialidade⁵⁰.

4. Metodologia

A intervenção, denominada Brasília 50 anos - Cidade Saudável, parte do princípio de fomento de ações para a intensificação do processo de promoção da Saúde no DF, partindo dos pressupostos da Estratégia Municípios Saudáveis, da OMS.

Brasília, apesar de seu caráter planejado, não conseguiu conter as conseqüências de um crescimento populacional exagerado e má distribuição de renda. Pretende-se a execução da intervenção “Brasília 50 anos- Cidade Saudável” em conjunto com a “Estratégia Projetos Urbanísticos Brasília 50 anos”, ampliando o caráter da citada Estratégia para o âmbito da promoção da saúde e qualidade de vida, transformando Brasília em uma das cidades participantes do Movimento Cidades Saudáveis no Brasil.

A presente proposta de intervenção baseia-se em quatro núcleos de ação, todas dentro dos princípios da Estratégia Cidade Saudável (OMS):

- 1) Fomento e intensificação da gestão das ações de promoção da saúde de forma descentralizada;
- 2) Processo de organização e empoderamento social para a definição de ações prioritárias na área de saúde;
- 3) Proposição de ações de promoção da saúde baseadas em experiências exitosas como proposta base para a discussão no núcleo de gestão social fomentado na cidade;
- 4) Monitoramento e Avaliação contínua do processo.

A partir destas iniciativas espera-se que a sociedade, governo e seus parceiros apoderem-se da estratégia, pactuando a execução das ações de promoção da saúde e dando continuidade ao processo.

4.1. Desenvolvimento de cultura de gestão descentralizada

Brasília, apesar de sua unidade politico-administrativa, representada pelo Governo do Distrito Federal, encontra em sua estrutura embriões de descentralização. O Distrito Federal é dividido em regiões administrativas, que apesar de dependentes do governo do DF, funcionam como sub-prefeituras, com participação na decisão de prioridades de gestão em sua região.

A intenção de incentivar essa descentralização tem como base a busca de uma maior transparência, eficiência, eficácia e democratização da administração municipal.

A descentralização relativa política pode fomentar o início de uma descentralização maior, agilizando a gestão pública e melhorando o atendimento das necessidades da população, dentro de suas particularidades. Sugere-se, portanto uma subdivisão de regional efetiva dos serviços de assistência social, criação de regionais de ensino, administrações regionais de saúde e zeladorias regionais, responsáveis pela manutenção local física estrutural.

Essa regionalização deve surgir de um interesse social, não sendo necessariamente obrigatória em todas as regiões administrativas do DF. Contudo, uma vez surgindo o interesse, o Governo do DF deve ser capaz de apoiá-las, democratizando assim as relações da administração com a população, trabalhando em conjunto para a articulação das ações.

Essa interlocução Governo e Administração Regional deve ser estreita, até mesmo pela dependência politico-administrativa da regional em relação ao Governo Distrital. Os dois entes devem evitar a sobreposição de ações e a dispersão de recursos.

Essa participação regional deve ser conduzida pelos atores sociais locais mais interessados: a população da cidade. Toda a administração deve ser feita contar

com uma estreita participação e controle social sobre as ações da gestão pública.

A construção dessa descentralização deve tentar resgatar, dentre funcionários e gestões anteriores, programas e ações com caráter descentralizador, mesmo que sem este nome. Muitas vezes esse processo é natural, pois os profissionais da ponta verificam na prática a vantagem de gestão descentralizada. Essa participação permitirá que se englobem experiências exitosas anteriores e a inclusão de novos atores co-responsáveis pelo processo. Esses atores, vistos como massa crítica importante e comprometidos com a qualidade de sua atuação e das agências nas quais empregam sua força de trabalho, permitirão um caminho em direção a excelência da gestão pública.

Segundo Fernandez e Mendes⁵¹: “O processo de descentralização é em si mesmo um campo de tensões entre poderes, saberes, competências e atribuições; um conjunto numeroso e diversificado de atores o vivenciam interna ou externamente à burocracia nos mais variados lugares de poder existentes; apresenta grande complexidade técnica e operacional; e, sobretudo, não se dá sem importantes conseqüências.”

Às vésperas do final da primeira década do século XXI, as condições de Brasília favorecem o desenvolvimento do processo de descentralização. O Governo tem fomentado a participação social, principalmente na elaboração dos Planos Diretores Regionais. Brasília já há vários anos tem a tradição do processo de Orçamento Participativo⁵² e comitês locais têm se constituído com o objetivo de debater e definir propostas de ações em conjunto com a administração, com o conhecido Governo Itinerante.

Essa descentralização deve contemplar, também, para que se coloque a saúde na agenda dos governos locais e no processo de tomada de decisão, para atingir os determinantes sociais, ambientais e econômicos dos problemas relacionados às condições de vida e de saúde^{40,47}.

A promoção da saúde pressupõe o reconhecimento ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais, posto que o

direito à saúde é expressão do direito fundamental à vida. A resposta às necessidades sociais se totaliza no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida⁴⁰.

A promoção da saúde nesse contexto, estaria voltada para o desenvolvimento das potencialidades das cidades - suas vocações , sua cultura, sua história - o que evidencia a crença de que as soluções para os problemas se encontram entre os atores que os vivenciam.

As ações destes novos atores devem estar focados na democracia, equidade, solidariedade, autonomia, justiça social e respeito à diversidade⁵³. Ao atores devem pautar sua atuação no enfrentamento da exclusão social, onde a sociedade em conjunto com o poder público soma esforços para transformar as suas organizações e práticas, visando promover a melhoria da qualidade de vida.

Como ações desta gestão descentralizada visando a promoção da saúde, sugere-se, primeiramente, para a preparação local:

- 1) Recuperação da historia local, com participação de diversos setores e instituições e organizações locais, no sentido de conhecer seu lócus de ação e preservação da cultura e particularidades locais;
- 2) identificação das potencialidades locais, de equipamentos e recursos sociais, de reconhecimento de formas organizativas e de construção de redes sociais;
- 3) análise e discussão dos dados disponíveis sobre a região, proveniente do governo ou outras instituições.

Posteriormente, sugere-se a intensificação do processo de Gestão Participativa, com a participação de atores institucionais, sejam das esferas públicas ou privada, atores organizados em torno de interesses ou entidades e associações, indivíduos e lideranças, parlamentares e outras autoridades. Sugere-se a criação de Comitês Locais de Gestão.

4.2. Processo de Definições de Ações Prioritárias

Sugere-se para a definição do planejamento das ações prioritárias a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional – PES^{54,55}. A escolha desta metodologia se dá pela necessidade de construção de um processo de gestão democrática e participativa. O processo de planejamento deve partir da compreensão da realidade, visualização dos problemas e formas de solução.

Partindo desta metodologia torna-se imprescindível verificar a viabilidade das ações propostas, considerando os atores envolvidos e seu grau de participação no problema. A metodologia, porém, não pressupõe que baixa governabilidade seja um limitante da solução dos problemas diagnosticados^{54,55}.

Além do planejamento Estratégico, sugere-se que se tome por metodologia a Metodologia Problematizadora do Ensino^{56,57}, partindo do pressuposto que a iniciativa Cidades Saudáveis trabalha na perspectiva de empoderamento dos atores, gestão participativa, apropriação de técnicas e tecnologias envolvidas na solução do problema, visando a autonomia do indivíduo.

Para dar início ao processo de implantação da estratégia propõe-se que haja um contato inicial com o governador, administradores regionais e deputados distritais para a apresentação das propostas do Projeto Brasília 50 anos.- Cidade Saudável. Torna-se importante neste momento enfatizar a proposta trata-se de um processo, gradativo, onde todos os atores devem estar envolvidos, inclusive o governo com a gestão política do processo e fomento econômico. Inicialmente identifica-se como atores deste processos, que devem ser convidados para a reunião inicial⁴⁰:

- 1) Representantes do Poder Executivo Local:
 - a. Governador do Distrito Federal
 - b. Secretários de Saúde, Educação, Bem Estar Social, Habitação
 - c. Administradores Regionais
- 2) Representantes do Poder Executivo Federal:

- a. Ministérios da Educação, Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
- 3) Representantes do Poder Legislativo:
 - a. Deputados Distritais
- 4) Representante da Organização Panamericana de Saúde – OPAS

Posteriormente deve-se identificar os potenciais atores da sociedade civil, que devem ser reunidos em uma oficina de sensibilização. Neste momento devem ser discutidos os dados levantados na fase anterior do projeto e novas possibilidades de melhoria das condições de vida no Distrito Federal. Neste momento o Movimento Cidades Saudáveis deve ser apresentado com seus pressupostos (qualidade de vida, interdisciplinaridade, intersetorialidade, participação e contrato). Inicialmente identifica-se como atores deste processos, que devem ser convidados para a oficina⁴⁰:

- 1) Organizações não-governamentais com ações na área de saúde, educação, bem-estar social;
- 2) Representantes dos seguintes conselhos: Conselho de Saúde, Conselho de Assistência Social, Conselho de Alimentação Escolar;
- 3) Universidades e Faculdades, representando a Academia;
- 4) Representante da Organização Panamericana de Saúde – OPAS;
- 5) Cooperativas de Trabalhadores;
- 6) Sindicato das Escolas Particulares;
- 7) Representantes de Potenciais Órgãos de Financiamento – BNDES, Caixa Econômica Federal, Fundações Particulares;
- 8) Líderes comunitários de todas as Regiões Administrativas do DF.

A partir desta Oficina deve ser preparado o **I Fórum do Movimento Brasília Saudável**, a ser realizado com os gestores governamentais e os outros atores já sensibilizados nos dois processos anteriores. Neste Fórum devem ser compostos os Comitês Locais de Gestão, de cada região administrativa do DF participante.

A partir deste momento, a condução do processo também deve ser compartilhada com os atores. Deves ser formados dois Grupos de Trabalho, seguindo a experiência bem sucedida de São Paulo^{39,58}:

- 1) Grupo de Trabalho Decisório Intersetorial (GTDI): deve ter representantes de diferentes segmentos da sociedade e governo, devendo ser considerada a instancia máxima de tomada de decisões relativas ao projeto.
- 2) Grupo de Trabalho Técnico Intersetorial (GTTI): responsável das tarefas técnicas do processo, como condução de participação nas oficinas de trabalho, organização e condução de reuniões, coleta e análise de dados, elaboração de relatórios.

A seguir o processo deve seguir seu rumo na definição dos problemas prioritários e ações de enfrentamento propostas, adaptadas a cada realidade individual, impossível de prever-se neste projeto.

4.3. Proposta de ações baseadas em experiências exitosas

Embora a Estratégia preze pela participação da comunidade na definição dos problemas prioritários e na proposição de ações de enfrentamento, este projeto já sugere algumas ações integradas com o processo descrito anteriormente de reurbanização da cidade, pelos “Projetos Urbanísticos Estratégicos: Brasília 50 anos”, que deverão ser analisadas pelos GTs, sendo verificada sua aplicabilidade e priorização.

Proposta “Avenidas do Lazer”

Baseando-se na experiência exitosa denominada "Eixão do Lazer", criada pelo Governo do Distrito Federal em 1991, sugere-se a ampliação desta iniciativa a todas as cidades satélites do Distrito Federal.

A proposta tem por objetivo oferecer aos moradores de Brasília e suas satélites um espaço de lazer para manifestações culturais e prática de atividades físicas. Pretende-se com estas ações integrar-se a comunidade e humanizar as grandes avenidas, traço arquitetônico predominante no DF. Outra função é incentivar a prática de atividade física, como componente indissociável do que denomina-se estilo de vida saudável⁵⁹.

A “Avenida do Lazer” será uma opção de lazer segura, próxima e gratuita, e ocorrerá aos domingos e feriados em pelo menos uma grande avenida de cada cidade, que deverá ser interditada das 6:00h às 18:00h.

Esta proposta permite a integração comunitária, pois espera-se que estes locais sejam pontos de encontro para famílias e vizinhos. Na “Avenida do Lazer” as crianças estarão seguras para a prática de brincadeiras, sem os riscos do trânsito.

Pretende-se também que, nestes dias, sejam feitas apresentações culturais, o que valorizará a cultura local, sendo uma alternativa para manifestações de diversas áreas. As atividades poderão, inclusive, ser tematizadas, como por exemplo: Eixão Esportivo (mini-torneios, passeios ciclísticos, campeonatos); Eixão Cultural

(exposições artísticas, oficinas para crianças e adultos, apresentações teatrais infantis, shows com grupos musicais); Eixão do Brasil (barracas de vários locais do Brasil, cada morador pode manifestar a cultura de sua terra natal, etc.).

Para a efetivação da proposta de melhoria de qualidade de vida, sugere-se que haja diversas atividades em toda a extensão da avenida, o que estimularia que as pessoas para lá se deslocassem a pé, evitando que carros fiquem sobre o gramado da cidade, preservando, assim, as áreas verdes.

Seguindo a mesma proposta da versão original do “Eixão do Lazer” deve ser pactuada a não utilização de verbas públicas na realização de eventos, que deverão ser custeados por empresas parceiras, que poderão receber incentivos fiscais para o patrocínio das atividades de esporte, lazer e cultura nas cidades.

Proposta “Transporte Solidário”

Entendendo-se que a promoção da saúde não pode ser dissociada do componente ambiental, a questão da poluição torna-se importante na discussão do processo de saúde.

O impacto ambiental causado pelo aumento no número de carros no DF é visível. Brasília chegou recentemente à marca de 1 milhão de veículos particulares trafegando em suas ruas. Com um veículo para cada 2,3 habitantes, o trânsito na

capital federal já dá sinais de que está acima do desejável (São Paulo, com a pior proporção do país, tem um veículo por 1,78 habitantes).

Esse excesso de veículos tem originado, além do conseqüente aumento da poluição atmosférica, congestionamentos, maior número de acidentes e falta de vagas para estacionar, fatores que interferem negativamente na qualidade de vida da população.

Como alternativa a essa situação, propõe-se o chamado transporte solidário, em que um grupo de vizinhos se organiza para partilhar o mesmo carro, sem fins lucrativos. Essa iniciativa já é muito difundida pelo mundo (*“carpooling”*), por seu impacto na diminuição no consumo de combustíveis, lubrificantes, pneus, e pela redução dos níveis de poluição que acarreta.

O Transporte Solidário gera, também, ganhos substanciais de tempo no trânsito, uma vez que uma menor quantidade de veículos rodando nas vias públicas permite maior fluidez de fluxo e percursos menos demorados.

Proposta “Bibliotecas Públicas”

A instalação de Bibliotecas Públicas, em todas as cidades satélites é outra iniciativa proposta. A Biblioteca Pública será um espaço de lazer, acesso à informação e inclusão social. Tal iniciativa mostrou-se exitosa na redução da violência urbana em Medellín, na Colômbia.

Ressalta-se que ela não deve suprir as necessidades de bibliotecas escolares. Estas devem continuar a existir e são imprescindíveis para o sistema educacional. A Biblioteca Pública não deve ser uma filial do sistema educacional.

A Biblioteca Pública deve contribuir eficazmente para compensar as desvantagens culturais, sociais e educacionais da população de excluídos. Com isso espera-se que ela ajude na redução dos fatores de marginalização, pobreza e segregação resultante da injustiça social.

Ela deverá prestar os seus serviços com base na igualdade de acesso a todas as pessoas, atendendo os vários grupos da comunidade. Para isso deve funcionar em horários que propiciem a sua utilização por diversos públicos. Uma vez implantada, seu funcionamento deve ser das 6:00h às 24:00h, todos os dias, inclusive domingos e feriados, propiciando amplo acesso a toda a população.

A Biblioteca deverá necessariamente contar com as seguintes estruturas: acervo adequado ao número de pessoas atendidas, “gibiteca”, párea de acesso á internet de forma gratuita, espaço para convivência social com praça de alimentação.

Proposta “Moradia Digna”

O déficit habitacional é um dos graves problemas que atingem o DF. Muitos habitantes do DF não têm acesso à casa própria e quando o tem, habitam uma construção improvisada, sem as menores condições de infra-estrutura.

Parte do problema pode ser resolvido com a gestão participativa por meio de mutirão e de outras formas de ajuda mútua, como a organização em associações ou cooperativas habitacionais.

As cooperativas apresentam grande potencial e possibilidades de se transformarem em instrumentos de mudança política, econômica e social, uma vez que valorizam e emancipam o cidadão, inclusive aquele mais excluído, como as pessoas de baixa renda que não tiveram oportunidade de adquirir sua casa própria⁶⁰.

Sugere-se a implementação da ação “Moradia Digna”, que envolve o fomento de formação de dois tipos de cooperativas habitacionais: cooperativas que realizam compras em comum e as que constroem casas através de mutirão.

O Governo do Distrito Federal deve ser parceiro desta iniciativa, devendo criar um Departamento Governamental, com uma equipe de técnicos que trabalhariam no fomento a cooperativas habitacionais, apoiando grupos organizados com interesse em adquirir sua casa própria. Esse Departamento seria responsável pelo incentivo à auto-gestão destas cooperativas e intermediação de negociações com o setor financeiro. As cooperativas habitacionais poderiam pleitear apoio financeiro para a realização de seus propósitos, facilitando assim a aquisição do terreno ou os serviços de infra-estrutura.

Proposta Cultura para Todos

O acesso à cultura, às artes, à memória e ao conhecimento é um direito constitucional e condição fundamental para o exercício pleno da cidadania. Neste enfoque, torna-se um componente da complexa definição de saúde.

A exclusão social, vivenciada por Brasília, repercute, também no acesso (ou falta dele) por parte da população. Como forma de trabalhar e minimizar essa exclusão sugere-se a implantação de transporte público gratuito aos domingos, para que a população do entorno possa ter acesso aos museus, parques, teatros e cinemas, todos localizados no Plano Piloto, área nobre da cidade.

Como estratégia conjunta ao transporte gratuito, esses meios de disseminação cultural deverão oferecer descontos ou até mesmo entrada franca para que todos possam se beneficiar, independente da classe social a que pertencem.

Proposta Lixo no Lugar Certo

Essa proposta baseia-se na reativação da coleta seletiva de lixo na cidade. A coleta seletiva é o processo de separação e recolhimento dos resíduos de lixo conforme sua constituição: orgânico, reciclável e rejeito.

Esse processo traz vantagens pois evita a poluição do ambiente, diminui a exploração de recursos naturais, reduz o consumo de energia.

Além disso, a coleta seletiva representa uma grande atividade econômica indireta, tanto pela economia de recursos naturais quanto pela geração de emprego e renda pela implantação de atividades de reciclagem de lixo.

A reciclagem garante alguns ganhos sociais, como a geração de empregos, a possibilidade de união e organização da força trabalhista de populações desprestigiadas e marginalizadas (em cooperativas de reciclagem) e a oportunidade de incentivar a mobilização comunitária para o exercício da cidadania, em busca de solução de seus próprios problemas.

Outras propostas

Além das propostas acima citadas, pretende-se levar à discussão dos envolvidos no processo outras ações, tais como:

- a) Determinar como meta o atendimento de 100% da população do Distrito Federal com água encanada, esgotamento sanitário;
- b) Estimular a regulamentação na forma de lei que qualquer espaço novo criado (por exemplo, Interbairros) deva contemplar áreas de lazer coletivas, como parques e praças públicas.
- c) Intensificação das ações de ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família e pioneirismo na implantação dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).
- d) Retomada da discussão do projeto de Lei que proíbe a venda de alimentos não saudáveis em escolas do DF e;
- e) Ampliação da iniciativa iniciada no ano de 2008 no Distrito Federal denominada Escola em Tempo Integral, agregando-se à essa iniciativa a incursão do serviço de saúde de forma preventiva, no dia-a-dia dos escolares.

4.4. Avaliação do Processo

Impossível conceber uma estratégia como a aqui proposta sem englobar desde o momento inicial, o componente de avaliação. Este componente orientará as ações de re-planejamento porventura necessárias.

A avaliação de programas e atividades na área de saúde é, sem dúvida, componente fundamental para garantir sucesso das estratégias propostas. A avaliação permite identificar pontos fortes e vulneráveis de programas e projetos, fornecendo subsídios para os formuladores de políticas públicas^{40,61}. Essa avaliação, contudo, deve ser centrada nos princípios da promoção de saúde da Carta de Ottawa⁴¹, definida como um “processo de capacitar pessoas e populações para aumentar o seu controle para melhorar sua saúde”. A OMS, portanto preconiza que as ações propostas sejam participativas, holísticas, intersetoriais, equânimes, sustentáveis e multi-estratégicas. As estratégias de avaliação devem, portanto, sair do modelo biológico tradicional⁶¹.

No âmbito da avaliação, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) sugere que projetos que englobem a iniciativa Cidade Saudável devem ser avaliados sob a ótica de quatro aspectos imprescindíveis: políticas públicas, participação social, intersetorialidade e sustentabilidade^{62,63}.

Aspectos que, segundo o Relatório *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers* publicado em 1998⁶¹ devem necessariamente estar presentes no processo de avaliação de ações de promoção à saúde são:

- 1) Participação- todos aqueles que têm interesse legítimo na iniciativa que está sendo avaliada devem ser envolvidos no processo de avaliação;
- 2) Múltiplos métodos: devem ser coletadas a maior variedade de informações, por diferentes métodos, que permitam avaliar tanto o processo como resultado.
- 3) Capacitação: a avaliação deve aprimorar a capacidade de indivíduos, organizações e governos de equacionar relevantes problemas de promoção da saúde.

- 4) Adequabilidade: a avaliação deve se avaliada quanto ao planejamento, ponderando-se a natureza complexa da intervenção e o seu impacto de longo prazo.

Isso torna a avaliação deste tipo de projeto atividade desafiadora, uma vez que reconhece a saúde como qualidade de vida, englobando toda a complexidade dos determinantes sociais da saúde^{40,61}. Experiências de avaliação da Estratégia Cidade Saudável na Europa mostram o quanto essa tarefa é complexa, visto que é muitas vezes impossível isolar variáveis para avaliação no contexto do projeto⁵⁰.

Propõe-se, portanto, para Brasília, a que a atividade de monitoramento e avaliação seja planejada também de forma participativa⁴⁰, encaminhada pelo Comitê Gestor Intersetorial, porém conduzida por um grupo externo. Os avaliadores externos, porém, devem conduzir a avaliação baseados nos seguintes preceitos: a avaliação deve ter participação dos atores envolvidos e estes devem ser capacitados para participarem ativamente do processo, incluindo aí a discussão de vulnerabilidades e adequações porventura necessárias. Dentro do orçamento do projeto deve estar previsto a destinação de 10% do recurso do projeto para a atividade de avaliação.

5. Análise de Viabilidade de Implementação da Intervenção

Viabilidade de Mobilização de Atores

Como já descrito anteriormente, a presente proposta “Brasília 50 anos-Cidade Saudável” possui na sua origem^{31,32,33} o pressuposto de participação de diversos atores sociais na sua execução. Torna-se inviável a proposta sem a participação de todos os atores envolvidos no processo, sejam do âmbito governamental ou sociedade civil.

Entende-se como parceiros primários os representantes governamentais partindo do princípio que a eles serão confiadas a gestão política e o fomento econômico do processo. Posteriormente os atores da sociedade civil devem ser agregados.

Brasília, por sua cultura de gestão participativa⁴⁵, provavelmente não encontrará impedimentos para a mobilização e discussão sadia entre os grupos citados. Vale ressaltar que outros atores sociais podem e devem ser identificados, de acordo com as prioridades de ações definidas pelos primeiros envolvidos na Estratégia.

Viabilidade Orçamentária

Considera-se o presente projeto viável financeiramente por não necessitar, em sua fase inicial de fomento, grande alocação de recursos financeiros. Os recursos se limitarão aos necessários à mobilização dos atores sociais.

Posteriormente, deverá haver a realização do Fórum Brasília 50 anos – Cidade Saudável e instalação física dos Comitês Permanentes. Porém, como esta fase é posterior à de sensibilização, espera-se que os próprios atores sociais envolvidos na proposta, especialmente os governamentais, disponibilizem espaço físico e recursos financeiros que possibilitem a execução do Fórum e a alocação dos Comitês ali definidos.

Após a construção coletiva dos problemas prioritários, na ótica do “*empowerment*”, cabe aos envolvidos na execução do projeto a busca por financiamento junto ao governo e entidades privadas, de acordo com as características particulares de cada ação escolhida.

Viabilidade da Proposta de Avaliação

A proposta de “pertencimento” da estratégia também deverá ser trabalhada no componente avaliação do programa. Esse componente é imprescindível para a plena execução do Projeto.

Avaliar não é processo simples, mas nem por isso deve ser entendido como um componente caro, isolado ou externo ao processo^{64,65}. Segundo Contandriopoulos et al⁶⁶ “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, um serviço ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão”.

O projeto deve ser avaliado sempre sobre várias óticas, levando-se em conta o contexto, tempo e sua operacionalidade. A avaliação não deve ser feita apenas ao final de sua execução. Um dos momentos de avaliação é a própria fase de planejamento, quando deverão ser feitas propostas de melhoria do Projeto. Essa avaliação deve ser executada pelos próprios atores envolvidos, de forma participativa.

Deve-se evitar erros de avaliação oriundos de uma visão externa equivocada, parcial. Um avaliador que não considera o contexto pode identificar metas divergentes daquelas dos envolvidos no projeto^{64,65}.

A avaliação deve sempre partir do que os próprios envolvidos no projeto consideram como metas e isso é resultado de construção coletiva. O que um

avaliador desagregado do contexto pode considerar um desastre na execução, os envolvidos podem avaliar como um completo sucesso, uma vez que suas metas divergem das entendidas pelo avaliador.

Porém cabe ressaltar que a avaliação e monitoramento devem ser contínuos, devendo ser realizada periodicamente como exercício de reflexão e replanejamento.

7. Referências Bibliográficas

- 1) Silva E. História de Brasília. 2a ed. Brasília: CDL; 1997.
- 2) Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central. Síntese de informações socioeconômicas 2006. Brasília: CODEPLAN; 2006.
- 3) Tamanini LF. Brasília - memória da construção. Brasília: Royal Court; 1994.
- 4) Souza SO. Sistemas de movimento aeroviário, organização do território e metropolização em Brasília [mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2003.
- 5) Silva IEM. Brasília: a cidade do silêncio [doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2003.
- 6) Paviani A. Brasília, capital da esperança ou ilha da fantasia? Rev Minha Cidade. 2001; 1 (10): 021.
- 7) Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tendências demográficas: uma análise do censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
- 8) Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio 2004. Brasília: CODEPLAN; 2004.
- 9) Barros RP, Carvalho M, Franco S, Mendonça R. Uma análise das principais causas da queda recente na desigualdade de renda brasileira. Texto para discussão n° 1203. Rio de Janeiro: IPEA; 2006.

- 10) Urani A. Regiões metropolitanas: os níveis de renda, pobreza, indigência e desigualdade nos Estados. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade; 2007.
- 11) Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios 2006. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
- 12) Rocha S. Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata? Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006.
- 13) Nunes BF. Brasília: a fantasia corporificada. Brasília: Paralelo 15; 2004.
- 14) Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa contas regionais do Brasil 2002-2005. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
- 15) Souza ES. Itinerâncias urbanas. Brasília: Universidade de Brasília; 2002.
- 16) Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central. Pesquisa distrital por amostra de domicílios 2000. Brasília: CODEPLAN; 2000.
- 17) Governo do Distrito Federal. Programa Brasília integrada: relatório de avaliação ambiental estratégica. Anexo II – avaliação social. Brasília: GDF/Altran; 2006.
- 18) Nery TCS. Saneamento: ação de inclusão social. Estud. Av. 2004. 18(50): 313-321.
- 19) Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- 20) Magalhães R, Senna MCM. A implementação do Programa Saúde da Família no cenário local. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(12): 2549-2559.
- 21) Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com vistas a assegurar o direito humano à

alimentação adequada e dá outras providências. [acesso 2008 mai]. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/consea/static/eventos/LOSAN%2020Lei%2011.346%20de%2015%20de%20setembro%20de%2020061.pdf>>

- 22) Segall-Correa AM, Marin-Leon L, Sampaio MFA, Panigassi G, Pérez-Escamilla R. Insegurança Alimentar no Brasil: do desenvolvimento do instrumento de medida aos primeiros resultados nacionais. In: Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Avaliação de políticas e programas do MDS: Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: MDS/ SAGI; 2007.
- 23) Brasil. Portaria 40 de 23 de julho de 2001. Diário Oficial do Distrito Federal. Brasília: Imprensa Oficial; 2001.
- 24) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Regimento interno da SES. [acesso 2008 abr]. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>.
- 25) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Anuário Estatístico da Saúde 2007. Brasília: SES; 2008.
- 26) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Sistema de Informações da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 27) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006 : uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília : Ministério da Saúde; 2006.
- 28) Brasil. Portaria Nº 1.101/GM/Ministério da Saúde de 12/06/2002. Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Oficial; 2002.
- 29) Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors: systematic analysis of population health data. Lancet. 2006; 367: 1747-1757.

- 30) Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente. Projetos Urbanos Estratégicos: Brasília 50 anos. [acesso 2008 abr]. Disponível em: <www.seplan.df.gov.br>.
- 31) World Health Organization. Regional Office for Europe. Twenty steps for developing a Healthy Cities project. 3rd Ed. Copenhagen: World Health Organization; 1997.
- 32) World Health Organization. Regional Office for Europe. City Health planning: a framework. Copenhagen: World Health Organization; 1996.
- 33) World Health Organization. Regional Office for Europe. A working tool on City Health development planning. Concept, process, structure, and content. Copenhagen: World Health Organization; 2001.
- 34) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão descentralizada. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 35) Brasil. Lei numero 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Oficial; 1990.
- 36) Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a emenda Constitucional n. 39, de 2001. Brasília: Senado Federal; 1988.
- 37) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 38) Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996.

- 39) Adriano JR, Werneck GAF, Santos MA, Souza RC. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 53-62.
- 40) Organização Panamericana de Saúde. Municípios, cidades e Comunidades Saudáveis: recomendações sobre avaliação para formuladores de políticas nas Américas. Washington: OPAS; 2005.
- 41) Brasil. Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata (1978), Carta de Ottawa (1986), Declarações de Adelaide (1988), Sundsväl (1991) de Santafé, de Bogotá (1992), de Jakarta (1997), do México (2000). Rede dos Megapaíses. Brasília: Ministério da Saúde/PNUD; 2001.
- 42) Hancock T. The evolution, impact and significance of the healthy cities/ healthy communities movement. *J Public Health Policy*. 1993; 14: 5-18.
- 43) Duhl L. Guide to preventive services: a commentary. *Am J Prev Med*. 2000; 1 Suppl: 10-1.
- 44) Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996.
- 45) Organização Panamericana de Saúde. Municípios e Cidades Saudáveis. [acesso 2008 abr]. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=28&area=conceito>
- 46) Organização Mundial de Saúde. Vinte pasos para formular un proyecto de ciudades sanas. Washington: WHO; 2005.
- 47) Public Health Agency of Canada. Crossing sectors: experiences in intersectorial action, public policy and health. Québec: Public Health Agency of Canada; 2007.
- 48) Organización Panamericana de Salud. El movimiento de municipios saludables: una estrategia para la promoción de la salud en América Latina. Washington: OPS; 1996.

- 49) Sotelo JM, Rocabalo F. Salud desde el municipio: una estrategia para el desarrollo. México: Division of Health Promotion and Protection; 1994.
- 50) Goumans M. What about healthy networks? An analysis of national healthycities networks in Europe. Health Prom. 1992; 7: 273-81.
- 51) Fernandez JCA, Mendes R. Subprefeituras da cidade de São Paulo e políticas públicas para a qualidade de vida. São Paulo: CEPEDOC; 2003.
- 52) Azevedo S. Considerações sobre a experiência brasileira do orçamento participativo: potencialidades e constrangimentos. Rio de Janeiro: FASE / Observatório (IPPUR/UFRJ) e Fundação Rosa Luxemburg; 2003.
- 53) Akerman M, Mendes R, Bogus C, Westphad MF, Bichir A, Pedrodo ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. Rev Saúde Pública. 2002; 36(5): 638-46
- 54) Matus C. Estrategia y planeamiento. Santiago: Editorial Universitária; 1972.
- 55) Azevedo CS. Planejamento e gerencia no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. Cad Saúde Publica. 1992; 8 (2): 129-133.
- 56) Albanesse MA, Mitchel S. Problem-based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. Acad Med. 1993; 68 (1): 58-81.
- 57) Souza AM, Galvão EA, Santos I, Roschke MAR. Processo Educativo nos Serviços de Saúde. Serie Desenvolvimento Recursos Humano. Brasília: OPAS; 1991.
- 58) Westphal MF. O movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5(1): 39-51.
- 59) World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Document WHA57.17. Geneva: WHO; 2004.

- 60)Oliveira TC.. Cooperativas de trabalho: instruções para organização. 2.ed. São Paulo: ICA; 1996.
- 61)World Health Organization. Regional Office for Europe. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
- 62)Organización Panamericana de la Salud. Propuesta para desarrollar un marco conceptual y operativo para evaluar municipios saludables. Washington: OPS; 1999.
- 63)Organización Panamericana de la Salud. Taller de evaluación de municipios saludables: informe final. Washington: OPS; 1999.
- 64)Rothman JM. Integrating Evaluation into the Intervention Process. Ohio: The Action Evaluation Research Institute; 1998.
- 65)Rothman JM. A New Method of Goal Setting, Planning & Defining Success for Community Development Initiatives. Ohio: The Action Evaluation Research Institute; 2001.
- 66)Contrandriopoulos AP, Champagne AD, Pineault R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: UFBA, 2005.